



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΕΥΠΑΘΟΥΣ
ΟΜΑΔΑΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΚΑΡΛΙΤΣΑΣ
ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ
ΑΥΤΗ**

ΜΑΡΙΑ ΚΟΛΟΤΟΥΡΟΥ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΪΟΣ, 2019



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΕΥΠΑΘΟΥΣ
ΟΜΑΔΑΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ
ΑΥΤΗ**

ΜΑΡΙΑ ΚΟΛΟΤΟΥΡΟΥ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΪΟΣ, 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	10
Ι ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	15
Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ.....	15
1.1 Εισαγωγή	15
1.2 Οικονομικοί στόχοι και μέτρα στον τομέα υγεία της Ελλάδας.....	17
1.3 Ανάλυση χρηματοδοτικού πλαισίου του Ελληνικού συστήματος υγείας	19
1.4 Η υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της κρίσης.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	37
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	37
2.1 Πρόσβαση και Προσβασιμότητα	37
2.2 Το μοντέλο Tanahashi και τα συστήματα υγείας	38
2.3 Υγειονομικές ανισότητες	40
2.3.1 Εισαγωγή	40
2.3.2 Ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	47
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	47
3.1 Εισαγωγή	47
3.2 Δήμοι Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας.....	47
3.3 Χαρακτηριστικά Πληθυσμού Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας.....	48
3.4 Οικονομικά στοιχεία Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας	51
3.5 Εκπαιδευτικό Επίπεδο Πληθυσμού Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας.....	56
3.6 Σύντομη συγκεντρωτική περιγραφή πληθυσμού	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	58
ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ.....	58
4.1 Εισαγωγή	58
4.2 Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	58
4.2.1 Κέντρα Υγείας	60
4.2.2 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.)	63
4.2.3 Οικογενειακοί Ιατροί	64
4.2.4 Συμβεβλημένοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας	65
4.3 Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	69

4.3.1 Νοσοκομείο Καρδίτσας	69
4.3.2 Ειδικές Δομές Υπαγόμενες στο Νοσοκομείο Καρδίτσας	72
4.3.3 Παράρτημα Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Θεσσαλίας	74
4.3.4 Λοιπές μονάδες υποστηρικτικής ιατρικής	74
4.4 Φαρμακευτική περίθαλψη	75
4.4.1 Ιδιωτικά Φαρμακεία	75
4.4.2 Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ	76
4.5 Ιδιώτες ιατροί πιστοποιημένοι από τον ΕΟΠΥΥ μη συμβεβλημένοι.....	77
4.6 Ιδιώτες οδοντίατροι.....	77
4.7 Συμπέρασμα	78
II ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	80
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	80
5.1 Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα.....	80
5.2 Σκοπός της έρευνας	80
5.3 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα	81
5.4 Ερευνητική Στρατηγική	82
5.5 Επιλογή δείγματος	83
5.6 Ανάπτυξη ερωτηματολογίου.....	83
5.7 Πιλοτική μελέτη και Έλεγχος Αξιοπιστίας ερωτηματολογίου	84
5.8 Διαδικασία συλλογής δεδομένων τελικού ερωτηματολογίου	85
5.9 Στατιστική ανάλυση.....	86
5.10 Περιορισμοί της έρευνας	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	91
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	91
6.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	91
6.2 Κατάσταση υγείας και χρήση υπηρεσιών υγείας.....	93
6.3. Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας.....	100
6.4 Οργανωτικά και διοικητικά εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας)	106
6.5 Οικονομικά εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστος υπηρεσιών υγείας)..	107
6.6. Συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας.....	109
6.7. Συσχετίσεις	110
6.7.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας)	110
6.7.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας)	112

6.7.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας	114
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	116
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	116
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	132
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ ΑΔΕΙΕΣ ΔΙΑΜΟΙΡΑΣΜΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	141

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την συνεχή καθοδήγηση, τις εύστοχες παρατηρήσεις και την απλόχερη βοήθειά της καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας διατριβής οφείλω στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα. Δάφνη Καϊτελίδου.

Για την πολύτιμη βοήθειά της στην κα. Ολυμπία Κωνσταντακοπούλου.

Στην πολυαγαπημένη μου κόρη Κωνσταντίνα που με την υπομονή και την αγάπη της μου έδωσε την δύναμη να ολοκληρώσω αυτό το σπουδαίο εγχείρημα. Στον αγαπημένο μου σύζυγο Αχιλλέα που χωρίς την συνεχή ανιδιοτελή και ανυπολόγιστη συμπαράσταση και προτροπή δεν θα είχε πραγματοποιηθεί η αρχή και το τέλος της όλης αυτής προσπάθειας.

Με ευγνωμοσύνη στους γονείς μου Θωμά και Βαρβάρα που με έμαθαν να προσπαθώ πάντα στην ζωή μου για το καλύτερο.

Στην κα. Ντίνα και στον κο. Γιώργο για την αμέριστη βοήθεια και συμπαράσταση. Τέλος στην φίλη μου Αθηνά για την βοήθειά της και τις ατέλειωτες επικοινωνιακές συζητήσεις μας.

Διερεύνηση της προσβασιμότητας ευπαθούς ομάδας πληθυσμού στις υγειονομικές υπηρεσίες στην περιοχή του Νομού Καρδίτσας και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε αυτή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της προτεινόμενης διατριβής είναι η διερεύνηση της προσβασιμότητας των πολιτών (χρηστών των υπηρεσιών του συστήματος υγείας) και ιδιαίτερα των ατόμων άνω των εξήντα ετών που αποτελούν μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα με ιδιαίτερες και αυξημένες υγειονομικές ανάγκες στις υγειονομικές υπηρεσίες στην περιοχή της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε αυτή. Παράλληλα επιχειρείται και μια χαρτογράφηση τόσο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας όσο και του αυτοπροσδιοριζόμενου επιπέδου υγείας των πολιτών, στοχεύοντας στην περαιτέρω ανάλυση των επιπτώσεων της κρίσης στην υγεία τους.

Υλικό και μέθοδος: Για τις ανάγκες της διατριβής δημιουργήθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο που καταγράφει μια σειρά από δεδομένα (δημογραφικά κλπ) αλλά και απόψεις της ομάδας στόχο όσο αφορά στο αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας και τις υγειονομικές τους ανάγκες. Ως μέθοδος δειγματοληψίας προτιμήθηκε το δείγμα ευκολίας. Το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε σε 102 πολίτες της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας ενώ η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Αποτελέσματα: Συνολικά συμπληρώθηκαν 102 ερωτηματολόγια από κάτοικους της περιφερειακής ενότητας Καρδίτσας οι οποίοι είναι άνω των 60 ετών. Η αναλογία ανδρών και γυναικών στον υπό μελέτη πληθυσμό ήταν 49% και 51% (κάτι που έρχεται σε αρμονία και με τον γενικό πληθυσμό της περιοχής). Το 50% των ερωτηθέντων κατοικεί στον Δήμο Καρδίτσας ενώ το 45,1% είναι απόφοιτοι δημοτικού και το 26,5% απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Όσο αφορά στο εισόδημά, το 38% δήλωσε ότι είναι έως 500€ μηνιαίως ενώ το 72,5% είναι συνταξιούχοι. Το 17,6% χαρακτήρισε την υγεία τους ως καθόλου καλή και μόνο το 7,8% ως πολύ καλή. Το 68,6% δήλωσε ότι πάσχει από τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα και το 75,5% ότι νόσησε κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους. Τέλος το

37,3% δήλωσε ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες κατά την διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών και το 15,7% ότι χρειάστηκε φαρμακευτική αγωγή αλλά δεν την έλαβε.

Συμπεράσματα: Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση της υγείας των Ελλήνων πολιτών, την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και το επίπεδο προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας παρατηρούνται γεωγραφικές ανισότητες των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας γεγονός που αναπόφευκτα οδηγεί και στην μείωση της προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Παρατηρούνται επίσης μια σειρά από κενά που αφορούν στους επαγγελματίες υγείας. Το 37,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες με κυριότερους αιτίες την απόσταση, το κόστος και τον χρόνο αναμονής. Όσο αφορά στους συνταξιούχους δήλωσαν ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες σε ποσοστό 35,14%. Οι συνταξιούχοι δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι λίγο ή καθόλου καλή σε ποσοστό 31,08% και 35,14% αρκετά ή πολύ καλή με το μεγαλύτερο ποσοστό τους (33,78%) να χαρακτηρίζει την υγεία του ως μέτρια. Παρατηρούμε ότι όσο το επίπεδο υγείας μειώνεται τόσο αυξάνονται οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας. Όσο αφορά στην συσχέτιση του εισοδηματικού επιπέδου και των αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών, τα στοιχεία δείχνουν μια τεράστια διαφορά μεταξύ των φτωχών και των πλουσίων. Δηλαδή η μείωση του εισοδήματος υποκρύπτει και μια αύξηση των υγειονομικών αναγκών. Τέλος τα ευρήματα δείχνουν ότι η προσβασιμότητα συνδέεται άμεσα με το επίπεδο εκπαίδευσης (όσο υψηλότερο το επίπεδο τόσο λιγότερες ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες).

Λέξεις Ευρετηρίου: προσβασιμότητα υπηρεσιών υγείας, οικονομική κρίση, υπηρεσίες υγείας, Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας, επίπεδο υγείας, ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες

Investigation of the accessibility of a vulnerable population group to health services in the Prefecture of Karditsa and the impact of the economic crisis on it

ABSTRACT

Aim: The aim of the proposed thesis/research is the investigation of accessibility level to health services of the users of the health system services, and particularly those who are over sixty years of age as they are a vulnerable social group with particular and increased health needs, in the Regional Unity of Karditsa and the impact of the economic crisis on it. At the same time, a mapping of both the health services offered and the self-defined level of health of citizens is attempted, aiming to further analyze the impact of the crisis on their health.

Method: For the purposes of the dissertation, a questionnaire was created that record a series of data (demographics etc) as well as the views of the target group regarding the self-defined level of health and their health needs. As a sampling method, the sample of convenience was preferred. The questionnaire was distributed to 102 citizens of the Regional Unit of Karditsa, while statistical analysis of the results was made with the IBM SPSS 21.0 Statistical Package for Social Sciences.

Results: In total, 102 questionnaires were completed by residents of the Karditsa region, who are over 60 years of age. The proportion of men and women in the study population was 49% and 51% (which is in harmony with the general population of the region). 50% of the respondents live in the Municipality of Karditsa, while 45,1% are graduates of primary education and 26,5% are graduates of higher education. As far as income is concerned, 38% said it is up to 500 € per month while 72.5% are pensioners. 17.6% rated their health as good and only 7.8% as very good. 68.6% reported suffering from at least one chronic disease and 75.5% that fell ill during the last year. Finally, 37.3% reported unsatisfied health needs during the last 12 months and 15.7% said they needed medication but did not receive it.

Conclusions: The economic crisis has greatly influenced the state of health of Greek citizens, the quality of health services offered, and the level of accessibility of citizens to health services. In the Regional Unit of Karditsa there are geographical inequalities

of the offered health services, which inevitably leads to a decrease in the accessibility of the citizens to health services. There are also a number of gaps concerning health professionals. 37.3% of respondents said unmet health needs, mainly due to distance, cost and waiting time. Regarding pensioners, 35.14% reported unmet health needs. The pensioners reported that their health is little or no good at 31.08% and 35.14% good or very good, with most of them (33.78%) characterizing their health as moderate. As health level decreases the unmet health needs increase. Regarding the correlation of income levels and self-reported unsatisfied health needs, evidence shows a huge difference between the rich and the poor. In other words, the reduction in income also conceals an increase in health care. Finally, the findings show that accessibility is directly linked to the level of education (the higher the level, the less unmet health needs).

Key-words: access to health services, economic crisis, health services, Regional Unity of Karditsa, health level, unmet health needs

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αναμφίβολα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά αγαθά και ως τέτοιο οφείλεται να αντιμετωπίζεται. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης (όπως είναι και η εποχή την οποία βιώνουμε), ένας από τους τομείς που επηρεάζεται τα μάλα από τις αρνητικές επιπτώσεις είναι ο υγειονομικός και δη ο δημόσιος χαρακτήρας των συστημάτων υγείας. Η Ελλάδα ήταν από τις πρώτες χώρες που επλήγησαν από την οικονομική κρίση. Οι πολιτικές που επιλέχθηκαν να εφαρμοστούν στην χώρα ήταν αυτές της λιτότητας, της δημοσιονομικής προσαρμογής (περικοπές δαπανών, περιορισμός δημοσίων εξόδων) και των μεταρρυθμίσεων στον δημόσιο τομέα.

Η προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια από τις βασικές παραμέτρους εκτίμησης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συστημάτων υγείας. Παράλληλα, όπως και καταδεικνύουν οι μελέτες, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι εκ των πρώτων διαστάσεων της ποιότητας που άμεσα ή έμμεσα επηρεάζονται αρνητικά από τις πολιτικές λιτότητας και εν γένει την οικονομική κρίση.

Η έννοια της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας περιέχει την οικονομική, κοινωνική και την πολιτισμική διάσταση και ορίζεται ως το σύνολο των πτυχών των δομών των υπηρεσιών υγείας και των εγκαταστάσεων, οι οποίες βοηθούν στην ενίσχυση της ικανότητας των ανθρώπων να φτάσουν σε έναν φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας από άποψη τοποθεσίας, χρόνου και ευκολίας προσέγγισης. Ο δείκτης που χρησιμοποιείται για την μέτρηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι το ποσοστό των κατοίκων που αναφέρουν δυσκολίες στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας (αυτοαναφερόμενες μη ικανοποιηθείσες ανάγκες υγείας) για λόγους όπως: χρόνος αναμονής, απόσταση και συμμετοχή στις δαπάνες.

Σκοπός

Σκοπός της προτεινόμενης διατριβής είναι η διερεύνηση της προσβασιμότητας των πολιτών (χρηστών των υπηρεσιών του συστήματος υγείας) και ιδιαίτερα των ατόμων άνω των εξήντα ετών που αποτελούν μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα με ιδιαίτερες και αυξημένες υγειονομικές ανάγκες στις υγειονομικές υπηρεσίες (κυρίως νοσοκομεία και κέντρα υγείας) στην περιοχή της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε αυτή. Παράλληλα επιχειρείται και μια

καταγραφή τόσο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (δημόσιο σύστημα υγείας) όσο και του αυτοπροσδιοριζόμενου επιπέδου υγείας των πολιτών, στοχεύοντας στην περαιτέρω ανάλυση των επιπτώσεων της κρίσης στο επίπεδο υγείας τους.

Δομή

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια καταγραφή, μέσω βιβλιογραφικής επισκόπησης της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας, των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης:

A) Στο Ελληνικό σύστημα υγείας με παρουσίαση των μέτρων και των δημοσιονομικών στόχων των μνημονίων και την επίδρασή τους στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας,

B) Στο επίπεδο υγείας των Ελλήνων πολιτών με παρουσίαση χρονοσειρών που αφορούν σε βασικούς δείκτες υγείας όπως προσδόκιμο ζωής, έτη υγιούς ζωής, θνησιμότητα, θάνατοι, αυτοκτονίες, αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, αναπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας κλπ.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται αρχικά οι έννοιες της πρόσβαση και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας. Στην συνέχεια παρουσιάζεται το μοντέλο Tanahashi και η σύνδεσή του με τις υπηρεσίες υγείας, ενώ τέλος το κύριο μέρος του κεφαλαίου είναι η βιβλιογραφική επισκόπηση των υγειονομικών ανισοτήτων στην Ελλάδα με έμφαση στις ανισότητες λόγω κόστους, χρόνου αναμονής και φυσικά λόγω απόστασης με ταυτόχρονη ανάλυση των χρονοσειρών που τους αφορούν για τα έτη 2009 έως και τις ημέρες μας. Οι παράγοντες αυτοί επιλέχθηκαν διότι είναι άμεσα συνυφασμένοι και με την έννοια της προσβασιμότητας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της περιφερειακής ενότητας Καρδίτσας σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα διαθέσιμα στοιχεία όπως αυτά έχουν προκύψει από την απογραφή πληθυσμού του 2011 καθώς και από τις ετήσιες σχετικές εκθέσεις της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Όπου αυτό κατέστη δυνατό, γίνεται μια συγκριτική παρουσίαση (σε σχέση με τους υπόλοιπους νομούς της Περιφέρειας Θεσσαλίας) και συζήτηση επί δεικτών όπως: Εθνικό Ακαθάριστο Προϊόν, ετήσιο ποσοστό ανεργίας, ηλιακή κατανομή πληθυσμού κλπ.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο του γενικού μέρους παρουσιάζεται η χαρτογράφηση όλων των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας, στο σύνολο της περιφερειακής ενότητας αλλά και στους δήμους αυτής κάτι που επιχειρείται για πρώτη φορά σε τόσο εκτεταμένο βαθμό. Αναλύονται κατηγοριοποιημένες: α) οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, β) οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, γ) η φαρμακευτική περίθαλψη, δ) οι ιδιώτες ιατροί πιστοποιημένοι από τον ΕΟΠΥΥ μη συμβεβλημένοι και ε) οι ιδιώτες οδοντίατροι.

Στην συνέχεια ακολουθεί το ειδικό μέρος της διατριβής. Στο πρώτο του κεφάλαιο (Κεφάλαιο 5) αναλύεται και στοιχειοθετείται ο σχεδιασμός της έρευνας και της μεθοδολογίας της. Δίδονται ο σκοπός της έρευνας και τα βασικά της ερευνητικά ερωτήματα, ενώ αναλύονται η μέθοδος δειγματοληψίας και η διαδικασία δημιουργίας του εργαλείου της έρευνας (ερωτηματολόγιο) παράλληλα με την πιλοτική του εφαρμογή και τον έλεγχο αξιοπιστίας του. Στο τελευταίο μέρος του κεφαλαίου παρουσιάζεται η μέθοδος της στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων όσο και οι περιορισμοί της έρευνας.

Στο επόμενο κεφάλαιο (6) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των απαντήσεων της ομάδας στόχο στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Δίδονται στατιστικοί δείκτες (μέσες τιμές, αποκλίσεις κλπ) αλλά και πινακοποιημένα δεδομένα. Μια σειρά διαγραμμάτων συμπληρώνουν την παρουσίαση συνοδευόμενα από μια αρχική συζήτηση και έναν σχολιασμό. Ειδική αναφορά γίνεται στις δυο μεγάλες κατηγορίες που αφορούν στο αυτόπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας και στις αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες της ευάλωτης ομάδας στόχο (άνω των 60 ετών). Στο τελευταίο μέρος του κεφαλαίου αναλύονται οι συσχετίσεις των εξαρτημένων μεταβλητών: βαθμολογία οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας, βαθμολογία οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας και η συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης.

Στο τελευταίο κεφάλαιο (7) της εργασίας γίνεται μια αναλυτική και κριτική συζήτηση και παρουσίαση επί των απαντήσεων των ερευνητικών ερωτημάτων που έχουν τεθεί και όπως αυτές (οι απαντήσεις) προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων της έρευνας.

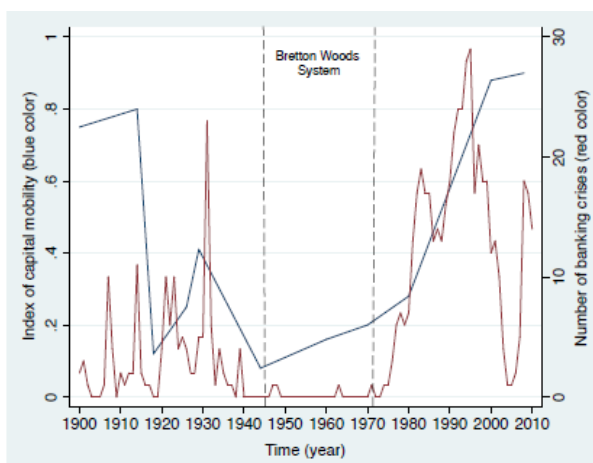
Ι ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

1.1 Εισαγωγή

Ως Οικονομική κρίση ορίζεται το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας (απασχόληση, τιμές, επενδύσεις, εθνικό προϊόν κλπ). Κατά την διάρκεια των αιώνων η ανθρωπότητα έχει έρθει αντιμέτωπη με πληθώρα οικονομικών κρίσεων με πιο γνωστές και επιδραστικές, την Παγκόσμια Οικονομική κρίση του 1929-1932, την πρώτη και την δεύτερη πετρελαϊκή κρίση (1973 και 1979 αντίστοιχα), η Ιαπωνική κρίση του 1991 κ.α



Διάγραμμα 1.1 Δείκτης Κεφαλαιακής Κινητικότητας και Αριθμός Τραπεζικών Κρίσεων
(Πηγή:Escolar-Pujolar& Bacigalupe,2014)

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 ως χρηματοπιστωτική κρίση στις ΗΠΑ γρήγορα μετεξελίχθηκε σε οικονομική και συγκεκριμένα σε κρίση δημοσίων χρεών και ελλειμμάτων και επεκτάθηκε σε όλο σχεδόν τον αποκαλούμενο δυτικό κόσμο, λόγω κυρίως της ισχυρής δυναμικής της Αμερικάνικης οικονομίας και της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας και της διεθνοποίησης της παραγωγής (Κότιος Α, Παυλίδης Γ.2012), μην αφήνοντας εκτός κάδρου και την ισχυρή όπως πίστευαν

πολλοί Ευρωπαϊκή Ένωση. Η χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 έγινε έντονα αισθητή στα χρηματιστήρια τόσο των αναπτυγμένων όσο και των αναπτυσσόμενων χωρών και μια σειρά κλάδων της οικονομίας (εμπόριο, τραπεζικός, κτηματομεσιτικός κλπ) υπέστησαν σημαντικές απώλειες και ζημιές και στην συνέχεια μετακύλησαν τα προβλήματά τους στην «πραγματική οικονομία» οδηγώντας στην στασιμότητα των οικονομιών και την δημιουργία υπέρογκων δημοσιονομικών ελλειμμάτων και υψηλών δημοσίων χρεών (Χριστόπουλος, 2017).

Σύντομα η κρίση «μεταλλάχτηκε» στην αποκαλούμενη κρίση της Ευρωζώνης και το 2010 η Ελλάδα υπήρξε η πρώτη χώρα (της Ευρωζώνης) που προσέφυγε στον νεοσύστατο τότε Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Στήριξης και λίγο αργότερα υπέγραψε μια σειρά συμφωνιών που σήμερα είναι γνωστές με τον όρο «Μνημόνιο» και οι οποίες συνοδεύονται από μια σειρά από μέτρα και πολιτικές. Η Ελληνική οικονομική κρίση κατά πολλούς οφείλεται στα συνεχώς αυξανόμενα δημοσιονομικά ελλείμματα που οδήγησαν φυσικά στην συσσώρευση υψηλότατου δημοσίου χρέους (Χριστόπουλος,2017) αιτίες που οξύνθηκαν και μεγεθύνθηκαν από την επίσης βαθιά κρίση του Ελληνικού τραπεζικού τομέα.

Οι πολιτικές που επιλέχθηκαν από τους θεσμούς, να εφαρμοστούν στην χώρα για την αντιμετώπιση της κρίσης ήταν αυτές της λιτότητας, της δημοσιονομικής προσαρμογής και των απότομων μεταρρυθμίσεων στον δημόσιο τομέα. Σε αυτές τις περιπτώσεις το κοινωνικό κράτος και ο τομέας της υγείας αποτελούν το σύνηθες πεδίο εφαρμογής των αποφάσεων.

Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης διεξάγεται ένας διάλογος τόσο σε πολιτικό όσο και σε επιστημονικό επίπεδο όσο αφορά στις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των πολιτών και στην δυνατότητα των υγειονομικών συστημάτων για παροχή ποιοτικών και επαρκών υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου,2013).

Τόσο μεμονωμένοι ερευνητές και μελετητές (Filippidis et al,2017), (Economou et al, 2015), (Karaiskou,2012) κ.α όσο και οργανώσεις, φορείς, εθνικοί (ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ, 2016), (ΕΛΣΤΑΤ,2015) και διεθνείς οργανισμοί (WHO,2009), (OECD,2017), (OHCHR,2012) κ.α έχουν ασχοληθεί με την αποκρυπτογράφηση των επιπτώσεων της

κρίσης στον υγειονομικό τομέα τόσο σε μεσοπρόθεσμο όσο και σε μακροπρόθεσμο διάστημα.

Η Ελλάδα και το υγειονομικό της σύστημα έχουν βρεθεί στο επίκεντρο παρόμοιων μελετών και κοινωνικών ερευνών. Στο πλαίσιο των ερευνών/μελετών αυτών υπάρχουν θέματα που έχουν αναλυθεί διεξοδικά και άλλα που χρίζουν περαιτέρω μελέτης. Η κατάσταση των Ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων (Ελευθεριάδου,2015), (Νιανια,2017) και η βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας (Καϊτελίδου,2015) είναι από τα θέματα που εξακολουθούν να θέλγουν τους επιστήμονες.

Στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής γίνεται μια σύντομη αλλά περιεκτική αποτύπωση τόσο των στόχων και μέτρων που έχουν επιλεγεί και εφαρμοστεί στην χώρα από την αρχή της οικονομικής κρίσης έως και σήμερα όσο και των επιπτώσεών τους. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και σε μια σειρά υγειονομικών δεικτών που αφορούν στην υγεία των πολιτών όπως π.χ προσδόκιμο ζωής, βρεφική θνησιμότητα και άλλων που συσχετίζονται με τις ανισότητες στην υγεία.

1.2 Οικονομικοί στόχοι και μέτρα στον τομέα υγείας της Ελλάδας

Στο πλαίσιο των Προγραμμάτων Διαρθρωτικής Προσαρμογής έχουν προταθεί μια σειρά διαρθρωτικών και κυρίως οικονομικών στόχων που αφορούν στον υγειονομικό τομέα της χώρας. Οι κυριότεροι πυλώνες των στόχων αυτών είναι εν συντομία:

- συνέχιση της συνολικής μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας (όπως άρχισε το 2010 με το πρώτο μνημόνιο), με στόχο την διατήρηση των δημοσίων δαπανών υγείας στο (ή κάτω του) 6% του ΑΕΠ.
- συνέχιση της προσπάθειας (που άρχισε το 2010) για επίτευξη οικονομιών κατά την αγορά (σε δεδουλευμένη βάση) εξωνοσοκομειακών φαρμάκων, περίπου 1 δισεκατομμυρίου € κατά το 2012, σε σύγκριση με το 2011. Σκοπός ήταν η μέση δημοσία δαπάνη για εξωνοσοκομειακά φάρμακα να βρίσκεται περίπου στο 1% του ΑΕΠ μέχρι το τέλος του 2014, ενώ ανάλογοι στόχοι έχουν τεθεί και για τα επόμενα χρόνια.

Για την επίτευξη των οικονομικών αυτών στόχων έχουν θεσπιστεί και εφαρμοστεί μια σειρά μέτρων που αφορούν στην αλλαγή της τιμολόγησης των φαρμάκων, στην συνταγογράφηση, στις αποζημιώσεις των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΠΥ ιατρών, στον επανακαθορισμό του ρόλου του ΕΟΠΥΥ, στην μηχανογράφηση των νοσοκομείων, στην κεντρική διάθεση των προμηθειών κλπ. Τα κυριότερα μέτρα είναι:

- αναπροσαρμογή του περιθωρίου κέρδους των φαρμακείων (φθίνων περιθώριο κέρδους) στοχεύοντας στον περιορισμό του κέρδους σε <15% (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2014, 2016) με αντίστοιχη μείωση του κέρδους του χονδρικού εμπορίου φαρμάκων
- εισαγωγή αυτοματοποιημένης διαδικασίας επανείσπραξης (rebate) επί του κύκλου εργασιών των φαρμακευτικών παραγωγών (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2014, 2016)
- κατάρτιση και επικαιροποίηση (τριμηνιαία βάση) του αποκαλούμενου «Δελτίο Τιμών Νέων Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης» αξιοποιώντας τους μηχανισμούς τιμολόγησης φαρμάκων σε τρεις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τις χαμηλότερες τιμές
- προώθηση της χρήσης των γενοσήμων ώστε το μερίδιό τους στην αγορά να είναι της τάξης του 35% στο τέλος του 2012 και της τάξης του 60% στο τέλος του 2013 και μείωση των τιμών στο 40% της τιμής αναφοράς των πρωτοτύπων προϊόντων (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2012α, 2014α)
- σύστημα Κατάρτισης Θετικού Καταλόγου με Τιμές Αναφοράς (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2013) μόνο τα φαρμακευτικά προϊόντα που συμπεριλαμβάνονται στον κατάλογο αποζημιώνονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης
- θέσπιση ορίων τόσο στις μηνιαίες επισκέψεις ανά συμβεβλημένο ιατρό (200/μήνα και συμβεβλημένο ιατρό) όσο και στην συνταγογράφηση ανά ιατρό που συνταγογραφεί για τον ΕΟΠΠΥ (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2014β)
- θέσπιση διαδικασιών ελέγχου όσο αφορά στην συνταγογράφηση και εκτέλεση Εργαστηριακών Εξετάσεων (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2014γ, 2016β)
- επιβολής της αμοιβής εξέταστων (5€) στα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων το οποίο διατηρήθηκε έως το 2015 (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2015)

- αλλαγή το ρόλου του ΕΟΠΠΥ από πάροχο (Εφημερίς της Κυβερνήσεως,2011α) σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2014δ) με σκοπό την ενίσχυση της διαπραγματευτικής του ισχύος και την ποιοτική αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών
- ανάπτυξη συστήματος κοστολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών στηριζόμενο στα αναθεωρημένα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια KEN-DRG και την διεθνή εμπειρία του συστήματος αυτού (Εφημερίς της Κυβερνήσεως,2012β) με σκοπό τη μείωση του διαχειριστικού χρόνου των νοσηλευτικών ιδρυμάτων αλλά και των ασφαλιστικών οργανισμών (Μανδάλου, 2013).

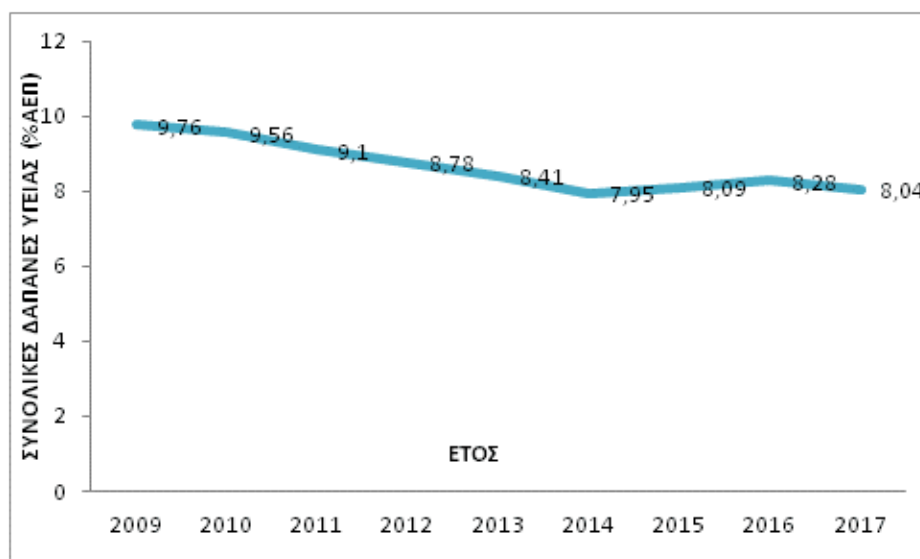
1.3 Ανάλυση χρηματοδοτικού πλαισίου του Ελληνικού συστήματος υγείας

Η προσπάθεια περιγραφής και ανάλυσης του χρηματοδοτικού πλαισίου του Ελληνικού συστήματος υγείας που ακολουθεί, στοχεύει στην αποτύπωση των κύριων επιπτώσεων της κρίσης τόσο στο σύστημα υγείας όσο και στην υγεία των Ελλήνων πολιτών. Διαχρονικά το Ελληνικό σύστημα υγείας είχε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας, μεγάλος αριθμός ιατρών με παράλληλα δυσανάλογο μικρό αριθμό γενικών ιατρών και νοσηλευτών και ανισομερή κατανομή των τελευταίων στην χώρα (Groewnewegem & Jurgutis, 2013). Τα χαρακτηριστικά αυτά λειτούργησαν πλήρως αθροιστικά με τις προϋπάρχουσες δομικές, οργανωτικές και λειτουργικές προβληματικές διαδικασίες του Ελληνικού Συστήματος υγείας (Κυριόπουλος,2000, και IOBE,2005) και μεγέθυναν σταδιακά τις ανισότητες στην υγεία και φυσικά επέδρασαν αρνητικά μεταξύ άλλων και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Για την περιγραφή και ανάλυση τόσο του χρηματοδοτικού πλαισίου του συστήματος υγείας και των δαπανών αυτού για τις ανάγκες της παρούσας διατριβής θα στηριχτούμε κυρίως στα επίσημα και επικαιροποιημένα στατιστικά στοιχεία και δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής υπηρεσίας (ΕΛΣΤΑΤ,2019) και άλλων επίσημων εκθέσεων και φορέων (π.χ ΟΟΣΑ). Η ΕΛΣΤΑΤ σε ετήσια βάση δημοσιεύει στατιστικά στοιχεία που αφορούν στην χρηματοδότηση των δαπανών Υγείας, σε Εθνικό επίπεδο, στηριζόμενη στο εγχειρίδιο Συστήματος Λογαριασμών

Υγείας ΣΛΥ¹ 2011 του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ,2019).

Στο διάγραμμα 1.2 δίδεται το ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Λογαριασμών 2010 (European System of Accounts - ESA 2010), για τα έτη 2009 έως 2017, δηλαδή ένα χρόνο πριν την υπογραφή του πρώτου μνημονίου έως και το έτος με τα τελευταία διαθέσιμα επίσημα στοιχεία (ΕΛΣΤΑΤ,2019).



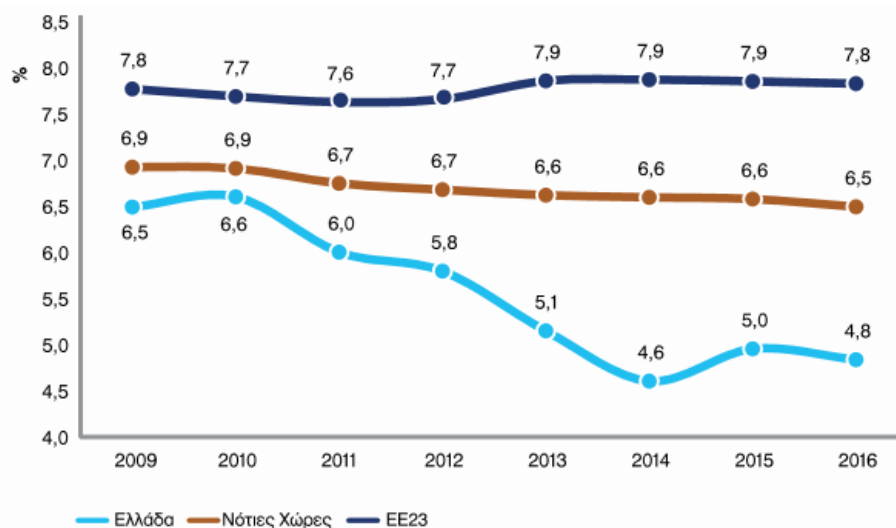
Διάγραμμα 1.2: Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)

Από την μελέτη του διαγράμματος συμπεραίνουμε ότι α) στο διάστημα 2009-2014, ως ποσοστό % του ΑΕΠ η συνολική δαπάνη υγείας βαίνει μειούμενη και β) την περίοδο 2015- 2017 διαγράφεται μια αυξανόμενη τάση της συνολικής δαπάνης υγείας αλλά σε καμία περίπτωση δεν πλησιάζει τα προ κρίσεως δεδομένα. Λαμβάνοντας επίσης υπόψη το συνεχώς μειούμενο ΑΕΠ (στο μεγαλύτερο μέρος της περιόδου μελέτης) συμπεραίνουμε ότι οι συνολικές δαπάνες υγείας σε απόλυτους αριθμούς έχουν μειωθεί δραματικά επηρεάζοντας τόσο το σύστημα υγείας όσο και την υγεία των Ελλήνων πολιτών.

Σημαντική παράμετρο «αξιολόγησης» των επιπτώσεων στα συστήματα υγείας και στην υγεία των πολιτών αποτελεί η μεταβολή της δημόσιας χρηματοδότησης των

¹ Το νομικό πλαίσιο για την παραγωγή των στοιχείων του ΣΛΥ απορρέει από την εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΚ) αριθ. 1338/2008 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου και του αντίστοιχου Εφαρμοστικού Κανονισμού 359/2015.

δαπανών υγείας. Αναμφίβολα σε περιόδους οικονομικής κρίσης οι δημόσιες δαπάνες αποτελούν σημαντικό εργαλείο όχι μόνο άσκησης κοινωνικής πολιτικής αλλά κυρίως στήριξης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Στο διάγραμμα 1.3 που ακολουθεί αποτυπώνεται συγκριτικά η μεταβολή της δημόσιας χρηματοδότησης για δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ (%) στην Ελλάδα στην ΕΕ23 αλλά και στις χώρες του Νότου οι οποίες ήταν και αυτές που επλήγησαν περισσότερο εντός της Ένωσης από την οικονομική κρίση.



ΠΗΓΗ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2015, ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2017, OECD Health Statistics, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), ΕΕ-23: (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία και Μάλτα)

Διάγραμμα 1.3: Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% ΑΕΠ) Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες

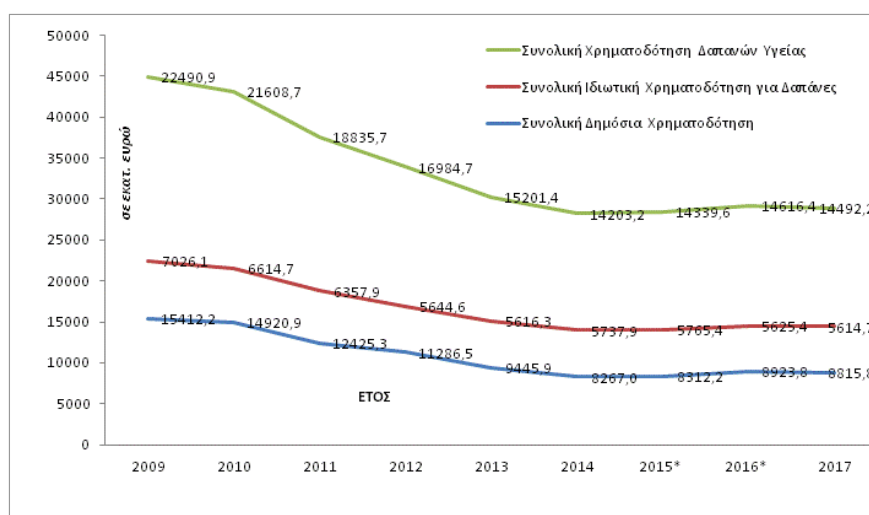
Μελετώντας το διάγραμμα γίνεται άμεσα αντιληπτή η διαφορετική αντιμετώπιση των δημοσίων χρηματοδοτήσεων των δαπανών υγείας στην ΕΕ (ως σύνολο) και στην Ελλάδα. Το ποσοστό της δημόσιας χρηματοδότησης ως ποσοστό του ΑΕΠ των δαπανών υγείας από 6,5% στην αρχή της κρίσης έχει συρρικνωθεί στο 4,8% του ΑΕΠ το 2016 και εάν λάβουμε υπόψη και το μειούμενο ΑΕΠ στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης, γίνεται άμεσα αντιληπτή η κατακόρυφη μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας σε απόλυτους αριθμούς επηρεάζοντας αρνητικά τόσο το σύστημα υγείας όσο και την υγεία των Ελλήνων πολιτών. Την ίδια περίοδο παρατηρούμε ότι στην ΕΕ (μέσος όρος) οι αντίστοιχες δαπάνες έχουν παραμείνει σταθερές και χωρίς ιδιαίτερες ετήσιες μεταβολές, ενώ στις χώρες του Νότου (χώρες που εφάρμοσαν προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής) ναι μεν υπήρξε μείωση αλλά σε καμία περίπτωση δεν πλησιάζει σε ένταση, ετήσια και συνολική μεταβολή στα νούμερα της Ελλάδας.

Ένα επιπλέον σημαντικό εργαλείο (σειρά δεδομένων) για την περιγραφή του πλαισίου χρηματοδότησης και των δαπανών υγείας είναι η μελέτη των δεδομένων που αφορούν στους τρεις κύριους φορείς χρηματοδότησης (κράτος, κοινωνική ασφάλιση, ιδιωτικές δαπάνες) της υγείας. Ο πίνακας 1.1 παρουσιάζει τη χρηματοδότηση των φορέων της Γενικής Κυβέρνησης (Κεντρική Κυβέρνηση, Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) και Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης), των Νοικοκυριών, των Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών, των ΜΚΟ και της Αλλοδαπής για δαπάνες υγείας.

Πίνακας 1.1: Χρηματοδότηση υγειονομικού τομέα Ελλάδας ανά φορέα (σε εκατ. ευρώ)

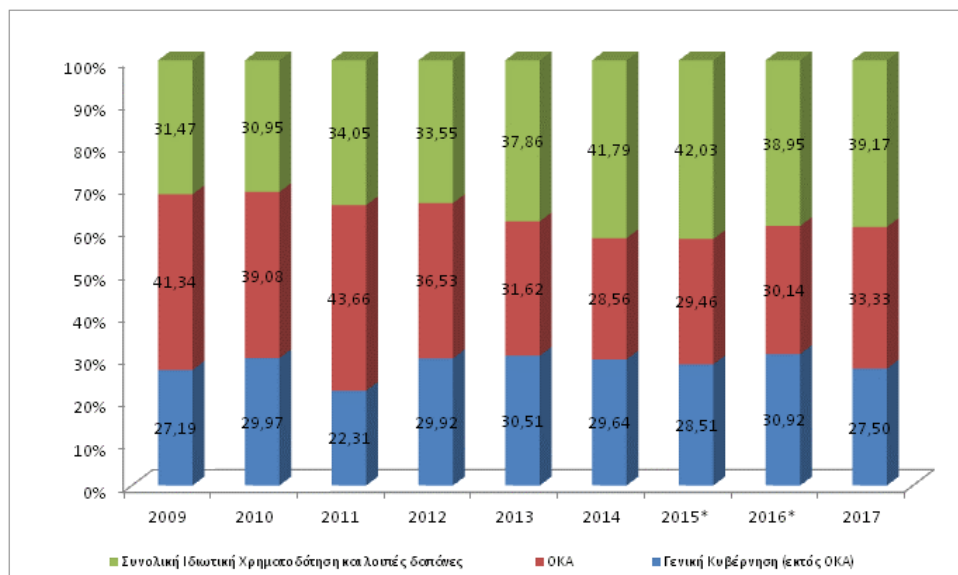
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	6115,4	6475,4	4202,3	5082,1	4638,6	4210,5	4087,6	4519,0	3984,9
2. ΟΚΑ (HF.1.2)	9296,8	8445,4	8223,1	6204,4	4807,3	4056,5	4224,6	4404,8	4830,9
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+(2)	15412,2	14920,9	12425,3	11286,5	9445,9	8267,0	8312,2	8923,8	8815,8
3. Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	433,8	536,6	534,2	525,8	495,1	535,0	541,3	567,5	578,4
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1)	6592,3	6078,0	5823,8	5118,9	5121,2	5202,9	5224,1	5057,9	5036,3
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4)	7026,1	6614,7	6357,9	5644,6	5616,3	5737,9	5765,4	5625,4	5614,7
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	52,6	73,2	52,4	53,5	139,2	198,3	262,0	67,2	61,8
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (HF) (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	22490,9	21608,7	18835,7	16984,7	15201,4	14203,2	14339,6	14616,4	14492,2

Στο διάγραμμα 1.4 δίδεται η γραφική απεικόνιση των δεδομένων της περιόδου μελέτης (2009-2017). Συγκεκριμένα δίδονται σε εκατ. ευρώ, η συνολική δαπάνη υγείας (κρατική και ιδιωτική), η συνολική κρατική δαπάνη υγείας (κράτος και κοινωνική ασφάλιση) και η συνολική ιδιωτική δαπάνη (Εθελοντικά συστήματα ασφάλισης υγείας και Χρηματοδότηση μέσω πληρωμών νοικοκυριών).



Διάγραμμα 1.4: Δαπάνες Υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης (εκατ. ευρώ) 2009–2017

Τα δεδομένα του διαγράμματος επιβεβαιώνουν την σημαντική συρρίκνωση των δαπανών υγείας στην χώρα κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης κυρίως λόγω των επιβαλλόμενων μέτρων αλλά και της συρρίκνωσης των οικογενειακών προϋπολογισμών κλπ.

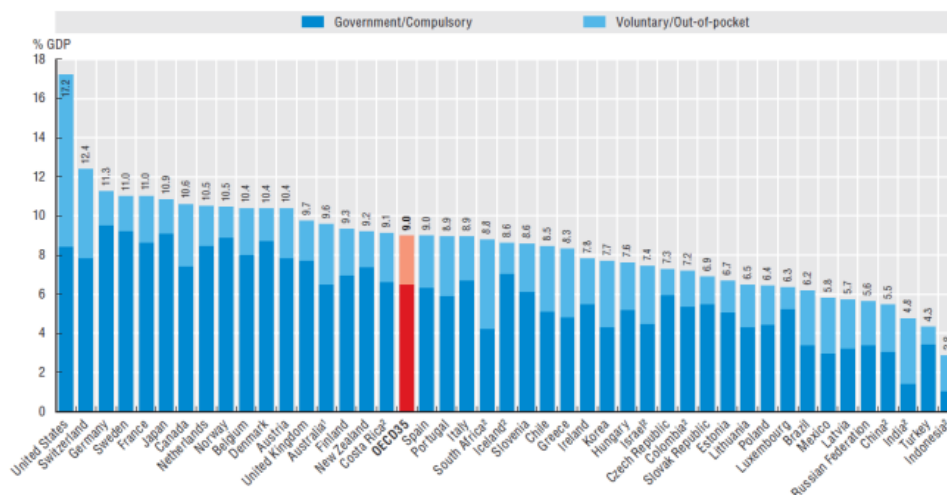


Διάγραμμα 1.5: Ποσοστιαία συμμετοχή φορέα στη χρηματοδότηση δαπανών Υγείας για τα έτη 2009-2017 (%)

Στο διάγραμμα 1.5 επιχειρείται μια ανάλυση του μείγματος των δαπανών υγείας κατά την διάρκεια της περιόδου μελέτης (2009-2017). Από τα δεδομένα του διαγράμματος διαφαίνεται η αύξηση της συνολικής ιδιωτικής συμμετοχής στις δαπάνες υγείας (από 31,47% το 2009 στο 39,17% τα 2017). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι την περίοδο 2009-2015 η συνολική ιδιωτική συνεισφορά στις δαπάνες υγείας έβαινε ετησίως αυξανόμενη, ενώ την περίοδο 2015-2017 δείχνει μια μειούμενη τάση κάτι που πρέπει να επιβεβαιωθεί στα επόμενα χρόνια. Επίσης σημαντική είναι η συνολική αλλά και η ετήσια μείωση της συνεισφοράς των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλειας στις δαπάνες υγείας και συγκεκριμένα από 41,34% το 2009 σε 33,33% το 2017.

Πολλοί από τους δημοσιονομικούς στόχους που έχουν τεθεί από τα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής στην Ελλάδα έχουν άμεση συνάρτηση με τους αντίστοιχους δείκτες στις χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο πλαίσιο αυτό στο διάγραμμα 1.6 που ακολουθεί γίνεται μια αποτύπωση της συνολικής δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2016 (τελευταίο έτος με διαθέσιμα στοιχεία).

Health expenditure as a share of GDP, 2016 (or nearest year)



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.
 1. Australian expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services.
 2. Includes investments.

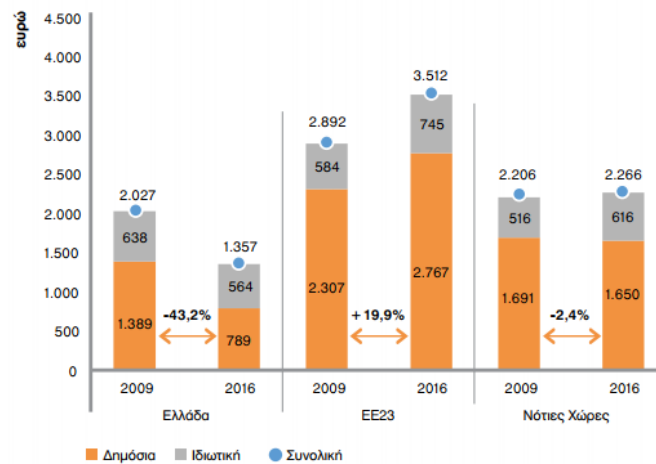
Source: Health at a Glance 2017.

Διάγραμμα 1.6: Συνολικές δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (2016) (%ΑΕΠ)

Τα στοιχεία του διαγράμματος οδηγούν σε ορισμένα χρήσιμα αλλά και ενδιαφέροντα συμπεράσματα:

- ο μέσος όρος των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 9%
- στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό (σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ) ανήλθε σε 8,3% το 2016
- η συντριπτική πλειοψηφία των αναπτυγμένων χωρών της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης βρίσκονται αρκετά πάνω από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Γερμανία με ποσοστό 11,3% του ΑΕΠ
- Ο χώρες του Νότου (Ιταλία, Ισπανία και Πορτογαλία) που επηρεάστηκαν αρκετά από την οικονομική κρίση βρίσκονται στο επίπεδο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ. Συγκεκριμένα η Ιταλία και η Πορτογαλία είναι στο 8,9%, και η Ισπανία στο 9%.

Η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα έχει μειωθεί στα 1357€ το 2016 έναντι 2027€ το 2009. Επίσης σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι είναι μικρότερη κατά 909€ από το μέσο όρο των χωρών του Νότου (IOBE,2017). Στο διάγραμμα 1.7 δίδεται η σύγκριση της συνολικής κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, την ΕΕ23 και τις χώρες του Νότου όσο αφορά στο 2009 (αρχή της κρίσης) και το 2016 (τελευταίο έτος με διαθέσιμα επίσημα στοιχεία).



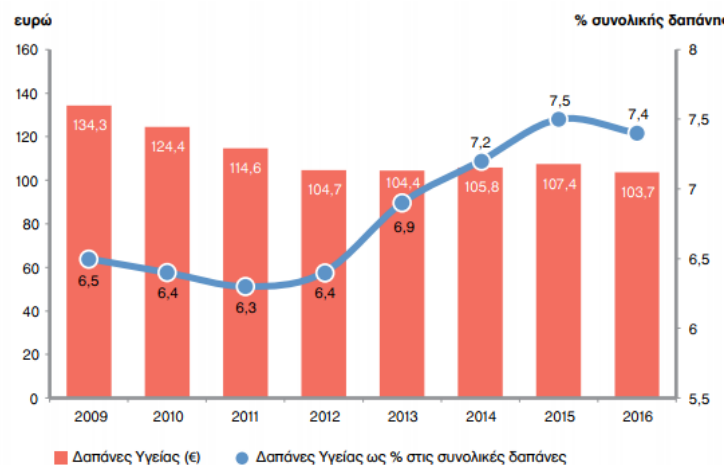
ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics, 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία). Η ΕΕ αναφέρεται στο μέσο όρο 23 χωρών της ΕΕ, λόγω μη διαθέσιμων στοιχείων για τις υπόλοιπες.

Διάγραμμα 1.7: Συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας Ελλάδα-ΕΕ23-Νότιες Χώρες

Από την μελέτη του διαγράμματος 1.7 εξάγουμε τα εξής συμπεράσματα:

- Στην Ελλάδα η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας υποχώρησε κατά -43,2% στο χρονικό διάστημα 2009-2016
- Την ίδια περίοδο στην ΕΕ23 υπήρξε αύξηση κατά 19,9%
- Στις χώρες του Νότου υπήρξε μεν μείωση αλλά με ηπιότερο ρυθμό -2,4%.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος αξιολόγησης των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην χρηματοδότηση των συνολικών δαπανών υγείας, αποτελούν οι ιδιωτικές δαπάνες των νοικοκυριών για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών. Στο διάγραμμα 1.8 που ακολουθεί δίδεται η μηνιαία δαπάνη (€) υγείας των νοικοκυριών στην Ελλάδα.

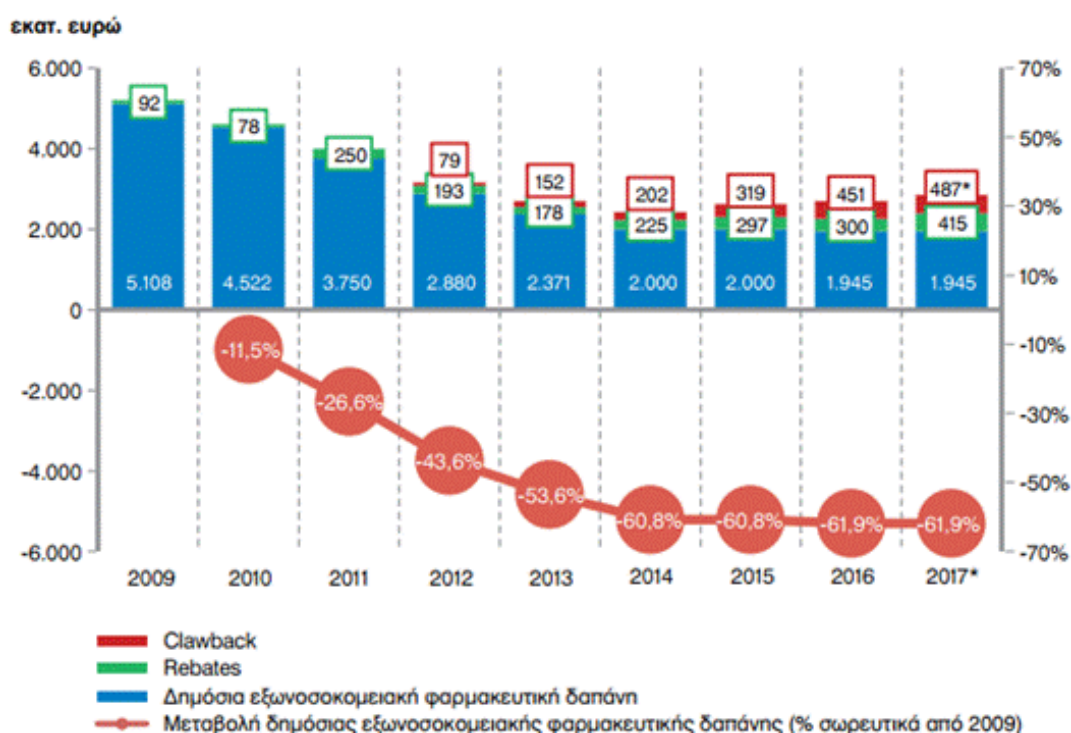


ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ., 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Οι Έρευνες Οικονομικών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ), οι οποίες διεξάγονται σε επίσημη βάση από την ΕΛΣΤΑΤ., παρέχουν πληροφόρηση για τη σύνθεση των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών, ανάλογα με διάφορα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του κάθε νοικοκυριού.

Διάγραμμα 1.8: Δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία (€) ανά μήνα – Ελλάδα

Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών αυξήθηκαν από 6,5% το 2009 σε 7,4% το 2016. Επίσης στο ίδιο διάγραμμα παρατηρούμε ότι ενώ ο μέσος όρος μηνιαίας δαπάνης σε απόλυτα μεγέθη μειώθηκε το 2016 κατά 23% (103,7€) σε σχέση με το 2009 (134,3€), το ποσοστό των δαπανών το 2016 είναι υψηλότερο από το 2009 φανερώνοντας τη μειωμένη αγοραστική αξία των νοικοκυριών, την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών για δαπάνες υγείας και την ανελαστικότητα της δαπάνης για τις συγκεκριμένες κατηγορίες.

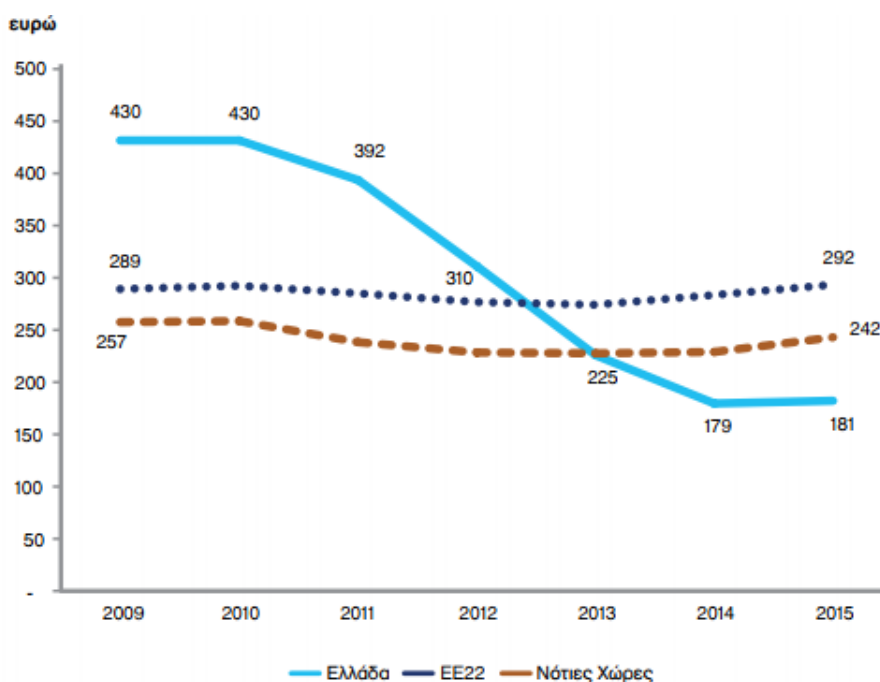
Όπως έχει ήδη αναφερθεί ένας από τους στόχους που έχουν τεθεί κατά την διάρκεια των μνημονίων (και δεσμεύουν την χώρα και για τα επόμενα χρόνια) έχει να κάνει με την επίτευξη οικονομιών κατά την αγορά (σε δεδουλευμένη βάση) εξωνοσοκομειακών φαρμάκων. Στο διάγραμμα 1.9 αποτυπώνονται τα στοιχεία που αφορούν στην δημόσια φαρμακευτική δαπάνη την περίοδο 2009-2017 (σε εκ. €).



Διάγραμμα 1.9: Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη 2009-2017 (Πηγή: Eurostat)

Σύμφωνα με το διάγραμμα ο στόχος που είχε τεθεί από τα Μνημόνια είχε (σχεδόν) επιτευχθεί για το 2012 όπου η μείωση σε σχέση με το προηγούμενο έτος (2011) ήταν της τάξης των 870 εκατ. € (έναντι του στόχου για περίπου 1 δισεκατομμυρίου €). Τέλος παρατηρούμε ότι το 2017 η σωρευτική μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης στην Ελλάδα είναι της τάξης του 61,9% σε σχέση με το 2009.

Όσο αφορά στην δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα, σύμφωνα με το διάγραμμα 1.10, στην Ελλάδα παρατηρείται μια πτωτική πορεία από €430 ανά κάτοικο το 2009 στα €181 το 2015. Το ίδιο διάστημα (2009-2015) τόσο στην ΕΕ23 όσο και στις χώρες του Νότου παρατηρείται μια (σχεδόν) σταθερή πορεία.



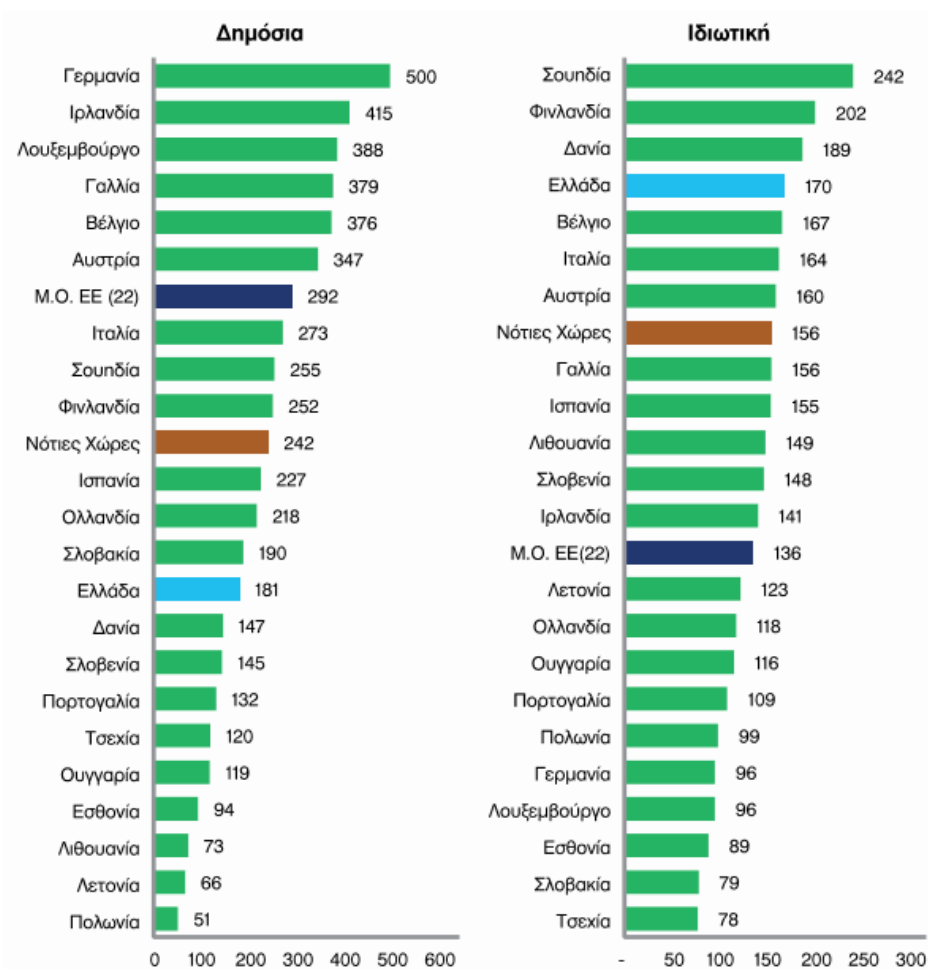
ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics 2017, Eurostat 2017, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), Ευρωπαϊκή Ένωση-22: (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία, Μάλτα, Η. Βασιλείο)

Διάγραμμα 1.10: Δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (Ελλάδα, ΕΕ22, Χώρες του Νότου)

Τέλος στο διάγραμμα 1.11 που ακολουθεί επιχειρείται μια συγκριτική παρουσίαση της δημόσιας και ιδιωτικής κατά κεφαλήν δαπάνης για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα μεταξύ διαφόρων Ευρωπαϊκών χωρών και του μέσου όρου της ΕΕ23 και φυσικά του μέσου όρου των χωρών του Νότου. Από την μελέτη του διαγράμματος εξάγονται τα εξής σημαντικά συμπεράσματα:

- το 2015 η υψηλότερη δημόσια κατά κεφαλή δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα παρατηρείται στην Γερμανία με 500€
- η Ελλάδα με 181€ όσο αφορά στη δημόσια κατά κεφαλή δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα βρίσκεται σταθερά κάτω του μέσου όρου τόσο της ΕΕ23(292€) όσο και των χωρών του Νότου (242€)
- στον αντίποδα όσο αφορά στην ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα, η Ελλάδα βρίσκεται με 170€

στην τέταρτη θέση και σταθερά πάνω από τον μέσο όρο ΕΕ23(136€) όσο και των χωρών του Νότου (156€).



ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics 2017, Eurostat 2017, επεξεργασία στοιχείων IOBE. Νότιες Χώρες (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία), Ευρωπαϊκή Ένωση-22: (μη διαθέσιμα στοιχεία για Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Ρουμανία, Μάλτα, Ην. Βασίλειο).

Διάγραμμα 1.11: Δημόσια και ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (2015)

1.4 Η υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της κρίσης

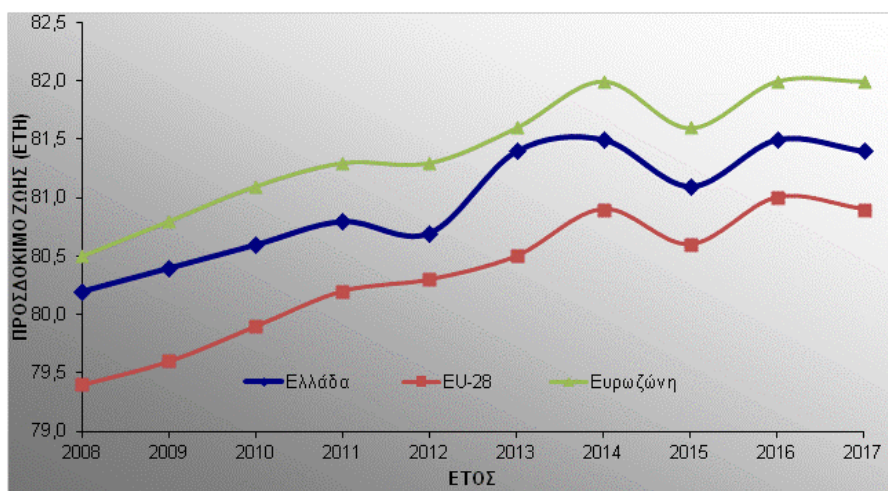
Για την αποτύπωση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία των Ελλήνων πολιτών, στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας έγινε μια προσπάθεια διερεύνησης, καταγραφής και ερμηνείας κυρίως των αποκαλούμενων Ευρωπαϊκών βασικών δεικτών υγείας² αλλά και επιπρόσθετα άλλων δεικτών που

²Οι ευρωπαϊκοί βασικοί δείκτες υγείας (ECHI), παλαιότερα γνωστοί ως δείκτες υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, είναι αποτέλεσμα μιας μακροχρόνιας συνεργασίας μεταξύ των χωρών της ΕΕ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Τρία σχέδια ECHI (1998-2001, 2001-2004, 2005-2008) χρηματοδοτούμενα από προγράμματα της ΕΕ για την υγεία συνέβαλαν στη δημιουργία του πρώτου καταλόγου δεικτών

χρησιμοποιούνται στην διεθνή βιβλιογραφία για τον σκοπό αυτό. Οι δείκτες αυτοί έχουν προταθεί διότι η επιστημονική έρευνα έχει δείξει ότι είναι δύσκολο εγχείρημα να καταγράψει και να μετρήσει το επίπεδο υγείας των πολιτών (Ναούμ, 2018).

Οι αποκαλούμενοι δείκτες υγείας είναι ένα σύνολο δεδομένων που βασίζονται σε στατιστικές αναλύσεις με την χρήση συγκεκριμένης μεθοδολογίας για την διασφάλιση της συγκρισιμότητας. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) για την αποτύπωση του επιπέδου υγείας προτείνει μια σειρά από δείκτες όπως θνησιμότητας, νοσηρότητας, το προσδόκιμο ζωής, τα Έτη Υγιούς Ζωής (E.Y.Z) και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής (Πετρέλης, 2016).

Ο πρώτος δείκτης που εξετάζουμε είναι το προσδόκιμο ζωής (διάγραμμα 1.12) που αποτελεί έναν από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες σε αναλύσεις θεμάτων επιπέδου υγείας αλλά και ποιότητας υπηρεσιών υγείας και υγειονομικών συστημάτων.



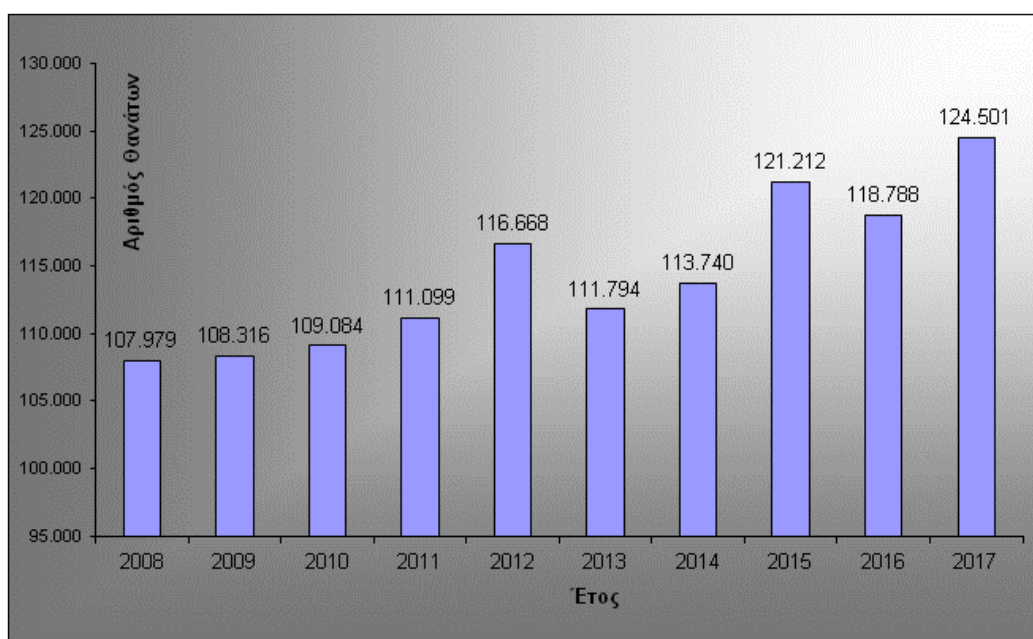
Διάγραμμα 1.12: Προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, την EU28 και στις χώρες της Ευρωζώνης

Από το διάγραμμα 1.12 γίνεται άμεσα αντιληπτή η αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά την περίοδο ενδιαφέροντος (2008-2017) τόσο στην Ελλάδα όσο και σε όλες της χώρες της Ευρώπης και φυσικά της Ευρωζώνης. Παρατηρούμε ότι κατά τα έτη 2012, 2015 και 2017 υπήρξε μια μικρή μείωση του προσδόκιμου ζωής σε όλες τις περιπτώσεις σε σχέση με τα δεδομένα της προηγούμενης χρονιάς. Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει συνεχή αύξηση σε όλες τις χώρες αυτές ήδη από την δεκαετία του 60,

ECHI, με στόχο την παροχή ενός συστήματος συγκρίσιμων πληροφοριών και γνώσεων σχετικά με την υγεία για την παρακολούθηση της υγείας σε επίπεδο ΕΕ.

ενώ πολλοί ερευνητές έχουν επισημάνει ότι παρόλο την αυξητική του πορεία τα τελευταία (προ 2015) έτη, ο ρυθμός αύξησης είχε ήδη επιβραδυντική εξέλιξη.

Τα στοιχεία του διαγράμματος 1.12 θα πρέπει να ερμηνευτούν σε συνάρτηση με τα δεδομένα των διαγραμμάτων 1.13 που αφορά στα δεδομένα θανάτων και του διαγράμματος 1.14 όπου δίδεται η χρονική εξέλιξη των ετών υγιούς ζωής στην Ελλάδα, ώστε να υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα.

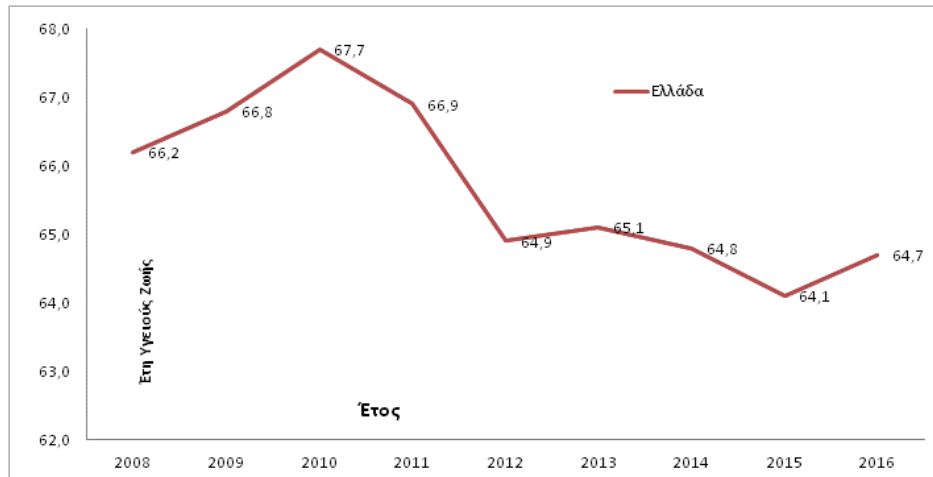


Διάγραμμα 1.13: Συνολικός ετήσιος αριθμός θανάτων (Πηγή: Eurostat, 2019)

Η θνησιμότητα της Ελλάδας (διάγραμμα 1.13) βαίνει αυξανόμενη από την εμφάνιση της κρίσης και μετά, ενώ το 2012 υπήρξε μια μεγάλη αύξηση (κάτι που επιβεβαιώνει την ανάγκη περαιτέρω μελέτης του φαινομένου, δεδομένου ότι το ίδιο έτος υπάρχει και μείωση του προσδόκιμου ζωής).

Συνεχίζοντας την ανάλυση και την προσπάθεια κατανόησης των επιπτώσεων της κρίσης στην υγεία των Ελλήνων και σε συμπλήρωση των στοιχείων των δυο προηγούμενων διαγραμμάτων δημιουργήθηκε το επόμενο που αφορά στα έτη υγιούς ζωής³ (2008-2015).

³ Τα στοιχεία για τα έτη υγιούς ζωής (ή "προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρίες") δείχνουν τον αριθμό ετών που αναμένεται να ζήσει χωρίς αναπηρίες ένα άτομο συγκεκριμένης ηλικίας. Ο δείκτης ετών υγιούς ζωής βρίσκεται στον πυρήνα των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών Δεικτών, καθώς η σημασία του αναγνωρίζεται και στη Συνθήκη της Λισαβόνας.



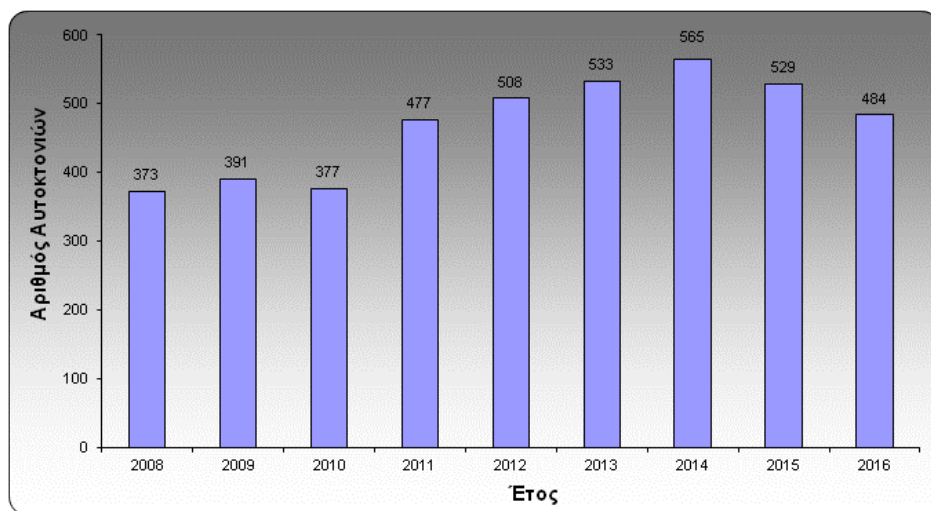
Διάγραμμα 1.14: Έτη υγιούς ζωής (Πηγή: Eurostat, 2019)

Από το διάγραμμα 1.14 συμπεραίνουμε ότι ενώ στην αρχή της κρίσης ο δείκτης έβαινε αυξανόμενος, από το 2010 και μετά μειώνεται και μάλιστα με μεγάλο ρυθμό. Το ότι η μείωση παρουσιάστηκε από το 2010 και μετά, επιβεβαιώνει το φαινόμενο της χρονικής υστέρησης εμφάνισης των επιπτώσεων της κρίσης. Η μείωση του συγκεκριμένου δείκτη καταδεικνύει επίσης την μείωση όσο αφορά στην: α) έννοια της ποιότητας ζωής και β) πρόοδο που αφορά στην ποιότητα και τη βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης καθώς και την πρόσβαση σ' αυτή. Παρατηρούμε επίσης ότι από τα έτη 2015 και 2016 έχουμε μια μικρή αύξηση κάτι που έρχεται σε συνάρτηση με την επίσης αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά την ίδια περίοδο.

Ο επόμενος δείκτης που εξετάζεται είναι ο ετήσιος αριθμός των αυτοκτονιών. Η Ελλάδα προ κρίσης δεν εμφάνιζε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά και απόλυτους αριθμούς όσο αφορά στις αυτοκτονίες (είχε από τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ με 2,9/100.000 κατοίκους), γεγονός που ενδεχομένως να οφείλεται και στη μειωμένη αναφορά και καταγραφή (Liaropoulos, 2012). Σύμφωνα με σχετική έκθεση της διαNEOσις⁴ τη δεκαετία 2000-2010 τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα παρέμειναν σταθερά και φάνινονταν ανεπηρέαστα από το κοινωνικό-οικονομικό γίνεσθαι. Κάτι που όμως δείχνει να ανατρέπεται στα χρόνια της κρίσης. Από το διάγραμμα 1.15 παρατηρούμε ότι κατά το διάστημα 2008-2014 υπήρξε μια αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών (με εξαίρεση το 2010 με μικρή μείωση σε

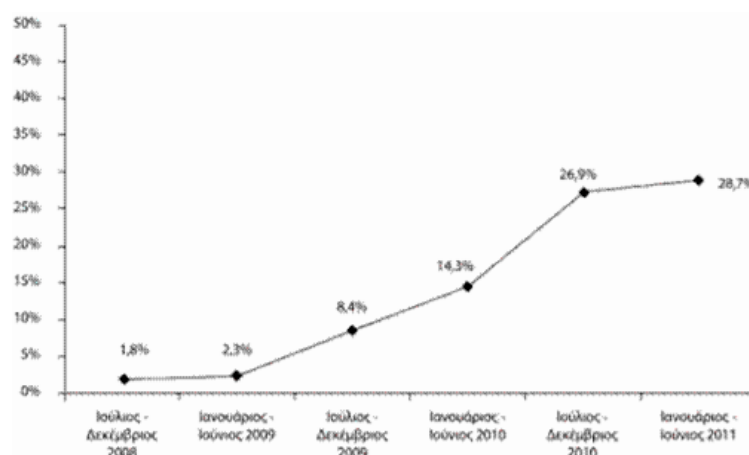
⁴Η διαNEOσις (www.dianeosis.org) είναι ένας ανεξάρτητος, μη-κερδοσκοπικός ερευνητικός οργανισμός που μεταξύ άλλων παράγει μελέτες και ερευνητικό έργο πάνω στα σημαντικά θέματα της εποχής μας, επιδιώκοντας να προσφέρει συγκεκριμένες προτάσεις πολιτικής.

σχέση με το προηγούμενο έτος), ενώ τα δύο τελευταία έτη (2015 και 2016) υπάρχει μια μείωση των αυτοκτονιών στην Ελλάδα.



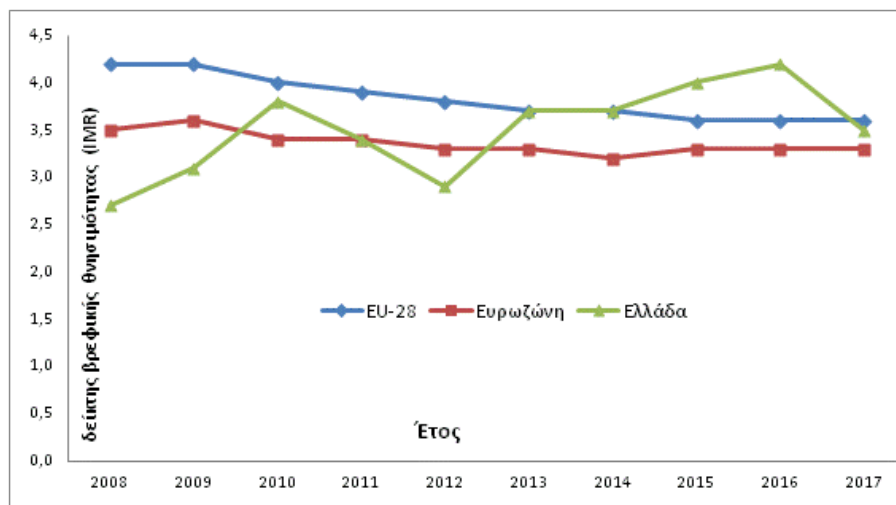
Διάγραμμα 1.15: Αυτοκτονίες στην Ελλάδα (Πηγή:ΕΛΣΤΑΤ,2019)

Ένας άλλος σημαντικός δείκτης είναι επίσης και η ανάγκη των πολιτών για ψυχολογική στήριξη μέσω επίσημων δομών και υπηρεσιών. Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) στο πλαίσιο σχετικής έρευνας, επεξεργάστηκε τις κλήσεις στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη για το διάστημα Μάιος 2008 έως και Ιούνιος 2011, στοχεύοντας στην διερεύνηση ύπαρξης συσχετισμού της κρίσης και των τηλεφωνικών αιτημάτων για ψυχολογική υποστήριξη (Οικονόμου et al,2012). Η έρευνα κατέδειξε την άμεση συσχέτιση της κρίσης με την ψυχική υγεία καθώς όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 1.16 υπήρξε απότομη και μεγάλη αύξηση των κλήσεων από τα μέσα του 2010 και μετά.



Διάγραμμα 1.16: Κλήσεις στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη (Πηγή: Οικονόμου et el, 2012)

Έναν επίσης σημαντικό δείκτη υγείας των πολιτών μιας περιοχής αποτελεί η βρεφική θνησιμότητα⁵. Σύμφωνα με τα στοιχεία (διάγραμμα 1.17) η βρεφική θνησιμότητα το διάστημα 2008-2015 παρουσιάζει μικρή αύξηση, με μια πτωτική πορεία μόνο την διετία 2011-2012. Η επιστημονική βιβλιογραφία επισημαίνει ότι μετά τον 1^ο μήνα ζωής στη βρεφική θνησιμότητα εκτός από βιολογικούς παράγοντες συμμετέχουν κυρίως ανεπάρκειες στην φροντίδα, την διατροφή και γενικότεροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Επίσης παρατηρούμε μια αντιστροφή στον δείκτη τα δυο τελευταία έτη (2016 και 2017) κάτι που έχει παρατηρηθεί και στους προηγούμενους δείκτες (αυτοκτονίες, έτη υγιούς ζωής, προσδόκιμο ζωής).



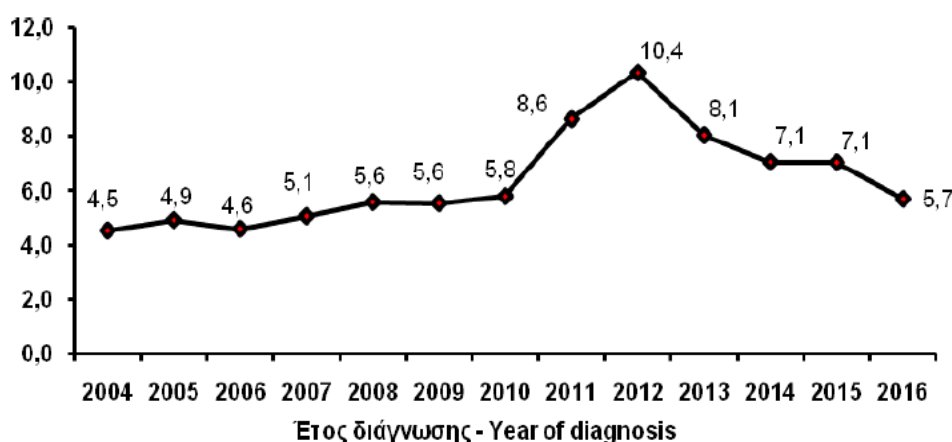
Διάγραμμα 1.17: Βρεφική θνησιμότητα (Πηγή: Eurostat,2019)

Για το διάστημα 2018-2017 και για τον μέσο όρο της ΕΕ28 παρατηρείται μια συνεχής μικρή μείωση, ενώ όσο αφορά στις χώρες της Ευρωζώνης παρατηρείται μια σταθερότητα (από 3,5 το 2008 σε 3,3 το 2017).

Μια άλλη σημαντική παράμετρος που αφορά στις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία είναι τα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν στο HIV/AIDS. Το διάστημα 1997 μέχρι την έναρξη της κρίσης, υπήρξε σημαντική μείωση στον αριθμό των ετήσιων θανάτων, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην αντιρετροϊκή θεραπεία υψηλής δραστηριότητας -HAART (ΚΕΛΠΙΝΟ,2016).

⁵Ως βρεφική θνησιμότητα ή δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (Infant mortality rate, IMR) ορίζεται (αναλογικά) ο αριθμός των θανάτων βρεφών ηλικίας κάτω του ενός έτους ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις.

Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 1.18 το διάστημα 2011-2012 παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση όσο αφορά στην επιδημία της HIV λοίμωξης η οποία αφορούσε κυρίως σε άτομα που μολύνθηκαν μέσω ενέσιμης χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

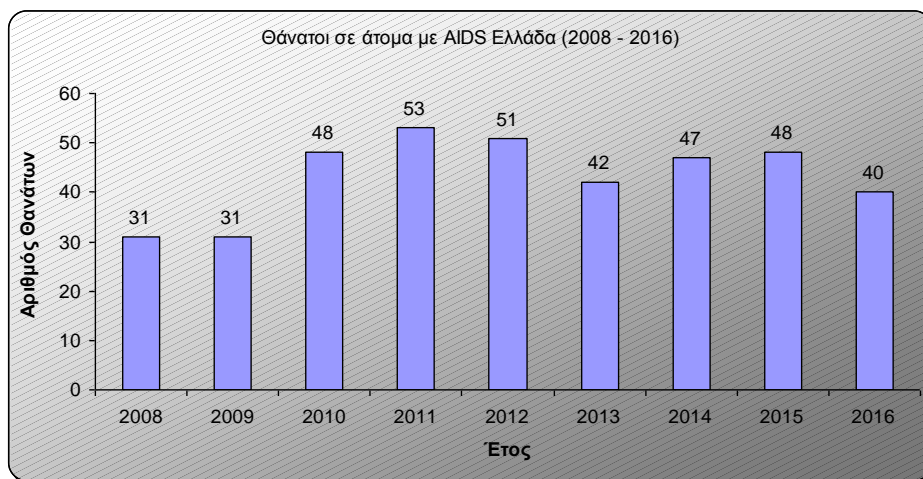


Διάγραμμα 1.18: Διαγνώσεις HIV λοίμωξης ανά 100000 πληθυσμού στην Ελλάδα (Πηγή: ΚΕΛΠΝΟ,2016)

Αν και αρχικά η έξαρση επισήμως είχε «εσφαλμένα» αποδοθεί στις χωρίς προφύλαξη σεξουαλικές επαφές με εκδιδόμενες οροθετικές γυναίκες, στην συνέχεια τα στοιχεία, η επιστημονική και δημοσιογραφική έρευνα κατέδειξαν ότι από τις κύριες αιτίες της έξαρσης αποτέλεσε η περικοπή των πόρων του προγράμματος δωρεάν χορήγησης συνέργων ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών. Μέτρο αντίθετο με τις συστάσεις του ΠΟΥ για παροχή τουλάχιστον 200 καθαρών συριγγών σε κάθε χρήστη ετησίως προκειμένου να αποφευχθεί η διάδοση λοιμώξεων από τον ιό HIV (Στάκλερ & Μπασου,2014).

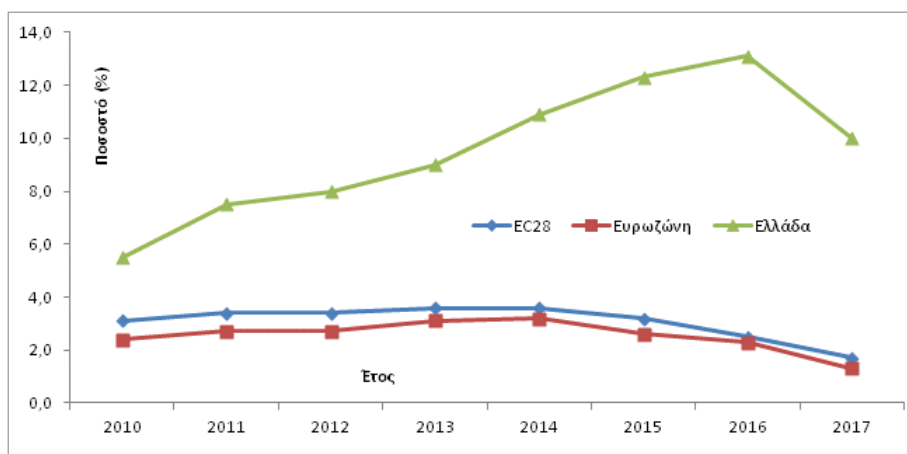
Το διάστημα 2013-2015 παρατηρείται μια μείωση των κρουσμάτων με τα περιστατικά όμως να παραμένουν σε υψηλότερα επίπεδα από ότι πριν την κρίση. Η ίδια εικόνα προκύπτει (αύξηση τη διετία 2011-2012 και κατόπιν μείωση) και από το διάγραμμα που ακολουθεί και αποτυπώνει τον ετήσιο αριθμό θανάτων ασθενών HIV/AIDS στην Ελλάδα⁶.

⁶ Τα δεδομένα που προέρχονται από το σύστημα υποχρεωτικής δήλωσης θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, καθώς δεν αντανακλούν πλήρως την επίπτωση της HIV λοίμωξης και επηρεάζονται από τον χρόνο εξέτασης των ατόμων για τον HIV και από την, ενδεχομένως, μη έγκαιρη δήλωση των θετικών περιστατικών στις υγειονομικές αρχές.



Διάγραμμα 1.19: Θάνατοι σε άτομα με AIDS στην Ελλάδα (Πηγή: ΚΕΛΠΙΝΟ,2016)

Σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας του επιπέδου υγείας είναι η προσβασιμότητα⁷ στις υπηρεσίες υγείας. Τα δεδομένα για την Ελλάδα την περίοδο 2009-2015 δείχνουν σημαντική αύξηση του ποσοστού των ελλήνων πολιτών που δηλώνουν ανικανοποίητες ανάγκες υγείας κυρίως λόγω κόστους, απόστασης και αναμονής κάτι που προφανώς σχετίζεται άμεσα με την οικονομική κρίση.



Διάγραμμα 1.20: Αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και αναμονής (Πηγή: Eurostat, 2019)

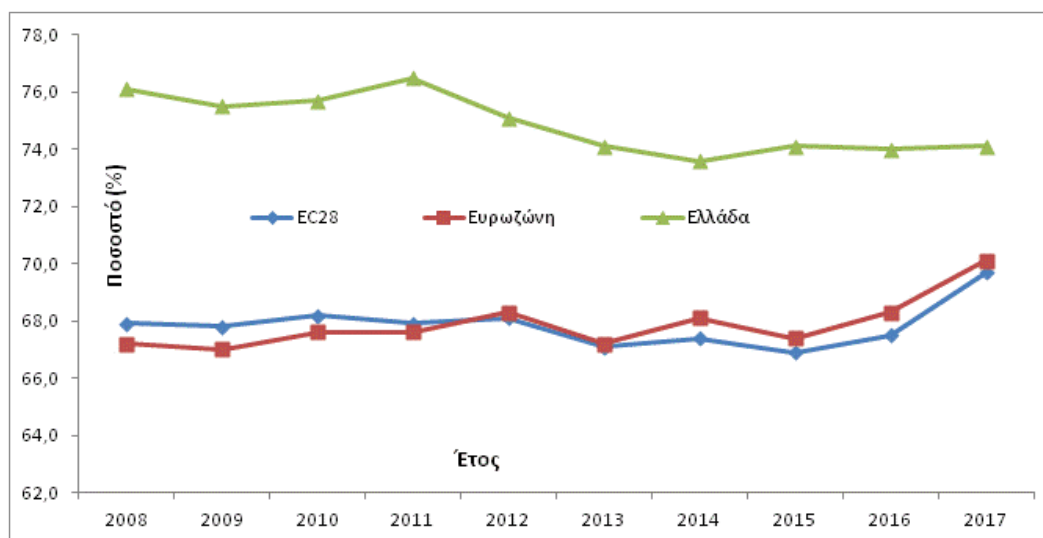
Από την μελέτη του διαγράμματος 1.20 εξάγονται τα εξής σημαντικά συμπεράσματα:

- στην Ελλάδα το διάστημα 2010-2016 παρατηρείται μια συνεχής αύξηση των αυτοαναφερόμενων ακάλυπτων αναγκών υγείας λόγω κόστους, απόστασης και αναμονής

⁷ Ο δείκτης που χρησιμοποιείται για την μέτρηση της προσβασιμότητας είναι η διακύμανση του ποσοστού των κατοίκων που αναφέρουν δυσκολίες στην πρόσβαση ιατρικής περίθαλψης για λόγους όπως: χρόνος αναμονής, απόσταση και συμμετοχή στις δαπάνες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014).

- οι αντίστοιχοι δείκτες που αφορούν στην ΕΕ28 και στις χώρες της Ευρωζώνης σχεδόν ταυτίζονται με ελάχιστες διαφορές και ταυτόχρονα βαίνουν μειούμενες.

Ο τελευταίος δείκτης που εξετάζεται είναι το αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας (διάγραμμα 1.21) που αντανακλά σε ικανοποιητικό βαθμό το επίπεδο υγείας του ατόμου, καθώς λαμβάνει υπόψη και τις τρεις πτυχές της υγείας: σωματική, ψυχική και κοινωνική. Σε σχέση με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, που απαιτούν μεγαλύτερο χρόνο για να μεταβληθούν, ο δείκτης αυτός επηρεάζεται πιο άμεσα. Στο διάστημα 2008-2015, ο δείκτης αυτός παρουσιάζει μια μείωση με εξαίρεση τα έτη 2011 και 2015 όπου παρόλο την σχετική αύξηση ο δείκτης παραμένει σε χαμηλότερο επίπεδο από ότι πριν την κρίση. Επίσης παρατηρούμε μια αντιστροφή στον δείκτη τα δυο τελευταία έτη (2016 και 2017) κάτι που έχει παρατηρηθεί και στους προηγούμενους δείκτες.



Διάγραμμα 1.21: Ποσοστό πληθυσμού με αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο καλό ή πολύ καλό (%) (Πηγή: Eurostat, 2019)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Πρόσβαση και Προσβασιμότητα

Καθώς η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί το βασικό ερευνητικό αντικείμενο της παρούσας διατριβής, αρχικά θα επιχειρήσουμε μία ετυμολογική αποσαφήνιση των όρων πρόσβαση και προσβασιμότητα.

Σύμφωνα με τα ερμηνευτικά λεξικά με τον όρο πρόσβαση εννοούμε την είσοδο το πλησίασμα, την προσέγγιση (Μπαμπινιώτης 1998). Με την λέξη προσβασιμότητα εννοούμε την ιδιότητα του προσβάσιμου, δηλαδή την δυνατότητα που παρέχεται σε κάποιον να έχει πρόσβαση σε ένα χώρο, σε μια υπηρεσία κλπ. Χαρακτηρίζοντας ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ως προσβάσιμη εννοούμε ότι αυτό/αυτή έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους τους εν δυνάμει χρήστες του/της (Καρακολίδου,2018).

Με τον όρο πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εστιάζει στις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των ανθρώπων να προσεγγίσουν τις υπηρεσίες και τις δομές υγείας, σε σχέση με την τοποθεσία, τον χρόνο και την ευκολία προσέγγισης (Πασσά,2016).

Η έννοια της προσβασιμότητας εκτός των άλλων είναι άμεσα συνυφασμένη και με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980) ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι η «μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης». Τα κύρια χαρακτηριστικά της ποιότητας που αποτελούν και στρατηγικούς στόχους των συστημάτων υγείας είναι η: αποτελεσματικότητα, προσβασιμότητα, ασφάλεια, ικανότητα, καταλληλότητα, συνέχεια, αποδοτικότητα και ανταποκρισιμότητα (Arah et al, 2003).

Η προσβασιμότητα υπηρεσιών υγείας περιέχει την οικονομική, κοινωνική και την πολιτισμική διάσταση (Παπακωστίδη,2012) και ορίζεται ως το σύνολο των πτυχών

των δομών των υπηρεσιών υγείας και των εγκαταστάσεων, οι οποίες βοηθούν στην ενίσχυση της ικανότητας των ανθρώπων να φτάσουν σε έναν φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας από άποψη τοποθεσίας, χρόνου και ευκολίας προσέγγισης (WHO,1998).

Ο δείκτης που χρησιμοποιείται για την μέτρηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι το ποσοστό των κατοίκων που αναφέρουν δυσκολίες στην πρόσβαση ιατρικής περίθαλψης για λόγους όπως: χρόνος αναμονής, απόσταση και συμμετοχή στις δαπάνες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή,2014).

Η προσβασιμότητα και η ισότητα των υπηρεσιών υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο των δράσεων της ΕΕ8 ενώ παράλληλα έχει επισημανθεί η δυσκολία μέτρησης της πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή,2014).

2.2 Το μοντέλο Tanahashi και τα συστήματα υγείας

Το μοντέλο Tanahashi (Tanahashi, 1978) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία μελέτης και αξιολόγησης των συστημάτων και υπηρεσιών υγείας. Η χρήση αυτής της πολυπαραγοντικής μεθοδολογίας οδηγεί σε μια σειρά από συμπεράσματα που βοηθούν όχι μόνο στον αποτελεσματικό στρατηγικό σχεδιασμό αλλά και στην αντιμετώπιση των εμποδίων καθώς και στην υπόδειξη και αξιοποίηση καλών πρακτικών στοχεύοντας στην βελτίωση της πρόσβασης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στις υγειονομικές υπηρεσίες.

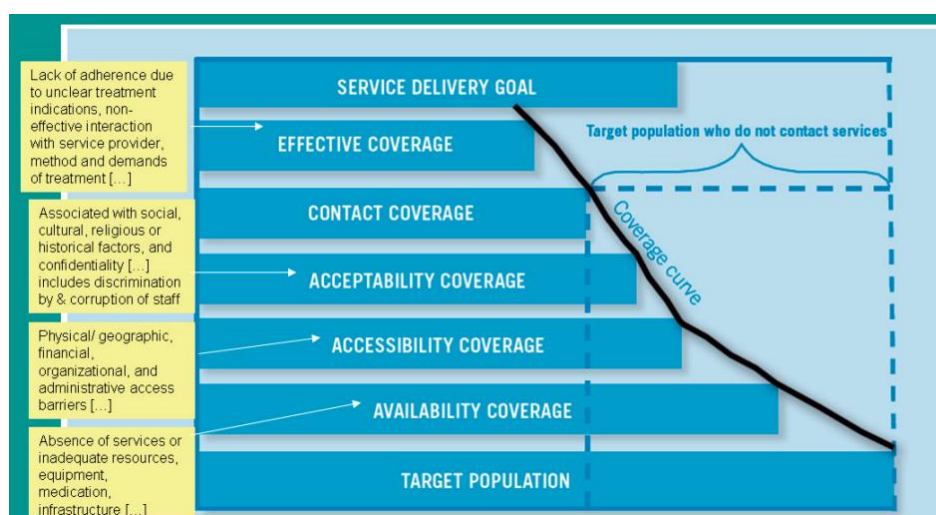
Το μοντέλο του Tanahashi αναγνωρίζει πέντε διαφορετικές πτυχές (διαδοχικά στάδια) της κάλυψης, οι οποίες θα μπορούσαν να αναλυθούν όταν προσπαθούμε να προσδιορίσουμε τα προβλήματα που εμποδίζουν την επίτευξη της καθολικής κάλυψης (Tanahashi, 1978):

- Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας
- Πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα

⁸ Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης Άρθρο 35 «..Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου».

- Αποδοχή της φροντίδας
- Κάλυψη επαφής και
- Αποτελεσματική κάλυψη

Στο διάγραμμα 2.1 που ακολουθεί δίδεται η γραφική απεικόνιση του μοντέλου Tanahashi και των πέντε πτυχών (διαδοχικών σταδίων) του.



Διάγραμμα 2.1: Το Μοντέλο του Tanahashi (Πηγή Economou, 2015)

Οι πέντε προτεινόμενες πτυχές του μοντέλου αντιπροσωπεύουν τα διαδοχικά στάδια που πρέπει οι πολίτες να διανύσουν κατά την αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας (στοχεύοντας στην αποτελεσματική της κάλυψη) σε ένα σύστημα υγείας (Πασσά,2016). Τα πέντε αυτά στάδια μπορούν να αναλυθούν ως εξής:

Πίνακας.2.1 : Τα πέντε στάδια του μοντέλου Tanahashi

Στάδιο	Περιγραφή
1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας	Δείχνει το ποσοστό των ανθρώπων για τους οποίους υπάρχουν διαθέσιμοι επαρκείς ανθρωπικοί και υλικοί πόροι (π.χ. τεχνολογίες, εγκαταστάσεις, φάρμακα κ.λπ.). Είναι ο λόγος των πόρων προς το συνολικό πληθυσμό που βρίσκεται σε ανάγκη.
2. Πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα	Αναφέρεται στην αναλογία των ατόμων για τα οποία οι υπηρεσίες υγείας είναι προσιτές από την άποψη θέσης, απόστασης ή του χρόνου μεταφοράς τους. Αυτό περιλαμβάνει όχι μόνο τη φυσική πρόσβαση και τις ταξιδιωτικές διευκολύνσεις, αλλά και την αποτελεσματική πρόσβαση (π.χ. οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση, όπως

	τα τέλη χρήσης, οι καταστροφικές δαπάνες υγείας, το κόστος μεταφοράς).
3. Αποδοχή της φροντίδας	Είναι το ποσοστό των ανθρώπων για τους οποίους οι υπηρεσίες και τα προγράμματα υγείας είναι αποδεκτές όσον αφορά στον πολιτισμό, τις πεποιθήσεις, τη θρησκεία, το φύλο ή την ηλικία κλπ. Λαμβάνονται επίσης υπ' όψιν οι αντιλήψεις των ανθρώπων για την αξία των υπηρεσιών υγείας και το αναμενόμενο κόστος.
4. Κάλυψη επαφής	Είναι το ποσοστό του πληθυσμού που έχει χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας και έχει έρθει σε επαφή με πάροχο υπηρεσιών υγείας. Η συνέχιση της πρόσβασης αποτελεί βασική συνιστώσα αυτής της διάστασης.
5. Αποτελεσματική κάλυψη	Είναι το ποσοστό των ατόμων που έχουν λάβει επιτυχία παρεμβάσεις (π.χ. ακριβείς διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπείες που βασίζονται σε στοιχεία, τήρηση της καθορισμένης θεραπείας κ.λπ.).

2.3 Υγειονομικές ανισότητες

2.3.1 Εισαγωγή

Η σημαντική βελτίωση του επιπέδου υγείας που σημειώθηκε τις τελευταίες δεκαετίες κυρίως στις αποκαλούμενες αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και του υπόλοιπου κόσμου, αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός. Παρόλο όμως την γενική βελτίωση, ιδιαίτερα όσο αφορά σε βασικούς δείκτες υγείας (προσδόκιμο ζωής, παιδική θνησιμότητα, κλπ), εξακολουθούν και παρατηρούνται έντονες διαφοροποιήσεις τόσο μεταξύ των χωρών όσο και μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων της ίδιας χώρας (Οικονόμου,2013, Ρετινώτη&Μάντζιου,2010).

Το φαινόμενο είναι έντονο ακόμη και στην Ευρώπη, όπου παρόλη τη μεγάλη βελτίωση του γενικού επιπέδου υγείας των πολιτών, οι υγειονομικές ανισότητες μεταξύ των κρατών καθώς και μεταξύ των περιφερειών και των κοινωνικοοικονομικών ομάδων εξακολουθούν να υφίστανται και να διευρύνονται (Ρετινώτη&Μάντζιου,2010).

Η ύπαρξη αλλά και η διεύρυνση των υγειονομικών ανισοτήτων αποτελεί για την συντριπτική πλειοψηφία των κρατών μια άδικη αλλά κυρίως μη αποδεκτή κατάσταση, κάτι που έχει επισημοποιηθεί ήδη από το 1978 με την Διακήρυξη της Άλμα-Άτα⁹. Η επιτακτική ανάγκη για μείωση των ανισοτήτων στην υγεία έχει επισημανθεί και στην 51η Συνέλευση για την Παγκόσμια Υγεία (1998) με την υιοθέτηση της Στρατηγικής «Υγεία για όλους στον 21ο Αιώνα» (WHO,1998). Η ανανέωση της δέσμευσης των μελών του ΠΟΥ προς τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα πραγματοποιήθηκε το 2018 όταν και υπεγράφη η Διακήρυξη της Αστάνα (WHO,2018)¹⁰ η οποία δεσμεύει τα μέλη προς την ενίσχυση των συστημάτων της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ως ουσιαστικό βήμα προς την καθολική κάλυψη υγείας και ως η πλέον συμφέρουσα για τα οικονομικά της Υγείας.

Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '80 ο προβληματισμός για τις ανισότητες στην υγεία αποτυπώθηκε επίσημα με την έκθεση “Black Report”¹¹ του Βρετανικού Υπουργείου Εργασίας (1980). Χαρακτηριστικό εύρημα της έκθεσης αποτελεί η διαπίστωση ότι η θνησιμότητα κατά το έτος 1971 στις ηλικίες 15–64 ετών ήταν διπλάσια στα μέλη των κατώτερων σε σχέση με τα μέλη των ανωτέρων κοινωνικών τάξεων (Whitehead,1982).

Τα τελευταία χρόνια οι όροι που χρησιμοποιούνται από την επιστημονική κοινότητα για την αποτύπωση και την ανάλυση των διαφοροποιήσεων στην υγεία σε επίπεδο χωρών και οικονομικοκοινωνικών ομάδων, είναι η ανισότητα (inequality) και η ανισοτιμία (inequity). Οι όροι αυτοί σε πολλές περιπτώσεις χρησιμοποιούνται ως συνώνυμες έννοιες ενώ τα τελευταία χρόνια καταγράφεται μια προσπάθεια διάκρισης και αποσαφήνισης των δύο αυτών εννοιών.

⁹ Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), πραγματοποιήθηκε στην πόλη Άλμα - Άτα του Καζακστάν, στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978, εκφράζοντας την ανάγκη για ανάληψη άμεσης δράσης από όλες τις κυβερνήσεις, τους εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας και ανάπτυξης και την παγκόσμια κοινότητα, για την προστασία και προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων.

¹⁰ Η Διακήρυξη της Αστάνα υπογράφηκε κατά την διάρκεια της Παγκόσμιας διάσκεψης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Global Conference on Primary Health Care) που πραγματοποιήθηκε στην ομώνυμη πόλη του Καζακστάν στις 25-26 Οκτωβρίου 2018 και διοργανώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, την κυβέρνηση του Καζακστάν και την UNICEF, ως για τα 40 χρόνια από την διακήρυξη της Άλμα Άτα για την Υγεία.

¹¹ Η έκθεση Black Report είχε ως στόχο να διερευνήσει τις ανισότητες πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη που ήταν παρούσες παρά την ίδρυση του NHS στην Μεγ. Βρετανία.

Ο όρος «ανισότητα στην υγεία», χρησιμοποιείται για να δηλώσει τις διαφορές και τις αποκλίσεις όσο αφορά στο επίπεδο υγείας μεταξύ ατόμων και ομάδων. Έχει δηλαδή εμπειρική διάσταση και συνιστά έναν περιγραφικό όρο αποτύπωσης μιας υφιστάμενης κατάστασης, εκφρασμένης σε μετρήσιμα μεγέθη.

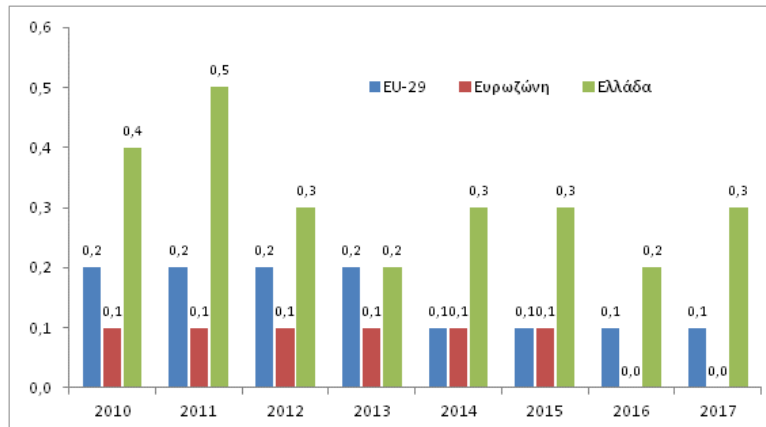
Η «ανισοτιμία στην υγεία», αναφέρεται στις ανισότητες που θεωρούνται αθέμιτες και άδικες. Αφορά μια αξιολογική και αξιακή τοποθέτηση με βάση τις θεωρίες που υιοθετεί κάποιος για ζητήματα διανομής και κοινωνικής δικαιοσύνης, αρχών οργάνωσης της κοινωνίας και ερμηνείας της ύπαρξης ανισοτήτων στην υγεία (Braveman and Gruskin,2003).

2.3.2 Ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

Στην υποενότητα αυτή γίνεται μια προσπάθεια πρώτης καταγραφής και ανάλυσης των κυριότερων «πτυχών» που επηρεάζουν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και οξύνουν τις ανισότητες. Οι πτυχές που έχουν επιλεγεί ανταποκρίνονται στην πρόταση της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο αφορά στην μέτρηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Δηλαδή στην χρήση του ποσοστού των κατοίκων που αναφέρουν δυσκολίες στην πρόσβαση ιατρικής περίθαλψης για λόγους όπως: χρόνος αναμονής, απόσταση και συμμετοχή στις δαπάνες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή,2014).

2.3.2.1 Ανισότητες λόγω γεωγραφικής πρόσβασης

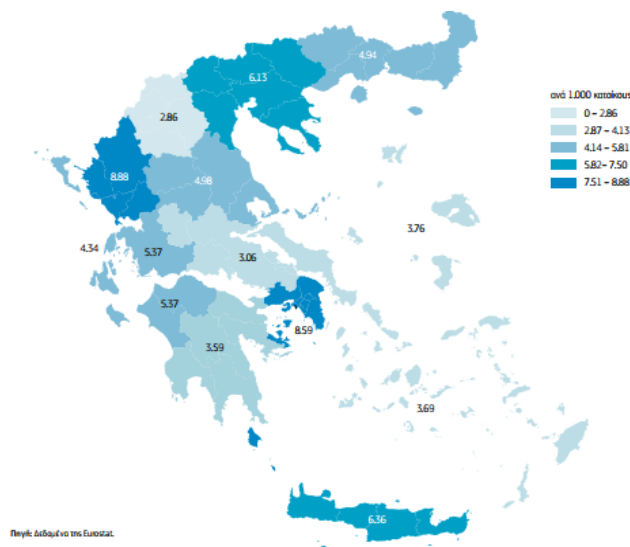
Το έντονο ανάγλυφο της ηπειρωτικής Ελλάδας και φυσικά η πληθώρα νησιών και ορεινών όγκων και περιοχών δημιουργεί ένα επιπρόσθετο εμπόδιο για την εξασφάλιση της προσβασιμότητας και της ισότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι κάτοικοι των απομακρυσμένων ορεινών περιοχών αλλά και νησιών αναγκάζονται να μετακινούνται στα αστικά κέντρα, για να καλύψουν ειδικευμένες αλλά και απλές υγειονομικές ανάγκες με τα έξοδα να καλύπτονται από τον οικογενειακό τους προϋπολογισμό. Οι αποστάσεις των νησιών, η μη συνεχής σύνδεσή τους με την ηπειρωτική χώρα και η έλλειψη δικτύου βάσεων Αεροδιακομιδών του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) σε συνδυασμό με την ποσοτική ανεπάρκεια των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων τους σε ορεινές περιοχές της χώρας επιδεινώνουν την κατάσταση και επιδρούν αρνητικά αυξάνοντας τις ανισότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.



Διάγραμμα 2.2: Αυτοαναφερόμενες (%) Ανεκπλήρωτες Ανάγκες για ιατρική εξέταση λόγω απόστασης (Πηγή Eurostat, 2019)

Τα δεδομένα του διαγράμματος 2.2 όχι μόνο επιβεβαιώνουν τις γεωγραφικές ανισότητες υγείας στην Ελλάδα αλλά καταδεικνύουν την έντονη διαφοροποίηση των αυτοαναφερόμενων ακάλυπτων υγειονομικών αναγκών στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη ανισοτήτων υγείας ακόμη και μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Επίσης στην Ελλάδα εμφανίζονται τεράστιες αποκλίσεις και γεωγραφικές ανισότητες όσο αφορά στην κατανομή των γιατρών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο δείκτης που αφορά στην πυκνότητα των γιατρών, ο οποίος κατά το έτος 2014 κυμαινόταν από 2,9 ανά 1000 κατοίκους στη Δυτική Μακεδονία και στην Κεντρική Ελλάδα έως 8,6 ανά 1000 κατοίκους στην Αττική (διάγραμμα 2.3) αποκαλύπτοντας μια ακόμη «πηγή» δημιουργίας υγειονομικών ανισοτήτων.



Διάγραμμα 2.3: Γεωγραφική κατανομή ιατρών στην Ελλάδα

2.3.2.2 Ανισότητες λόγω χρόνου αναμονής

Οι αποκαλούμενες λίστες αναμονής στα Ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα αποτελούν έναν από τους μεγαλύτερες «εχθρούς» της ποιότητας του συστήματος υγείας αλλά και της προσπάθειας κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και της μείωσης των ανισοτήτων στην πρόσβαση. Οι ανισότητες αυτής της κατηγορίας επηρεάζουν κυρίως τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού (που δε έχουν την ευκαιρία ιδιωτικής ασφάλισης και ιατρικής φροντίδας). Ενδιαφέρον στοιχείο είναι το γεγονός ότι η επόμενη παράμετρος που αναλύεται (συμμετοχή στο κόστος) έχει έμμεση συνάρτηση με τον χρόνο αναμονής καθώς οι περισσότερες άτυπες πληρωμές (από τους χρήστες υγείας) γίνονται με σκοπό την μείωσή του.

2.3.2.3 Ανισότητες λόγω συμμετοχής στο κόστος

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα οικονομικά της υγείας (μείωση δημοσίων δαπανών με παράλληλη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών), στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς (συρρίκνωση των εισοδημάτων), την ανεργία αλλά και σε άλλους οικονομικούς δείκτες δεν ήταν δυνατόν να μην επηρεάσουν αρνητικά την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας και να οδηγήσουν στην άμβλυνση των ανισοτήτων.

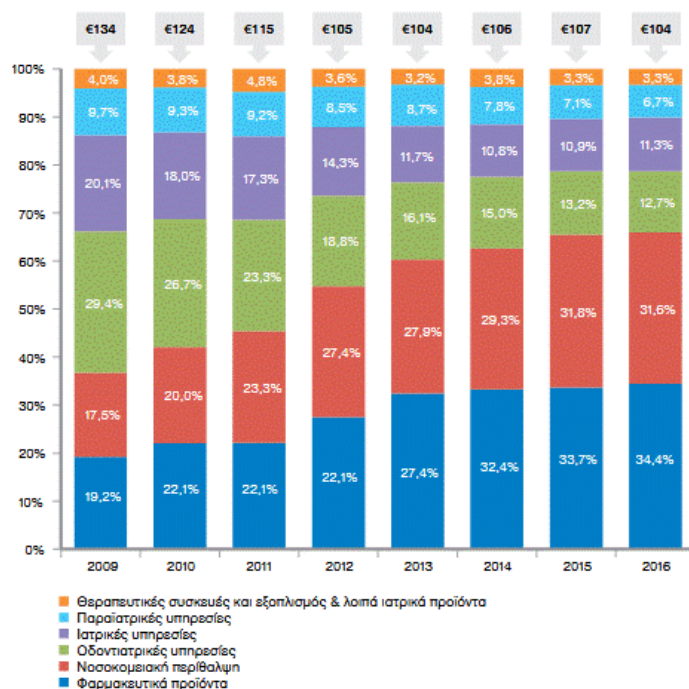
Η αποδεδειγμένη αύξηση της ροής των ασθενών σε δημόσιες υγειονομικές δομές σε περιόδους κρίσης (Ifanti et al,2013) συνδυαζόμενη με τις υπόλοιπες επιπτώσεις της κρίσης στον τομέα της υγείας, δημιουργεί ένα επίσης εκρηκτικό περιβάλλον όσο αφορά στην ισότητα και στην προσβασιμότητα υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη και ότι η υγεία είναι αντιστρόφως ανάλογη της οικονομικής κατάστασης, αντιλαμβανόμαστε ότι οι έχοντες μεγαλύτερη υγειονομική ανάγκη είναι αυτοί που τελικά δεν έχουν την δυνατότητα να ανταποκριθούν στο αυξημένο ιδιωτικό κόστος υγείας.

Αναμφίβολα οι άτυπες πληρωμές αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του Ελληνικού συστήματος υγείας καθώς με τον έναν ή τον άλλο τρόπο έχουν παγιωθεί ακόμη και στην συνείδηση των πολιτών ως «αναγκαίο κακό», με την χρήση του οποίου θα αποκτήσουν καλύτερη πρόσβαση και ιατρική μεταχείριση κ.α (Σουλιώτης κ. α.. 2002). Επιβαλλόμενα μέτρα (για την αντιμετώπιση της κρίσης) όπως η επιβολή εξέταστρων (5€) στα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (το οποίο διατηρήθηκε έως το 2015) και η αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στην

κάλυψη του κόστους των φαρμάκων συνετέλεσαν μεταξύ άλλων και στον αποκλεισμό των ανασφάλιστων και άλλων ευάλωτων πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.

Οι παραπάνω παράγοντες δρουν αθροιστικά και αυξάνουν τις ανισότητες προς την πρόσβαση υγείας λόγω του κόστους, επηρεάζοντας κυρίως τα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα καθώς το σύνολο των ιδιωτικών δαπανών υγείας αντιπροσωπεύουν ένα δυσανάλογα υψηλότερο ποσοστό του εισοδήματος στις ομάδες αυτές.

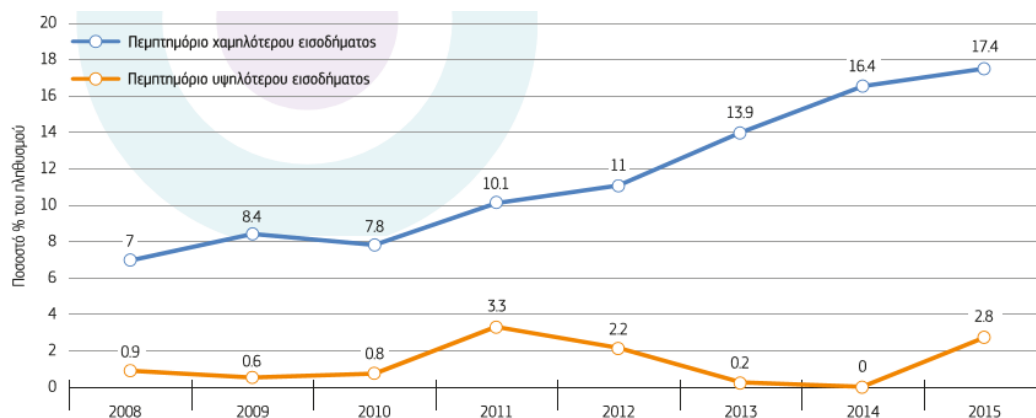
Η κατανομή των δαπανών υγείας στα Ελληνικά νοικοκυριά από το 2008 έως και το 2016 δίνεται στο διάγραμμα 2.4. Σε αυτό παρατηρούμε ότι ενώ το συνολικό κόστος ανά νοικοκυριό έχει μειωθεί (από τα 134€ στα 104€) έχει αυξηθεί το μερίδιο του οικογενειακού προϋπολογισμού για κάλυψη της φαρμακευτικής ανάγκης και της νοσηλευτικής περίθαλψης.



Διάγραμμα 2.4: Κατανομή δαπανών υγείας (%) για τα νοικοκυριά –Ελλάδα (2008-2016)

Στο διάγραμμα 2.5 που ακολουθεί παρουσιάζεται το εύρος της ανισότητας στην αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους (στην Ελλάδα) για τα δυο ακραία πεμπτημόρια εισοδήματος (υψηλότερο και χαμηλότερο). Τα δεδομένα

του διαγράμματος επιβεβαιώνουν και σε αυτή την περίπτωση ότι οι ανισότητες στην υγεία επηρεάζουν κυρίως τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού.



Πηγή: Από Karanikolos και Kentikelenis, 2016.

Διάγραμμα 2.5.: Ανισότητα στην αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη λόγω κόστους (Ελλάδα 2008-2015)

Όσο αφορά στην ανάλυση της επίδρασης του μείγματος των δαπανών υγείας στην Ελλάδα έγινε ιδιαίτερη διερεύνηση και ανάλυση στο προηγούμενο κεφάλαιο όπου και παρουσιάζονται τα δεδομένα που αφορούν στην επίδραση της κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας και την υγεία των Ελλήνων πολιτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

3.1 Εισαγωγή

Ο Νομός (Καρδίτσας) δημιουργήθηκε/συστάθηκε το έτος 1944 σύμφωνα με το ΦΕΚ Α' 82/1944 και αποτέλεσε την μετεξέλιξη της Επαρχίας Καρδίτσας που έως τότε υπαγόταν στο γειτονικό Νομό Τρικάλων. Με την εφαρμογή του Προγράμματος Καλλικράτης¹² ο Νομός Καρδίτσας μετονομάστηκε σε Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας, η οποία και ανήκει γεωγραφικά και διοικητικά στην Περιφέρεια Θεσσαλίας και αποτελεί μια από τις πέντε περιφερειακές ενότητες αυτής. Πρωτεύουσα και μεγαλύτερη πόλη της περιφερειακής ενότητας Καρδίτσας είναι η ομώνυμη πόλη (Καρδίτσα), η οποία είναι και η έδρα του ομώνυμου Δήμου.

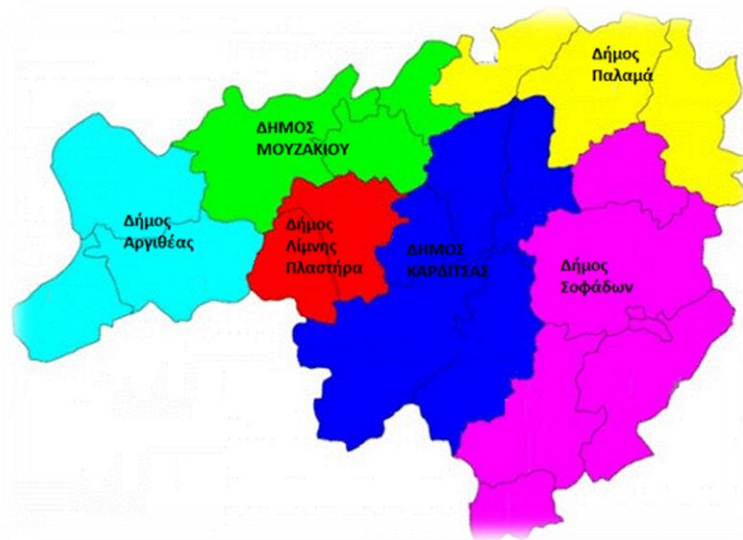
Με έκταση 2.576 τ.χλμ κατατάσσεται στην 19^η θέση μεταξύ των περιφερειακών ενοτήτων της χώρας, ενώ ο πληθυσμός της ανέρχεται (σύμφωνα με την επίσημη απογραφή του 2011) σε 113.544 κατοίκους.

3.2 Δήμοι Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας

Σύμφωνα με το Πρόγραμμα Καλλικράτης διοικητικά είναι χωρισμένη σε έξι Δήμους:

1. Δήμος Αργιθέας με έδρα το Ανθηρό
2. Δήμος Λίμνης Πλαστήρα με έδρα το Μορφοβούνι
3. Δήμος Παλαμά με έδρα τον Παλαμά
4. Δήμος Σοφάδων με έδρα τους Σοφάδες
5. Δήμος Καρδίτσας με έδρα την Καρδίτσα
6. Δήμος Μουζακίου με έδρα το Μουζάκι

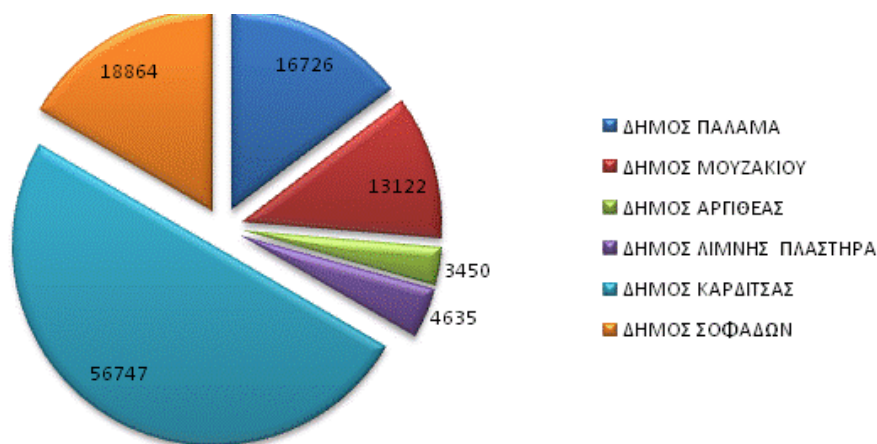
¹² Πρόγραμμα Καλλικράτης, ή Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης, ονομάζεται ο ελληνικός νόμος 3852/2010, με τον οποίο μεταρρυθμίστηκε η διοικητική διαίρεση της Ελλάδας το 2011 και επανακαθορίστηκαν τα όρια των αυτοδιοικητικών μονάδων (ΟΤΑ), ο τρόπος εκλογής των οργάνων και οι αρμοδιότητές τους.



Διάγραμμα 3.1: Γεωγραφική κατανομή δήμων Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας

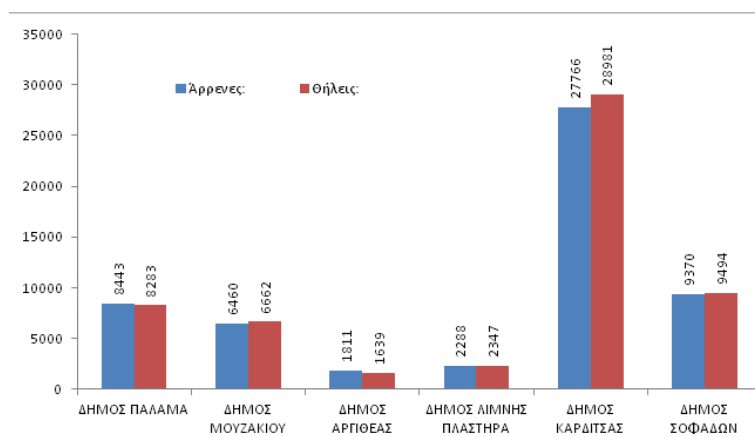
3.3 Χαρακτηριστικά Πληθυσμού Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας

Η κατανομή του πληθυσμού στους έξι δήμους δίδεται στο διάγραμμα 3.2 που ακολουθεί και είναι σύμφωνα με τα στοιχεία της τελευταίας απογραφής (2011). Παρατηρούμε ότι περίπου ο μισός πληθυσμός της περιφερειακής ενότητας (Καρδίτσας) είναι συγκεντρωμένος στον Δήμο Καρδίτσας (56747 άτομα και ποσοστό 49,98% επί του συνολικού πληθυσμού). Ο μικρότερος σε πληθυσμό Δήμος είναι ο Δήμος Αργιθέας (που είναι ο κατεξοχήν ορεινός δήμος της περιφερειακής ενότητας) με πληθυσμό 3450 κατοίκους και ποσοστό περίπου 3% επί του συνολικού πληθυσμού της περιφερειακής ενότητας.



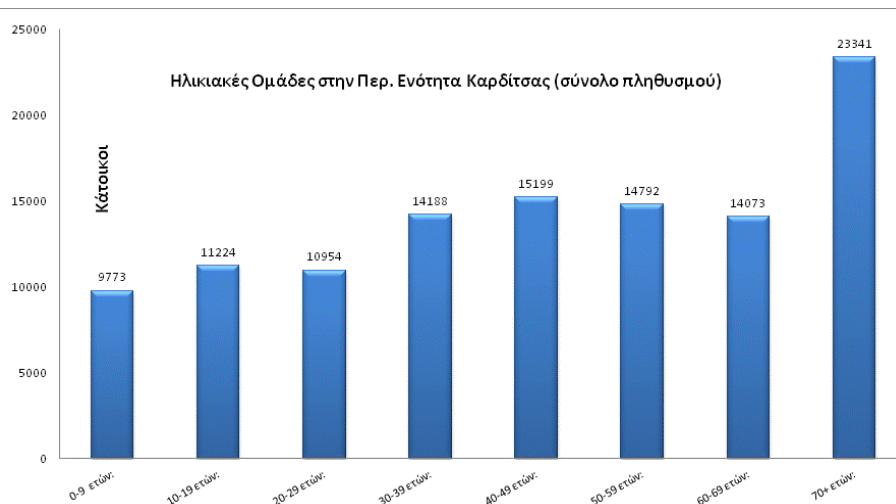
Διάγραμμα 3.2 Πληθυσμιακή κατανομή στους έξι Δήμους της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας

Στο σύνολο του πληθυσμού της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας οι άρρενες είναι 56138 και αποτελούν το 49,44% ενώ οι θήλεις είναι 57406 και αποτελούν το 50,56%. Όσο αφορά στα απόλυτα νούμερα ανά δήμο και τον πληθυσμό τους σε άρρενες και θήλεις τα αναλυτικά στοιχεία φαίνονται στο παρακάτω διάγραμμα όπου είναι ευδιάκριτη η (σχεδόν) ισοκατανομή των φύλων.

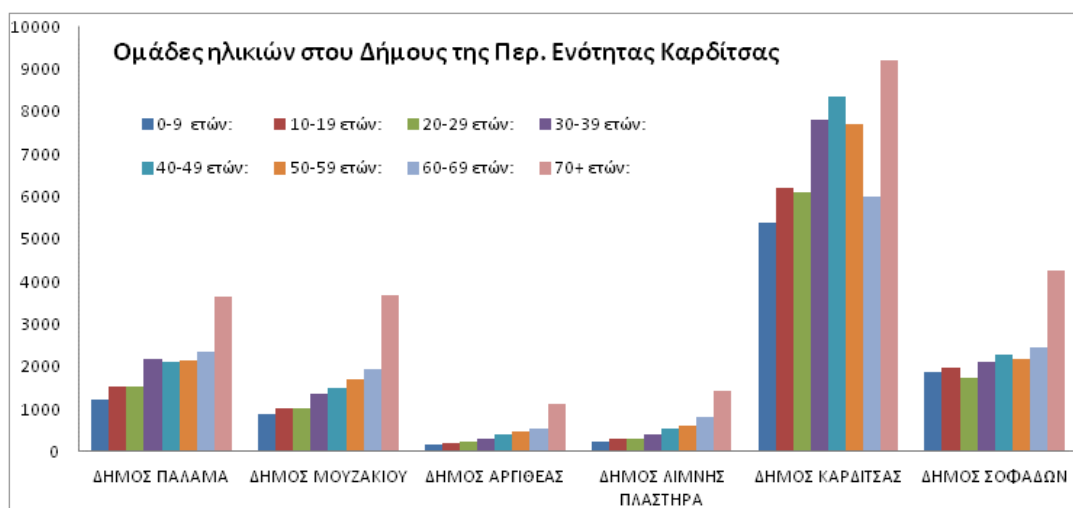


Διάγραμμα 3.3: Κατανομή φύλων στους έξι Δήμους της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας

Ένα ενδιαφέρον συμπέρασμα προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων που αφορούν στις ομάδες ηλικιών των Δήμων της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας (διαγράμματα 3.4 και 3.5). Περίπου το 33% του συνολικού πληθυσμού της περιφερειακής ενότητας βρίσκεται στις ηλικιακές ομάδες 60-69 και 70+, ενώ εάν επικεντρωθούμε στους άνω των 50 ετών τότε το ποσοστό ανεβαίνει στο 45,98%. Οι ευρισκόμενοι άνω των 70 αποτελούν το 20,56% του πληθυσμού. Αναμφίβολα τα στοιχεία δείχνουν έναν γηρασκόμενο πληθυσμό ενώ η κατανομή των ηλικιακών ομάδων στους έξι Δήμους της Περιφερειακής Ενότητας επιβεβαιώνει την εικόνα αυτή. Σε όλους τους Δήμους (με μοναδική εξαίρεση τον Δήμο Καρδίτσας) οι ηλικιακές ομάδες 60-69 και 70+ αποτελούν τις δύο ομάδες με το μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνολικού πληθυσμού.



Διάγραμμα 3.4: Ηλικιακές Ομάδες στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας



Διάγραμμα 3.5: Ηλικιακές Ομάδες στους Δήμους της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας

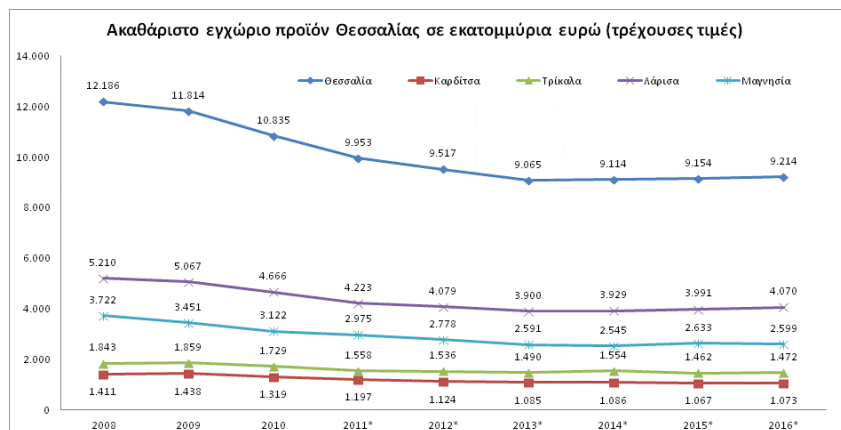
Ο Δήμος Αργιθέας της Περιφερειακής ενότητας Καρδίτσας κατατάσσεται τέταρτος όσο αφορά στους δήμους με την μεγαλύτερη μέση ηλικία (Πίνακας 3.1).

Πίνακας 3.1: Οι Ελληνικοί Δήμοι με τη μεγαλύτερη μέση ηλικία

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΔΗΜΟΣ	ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ
ΑΡΤΑΣ	ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΤΖΟΥΜΕΡΚΩΝ	57,9
ΜΗΛΟΥ	ΚΙΜΩΛΟΥ	55,7
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	ΓΟΡΤΥΝΙΑΣ	54,8
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΑΡΓΙΘΕΑΣ	54,3
ΛΑΣΙΘΙΟΥ	ΟΡΟΠΕΔΙΟΥ ΛΑΣΙΘΙΟΥ	54,1
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	ΔΟΔΩΝΗΣ	53,6
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΛΙΜΝΗΣ ΠΛΑΣΤΗΡΑ	53,6
ΑΡΤΑΣ	ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΚΑΡΑΪΣΚΑΚΗ	53,3
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	ΑΓΡΑΦΩΝ	53,3
ΛΕΥΚΑΔΑΣ	ΜΕΓΑΛΗΣΙΟΥ	52,9

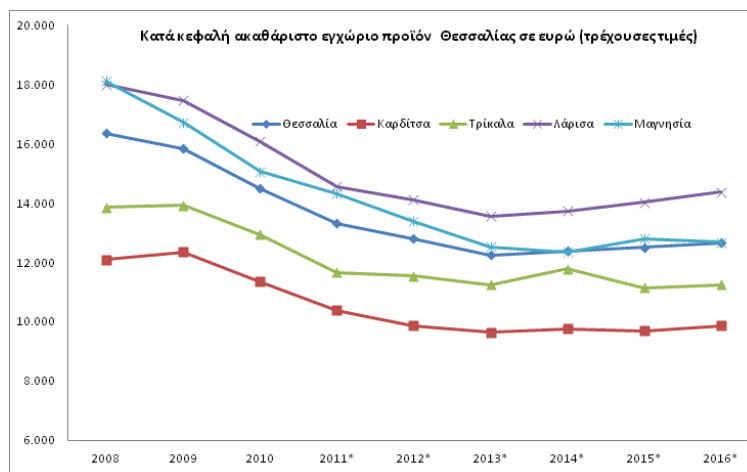
3.4 Οικονομικά στοιχεία Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας

Η συνεισφορά της Περιφερειακή Ενότητα στο ΑΕΠ της χώρας ανήρθε κατά το έτος 2016 σε 1073 εκ.€ (τρέχουσες τιμές) ή 0,6% όντας το μικρότερο μεταξύ των περιφερειακών ενότητων της Θεσσαλίας (τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και σε ποσοστό).



Διάγραμμα 3.6: ΑΕΠ (τρέχουσες τιμές) στην Περιφέρεια της Θεσσαλίας

Όσο αφορά στα στοιχεία της κατανομής του κατά κεφαλή ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) κατά τα έτη 2008 (το έτος πριν την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη) έως το 2016 (το έτος με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία) στις περιφερειακές ενότητες της Θεσσαλίας, αυτή δίδεται στο διάγραμμα που ακολουθεί. Από την μελέτη των δεδομένων του σχήματος παρατηρούμε ότι η Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας είναι η «φτωχότερη» μεταξύ των ενότητων της Θεσσαλίας (με 9870€ ανά κάτοικο) ενώ ο μέσος όρος στην Θεσσαλία (στους 4 νομούς) είναι 12044€ και το αντίστοιχο ποσό σε Πανελλήνια αναφορά είναι 16378€ ανά κάτοικο (2016).



Διάγραμμα 3.7: Κατά κεφαλή ΑΕΠ (τρέχουσες τιμές) στην Περιφέρεια της Θεσσαλίας

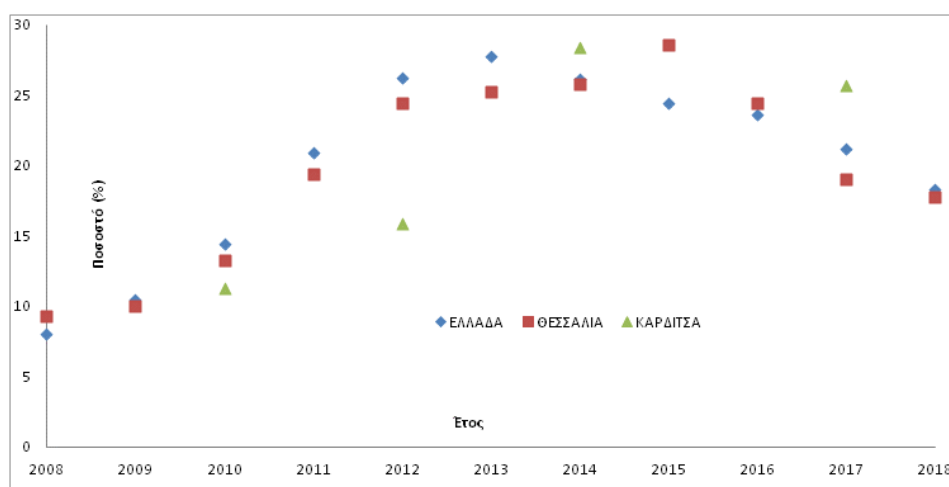
Στον πίνακα 3.2 δίδονται τα αναλυτικά στοιχεία που αφορούν στον οικονομικά ενεργό και οικονομικά ανενεργό πληθυσμό στους Δήμους της Περιφερειακής ενότητας Καρδίτσας σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του έτους 2011.

Πίνακας 3.2: Οικονομικά ενεργός και μη ενεργός πληθυσμός κατά ομάδες υπηκοοτήτων

Περιγραφή τόπου μόνιμης διαμονής	Σύνολο μόνιμου πληθυσμού	Οικονομικά ενεργός πληθυσμός			Οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός		
		Σύνολο	Ελληνική υπηκοότητα ¹	Υπηκοότητα ξένης χώρας / Χωρίς υπηκοότητα ή αδιευκρίνιστη	Σύνολο	Ελληνική υπηκοότητα ¹	Υπηκοότητα ξένης χώρας / Χωρίς υπηκοότητα ή αδιευκρίνιστη
ΔΗΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	56.747	22.536	21.581	955	34.211	33.220	991
ΔΗΜΟΣ ΑΡΓΙΘΕΑΣ	3.450	802	755	47	2.648	2.608	40
ΔΗΜΟΣ ΛΙΜΝΗΣ ΠΛΑΣΤΗΡΑ	4.635	1.156	1.082	74	3.479	3.445	34
ΔΗΜΟΣ ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ	13.122	4.230	4.026	204	8.892	8.637	255
ΔΗΜΟΣ ΠΑΛΑΜΑ	16.726	6.455	5.761	694	10.271	9.764	507
ΔΗΜΟΣ ΣΟΦΑΔΩΝ	18.864	6.242	5.812	430	12.622	12.237	385

Σύμφωνα με τον πίνακα το σύνολο του οικονομικά μη ενεργού πληθυσμού στον Δήμο Αργιθέας είναι στο 76,75% επί του συνολικού του Δήμου και στον έτερο ορεινό δήμο (Δήμος Λίμνης Πλαστήρα) είναι 75,06% επί του συνολικού πληθυσμού του Δήμου.

Το ποσοστό ανεργίας στην περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας κατά τα έτη 2008 (το έτος πριν την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη) έως το 2017 (το έτος με τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία) σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό στην Περιφέρεια Θεσσαλίας και στο σύνολο της χώρας δίδεται στο διάγραμμα 3.8.



Διάγραμμα 3.8: Ανεργία (2006-2018) σε Θεσσαλίας, Ελλάδα και Π.Ε Καρδίτσας

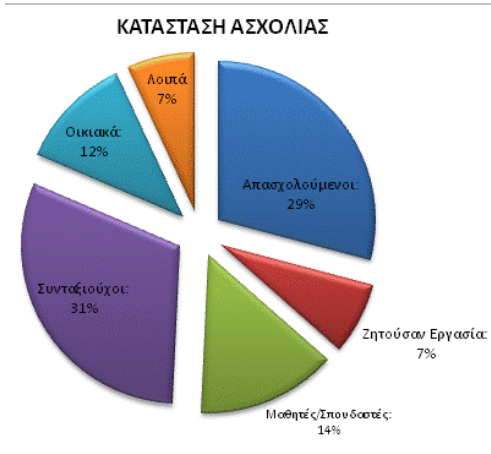
Παρατηρούμε ότι το ποσοστό ανεργίας στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας από το 2014 και μετά είναι υψηλότερο τόσο από τον μέσο όρο της χώρας όσο και από τον αντίστοιχο της Θεσσαλίας.

Ενδιαφέρον στατιστικό στοιχείο αποτελεί η ανεργία (αριθμός ανέργων) κατά επάγγελμα σύμφωνα με την απογραφή του έτους 2011 που δίδεται στον πίνακα 3.3 που ακολουθεί τόσο στο σύνολο της Περιφέρειας Θεσσαλίας όσο και στις περιφερειακές ενότητες αυτής.

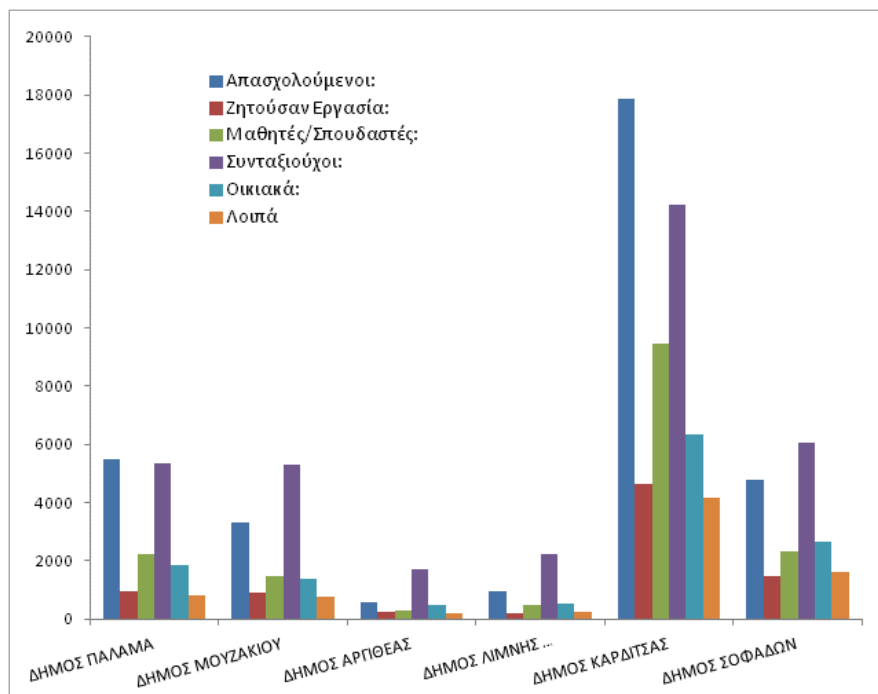
Πίνακας 3.3 Απογραφή Πληθυσμού 2011. Ανεργία κατά επάγγελμα

Περιγραφή τύπου μόνιμης διαμονής	Σύνολο	Επάγγελμα							Νέοι άνεργοι
		1. Ανώτερα διευθυντικά και διοικητικά στελέχη / 2. Επαγγελματίες	3. Τεχνικοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	4. Υπόλοιποι γραφείου	5. Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές	6. Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς	7. Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή επαγγέλματα / 8. Χειριστές βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων και εξοπλισμού και συναρμολογητές (μοντελόφοροι)	9. Ανεπίκτετοι εργάτες, χειρωνακίτες και μικροεπαγγελματίες	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	53.022	3.767	2.125	2.463	8.410	1.281	10.551	4.936	19.489
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΑΡΙΣΑΣ	19.809	1.609	757	984	3.117	465	3.778	1.806	7.293
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	8.397	477	340	327	1.048	270	1.578	782	3.575
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	14.182	1.008	591	641	2.465	283	2.843	1.368	4.983
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΠΟΡΑΔΩΝ	894	44	28	41	184	21	141	124	311
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	9.740	629	409	470	1.596	242	2.211	856	3.327

Οι συνταξιούχοι αποτελούν την μεγαλύτερη ομάδα στο σύνολο του πληθυσμού με ποσοστό 31% (διάγραμμα 3.9). Όσο αφορά στην ανά Δήμο κατανομή της κατάστασης ασχολίας παρατηρούμε ότι σε τέσσερις Δήμους (Αργιθέας, Μουζακίου, Λίμνης Πλαστήρα, και Σοφάδων) οι συνταξιούχοι αποτελούν την μεγαλύτερη ομάδα (διάγραμμα 3.10). Εξαίρεση είναι ο Δήμος Καρδίτσας (όπου είναι συγκεντρωμένες σχεδόν το σύνολο των διοικητικών υπηρεσιών αλλά φυσικά και του ιδιωτικών εταιριών και υπηρεσιών) όπου οι απασχολούμενοι είναι η μεγαλύτερη ομάδα (με ποσοστό 31,52% επί του συνόλου του πληθυσμού του Δήμου και του Δήμου Παλαμά όπου η διαφορά μεταξύ συνταξιούχων με απασχολούμενων είναι ελάχιστη (136 κάτοικοι).



Διάγραμμα 3.9: Κατάσταση Ασχολίας στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσα



Διάγραμμα 3.10: Κατάσταση Ασχολίας στους Δήμους της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας

Στο σύνολο των εργαζομένων το μεγαλύτερο ποσοστό είναι αυτό των απασχολούμενων στον Τριτογενή τομέα (ποσοστό 57,54%). Το ποσοστό των απασχολούμενων στο πρωτογενή τομέα είναι 28,63% και το αντίστοιχο στον δευτερογενή 13,83%. Τα ποσοστά αυτά μεταβάλλονται σε μεγάλο βαθμό εάν εκτός της περιοχής αναφοράς αφήσουμε το αστικό κέντρο της Περιφερειακής Ενότητας δηλαδή τον Δήμο Καρδίτσας. Σε αυτή την περίπτωση το μεγαλύτερο ποσοστό των

απασχολούμενων προέρχεται από τον πρωτογενή τομέα (47,41%) ενώ το ποσοστό σε δευτερογενή είναι 11,68% και στον τριτογενή 40,91%.

Στον πίνακα 3.4 που ακολουθεί δίδεται σύμφωνα με την απογραφή του πληθυσμού 2011 ο αριθμός των απασχολούμενων ανά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας τόσο στο σύνολο της Περιφέρειας Θεσσαλίας όσο και στις περιφερειακές ενότητες αυτής. Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα, η Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας χαρακτηρίζεται από έναν πληθυσμό που ασχολείται κυρίως με την γεωργία-δασοπονία-αλιεία (ποσοστό 28,8% επί του συνόλου) ενώ η δεύτερη κύρια ομάδα είναι αυτή που ασχολείται με το χονδρικό εμπόριο κλπ (σε ποσοστό 14,58% επί του συνόλου).

Πίνακας 3.4 : Απογραφή Πληθυσμού 2011. Απασχολούμενοι κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας

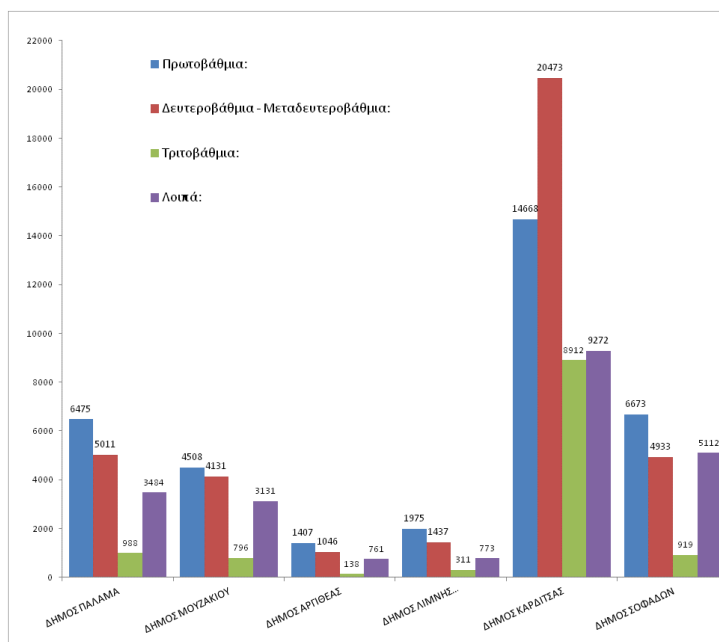
Περιγραφή τόπου μόνιμης διαμονής	Σύνολο	Α. ΓΕΩΡΓΙΑ, ΔΑΣΟΚΟΜΙΑ ΚΑΙ ΑΛΙΕΙΑ	Γ. ΜΕΤΑΛΛΟΧΗ	Δ. ΠΑΡΟΧΗ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΣ, ΘΕΣΙΚΟΥ ΑΕΡΙΟΥ, ΑΤΗΝΟΥ ΚΑΙ ΚΩΛΙΑΤΕΛΕΟΥ	Ε. ΠΑΡΟΧΗ ΝΕΡΟΥ, ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΛΥΜΑΤΩΝ, ΔΙΑΧΕΙΡΣΗ ΑΠΟΒΛΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΣΤΙΑΣΗΣ	ΣΤ. ΚΑΤΑΣΤΡΕΥΣΕΙΣ	Ζ. ΧΟΝΔΡΙΚΟ ΚΑΙ ΜΑΝΙΚΟ ΕΜΠΟΡΙΟ - ΕΠΙΣΚΕΥΗ ΗΜΕΡΑΚΟΙΝΗΤΩΝ ΟΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΜΟΤΟΣΥΚΛΕΤΩΝ	Η. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΑΠΟΘΗΚΕΥΣΗ	Θ. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΑΤΑΛΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΕΣΤΙΑΣΗΣ	Ι. ΕΠΗΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΝΩΣΗ	Κ. ΧΡΗΜΑΤΟΡΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ
		ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	230.405	41.954	21.447	1.180	1.344	16.003	37.191	7.791	15.867
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΑΡΙΣΑΣ	92.713	17.222	8.647	427	508	5.914	15.266	2.992	5.308	870	1.436
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	33.024	9.512	1.927	222	199	2.207	4.814	872	2.057	234	450
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	60.344	7.236	7.298	322	344	4.138	9.886	2.611	4.337	658	932
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΠΟΡΑΔΩΝ	4.942	315	189	21	55	623	820	258	1.322	37	70
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	39.382	7.669	3.386	188	238	3.121	6.405	1.058	2.843	328	566

Πίνακας 3.4 : Απογραφή Πληθυσμού 2011. Απασχολούμενοι κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας (συνέχεια)

Περιγραφή τόπου μόνιμης διαμονής	Σύνολο	Μ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ, ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	Ν. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	Ξ. ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΜΙΑ - ΥΠΟΧΡΕΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	Ο. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Π. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΕΡΙΡΜΑ	Ρ. ΤΕΧΝΕΣ, ΔΙΑΣΚΕΛΑΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ	Σ. ΆΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	Τ. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑΣ ΣΕ ΕΡΓΟΛΟΤΩΝ ΜΗ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ ΠΟΥ ΔΕΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΑΓΑΘΩΝ - ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ - ΓΙΑ ΙΔΙΑ ΧΡΗΣΗ	ΛΟΙΠΟΙ ΚΛΑΔΟΙ
		ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	230.405	10.405	3.871	23.223	21.611	14.592	2.099	4.189	
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΛΑΡΙΣΑΣ	92.713	4.291	1.617	9.987	8.906	6.378	781	1.566		386	211
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	33.024	1.243	417	2.719	2.958	2.016	272	660		176	69
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	60.344	2.980	1.190	6.691	5.668	3.551	623	1.067		514	298
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΠΟΡΑΔΩΝ	4.942	163	154	395	220	131	47	67		40	15
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	39.382	1.728	493	3.431	3.859	2.516	376	829		255	93

3.5 Εκπαιδευτικό Επίπεδο Πληθυσμού Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας

Το μεγαλύτερο ποσοστό των κατοίκων της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας –Μεταδευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (34,50%), με τους αποφοίτους Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης να ακολουθούν (33,27%), ενώ οι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης αποτελούν το μικρότερο κομμάτι του συνολικού πληθυσμού με ποσοστό μόλις 11,24%.



Διάγραμμα 3.11: Επίπεδο Εκπαίδευσης στους δήμους της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας

Τα ποσοστά αυτά μεταβάλλονται σε μεγάλο βαθμό εάν εκτός της περιοχής αναφοράς αφήσουμε το αστικό κέντρο της Περιφερειακής Ενότητας δηλαδή τον Δήμο Καρδίτσας. Συγκεκριμένα σε αυτή την περίπτωση (μειωμένος πληθυσμός κατά τον πληθυσμό του Δήμου Καρδίτσας) το μεγαλύτερο ποσοστό των κατοίκων είναι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης 38,95% ενώ το ποσοστό των αποφοίτων Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης είναι μόλις 5,84%.

3.6 Σύντομη συγκεντρωτική περιγραφή πληθυσμού

Όσο αφορά στο φύλο ο πληθυσμός είναι ισοκατανεμημένος ανάμεσα στα δυο φύλα (49,44% γυναίκες και 50,56% άνδρες). Σχεδόν ο μισός πληθυσμός (49,98%) κατοικεί στον δήμο Καρδίτσας όπου είναι και η πρωτεύουσα και η μεγαλύτερη πόλη της

Περιφερειακής Ενότητας. Τα στοιχεία αποτυπώνουν έναν γηρασκόμο πληθυσμό καθώς το ένα τρίτο του πληθυσμού (περίπου το 33%) είναι στην ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών. Η περιφερειακή ενότητα της Καρδίτσας είναι η φτωχότερη μεταξύ των ενοτήτων της Θεσσαλίας με το κατά κεφαλήν ακαθάριστο προϊόν (τρέχουσες τιμές) να είναι της τάξης των 9870€ όταν ο μέσος όρος στην Θεσσαλία είναι 12044€ και στην χώρα 16378€. Οι συνταξιούχοι αποτελούν την μεγαλύτερη κοινωνική ομάδα στο σύνολο του πληθυσμού με ποσοστό 31%. Όσο αφορά στους εργαζομένους το μεγαλύτερο ποσοστό (στο σύνολο της περιφερειακής ενότητας) είναι αυτό των απασχολούμενων στον Τριτογενή τομέα (ποσοστό 57,54%) ενώ το ποσοστό των απασχολούμενων στο πρωτογενή τομέα είναι 28,63% και το αντίστοιχο στον δευτερογενή 13,83%. Τέλος όσο αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο τα δεδομένα δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των κατοίκων της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας –Μεταδευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (34,50%) ενώ οι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης αποτελούν το μικρότερο κομμάτι του συνολικού πληθυσμού με ποσοστό μόλις 11,24%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Στην παρούσα ενότητα γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής και χαρτογράφησης όλων των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται και είναι διαθέσιμες στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας δίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στις Δημόσιες δομές και υπηρεσίες στις οποίες και η προσβασιμότητα αποτελεί την βασική της παρούσας Μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας. Στις υποενότητες που ακολουθούν αναλύονται κατηγοριοποιημένες:

- A) Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας
- B) Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας υγείας
- Γ) Φαρμακευτική περίθαλψη
- Δ) Ιδιώτες ιατροί πιστοποιημένοι από τον ΕΟΠΥΥ μη συμβεβλημένοι
- E) Ιδιώτες Οδοντίατροι.

Αρχικά και για κάθε μια από τις κατηγορίες αυτές γίνεται μια σύντομη ανάλυση στις υπηρεσίες που, σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία και την λειτουργική δομή του Ελληνικού συστήματος υγείας, αυτές προσφέρουν. Στην συνέχεια γίνεται μια χαρτογράφηση των υπηρεσιών αυτών τόσο στο σύνολο της περιφερειακής ενότητας όσο και στους έξι δήμους αυτής κάτι που επιχειρείται ίσως για πρώτη φορά σε τόσο εκτεταμένο βαθμό και επίπεδο ανάλυσης.

4.2 Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η τελευταία (χρονικά) μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε το 2017 με την ψήφιση και έκδοση του νόμου 4486 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017).

Μεταξύ άλλων καθορίζεται ότι οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οργανώνονται και λειτουργούν, σύμφωνα με τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της ειδικής μέριμνας για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών κλπ. Σύμφωνα με τον Ν.4486 (άρθρο 1), οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

- τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτική μονάδα,
- την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας,
- τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα,
- την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα μητέρας - παιδιού,
- την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια Φροντίδα,
- την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ν.4486 άρθρο 3) παρέχονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) εντασσόμενο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Η Π.Φ.Υ προσφέρεται σε δυο διακριτά επίπεδα.

Στο πρώτο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.) και τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.). Στο επίπεδο αυτό συμπεριλαμβάνονται και οι επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες σε μονάδες ΠΦΥ ως συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ.

Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιποιητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας (στα οποία πλέον μετονομάζονται και τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου και οι Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ το οποίο και καταργείται). Τα Κέντρα Υγείας με τον

ν.4486, μαζί με τις ΤοΜΥ και τα υπαγόμενα σε αυτά ιατρεία (περιφερειακά, τοπικά πολυδύναμα και ειδικά) αποτελούν οργανικές μονάδες με δική τους στελέχωση.

4.2.1 Κέντρα Υγείας

Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε) της χώρας, ενώ οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι οι εξής:

- ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς που είτε προσέρχονται αυτοβούλως στα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες Π.Φ.Υ του Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.),
- εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών,
- εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου,
- οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών,
- φροντίδας μητέρας και παιδιού,
- φροντίδας παιδιών και εφήβων,
- εξειδικευμένης πρόληψης,
- φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας,
- ιατρικής της εργασίας,
- κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας,
- προαγωγής υγείας.

Τα Κέντρα Υγείας στελεχώνονται με ιατρικό και άλλο προσωπικό σύμφωνα με τις διατάξεις το νόμου 4486, και συγκεκριμένα με ιατρούς με ειδικότητές του πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.1: Προβλεπόμενη στελέχωση Κέντρων Υγείας σε ιατρικό προσωπικό

Αιματολογίας	Νευρολογίας
Ακτινοδιαγνωστικής	Νεφρολογίας
Αλλεργιολογίας	Οδοντιατρικής
Αναισθησιολογίας	Ορθοπεδικής
Βιοπαθολογίας	Ουρολογίας,
Γαστρεντερολογίας	Οφθαλμολογίας
Γενικής ιατρικής	Παθολογίας
Γενικής χειρουργικής	Παιδιατρικής
Γυναικολογίας	Παιδοψυχιατρικής
Δερματολογίας	Πνευμονολογίας
Ενδοκρινολογίας	Ρευματολογίας
Ιατρικής της εργασίας	Φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης
Καρδιολογίας	Ψυχιατρικής
Κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας	Ωτορινολαρυγγολογίας

Επίσης με βοηθούς ιατρικών και βιολογικών εργαστηρίων, βοηθούς νοσηλευτών, επαγγελματίες δημόσιας και κοινοτικής υγείας, όπως επόπτες δημόσιας υγείας και επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς. Τέλος προβλέπεται η στελέχωση με τεχνικό και άλλο υποστηρικτικό προσωπικό, ενώ όσο αφορά στη στελέχωση του Κέντρου Υγείας με επιστημονικό, λοιπό υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό η κείμενη νομοθεσία προβλέπει τις εξής ειδικότητες.

Πίνακας 4.2: Προβλεπόμενη στελέχωση Κέντρων Υγείας σε μη ιατρικό προσωπικό

ΠΕ Νοσηλευτικής	ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας
ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργών	ΤΕ Οδοντοτεχνιτών
ΠΕ Ψυχολογίας	ΤΕ Διαιτολόγων - Διατροφολόγων
ΠΕ Διοικητικού - Οικονομικού	ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων
ΠΕ Διαιτολόγων - Διατροφολόγων	ΔΕ Βοηθοί Οδοντιατρείου
ΠΕ Λογοθεραπείας και ΠΕ Ειδικών Παιδαγωγών	ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών
ΤΕ Νοσηλευτικής	ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων
ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργών	ΔΕ Χειριστών Ιατρικών Συσκευών (Χειριστών - Εμφανιστών)
ΤΕ Φυσικοθεραπείας	ΔΕ Οδοντοτεχνιτών
ΤΕ Εργοθεραπείας	ΔΕ Βοηθών Οδοντοτεχνιτών
ΤΕ Λογοθεραπείας	ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων
ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων (Τεχνολόγων)	ΔΕ Διοικητικού - Λογιστικού
ΤΕ Μαιευτικής	ΔΕ Τεχνικοί - Συντηρητές
ΤΕ Επισκεπτών/-τριών Υγείας	ΔΕ Οδηγοί
ΤΕ Ραδιολογίας - Ακτινολογίας	ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού.
ΤΕ Διοικητικού - Λογιστικού	

Στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας λειτουργούν (02/2019) τέσσερα Κέντρα Υγείας. Συγκεκριμένα στον Παλαμά (συστάθηκε σύμφωνα με το αριθμ. 226/Β/1986 ΦΕΚ), στις Σοφάδες (συστάθηκε σύμφωνα με το αριθμ. 97/Β/1986 ΦΕΚ), στο Μουζάκι (συστάθηκε σύμφωνα με το αριθμ.227 /Β/1986 ΦΕΚ) και στην Καρδίτσα. Το Κ.Υ Καρδίτσας προέρχεται από την εξέλιξη (μετονομασία) τις Μονάδας Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ). Στον Πίνακα 4.3 που ακολουθεί δίδεται η αναλυτική στελέχωση όλων των Κέντρων Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας.

Πίνακας 4.3: Στελέχωση Κέντρων Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας σε προσωπικό

Θεραπευτήρια	Ιατροί			Οδοντίατροι	Μαίες	Νοσηλεύτες			Λοιπό Επιστημονικό Προσωπικό	Λοιπό Βοηθητικό παραϊατρικό Προσωπικό	Διοικητικό Προσωπικό	Λοιπό προσωπικό
	Γενικής Ιατρικής	Με ειδικότητα	Αγροτικοί Ιατροί			Νοσηλεύτες		Βοηθοί ΔΕ				
						ΠΕ	ΤΕ					
ΚΥ ΣΟΦΑΔΩΝ	5	2	11	0	3	0	6	11	5	4	1	0
ΚΥ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	1	10	0	1	1	0	3	11	3	1	3	0
ΚΥ ΠΑΛΑΜΑ	12	0	3	1	4	0	2	8	3	6	3	3
ΚΥ ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ	8	1	17	2	4	0	7	9	5	7	3	9

Στην περιοχή ευθύνης του κάθε Κέντρου Υγείας και για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών, λειτουργεί ένας αριθμός περιφερειακών ιατρείων κατανομημένα σε διαφορετικές κοινότητες και δημοτικά διαμερίσματα όπως και αποτυπώνονται στον πίνακα 4.4 που ακολουθεί. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο αριθμός αλλά και η έδρα των περιφερειακών ιατρείων δύναται να αλλάζει ανάλογα με τις ανάγκες της περιοχής ευθύνης των Κέντρων υγείας. Στα περιφερειακά ιατρεία οι υγειονομικές ανάγκες των πολιτών καλύπτονται τόσο από ιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου (αγροτικοί ιατροί) όσο και από ιατρούς των Κέντρων Υγείας στα οποία αυτά ανήκουν.

Πίνακας 4.4: Περιφερειακά Ιατρεία Κέντρων Υγείας Περιφερειακής ενότητας Καρδίτσας

ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥΖΑΚΙΟΥ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΦΑΔΩΝ	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΛΑΜΑ
Αγναντερού	Σταυρού	Ιτέας
Ανθηρού	Γεφυριών	Μάρκου
Αργιθέας	Ρεντίνας	Βλοχού
Αργυρίου	Ξυνονερίου	Πεδινού
Βραγκιανών	Ανάβρας	Μακρυχωρίου
Δρακότρυπας	Ανω Κτημένης	Ορφανών
Καρίτσας Δολόπων	Κάτω Κτημένης	Καρδίτσομαγούλας
Καλη-Κώμης	Κτημένης	Προαστίου
Καροπλεσίου	Ρούσσου	Συκεώνας
Καστανιάς	Μαυραχάδων	
Κουμπουριανών	Ραχούλας	
Κρανέας	Λεονταρίου	
Κρυσπηγής	Λουτροπηγής	
Μάραθου	Κέδρου	
Μαυρομματίου	Καλλιφωνίου	
Μεσενικόλα	Ματαράγκας	
Μητρόπολης	Αμπέλου	
Νεράιδας		
Παλαιοκκλησίου		
Πεζούλας		

Πύργου Ιθώμης		
Πετρίλου		
Φαναρίου		

4.2.2 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.)

Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης ο οποίος κυμαίνεται από 10.000 έως 12.000 κατοίκους (ν.4461/2017). Σε ειδικές περιπτώσεις, ιδίως σε περιοχές με πληθυσμιακές, ηλικιακές, γεωγραφικές ιδιαιτερότητες (νησιά, ορεινοί πληθυσμοί) ή/και πολλαπλή νοσηρότητα, ο πληθυσμός ευθύνης των Τ.Ο.Μ.Υ. μπορεί να είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος από 10.000 έως 12.000 κατοίκους. Έργο των Τ.Ο.Μ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. δηλαδή προαγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία (ο αναλυτικός τους σκοπός δίδεται στο άρθρο 5 του 4486/2017). Η στελέχωση των Τ.Ο.Μ.Υ. γίνεται από επαγγελματίες υγείας και λοιπό προσωπικό, των εξής ειδικοτήτων και κλάδων:

- Ιατροί με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής
- ΠΕ Νοσηλευτικής
- ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργιών
- ΠΕ Διοικητικού/ Οικονομικού
- ΤΕ Νοσηλευτικής
- ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργιών
- ΤΕ Επισκεπτών/τριών Υγείας
- ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας
- ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών
- ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων.

Κάθε Τ.Ο.Μ.Υ. αποτελείται κατ' ελάχιστον από έναν (1) ιατρό Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας ή Παιδιατρικής, έναν (1) Νοσηλευτή ή Επισκέπτη Υγείας και έναν απασχολούμενο ως διοικητικό προσωπικό. Στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας λειτουργεί (02/2019) μία Τ.Ο.Μ.Υ η οποία εδράζεται στην πόλη της Καρδίτσας και η στελέχωσή της είναι:

- ένας παθολόγος,
- ένας παιδίατρος,
- 2 νοσηλευτές ΠΕ,
- 2 επισκέπτριες υγείας,

- 2 διοικητικοί υπαλληλοι
- 1 κοινωνική λειτουργό.

4.2.3 Οικογενειακοί Ιατροί

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού θεσμοθετήθηκε με τον νόμο 4238/2014 (Εφημερίς της Κυβερνήσεως,2014ε) και καθιερώθηκε με τον νόμο 4486/2017 (Εφημερίς της Κυβερνήσεως,2017). Οι οικογενειακοί ιατροί παρέχουν συνεχή φροντίδα στο άτομο με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας ενώ είναι ιατροί ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας, καθώς και Παιδίατροι, οι οποίοι εργάζονται (ΕΟΠΥΥ,2019α):

- ως ιατροί του Ε.Σ.Υ. που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις Το.Μ.Υ., στα Κέντρα Υγείας και σε λοιπές δημόσιες μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- ως ιατροί που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα πλαίσια λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας
- ως ιατροί συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης.

Ο ανώτατος πληθυσμός ευθύνης (εγγεγραμμένος) για τους οικογενειακούς ιατρούς ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, είναι σε αναλογία ένας (1) ιατρός ανά δύο χιλιάδες διακόσιους πενήντα (2250) εγγεγραμμένους ενήλικες. Ενώ οι παιδίατροι, με αρμοδιότητα οικογενειακού ιατρού, είναι σε αναλογία ένας (1) παιδίατρος ανά χίλια πεντακόσια (1500) παιδιά.

Ο αριθμός των ιδιωτών οικογενειακών ιατρών (συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ) στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας και οι αντίστοιχοι αριθμοί στις υπόλοιπες περιφερειακές ενότητες της Περιφέρειας Θεσσαλίας δίδονται στον Πίνακα 4.5 που ακολουθεί (ΕΟΠΥΥ,2019α).

Πίνακας 4.5: Ιδιώτες Οικογενειακοί Ιατροί στις περιφερειακές ενότητες της Περιφέρειας Θεσσαλίας

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ/ΓΕΝΙΚΗΣ	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ
Καρδίτσας	4	0	4
Λάρισας	17	5	22
Τρικάλων	4	5	9
Μαγνησίας+ Σποράδων	21	5	26

Από τα δεδομένα του πίνακα παρατηρούμε ότι στην περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας δεν υπάρχει οικογενειακός ιατρός με ειδικότητα παιδιατρικής, ενώ κάποιος οφείλει να σταθεί στο γεγονός του μικρού αριθμού οικογενειακών ιατρών σε όλες τις περιφερειακές ενότητες της Περιφέρειας Θεσσαλίας.

4.2.4 Συμβεβλημένοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας

4.2.4.1 Συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί

Όπως είναι γνωστό οι ειδικότητες αλλά και ο συνολικός αριθμός των συμβεβλημένων ιατρών με το Δημόσιο Σύστημα Υγείας, και συγκεκριμένα με τον ΕΟΠΥΥ, ο οποίος μετά και την τελευταία χρονικά μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας (Εφημερίς της Κυβερνήσεως,2014ε) αποτελεί τον αποκλειστικό δημόσιο αγοραστή υπηρεσιών υγείας στην χώρα, έχει μειωθεί εξαιτίας της νομοθέτησης του Ν.4486/2017 που αφορά στην Π.Φ.Υ (Εφημερίς της Κυβερνήσεως,2017). Σήμερα (02/2019) δραστηριοποιούνται στην Περιφερειακή Ενότητα της Καρδίτσας εννέα συμβεβλημένοι ιατροί (μη λαμβάνοντας υπόψη τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ οικογενειακούς ιατρούς και για τους οποίους έχει γίνει ειδική αναφορά στην προηγούμενη υποενότητα) και οι ειδικότητές τους δίνονται στον Πίνακα 4.6 που ακολουθεί.

Πίνακας 4.6: Ιδιώτες Συμβεβλημένοι Ιατροί στην Περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας

ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΔΗΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ
1	Καρδιολόγος	Δήμος Παλαμά
1	Νευρολόγος	Δήμος Καρδίτσας
1	Γαστρεντερολόγος	Δήμος Καρδίτσας
1	Ψυχίατρος	Δήμος Καρδίτσας
1	Δερματολόγος/ Αφροδισιολόγος	Δήμος Καρδίτσας
1	Πνευμονολόγος	Δήμος Καρδίτσας
1	Οφθαλμολμίατρος	Δήμος Καρδίτσας
1	Ουρολόγος	Δήμος Καρδίτσας
1	Ενδοκρινολόγος	Δήμος Καρδίτσας

Όσο αφορά στο σύνολο των ιατρών (όλων των ειδικοτήτων) που δραστηριοποιούνται στην Περιφερειακή Ενότητα της Καρδίτσας αυτό αναλύεται (ειδικότητα και αριθμός) σε επόμενη υποενότητα.

Στον Πίνακα που ακολουθεί δίδονται τα συγκριτικά νούμερα που αφορούν στους ιδιώτες συμβεβλημένους ιατρούς σε όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της Θεσσαλίας, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και στους συγκρίσιμους δείκτες «συμβεβλημένοι ιατροί ανά 1000 κατοίκους» και «συμβεβλημένοι ιατροί ανά 10000 κατοίκους».

Πίνακας 4.7: Ιδιώτες Συμβεβλημένοι Ιατροί στις περιφερειακές ενότητες της Περιφέρειας Θεσσαλίας

Περιφερειακή ενότητα	Αριθμός συμβεβλημένων ιατρών	Πληθυσμός	Συμβεβλημένοι ιατροί /1000 κατοίκους	Συμβεβλημένοι ιατροί /10000 κατοίκους
Καρδίτσας	9	113544	0,11	1,14
Λάρισας	181	284325	0.64	6.37
Τρικάλων	63	131085	0.48	4.81
Μαγνησίας + Σποράδων	83	203808	0.41	4.07
Σύνολα	335	732762	0,46	4,57

Από τα στοιχεία του πίνακα διεξάγονται μια σειρά από συμπεράσματα όπως:

- Ο μέσος όρος του δείκτη Συμβεβλημένοι ιατροί ανά 1000 κατοίκους στην Θεσσαλία είναι 0,46
- Η περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας βρίσκεται στην τελευταία θέση όσο αφορά στους επιλεγόμενους συγκριτικούς δείκτες με 0,11 Συμβεβλημένους ιατρούς ανά 1000 κατοίκους.

4.2.4.2 Συμβεβλημένοι φυσικοθεραπευτές

Στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας δραστηριοποιούνται εικοσιτέσσερις (24) ιδιώτες φυσικοθεραπευτές όλοι τους συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ (ΕΟΠΥΥ, 2019b). Η γεωγραφική τους κατανομή στους δήμους της περιφερειακής ενότητας αποτυπώνεται στον Πίνακα 4.8, όπου μεταξύ άλλων δίδονται και οι δείκτες Φυσικοθεραπευτές ανά 1000 κατοίκους και Φυσικοθεραπευτές ανά 10000 κατοίκους. Από τα δεδομένα του πίνακα διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία (79,17%) των φυσικοθεραπευτών βρίσκεται στην πόλη της Καρδίτσας (το μεγαλύτερο αστικό κέντρο της περιφερειακής ενότητας), ενώ σε δύο (Δήμος Λίμνης Πλαστήρα και Δήμος Αργιθέας) από τους έξι Δήμους της περιφερειακής ενότητας δεν υπάρχει δραστηριοποιούμενος φυσικοθεραπευτής, γεγονός που καταδεικνύει και σε αυτή την

περίπτωση την ανάγκη μετακίνησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας προς το αστικό κέντρο της περιφερειακής ενότητας.

Πίνακας 4.8: Ιδιώτες Συμβεβλημένοι Φυσικοθεραπευτές στην Περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας

Δήμος	Φυσικοθεραπευτές	Πληθυσμός	Φυσικοθεραπευτές /1000 κατοίκους	Φυσικοθεραπευτές /10000 κατοίκους
Δήμος Καρδίτσας	19	56747	0,33	3,35
Δήμος Λίμνης Πλαστήρα	0	4635	0	0
Δήμος Μουζακίου	2	13122	0,15	1,52
Δήμος Παλαμά	2	16726	0,12	1,2
Δήμος Σοφάδων	1	18864	0,05	0,53
Δήμος Αργιθέας	0	3450	0	0
Σύνολο	24	113544	0,21	2,11

Στον Πίνακα που ακολουθεί δίδονται τα συγκριτικά νούμερα που αφορούν στους φυσικοθεραπευτές σε όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της Θεσσαλίας, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και στους συγκρίσιμους δείκτες «Φυσικοθεραπευτές ανά 1000 κατοίκους» και «Φυσικοθεραπευτές ανά 10000 κατοίκους». Από τα στοιχεία του πίνακα διεξάγονται μια σειρά από συμπεράσματα. Ο μέσος όρος του δείκτη Φυσικοθεραπευτές ανά 1000 κατοίκους στην Θεσσαλία είναι 0,21 και χαμηλότερα από αυτόν βρίσκεται μόνο η περιφερειακή ενότητα Λάρισας. Η περιφερειακή ενότητα της Καρδίτσας βρίσκεται στην τρίτη θέση όσο αφορά στους επιλεγμένους συγκριτικούς δείκτες με 0,21 Φυσικοθεραπευτές/1000 κατοίκους και 2,11 Φυσικοθεραπευτές /10000 κατοίκους.

Πίνακας 4.9: Ιδιώτες Συμβεβλημένοι Φυσικοθεραπευτές στις περιφερειακές ενότητες της Περιφέρειας Θεσσαλίας

Περιφερειακή ενότητα	Φυσικοθεραπευτές	Πληθυσμός	Φυσικοθεραπευτές /1000 κατοίκους	Φυσικοθεραπευτές /10000 κατοίκους
Καρδίτσας	24	113544	0,21	2,11
Λάρισα	48	284325	0,17	1,69
Τρικάλων	29	131085	0,22	2,21
Μαγνησίας -Σποράδων	53	203808	0,26	2,6
Σύνολο	154	732762	0,21	2,1

4.2.4.3 Συμβεβλημένα διαγνωστικά εργαστήρια

Στην κατηγορία «Διαγνωστικά εργαστήρια» εντάσσονται τα εξής:

- Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο
- Βιοχημικό εργαστήριο
- Εργαστήριο βιοπαθολογίας (μικροβιολογίας)
- Εργαστήριο παθολογοανατομίας
- Εργαστήριο πυρηνικής ιατρικής
- Εργαστήριο υπερήχων
- Εργαστήριο κυταρολογίας.

Στην περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας λειτουργούν 33 διαγνωστικά εργαστήρια, όλα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ. Η αριθμητική τους κατανομή στους δήμους της Περιφερειακής Ενότητας δίδεται στον πίνακα 4.10 που ακολουθεί (ΕΟΠΥΥ,2019b).

Πίνακας 4.10: Ιδιωτικά Διαγνωστικά εργαστήρια στην Περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας

ΔΗΜΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ
Δήμος Καρδίτσας	25
Δήμος Λίμνης Πλαστήρα	0
Δήμος Μουζακίου	3
Δήμος Παλαμά	2
Δήμος Σοφάδων	3
Δήμος Αργιθέας	0
Σύνολο	33

Στον Πίνακα 4.11 δίδεται η αναλυτική τους κατανομή (αριθμός και είδος εργαστηρίου) στους έξι δήμους της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας.

Πίνακας 4.11: Ιδιωτικά Διαγνωστικά εργαστήρια στις περιφερειακές ενότητες της Περιφέρειας Θεσσαλίας

A/A	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	ΔΗΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ
1	6	Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο	Δήμος Καρδίτσας
2	18	Μικροβιολογικά Εργαστήρια	Δήμος Καρδίτσας
3	1	Εργαστήριο Κυταρολογίας	Δήμος Καρδίτσας
4	1	Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο	Δήμος Παλαμά
5	1	Μικροβιολογικά Εργαστήρια	Δήμος Παλαμά
6	3	Μικροβιολογικά Εργαστήρια	Δήμος Σοφάδων
7	3	Μικροβιολογικά Εργαστήρια	Δήμος Μουζακίου

Από τα δεδομένα του πίνακα διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία (75,76%) των διαγνωστικών εργαστηρίων βρίσκεται στον δήμο της Καρδίτσας. Επίσης παρατηρούμε ότι στον Δήμο Αργιθέας και στον επίσης ορεινό δήμο της Λίμνης Πλαστήρα δεν υπάρχουν διαγνωστικά εργαστήρια. Τα δεδομένα αυτά καταδεικνύουν και σε αυτή την περίπτωση την ανάγκη μετακίνησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας προς το αστικό κέντρο της περιφερειακής ενότητας.

4.3 Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας

4.3.1 Νοσοκομείο Καρδίτσας

Το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας ανήκει στην 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας που εδρεύει στην Λάρισα. Ιδρύθηκε ως «Νοσοκομείο Καρδίτσας Άγιος Σεραφείμ» το 1935 από τον Μητροπολίτη Θεσσαλιώτιδος Ιεζεκιήλ, με το κόστος της συντήρησή του αρχικά να καλύπτεται από τα έσοδα της Μητρόπολης και μικρών επιχορηγήσεων (Νοσοκομείο Καρδίτσας,2019a). Το 1940 υπάχθηκε στις διατάξεις του Α.Ν. 965/1937 (ΦΕΚ 29-02-1940) ενώ λειτούργησε κανονικά και αδιάλειπτα κατά την διάρκεια της κατοχής.

Η επόμενη αλλαγή στην λειτουργία του Νοσοκομείου επήλθε το 1956 όταν και αναμορφώθηκε ο Οργανισμός του Νοσοκομείου με την επωνυμία «ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ» (ΦΕΚ 63/1956). Οι τελευταίες χρονικά λειτουργικές μεταβολές στον Οργανισμό του Νοσοκομείου Καρδίτσας ήταν το 2008 με την δημιουργία της ψυχιατρικής πτέρυγας και την πρόσθεση 30 κλινών και το 2012 όπου τροποποιήθηκε ο οργανισμός του Νοσοκομείου με την επωνυμία «ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ» με δυναμικότητα 266 κλινών (ΦΕΚ/Β/3518/31-12-2012). Όσο αφορά στην λειτουργική του δομή, αυτό συνίσταται από τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- Ιατρική Υπηρεσία
- Νοσηλευτική Υπηρεσία
- Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία.

Όσο αφορά στην στελέχωση των άνω υπηρεσιών του Νοσοκομείου αυτή αναλύεται στους πίνακες 4.12, 4.13 και 4.14 που ακολουθούν. Στους πίνακες εκτός των υπηρετούντων δίδονται και οι προβλεπόμενες θέσεις καθώς και οι κενές θέσεις.

Πίνακας 4.12: Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου Καρδίτσας

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΚΛΑΔΟΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ)	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΚΕΝΕΣ
Π.Ε ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ	4	2	2
ΠΕ ΧΗΜΕΙΑΣ-ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ - ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ	4	4	0
ΠΕ ΦΥΣΙΚΗΣ - ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΗΣ	1	0	1
ΠΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ	2	1	1
ΠΕ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ	1	0	1
ΤΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	7	6	1
ΤΕ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	3	3	0
ΤΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	2	2	0
ΤΕ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΑΣ - ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ	8	7	1
ΤΕ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ	11	7	4
ΤΕ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΩΝ	1	1	0
ΤΕ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	1	1	0
ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ	1	1	0
ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	4	3	1
ΔΕ ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ	11	9	2
ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ	16	14	2
ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ	7	4	3
ΔΕ ΜΑΓΕΙΡΩΝ	3	2	1
ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ	1	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	88	67	21

Από τα δεδομένα του πίνακα παρατηρούμε ότι σε σύνολο 88 προβλεπόμενων θέσεων στην Ιατρική Υπηρεσία υπάρχουν 21 κενές θέσεις δηλαδή 23,86% επί των συνολικών.

Πίνακας 4.13: Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου Καρδίτσας

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ			
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΚΛΑΔΟΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ)	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΚΕΝΕΣ
ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	7	4	3
ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	128	126	2
ΤΕ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ -ΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	7	5	2
ΤΕ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ	10	9	1

ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	193	191	2
ΔΕ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ	1	1	0
ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΒΡΕΦΟΚΟΜΩΝ	1	1	0
ΥΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ, ΜΕΤ. ΑΣΘΕΝΩΝ, ΒΟΗΘΩΝ ΘΑΛΑΜΩΝ ΚΤΛ)	61	43	18
ΣΥΝΟΛΟ	408	380	28

Από τα δεδομένα του πίνακα παρατηρούμε ότι σε σύνολο 408 προβλεπόμενων θέσεων στην Νοσηλευτική Υπηρεσία υπάρχουν 28 κενές θέσεις δηλαδή 6,86% επί των συνολικών.

Πίνακας 4.14: Στελέχωση Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου Καρδίτσας

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ (ΚΛΑΔΟΣ-ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ)	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΤΕΣ	ΚΕΝΕ Σ
ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ	12	11	1
ΠΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ (ΠΟΛ.ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ, ΜΗΧΑΝ.ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ)	3	3	0
ΠΕ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ	2	2	0
ΠΕ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ	1	0	1
ΠΕ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ	1	0	1
ΤΕ ΔΙΟΙΚ.ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ	11	11	0
ΤΕ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ	6	6	0
ΤΕ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ (ΗΛΕΚΤΡ.ΤΕΧΝΙΤΩΝ, ΥΠΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ)	4	2	2
ΤΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ	1	0	1
ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΓΡΑΜΜΑΤΕΩΝ (ΔΙΟΙΚ.ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ,ΑΠΟΘΗΚΑΡΙΩΝ)	47	44	3
ΔΕ ΤΗΛΕΦΩΝΗΤΩΝ	4	2	2
ΔΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Η/Υ	2	2	0
ΔΕ ΙΕΡΕΩΝ	1	0	1
ΔΕ ΤΕΧΝΙΚΟΥ (ΜΗΧΑΝΟΤΕΧΝΙΚΩΝ, ΥΔΡΑΥΛΙΚΩΝ,ΨΥΚΤΙΚΩΝ,ΑΠΟΛΥΜΑΝΤ ΩΝ,ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΚΤΛ)	31	22	9
ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ	4	0	4
ΥΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΚΛΗΤΗΡΩΝ, ΘΥΡΩΡΩΝ)	11	3	8
ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ)	30	10	20
ΥΕ ΕΡΓΑΤΩΝ	5	3	2
ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΣΤΙΑΣΗΣ	15	3	12
ΣΥΝΟΛΟ	191	124	67

Από τα δεδομένα του πίνακα παρατηρούμε ότι σε σύνολο 191 προβλεπόμενων θέσεων στην Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία υπάρχουν 67 κενές θέσεις δηλαδή 35,08% επί των συνολικών.

Όσο αφορά στην στελέχωση της Ιατρικής Υπηρεσίας από ιατρούς του κλάδου Ιατρών ΕΣΥ, δίδεται στον πίνακα 4.15 που ακολουθεί και σύμφωνα με τα στοιχεία του 2017 (Νοσοκομείο Καρδίτσας, 2019α).

Πίνακας 4.15: Στελέχωση Ιατρικής υπηρεσίας με ιατρούς κλάδου ΕΣΥ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΒΑΘΜΟΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ
ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ	24	25	0
ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ	ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ (ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ)	5	5	0
ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ	ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	49	35	11
ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Α	19	22	0
ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ	ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Β	54	14	40
ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ	----	---	17	---
ΣΥΝΟΛΟ		151	118	51

Από τα δεδομένα του πίνακα παρατηρούμε ότι σε σύνολο 151 προβλεπόμενων θέσεων στην Ιατρική Υπηρεσία υπάρχουν 51 κενές θέσεις ιατρών κλάδου ΕΣΥ, δηλαδή 33,77% επί των συνολικών.

4.3.2 Ειδικές Δομές Υπαγόμενες στο Νοσοκομείο Καρδίτσας

Εκτός των κλινικών, των ιατρείων και των εργαστηρίων που λειτουργούν εντός του Νοσοκομείου Καρδίτσας, υπάγονται σε αυτό οι εξής ειδικές δομές (Νοσοκομείο Καρδίτσας, 2019β):

- το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ)
- μονάδες προγράμματος «Ψυχαργός».

Το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ πρώην ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) παρέχει προγράμματα Ειδικής Αγωγής και Αποκατάστασης σε όλους τους πολίτες

ανεξαρτήτου ηλικίας. Το Κέντρο Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης υπάγεται οργανικά και λειτουργικά με το Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, ενώ βρίσκεται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με αυτό. Παρέχει υπηρεσίες αποκατάστασης σε άτομα με προβλήματα αναπηρίας αλλά και σε όσους πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού και ερειστικού συστήματος. Επίσης «τρέχει» μια σειρά προγραμμάτων που απευθύνονται σε παιδιά με Διαταραχές Ανάπτυξης (αυτισμός, σύνδρομο Down, Ν.Υ.) καθώς και γλωσσικές διαταραχές. Η στελέχωση του ΚΕΦΙΑΠ δίδεται στον πίνακα που ακολουθεί (Νοσοκομείο Καρδίτσας, 2019β).

Πίνακας 4.16: Στελέχωση ΚΕΦΙΑΠ

Ειδικότητα	Αριθμός προσωπικού
Ψυχολογία	1
Λογοθεραπεία	1
Εργοθεραπεία	1
Φυσικοθεραπεία	2
Επισκέπτες υγείας	1
Νοσηλευτές	2

Στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέπτυξε για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας ένα δεκαετές πρόγραμμα με την ονομασία «Ψυχαργός» (ΨΥΧΑΡΓΩΣ,2019) δίδοντας μεγαλύτερη βαρύτητα στην σημασία της κοινωνικής επανένταξης και της ενεργούς συμμετοχής στην αγορά εργασίας. Μεταξύ άλλων στο πλαίσιο του προγράμματος έχουν δημιουργηθεί στην χώρα μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου: ξενώνες, οικοτροφείο, και προστατευμένα Διαμερίσματα. Στην περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας λειτουργούν:

A) Ένας ξενώνας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με την ονομασία «Ζέφυρος». Βρίσκεται στο κέντρο της πόλης της Καρδίτσας και διαθέτει τέσσερα δωμάτια ασθενών, γραφεία, μπάνια και λοιπούς βοηθητικούς χώρους καθώς και αίθουσα πολλαπλών χρήσεων. Τα περιστατικά που εξυπηρετούνται είναι Σχιζοφρένεια - Ψυχωσική Συνδρομή, Επιληπτική ψύχωση, παρανοϊκή ψύχωση.

B) Δύο προστατευόμενα διαμερίσματα (ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης). Βρίσκονται και τα δυο στο κέντρο της πόλης κοντά στον τον Ξενώνα « Ζέφυρο». Οι

ένοικοι των διαμερισμάτων πάσχουν από τα εξής: κλινική κατάθλιψη, διαταραχή προσωπικότητας, ψύχωση, ψυχωσική συνδρομή, ενώ οι προσφερόμενες σε αυτούς υπηρεσίες είναι:

- Φαρμακευτική αγωγή
- Εκπαίδευση σε δεξιότητες ανεξάρτητης διαβίωσης και σε κοινωνικές δεξιότητες
- Ψυχολογική στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειες
- Ψυχολογική Στήριξη στους ίδιους και τις οικογένειες
- Συμμετοχή σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου
- Πρόγραμμα Γυμναστικής.

4.3.3 Παράρτημα Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Θεσσαλίας

Το Παράρτημα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρίες Καρδίτσας ιδρύθηκε το 1965 (ΦΕΚ 739/8-11-1965), ενώ από το 2013 (Ν.4109/2013) αποτελεί Παράρτημα του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Θεσσαλίας (Κ.Κ.Π.Π.Θ.) που εδρεύει στην Λάρισα. Στεγάζεται σε ιδιόκτητο κτήριο που βρίσκεται σε κτήμα στα όρια του Δήμου Καρδίτσας (Κ.Κ.Π.Π.Θ,2019).

Ο σκοπός του ΚΕ.ΠΕ.Π. Καρδίτσας είναι η παροχή φροντίδας, περίθαλψης, εκπαίδευσης, ψυχαγωγίας καθώς και τη λειτουργική, κοινωνική και επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση σε παιδιά και των δύο φύλων, ηλικίας 0-14 ετών, τα οποία έχουν νοητική υστέρηση ή νοητική υστέρηση και κινητικές δυσκολίες απ'όλα τα διαμερίσματα της χώρας και κατά προτεραιότητα από την ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας.

4.3.4 Λοιπές μονάδες υποστηρικτικής ιατρικής

Στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας λειτουργούν τρία κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας και μία μονάδα χρόνιας αιμοκάθαρσης (ΜΧΑ) όλα ιδιωτικού δικαίου και συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ. Επίσης λειτουργεί και μια ιδιωτική ψυχιατρική κλινική.

4.4 Φαρμακευτική περίθαλψη

4.4.1 Ιδιωτικά Φαρμακεία

Στην περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας λειτουργούν 121 φαρμακεία (όλα τους συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ). Σύμφωνα με τον Άτλαντα Υγείας (Άτλας Υγείας,2019) και τον Φαρμακευτικό Σύλλογο Καρδίτσας η κατανομή των φαρμακείων στους δήμους της Περιφερειακής Ενότητας δίδεται στον πίνακα 4.17 που ακολουθεί. Στον ίδιο πίνακα δίδονται οι δείκτες φαρμακεία ανά 1000 κατοίκους και φαρμακεία ανά 10000 κατοίκους. τόσο για το σύνολο της Περιφερειακής ενότητας όσο και για κάθε Δήμο ξεχωριστά.

Πίνακας 4.17: Ιδιωτικά Φαρμακεία στην Περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας

Δήμος	Φαρμακεία	Πληθυσμός	φαρμακεία/1000 κατοίκους	φαρμακεία/10000 κατοίκους
Δήμος Καρδίτσας	66	56747	1,16	11,63
Δήμος Λίμνης Πλαστήρα	2	4635	0,43	4,31
Δήμος Μουζακίου	14	13122	1,07	10,67
Δήμος Παλαμά	18	16726	1,08	10,76
Δήμος Σοφάδων	20	18864	1,06	10,60
Δήμος Αργιθέας	0	3450	0,00	0,00
Σύνολο	120	113544	1.06	10.57

Από τα δεδομένα του πίνακα διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία (55%) των φαρμακείων βρίσκεται στην πόλη της Καρδίτσας . Επίσης παρατηρούμε ότι στον Δήμο Αργιθέας δεν υπάρχει φαρμακείο ενώ στον επίσης ορεινό δήμο της Λίμνης Πλαστήρα υπάρχουν μόνο δύο φαρμακεία (0,43 ανά 1000 κατοίκους). Και σε αυτή την περίπτωση διαφαίνεται η ανάγκη μετακίνησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας προς το αστικό κέντρο της περιφερειακής ενότητας.

Όσο αφορά στην κατανομή των φαρμακείων στις υπόλοιπες περιφερειακές ενότητες της περιφέρειας Θεσσαλίας (Άτλας Υγείας,2019) αυτή δίδεται στον πίνακα 4.18 που ακολουθεί μαζί με τους αντίστοιχους δείκτες ώστε να είναι εφικτή μια πρωταρχική σύγκριση.

Πίνακας 4.18: Ιδιωτικά Φαρμακεία στις περιφερειακές ενότητες της Περιφέρειας Θεσσαλίας

Περιφερειακή ενότητα	Αριθμός Φαρμακείων	Πληθυσμός	φαρμακεία/1000 κατοίκους	φαρμακεία/10000 κατοίκους
Καρδίτσας	120	113544	1,06	10,57
Λάρισας	293	284325	1,03	10,31
Τρικάλων	165	131085	1,26	12,59
Μαγνησίας + Σποράδων	227	203808	0,81	8,10
Σύνολα	805	732762	1,1	10,99

Από τα στοιχεία του πίνακα διεξάγονται μια σειρά από συμπεράσματα και συγκεκριμένα:

- Ο μέσος όρος του δείκτη φαρμακεία ανά 1000 κατοίκους στην Θεσσαλία είναι 0,21 και υψηλότερα από αυτόν βρίσκεται μόνο η περιφερειακή ενότητα Τρικάλων με 1,26 φαρμακεία/1000 κατοίκους
- Η περιφερειακή ενότητα Μαγνησίας και Σποράδων βρίσκεται στην τελευταία θέση όσο αφορά στους επιλεγόμενους συγκριτικούς δείκτες με 0,81 φαρμακεία/1000 κατοίκους
- Η περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας βρίσκεται στην δεύτερη θέση όσο αφορά στους επιλεγόμενους συγκριτικούς δείκτες με 1,06 φαρμακεία/1000 κατοίκους.

4.4.2 Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ

Όπως αναφέρεται στον ΕΚΠΥ Υπ. Αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157/2018 του ΕΟΠΥΥ τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ είναι αρμόδια για την διάθεση φαρμάκων υψηλού κόστους θεραπείας με τιμή πάνω από 3.000 ευρώ ή φαρμάκων για σπάνιες παθήσεις τα οποία σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία δεν δύναται να χορηγούνται από τα ιδιωτικά φαρμακεία. Τα Φάρμακα χορηγούνται στου δικαιούχους χωρίς συμμετοχή (Εφημερίς της Κυβερνήσεως, 2018).

Στην περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας δεν λειτουργεί φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ. Στην Περιφερειακή Διεύθυνση του ΕΟΠΥΥ Ν. Καρδίτσας λειτουργεί τμήμα ως Σημείο Αποστολής Φαρμάκων Υψηλού Κόστους από κεντρικά φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ όμορων νομών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση παράδοσης φαρμάκων στου δικαιούχους και την άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία.

4.5 Ιδιώτες ιατροί πιστοποιημένοι από τον ΕΟΠΥΥ μη συμβεβλημένοι
 Σύμφωνα με τον Ιατρικό Σύλλογο Καρδίτσας (Ιατρικός Σύλλογος Καρδίτσας,2019), στο σύνολο της περιφερειακής ενότητας (Καρδίτσας) δραστηριοποιούνται (διατηρούν ιατρείο) συνολικά εκατόν σαράντα δύο ιδιώτες ιατροί. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα που παρουσιάζονται εδώ αφορούν μόνο στους ιδιώτες μη συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς τα στοιχεία των συμβεβλημένων (με τον ΕΟΠΥΥ) ιατρών έχουν παρουσιαστεί σε προηγούμενη παράγραφο της παρούσας ενότητας.

Πίνακας 4.19: Ιδιώτες μη συμβεβλημένοι ιατροί στην Περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΙ	1
ΑΝΕΥ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ	2
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΙ	2
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ	3
ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	4
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΙ - ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΟΙ	9
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΙ	5
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΙ	8
ΜΑΙΕΥΤΗΡΕΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ	5
ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΙ	6
ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΙ	2
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΙ	10
ΟΥΡΟΛΟΓΟΙ	6
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΙ	11
ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ	26
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	18
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΙ	3
ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΟΙ - ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΙ	2
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ	3
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΙ	12
ΣΥΝΟΛΟ	142

4.6 Ιδιώτες οδοντίατροι

Σύμφωνα με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Καρδίτσας (Οδοντιατρικός Σύλλογος Καρδίτσας, 2019), σε όλη την περιφερειακή ενότητα (Καρδίτσας) δραστηριοποιούνται (διατηρούν ιατρείο) συνολικά ογδόντα δύο οδοντίατροι. Η

κατανομή τους στους Δήμους της Περιφερειακής Ενότητας δίδεται στον πίνακα 4.20 που ακολουθεί. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα που παρουσιάζονται εδώ αφορούν μόνο στους ιδιώτες και μη συμβεβλημένους οδοντίατρους (δεν υπάρχουν συμβλημένοι οδοντίατροι με τον ΕΟΠΥΥ).

Πίνακας 4.20: Ιδιώτες Οδοντίατροι στην Περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας

Δήμος	Οδοντίατροι	Πληθυσμός	Οδοντίατροι /1000 κατοίκους	Οδοντίατροι /10000 κατοίκους
Δήμος Καρδίτσας	63	56747	1,11	11,1
Δήμος Λίμνης Πλαστήρα	0	4635	0	0
Δήμος Μουζακίου	7	13122	0,53	5,33
Δήμος Παλαμά	6	16726	0,36	3,56
Δήμος Σοφάδων	6	18864	0,32	3,18
Δήμος Αργιθέας	0	3450	0	0
Σύνολο	82	113544	0,72	7,22

Από τα δεδομένα του πίνακα διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία (76,83%) των ιδιωτευτόνων οδοντιάτρων βρίσκεται στον Δήμο της Καρδίτσας. Επίσης παρατηρούμε ότι στον Δήμο Αργιθέας και στον επίσης ορεινό δήμο της Λίμνης Πλαστήρα δεν υπάρχουν ιδιώτες οδοντίατροι. Και τα δεδομένα αυτά «αποκαλύπτουν» την ανάγκη μετακίνησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας προς την πόλη της Καρδίτσας. Τέλος επισημαίνεται το γεγονός ότι στην περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας (στο σύνολο των δήμων) αντιστοιχούν 0,72 οδοντίατροι ανά 1000 κατοίκους.

4.7 Συμπέρασμα

Από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο κεφάλαιο και αφορούν στην χαρτογράφηση των υπηρεσιών υγείας στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας, γίνονται κατανοητές οι εσωτερικές ανισότητες υγείας (εντός της Περιφερειακής Ενότητας). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των παρόχων υπηρεσιών υγείας (δομές νοσηλείας, ιατροί, φαρμακεία, φυσιοθεραπευτές κλπ) δραστηριοποιούνται εντός των ορίων του Δήμου Καρδίτσας ενώ στους δυο ορεινούς Δήμους (Αργιθέας και Λίμνης Πλαστήρα) δεν

δραστηριοποιούνται παρά μόνο δυο φαρμακεία και συγκεκριμένα στον Δήμο Λίμνης Πλαστήρα. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε μια εσωτερική ανισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας και αναπόφευκτα «υποχρεώνει» τους εκτός του κεντρικού Δήμου (Καρδίτσας) να μετακινούνται για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών.

Σημαντικό εμπόδιο όσο αφορά στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας αποτελεί και το γεγονός των κενών θέσεων (απόρροια κυρίως της οικονομικής κρίσης και των περιορισμών στον διορισμό νέων δημοσίων υπαλλήλων) που παρατηρούνται στο Νοσοκομείο Καρδίτσας (το μοναδικό νοσηλευτικό ίδρυμα της Περιφερειακής Ενότητας) και αφορούν σε:

- α) ιατρικό προσωπικό (51 κενές θέσεις σε σύνολο προβλεπόμενων 151)
- β) προσωπικό της Διοικητικής Υπηρεσίας (67 κενές θέσεις σε σύνολο 191)
- γ) προσωπικό της ιατρικής υπηρεσίας (μη ιατρούς) (21 κενές θέσεις σε σύνολο 88)
- δ) προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας (28 κενές θέσεις σε σύνολο προβλεπόμενων 408).

Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν την αρνητική επίδραση στην διόγκωση των ανισοτήτων υγείας λόγω έλλειψης προσωπικού που αναπόφευκτα οδηγεί σε αυξημένους χρόνους εξυπηρέτησης αλλά και σε μια σειρά άλλων φαινομένων που επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας όπως είναι επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματική ικανοποίηση.

Τέλος στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας δεν υπάρχει συμβεβλημένος παιδίατρος (οικογενειακός ιατρός), ενώ ο δείκτης των συμβεβλημένων ανά 10000 κατοίκους (εξαιρούνται οι οικογενειακοί ιατροί) είναι ο μικρότερος στην Περιφέρεια Θεσσαλίας (1,14) με αποτέλεσμα την ανάγκη επίσκεψης σε μη συμβεβλημένους ιατρούς κάτι που οδηγεί αναπόφευκτα στην αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών.

II ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα

Η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασική παράμετρο διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρώπινου δικαιώματος για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας. Η δημόσια υγεία βρίσκεται στο επίκεντρο των Ευρωπαϊκών πολιτικών και συγκεκριμένα στην συνθήκη της Ευρωπαϊκής Ένωσης . Η προστασία της υγείας των Ελλήνων πολιτών είναι υποχρέωση του κράτους κατοχυρωμένη και προσδιοριζόμενη στο Ελληνικό Σύνταγμα . Τα δεδομένα αυτά καθιστούν επιβεβλημένη και αναγκαία την διεξοδική μελέτη και ανάλυση ενός θέματος όπως η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και των επιπτώσεων της κρίσης σε αυτή.

Όσο αφορά στο ελληνικό σύστημα υγείας και τα επίπεδα της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας στην αποκαλούμενη περίοδο της κρίσης, έχουν γίνει αρκετές σχετικές μελέτες και έρευνες (Economou,2015), (Eurofound,2014,(Kyriklidis et al, 2016) (Economou, Kaitelidou et al, 2015) και αφορούν σε διάφορες υποκατηγορίες όπως στην χρήση της ψυχικής υγείας, (Δομάγερ,2016), στην πρόσβαση των ηλικιωμένων (Καντεράκη,2017), στην χρήση των υπηρεσιών από τους μετανάστες (Αναστόπουλος, Οικονόμου, Ζήκος, 2013), στους Ογκολογικούς Ασθενείς (Γιαννακόπουλος,2017), στις κοινωνικά ευαίσθητες ομάδες (Economou, Kaitelidou, et al, 2014) κ.α. Παρόλο όμως τις άνω αναφερόμενες ερευνητικές προσπάθειες δεν έχει γίνει παρόμοια προσπάθεια όσο αφορά στον Νομό Καρδίτσας, στην προσβασιμότητα των πολιτών της περιοχής στις υπηρεσίες υγείας και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.

5.2 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της προτεινόμενης διατριβής είναι η διερεύνηση της προσβασιμότητας των πολιτών (χρηστών συστήματος υγείας) στις υγειονομικές υπηρεσίες (κυρίως νοσοκομεία και κέντρα υγείας) στην περιοχή της Περιφερειακής

Ενότητας Καρδίτσας και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας και στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Η ομάδα στόχος της ερευνητικής προσπάθειας είναι οι ευρισκόμενοι στο ηλικιακό φάσμα άνω των 60 ετών καθώς αποτελούν μια ιδιαίτερη κοινωνική ευάλωτη ομάδα με την έννοια των αυξημένων υγειονομικών αναγκών. Παράλληλα επιχειρείται και μια καταγραφή τόσο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (δημόσιο σύστημα υγείας) όσο και του αυτοπροσδιοριζόμενου επιπέδου υγείας των πολιτών, στοχεύοντας στην περαιτέρω ανάλυση των επιπτώσεων της κρίσης στο επίπεδο υγείας τους. Η χαρτογράφηση των υπηρεσιών υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας είναι κάτι που γίνεται σε αυτό το εύρος για πρώτη φορά και αποτελεί σημαντικό κομμάτι της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής.

Μέσω της διατριβής προσδοκούμε ότι θα είμαστε σε θέση να:

- καλύψουμε ένα ερευνητικό κενό που υπάρχει και αφορά στην περιοχή της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας και στην προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας (ιδιαίτερα των άνω των 60 ετών)
- προσδιορίσουμε το επίπεδο της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας όσο αφορά στην ομάδα στόχο (άνω των 60 ετών)
- διερευνήσουμε τυχόν σύνδεση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης με την μεταβολή του επιπέδου της προσβασιμότητας
- διερευνήσουμε τη σχέση μια σειράς χαρακτηριστικών του πληθυσμού (π.χ δημογραφικών αλλά και οικονομικο – κοινωνικών) με την προσβασιμότητά τους στο σύστημα υγείας
- καταγράψουμε το αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας των πολιτών της ευάλωτης ομάδας στόχο και τις αυτοαναφερόμενες μη ικανοποιηθείσες υγειονομικές τους ανάγκες
- χαρτογραφήσουμε τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στην περιοχή μελέτης.

5.3 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Κατά την διάρκεια διαμόρφωσης του ερευνητικού πλαισίου της παρούσας διατριβής και κατά την επισκόπηση της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας ανέκυψαν ορισμένα βασικά ερευνητικά ερωτήματα τα οποία και η παρούσα φιλοδοξεί να καλύψει

και να δώσει συγκεκριμένες τεκμηριωμένες απαντήσεις. Συγκεκριμένα τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα είναι τα ακόλουθα:

- Ποιο είναι το επίπεδο της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας όσο αφορά στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας;
- Έχει επηρεαστεί η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας από την αποκαλούμενη οικονομική κρίση;
- Ποιος παράγοντας (τοποθεσίας, χρόνου και ευκολίας προσέγγισης) έχει επηρεάσει περισσότερο το επίπεδο προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας;
- Υπάρχει σύνδεση της προσβασιμότητας με μεταβλητές όπως επίπεδο εκπαίδευσης, οικονομική κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, ηλικιακό φάσμα;
- Υπάρχει σύνδεση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας με το αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας;
- Ποιες είναι οι προσφερόμενες μέσω του Δημοσίου Συστήματος Υγείας υπηρεσίες στην περιοχή της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας;

Τα αποτελέσματα της διατριβής ευελπιστούμε να προσφέρουν πληροφόρηση αναφορικά με τις επιπτώσεις της κρίσης στην προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας ιδιαίτερα σε μια περιοχή της περιφέρειας (όπως είναι και ο Νομός Καρδίτσας) και αφετέρου να συντελέσουν στην κατανόηση των συσχετισμών μεταξύ του επιπέδου της προσβασιμότητας, του αυτοπροσδιοριζόμενου επιπέδου υγείας και παραμέτρων όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το κοινωνικό και εργασιακό προφίλ των πολιτών.

5.4 Ερευνητική Στρατηγική

Έχοντας αποσαφηνίσει τόσο τον βασικό σκοπό της έρευνας αλλά και τα ερευνητικά ερωτήματα το επόμενο στάδιο/βήμα υπήρξε ο καθορισμός και η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου. Για τις ανάγκες της παρούσας διατριβής κρίθηκε ότι η καταλληλότερη είναι η ποσοτική συλλογή δεδομένων με την χρήση ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε καθώς παρέχει σημαντική βοήθεια και καθιστά δυνατή την συγκέντρωση και την ανάλυση των προσωπικών απόψεων, στάσεων και εμπειριών των υποκειμένων όσο αφορά στην

χρήση των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή ενδιαφέροντος (περιφερειακή ενότητα Καρδίτσας).

5.5 Επιλογή δείγματος

Για τις ανάγκες της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας ως δείγμα/ομάδα μελέτης για τις ανάγκες της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας ως δείγμα/ομάδα μελέτης, επιλέχθηκαν οι πολίτες της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας με ηλικιακό φάσμα άνω των εξήντα ετών. Η επιλογή της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας έγινε με γνώμονα την επιθυμία καταγραφής των δεδομένων που αφορούν στην προσβασιμότητα και στο αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας ατόμων με αυξημένες υγειονομικές ανάγκες καθώς και ατόμων που είτε βρίσκονται είτε πρόκειται να βρεθούν σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα σε κατάσταση συνταξιοδότησης. Όσο αφορά στην μεθοδολογία δειγματοληψίας έχει επιλεγεί η δειγματοληψία μη-πιθανότητας¹³ και ειδικότερα το δείγμα ευκολίας (accessibility or convenience sample) στο οποίο οι μονάδες του δείγματος (υποκείμενα έρευνας) επιλέγονται από τον πληθυσμό με μοναδικό κριτήριο την ευκολία και όχι την τυχαιότητα ή την επιδίωξη της αντιπροσωπευτικότητας του πληθυσμού (Γαλάνης,2017). Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα συμπεράσματα/αποτελέσματα των ερευνών που στηρίζονται σε δείγματα ευκολίας δεν δύνανται να γενικευτούν στο σύνολο του πληθυσμού καθώς το επιλεγόμενο δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού αλλά μιας πολύ συγκεκριμένης ομάδας αυτού.

5.6 Ανάπτυξη ερωτηματολογίου

Η μελέτη εκπονήθηκε με την χρήση ειδικά διαμορφωμένων αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων προς τους πολίτες/κατοίκους της περιοχής όσο αφορά στις αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο που καλύπτει τις ανάγκες τις διατριβής και βοηθά στην καταγραφή και ανάλυση των απαραίτητων δεδομένων ώστε να καταστεί δυνατή η απάντηση όλων των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας. Το ερωτηματολόγιο που

¹³ Στη δειγματοληψία μη-πιθανότητας η επιλογή του δείγματος δεν διέπεται από τους νόμους της πιθανότητας, αλλά βασίζεται σε κριτήρια όπως η ευκολία, η εύκολη πρόσβαση η διαθεσιμότητα, ο σύντομος χρόνος συλλογής των δεδομένων κτλ.

δημιουργήθηκε στηρίχθηκε σε αντίστοιχα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί σε παρόμοιες επιστημονικές μελέτες/έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον Ελλαδικό χώρο όπως π.χ η μελέτη των (Galanis et al, 2013) και η μελέτη των (Kyriklidis, Kaitelidou, Angelopoulos, et al 2016). Η τελική του μορφή προέκυψε με την επιστημονική επίβλεψη και καθοδήγηση της επιβλέπουσας καθηγήτριας κας Δάφνης Καϊτελίδου και του επιστημονικού προσωπικού του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης υπηρεσιών Υγείας του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Για τη δημιουργία του και τη χρήση των παραπάνω εργαλείων έχουν ληφθεί όλες οι απαραίτητες άδειες από τους δημιουργούς.

Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου περιέχει συνολικά είκοσι εννέα (29) ερωτήσεις. Στο αρχικό γενικό μέρος του ερωτηματολογίου μεταξύ άλλων συγκεντρώνονται δεδομένα που αφορούν σε:

- δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, τόπος κατοικίας, οικογένεια, φύλο κλπ)
- στοιχεία επαγγελματικής και οικονομικής κατάστασης.

Το κύριο σώμα των ερωτήσεων αφορά στο αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας, στην χρήση των υπηρεσιών υγείας, στις αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες και είναι κυρίως ερωτήσεις αυτοαντίληψης (self-perception) οι οποίες περιέχουν κλίμακες απαντήσεων (Likert κλπ).

5.7 Πιλοτική μελέτη και Έλεγχος Αξιοπιστίας ερωτηματολογίου

Στοχεύοντας στην ελαχιστοποίηση των ακραίων αποκρίσεων/απαντήσεων επί των ερωτημάτων του ερωτηματολογίου (έλεγχος κλίμακας) αλλά και για τον έλεγχο του επιπέδου κατανόησης των ερωτήσεων αυτού διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη/εφαρμογή του σε ομάδα δέκα ερωτούμενων. Στην συνέχεια και σύμφωνα με τις απαντήσεις της ομάδας αυτής προχωρήσαμε στον σχεδιασμό της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου ενσωματώνοντας τις όποιες παρατηρήσεις που αφορούσαν τόσο τον τρόπο διατύπωσης των ερωτήσεων όσο φυσικά τον αριθμό αυτών και των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων.

Μετά την πιλοτική μελέτη και για να προχωρήσουμε στις διαδικασίες της διαμόρφωσης της τελικής μορφής του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας

χρησιμοποιώντας τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha (Spector, 1992; Nunnally, 1978).

Στην περίπτωση μας ο έλεγχος ήταν επιβεβλημένος για τον λόγο ότι το ερευνητικό εργαλείο (ερωτηματολόγιο) ήταν η πρώτη φορά που χρησιμοποιήθηκε. Όταν ένα εργαλείο μέτρησης εφαρμόζεται για πρώτη φορά σε συγκεκριμένο πληθυσμό, με διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά και γλώσσα, τότε επιβάλλεται ο έλεγχος της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (Litwin, 1995).

Η έννοια της αξιοπιστίας αφορά στην έκταση κατά την οποία οι επιλεγόμενες προς έλεγχο μεταβλητές παραμένουν συνεπείς όσο αφορά στα μετρήσιμα μεγέθη (Hair et al., 1995). Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Ουζούνη, 2011) με τιμές $>0,7$ να δηλώνουν αποδεκτή αξιοπιστία.

Στην περίπτωση του ερωτηματολογίου της έρευνας, υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για την μεικτή ερώτηση 23 και την υποκλίμακα/διάταξη που αφορά σε θέματα προσβασιμότητας διαθεσιμότητας και ενημέρωσης σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας. Ο συντελεστής υπολογίστηκε σε 0,92 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία.

Υπολογίστηκε επίσης ο ίδιος συντελεστής για την μεικτή ερώτηση 24 και την υποκλίμακα/διάταξη που αφορά στις οικονομικές δυσκολίες και βρέθηκε ίσος με 0,97 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία. Με την διαδικασία αυτή οριστικοποιήθηκε και το ερωτηματολόγιο.

5.8 Διαδικασία συλλογής δεδομένων τελικού ερωτηματολογίου

Το τελικό ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε σε 102 πολίτες (N=102) της περιφερειακής ενότητας Καρδίτσας οι οποίοι και ικανοποιούσαν τα χαρακτηριστικά του δείγματος ευκολίας που είχε επιλεγεί και όλοι τους ανήκαν στο ηλικιακό φάσμα 60+.

Καθώς μας ενδιέφερε η καταγραφή των δεδομένων που αφορούν σε χρήστες των υπηρεσιών υγείας της περιφερειακής ενότητας Καρδίτσας αποφασίστηκε ο διαμοιρασμός του ερωτηματολογίου στις εγκαταστάσεις του ΚΑΠΗ του Δήμου

Καρδίτσας, στην Το.Μ.Υ της πόλης της Καρδίτσας καθώς και στα Κέντρα Υγείας της Περιφερειακή Ενότητας Καρδίτσας.

Η πλειοψηφία των ερωτηματολογίων διαμοιράστηκε εντός των ορίων της πόλης της Καρδίτσας καθώς αποτελεί το μεγάλο αστικό κέντρο της Περιφερειακής ενότητας και την οποία εξαιτίας της συγκέντρωσης (όπως και διαπιστώθηκε από τα ευρήματα του κεφαλαίου 4) της συντριπτικής πλειοψηφίας των υπηρεσιών υγείας επισκέπτονται σχεδόν όλοι οι κάτοικοι της περιφερειακής ενότητας Καρδίτσας για την ικανοποίηση των υγειονομικών του αναγκών (εξετάσεις, συνταγογράφηση, παραλαβή φαρμάκων κ.α).

Για τον διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων στις εν λόγω δομές ζητήθηκαν και εξασφαλίστηκαν οι σχετικές άδειες από τον Δήμο Καρδίτσας αλλά και από την Διοίκηση της 5^{ης} ΥΠΕ (Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας) και οι οποίες επισυνάπτονται ως παράρτημα ΙΙ στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή. Η συλλογή των δεδομένων (συμπληρωμένα ερωτηματολόγια) έγινε κατά το διάστημα Μαρτίου – Απριλίου 2019 και με την προσωπική ενασχόληση της συντάξασας της παρούσας καθώς αυτό κρίθηκε απαραίτητο για την όσο τον δυνατόν αξιόπιστη συλλογή των δεδομένων.

Κάθε ερωτώμενος ενημερώθηκε τόσο προφορικά για τον σκοπό της έρευνας όσο και με αντίστοιχο κείμενο που υπάρχει στην αρχή του ερωτηματολογίου. Επίσης στην αρχή του ερωτηματολογίου υπάρχει και το έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης όπου υπέγραφε ο κάθε ερωτώμενος.

5.9 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων παρουσιάζονται στο επόμενο κεφάλαιο, όπου οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τα στοιχεία που αφορούν την βαθμολογία οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης / επικοινωνίας) ήταν 0,91, για τα στοιχεία που αφορούν τη βαθμολογία οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας) ήταν 0,96 και για τα στοιχεία που αφορούν τη συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας ήταν 0,93, γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (Student's t-test) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

5.10 Περιορισμοί της έρευνας

Η ερευνητική μεθοδολογία στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής υπόκειται σε μια σειρά περιορισμούς ο οποίοι έχουν να κάνουν τόσο με την φύση της επιλεγείσας μεθόδου όσο και με το ερευνητικό αντικείμενο. Οι κυριότεροι περιορισμοί οι οποίοι ήταν

γνωστοί από την φάση σχεδιασμού της έρευνας και λήφθησαν υπόψη, μπορούν να αναλυθούν σε συστηματικά και σε τυχαία σφάλματα (Μέλλος, Σπάρος, 2005).

A) Συστηματικά σφάλματα επιλογής που οφείλονται στη διαδικασία επιλογής των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Σε αυτή την περίπτωση εμφανίζονται κυρίως περιορισμοί και σφάλματα που έχουν να κάνουν:

- i. Με την άρνηση συμμετοχής στην έρευνα. Τα χαρακτηριστικά όσων αρνηθούν να συμμετέχουν σε μια έρευνα επηρεάζουν τα εξαγόμενα αποτελέσματα καθώς ενδεχόμενος αυτοί (όσοι αρνηθούν) να ανήκουν σε μια ομαδοποιημένη κατηγορία, για παράδειγμα στην περίπτωση μας να έχουν όλοι τους ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες ή να έχουν χαμηλό επίπεδο υγείας (μπορεί να έχουν όμως και ακριβώς τα αντίθετα χαρακτηριστικά). Σε αυτή την περίπτωση τα αποτελέσματα θα οδηγήσουν στην υποεκτίμηση ή υπερεκτίμηση του επιπέδου υγείας των ερωτώμενων και φυσικά και το επίπεδο προσβασιμότητας τους στις υγειονομικές υπηρεσίες. Για τον περιορισμό αυτό έγινε προσπάθεια υπερκερασμού λαμβάνοντας επίσημες άδειες (από τον Δήμο Καρδίτσας και την 5^η ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας) και διαμοιράζοντας τα ερωτηματολόγια σε δομές όπως ΚΑΠΗ, Κέντρα Υγείας κλπ. Επίσης η επαγγελματική ενασχόληση της συντάξασας με τον υγειονομικό κλάδο επέδρασε θετικά στον να μην υπάρχει σημαντικό ποσοστό αρνητών συμμετοχής στην έρευνα.
- ii. Με την επιλογή συμμετεχόντων κυρίως από τους χρήστες υγείας από το ΚΑΠΗ και τα Κέντρα Υγείας. Επίσης σε συνδυασμό με το γεγονός ότι επιλέχθηκε ως δειγματοληψία το δείγμα ευκολίας και ότι η ομάδα στόχος της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας είναι οι άνω των 60 ετών, καθιστούν δύσκολη την διεύρυνση των αποτελεσμάτων της έρευνας στο γενικό πληθυσμό των χρηστών των υπηρεσιών όλης της Περιφερειακής Ενότητας (ανεξαρτήτου ηλικίας) ή και της επικράτειας. Σε αυτή την περίπτωση η λύση που θα μπορούσε να εξεταστεί θα ήταν η διερεύνηση του δείγματος με την χρήση ως δειγματοληψίας γενικού πληθυσμού κάτι όμως που αποτελεί μια εξαιρετικά δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία.

B) Συστηματικά σφάλματα πληροφορίας που οφείλονται σε εσφαλμένη πληροφορία που προέρχεται από τα ίδια τα μελετώμενα άτομα.

Σε αυτή την περίπτωση εμφανίζονται κυρίως περιορισμοί και σφάλματα που έχουν να κάνουν :

- i. Με την δυσκολία κατανόησης των ερωτήσεων και των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να οδηγήσει σε μη σωστή συμπλήρωση των ερωτήσεων ή ακόμα και σε παράβλεψη ορισμένων ερωτήσεων. Για να αποφευχθούν τέτοιου είδους προβλήματα, το ερωτηματολόγιο συνοδεύεται από σελίδα επεξήγησης του σκοπού της έρευνας ενώ επίσης η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκαν με την παρουσία της συντάξασας. Επίσης η πιλοτική μελέτη του ερωτηματολογίου και η ανάλυση αξιοπιστίας του οδήγούσαν προς την κατεύθυνση εξομάλυνσης των προβλημάτων/δυσκολιών αυτών.
- ii. Με το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτούμενων το οποίο οδηγεί σε πολλές περιπτώσεις στη δυσκολία συμπλήρωσής του ενώ δρα συμπληρωματικά με την προηγούμενη δυσκολία. Για την αποφυγή αυτών των δυσκολιών εργαστήκαμε όπως ακριβώς και στην προηγούμενη περίπτωση.
- iii. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων εντός δομών υγείας (π.χ Κέντρα Υγείας) επηρεάζει σε αρκετές περιπτώσεις τις απαντήσεις και κυρίως προς την κατεύθυνση της υπερεκτίμησης του επιπέδου υγείας και της υποεκτίμησης των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών. Για την μείωση των φαινομένων αυτών έγινε συστηματική προσπάθεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και σε μη υγειονομικές δομές όπως είναι το ΚΑΠΗ.
- iv. Η μη εξοικείωση των μελετώμενων ατόμων με παρόμοιες ερευνητικές προσπάθειες είναι πιθανό να οδηγήσει σε συστηματικά σφάλματα πληροφορίας. Για την αποφυγή δυσκολιών αυτής της μορφής προτιμήθηκε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εντός των δομών Υγείας αλλά και στο ΚΑΠΗ του Δήμου Καρδίτσας όπου οι χρήστες υγείας και οι ευρισκόμενοι είναι εξοικειωμένοι με τέτοιου είδους έρευνες (με την χρήση ερωτηματολογίου κλπ).

Όσο αφορά στα τυχαία σφάλματα της ερευνητικής προσπάθειας η συνήθης πρακτική

μείωσής τους έχει να κάνει με την χρήση τυχαίας δειγματοληψίας του γενικού πληθυσμού που βοηθά προς αυτή την κατεύθυνση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Δημογραφικά στοιχεία

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν συνολικά από **102** ασθενείς/λήπτες υπηρεσιών υγείας. Η ομάδα στόχος της ερευνητικής προσπάθειας είναι οι ευρισκόμενοι στο ηλικιακό φάσμα άνω των 60 ετών καθώς αποτελούν μια ιδιαίτερη κοινωνική ευάλωτη ομάδα με την έννοια των αυξημένων υγειονομικών αναγκών. Στον Πίνακα 6.1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Πίνακας 6.1: Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Άνδρας	50 (49,0)
Γυναίκα	52 (51,0)
Ηλικία^a	71,9 (6,6)
Τόπος μόνιμης διαμονής	
Δήμος Καρδίτσας	51 (50,0)
Δήμος Αργιθέας	2 (2,0)
Δήμος Παλαμά	19 (18,6)
Δήμος Μουζακίου	15 (14,7)
Δήμος Λίμνης Πλαστήρα	3 (2,9)
Δήμος Σοφάδων	12 (11,8)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμος/η	77 (75,5)
Άγαμος/η	2 (2,0)
Διαζευγμένος/η	2 (2,0)
Χήρος/α	21 (20,6)
Αριθμό ατόμων που ζουν στο ίδιο σπίτι με εσάς	
0	4 (4,3)
1	48 (51,6)
2	24 (25,8)
3	8 (8,6)
4	9 (9,7)
Εθνικότητα	
Ελληνική	102 (100,0)
Άλλη	0 (0,0)
Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσής σας;	
Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό	11 (10,8)
Απόφοιτος Δημοτικού	46 (45,1)
Απόφοιτος Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)	5 (4,9)

Απόφοιτος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου	12 (11,8)
Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)	27 (26,5)
Μεταπτυχιακές σπουδές (Μάστερ, Διδακτορικό)	1 (1,0)
Επαγγελματική κατάσταση	
Συνταξιούχος	74 (72,5)
Δημόσιος υπάλληλος (και ευρύτερος δημόσιος τομέας)	3 (2,9)
Ιδιωτικός υπάλληλος πλήρους απασχόλησης	1 (1,0)
Αγρότης	8 (7,8)
Οικιακά	7 (6,9)
Ελεύθερος Επαγγελματίας	9 (8,8)
Είστε ασφαλισμένος /νη μέσω κάποιου ταμείου;	
Ναι	102 (100,0)
Όχι	0 (0,0)
Ισχύει τη στιγμή αυτή η ασφάλεια σας;	
Ναι	99 (97,1)
Όχι	3 (2,9)
Έχετε ιδιωτική ασφάλεια υγείας;	
Ναι	4 (4,0)
Όχι	96 (96,0)
Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημά σας;	
Έως 500€	38 (38,0)
500€ έως 1000€	28 (28,0)
1000€ έως 1500€	26 (26,0)
1500 έως 2000€	6 (6,0)
Άνω των 2000€	2 (2,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη –N- και σχετική -%- συχνότητα, εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Το 51% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν γυναίκες, όλοι είχαν ελληνική εθνικότητα, η μέση ηλικία ήταν τα 71,9 έτη (ΤΑ=6,6) και το 50% είχε ως τόπο μόνιμης διαμονής το Δήμο Καρδίτσας, το 18,6% το Δήμο Παλαμά, το 14,7% είχε το Δήμο Μουζακίου, το 11,8% το Δήμο Σοφάδων, το 2,9% το Δήμο Λίμνης Πλαστήρα και το 2% το Δήμο Αργιθέας.

Το 75,5% ήταν έγγαμοι/-ες, το 20,6% χήροι/-ες, το 2% άγαμοι/-ες, το 2% διαζευγμένοι/-ες και το 95,7% διέμεναν με τουλάχιστον ένα άτομο στο ίδιο σπίτι με αυτούς/-ες.

Το 45,1% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, το 26,5% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 11,8% ήταν απόφοιτοι Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου, το 10,8% δεν είχαν τελειώσει το Δημοτικό, το 4,9% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου και το 1% είχε πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές (Μάστερ,

Διδακτορικό). Το 72,5% ήταν συνταξιούχοι, το 8,8% ελεύθεροι επαγγελματίες, το 7,8% αγρότες, το 6,9% ασχολούνταν με τα οικιακά, το 2,9% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι και το 1% ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Για το 38% των συμμετεχόντων το μηνιαίο εισόδημά τους κυμαίνονταν από 0 έως 500€, για το 28% από 500€ έως 1000€, για το 26% από 1000€ έως 1500€, για το 6% από 1500 έως 2000€ και το 2% είχε μηνιαίο εισόδημα άνω των 2000€. Όλοι ήταν ασφαλισμένοι μέσο κάποιου ταμείου και το 4% είχε και ιδιωτική ασφάλεια υγείας.

6.2 Κατάσταση υγείας και χρήση υπηρεσιών υγείας

Στον Πίνακα 6.2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (ερώτηση 13).

Πίνακας 6.2: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση 13

Χαρακτηριστικό	N (%)
Πόσο καλή θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα;	
Καθόλου καλή	18 (17,6)
Λίγο καλή	13 (12,7)
Μέτρια	33 (32,4)
Αρκετά καλή	30 (29,4)
Πολύ καλή	8 (7,8)
Σε σύγκριση με πριν από ένα έτος, πως θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα;	
Πολύ χειρότερη	13 (12,7)
Λίγο χειρότερη	17 (16,7)
Το ίδιο	60 (58,8)
Λίγο καλύτερη	10 (9,8)
Πολύ καλύτερη	2 (2,0)
Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα (νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο);	
Όχι	32 (31,4)
Ναι, από ένα	44 (43,1)
Ναι, από δύο	15 (14,7)
Ναι, από τρία ή περισσότερα	11 (10,8)
Λαμβάνετε φάρμακο(α) ή κάνετε κάποια θεραπεία για το χρόνια νόσημά σας;	
Ναι	73 (72,3)
Όχι	28 (27,7)
Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;	
Ναι	77 (75,5)
Όχι	25 (24,5)
Εάν ναι, τι ασθένεια είχατε;	

Αρθρίτιδα	1 (1,0)
Αρθρίτιδα, ουρολοίμωξη	1 (1,0)
Αρτηριακή Πίεση	1 (1,0)
Αρτηριακή Πίεση, Γλαύκωμα	1 (1,0)
Αρτηριακή υπέρταση, ΧΑΠ	1 (1,0)
Άσθμα	1 (1,0)
Γρίπη	8 (7,8)
Γρίπη, έντερο, άσθμα	1 (1,0)
Δερματολογικό Πρόβλημα	1 (1,0)
Διαβήτης	1 (1,0)
Εγκεφαλικό επεισόδιο	1 (1,0)
Εγκεφαλικό, Γλαύκωμα	1 (1,0)
Έκανα εγχείρηση στο στήθος	1 (1,0)
Εκζεμα	1 (1,0)
Επέμβαση ισχίου	1 (1,0)
Θυρεοειδής	1 (1,0)
Θυρεοειδής, ΧΑΠ	1 (1,0)
Τλιγγος	2 (2,0)
Τωση	4 (3,9)
Τωση, Κολπική Μαρμαρυγή	1 (1,0)
Καρδιά	1 (1,0)
Καρδιακή Ανεπάρκεια	1 (1,0)
Καρδιολογικό Πρόβλημα	1 (1,0)
Καρδιοπάθεια, Πάρκινσον, Προστάτης	1 (1,0)
Καρδιοπάθεια, Προστάτης	1 (1,0)
Καρκίνος	2 (2,0)
Καρκίνος μαστού	1 (1,0)
Κάταγμα χεριού	1 (1,0)
Κατακράτηση πρήξιμο ποδιών	1 (1,0)
Καταρράκτης	1 (1,0)
Κεφαλαλγία, Κατάθλιψη	1 (1,0)
Κολπική Μαρμαρυγή	1 (1,0)
Κρυολόγημα - Καρδιά	1 (1,0)
Κρύωμα	2 (2,0)
Κρύωμα, αιμοκαθαρόμενη	1 (1,0)
Λιποθυμία, ρινορραγία, Υπέρταση, Αρρυθμία, Στεντ Αγγείων	1 (1,0)
Λοίμωξη αναπνευστικού	2 (2,0)
Νευρολογικό πρόβλημα	1 (1,0)
Ουρική αρθρίτιδα, ρευματοπάθεια	1 (1,0)
Ουρολοίμωξη	1 (1,0)
Παλινδρόμηση στομάχου	1 (1,0)
Πίεση, Αρρυθμία	1 (1,0)
Πνευμονία	1 (1,0)
Πνευμονία, άσθμα	1 (1,0)
Πνευμονία, γρίπη, άσθμα	1 (1,0)
Πολύποδας Εντέρου	1 (1,0)
Πονοκέφαλος	2 (2,0)
Πυρετός	1 (1,0)
Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	2 (2,0)
Σάκχαρο, πίεση	1 (1,0)
Σακχαρώδη Διαβήτη, Πίεση	1 (1,0)
Υπερπλασία Προστάτη	1 (1,0)
Υπέρταση	1 (1,0)

ΧΑΠ	1 (1,0)
Χολή	1 (1,0)
Χοληστερίνη	1 (1,0)
Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε την ασθένεια αυτή;	
Επισκέφθηκα ιδιώτη ιατρό	55 (53,9)
Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	23 (22,5)
Επισκέφθηκα Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας	14 (13,7)
Επισκέφθηκα δημοτικό ιατρείο	7 (6,9)
Νοσηλεύθηκα σε Δημόσιο Νοσοκομείο	19 (18,6)
Νοσηλεύθηκα σε Ιδιωτική Κλινική	6 (5,9)
Επισκέφθηκα Μη Κυβερνητική Οργάνωση ή Κοινωνικό Ιατρείο	1 (1,0)
Συμβουλευθήκα φαρμακοποιό	15 (14,7)
Συμβουλευθήκα το φιλικό μου περιβάλλον	4 (3,9)
Συμβουλευθήκα το οικογενειακό μου περιβάλλον	9 (8,8)
Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του	2 (2,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη –N- και σχετική -%- συχνότητα.

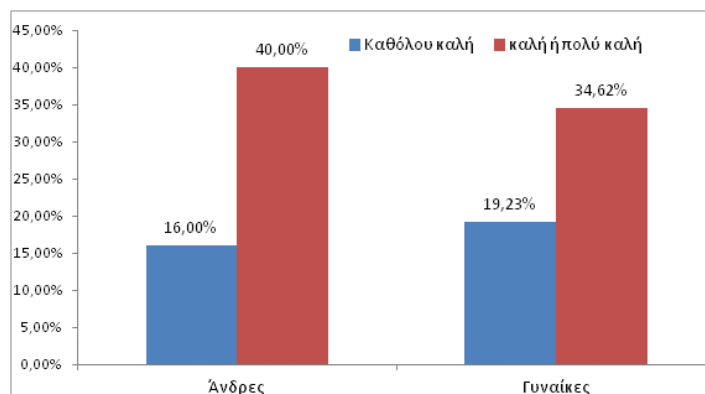
Το 37,2% χαρακτήρισε την γενική υγεία του ως αρκετά καλή/πολύ καλή, το 32,4% μέτρια και το 30,3% ως καθόλου καλή/λίγο καλή, ενώ το 58,8% την χαρακτήρισε ως ίδια σε σύγκριση με πριν από ένα έτος και το 29,4% πολύ χειρότερη/λίγο χειρότερη.

Το 31,4% των συμμετεχόντων δεν έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα, το 43,1% από ένα, το 14,7% από δύο και το 10,8% από τρία ή περισσότερα. Το 72,3% ανέφεραν ότι λάμβαναν φάρμακο(α) ή έκαναν κάποια θεραπεία για το χρόνιο νόσημά τους και το 75,5% είχαν νοσήσει κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών.

Προκειμένου να αντιμετωπίσουν την ασθένεια αυτή, το 53,9% των συμμετεχόντων επισκέφτηκαν κάποιον ιδιώτη ιατρό, το 22,5% επισκέφτηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου, το 18,6% νοσηλεύθηκαν σε Δημόσιο Νοσοκομείο, το 14,7% συμβουλευθήκαν φαρμακοποιό, το 13,7% επισκέφτηκαν Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας, το 8,8% συμβουλευθήκαν το οικογενειακό τους περιβάλλον, το 6,9% επισκέφτηκαν κάποιο δημοτικό ιατρείο, το 5,9% νοσηλεύθηκαν σε Ιδιωτική Κλινική, το 3,9% συμβουλευθήκαν το φιλικό τους περιβάλλον, το 2% δεν έκαναν τίποτα/περίμεναν να περάσει μόνο του και το 1% επισκέφτηκαν κάποια Μη Κυβερνητική Οργάνωση ή Κοινωνικό Ιατρείο.

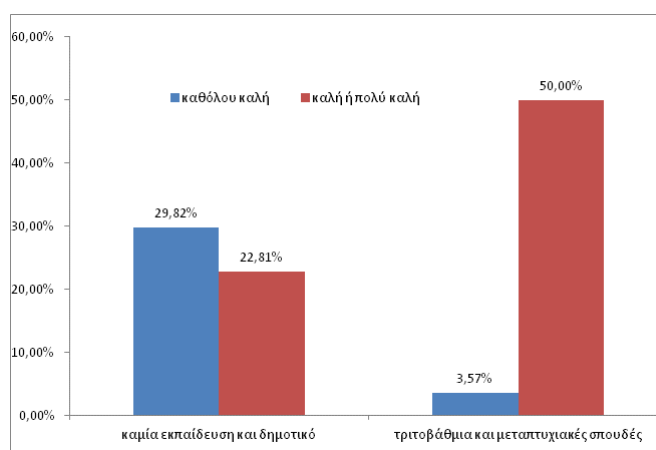
Όσο αφορά στο αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας αναφορικά με το φύλο των ερωτούμενων, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι γυναίκες χαρακτήρισαν με μικρή διαφορά (ποσοστιαία) από τους άνδρες, την υγεία τους ως «καθόλου καλή» (19,23% έναντι 16%). Το ποσοστό των γυναικών που χαρακτήρισαν την υγεία τους καλή ή

πολύ καλή ανήλθε σε 34,62%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών ήταν ποσοστό 40%.



Διάγραμμα 6.1: Αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας σε συνάρτηση με το φύλο

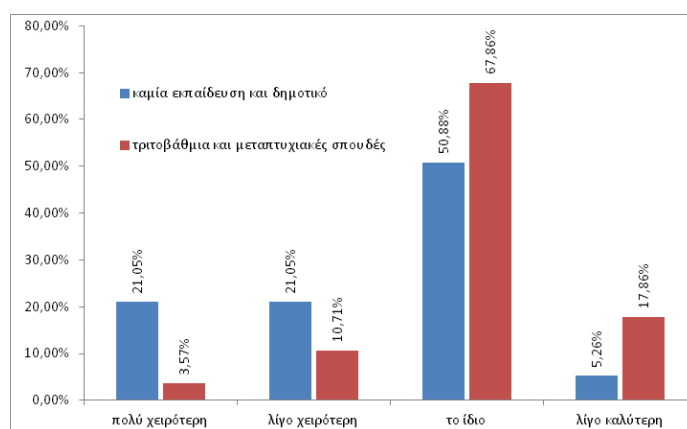
Τα ποσοστά των ερωτούμενων που χαρακτήρισαν την υγεία του ως «καθόλου καλή» και ως «καλή» ή «πολύ καλή» σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης τους στις ομαδοποιημένες κατηγορίες α) «καμία εκπαίδευση» και «δημοτικό» και β) «τριτοβάθμια» και «μεταπτυχιακές σπουδές» δίδονται στο διάγραμμα που ακολουθεί. Παρατηρούμε ότι όσοι έχουν ανώτατες σπουδές χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως «καλή» και «πολύ καλή» σε ποσοστό 50% ενώ μόνο ποσοστό 3,57% αυτών χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως «καθόλου καλή». Τα αντίστοιχα ποσοστά όσων έχουν κατώτατο επίπεδο εκπαίδευσης (καμία εκπαίδευση και δημοτικό), είναι 29,82% και 22,81%.



Διάγραμμα 6.2: Αυτόπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης

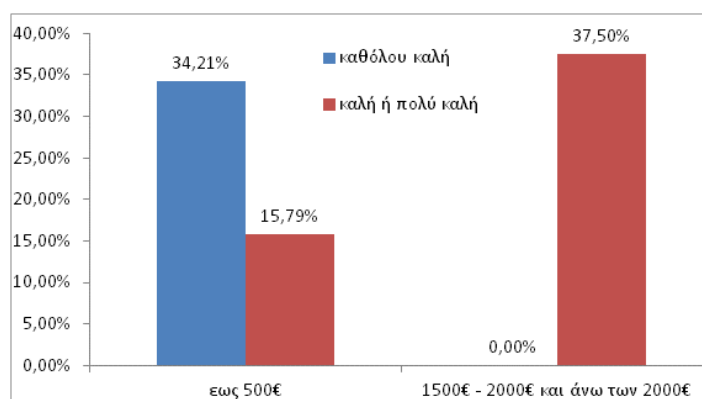
Όσο αφορά στην σύγκριση του αυτοπροσδιοριζόμενου επιπέδου υγείας σήμερα σε σχέση με πριν από ένα έτος, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι έχοντες ανώτατες σπουδές δηλώνουν σε ποσοστό 67,86% δήλωσαν

ότι το επίπεδο υγείας τους παραμένει το ίδιο και μόνο το 14,28% αυτών ότι είναι λίγο ή πολύ χειρότερη. Τα αντίστοιχα ποσοστά όσων έχουν το κατώτατο επίπεδο εκπαίδευσης (καμία εκπαίδευση και δημοτικό), είναι 50,88% και 42,10%.



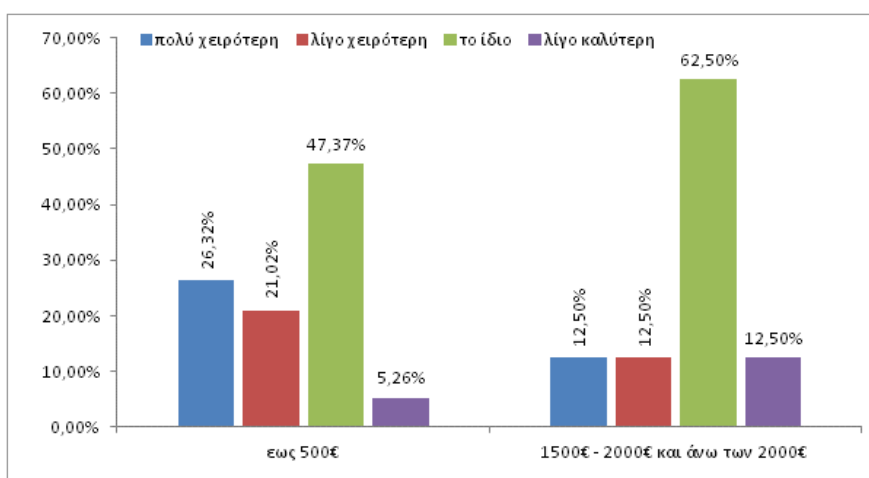
Διάγραμμα 6.3: Αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας σε σχέση με πριν από ένα έτος και συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης

Το επόμενο διάγραμμα (6.4) αποτυπώνει τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων όσο αφορά στο αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας σε συνάρτηση με το εισόδημα των ερωτούμενων. Οι ευρισκόμενοι στο χαμηλότερο εισοδηματικό (έως 500€) πεμπτημόριο (όπως έχει οριστεί στο ερωτηματολόγιο) χαρακτηρίζουν σε ποσοστό 34,21% την υγεία τους ως καθόλου καλή και σε ποσοστό 15,79% ως καλή ή πολύ καλή. Αντίθετα οι ευρισκόμενοι στα δυο υψηλότερα εισοδηματικά πεμπτημόρια (όπως έχει οριστεί στο ερωτηματολόγιο), δηλαδή 1500€-2000€ και άνω των 2000, χαρακτηρίζουν σε ποσοστό 37,5% την υγεία τους ως καλή ή πολύ καλή ενώ το αξιοσημείωτο είναι ότι κανείς εξ αυτών δεν χαρακτηρίζει την υγεία του ως καθόλου καλή.



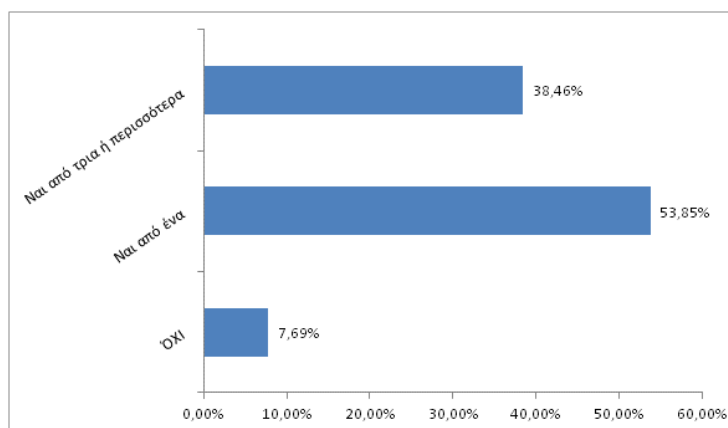
Διάγραμμα 6.4: Αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας σε συνάρτηση με το εισοδηματικό επίπεδο

Στο διάγραμμα 6.5 δίδεται η σύγκριση του αυτοπροσδιοριζόμενου επιπέδου υγείας σήμερα σε σχέση με πριν από ένα έτος, σε συνάρτηση με το εισόδημα. Τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι οι ευρισκόμενοι στο χαμηλότερο εισοδηματικό (έως 500€) πεμπτημώριο (όπως έχει οριστεί στο ερωτηματολόγιο) δηλώνουν ότι η υγείας τους είναι σε χειρότερη κατάσταση (λίγο ή πολύ) σε σχέση με πριν από έναν χρόνο σε ποσοστό 47,37% και μόνο το 5,26% αυτών δηλώνει ότι είναι λίγο καλύτερη. Τα αντίστοιχα ποσοστά των δυο υψηλότερων εισοδηματικών πεμπτημωρίων δηλώνει σε συντριπτικό ποσοστό ότι η υγεία τους παραμένει στο ίδιο επίπεδο και μόνο το 25% δηλώνει ότι είναι σε χειρότερο επίπεδο σε σχέση με πριν από έναν χρόνο.



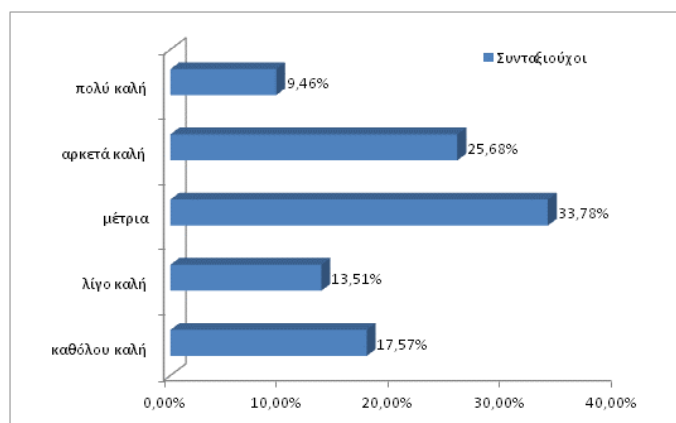
Διάγραμμα 6.5: Αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας σε σχέση με πριν από ένα έτος και συνάρτηση με το εισόδημα

Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα είναι το γεγονός ότι οι ερωτώμενοι με τα χαμηλότερα εισοδήματα δηλώνουν ότι πάσχουν από ένα χρόνια νόσημα σε ποσοστό 53,85% και από τρία ή και περισσότερα σε ποσοστό 38,46% και μόνο το 7,69% δεν πάσχει και κάποιο χρόνια νόσημα.



Διάγραμμα 6.6: Αριθμός χρόνιων νοσημάτων των χαμηλότερων εισοδηματικών στρωμάτων

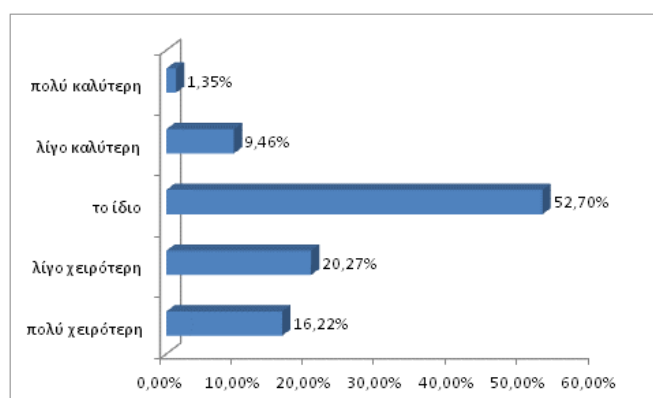
Καθώς η ερευνά μας εστιάζει στους άνω των 60 ετών ενδιαφέρον έχει να αποτυπώσουμε τα ευρήματα όσο αφορά στο αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας των συνταξιούχων αφενός διότι αποτελούν (όπως αναμενόταν) την συντριπτική πλειοψηφία των ερωτούμενων και αφετέρου διότι οι ηλικιωμένοι συνταξιούχοι έχουν αυξημένες υγειονομικές ανάγκες.



Διάγραμμα 6.7: αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας σε σχέση με πριν από ένα έτος όσο αφορά στους συνταξιούχους

Οι συνταξιούχοι σε ποσοστό 31,08% δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι λίγο ή καθόλου καλή ενώ σε ποσοστό 35,14% αρκετά ή πολύ καλή. Το μεγαλύτερο ποσοστό τους (33,78%) χαρακτηρίζει την υγεία του ως μέτρια.

Όσο αφορά στην σύγκριση του αυτοανεφερόμενου επιπέδου υγείας σήμερα σε σχέση με πριν από ένα έτος, οι συνταξιούχοι δήλωσαν σε ποσοστό 52,7% ότι έχουν το ίδιο επίπεδο υγείας ενώ το 36,49% δήλωσε ότι η υγεία του είναι πολύ ή λίγο χειρότερη και μόνο το 10,81% ότι το επίπεδο υγείας τους βελτιώθηκε.



Διάγραμμα 6.8: Αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας σε σχέση με πριν από ένα έτος όσο αφορά στους συνταξιούχους

6.3. Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη σχετικά με ανάγκες υγείας που προέκυψαν τους τελευταίους 12 μήνες και δεν ικανοποιήθηκαν.

Πίνακας 6.3: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη ερώτηση 20

Χαρακτηριστικό	N (%)
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε;	
Ναι	38 (37,3)
Όχι	64 (62,7)
Τι είδους υπηρεσίες χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε αλλά δεν μπορέσατε;	
Νοσοκομειακές	19 (50,0)
Εκτός Νοσοκομείου	19 (50,0)
Γιατί δεν μπορέσατε;	
Δεν ήξερα που να πάω	11 (10,8)
Δεν μπορούσα να πληρώσω το κόστος	20 (19,6)
Δεν είχα χρόνο/άδεια από την εργασία	2 (2,0)
Ήταν μακριά από το σπίτι μου ή την εργασία μου	18 (17,6)
Ήταν μεγάλος ο χρόνος αναμονής	13 (12,7)
Δεν είχα κοινωνική ασφάλιση	1 (1,0)
Δεν είχα εμπιστοσύνη στους γιατρούς	3 (2,9)
Άλλο	
<i>Δεν γινόταν η επέμβαση στο μάτι μου στο Νοσοκομείο Καρδίτσας</i>	1 (1,0)
<i>Δεν πήρα ακόμη σύνταξη</i>	1 (1,0)
<i>Δεν υπήρχαν υλικά για χειρουργείο στο γόνατό μου</i>	1 (1,0)
<i>Δεν υπήρχε νευρολόγος στο νοσοκομείο</i>	1 (1,0)
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση, στην οποία χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβετε;	
Ναι	16 (15,7)
Όχι	86 (84,3)
Αν ναι, τα διακόψατε οριστικά;	
Ναι	6 (5,9)
Όχι	66 (91,7)
Σε πόσους γιατρούς χρειάστηκε να πάτε προκειμένου να πάρετε συνταγή φαρμάκων όταν ήταν απαραίτητη (γιατί ο προηγούμενος είχε συμπληρώσει το μηνιαίο όριο συνταγογράφησης);	
1	74 (73,3)
2	17 (16,8)
3	10 (9,9)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη –N- και σχετική -%- συχνότητα.

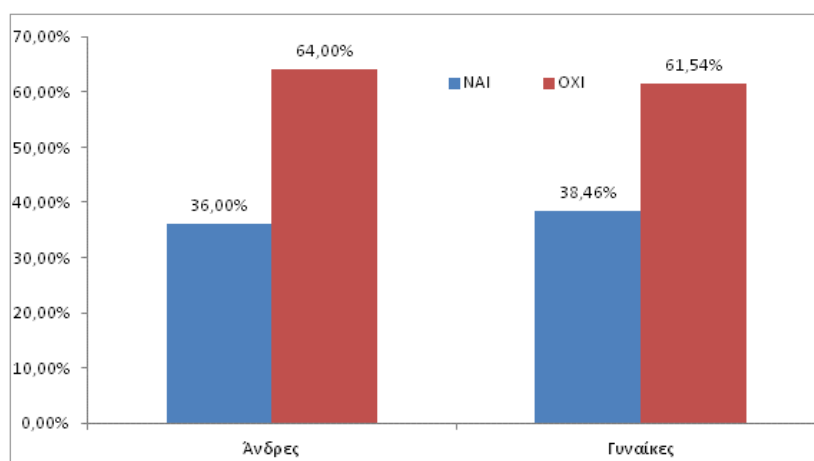
Για το 37,3% των συμμετεχόντων υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκαν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες αλλά δεν μπόρεσαν, (εκ των οποίων το 50% χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν νοσοκομειακές υπηρεσίες).

Ειδικότερα, το 19,6% δεν μπορούσε να πληρώσει το κόστος, για το 17,6% οι υπηρεσίες ήταν μακριά από το σπίτι του ή την εργασία του, για το 12,7% ήταν μεγάλος ο χρόνος αναμονής, το 10,8% δεν ήξερε που να πάει, το 2,9% δεν είχε εμπιστοσύνη στους γιατρούς, το 2% δεν είχε χρόνο/άδεια από την εργασία και το 1% δεν είχε κοινωνική ασφάλιση σε ισχύ.

Για το 15,7% των συμμετεχόντων υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκαν φάρμακα τους τελευταίους 12 μήνες αλλά δεν μπόρεσαν να τα λάβουν, ενώ στο σύνολο των συμμετεχόντων, το 15,7% τα διέκοψαν οριστικά.

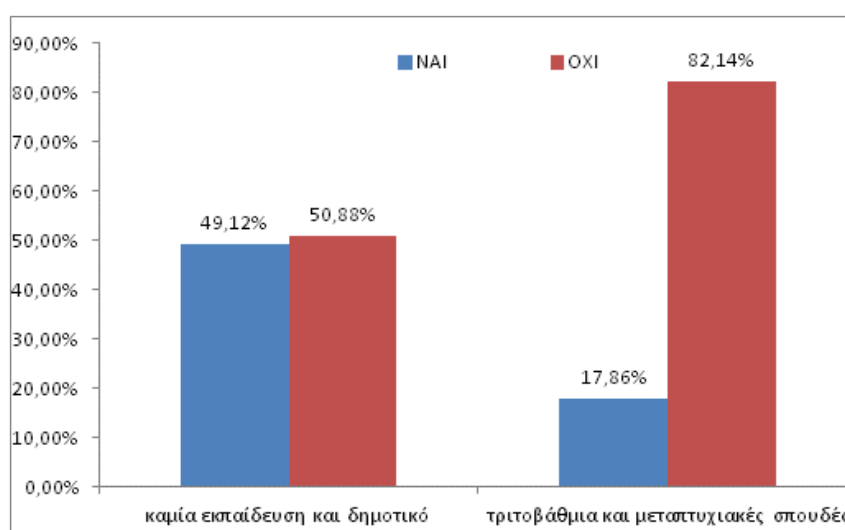
Τέλος, προκειμένου να πάρουν συνταγή φαρμάκων όταν ήταν απαραίτητη, το 73,3% χρειάστηκε να επισκεφτεί έναν γιατρό, το 16,8% δύο (γιατί ο προηγούμενος είχε συμπληρώσει το μηνιαίο όριο συνταγογράφησης) και το 9,9% τρεις.

Όσο αφορά στις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας σε συνάρτηση με το φύλο των ερωτούμενων, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι γυναίκες δηλώνουν σε ποσοστό 38,46% ότι έχουν ανικανοποίητες ανάγκες υγείας ενώ το ποσοστό των ανδρών είναι 36%.



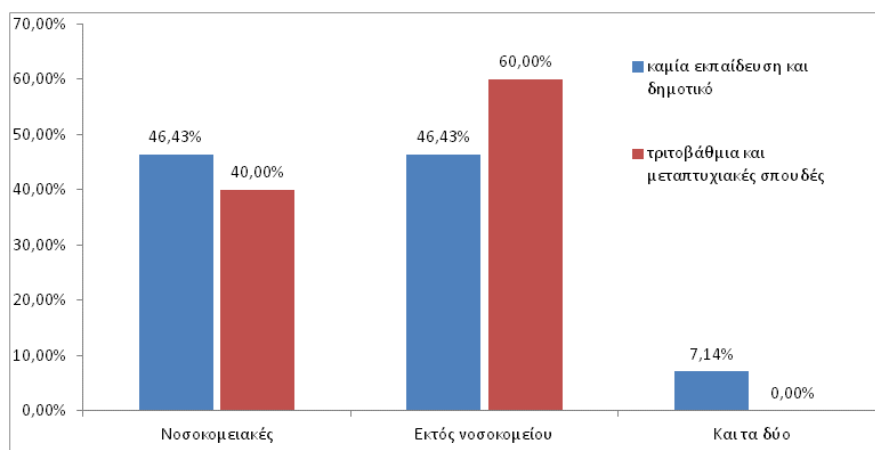
Διάγραμμα 6.9: Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας σε συνάρτηση με το φύλο

Τα επόμενο διάγραμμα (6.10) παρουσιάζει τις αυτό-αναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα δίδονται ομαδοποιημένα οι απαντήσεις όσων δήλωσαν «καμία εκπαίδευση» και «δημοτικό» και όσων δήλωσαν «τριτοβάθμια» και μεταπτυχιακές σπουδές. Γίνεται η παρουσίαση των δύο «ακραίων» επιπέδων εκπαίδευσης στην προσπάθεια ανάλυσης των όποιων υγειονομικών ανισοτήτων και διαφορετικού τρόπου αντιμετώπισης της υγείας που οφείλονται στον παράγοντα εκπαίδευση. Όσοι ανήκουν στην «ομάδα» του χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου δήλωσαν ότι έχουν ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες σε ποσοστό 49,12% ενώ όσοι ανήκουν στην υψηλότερη «ομάδα» εκπαιδευτικού επιπέδου σε ποσοστό μόνο 17,86%.



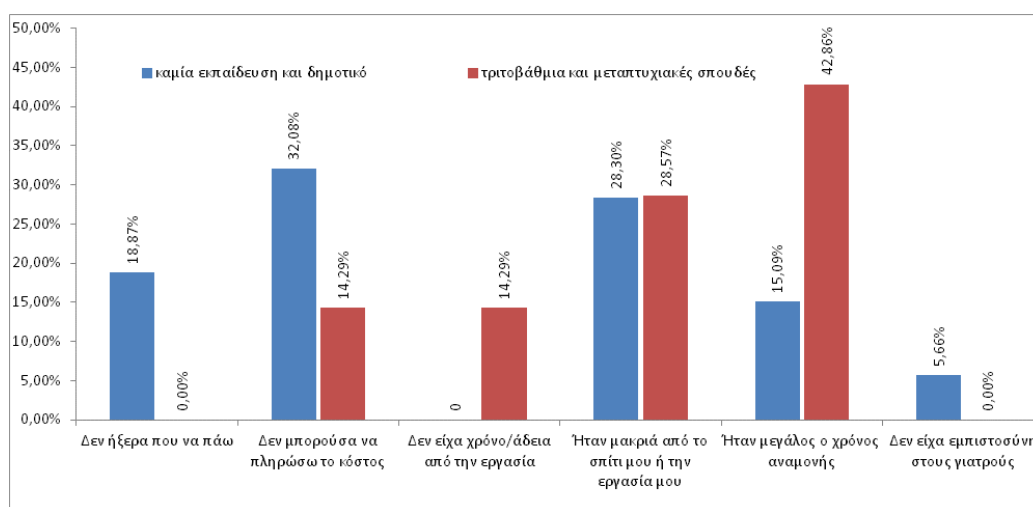
Διάγραμμα 6.10: Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης

Προχωρώντας στην ανάλυση των ακάλυπτων υγειονομικών αναγκών σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης παρατηρούμε ότι όσο αφορά στην ομάδα αυτών που ανήκουν στην «ομάδα» του χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου αυτές είναι ισοκατανεμημένες σε νοσοκομειακές και σε εκτός νοσοκομείου με ποσοστό 46,43%. Τα αντίστοιχα ποσοστά των ερωτούμενων που έχουν υψηλού επιπέδου εκπαίδευση είναι 40% (νοσοκομειακές) και 60% εκτός νοσοκομείου (διάγραμμα 6.11).



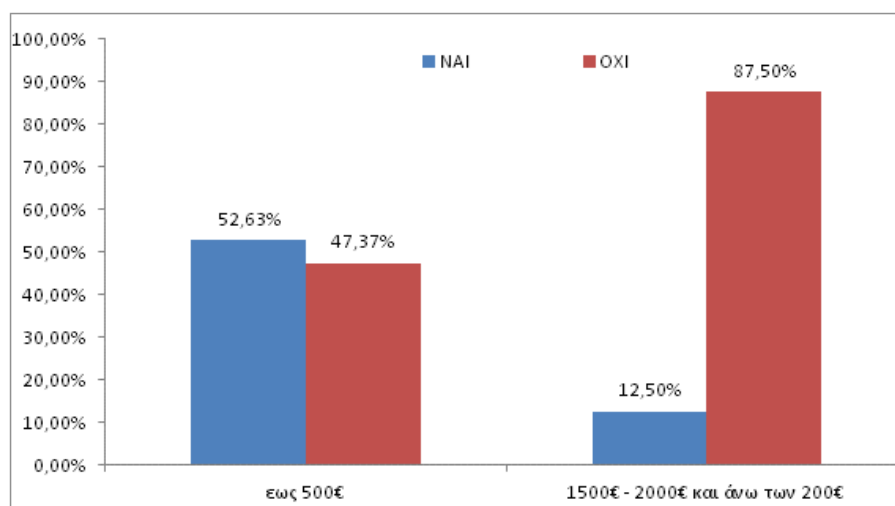
Διάγραμμα 6.11: Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και είδος αυτών σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης

Όσο αφορά στους λόγους για τους οποίους ο ερωτώμενος δεν κατέστη δυνατό να καλύψουν τις υγειονομικές τους ανάγκες και πως αυτοί μεταβάλλονται αναλόγως του εκπαιδευτικού επιπέδου έχει δημιουργηθεί το διάγραμμα 6.12. Παρατηρούμε ότι οι κύριοι λόγοι μη κάλυψης των υγειονομικών αναγκών όσων ανήκουν στην «ομάδα» του χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου είναι το κόστος (ποσοστό 32,08%) και ακολουθεί η απόσταση (28,30%) και ο χρόνος αναμονής (15,09%). Τα αντίστοιχα ποσοστά όσων ανήκουν στην «ομάδα» του υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου είναι ο χρόνος αναμονής (42,86%), η απόσταση (28,57%) και τέλος το κόστος (14,29%). Αξιοσημείωτο είναι ότι όσοι έχουν χαμηλού επιπέδου εκπαίδευση δήλωσαν επίσης ως λόγο μη κάλυψης των υγειονομικών τους αναγκών ότι δεν ήξεραν που να απευθυνθούν (ποσοστό 18,87%).



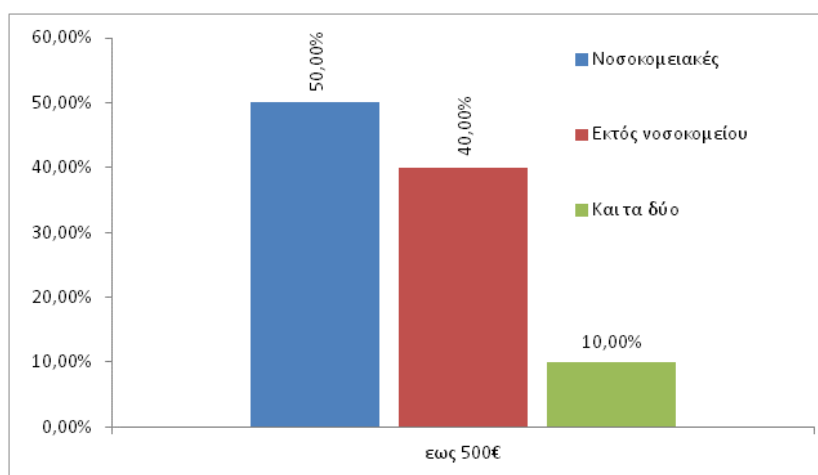
Διάγραμμα 6.12: Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και λόγοι με ικανοποίησης σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης

Σε συνάρτηση με το εισοδηματικό επίπεδο, οι δηλωθέντες ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες δίδονται στο διάγραμμα 6.13. Από τα στοιχεία διαφαίνεται η τεράστια διαφορά μεταξύ των δυο «ακραίων» εισοδηματικών ομάδων (όπως έχουν οριστεί για τις ανάγκες του ερωτηματολογίου της έρευνας), καθώς όσοι ανήκουν στα υψηλότερα εισοδηματικά στρώματα δήλωσαν ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες σε ποσοστό μόνο 12,50% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ευρισκόμενων στο χαμηλότερο εισοδηματικό στρώμα είναι 52,63%.



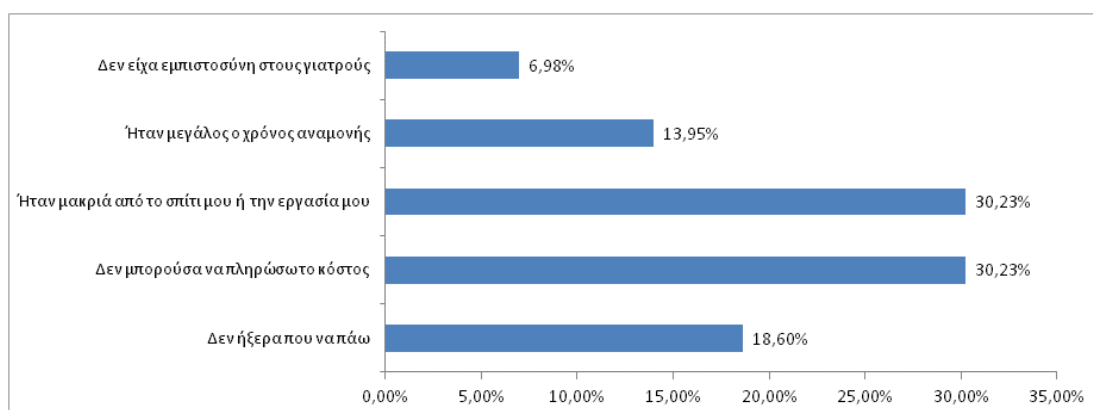
Διάγραμμα 6.13: Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας σε συνάρτηση με το εισοδηματικό επίπεδο

Ερευνώντας το είδος των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών όπως αυτά δηλώθηκαν στο πλαίσιο της έρευνας, και όσο αφορά στους ερωτώμενους που βρίσκονται στο πρώτο/χαμηλότερο εισοδηματικό επίπεδο παρατηρούμε (διάγραμμα 6.14) ότι το 50% αφορά σε νοσοκομειακές ανάγκες και το 40% σε υπηρεσίες εκτός νοσοκομείων.



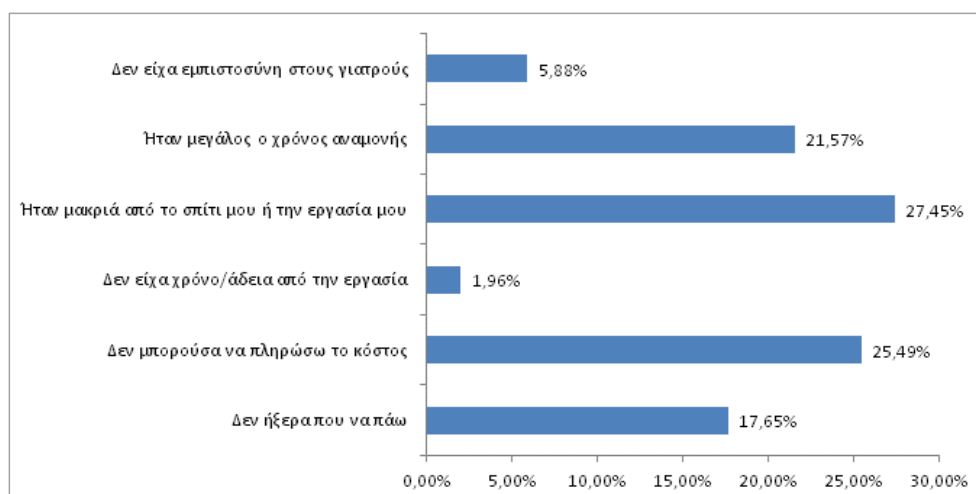
Διάγραμμα 6.14: Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και είδος αυτών για το χαμηλότερο εισοδηματικό επίπεδο

Οι λόγοι για τους οποίους ο ερωτώμενος του χαμηλότερου εισοδηματικού επιπέδου δεν κατέστη δυνατό να καλύψει τις υγειονομικές τους ανάγκες δίδονται στον διάγραμμα 6.15. Οι κύριοι λόγοι είναι (με ίδιο ποσοστό 30,23%) η απόσταση και το κόστος. Και εδώ αίσθηση προκαλεί το εύρημα ότι το 18,6% των απαντήσεων που δόθηκαν εστιάζουν ως λόγο το ότι δεν ήξεραν πού να πάνε για να ικανοποιήσουν την υγειονομική τους ανάγκη.



Διάγραμμα 6.15: Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και λόγοι με ικανοποίησης του χαμηλότερου εισοδηματικού επιπέδου

Όσο αφορά στην ομάδα των συνταξιούχων (που αποτελούν και την κύρια ομάδα ενδιαφέροντος της έρευνας μας) αυτοί δήλωσαν σε ποσοστό 35,14% ότι είχαν ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες. Ενώ οι κύριοι λόγοι μη κάλυψης των αναγκών αυτών δίδονται στο διάγραμμα που ακολουθεί.



Διάγραμμα 6.16: Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας και λόγοι με ικανοποίησης των συνταξιούχων

Ο κύριος λόγος είναι (με ποσοστό 27,45%) η απόσταση και ακολουθεί το κόστος με ποσοστό 25,49% και ο χρόνος αναμονής με 21,57%. Και σε αυτή την περίπτωση απαντήσεις σε ποσοστό 17,65% εστίασαν ως λόγο το ότι δεν ήξεραν που να πάνε για να ικανοποιήσουν την υγειονομική τους ανάγκη.

6.4 Οργανωτικά και διοικητικά εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας)

Στον Πίνακα 6.4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη σχετικά με το βαθμό που αντιμετώπισαν δυσκολίες την τελευταία φορά που είχαν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τη διαθεσιμότητα και την οργάνωσή τους και την ενημέρωση/επικοινωνία των ασθενών/ληπτών των υπηρεσιών υγείας (ερώτηση 23).

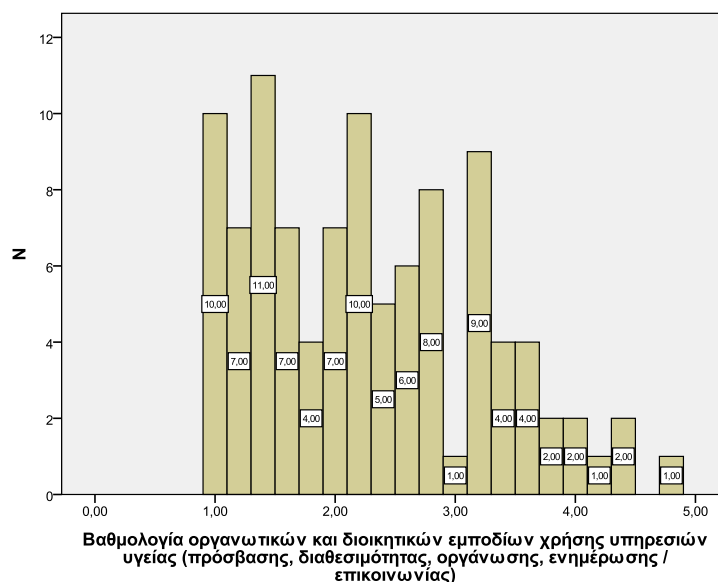
Πίνακας 6.4: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση 23

Στοιχείο	Απαντήσεις					Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ		
Μεγάλη απόσταση από το σπίτι/δουλειά	38 (38,4)	17 (17,2)	17 (17,2)	13 (13,1)	14 (14,1)	2,5	1,5
Μη βολικές ώρες λειτουργίας της μονάδας υγείας	54 (62,8)	15 (17,4)	10 (11,6)	5 (5,8)	2 (2,3)	1,7	1,0
Μεγάλος χρόνος αναμονής για τον γιατρό σε ΤοΜΥ	46 (59,0)	13 (16,7)	7 (9,0)	8 (10,3)	4 (5,1)	1,9	1,2
Μεγάλος χρόνος αναμονής για τον γιατρό στα εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου	23 (23,5)	11 (11,2)	17 (17,3)	22 (22,4)	25 (25,5)	3,2	1,5
Μεγάλος χρόνος αναμονής για εισαγωγή σε Νοσοκομείο	37 (38,1)	17 (17,5)	15 (15,5)	17 (17,5)	11 (11,3)	2,5	1,4
Μη διαθεσιμότητα γενικών ιατρών – παθολόγων	43 (45,3)	18 (18,9)	16 (16,8)	14 (14,7)	4 (4,2)	2,1	1,3
Μη διαθεσιμότητα ειδικών ιατρών	30 (31,3)	7 (7,3)	16 (16,7)	21 (21,9)	22 (22,9)	3,0	1,6
Μη διαθεσιμότητα διαγνωστικού εξοπλισμού (π.χ. αξονικού/μαγνητικού τομογράφου);	43 (44,3)	10 (10,3)	15 (15,5)	10 (10,3)	19 (19,6)	2,5	1,6
Λήψη συνταγής για τα φάρμακα σας λόγω συμπλήρωσης του μηνιαίου ορίου συνταγογράφησης από το γιατρό σας	58 (58,6)	16 (16,2)	8 (8,1)	10 (10,1)	7 (7,1)	1,9	1,3
Δεν γνώριζα που πρέπει να πάω – σε ποια υπηρεσία να απευθυνθώ	49 (50,5)	23 (23,7)	8 (8,2)	10 (10,3)	7 (7,2)	2,0	1,3
Δεν είχα λάβει την απαραίτητη πληροφόρηση και οδηγίες για το τι πρέπει να κάνω και που	48 (49,0)	20 (20,4)	15 (15,3)	10 (10,2)	5 (5,1)	2,0	1,2

να απευθυνθώ (σε περίπτωση που χρειάστηκε να επισκεφτείτε άλλον ιατρό ή άλλη μονάδα υγείας);							
Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό;	53 (54,6)	19 (19,6)	14 (14,4)	5 (5,2)	6 (6,2)	1,9	1,2
Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου	63 (64,9)	15 (15,5)	9 (9,3)	5 (5,2)	5 (5,2)	1,7	1,2
Ήταν πολύπλοκες οι γραφειοκρατικές διαδικασίες	38 (40,4)	14 (14,9)	11 (11,7)	19 (20,2)	12 (12,8)	2,5	1,5

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη -N- και σχετική -%- συχνότητα.

Η μέση βαθμολογία οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης / επικοινωνίας) ήταν 2,2, η τυπική απόκλιση ήταν 0,9, η διάμεσος ήταν 2,1, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή ήταν 4,8 (Διάγραμμα 6.17).



Διάγραμμα 6.17: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης / επικοινωνίας)

6.5 Οικονομικά εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστος υπηρεσιών υγείας)

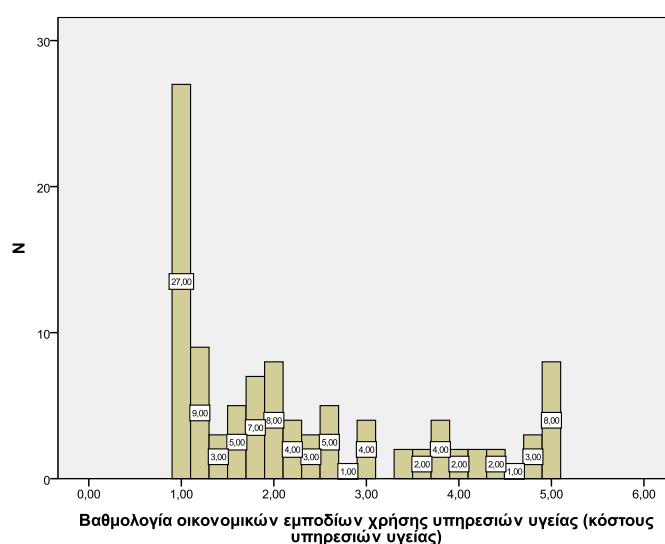
Στους Πίνακες 6.5α και 6.5β παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη σχετικά με το βαθμό που αντιμετώπισαν δυσκολίες την τελευταία φορά που είχαν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας αναφορικά με το κόστος των υπηρεσιών (ερώτηση 24).

Πίνακας 6.5α: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση 24

Στοιχείο	Απαντήσεις					Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ		
Σε τι βαθμό το κόστος αποτέλεσε εμπόδιο για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας;	32 (31,4)	24 (23,5)	17 (16,7)	15 (14,7)	14 (13,7)	2,6	1,4
Σε τι βαθμό είχατε δυσκολίες να πληρώσετε τη συμμετοχή σας για διαγνωστικές εξετάσεις;	39 (38,6)	20 (19,8)	14 (13,9)	12 (11,9)	16 (15,8)	2,5	1,5
Σε τι βαθμό είχατε δυσκολίες να πληρώσετε τη συμμετοχή σας για φάρμακα;	39 (38,6)	19 (18,8)	17 (16,8)	11 (10,9)	15 (14,9)	2,4	1,5
Σε τι βαθμό είχατε δυσκολία να αγοράσετε τα φάρμακά σας για οικονομικούς λόγους;	43 (42,6)	21 (20,8)	11 (10,9)	9 (8,9)	17 (16,8)	2,4	1,5
Σε τι βαθμό χρειάστηκε να κάνετε οικονομία στις δόσεις των φαρμάκων σας;	75 (74,3)	5 (5,0)	3 (3,0)	5 (5,0)	13 (12,9)	1,8	1,4

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη -N- και σχετική -%- συχνότητα.

Η μέση βαθμολογία οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας) ήταν 2,3, η τυπική απόκλιση ήταν 1,1, η διάμεσος ήταν 2,2, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή ήταν 5 (διάγραμμα 6.18).



Διάγραμμα 6.18: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας)

Πίνακας 6.5β: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με το κόστος των υπηρεσιών υγείας

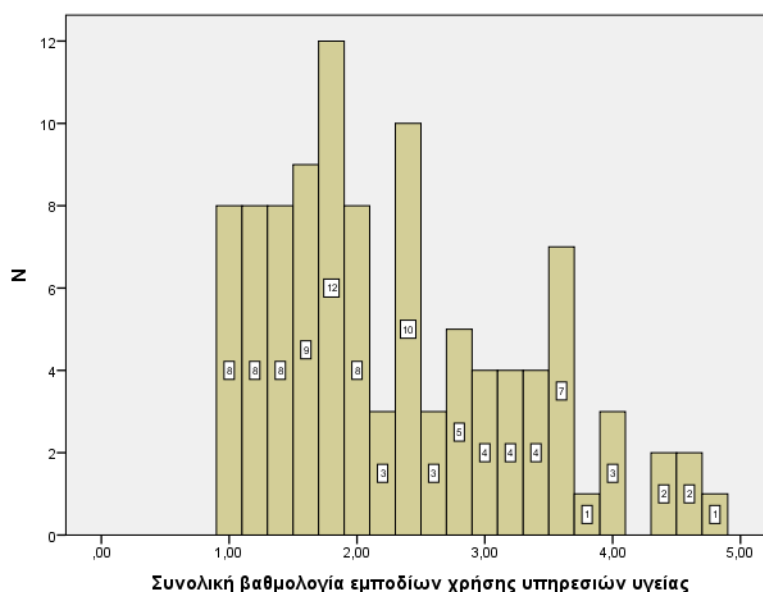
Χαρακτηριστικό	N (%)
Σας ζητήθηκε να πληρώσετε σε κάποια από τις παρακάτω δομές υγείας;	
Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο	11 (10,8)
ΤοΜΥ	1 (1,0)
Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο	2 (2,0)
Νοσηλεία σε συμβεβλημένο Ιδιωτικό Νοσοκομείο	13 (12,7)
Συμβεβλημένο ιατρό του ΕΟΠΥΥ	23 (22,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη -N- και σχετική -%- συχνότητα.

Στο 22,5% των συμμετεχόντων στη μελέτη ζητήθηκε να πληρώσουν συμβεβλημένο ιατρό του ΕΟΠΥΥ, στο 12,7% κατά τη διάρκεια νοσηλείας σε συμβεβλημένο Ιδιωτικό Νοσοκομείο, στο 10,8% στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Νοσοκομείου, στο 2% κατά τη διάρκεια νοσηλείας σε Δημόσιο Νοσοκομείο και στο 1% σε ΤοΜΥ.

6.6. Συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας

Η μέση συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας ήταν 2,3, η τυπική απόκλιση ήταν 0,9, η διάμεσος ήταν 2,0, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή ήταν 4,8 (Διάγραμμα 6.19).



Διάγραμμα 6.19: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας

6.7. Συσχετίσεις

6.7.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας)

Στον Πίνακα 6.6 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας).

Πίνακας 6.6: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας)

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας) (τυπική απόκλιση)	Τιμή p (p value)
Φύλο		0,513 ^α
Άνδρας	2,2 (0,9)	
Γυναίκα	2,3 (1,0)	
Ηλικία^β	0,201 ^β	0,043^β
Οικογενειακή κατάσταση		0,948 ^α
Έγγαμος/η	2,3 (1,0)	
Άγαμος/η - Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	2,2 (0,9)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,426 ^γ	<0,001^γ
Μηνιαίο εισόδημα^γ	-0,293 ^γ	0,003^γ
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας^γ	-0,511 ^γ	<0,001^γ
Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα (νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο);		0,005^α
Όχι	1,9 (0,8)	
Ναι	2,4 (1,0)	
Λαμβάνετε φάρμακο(α) ή κάνετε κάποια θεραπεία για το χρόνια νόσημά σας;		0,004^α
Ναι	2,4 (1,0)	
Όχι	1,8 (0,8)	
Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;		0,022^α

Ναι	2,4 (0,9)	
Όχι	1,9 (0,8)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας) και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.7.

Πίνακας 6.7: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας)

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,246	-0,394 έως -0,098	0,001
Μηνιαίο εισόδημα	0,296	0,019 έως 0,573	0,036
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,400	-0,542 έως -0,259	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας) ($p=0,001$).
- Η αύξηση του μηνιαίου εισοδήματος σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας

(πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας) (p=0,036).

- Η αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας) (p<0,001).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **35,3%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (πρόσβασης, διαθεσιμότητας, οργάνωσης, ενημέρωσης/επικοινωνίας).

6.7.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας)

Στον Πίνακα 6.8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας).

Πίνακας 6.8: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας)

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας) (τυπική απόκλιση)	Τιμή p (p value)
Φύλο		0,863 ^a
Άνδρας	2,3 (1,1)	
Γυναίκα	2,4 (1,2)	
Ηλικία^β	0,165 ^β	0,098^β
Οικογενειακή κατάσταση		0,345 ^a
Έγγαμος/η	2,4 (1,2)	
Άγαμος/η - Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	2,2 (1,1)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,591 ^γ	<0,001^γ
Μηνιαίο εισόδημα^γ	-0,597 ^γ	<0,001^γ
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας^γ	-0,571 ^γ	<0,001^γ
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα (νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο);		0,001^a

Όχι	1,8 (0,9)	
Ναι	2,6 (1,3)	
Λαμβάνετε φάρμακο(α) ή κάνετε κάποια θεραπεία για το χρόνιο νόσημά σας;		<0,001^α
Ναι	2,6 (1,3)	
Όχι	1,6 (0,8)	
Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;		0,002^α
Ναι	2,5 (1,2)	
Όχι	1,7 (0,8)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας) και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.9.

Πίνακας 6.9: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας)

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Μηνιαίο εισόδημα	-0,534	-0,744 έως -0,323	<0,001
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,455	-0,638 έως -0,271	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση του μηνιαίου εισοδήματος σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας) ($p < 0,001$).

- Η αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας) ($p < 0,001$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **44,6%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας οικονομικών εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (κόστους υπηρεσιών υγείας).

6.7.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας

Στον Πίνακα 6.10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 6.10: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας

Χαρακτηριστικό	Μέση συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p (p value)
Φύλο		0,702 ^α
Ανδρας	2,2 (1,0)	
Γυναίκα	2,3 (1,0)	
Ηλικία^β	0,194 ^β	0,051^β
Οικογενειακή κατάσταση		0,574 ^α
Έγγαμος/η	2,3 (0,9)	
Άγαμος/η - Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	2,2 (0,9)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^γ	-0,527 ^γ	<0,001^γ
Μηνιαίο εισόδημα^γ	-0,442 ^γ	<0,001^γ
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας^γ	-0,56 ^γ	<0,001^γ
Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα (νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο);		0,001^α
Όχι	1,8 (0,8)	
Ναι	2,4 (1,0)	
Λαμβάνετε φάρμακο(α) ή κάνετε κάποια θεραπεία για το χρόνια νόσημά σας;		<0,001^α
Ναι	2,5 (1,0)	
Όχι	1,7 (0,7)	
Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;		0,006^α

Ναι	2,4 (1,0)	
Όχι	1,8 (0,9)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση), εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.11.

Πίνακας 6.11: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,169	-0,253 έως -0,085	<0,001
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,396	-0,529 έως -0,262	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με μείωση της συνολικής βαθμολογίας εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$).
- Η αύξηση του επιπέδου αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας σχετίζονταν με μείωση της συνολικής βαθμολογίας εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **42,9%** της μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο της μεταπτυχιακής διατριβής εργασίας παρουσιάζονται οι απαντήσεις και τα ευρήματα στα βασικά ερευνητικά ερωτήματα τα οποία έχουν ομαδοποιηθεί για την καλύτερη παρουσίαση και σχολιασμό των αποτελεσμάτων τους.

Αρχικά παρουσιάζονται τα ευρήματα και οι απαντήσεις στα δυο πρώτα ερευνητικά ερωτήματα όπως αυτά έχουν τεθεί στο πλαίσιο της ερευνητικής προσπάθειας, και συγκεκριμένα στα εξής:

A) Έχει επηρεαστεί η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας από την αποκαλούμενη οικονομική κρίση;

B) Ποιες είναι οι προσφερόμενες μέσω του Δημοσίου Συστήματος Υγείας υπηρεσίες στην περιοχή της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας;

Η οικονομική κρίση στην οποία βρέθηκε (επίσημα) η Ελλάδα το 2010, είχε ως αποτέλεσμα την συρρίκνωση των δημοσίων δαπανών υγείας, την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, τον περιορισμό των διορισμών στον υγειονομικό τομέα αλλά και την συρρίκνωση των οικογενειακών προϋπολογισμών και εισοδημάτων με παράλληλη αύξηση της ανεργίας. Μια σειρά δεικτών υγείας επηρεάστηκαν αρνητικά (όπως αναλύθηκε στο Κεφάλαιο 1) κάτι που καταδεικνύει την συνολική αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών. Επίσης τα σχετικά δεδομένα (κεφάλαιο 1) αποκαλύπτουν και τον αρνητικό αντίκτυπο των μέτρων και των οικονομικών περιορισμών που εφαρμόστηκαν στην χώρα κατά την διάρκεια της κρίσης στο επίπεδο προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την αύξηση του ποσοστού των πολιτών που δηλώνουν ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες, φαινόμενο που είναι εντονότερο στα χαμηλά οικονομικά στρώματα.

Στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας δραστηριοποιούνται μόνο τέσσερις συμβεβλημένοι ιδιώτες οικογενειακοί ιατροί εκ των οποίων κανείς με ειδικότητα παιδίατρου. Οικογενειακός ιατρός με ειδικότητα παιδίατρου, και μάλιστα μη ιδιώτης,

υπάρχει στην Το.Μ.Υ και στο Κέντρο Υγείας που λειτουργούν στην πόλη της Καρδίτσας. Το ωράριο των δομών αυτών είναι περιορισμένο και δεν δύναται να καλύψει περιστατικά που ενδεχομένως προκύψουν κατά τις απογευματινές ή και βραδινές ώρες. Το φαινόμενο του μικρού αριθμού ιδιωτών οικογενειακών ιατρών παρατηρείται στην πλειονότητα των περιφερειακών ενοτήτων της χώρας όμως η έλλειψη ειδικότητας παιδίατρου δεν είναι σύνηθες φαινόμενο με χαρακτηριστικό παράδειγμα τις υπόλοιπες περιφερειακές ενότητες της Θεσσαλίας όπου δραστηριοποιούνται ιδιώτες παιδίατροι ως οικογενειακοί ιατροί. Το φαινόμενο αυτό (μικρός αριθμός οικογενειακών και έλλειψη ιδιώτη παιδίατρου) επιδρά με διττό τρόπο στο επίπεδο της προσβασιμότητας των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες. Από την μια οδηγεί στην αύξηση της ροής των χρηστών υγείας στο νοσοκομείο, στα Κέντρα Υγείας, στην Το.Μ.Υ κλπ με αποτέλεσμα αυξημένους χρόνους ικανοποίησης των αναγκών και από την άλλη στην αυξημένη επισκεψιμότητα σε ιδιώτες μη συμβεβλημένους παιδίατρους αλλά και γενικής ιατρικής για την ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών. Αναπόφευκτα αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μετακίνηση των χρηστών υγείας από την περιφέρεια της Ενότητας Καρδίτσας, προς την πόλη της Καρδίτσας με παράλληλη αύξηση του κόστους κάλυψης των υγειονομικών αναγκών (κόστος μετακίνησης συν κόστος επίσκεψης σε ιδιώτη ιατρό) των πολιτών.

Στην περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας λειτουργεί ένα νοσοκομείο με 267 κλίνες και συνολικά 67 άτομα προσωπικό στην ιατρική υπηρεσία (μη ιατρικό προσωπικό), 380 στην νοσηλευτική υπηρεσία, 124 στην Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία και 118 ιατρούς κλάδου ΕΣΥ. Στο νοσοκομείο Καρδίτσας υπάρχουν 51 κενές οργανικές θέσεις ιατρών (ποσοστό 33,77% επί των συνολικών), 28 κενές θέσεις (ποσοστό 6,86% επί των συνολικών) στην νοσηλευτική υπηρεσία και 21 κενές θέσεις (23,86% επί των συνολικών) στην ιατρική υπηρεσία (μη ιατρικό προσωπικό). Το γεγονός αυτό οδηγεί σε καταστάσεις και φαινόμενα όπως η αύξηση του χρόνου αναμονής, η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού, η μη επαγγελματική ικανοποίηση, η μείωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας κλπ. Η επαγγελματική εξουθένωση, είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται κυρίως στον υγειονομικό κλάδο λόγω των ιδιαίτερων σχέσεων που δημιουργούνται σε αυτόν (Δημητρακόπουλος Φιλίππου, 2008). Επηρεάζει τόσο την υγεία (ψυχική και σωματική) των εργαζομένων όσο τις διαπροσωπικές τους σχέσεις αλλά φυσικά και την εργασιακή τους συμπεριφορά με αρνητικά αποτελέσματα στην αποδοτικότητά τους και κατ'επέκταση

στην ποιότητα των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Επιπρόσθετα η επαγγελματική ικανοποίηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανοποίηση των ασθενών με την αποδοτικότητα του προσωπικού (Saari & Judge, 2004), την ποιότητα της περίθαλψης, την εξοικονόμηση πόρων και την αποτελεσματικότητα (Judge et al, 2001).

Κέντρα υγείας λειτουργούν στους τέσσερις από τους έξι δήμους της Περιφερειακής Ενότητας. Τα περιφερειακά ιατρεία, που λειτουργούν κατανεμημένα σε διαφορετικές κοινότητες και δημοτικά διαμερίσματα υπό την ευθύνη των κέντρων υγείας, δεν έχουν σταθερό αριθμό ενώ δύναται να αλλάζει και η έδρα λειτουργίας τους. Αυτό αποτελεί ένα επιπρόσθετο εμπόδιο προσβασιμότητας και δημιουργίας ανισοτήτων υγείας εντός της περιφερειακής ενότητας Καρδίτσας δημιουργώντας παράλληλα και εσωτερικές υγειονομικές ανισότητες.

Χαρακτηριστικό είναι επίσης το γεγονός ότι στους δυο ορεινούς δήμους της περιφερειακής ενότητας δεν υπάρχουν διαγνωστικά κέντρα, κέντρα υγείας, συμβεβλημένοι ιατροί ενώ λειτουργούν μόνο δύο φαρμακεία στον Δήμο Λίμνης Πλαστήρα. Το γεγονός αυτό επιδρά επίσης αρνητικά στην προσβασιμότητα καθώς κάτοικοι πολλών περιοχών πρέπει να μετακινηθούν και να αυξήσουν το κόστος κάλυψης των υγειονομικών τους αναγκών από τους ήδη μειωμένους οικογενειακούς προϋπολογισμούς.

Γ) Ποιο είναι το επίπεδο της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας όσο αφορά στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας;

Δ) Ποιος παράγοντας (τοποθεσίας, χρόνου και ευκολίας προσέγγισης) έχει επηρεάσει περισσότερο το επίπεδο προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας στην Περιφερειακή Ενότητα Καρδίτσας;

Όπως έχει ήδη αναφερθεί ο δείκτης που χρησιμοποιείται για την μέτρηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι το ποσοστό των κατοίκων που αναφέρουν δυσκολίες στην πρόσβαση ιατρικής περίθαλψης για λόγους όπως: χρόνος αναμονής, απόσταση και συμμετοχή στις δαπάνες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή,2014).

Στο πλαίσιο της διεξαχθείσας έρευνας η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων/απαντήσεων της ομάδας στόχο στα ερωτήματα που αφορούσαν στις

ανικανοποίητες υγειονομικές τους ανάγκες ανέδειξαν ένα αρκετά έντονο πρόβλημα προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Συγκεκριμένα το 37,3% δήλωσε ότι τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκαν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπόρεσαν (ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες). Το 50% (όσων δήλωσαν ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες) χρειάστηκε νοσοκομειακές υπηρεσίες και το άλλο 50% υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου. Όσο αφορά στους κύριους λόγους για τους οποίους δεν μπόρεσαν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας:

- το 19,6% (του συνολικού δείγματος) δήλωσε ότι δεν μπορούσε να πληρώσει το κόστος,
- το 17,6% (του συνολικού δείγματος) ότι οι υπηρεσίες ήταν μακριά από το σπίτι του ή την εργασία του (απόσταση),
- το 12,7% (του συνολικού δείγματος) ότι ήταν μεγάλος ο χρόνος αναμονής.

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι το 10,8% (του συνολικού δείγματος) δεν ήξερε πού να πάει και το 2,9% (του συνολικού δείγματος) δεν είχε εμπιστοσύνη στους γιατρούς. Επίσης το 15,7% δήλωσε ότι στο ίδιο διάστημα υπήρξε περίπτωση, στην οποία χρειάστηκε φάρμακα, αλλά δεν μπόρεσε να τα λάβουν με το 37,5% όσων δεν έλαβαν τα φάρμακα να τα διακόπτουν οριστικά.

Η ανάλυση των οργανωτικών και διοικητικών εμποδίων χρήσης των υπηρεσιών υγείας έδειξε ότι όσο αφορά στην βαθμολόγηση (1 καθόλου και 5 πολύ) των δυσκολιών που αντιμετώπισαν όσοι χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας αναφορικά με την πρόσβαση σε αυτές, τα κυριότερα (εμπόδια) που αντιμετώπισαν ήταν (σύμφωνα με την μέση τιμή του βαθμού δυσκολίας) ο μεγάλος χρόνος αναμονής για τον ιατρό στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου (μέσος βαθμός 3,2), η μη διαθεσιμότητα ειδικών ιατρών (μέσος βαθμός 3,0), ο μεγάλος χρόνος αναμονής για εισαγωγή σε νοσοκομείο η μεγάλη απόσταση, η γραφειοκρατία και η μη διαθεσιμότητα διαγνωστικού εξοπλισμού (με μέσο βαθμό όλα τους 2,5).

Ε)Υπάρχει σύνδεση της προσβασιμότητας με μεταβλητές όπως επίπεδο εκπαίδευσης, οικονομική κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, ηλικιακό φάσμα;

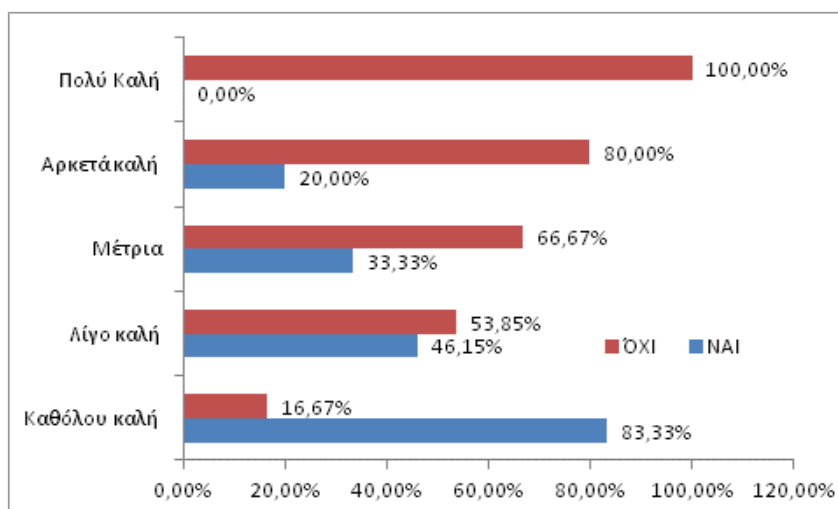
ΣΤ) Υπάρχει σύνδεση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας με το αυτοπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας;

Για την καλύτερη κατανόηση των ευρημάτων όσο αφορά στην συσχέτιση της προσβασιμότητας με την μεταβλητή της εκπαίδευσης έγινε ομαδοποίηση των απαντήσεων όσων δήλωσαν «καμία εκπαίδευση» και «δημοτικό» και όσων δήλωσαν «τριτοβάθμια» και «μεταπτυχιακές σπουδές». Η «ομάδα» του χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου δήλωσε ότι τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπόρεσε σε ποσοστό 49,12%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό της «ομάδας» με το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν μόνο 17,86%. Επίσης η πρώτη ομάδα είχε κυρίως ανικανοποίητες ανάγκες εντός νοσοκομείου και η δεύτερη εκτός νοσοκομείου. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η προσβασιμότητα συνδέεται άμεσα με το επίπεδο εκπαίδευσης (όσο υψηλότερο το επίπεδο τόσο λιγότερες ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες) αλλά συνδέεται επίσης και με το είδος των ανικανοποίητων αναγκών.

Όσο αφορά στην συσχέτιση του εισοδηματικού επιπέδου και των αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών, τα στοιχεία δείχνουν μια τεράστια διαφορά μεταξύ των δυο «ακραίων» εισοδηματικών ομάδων (όπως έχουν οριστεί για τις ανάγκες του ερωτηματολογίου της έρευνας). Συγκεκριμένα όσοι ανήκουν στα υψηλότερα εισοδηματικά στρώματα (άνω των 1500€ μηνιαίως) δήλωσαν ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες σε ποσοστό μόνο 12,50% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ευρισκόμενων στο χαμηλότερο εισοδηματικό στρώμα (έως 500€ μηνιαίως) είναι 52,63%. Δηλαδή η μείωση του εισοδήματος υποκρύπτει και μια αύξηση των υγειονομικών αναγκών (δηλαδή μείωση του επιπέδου προσβασιμότητας) δημιουργώντας όχι μόνο ανισότητες αλλά και ανισοτιμίες υγείας. Οι κύριοι λόγοι μη ικανοποίησης των υγειονομικών αναγκών των χαμηλότερων εισοδηματικών στρωμάτων είναι η απόσταση και το κόστος με ίδιο ποσοστό 30,23%.

Οι συνταξιούχοι που αποτελούν και την κύρια ομάδα ενδιαφέροντος της έρευνας μας και είναι άνω των 65 ετών σε κάθε περίπτωση, δήλωσαν ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες σε ποσοστό 35,14% με κύριες αιτίες μη ικανοποίησης την απόσταση (ποσοστό 27,45% των συνταξιούχων) και το κόστος με ποσοστό 25,49%.

Στο διάγραμμα 7.1 δίδεται η συσχέτιση μεταξύ του αυτόπροσδιοριζόμενου επιπέδου υγείας και των αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών υγείας. Παρατηρούμε ότι όσο το επίπεδο υγείας μειώνεται τόσο αυξάνονται οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 83,33% όσων χαρακτήρισαν την υγεία τους ως «καθόλου καλή» δήλωσε ότι κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκαν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπόρεσαν. Στον αντίποδα το σύνολο όσων χαρακτήρισαν την υγεία τους «πολύ καλή» δήλωσε ότι δεν υπήρξε περίπτωση που την ίδια χρονική περίοδο χρειάστηκε υπηρεσίες υγείας τι οποίες και δεν μπόρεσε να τις χρησιμοποιήσει.



Διάγραμμα 7.1: Συσχέτιση αυτόπροσδιοριζόμενου επιπέδου υγείας και των αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών υγείας

Όσο αφορά στο αυτόπροσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας των συνταξιούχων (κύρια ομάδα μελέτης), αυτοί δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι λίγο ή καθόλου καλή σε ποσοστό 31,08% και 35,14% αρκετά ή πολύ καλή με το μεγαλύτερο ποσοστό τους (33,78%) να χαρακτηρίζει την υγεία του ως μέτρια. Σε σύγκριση με πριν από 12 μήνες το μεγαλύτερο ποσοστό (52,7%) των συνταξιούχων δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι στα ίδια επίπεδα ενώ το 36,49% χαρακτήρισε τη υγεία τους πολύ ή λίγο χειρότερη και μόνο το 10,81% ότι βελτιώθηκε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναστόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ. and Ζήκος, Δ., (2013), «Η προσβασιμότητα και η χρήση υπηρεσιών υγείας μεταναστών Αλβανικής καταγωγής στην Ελλάδα», *Nursing Care & Research/Nosileia kai Ereuna*, (37).

Άτλας Υγείας,(2019), *Άτλας Υγείας*. Available at: <https://healthatlas.gov.gr/> [Accessed January 14, 2019].

Γιαννακόπουλος., Β., (2017). Μεταπτυχιακή Διατριβή. «Κοινωνικές Ανισότητες και Προσβασιμότητα σε Υπηρεσίες Υγείας για Ογκολογικούς Ασθενείς στην περίοδο της κρίσης», Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής

ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ (2016), «Η υγεία των Ελλήνων στην Κρίση, Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας», Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής

Δημητρόπουλος Χ, Φιλίππου Ν., (2007). "Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας", *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, vol 25(5):pp 642-647

Δομάγερ., Φ.Ρ., (2016)., Διπλωματική Διατριβή, «Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΗΣ»,., Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Ελευθεριάδου, Α., (2015), Μεταπτυχιακή Διατριβή «Οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Συγκρούσεις στα δημόσια νοσοκομεία», Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΕΛΣΤΑΤ (2019), Ελληνική Στατιστική Αρχή. [online] Available at: <http://www.statistics.gr>. [Accessed 5 Febr 2019]

ΕΟΠΥΥ, (2019a), ΤοΜΥ. *ΕΟΠΥΥ - Ηλεκτρονικές αιτήσεις Τοπικών Ομάδων Υγείας*. Available at: <https://familydoctors.eopyy.gov.gr/Help.aspx> [Accessed March 2, 2019]

ΕΟΠΥΥ, (2019b), Αναζήτηση Παρόχου Υγείας. *Ε.Ο.Π.Υ.Υ. - Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*. Available at: <https://www.eopyy.gov.gr/suppliers/> [Accessed March 5, 2019]

Γαλάνης, Π., 2017. Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 34(6).

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2014), «Ανακοίνωση της επιτροπής για αποτελεσματικά , προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας», Βρυξέλλες

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ.104744, (2012α), «Διαδικασία εφαρμογής συστήματος τιμών αναφοράς για την κατάρτιση, αναθεώρηση και συμπλήρωση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων», (ΦΕΚ Β' 2912)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθ. Υ4α/οικ.18051, (2012β), «Τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/Β'/2011), όπως μετέπειτα τροποποιήθηκε με την αριθ. Υ4α/οικ.13740/27.3.2012 κοινή υπουργική απόφαση «Τροποποίηση της αριθ. Υ4α/οικ.85649/27.7.2011 κοινής υπουργικής απόφασης “Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ” (ΦΕΚ 1702/Β'/2011)» (ΦΕΚ 940/Β'/2012).», (ΦΕΚ Β'946)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθμ. 82961, (2013α), «Τροποποίηση της υπ' αριθμ. ΔΥΓ 3(α) 104744/2012 όπως αυτή τροποποιήθηκε με τη ΔΥΓ3(α)/οικ. 19389 ΦΕΚ 3356/17.12.2012 υπουργικής απόφασης «Διαδικασία εφαρμογής Συστήματος τιμών αναφοράς για την κατάρτιση, αναθεώρηση και συμπλήρωση του καταλόγου συνταγογραφούμενων φαρμάκων», θέματα αποζημίωσης νέων φαρμάκων», (ΦΕΚ Β' 2219)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθ.οικ. 3457, (2014α), «Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων», (ΦΕΚ Β'64)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθμ. οικ. 15942, (2014β), «Καθορισμός ορίων συνταγογράφησης γενοσήμων φαρμάκων» (ΦΕΚ Β'1186)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθ. 5239, (2014γ), «Όρια συνταγογράφησης ανά ιατρό που συνταγογραφεί για τον ΕΟΠΥΥ», (ΦΕΚ Β'595)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, (2014δ), «Βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα μέτρα ελέγχου και εκτέλεσης εργαστηριακών εξετάσεων – Ρύθμιση επιστροφών rebate από εργαστηριακό τομέα», (ΦΕΚ Β'2243)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, (2014ε), «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», (ΦΕΚ 38Α')

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθμ.Α3(γ)/ΓΠ/οικ.23754, (2015), «Κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής αμοιβής εξεταστρού πέντε (5) ευρώ στις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)» (ΦΕΚ Β' 490)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθ.οικ.113429, (2016α), «Διατάξεις Τιμολόγησης Φαρμάκων», (ΦΕΚ Β'1102)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αριθ. Γ3γ/οικ. 28501, (2016β), «Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243/Β/18-8-2014) υπουργικής απόφασης «Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει», (ΦΕΚ Β'1115)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, (2017) «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α' 115)

Εφημερίς της Κυβερνήσεως, (2018) «Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)» (ΦΕΚ Β' 4898)

Ιατρικός Σύλλογος Καρδίτσας. *Ιατρικός Σύλλογος Καρδίτσας*. Available at: <http://www.iskarditsas.gr/> [Accessed April 8, 2019]

ΙΟΒΕ, (2005), ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. Εξέλιξη των δαπανών υγείας και φαρμάκων στην Ελλάδα και τις χώρες της ΕΕ.

ΙΟΒΕ,(2017), ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & στοιχεία 2017

Καϊτελίδου, Δ. (2015). «Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας», *Νοσηλευτική*, 53(2): 129–132

Καντεράκη., Α., (2017), Μεταπτυχιακή Διατριβή, «Κοινωνικές Ανισότητες στην πρόσβαση στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας των ατόμων 60 ετών και άνω», Πανεπιστήμιο Πατρών Τμήμα Ιατρικής

Καρακολίδου, Μ., 2018, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία «Πρόσβαση και ικανοποίηση των πολιτών άνω των 60 ετών από τις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ την περίοδο της οικονομικής κρίσης», Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ (2016), *Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα*, ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα

Κότιος,Α., Παυλίδης,Γ., (2012), Διεθνείς οικονομικές κρίσεις, Εκδόσεις Rosili,

Κ.Κ.Π.Π.Θ.,(2019) *Παρ/μα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρίες Καρδίτσας*. Available at: <http://kkppthessaly.gr/Parartima/Parartima?link=par-ma-apotherapeias-kai-apokatastasis-paidiwn-me-anapiries-karditsas-c-6> [Accessed March 27, 2019].

Κυριόπουλος, Γ., (2000) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000, 12:169–188

Μάνδαλου., Α., (2013), Διπλωματική Μεταπτυχιακή Εργασία, «Η εισαγωγή του Συστήματος Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (KEN-DRGs) στα ελληνικά

νοσοκομεία: η διεθνής εφαρμογή και η ελληνική πραγματικότητα», Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Μέλλος,Κ., Σπαρός, Λ., (2005), «Συστηματικά σφάλματα στις επιδημιολογικές μελέτες», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*,;24:373-8

Μπαμπινιώτης, Γ., (1998), *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, Εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα

Ναούμ,Σ, (2018), *Ανάλυση επιπέδου και δεικτών υγείας Ελλάδας και Ισπανίας στα χρόνια πριν και μετά την οικονομική κρίση. Επιστημονικά Χρονικά*; 23(1): 89-104

Νιανια, Σ.,(2017), Διατριβή «Μεταβολές στην προσφορά και τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα στα χρόνια της κρίσης. Μια εμπειρική μελέτη περίπτωσης ενός ιδιωτικού και ενός δημόσιου νοσοκομείου», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Νοσοκομείο Καρδίτσας, (2019b), *Νοσοκομείο Καρδίτσας - ΨΥΧΑΡΓΩΣ*. Available at: <http://www.noskard.gr/index.php/2014-05-13-06-52-21> [Accessed February 1, 2019].

Οδοντιατρικός Σύλλογος Καρδίτσας, (2019), *Οδοντιατρικός Σύλλογος Καρδίτσας*. Available at: <https://oskarditsas.gr/> [Accessed February 10, 2019].

Οικονόμου, Χ., (2013)., *Υγεία, κοινωνία και οικονομία Ανισότιμες σχέσεις, χάσματα ευζωίας*, Συλλογικό έργο, Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, Αθήνα

Οικονόμου Μ, Πέππου ΛΕ, Λουκή Ε, Κομπορόζος Α, Μέλλου Α,Στεφανής Κ., (2012). “Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης”, *Ψυχιατρική* vol. 23. no1, pp17-28

Οικονόμου Μ, Πέππου ΛΕ, Λουκή Ε, Κομπορόζος Α, Μέλλου Α,Στεφανής Κ., (2012). “Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης”, *Ψυχιατρική* vol. 23. no1, pp17-28

Οικονόμου, Χ., (2013), «Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία» τον Νοέμβρη του 2013 στο ελληνικό for-eignaffairs», Available at: <http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6>, [Accessed 01 May. 2019]

Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ. (2011). «Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες». *Νοσηλευτική*, 50(2), 231-239

Παπακωστίδη Α, Τσουκαλάς Ν. (2012) "Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και η Αξιολόγηση της", *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, vol. 29, no4, pp.480-488

Πασσά, Γ., et al.,(2018) "Διερεύνηση των εμπειριών και των απόψεων πολιτών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες ως προς την πλοήγηση τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα." *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*

Πασσά, Γ, (2016), Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία «Διερεύνηση των παραγόντων που εμποδίζουν ή διευκολύνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας», Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Πετρέλης Μ, Δομάγερ ΦΡ,(2016). Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15: 223-236

Ρετινιώτη, Α. & Μάντζιου, Ι. (2010), “Η πρόσβαση των φτωχών και κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων που ζουν στο κέντρο της Αθήνας, στους τομείς της υγείας, της εκπαίδευσης και της εργασίας”, 2010

Σουλιώτης, Κ., Δόλγερας, Α., Κόντος, Δ. και Οικονόμου, Χ. (2002). «Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 14 (3), σελ. 114-118.

Στάκλερ., Ν., Μπασου., Σ.,(2014), *Πολιτικές ζωής και θανάτου*, Εκδόσεις: Ψυχογιός., Αθήνα

Χριστόπουλος, Γ., (2017), Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, «Οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας και στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης», Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΨΥΧΑΡΓΩΣ.(2019), *Πρόγραμμα Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης "ΨΥΧΑΡΓΩΣ"*. Available at: <http://www.psychargos.gov.gr/> [Accessed February 5, 2019].

Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, Ten Asbroek AH, Cuzte RS T.,(2003) “Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement”. *Int J Qual Health Care*, vol 15:pp.377–398

Braveman P., Gruskin S., (2003), “Defining Equity in Health”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol57,pp 254–258

Donabedian, A., (1980), *The definition of quality and approaches to its assessment*, Anne Harbor, Michigan, Health Administration Press

Economou., C. (2015) Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece World Health Organization, Regional office for Europe, Copenhagen, 2015. Social Cohesion and Development. 11. 175. 10.12681/scad.14135.

Economou Ch., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Sissouras A., Maresso A. (2015), «The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece», In A Maresso et al. (Eds) Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (2014). «Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population». *Social Cohesion and Development*, 9(2), 99-115

Ec.europa.eu, (2019), *Database-Eurostat*. [online] Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [Accessed 15 March. 2019]

Escolar-Pujolar A, Bacigalupe A, San SM., (2014), “European economic crisis and health inequities: research challenges in an uncertain scenario”, *International Journal for Equity in Health*. pp.13:59

Eurofound (2014), «*Access to healthcare in times of crisis*», Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Filippidis, F. T., Gerovasili, V., Millett, C., & Tountas, Y. (2017). «Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece». *Scientific Reports*, 7, 46423.

Hair, F., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1995), *Multivariate Data Analysis with Readings*, 4th Ed, London, Prentice-Hall International

Judge TA, Thoreson CJ, Bono JE, Patton GK. (2001). “The job satisfaction-job performance relationship: A qualitative and quantitative review” *Psychol Bull*, vol 127:pp 376–407

Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP., (2013), “Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care”, *Health Policy*. Vol 113, no1-2, pp.8-12

Galanis P, Sourtzi P, Bellali T, Theodorou M, Karamitri I, Siskou O, Giorgos Charalambous G, Kaitelidou D (2013), «Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study». *BMC Health Serv Res* 13:350.

Groenewegen, P., Jurgutis A., (2013) A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care*, 21:369–378

Karaiskou, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2012). «Economic crisis: impact on the health of citizens and consequences on health systems». *Interscientific Health Care*, 4(2).

Kyriklidis K., Kaitelidou D., Angelopoulos G., et al. (2016). «The impact of cost sharing arrangements in the use of health care services during the economic crisis in Greece and the attitudes of citizens». ISPOR 19th Annual European Congress. 29 October-2 November 2016, Austria Center Vienna, Vienna, Austria.

Liaropoulos L., (2012), “Greek economic crisis: not a tragedy for health”, *British Medical Journal*, Vol 345, pp:e7988

Litwin MS, (1995). *How to measure survey reliability and validity*. Sage Publications, London,

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*, 2nd ed., McGraw- Hill, New Delhi

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

OHCHR.,(2012), «Report on Austerity Measures and Economic and Social Rights», submitted pursuant to UN General Assembly resolution 48/141

Saari L & Jugde TA (2004), “Employee attitudes and job satisfaction”, *Human Resource Management*, vol 43(4): pp395-407

Spector, P. E. (1992). Summated rating scale construction: *An Introduction, in Quantitative Applications in the Social Sciences*, p.34, Sage, Beverly Hills CA

Tanahashi T.,(1978), *Health service coverage and its evaluation, Bulletin of the World Health Organization*

Whitehead., D., Townsend P., Davidson, N., Davidsen., (1982), N, *Inequalities in Health (The Black Report)*, Penguin Books, London

WHO (1998), Fifty – first World Health Assembly. Health for All Policy for the 21st Century, Geneva

WHO (2009), «The financial crisis and global health: report of a high-level consultation». World Health Organization, Geneva.

WHO, (2018), «Declaration of Astana». In *Global Conference on Primary Health Care*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
*«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»*

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ
ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΕΥΠΑΘΟΥΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
ΣΤΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ
ΝΟΜΟΥ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΑΥΤΗ**

Αγαπητέ/ή χρήστη/-τρια των υπηρεσιών υγείας,

Ονομάζομαι Κολοτούρου Μαρία, είμαι φοιτήτρια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου και διεξάγω μια μελέτη για τις ανάγκες της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η διερεύνηση της προσβασιμότητας ευπαθούς ομάδας πληθυσμού στις υγειονομικές υπηρεσίες στην περιοχή του Νομού Καρδίτσας και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε αυτή.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, χωρίς τη δυνατότητα ταυτοποίησης των συμμετεχόντων στη μελέτη. Θα γίνει ομαδοποιημένη επεξεργασία των δεδομένων και δεν θα είναι εφικτή η αποκάλυψη των απαντήσεων σας σε κανέναν, ακόμα και στους ίδιους τους ερευνητές. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη την πρόσφατη εφαρμογή του Γενικού Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 για την Προστασία Δεδομένων (GDPR) και έχοντας πλήρη επίγνωση της σημασίας διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων σας και της αποφυγής οποιασδήποτε παραβίασης τους, θα εφαρμόσουμε αυστηρή πολιτική σχετικά με την τήρηση του απορρήτου και τη διαχείριση των προσωπικών δεδομένων

Η συμμετοχή σας είναι **απαραίτητη** για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζετε ότι το ερωτηματολόγιο αυτό μπορείτε να το συμπληρώσετε **μόνο εάν είστε ενήλικος/η άνω των 60 ετών.**

Τέλος, σας παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις** με τον τρόπο που ορίζεται κάθε φορά.

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζονται **το πολύ δέκα (10) λεπτά.**

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή, το χρόνο και τη συνεργασία σας.

Έντυπο Ενημερωμένης Συγκατάθεσης

Τίτλος έρευνας: «Διερεύνηση της προσβασιμότητας ευπαθούς ομάδας πληθυσμού στις υγειονομικές υπηρεσίες στην περιοχή του Νομού Καρδίτσας και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε αυτή».

Συγκατάθεση συμμετέχοντα:

Παρακαλώ σημειώστε στο κουτάκι δίπλα από κάθε μία από τις παρακάτω 4 προτάσεις ένα ✓

1. Έχω κατανοήσει τον σκοπό της έρευνας.	<input type="checkbox"/>
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι εθελοντική.	<input type="checkbox"/>
3. Συμφωνώ να συμμετάσχω στην παραπάνω έρευνα.	<input type="checkbox"/>
4. Κατανοώ ότι τηρείται και θα τηρηθεί πλήρης εμπιστευτικότητα των δεδομένων μου.	<input type="checkbox"/>

Ημερομηνία:/...../2019

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

- Άνδρας
 Γυναίκα

2. Έτος γέννησης:

--	--	--	--

3. Τόπος μόνιμης διαμονής

- Δήμος Καρδίτσας
 Δήμος Αργιθέας
 Δήμος Παλαμά
 Δήμος Μουζακίου
 Δήμος Λίμνης Πλαστήρα
 Δήμος Σοφάδων

4. Οικογενειακή κατάσταση

- Έγγαμος/η
 Άγαμος/η
 Διαζευγμένος/η
 Χήρος/α

5. Αριθμό ατόμων που ζουν στο ίδιο σπίτι με εσάς

- 2
 3
 4
 5+

6. Εθνικότητα

- Ελληνική
 Άλλη (παρακαλώ
προσδιορίστε:.....)

7. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσής σας;

- Καμία εκπαίδευση/δεν τελείωσα το Δημοτικό
 Απόφοιτος Δημοτικού
 Απόφοιτος Γυμνασίου (μόνο τρία χρόνια)
 Απόφοιτος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου
 ΙΕΚ

- Τριτοβάθμια (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ)
- Μεταπτυχιακές σπουδές (Μάστερ, Διδακτορικό)

8. Επαγγελματική κατάσταση

- Συνταξιούχος
- Δημόσιος υπάλληλος (και ευρύτερος δημόσιος τομέας)
- Ιδιωτικός υπάλληλος πλήρους απασχόλησης
- Ιδιωτικός υπάλληλος μερικής απασχόλησης
- Αγρότης
- Οικιακά
- Άνεργος
- Ελεύθερος Επαγγελματίας

9. Είστε ασφαλισμένος /νη μέσω κάποιου ταμείου;

- Ναι
- Όχι (Εάν όχι συνεχίστε στην ερώτηση 11)

10. Ισχύει τη στιγμή αυτή η ασφάλεια σας;

- Ναι
- Όχι

11. Έχετε ιδιωτική ασφάλεια υγείας;

- Ναι
- Όχι

12. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημά σας;

- Έως 500€
- 500€ έως 1000€
- 1000€ έως 1500€
- 1500 έως 2000€
- Άνω των 2000€

13. Πόσο καλή θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα;

- Καθόλου καλή
- Λίγο καλή

- Μέτρια
- Αρκετά καλή
- Πολύ καλή

14. Σε σύγκριση με πριν από ένα έτος, πως θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα;

- Πολύ χειρότερη
- Λίγο χειρότερη
- Το ίδιο
- Λίγο καλύτερη
- Πολύ καλύτερη

15. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα (νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο);

- Όχι (Εάν όχι συνεχίστε στην ερώτηση 17)
- Ναι, από ένα
- Ναι, από δύο
- Ναι, από τρία ή περισσότερα
- Δεν γνωρίζω

16. Λαμβάνετε φάρμακο(α) ή κάνετε κάποια θεραπεία για το χρόνια νόσημά σας;

- Ναι
- Όχι

17. Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;

- Ναι
- Όχι

18. Εάν ναι, τι ασθένεια είχατε;.....

19. Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε την ασθένεια αυτή; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Επισκέφθηκα ιδιώτη ιατρό
- Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου
- Επισκέφθηκα Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας
- Επισκέφθηκα δημοτικό ιατρείο
- Νοσηλεύθηκα σε Δημόσιο Νοσοκομείο
- Νοσηλεύθηκα σε Ιδιωτική Κλινική

- Επισκέφθηκα Μη Κυβερνητική Οργάνωση ή Κοινωνικό Ιατρείο
- Συμβουλευθήκα φαρμακοποιό
- Συμβουλευθήκα το φιλικό μου περιβάλλον
- Συμβουλευθήκα το οικογενειακό μου περιβάλλον
- Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του
- Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε:.....)

20. Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε;

- Ναι
- Όχι

ΑΝ ΝΑΙ:

21. Τι είδους υπηρεσίες χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε αλλά δεν μπορέσατε;

- Νοσοκομειακές
- Εκτός Νοσοκομείου

22. Γιατί δεν μπορέσατε; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Δεν ήξερα που να πάω
- Δεν μπορούσα να πληρώσω το κόστος
- Δεν είχα χρόνο/άδεια από την εργασία
- Ήταν μακριά από το σπίτι μου ή την εργασία μου
- Ήταν μεγάλος ο χρόνος αναμονής
- Δεν είχα κοινωνική ασφάλιση
- Δεν είχα εμπιστοσύνη στους γιατρούς
- Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε:.....)

23. Σε τι βαθμό αντιμετωπίσατε δυσκολίες στα παρακάτω την τελευταία φορά που χρησιμοποιήσατε υπηρεσίες υγείας:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
Μεγάλη απόσταση από το σπίτι/δουλειά					
Μη βολικές ώρες λειτουργίας της μονάδας υγείας					
Μεγάλος χρόνος αναμονής για τον γιατρό σε ΤοΜΥ					
Μεγάλος χρόνος αναμονής για τον γιατρό στα					

φάρμακά σας για οικονομικούς λόγους;					
Σε τι βαθμό χρειάστηκε να κάνετε οικονομία στις δόσεις των φαρμάκων σας;					

25. Πόσα πληρώσατε για φάρμακα, εξετάσεις, και λοιπές υπηρεσίες υγείας τον τελευταίο μήνα;

.....

26. Σας ζητήθηκε να πληρώσετε σε κάποια από τις παρακάτω δομές υγείας;

	Όχι	Ναι	ΑΝ ΝΑΙ, πόσο πληρώσατε;
Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο			
Κέντρο Υγείας			
ΤοΜΥ			
Δημοτικό Ιατρείο			
Μη Κυβερνητική Οργάνωση/Κοινωνικό Ιατρείο			
Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο			
Νοσηλεία σε συμβεβλημένο Ιδιωτικό Νοσοκομείο			
Συμβεβλημένο ιατρό του ΕΟΠΥΥ			

27. Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση, στην οποία χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβετε;

Ναι

Όχι

28. Αν ναι, τα διακόψατε οριστικά;

Ναι

Όχι

29. Σε πόσους γιατρούς χρειάστηκε να πάτε προκειμένου να πάρετε συνταγή φαρμάκων όταν ήταν απαραίτητη (γιατί ο προηγούμενος είχε συμπληρώσει το μηνιαίο όριο συνταγογράφησης);

1

2

3

Σε περισσότερους (παρακαλώ προσδιορίστε:.....)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ ΑΔΕΙΕΣ ΔΙΑΜΟΙΡΑΣΜΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
ΔΗΜΟΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ,
ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

Ταχ. Δ/ση : Ν. Πλαστήρα 62
Ταχ.Κώδικας: 43.100 ΚΑΡΔΙΤΣΑ
URL: <http://www.karditsa-city.gr>
E-mail: pronoiia@dimoskarditsas.gov.gr
Πληροφορίες: Α. Πέτσα
Τηλέφωνο : 24413 - 54710
FAX: 24410 - 70021

Καρδίτσα 27/03/2019
Αριθ. Πρωτ. 4537

ΠΡΟΣ: κ. Κολοτούρου Μαρία
Καρδίτσα
43100 ΚΑΡΔΙΤΣΑ

ΚΟΙΝ: κ. Προϊστάμενο του ΚΑΠΗ
Ταξίαρχη Απόστολο

ΘΕΜΑ: Χορήγηση άδειας διαμοιρασμού ερωτηματολογίων

ΣΧΕΤ: Η από 21/03/2019 επιστολή σας.

Σας ενημερώνουμε ότι μπορείτε να προβείτε στη διεξαγωγή μελέτης αποτύπωσης των εμπειριών των χρηστών υπηρεσιών υγείας εντός του ΚΑΠΗ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ και συγκεκριμένα στο διαμοιρασμό ερωτηματολογίου στα μέλη του ΚΑΠΗ που αφορά στην εκπόνηση της μεταπτυχιακής σας διατριβής και εφόσον διασφαλίζεται η ανωνυμία των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.



Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ

ΑΘΗΝΑ ΠΕΤΣΑ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ 3^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΤΗΣ 5^{ης} Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Στη Λάρισα σήμερα στις 27 Μαρτίου 2019 και ώρα 13:00π.μ στην Κεντρική Υπηρεσία της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας πραγματοποιήθηκε συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ, μετά από πρόσκληση του Αν. Διοικητή και Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, το οποίο συγκροτήθηκε με την υπ' αριθμ. πρωτ. 2849/ 11.01.2019 Απόφαση του Διοικητή της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και των μελών του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Στη συνεδρίαση συμμετείχαν οι κάτωθι:

1. Δημητριάδης Δημήτριος, Αν. Διοικητής της 5^{ης} Υ.ΠΕ., ως Πρόεδρος.
2. Γραντζής Ευάγγελος, Διευθυντής ΕΣΥ Χειρουργικής, Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του Κ.Υ Λάρισας - Αναπληρωτής του κ. Βενιζέλου Μιχαήλ.
3. Χάμος Βασίλειος, Διευθυντής ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής, Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Αγιάς.
4. Γεωργοπούλου Μαρία, Διευθύντρια ΕΣΥ Ιατρικής Βιοπαθολογίας, Υπεύθυνη Συντονίστρια Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Αταλάντης.
5. Λιάκου Παναγιώτα, μόνιμη υπάλληλος του Κ.Υ Φαρσάλων, κλάδου ΠΕ Διοικητικού Λογιστικού.
6. Βαλάρη Χαρίκλεια, υπάλληλος, κλάδου ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων, της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς, Γραμματέας του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο ενημερώθηκε από την Γραμματέα για την από 21-3-2019 αίτηση παραίτησης του κ. Παπανικολάου Νικολάου, Διευθυντή ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής, Υπεύθυνου Συντονιστή Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Δυτ. Φραγκίστας από αναπληρωματικό μέλος και την από 26-3-2019 αίτηση παραίτησης του κ. Βενιζέλου Μιχαήλ, Διευθυντή ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής, Υπεύθυνου Συντονιστή Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Πύλης, ο οποίος αναπληρώθηκε στην συνεδρίαση από το αναπληρωματικό του μέλος τον κ. Γραντζή Ευάγγελο, Διευθυντή ΕΣΥ Χειρουργικής, Υπεύθυνο Συντονιστή Επιστημονικής Λειτουργίας του Κ.Υ Λάρισας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο έκανε αποδεκτή την παραίτηση του κ. Παπανικολάου Νικολάου, σεβόμενο τους λόγους υγείας που επικαλέστηκε. Δεν έκανε αποδεκτή την παραίτηση του κ. Βενιζέλου Μιχαήλ, θεωρώντας σημαντική την συμβολή του στη λειτουργία του Ε.Σ. ,λόγω της εμπειρίας του και των γνώσεών του.

Κατόπιν αυτού, διαπιστώθηκε απαρτία και ο Πρόεδρος κηρύσσει την έναρξη της συνεδρίασης.

ΘΕΜΑΤΑ ΕΚΤΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΑΞΗΣ:

ΘΕΜΑ 1^ο : Γνωμοδότηση αιτημάτων για χορήγηση στοιχείων και διανομή ερωτηματολογίων στις Υγειονομικές Μονάδες ευθύνης της 5^{ης} ΥΠΕ:

3. Γνωμοδότηση στο αίτημα της κ. Κολοτούρου Μαρίας, δημοσίου υπαλλήλου, Προϊσταμένης Λογιστηρίου ΠΕΔΙ ΕΟΠΥΥ Ν. Καρδίτσας, που αφορά στην διανομή ερωτηματολογίων ,στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής της διατριβής.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου ενημέρωσε τα μέλη για το αίτημα της κ. Κολοτούρου Μαρίας, δημοσίου υπαλλήλου, Προϊσταμένης Λογιστηρίου ΠΕ.ΔΙ ΕΟΠΥΥ Ν. Καρδίτσας, που αφορά στην διανομή ερωτηματολογίων εντός των υγειονομικών Δομών της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας, αρμοδιότητας της 5^{ης} ΥΠΕ καθώς και χορήγηση από την κεντρική υπηρεσία στοιχεία λειτουργίας των δομών υπηρεσιών υγείας όπως στελέχωση, δραστηριότητες κ.α., στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής της διατριβής με τίτλο: «Διερεύνηση της προσβασιμότητας ευπαθούς ομάδας πληθυσμού στις Υγειονομικές υπηρεσίες στην περιοχή του Ν. Καρδίτσας και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε αυτήν» στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών με κατεύθυνση «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

1. Την πρόταση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου,
2. Την από 20-03-2019 αίτηση της κ. Κολοτούρου Μαρίας (σχ: το με αρ. πρωτ. 23131/27-03-2019 έγγραφο της 5^{ης} Υ.ΠΕ.),

Ομόφωνα εισηγείται

Την έγκριση διανομής ερωτηματολογίων ,εντός των υγειονομικών Δομών της Περιφερειακής Ενότητας Καρδίτσας, αρμοδιότητας της 5^{ης} ΥΠΕ καθώς και χορήγησης από την κεντρική υπηρεσία στοιχείων λειτουργίας των δομών υπηρεσιών υγείας όπως στελέχωση, δραστηριότητες κ.α., στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής της διατριβής με τίτλο: «Διερεύνηση της προσβασιμότητας ευπαθούς ομάδας πληθυσμού στις Υγειονομικές υπηρεσίες στην περιοχή του Ν. Καρδίτσας και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε αυτήν» στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών με κατεύθυνση «Πολιτική Υγείας & Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου.



Ακριβές απόσπασμα

**Η Γραμματέας
Χαρίκλεια Βαλάρη**

Τα Μέλη

Γραντζής Ευάγγελος

Χάμος Βασίλειος

Γεωργοπούλου Μαρία

Λιάκου Παναγιώτα