



ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Π.Ε.Δ.Υ. ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΚΙΛΚΙΣ**

ΦΡΕΓΓΙΔΟΥ ΕΛΙΣΑΒΕΤ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2016

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Π.Ε.Δ.Υ. ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΚΙΛΚΙΣ**

ΦΡΕΓΓΙΔΟΥ ΕΛΙΣΑΒΕΤ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	7
Abstract	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
2.1 Ορισμοί και διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	13
2.2 Κριτική προσέγγιση της έννοιας της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΗΣ ΠΦΥ.....	16
3.1 Υφιστάμενη κατάσταση της ΠΦΥ πριν τη δημιουργία του δικτύου ΠΕΔΥ.....	16
3.2 Προβλήματα υφιστάμενου πλαισίου των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ πριν την έναρξη λειτουργίας του ΠΕΔΥ	18
3.3 Η εφαρμογή δικτύων στην ΠΦΥ ως προοπτική αναδιοργάνωσης του ελληνικού συστήματος υγείας	21
3.4 Η δικτύωση των δομών της ΠΦΥ σε διεθνές επίπεδο.....	22
3.4.1 Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων ΠΦΥ σε διεθνές επίπεδο.....	22
3.4.2 Σύγχρονες τάσεις των συστημάτων υγείας.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΦΥ	27
4.1 Η κατακερματισμένη εδραίωση του ΕΣΥ.....	27
4.2 Το διαχρονικό αίτημα δημιουργίας ενός ενιαίου φορέα υγείας, ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ και η αναγκαιότητα ενδυνάμωσής του.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Η ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ ΒΗΜΑ ΠΡΟΣ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
5.1 Οι 5 προτάσεις για τον νέο ΕΟΠΥΥ: κοινά σημεία και διαφορές	34
5.2 Ψήφιση του Ν.4238/14 περί ΠΕΔΥ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΛΑΝΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΔΥ ΚΙΛΚΙΣ	38
6.1 Καθορισμός αποστολής, οράματος και στρατηγικών στόχων της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς.....	38
6.2 Υλοποίηση SWOT ανάλυσης για τη μονάδα υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	45
7.1 Λόγοι επιλογής διεξαγωγής έρευνας ικανοποίησης	45
7.2 Ταυτότητα και σκοπός της έρευνας	46
7.3 Εργαλείο μέτρησης	48
7.4 Πιλοτική μελέτη.....	50
7.5 Υλικό και Μεθοδολογία.....	52
7.6 Ανάλυση δεδομένων.....	53
7.7 Περιορισμοί της έρευνας.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	57
8.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	57
8.2 Χρόνοι αναμονής ραντεβού και εξέτασης	58
8.3 Ιατρείο και ιατρική εξέταση.....	60
8.4 Ασθενοκεντρική προσέγγιση του νέου δικτύου ΠΦΥ.....	62
8.5 Χρήση και ανταπόκριση υπηρεσιών.....	63
8.6 Ερωτήσεις γενικού περιεχομένου.....	66

8.7 Βαθμολογίες ικανοποίησης	69
8.7.1 Βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης	69
8.7.2 Βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς	70
8.7.3 Βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης	71
8.8 Περαιτέρω ανάλυση	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	75
9.1 Γενικά συμπεράσματα	75
9.2 Ικανοποίηση από τους ιατρούς	77
9.3 Ικανοποίηση από τους χρόνους αναμονής και εξέτασης	80
9.4 Ικανοποίηση και λειτουργία της μονάδας	83
9.5 Διασύνδεση της μονάδας και ανισότητες πρόσβασης	87
9.5.1 Στροφή των χρηστών σε ιδιωτικές δομές ΠΦΥ και νοσοκομεία	89
9.5.2 Ελλιπής ενημέρωση των χρηστών	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	92
10.1 Στοχευμένη επιλογή αξόνων δράσης	92
10.2 Οργάνωση νέας δομής του δικτύου	93
10.2.1. Προτεινόμενη δομή του δικτύου	93
10.2.1.1 Δράσεις ενημέρωσης	96
10.2.1.2 Εναλλακτικές μορφές πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω διείσδυσης σε κενά της αγοράς υγείας	98
10.2.1.3 Διερεύνηση θέσπισης ποσοστού συμμετοχής στις εργαστηριακές εξετάσεις της μονάδας	101
10.2.2 Εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και διασύνδεση εντός και εκτός δικτύου ΠΕΔΥ	102
10.2.3 Ιατρικός φάκελος και ενίσχυση της τεχνολογικής ανάπτυξης	105
10.2.4 Μοντελοποίηση της πορείας του ασθενή στο σύστημα υγείας	107
10.3 Προτεινόμενο σύστημα αξιολόγησης του νέου δικτύου	112
10.3.1 Κριτήρια αξιολόγησης	112
10.3.1.1 Ισοτιμία στην πρόσβαση	112
10.3.1.2 Αποδοτικότητα	113
10.3.1.3 Αποτελεσματικότητα	114
10.3.1.4 Ανταποκρισιμότητα	115
10.3.2 Μοντέλο αξιολόγησης του νέου δικτύου	115
10.3.2.1 Προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού	118
10.3.2.2 Εκπαιδευτικά και αναπτυξιακά προγράμματα για τους επαγγελματίες υγείας	120
10.3.2.3 Τεχνικές ελέγχου	122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄	145
A.1 Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας	145
A.2 Αρχικό ερωτηματολόγιο	146
A.3 Τελικό ερωτηματολόγιο	158
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄	166
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄	178
Γ.1 Αλυσιδωτή αντίδραση εφαρμογής συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στην ΠΦΥ	178
Γ.2 Αναφορά στα επίμαχα άρθρα του νομοσχεδίου περί ΠΕΔΥ	179
Γ.3 Ο ρόλος των ομάδων ενδιαφερομένων-stakeholders στον τομέα της υγείας	182
Γ.4 Αντιδράσεις των ομάδων ενδιαφερομένων για το υπό ψήφιση νομοσχέδιο	183
Γ.5 Βασικά κριτήρια εξαγωγής έγκυρων αποτελεσμάτων	185

Ευχαριστίες

Για τις εύστοχες παρατηρήσεις και τη συνεχή καθοδήγηση κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Μαρία Ζαφειροπούλου.

Ευγνωμοσύνη και εκτίμηση σε βάθος θα ήθελα να εκφράσω στον καθηγητή και πλέον φίλο της καρδιάς μου Πέτρο Γαλάνη όχι μόνο για τις μεθοδολογικές κατευθύνσεις αλλά και για την έμπρακτη ηθική συμπαράσταση που απλόχερα μου προσέφερε.

Χρέος μου να ευχαριστήσω τους γονείς μου Μενέλαο και Ζωή και τον αδελφό μου Θοδωρή για τη δύναμη που μου δίνουν να συνεχίζω μάχιμη. Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς όλους τους φίλους μου, που απαρτίζουν την ευρύτερη οικογένεια της ζωής μου, και ιδιαίτερωσ τη Μελίνα Μιχαηλίδου για τη φιλολογική επιμέλεια, τον Φίλιππα Γεωργιάδη, την Δήμητρα Χαραλαμπίδου, τον Χρήστο Λαζαρίδη και τον Πάνο Αθανασιάδη για την πολύτιμη συμβολή τους και τον Στέφανο Παραστατίδη για τις πολύωρες συζητήσεις μας και την πάντα πρωτοπόρο σκέψη του.

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των μονάδων υγείας ΠΕΔΥ σε επίπεδο ενός επαρχιακού νομού. Απώτερος στόχος ήταν αφενός η εξαγωγή συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα του νέου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αφετέρου ο εντοπισμός κενών ή δυσλειτουργιών και του αντίκτυπου των μη εφαρμοσθεισών διατάξεων του Ν.4238/14 στον προσανατολισμό του ασθενή, με γνώμονα τη δημιουργία μονάδων υγείας υψηλών προδιαγραφών που να ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες της σύγχρονης πραγματικότητας.

Υλικό-μεθοδολογία: Για τη συλλογή των απαραίτητων πρωτογενών δεδομένων δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο ύστερα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η έρευνα διεξήχθη, δια της τυχαίας δειγματοληψίας, τη χρονική περίοδο από Ιούνιο έως και μέσα Αυγούστου 2015 και το δείγμα αποτελείτο από 181 άτομα, ηλικίας άνω των 18 ετών, που ήταν χρήστες των υπηρεσιών της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς κατά το τελευταίο έτος.

Αποτελέσματα: Το επίπεδο συνολικής ικανοποίησης (48,6%) βρέθηκε εμφανώς χαμηλότερο σε σχέση με παρόμοιες έρευνες, με τη μονάδα υγείας ΠΕΔΥ να βρίσκεται στη δεύτερη θέση προτίμησης δομών ΠΦΥ. Κατόπιν διενέργειας πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι: α) η αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης σχετίζονταν με τους έγγαμους, β) η αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς σχετίζονταν με την αύξηση της ηλικίας και τη μείωση του μορφωτικού επιπέδου και γ) η αύξηση της βαθμολογίας συνολικής ικανοποίησης σχετίζονταν με την αύξηση της ηλικίας, την αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους χρόνους αναμονής, την αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς και την αύξηση της συχνότητας σύστασης της μονάδας σε οικεία πρόσωπα. Στο πλαίσιο της δικτύωσης βρέθηκε ανεπαρκής διασύνδεση τόσο μεταξύ των ομοειδών επιπέδων φροντίδας εντός και εκτός του δικτύου όσο και στα ανώτερα επίπεδα φροντίδας, μειωμένη συχνότητα χρήσης της μονάδας, στροφή των χρηστών σε ιδιωτικές δομές ΠΦΥ και ελλιπής πληροφόρηση σχετικά με τους δικαιούχους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της μονάδας.

Συμπεράσματα: Διαπιστώνεται σαφές περιθώριο βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της μονάδας που αναδεικνύει την ανάγκη δράσεων σε δύο στοχευμένους άξονες:

α) εγκαθίδρυση νέου ασθενοκεντρικού δικτύου ΠΦΥ μέσω της επέκτασης του ήδη υπάρχοντος και στις ιδιωτικές δομές με ιστό διασύνδεσης τον οικογενειακό ιατρό και μοντελοποίηση της πορείας του ασθενούς με έμφαση στην πρόληψη και την αυτοφροντίδα, την περαιτέρω μηχανογράφηση των υπηρεσιών, τις δράσεις ενημέρωσης των χρηστών και τη διείσδυση σε κενά της αγοράς υγείας και

β) δημιουργία σχετικού μοντέλου αξιολόγησης του νέου δικτύου βασιζόμενου στον συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών ώστε να λαμβάνει υπόψη του μακροσκοπικά, εξατομικευμένα και συστημικά την κάθε δομή υγείας.

Abstract

Aim: The aim of the present study was to investigate the degree of patients' satisfaction by the provided services of primary health care units at a provincial level. The ulterior target was, on the one hand, to export conclusions about the effectiveness of the recently established primary health care net and, on the other hand, to identify gaps or malfunction and the impact of non-applied provisions of the law 4238/14 to the patient orientation, concentrating at the establishment of high-standard health units capable of fulfilling sufficiently the needs of current reality.

Material and method: In order to collect the needful primordial data, a questionnaire was constructed after an extensive bibliographic review. The study was conducted, through random sampling, during the period from June to the 15th of August 2015 and the sample consisted of 181 participants, aged over 18 years old, who had used the provided services of the primary health care unit PEDY Kilkis during the previous year.

Results: The level of total satisfaction (48,6%) was found discretely lower compared to that of other similar studies while the under investigation health unit of PEDY possess the second position, in order of preference, among the spectrum of primary health structures. The performed multivariate linear data analysis showed findings as below: a) increased score of satisfaction by waiting times for appointment and examination was related to the married, b) increased score of satisfaction by doctors was related to increased age and decreased educational level and c) increased score of total satisfaction was related to increased age, increased score of satisfaction by waiting times, increased score of satisfaction by doctors and increased recommendation' frequency to familiar people. Regarding to the established health net, it was noted inadequate connection among similar levels of care, within the net either outside of it, or higher levels, infrequent use of the health unit, users' preference to private primary health care and defective information concerning the actual beneficiaries of the services provided by the health unit.

Results: There is a pain margin improving the quality of the provided services by the health unit that highlights the necessity of acting at two targeted axes:

a) establishing a new patient-oriented primary health care net interconnected by family doctors and a route model of the patient focused at prevention, self-care, further

computerization of the health services, informative campaigns for the users and entrance to new health market areas and

b) creating an evaluation model based at combinations of quantitative and qualitative indicators so as to take into account the current health units in a macroscopic and systemic manner.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα έρευνα πραγματεύεται τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του νεοσύστατου Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) στο νομό Κιλκίς. Η προσέγγιση της έννοιας της ικανοποίησης επικεντρώνεται κυρίως στο πλαίσιο της πρόσφατης μεταρρυθμιστικής απόπειρας δικτύωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα παρά στη μέτρηση διαστάσεων της ποιότητας υπό την κλασσική τους έννοια.

Η διεθνής εμπειρία διδάσκει την καθοριστικής σημασίας δημιουργία ενός ενιαίου δημόσιου συστήματος ΠΦΥ ώστε να: i) απορροφάται μεγάλο μέρος της ζήτησης στο επίπεδο της ΠΦΥ, ii) αποφεύγεται η μη αναγκαία χρήση νοσηλευτικών υπηρεσιών που συνδέεται με υψηλό κόστος και iii) ενισχύεται η αποδέσμευση ανθρώπινων πόρων στα νοσοκομεία προκειμένου να καλυφθούν άλλες ανάγκες. Πληθώρα χωρών, μεταξύ των οποίων ο Καναδάς, η Ολλανδία και η Γαλλία, έχουν κάνει καίρια βήματα στην οργάνωση δικτύων φροντίδας, με επιλογή διαφορετικών στρατηγικών καθώς κάθε χώρα σε δεδομένη χρονική στιγμή έχει διαφορετικούς στόχους και η εκάστοτε κυβέρνηση επιλέγει, βάσει της πολιτικής της ατζέντας, διαφορετική υγειονομική πολιτική.

Με το νέο δίκτυο ΠΕΔΥ τίθενται στη χώρα μας, πέραν των κέντρων υγείας, και οι μονάδες υγείας (πρώην πολυϊατρεία ΙΚΑ με διάδοχη κατάσταση τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ) ως το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας. Μείζονος σημασίας καθίσταται η επίτευξη υψηλής ικανοποίησης από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς η μέτρηση της αναδεικνύει τυχόν κενά, προβλήματα και λάθος πρακτικές με σκοπό την αναζήτηση λύσεων και την εφαρμογή διορθωτικών δράσεων (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, επιτακτική είναι η ανάγκη ύπαρξης ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ τόσο στο εξωτερικό περιβάλλον σε σχέση με άλλους παρόχους υγείας όσο και στο εσωτερικό. Σκοπός της διατριβής είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της μονάδας του νέου δικτύου ΠΕΔΥ, η ενίσχυση των ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων της μονάδας έναντι του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος και η εφαρμογή ενός πλάνου στρατηγικού σχεδιασμού, που μειώνει την αβεβαιότητα και υποδεικνύει τρόπους όχι απλής επιβίωσης αλλά και περαιτέρω εξέλιξης και αναδιοργάνωσης εν γένει του συστήματος της ΠΦΥ. Αναγκαίος είναι ο καθορισμός των επιμέρους στρατηγικών στόχων της μονάδας και η επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών για

την επίτευξη τους αξιοποιώντας τα δυνατά σημεία ώστε να οδηγηθεί στην πλήρη αξιοποίηση των δυνατοτήτων της. Η διενέργεια της παρούσας έρευνας λειτουργεί ως διάυλος επικοινωνίας μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και του ασθενή καθώς η αποτύπωση της γνώμης των χρηστών αποκτά ιδιαίτερη αξία στη διαμόρφωση πολιτικών για την εφαρμογή βελτιωτικών δράσεων (Curry et al., 1997) και την ανάπτυξη κουλτούρας για την ενδυνάμωση του ασθενούς στο σύστημα υγείας (Vaskantiras et al., 2009).

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα στοχεύουν να δώσουν απάντηση στην εκπλήρωση ή μη του γενικού σκοπού και των ειδικών και επιμέρους στόχων του Ν. 4238/14 περί ΠΕΔΥ. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών προσεγγίζεται σε σχέση με τις κάτωθι επιμέρους παραμέτρους: δημογραφικά στοιχεία και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του χρήστη, χρόνοι αναμονής ραντεβού και εξέτασης, ιατρείο και ιατρική εξέταση, αντίληψη του ασθενή περί ασθενοκεντρικής προσέγγισης του δημόσιου συστήματος ΠΦΥ, βαθμός χρήσης και ανταπόκρισης υπηρεσιών υγείας και παράγοντες γενικού περιεχομένου. Επιλέχθηκε η μέθοδος της τυχαίας δειγματοληψίας σε δείγμα 181 ερωτώμενων ενώ υλοποιήθηκε πιλοτική μελέτη και έλεγχος αξιοπιστίας test-retest στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, με εξαρτημένες μεταβλητές τη βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς, τη βαθμολογία ικανοποίησης από τους χρόνους αναμονής και τη βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης, ενώ έμφαση δόθηκε στα ανακύπτοντα προβλήματα λειτουργικής διάρθρωσης της μονάδας και τη διασύνδεση της τόσο με άλλες δομές της ΠΦΥ όσο και με τη ΔΦΥ.

Το γενικό μέρος απαρτίζεται από τα κεφάλαια 2 έως 6, όπου στο κεφάλαιο 2 παρατίθενται ορισμοί και διαστάσεις της ποιότητας και κριτική προσέγγιση της έννοιας της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας. Στο κεφάλαιο 3 επιχειρείται αποτίμηση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος της ΠΦΥ, παρουσιάζονται τα προβλήματα του προϋπάρχοντος πλαισίου πριν τη δημιουργία του ΠΕΔΥ και δίνεται μία προοπτική αναδιοργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον ελληνικό χώρο, με αναφορά σε παραδείγματα δικτύωσης σε διεθνές επίπεδο. Το κεφάλαιο 4 αφορά ιστορική αναδρομή, η οποία προβάλλει τη διαχρονική αναγκαιότητα εδραίωσης ενός ενιαίου φορέα υγείας και ενδυνάμωσης του ρόλου του ΕΟΠΥΥ. Οι κατατιθέμενες προτάσεις για τον νέο ΕΟΠΥΥ συγκρίνονται στο κεφάλαιο 5, το οποίο άπτεται των σχετιζομένων με την παρούσα έρευνα άρθρων του νόμου και των αντιδράσεων των ομάδων ενδιαφερομένων. Στο κεφάλαιο 6 καθορίζονται η αποστολή, το όραμα και οι στρατηγικοί στόχοι της μονάδας υγείας και πραγματοποιείται

SWOT ανάλυση, ως εργαλείο προβολής τόσο των δυνατών και αδύνατων σημείων του εσωτερικού περιβάλλοντος όσο των αδύνατων σημείων και απειλών του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Ακολουθεί το ειδικό μέρος, όπου αρχικά πραγματοποιείται εκτενή παρουσίαση του σχεδιασμού της έρευνας, της επιλεγμένης μεθοδολογίας και των διαπιστωθέντων περιορισμών (κεφάλαιο 7) και στη συνέχεια εκτίθενται αναλυτικά τα αποτελέσματα (κεφάλαιο 8) και τα συμπεράσματα με συγκριτικές αναφορές της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας (κεφάλαιο 9). Στο κεφάλαιο 10 προτείνονται δύο στοχευμένοι άξονες δράσεις ενώ στο κεφαλαίο 11 διατυπώνεται ο επίλογος. Τέλος παρατίθενται τρία παραρτήματα, όπου στο Α' περιλαμβάνονται η έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από την 4^η ΥΠΕ Κεντρικής Μακεδονίας και το χρησιμοποιηθέν εργαλείο μέτρησης στην αρχική και την τελική του μορφή, στο Β' διαγράμματα και πίνακες και στο Γ' ενότητες που κρίθηκε σκόπιμο να μη συμπεριληφθούν στο κύριο μέρος της εργασίας λόγω αναγκαιότητας περιορισμού της συνολικής έκτασης της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμοί και διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν τα χαρακτηριστικά που τις διαχωρίζουν από τα υπόλοιπα καταναλωτικά αγαθά και η συμμετοχή του ασθενή, ως κείνου παράγοντα της διαδικασίας, στο διττό ρόλο του συντελεστή και του αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας (Σκαλκίδης και συν., 2010). Δεδομένου ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας αποτελεί πολυδιάστατη και πολύπλοκη έννοια με σημαντικές δυσκολίες μέτρησης, έχει διατυπωθεί πλήθος ορισμών, οι οποίοι αδυνατούν να επιτύχουν μία ολιστική προσέγγιση.

Η έννοια της ποιότητας της υγείας συναντάται για πρώτη φορά σε κείμενα του Ιπποκράτη εστιάζοντας στην επιγραμματική φράση «ωφελείν ή μη βλάπτειν» περί της φαρμακευτικής αγωγής και συνιστά έναν εκ των στόχων άσκησης κλινικής πρακτικής (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, η επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής συνάδει με την επίτευξη υψηλότερης κατάστασης ή «αγαθού» βάσει των υπάρχουσών περιστάσεων (Osterfeld, 1994) και προσιδιάζει για τον ασθενή περισσότερο με την επιβεβαίωση της ζωής παρά με τη θεραπεία της ασθένειας και την αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών (Faden & Lepage, 1992).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ως «την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων με στόχο την επίτευξη τόσο του βέλτιστου ιατρικού αποτελέσματος, στο πλαίσιο των εφαρμοζόμενων πρακτικών της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, με τον ελάχιστο ιατρικό κίνδυνο για τον ασθενή όσο και της μέγιστης ικανοποίησης του ασθενή στους τομείς της διαδικασίας, των αποτελεσμάτων και της ανθρώπινης επικοινωνίας» (WHO, 1993). Το 1980 είχε τεθεί ως στόχος η εγκατάσταση σε βάθος μίας δεκαετίας μηχανισμών εξασφάλισης ποιότητας από όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (WHO, 1993). Κατά το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως ο βαθμός αύξησης της πιθανότητας επιθυμητών αποτελεσμάτων τόσο για μεμονωμένα άτομα όσο και για σύνολα πληθυσμών σε συνάρτηση με την υφιστάμενη επαγγελματική γνώση (Nelson, 1996). Κοινό σημείο προσέγγισης των ανωτέρω ορισμών είναι η δυναμική χρησιμότητα της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών, ως δείκτη της αξιολόγησης, προκειμένου αφενός να προσδιορισθεί ο βαθμός επίδοσης των μονάδων υγείας σε σχέση με αντίστοιχες δομές και αφετέρου να κατανοηθούν οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες των χρηστών και να αναδειχθούν οι ανάγκες τους.

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας ταυτίζεται με τη μέγιστη ικανοποίηση του χρήστη λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη και τις ζημίες που περιλαμβάνει η διαδικασία της περίθαλψης (Donabedian, 1980). Βασικός στόχος είναι η επίτευξη του βέλτιστου ιατρικού αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος για τον ασθενή μέσω της διασφάλισης ποιότητας σε τρεις βασικούς αλληλεξαρτώμενους και αλληλοεπιδρώμενους πυλώνες: α) δομή, β) διαδικασία και γ) αποτέλεσμα (Donabedian, 1988).

Οι διαστάσεις της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας διακρίνονται ως εξής: i) αποτελεσματικότητα, ii) ασφάλεια, iii) προσβασιμότητα, iv) συνέχεια της φροντίδας και v) διαπροσωπικές σχέσεις (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Δεδομένου ότι ο ασθενής τίθεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος για την παροχή ΠΦΥ, καθίσταται μείζονος σημασίας η ανάγκη ενίσχυσης του πρωτεύοντα ρόλου της επίτευξης υψηλού επιπέδου ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (βλ. Παράρτημα Γ.1). Κύρια μέριμνα της πολιτικής ηγεσίας οφείλει να είναι η έμπνευση του οράματος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς μέσω ενός μηχανισμού συστηματικής αξιολόγησης της καθημερινής άσκησης κλινικής πρακτικής για το σύνολο των επαγγελματιών υγείας και διαρκούς βελτίωσης (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

2.2 Κριτική προσέγγιση της έννοιας της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας

Η ολιστική προσέγγιση της ποιότητας εμπεριέχει, πέραν της αποτελεσματικής φροντίδας, και την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών ως αναπόσπαστο κριτήριο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Timmins, 2005, Montazeri, 2008). Η ικανοποίηση βασίζεται στην αξιολόγηση των ασθενών βάσει υποκειμενικών κριτηρίων και ως εκ τούτου η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκτιμάται βάσει της αξιολόγησης των ασθενών-τελικών χρηστών των εν λόγω υπηρεσιών (Gnardellis & Niakas, 2005). Το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ συγκαταλέγει την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ως καίρια διάσταση της ποιότητας καθώς η άποψη των ασθενών για το επιθυμητό υγειονομικό αποτέλεσμα εμπερικλείει τις ανάγκες τους και δεν εναποτίθεται αποκλειστικά στους επαγγελματίες υγείας (Μερκούρης, 1996).

Οι επαγγελματίες υγείας, από την άλλη πλευρά, οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη την ικανοποίηση των ασθενών για τους κάτωθι κύριους λόγους (Fitzpatrick, 1991): α) την πρόβλεψη τήρησης οδηγιών και προτεινόμενης θεραπείας από τους ασθενείς και την ενδεχόμενη αλλαγή φορέα παροχής φροντίδας, β) την επικοινωνία με τον ασθενή και τη συμμετοχή του στη λήψη σχετικών με την υγεία του αποφάσεων και γ) τη χρήση της ανατροφοδότησης των ασθενών στην επιλογή μεθόδων οργάνωσης ή παροχής υγειονομικής φροντίδας. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών συχνά ταυτίζονται ως προς τη βαθμολογία της ποιότητας αλλά πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας βαθμολογούν χαμηλότερα σε σχέση με τους ασθενείς (Bond & Thomas, 1992, Μερκούρης, 1996).

Σύμφωνα με το μοντέλο άμεσης σχέσης των υγειονομικών αναγκών, της ληφθείσας ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα και της ποιότητας ζωής των Wen και Gustafson (2004) η έννοια της αξιολόγησης και ικανοποίησης αναγκών παίρνει νέα διάσταση. Η αξιοποίηση των πληροφοριών από τους ασθενείς συντελεί σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα η ικανοποίηση να καθίσταται ουσιαστικά σκοπός της παρεχόμενης περίθαλψης και όχι απλό μέτρο της ποιότητας. Καίριας σημασίας είναι η ίδια αντίληψη των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους για τη μελλοντική έκβαση της νόσου (Spertus et al., 2002).

Η ικανοποίηση του ασθενούς ως πολυδιάστατη έννοια εμπεριέχει τον τρόπο που βιώνεται και αξιολογείται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Ο ορισμός της ικανοποίησης

παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες λόγω της διαφορετικής αντίληψης των χρηστών και της διαφοροποίησης αυτού που προσδοκούν και αυτού που τελικά λαμβάνουν από έναν φορέα υγείας (Fox & Storms, 1981, O'Connor, et al., 2001). Αφενός η υψίστης σημασίας συμβολή του ανθρώπινου παράγοντα και αφετέρου η ιδιαιτερότητα του αγαθού «υγεία» απαιτεί τη διασφάλιση του μέγιστου βαθμού ικανοποίησης του ασθενή στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται τόσο από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά όσο και από την επαλήθευση των προσδοκιών των χρηστών (Miaoulis et al., 2009).

Οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι κατά την πλήρωση εσωτερικών αναγκών, ήτοι διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ενώ δηλώνουν δυσαρεστημένοι στηριζόμενοι σε ακατάλληλους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες (Bond & Thomas, 1992). Η ικανοποίηση των ασθενών επιτυγχάνει το συγκερασμό των γενικών και συγκεκριμένων αναγκών τους και έχει άμεση συνάρτηση με το κλινικό αποτέλεσμα (Marquis et al., 1983). Όταν πληρούνται τα κριτήρια ικανοποίησης των ασθενών αυξάνεται τόσο η ενεργός συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η έκφραση εμπιστοσύνης προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας όσο και η πιθανότητα αποδοχής της ιατρικής περίθαλψης από τους ασθενείς και διασφάλισης σχετικής συνεργασίας (Asadi-Lari et al., 2003). Ο προσδιορισμός και η εις βάθος ανάλυση των προσδοκιών των ασθενών αποτελεί μία επιτυχή στρατηγική βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΗΣ ΠΦΥ

3.1 Υφιστάμενη κατάσταση της ΠΦΥ πριν τη δημιουργία του δικτύου ΠΕΔΥ

Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και στηρίζεται στις αρχές της καθολικότητας και της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών στο πλαίσιο ενός ασθενοκεντρικού συστήματος υγείας με ικανότητα διαρκούς προσαρμογής στις συνεχείς κοινωνικο-οικονομικές μεταβολές. Κρίσιμα συστατικά είναι η ελεύθερη επιλογή των χρηστών, η σύνδεση ασφαλιστικής κάλυψης με αποδεδειγμένα αποτελεσματικές υπηρεσίες, η αποδοτική χρήση των υπάρχοντων πόρων και η επιβάρυνση των χρηστών ανάλογα με την εισοδηματική τους κλίμακα.

Η Ελλάδα σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες δεν επέδειξε συνέπεια και σταθερότητα πολιτικών επιλογών υπό το πλαίσιο στρατηγικού σχεδιασμού για την ανάπτυξη της ΠΦΥ, γεγονός που υποδηλώνει την αδυναμία ορθολογικής εφαρμογής της (Γεωργούση & Κυριόπουλος, 1991). Η μη υλοποίηση ενός ενιαίου φορέα υγείας και η απουσία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού καταδεικνύουν τον κατακερματισμό και την ποικιλομορφία της ΠΦΥ (Υφαντόπουλος, 2006), ενώ η απουσία κεντρικού σχεδιασμού πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας γίνεται εμφανής από τη μη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια των κέντρων υγείας και τη στενή εξάρτησή τους από τα νοσοκομεία (Σίσκου και συν., 2008).

Είκοσι και πλέον έτη μετά τη δημιουργία του ΕΣΥ και παρά τις όποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες επιχειρήθηκαν, δεν διαπιστώνεται ισότιμη και καθολική κάλυψη των πολιτών και παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (Mossialos et al., 2005). Παρατηρούνται έντονες γραφειοκρατικές αγκυλώσεις, ασάφεια ρόλων μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας και φαινόμενα έντονης παραοικονομίας με αύξηση των άμεσων πληρωμών του χρήστη (Γείτονα & Κυριόπουλος, 2000). Η αύξηση των δαπανών υγείας δε συμβαδίζει με ανάλογη βελτίωση των βασικών δεικτών του προσδόκιμου επιβίωσης, γεγονός που αναδεικνύει κενά αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας και αβεβαιότητα για μελλοντικούς δείκτες υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2007).

Η απουσία ολιστικής προσέγγισης του ασθενή και συνέχειας στη φροντίδα, η δυσκολία προσανατολισμού του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας και η διαπίστωση σοβαρών ανισοτήτων στον τομέα της πρόσβασης, ως κύρια χαρακτηριστικά της υφιστάμενης πραγματικότητας, έχουν ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση του συστήματος ΠΦΥ από τις βασικές αρχές της συνδιάσκεψης της Alma-Ata (WHO, 1978). Η Διακήρυξη της Alma-Ata, στην οποία συμμετείχαν συνολικά 134 έθνη, αποτελεί σταθμό για την ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας καθώς καθορίζει την ΠΦΥ ως μέσο επίτευξης των τιθέμενων στόχων: εξάλειψη ανισοτήτων, οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, συμμετοχική λήψη αποφάσεων από την ευρύτερη κοινότητα και ικανοποίηση υγειονομικών αναγκών με επίκεντρο την πρόληψη και προαγωγή της υγείας και την αποκατάσταση (Φιλαλήθης, 2008).

Κύριο χαρακτηριστικό του πλαισίου διαμόρφωσης είναι η διαρκής εναλλαγή ιδεολογικών κηδεμονιών διαφορετικών ρευμάτων ενώ τροχοπέδη του πλαισίου εφαρμογής αποτέλεσε η στείρα μεταφορά ξένων πρακτικών και προτύπων με αδυναμίες προσαρμογής στην ελληνική πραγματικότητα και ο σχεδιασμός φιλόδοξων ιδεών που δεν έτυχαν της ανάλογης πολιτικής

βούλησης (Τούντας, 2008). Μάλιστα η Ελλάδα καταλαμβάνει την 5^η θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού όσον αφορά τις ιατρικές επισκέψεις παρά την υπερπληθώρα ιατρικού δυναμικού (Λιονής & Σουλιώτης, 2010). Μέσω της διατομεακής δράσης που προτάχθηκε από τη διακήρυξη της Alma-Ata δόθηκε έναυσμα για τον επαναπροσανατολισμό και αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας των ευρωπαϊκών χωρών (Μπένος, 1999, Werner & Sanders, 1997).

3.2 Προβλήματα υφιστάμενου πλαισίου των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ πριν την έναρξη λειτουργίας του ΠΕΔΥ

Στον τομέα της διοικητικής υπαγωγής παρατηρείται σύστημα οργάνωσης δύο ταχυτήτων καθώς οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ υπάγονται στον οργανισμό και απολαμβάνουν μεγάλο βαθμό αυτονομίας ενώ τα κέντρα υγείας στα νοσοκομεία αναφοράς. Η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων έλαβε χώρα παράλληλα με τη χωροταξική μεταφορά των πρότερων μονάδων ΠΦΥ με αποτέλεσμα τη συνέχιση των ελλείψεων ή επικαλύψεων του προϋπάρχοντος παθογενούς συστήματος.

Εμφανής είναι η απουσία κέντρων υγείας αστικού τύπου (βλ. πίνακα 3.1) ως μέσο αντιμετώπισης των μεγάλων χρόνων αναμονής των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ και των προκαλούμενων προβλημάτων πρόσβασης λόγω του περιορισμένου πλαφόν των ιατρικών επισκέψεων στους συμβεβλημένους ιατρούς του ΕΟΠΥΥ (ΕΣΔΥ, 2011). Σημαντικό πρόβλημα χρονικής διαθεσιμότητας των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ εντοπίζεται κυρίως στα αστικά κέντρα, λόγω μη λειτουργίας σε 24ωρη βάση, με αποτέλεσμα την αναγκαστική κατεύθυνση των ασθενών σε ιδιωτικές δομές ή νοσοκομεία, εν αντιθέσει με τα αντίστοιχα διεθνή δεδομένα (ΕΣΔΥ, 2011).

Τόσο η παντελής απουσία ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των παρόχων και προμηθευτών υγείας όσο και η μηδαμινή μονοφωνιακή ισχύς του ΕΟΠΥΥ τον καθιστούν ουσιαστικά «διαμεσολαβητή είσπραξης εσόδων και αποζημίωσης προμηθευτών» (ΕΣΔΥ, 2013α). Ο ΕΟΠΥΥ υπό τη μορφή δημόσιου μονοφωνίου αποδείχθηκε ως ακατάλληλη λύση (Pauly, 1988) καθώς επιτρέπει τη συνύπαρξη τεσσάρων διαφορετικών πλαισίων αγοράς (ΕΣΔΥ, 2012α) με αποτέλεσμα τον αναποτελεσματικό έλεγχο του κόστους, την αδυναμία συγκράτησης της δημόσιας δαπάνης και τη μη ορθολογική κατανομή των υγειονομικών πόρων.

Πίνακας 3.1 Μονάδες ΠΦΥ (ΕΟΠΥΥ και ΕΣΥ) ανά την Ελλάδα

Μονάδες ΠΦΥ	Ασφαλιστικά Ταμεία	Αριθμός Μονάδων
Πολυϊατρεία	ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	47 νομαρχιακές μονάδες
		53 τοπικές μονάδες
		219 αποκεντρωμένοι σχηματισμοί
		1 κέντρο προληπτικής ιατρικής
		2 κέντρα παιδοψυχιατρικής υγιεινής
		1 κέντρο ιατρικής της εργασίας
	Οίκος Ναύτου	2
	ΤΑΥΤΕΚΩ	9
	ΕΤΑΑ	1
	ΤΑΞΥ	1
Κέντρα Υγείας	Κέντρα Υγείας	210
	Κέντρα Υγείας αστικού τύπου	8
Σύνολο		545 σημεία ΠΦΥ

Πηγή: Κοντός και συν. (2013)

Βασικό πρόβλημα συνιστά η ανισορροπία προσφοράς-ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας λόγω της κατακόρυφης μείωσης των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων που ενισχύεται με την περαιτέρω μείωση της ιδιωτικής δαπάνης, η οποία δρα κατά κανόνα ως καιρία συνιστώσα της εν λόγω ισορροπίας, καθώς συνιστά εισιτήριο εύκολης πρόσβασης με μικρούς χρόνους αναμονής και ευχέρεια επιλογής των χρηστών (ΕΣΔΥ, 2013α). Το πλήγμα που υπέστη ο εν λόγω μηχανισμός ισορροπίας προκαλεί πλεονάζουσα ζήτηση κυρίως για ευπαθείς κοινωνικο-οικονομικά πληθυσμιακές ομάδες -άνεργοι, χρόνια πάσχοντες και οικονομικά αδύνατοι- ενώ το 60% του συνολικού πληθυσμού δηλώνει εμπόδια στην πρόσβαση της ΠΦΥ λόγω περιορισμένων οικονομικών πόρων (ΕΣΔΥ, 2013β). Η συνεπαγόμενη στροφή, ως φυσικό ακόλουθο, των πολιτών προς τη ΔΦΥ έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις τόσο σε υγειονομικούς όρους λόγω καθυστέρησης αντιμετώπισης της νόσου (Godager et al., 2012) όσο και σε οικονομικούς¹. Η πρωτοβάθμια φροντίδα δύναται να λειτουργήσει ως υποκατάστατο της δευτεροβάθμιας και να απορροφήσει το 25-30% των περιστατικών (Roberts & Mays, 1998, Fortney et al., 2005).

¹ Υπολογίζεται ότι το κόστος μίας μέσης περίπτωσης κατά την αντιμετώπιση του σε νοσοκομείο κυμαίνεται σε 2.500 € ενώ στην ΠΦΥ στα 150 € (ΕΣΔΥ, 2012β).

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση της ΠΦΥ, οξύμωρο είναι το γεγονός ότι παρότι σημειώθηκε ελαφρά μείωση των δαπανών ΔΦΥ, εντούτοις δεν υπήρξε μετατόπιση δαπανών προς την ΠΦΥ αλλά αντίθετα επήλθε μείωση στις δαπάνες πρόληψης και προαγωγής της υγείας (βλ. διάγραμμα Β.1, Παράρτημα Β΄). Λαμβάνοντας υπόψη τη γενικότερη μείωση των δαπανών ΠΦΥ κατά 18% από το 2009 έως το 2011 και της δαπάνης ΠΦΥ να μην ξεπερνά το 8% του συνολικού προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ, εξάγεται το συμπέρασμα της βέβαιης αδυναμίας κάλυψης των αναγκών των πολιτών (ΕΣΔΥ, 2012β).

Χαρακτηριστική είναι η συνύπαρξη μη συντονισμένων δομών και φορέων ΠΦΥ με σοβαρές ελλείψεις και κενά ή αλληλοεπικαλύψεις στη λειτουργία και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα κενά της δημόσιας ΠΦΥ συνετέλεσαν στην καλλιέργεια πρόσφορου εδάφους ανάπτυξης έντονης επενδυτικής δραστηριότητας στον ιδιωτικό τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Ελληνας, 2005). Τα προβλήματα που έχουν καταγραφεί σχετικά με τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα και τόπο θεραπείας μακριά από τον τόπο κατοικίας (Athanasakis et al., 2012) φανερώνουν τα προκαλούμενα κενά από τη μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού στην παροχή φροντίδας και τη δυσαρμονική συνεργασία με ιατρούς ειδικότητας για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων προβλημάτων. Η ανομοιογενής μορφή των υγειονομικών πόρων καθιστά την ΠΦΥ δυνητικά ανταγωνιστική (βλ. διάγραμμα 3.1) και θέτει τους ασθενείς-χρήστες στο επίκεντρο της ασφάλισης υγείας (Κυρόπουλος & Μπεαζόγλου, 2001).



Διάγραμμα 3.1 Ανταγωνισμός και επίπεδο φροντίδας
Πηγή: Dash & Meredith, 2010

Η επίτευξη δημοσιονομικής ισορροπίας είναι μεν σημαντική αλλά δεν είναι πρωταρχικός στόχος ενός συστήματος υγείας καθώς οι προκαλούμενοι περιορισμοί προσβασιμότητας και η μετατόπιση του οικονομικού βάρους στα νοικοκυριά αντιτίθενται στην θεμελίωση ενός ανθρωποκεντρικού μοντέλου. Η κρίσιμη οικονομική συγκυρία επέβαλλε τη διενέργεια διαρθρωτικών αλλαγών, με επίκεντρο την ανασυγκρότηση του ΕΟΠΥΥ σε συνδυασμό με τη δημιουργία δικτύου ΠΦΥ, ως εφελτήριο θετικών εξελίξεων στον τομέα της υγείας.

3.3 Η εφαρμογή δικτύων στην ΠΦΥ ως προοπτική αναδιοργάνωσης του ελληνικού συστήματος υγείας

Στη σύγχρονη εποχή παρατηρούνται υψηλές προσδοκίες για την ποιότητα της ληφθείσας ιατρικής φροντίδας (Υφαντόπουλος, 2003) ενώ το ενδιαφέρον εστιάζεται τις τελευταίες δεκαετίες στην ΠΦΥ ως μέσο αντιμετώπισης των υγειονομικών και πολιτικών αδιεξόδων σε αντίθεση με το έως σήμερα εφαρμοζόμενο δαπανηρό νοσοκομειακό μοντέλο αποσπασματικής φροντίδας. Μάλιστα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θέτει την ΠΦΥ στο επίκεντρο ως την αφετηρία αναδιαμόρφωσης των συστημάτων υγείας προς την κατεύθυνση της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης και καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης με τέσσερα κύρια χαρακτηριστικά (Johns Hopkins School, 2012): α) υπηρεσίες πρώτης επαφής, β) συνεχιζόμενη φροντίδα, γ) συντονισμένη φροντίδα και δ) ολοκληρωμένη φροντίδα.

Νέες πολιτικές υγείας επιβάλλεται να εφαρμοσθούν προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα σύγχρονα ζητήματα στον χώρο της υγείας, ιδιαίτερα στον τομέα της ΠΦΥ και της πρόληψης (Πολύζος και συν., 2013), καθώς η συμβολή τους είναι μείζονος σημασίας για την εδραίωση ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας (Primary Health Care, 2010). Η ΠΦΥ οφείλει να επικεντρώνεται στην κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού στο πλαίσιο μίας ολιστικής προσέγγισης των αιτιολογικών παραγόντων που διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας και όχι στη μονοδιάστατη συγκράτηση της δημόσιας δαπάνης υγείας. Η κατακόρυφη αύξηση των δαπανών υγείας των τελευταίων ετών οφείλεται κυρίως στον υψηλό βαθμό αναποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος και την ευρεία απουσία ελέγχου στο χώρο της υγείας (IOBE, 2011). Σημαντικές βελτιώσεις μπορούν να επιτευχθούν μέσω της αύξησης της αποτελεσματικότητας και του εξορθολογισμού των δαπανών με αξιοποίηση των υπάρχοντων πόρων (IOBE, 2011).

Παρότι η ΠΦΥ καλύπτει τον κύριο όγκο των πραγματοποιούμενων ιατρικών εξετάσεων-πράξεων με εστίαση στην καθημερινή συνεχή και όχι ευκαιριακή αντιμετώπιση δεν έτυχε ανάλογης στήριξης από τις εκάστοτε πολιτικές ηγεσίες και δεν αποτέλεσε θέμα προτεραιότητας της τιθέμενης πολιτικής ατζέντας (ΕΣΔΥ, 2013α). Η σύγχρονη αποτελεσματική ΠΦΥ που συντελεί στη μεταβολή από το σύστημα ασθενείας στο σύστημα υγείας οφείλει να έχει τα κάτωθι χαρακτηριστικά (Ελληνας, 2005):

1. πολυδύναμο χαρακτήρα, ώστε να παρέχει πλήρες φάσμα υπηρεσιών όχι μόνο θεραπείας αλλά και πρόληψης, προαγωγής της υγείας και αποκατάστασης
2. υψηλό επίπεδο λειτουργικής αυτονομίας και διοικητικής αυτοτέλειας, ώστε να διαθέτει το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό και σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή που να εξυπηρετούν επαρκώς τις ανάγκες του υγειονομικού πληθυσμού
3. ομαδική εργασία και έμφαση στις ομάδες εργασίας καθώς αφενός αυξάνουν την εργασιακή ικανοποίηση και τη δέσμευση προς τον οργανισμό υγείας και αφετέρου παρέχουν οραματικό προσανατολισμό προς την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων (Stewart & Barrick, 2000)
4. συνεργασία και αλληλεγγύη με τον πληθυσμό αναφοράς και την ευρύτερη κοινότητα

Η οργάνωση ενός δικτύου ΠΦΥ συνεισφέρει μεταξύ άλλων στη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας και την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων μέσω της αποδέσμευσης τους από την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιου χαρακτήρα, ειδικότερα στα αστικά κέντρα (Κουρής, 2003, Σερασκέρης, 2004). Η δημιουργία ενός πρωτοβάθμιου δικτύου υγείας αποτελούσε διαχρονική ανάγκη για τον χώρο της υγείας στην Ελλάδα και με μία πρώτη προσέγγιση το κατατεθέν νομοσχέδιο του ΠΕΔΥ κινείται προς αυτήν την κατεύθυνση καθώς εξυπηρετεί το γενικό σκοπό και τους τιθέμενους ειδικούς στόχους. Κατά την εντεινόμενη οικονομική συγκυρία των τελευταίων ετών παρατηρείται αφενός στροφή των πολιτών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και αφετέρου ενίσχυση των επιβαρυντικών για την υγεία παραγόντων.

3.4 Η δικτύωση των δομών της ΠΦΥ σε διεθνές επίπεδο

3.4.1 Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων ΠΦΥ σε διεθνές επίπεδο

Η οργάνωση του συστήματος της ΠΦΥ διαφέρει από χώρα σε χώρα λόγω της διαφορετικής βαρύτητας που δόθηκε κατά περίπτωση αφενός στην παροχή φροντίδας από δημόσιους ή

ιδιωτικούς οργανισμούς και αφετέρου στη στήριξη του κορμού της σε ενιαίους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας στελεχωμένους από γενικούς ιατρούς ή στη συμβολή των ειδικευμένων ιατρών κατά το πρότυπο της νοσοκομειακής οργάνωσης. Η ανάλυση που ακολουθεί αφορά κυρίως τις χώρες Ολλανδία, Καναδά και Γαλλία και η επιλογή αυτών πραγματοποιήθηκε με γνώμονα την προϊστορία τους στην ανάπτυξη δικτύων υγείας.

Η *Ολλανδία* κατέχει για τέταρτη συνεχή χρονιά την πρώτη θέση μεταξύ 35 ευρωπαϊκών κρατών σε 48 δείκτες, μεταξύ των οποίων η προσβασιμότητα, η πληροφόρηση και η πρόληψη (βλ. διάγραμμα Β.2, Παράρτημα Β'), με συνέπεια να αντιπροσωπεύει ένα επιτυχές αλλά μη βιώσιμο σύστημα υγείας (βλ. διάγραμμα Β.3, Παράρτημα Β'). Κοινό σημείο του συστήματος υγείας της Ολλανδίας και της Ελλάδας είναι η παραχώρηση μεγάλου βαθμού ελευθερίας των πολιτών όσον αφορά την αγορά των υπηρεσιών υγείας με τη διαφορά ότι το χαοτικό σύστημα υγείας στην Ολλανδία είναι εξαιρετικά καλά ρυθμισμένο.

Μεταξύ των υπό εφαρμογή στρατηγικών δικτύωσης ξεχωρίζουν η ανάπτυξη 50 δικτύων υγείας, η συνεργασία με νοσοκομεία σε διασυνοριακό επίπεδο, η επικέντρωση σε εξειδικευμένες και περίπλοκες υπηρεσίες και η ανάπτυξη e-health συστημάτων υγείας. Η ανάλυση ποιοτικών δεικτών με προσανατολισμό στο αποτέλεσμα και εφαρμογή evidence based ιατρικής λαμβάνουν χώρα στη βάση ανταμοιβής των οφελών της υγείας αντί του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε υπηρεσίες πρόληψης τόσο μέσω μίας bottom-up προσέγγισης όσο και καθιέρωσης εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε σχολεία και κοινοτικούς οργανισμούς. Ο ασθενής τοποθετείται στο επίκεντρο, ενθαρρύνεται και ανεξαρτητοποιείται καθώς απολαμβάνει το δικαίωμα και διαχειρίζεται την ευθύνη ενημέρωσης του ιατρικού του φακέλου. Καίριο ρόλο έχει το σύστημα ίδιας συμμετοχής (cost-sharing), με εξαίρεση τις οικονομικά ασθενείς ομάδες (Τούντας, 2000). Οικονομικά κίνητρα δίνονται στους χρήστες για υιοθέτηση υγιούς συμπεριφοράς ώστε να επέλθει καλύτερη ρύθμιση της ζήτησης υπηρεσιών ενώ για τους επαγγελματίες υγείας εφαρμόζονται μεικτά συστήματα αξιολόγησης 360°.

Ο *Καναδάς*, ως πρωτοπόρος χώρα στην οργάνωση δικτύων² πρωτοβάθμιας και

² Από τα 39 δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, όπως καταμετρήθηκαν τον Ιανουάριο του 2011, κάθε δίκτυο έχει κατά μέσο όρο 58 ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας, ήτοι νοσηλευτές, διαιτολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εργαζόμενους ψυχικής υγείας και φαρμακοποιούς (Hutchison et al., 2011).

δευτεροβάθμιας φροντίδας, έχει οργανώσει την παροχή υπηρεσιών υγείας από περιφερειακούς οργανισμούς υπό την εποπτεία 12 περιφερειακών αρχών με ισχυρό ρόλο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Χαρακτηρίζεται από πληθώρα κοινοτικών κέντρων υγείας, κατ'αντιστοιχία με τις μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ στην Ελλάδα, στα οποία οι γενικοί και οικογενειακοί ιατροί ελέγχουν τη χρήση των υπηρεσιών (gatekeeping). Οι μονάδες υγείας ανταγωνίζονται μεταξύ τους με στόχο τη μεγιστοποίηση του μεριδίου τους στην αγορά υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο. Η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας λαμβάνει χώρα σε ένα πλουραλιστικό σύστημα παροχής ιδιωτικής φροντίδας σε συνεργασία με έναν ισχυρό κρατικό μηχανισμό καθώς οι περισσότερες υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από το δημόσιο φορέα αλλά παρέχονται από τον ιδιωτικό (Hutchison et al., 2011).

Σε αντίθεση με την Ελλάδα, ο Καναδάς έχει χαμηλή αναλογία ιατρών-πληθυσμού (βλ. διάγραμμα Β.4, Παράρτημα Β') αλλά η αναλογία γενικών ιατρών-πληθυσμού είναι πάνω από το μέσο όρο των χωρών μελών του ΟΟΣΑ (βλ. διάγραμμα Β.5, Παράρτημα Β'). Οι πολιτικές που έχουν εφαρμοσθεί για το ιατρικό προσωπικό έχουν ρυθμίσει την αναλογία γενικών-ειδικών ιατρών στο 50:50 (Bodenheimer & Grunbach, 2010) ενώ το 74% των οικογενειακών ιατρών ανήκουν σε ενώσεις ιατρών ή διεπιστημονικές ομάδες (National Physician Survey, 2007). Σημαίνοντα ρόλο έχουν οι οικογενειακοί και γενικοί ιατροί των κοινοτικών κέντρων υγείας στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping) ενώ απολαμβάνουν σημαντική αυτονομία στην άσκηση του κλινικού τους έργου (Health Canada, 1999). Αν και η απευθείας πρόσβαση σε ειδικούς ιατρούς δεν απαγορεύεται, πολλές επαρχίες την αποθαρρύνουν μέσω πληρωμών χαμηλότερων αμοιβών για εκείνα τα περιστατικά που δε συνοδεύονται από παραπεμπτικό (Hutchison et al., 2011).

Έμφαση έχει δοθεί σε υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας και στην ανάπτυξη καινοτόμων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, όπως η φροντίδα στην κοινότητα (community care) και οι μονάδες άμεσης παρέμβασης (one-stop shop). Μείζον θέμα αναδεικνύεται η διαχείριση των λιστών αναμονής σε εθνικό επίπεδο με έμφαση στους ποσοτικούς δείκτες και την καθοδήγηση των ασθενών σε άλλους επαγγελματίες ή μονάδες υγείας με μικρότερη αναμονή. Καίρια πρωτοβουλία υπήρξε η μετάβαση από την παραδοσιακή μέθοδο αποζημίωσης κατά πράξη σε νέες συνδυαστικές μεθόδους, που περιλαμβάνουν πάγια αντιμισθία, κατά κεφαλή και ανά συνεδρία, και προσανατολίζουν τους ιατρούς σε σύστημα ανταμοιβών βάσει πρόβλεψης των επειγόντων περιστατικών (Hutchison et al., 2011). Ο ανασχηματισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πρακτικό επίπεδο ισχυροποιείται μέσω της

ανάπτυξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων μαιών και νοσηλευτών (Hutchison et al., 2011).

Σε μία χώρα κατά παράδοση κοινωνικής ασφάλισης, όπως η Γαλλία, η μεταρρύθμιση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης με την ανάπτυξη των δικτύων συντονισμένων φροντίδων, κατά αντιστοιχία με το μοντέλο των HMO's των ΗΠΑ, δημιουργεί πρόσφορες συνθήκες για την είσοδο του ελεύθερου ανταγωνισμού στην αγορά των υπηρεσιών υγείας. Στα δίκτυα περιλαμβάνονται: δημόσια νοσοκομεία, εταιρίες ιατρών, ιδιωτικές κλινικές, ασφαλιστικές εταιρίες και πρωτοβουλίες εργατικών ή εργοδοτικών συνδικάτων (Κοντούλη-Γείτονα, 1997) και η χρηματοδότηση τους γίνεται κατά κύριο λόγο από την κοινωνική ασφάλιση.

Όπως και στην Ελλάδα, στο πεδίο της παροχής ιδιαίτερα αναπτυγμένος είναι ο ιδιωτικός τομέας με δυνατότητα ελεύθερης επιλογής γενικού ιατρού και πρόσβασης σε ειδικευμένους ιατρούς και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Σε σχέση με την Ελλάδα εμφανίζει σχεδόν τη διπλάσια πυκνότητα σε επαγγελματίες υγείας τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές περιοχές (βλ. διάγραμμα Β.6, Παράρτημα Β') αλλά ο θεσμός του "country doctor" βρίσκεται υπό απειλή κυρίως λόγω της αδυναμίας προσέλκυσης νέων ιατρών στις αγροτικές περιοχές λόγω δυσκολότερων εργασιακών συνθηκών (WHO Health Reports, 2008). Μέτρα έχουν ληφθεί τόσο για την προσέλκυση επαγγελματιών υγείας στην επαρχία όσο και για την ανάπτυξη one-stop shop, εφαρμογή ιατρικών πρωτοκόλλων, εγκαθίδρυση αυστηρών μηχανισμών ελέγχου της προκλητής ζήτησης (Agence Nationale d' Accreditation et d' Evaluation Santé) και επιβολή αυστηρών ποινών σε περιπτώσεις διαπίστωσης παραβάσεων.

Η μεταρρύθμιση του 2004 και το "Preferred Doctor Scheme" εισάγει ένα ιεραρχικό σύστημα πρόσβασης στη φροντίδα σε αντικατάσταση του πρότερου μη ιεραρχικού μοντέλου. Παρά το γεγονός ότι οι αυτοαπασχολούμενοι ιατροί -γενικοί και ειδικοί- αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας, ωστόσο συνυπάρχουν μαζί με άλλες περιπατητικές δομές με μεγάλο εύρος υπηρεσιών (Bourgueil et al., 2009).

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, αποτελεί τη ραχοκοκαλιά του συστήματος ΠΦΥ και συναντάται για πρώτη φορά στη Μ. Βρετανία, όπου οι γενικοί ιατροί είναι στη διάθεση των πολιτών σε 24ωρη βάση και κατέχουν διττό ρόλο αφενός της παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και αφετέρου της αγοράς δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομεία (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012). Στη Σουηδία το 1994, με την εφαρμογή του νόμου Family Doctor Act, ο ασθενής αποκτά τη δυνατότητα επιλογής ενός οικογενειακού ιατρού ο οποίος έχει την ευθύνη παραπομπής μέσω συστήματος ραντεβού σε ιατρούς

ειδικότητας, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία ενώ στην περίπτωση που ο ασθενής επιλέξει να απευθυνθεί με ίδια πρωτοβουλία στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ο χρόνος αναμονής είναι μεγαλύτερος (Hannning, 1996). Στην Ιταλία και την Ισπανία ο έλεγχος στη χρήση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από τους γενικούς ιατρούς και περιορισμένη άμεση πρόσβαση (gatekeeping) δίνεται σε ορισμένες ειδικότητες (Τούντας, 2000).

3.4.2 Σύγχρονες τάσεις των συστημάτων υγείας

Η διαδικασία της ευρωπαϊκής ενοποίησης διαβρώνει την εθνική κυριαρχία και αυτονομία των κρατών-μελών στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής. Από τη μία πλευρά η Ε.Ε. κλίνει, είτε μέσω έκδοσης Κανονισμών-Οδηγιών είτε μέσω δικαστικών αποφάσεων, προς την προώθηση της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς και τη διαφύλαξη των τεσσάρων βασικών ελευθεριών και από την άλλη τα κράτη-μέλη δίνουν προτεραιότητα στις δικές τους εθνικές πολιτικές. Ως εκ τούτου, η πολιτική υγείας βαδίζει ταυτόχρονα αφενός σε πορεία σύγκλισης των υγειονομικών συστημάτων και αφετέρου σε μία διαφορετική “εθνική” πορεία που επιχειρεί να διατηρήσει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφορετικών συστημάτων και να επηρεάσει την πορεία σύγκλισης βασιζόμενη στην αρχή της επικουρικότητας (Minogiannis, 2003).

Τα τελευταία έτη, παρατηρείται σταδιακή εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων και ανάπτυξη νέων μεικτών μοντέλων ιδιαίτερα στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας, και προσπάθεια αποκεντρωμένης διοίκησης. Η πλειοψηφία των αναπτυγμένων χωρών έχουν παρόμοιες εμπειρίες αναδιοργάνωσης παρά τα διαφοροποιημένα μοντέλα οργάνωσης και χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όλες οι χώρες αναζητούν μία πιο συντονισμένη προσέγγιση σε δύο κυρίαρχες μορφές (Bourgueil et al., 2009): α) συντονισμός των επαγγελματιών υγείας με εκτεταμένη άσκηση γενικής ιατρικής είτε μέσω group practice (κυρίαρχο μοντέλο στη Μ. Βρετανία) είτε μέσω κέντρων υγείας και πολυϊατρείων (επανεμφανιζόμενη τάση στη Γερμανία) και β) συντονισμός των κέντρων διαχείρισης χρόνιων παθήσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία. Και στους δύο ανωτέρω τύπους συντονισμού κυρίαρχο ρόλο έχει η ανάπτυξη νέων ρόλων του νοσηλευτικού προσωπικού³.

Με την πρόσφατη μεταρρύθμιση εγκαθίδρυσης του ΕΟΠΥΥ στην Ελλάδα εισάγονται

³ Στη Φινλανδία και τη Σουηδία εφαρμόζονται προγράμματα πρόληψης, συνταγογράφησης περιορισμένου εύρους φαρμάκων και follow-up χρόνιων ασθενειών από νοσηλευτικό προσωπικό κατόπιν ειδικής εκπαίδευσης (Bourgueil et al., 2009).

στοιχεία οιονεί αγοράς και επιχειρείται η δημιουργία συνθηκών ελεγχόμενου ανταγωνισμού με κριτήρια ελέγχου κόστους και ποιότητας (Θεοδώρου και συν., 2001). Η εφαρμογή των οιονεί αγορών σε επίπεδο ασφάλισης και παροχών, ως λύση «ιδεολογικής σύγκλισης», αφενός δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες ανταγωνισμού με αποτέλεσμα τον εξορθολογισμό των δαπανών και αφετέρου αμβλύνει τις ανισότητες λόγω του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής. Έτσι, δίνει ικανοποιητική λύση στο δίλημμα της αντιμετώπισης της υγείας ως «κοινωνικό αγαθό», σύμφωνα με την εκπλήρωση των συλλογικών κοινωνικών στόχων, ή ως «υπηρεσία», όπως επιβάλλουν οι κανόνες της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς. Πέραν των στρατηγικών συγκράτησης του κόστους, αδήριτη καθίσταται η ανάγκη προσανατολισμού σε ενιαίο σύστημα αποκεντρωμένης οργάνωσης και διοίκησης με δυσδιάκριτα όρια μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και μετεξέλιξης των νοσοκομείων σε μονάδες εντατικής νοσηλείας (Τούντας, 2001). Μολονότι η απόδοση των συστημάτων υγείας αξιολογείται βάσει της αποτελεσματικής χρήσης των δημόσιων πόρων και της προσβασιμότητας σε υψηλά ποιοτικές υπηρεσίες (Annual Growth Survey, 2013), οι ευρωπαϊκές συστάσεις⁴ περιορίστηκαν σε ζητήματα αποδοτικότητας και μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΦΥ

4.1 Η κατακερματισμένη εδραίωση του ΕΣΥ

Η ψήφιση του Ν.1397/83 περί «Εθνικού Συστήματος Υγείας», ως η πρώτη ριζική πολιτική άρσης των ανισοτήτων και εδραιωμένων αδικιών, αποτελεί σταθμό υγειονομικής μεταρρύθμισης στον ελληνικό υγειονομικό χώρο και σηματοδοτεί την έναρξη των αρχών αποκέντρωσης και συνέχειας της φροντίδας (Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας, 1985). Κύριοι πυλώνες είναι η εξυπηρέτηση του κοινωνικού συμφέροντος, η εξάλειψη φαινομένων μη ισότιμης πρόσβασης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και η παροχή δωρεάν περίθαλψης (Μάρδας, 1993). Στη χώρα μας η εν λόγω θεσμοθέτηση επήλθε με σημαντική χρονική καθυστέρηση σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Κυριακόπουλος και συν., 2004) στο πλαίσιο της σύγκλισης προς τον πρωταρχικό στόχο «Υγεία για όλους έως το έτος 2000» της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας, που έλαβε χώρα το 1977. Μέσω της θεσμοθέτησης του ΕΣΥ

⁴ Ειδικότερα για την Ελλάδα, λόγω του ότι υπόκειται σε σχέδιο οικονομικής προσαρμογής, δεν είχαν υποβληθεί προτάσεις για το έτος 2013.

αναπτύχθηκε η ΠΦΥ με την έναρξη λειτουργίας κέντρων υγείας αγροτικού ή αστικού τύπου και περιφερειακών ιατρείων ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων με οργανωτική και χρηματοδοτική σύνδεση.

Παρότι αποτέλεσε αφετηρία για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας και σημείο έναρξης δημόσιου διαλόγου για την υγεία χαρακτηρίζεται κυρίως από το νοσοκομειακό χαρακτήρα του καθώς περίπου το 55% της δημόσιας δαπάνης υγείας απορροφάται από τη νοσοκομειακή περίθαλψη (Ελληνας, 2005). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις υπηρεσίες υγείας μολονότι συμβάλλουν κατά ποσοστό μόλις 9-10% στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού ενώ η δημόσια υγεία, που συνδέεται με σειρά παραμέτρων, συστηματικά δε λαμβάνεται υπόψη (Κυριακόπουλος και συν., 2000).

Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας δημιούργησε ένα σύστημα υγείας που στόχευε απλά στη διαχείριση της εκδηλούμενης ασθένειας και όχι στην υγεία των πολιτών (Γείτονα, 2001) καθώς έθεσε σε δεύτερη μοίρα την πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Οι ιατροί της ΠΦΥ να αφιερώνουν σχεδόν αποκλειστικά τον χρόνο από το ιατρικό τους έργο στην περίθαλψη των ασθενών και σε μεγάλο βαθμό στη συνταγογράφηση φαρμάκων, με εξαίρεση προγράμματα εμβολιασμών και διενέργειας σποραδικών ΠΑΠ τεστ (Ελληνας, 2005). Η μετάβαση από το βιοϊατρικό μοντέλο στο ιατροκοινωνικό μοντέλο σημαίνει προληπτικές παρεμβάσεις είτε εστιάζοντας στην έγκαιρη διάγνωση (δευτερογενής πρόληψη) είτε καταπολεμώντας τις γενεσιουργές αιτίες της νόσου (πρωτογενής πρόληψη), μετατρέποντας τον ασθενή από απλό καταναλωτή ιατρικών υπηρεσιών σε ενεργό χρήστη με πλήρη επίγνωση της ασθένειας του και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (Τούντας, 2000).

Επιχειρώντας μία σύντομη ιστορική αναδρομή του εθνικού συστήματος υγείας των τελευταίων δεκαετιών, με επίκεντρο το χρονικό διάστημα από την ίδρυση του ΕΣΥ και εφεξής της 4^{ης} περιόδου (1974 έως 2000) και ολόκληρη την 5^η χρονική περίοδο (2000 έως σήμερα), διακρίνονται οι κάτωθι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες με κύρια αναφορά στις νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν την ΠΦΥ και τη δημιουργία δικτύων:

- Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του συστήματος Υγείας»: επιχειρεί σημαντικές αλλαγές στη φιλοσοφία του συστήματος υγείας και δίνει προτεραιότητα στην αποδοτικότητα και τη συγκράτηση του κόστους αλλά δεν τυγχάνει πλήρους εφαρμογής. Τα Κ.Υ. αποκόπτονται οργανικά και διοικητικά από τα νοσοκομεία και χρηματοδοτούνται από τις Νομαρχίες (όχι από τα νοσοκομεία), οι ιατροί επιλέγουν

μεταξύ πλήρους και ιδιωτικής απασχόλησης ενώ δεν εξασφαλίζεται η πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές δομές αλλά το κράτος εγγυάται την ύπαρξη ιδιωτικών και δημόσιων φορέων.

- N.2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»: καταργεί τις αλλαγές του προηγούμενου νόμου, επαναφέρει τις διατάξεις του Ν.1397/1983 σχετικά με την υπαγωγή των Κ.Υ. και των Π.Ι. στα νοσοκομεία και τυγχάνει πλήρους εφαρμογής.
- N.2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»: μεταξύ άλλων περιλαμβάνει το σχεδιασμό ανάπτυξης δικτύων ΠΦΥ, την υπαγωγή των Κ.Υ. στα νοσοκομεία και τη μετατροπή Π.Ι. σε αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ., τη θεσμοθέτηση του οικογενειακού ιατρού, την ίδρυση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας και τη θέσπιση κινήτρων για την προσέλκυση στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής αλλά δεν τυγχάνει πλήρους εφαρμογής. Με την έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομόνων του 1994 και τον εν λόγω νόμο προβλέπεται η δημιουργία Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μέσω της ενοποίησης των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ, των Ασφαλιστικών Οργανισμών, των ΟΤΑ και άλλων ΝΠΔΔ. Με την επιχειρούμενη μεταρρύθμιση «Υγεία για τον πολίτη» του 2000 ο εκσυγχρονισμός των πολυιατρείων του ΙΚΑ αναμένεται να οδηγήσει σε Κ.Υ. αστικού τύπου ενώ το σχέδιο νόμου «Οργάνωση και λειτουργία της ΠΦΥ» του 2008 προβλέπει την ένταξη των μονάδων ΠΦΥ των ασφαλιστικών οργανισμών σε ένα εθνικό δίκτυο ΠΦΥ (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).
- N.2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»: αποτελεί τη μεγαλύτερη τομή στη λειτουργία του ΕΣΥ διότι επιχειρεί παρεμβάσεις σε τρεις βασικούς τομείς του συστήματος υγείας, ήτοι την περιφερειακή συγκρότηση με τη δημιουργία των 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ), τη μετατροπή των νοσοκομείων σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠεΣΥ (τα νοσοκομεία επαναφέρονται στο πρότερο καθεστώς των ΝΠΔΔ με το Ν.3329/05) και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού αλλά έμεινε μετέωρη.
- N.3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»: οργάνωση της ΠΦΥ μέσω της καθιέρωσης του οικογενειακού και προσωπικού ιατρού, της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και τη λειτουργική υπαγωγή όλων των μονάδων ΠΦΥ υπό την εποπτεία των

ΠεΣΥΠ (μετονομασία ΠεΣΥ σε ΠεΣΥΠ με το Ν.3106/03). Βασική αφετηρία υπήρξε η ψήφιση του εν λόγω νόμου που προέβλεπε την ενίσχυση του ρόλου των υγειονομικών περιφερειών αλλά η αδράνεια κατέστησε το χρονοδιάγραμμα υλοποίησης ασφυκτικό και μάλιστα υπό εξαιρετική στενότητα οικονομικών πόρων (Σουλιώτης και συν, 2013). Αποπειράθηκε να δώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα μέσω της αξιοποίησης των υφιστάμενων δομών των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ, των πολυϊατρείων του ΙΚΑ και των τοπικών ιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών (Τσαντίλας, 2008).

- Ν.3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»: ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας του ΕΟΠΥΥ και ενοποιούνται οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων. Ένας από τους σκοπούς του ΕΟΠΥΥ (άρθρο 23) είναι ο συντονισμός και η διασφάλιση της συνεργασίας μεταξύ των φορέων της ΠΦΥ, ήτοι κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία του ΕΣΥ, των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ, των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ΟΤΑ και των ιατρείων υπηρεσίας υπαίθρου. Στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται, σύμφωνα με την παρ.2 του άρθρου 17 του εν λόγω νόμου, ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο κλάδος υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τις μονάδες υγείας του. Επιχειρείται με αυτόν τον τρόπο μία απόπειρα σχεδιασμού ενός νέου υγειονομικού χάρτη με την πλήρη καταγραφή των μονάδων υγείας του μεγαλύτερου ασφαλιστικού φορέα (ΙΚΑ) και των Κ.Υ. της χώρας.

Κατόπιν διαχρονικής μελέτης της νομοθεσίας για την ΠΦΥ προκύπτει ότι η καθιέρωση τόσο ενός ενιαίου φορέα υγείας όσο και του θεσμού του οικογενειακού ιατρού είτε δεν εφαρμόστηκε είτε δεν προβλεπόταν. Η έως σήμερα εμπειρία από τις πραγματοποιηθείσες νομοθετικές ρυθμίσεις για την ΠΦΥ στην Ελλάδα αναδεικνύει την ανικανότητα να επιτύχουν το θεμελιώδη πρωταρχικό σκοπό ενός συστήματος υγείας (Αλεξιάδου και συν., 2008), ήτοι τη διασφάλιση επιπέδου υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

4.2 Το διαχρονικό αίτημα δημιουργίας ενός ενιαίου φορέα υγείας, ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ και η αναγκαιότητα ενδυνάμωσης του

Μετά την εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Υγείας οι εκάστοτε κυβερνήσεις δεν εφάρμοσαν τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας τόσο στον τρόπο χρηματοδότησης και

διοίκησης όσο και στο ζήτημα της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων που αποτελούσε διαχρονικό αίτημα της τελευταίας εικοσαετίας. Σε συνέχεια της έκθεσης εμπειρογνομόνων προς το Υπουργείο Υγείας το 1994 περί αναγκαιότητας ενοποίησης των χρηματοδοτικών πηγών σε ένα κοινό ταμείο, συγκροτήθηκαν τρεις επιτροπές οι οποίες ανέδειξαν την ανάγκη ύπαρξης ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ) με στόχους τη συγκέντρωση των οικονομικών πόρων, την ορθολογική κατανομή τους και τον ενδελεχή έλεγχο για την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων αλλά οι εν λόγω προτάσεις δεν έτυχαν υλοποίησης (Υπουργείο Υγείας, 1995).

Ιδιαίτερη μνεία αξίζει να γίνει στο αναγγελθέν σχέδιο μεταρρύθμισης του Αλέκου Παπαδόπουλου το 2000 που περιλάμβανε τέσσερα βασικά συστατικά: α) τη δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ) με σκοπό τον συντονισμό των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων, β) την καθιέρωση 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ), γ) την οργάνωση ενός συστήματος βασικής περίθαλψης με στόχο την εγγραφή του συνόλου του πληθυσμού στη λίστα «προσωπικών» ιατρών και δ) τη ρύθμιση των εργασιακών σχέσεων των πανεπιστημιακών ιατρών και των ιατρών του ΕΣΥ καθώς και την εισαγωγή συστήματος αξιολόγησης τους. Ο ΟΔΠΥ, ως προπομπός του σημερινού ΕΟΠΥΥ, προβλεπόταν να συγκεντρώνει και να διαχειρίζεται τους πόρους υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων με κατανομή στα περιφερειακά τμήματα και να αγοράζει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας από το ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα με κριτήρια κόστους και ποιότητας (Θεοδώρου και συν., 2001). Ο ασθενής υποχρεούταν να επιλέξει προσωπικό ιατρό⁵ (ιδιώτη ή Κ.Υ.) με αποκλειστική ευθύνη των παραπομπών σε ειδικούς ιατρούς, εξειδικευμένες εξετάσεις και νοσοκομειακή περίθαλψη. Επιπλέον, το νομοσχέδιο περιλάμβανε μετατροπή των πολυιατρείων του ΙΚΑ και των Δήμων σε κέντρα υγείας αστικού τύπου.

Δεδομένου ότι το κατατεθέν νομοσχέδιο ήταν σαφές, δεν απαιτούσε τον προσδιορισμό διατάξεων σε δεύτερο στάδιο με προεδρικά διατάγματα. Ως εκ τούτου, οι αντιδράσεις των ομάδων ενδιαφερομένων -με καίριες αυτές των πανεπιστημιακών και νοσοκομειακών ιατρών, των ιατρών του ΙΚΑ, των συνδικάτων των δημοσίων υπαλλήλων τόσο του Υπουργείου

⁵ Σε περίπτωση μη εγγραφής του ασθενή σε λίστα προσωπικού ιατρού επιβαρύνεται εξολοκλήρου με το κόστος των υπηρεσιών ενώ οι εγγεγραμμένοι ασθενείς που δεν εκδίδουν παραπεμπτικό επιβαρύνονται το 50% του κόστους, με εξαίρεση τις επείγουσες περιπτώσεις.

Υγείας όσο και των νοσοκομείων, των προνομιούχων ασφαλιστικών ταμείων και των κομμάτων της αντιπολίτευσης- ήταν άμεσες και καταλυτικές (Featherstone, 2006) καθώς καθεμία εξ' αυτών την αντιμετώπισε ως παίγνιο μηδενικού αθροίσματος και διατήρησε κοινή στάση παρά τη διαφορετική πολιτική αφετηρία και τα ανόμοια επενδεδυμένα συμφέροντα (Featherstone, 2006). Ως εκ τούτου, ο Νόμος 2889 που εν τέλει ψηφίσθηκε στις αρχές του 2001 ήταν κατά πολύ ασθενέστερος από τις αρχικές προσδοκίες.

Η πρόσφατη υγειονομική μεταρρύθμιση σύστασης του ΕΟΠΥΥ (Ν.4318/11) ακολουθεί το πρότυπο του ΙΚΑ καθώς διατηρεί ένα φάσμα δομών ΠΦΥ που απευθύνεται κυρίως στις αστικές περιοχές. Αναλαμβάνει διττό ρόλο αφενός της διαχείρισης των πόρων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και αφετέρου της εποπτείας, χρηματοδότησης και λειτουργίας ενός δικτύου 300 περίπου μονάδων υγείας (Σουλιώτης και συν., 2013). Με την έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ διευρύνεται η προσπελασιμότητα και αυξάνονται οι βαθμοί ελευθερίας των ασφαλισμένων των λοιπών ταμείων, στο πρότυπο του ΟΠΑΔ, που μέχρι πρότινος ήταν αναγκασμένοι να προσέρχονται αποκλειστικά σε δομές του ΙΚΑ και του ΕΣΥ (Σολωμός, 2006). Δεδομένου ότι το σύστημα χρηματοδότησης δεν καλύπτεται αποκλειστικά από την κοινωνική ασφάλιση αλλά ένα μεγάλο μέρος αυτού από τον κρατικό προϋπολογισμό, οι ευνοϊκότερες υπηρεσίες που απολάμβαναν οι ασφαλισμένοι του ΟΠΑΔ σε σύγκριση με τα υπόλοιπα ταμεία δεν μπορεί να δικαιολογηθεί από το υψηλότερο ποσοστό εργοδοτικής εισφοράς καθώς εργοδότης ορίζεται το ίδιο το κράτος και η εργοδοτική εισφορά προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά συνέπεια από το σύστημα φορολόγησης.

Πριν την ένταξη του στον ΕΟΠΥΥ το ΙΚΑ είχε την ευθύνη της παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε 5,6 εκατομμύρια δικαιούχους σε ένα αποκεντρωμένο και πανελλαδικής κάλυψης δίκτυο 272 πολυϊατρείων και υγειονομικών μονάδων με 8.280 ιατρούς και 3.573 νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό (Σταθακοπούλου, 2014). Το μεγαλύτερο μέρος των παρεχόμενων υπηρεσιών περιοριζόταν στη συνταγογράφηση φαρμάκων (45% των περιστατικών) και σε παραπομπές των ασθενών σε νοσοκομεία και σε ιδιωτικά εργαστήρια για τη διενέργεια εξειδικευμένων εξετάσεων. Μεγάλο μέρος των ασφαλισμένων του ΙΚΑ αναζητούσε ιατρική περίθαλψη και σε άλλες δομές ΠΦΥ, με αποτέλεσμα το κόστος περίθαλψης να διπλασιάζεται (Souliotis & Lionis, 2004).

Κατά τους πρώτους μήνες λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ παρατηρείται η διατήρηση των τεσσάρων

προγενέστερων τύπων αγοράς, ήτοι: διμερές μονοπώλιο με τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, ατελές διμερές μονοπώλιο με τα Κ.Υ. και τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, μονοψώνιο με το δίκτυο των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών και τις ιδιωτικές κλινικές και πλήρης αγορά σε ένα μεγάλο τμήμα της αγοράς ΠΦΥ (βλ. διάγραμμα 4.1).



Διάγραμμα 4.1 Η μορφή αγοράς υπηρεσιών υγείας μετά τον ΕΟΠΥΥ

Πηγή: ΕΣΔΥ 2012α

Γίνεται, λοιπόν, εμφανής η συνύπαρξη δύο δημόσιων υποσυστημάτων υγείας και η αναγκαιότητα διαμόρφωσης ενιαίου δημόσιου συστήματος υγείας με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ στις υγειονομικές περιφέρειες (Σουλιώτης και συν., 2103). Η Ελλάδα κατέχει τα πρωτεία στην αναλογία αριθμού ιατρών ανά 1.000 κατοίκους -περίπου 6 ιατροί ανά 1.000 κατοίκους ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος της Ε.Ε. είναι 3 ιατροί ανά 1.000 κατοίκους- (OECD, 2012) ενώ παρατηρούνται υψηλά φαινόμενα προκλητής ζήτησης που ενισχύουν την απουσία ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των παρόχων και προμηθευτών

υγείας.

Με το Ν.4238/2014 η μεταφορά των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ στις ΥΠΕ αποτελεί σημαντικό βήμα εξομάλυνσης των σχέσεων στην αγορά της ΠΦΥ καθώς συνεισφέρει στην καθιέρωση ενός ενιαίου δικτύου, όσον αφορά τον τομέα της προσφοράς, και την εδραίωση του αγοραστικού ρόλου του ΕΟΠΥΥ και την ενίσχυση της διαπραγματευτικής του δύναμης έναντι των προμηθευτών του, από την πλευρά της ζήτησης. Ο ΕΟΠΥΥ εισάγει στοιχεία οιονεί αγοράς στο χώρο της υγείας καθώς εγκαθίσταται ως ρυθμιστής των σχέσεων ζήτησης και προσφοράς διασφαλίζοντας ισορροπία μεταξύ καταναλωτών, παροχών και χρηματοδοτών. Το εν λόγω μοντέλο δύναται να απονέμει κοινωνική δικαιοσύνη και να δώσει ικανοποιητική λύση τόσο στην ανεπάρκεια του κρατικού μηχανισμού όσο και στις προκαλούμενες ανισότητες από τις άτεγκτες δυνάμεις της αγοράς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Η ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ ΒΗΜΑ ΠΡΟΣ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Οι 5 προτάσεις για τον νέο ΕΟΠΥΥ: κοινά σημεία και διαφορές

Στο πλαίσιο του δημόσιου διαλόγου για την ΠΦΥ κατατέθηκαν πέντε προτάσεις για τη δημιουργία του νέου ΕΟΠΥΥ, εκ των οποίων οι τρεις πρώτες έλαβαν μεγαλύτερης διάστασης στον τύπο και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ως κάτωθι:

- 1) η πρόταση της ομάδας του κ. Σουλιώτη, επίκουρου καθηγητή Πολιτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (Σεπτέμβριος 2013)
- 2) η πρόταση της Task Force, Ομάδας Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, σε συνεργασία με τη συσταθείσα επιτροπή ΠΦΥ στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας «Υγεία εν Δράσει» του Υπουργείου Υγείας (Σεπτέμβριος 2013)
- 3) η πρόταση της ομάδας του κ. Κοντού, Προέδρου του ΕΟΠΥΥ, σε συνεργασία με στελέχη της ΕΣΔΥ (Οκτώβριος 2013)
- 4) η πρόταση του κ. Μπασκόζου, βουλευτή του ΣΥΡΙΖΑ, υπεύθυνου του τομέα υγείας και κοινωνικού κράτους (Οκτώβριος 2013)
- 5) η πρόταση της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας - ΟΕΝΓΕ (Οκτώβριος 2013)

Επιχειρώντας μία κριτική προσέγγιση των πέντε κατατεθειμένων προτάσεων για την επικείμενη μεταρρύθμιση προκύπτουν αρκετά κοινά σημεία αλλά και ουσιαστικές διαφορές. Και οι πέντε προτάσεις συγκλίνουν στη μη αποτελεσματική λειτουργία του υφιστάμενου συστήματος ΠΦΥ και την ανάγκη αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών του.

Ο διαχωρισμός του ΕΟΠΥΥ από το ρόλο του παρόχου βρίσκει σύμφωνες όλες τις ομάδες, με την ομάδα του κ. Σουλιώτη να προτάσσει επιπλέον την εγγύηση πλήρους κάλυψης του συνολικού πληθυσμού και την υιοθέτηση μίας βασικής δέσμης υπηρεσιών υγείας. Εξαιρεση αποτελεί η πρόταση του κ. Κοντού που πρεσβεύει το αντίθετο καθώς προτάσσει την παραμονή του στον εν λόγω ρόλο και προβλέπει τη λειτουργική αναδιάρθρωση των μονάδων ΠΦΥ βάσει πληθυσμιακών και γεωγραφικών κριτηρίων. Προς αυτήν την κατεύθυνση συγκλίνει και σχετική πρόταση στελεχών της ΕΣΔΥ καθώς αντιτίθεται στον πλήρη διαχωρισμό του ΕΟΠΥΥ από την ΠΦΥ και τη συνύπαρξη ενός δημόσιου μονοπωλίου από την πλευρά της προσφοράς και ενός μονοψωνιακού αγοραστή από την πλευρά της ασφάλισης (ΕΣΔΥ, 2013α). Ως επιχείρημα προτάσσεται ότι η εν λόγω εκδοχή του διαχωρισμού παρόχου-αγοραστή, αν και λογικοφανής, συγκεντρώνει τα αρνητικά συστατικά των μοντέλων Bismarck και Beveridge καθώς ενισχύει τη μονοπωλιακή ισχύ της προσφοράς, αδυνατεί να ικανοποιήσει την προκαλούμενη ζήτηση και κατά συνέπεια οδηγεί σε αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών. Η εν λόγω πρόταση υποστηρίζει ότι, παρόλο που τα συστήματα Beveridge έχουν αποδεδειγμένα θετικά αποτελέσματα στο πλαίσιο καθορισμένου προϋπολογισμού (Grumbach et al., 1997), εντούτοις έχουν εμφανή προβλήματα στην αποδοτικότητα, ήτοι θέματα προσβασιμότητας και διαθεσιμότητας της παρεχόμενης φροντίδας και αποτελούν τακτική οπισθοχώρησης στην εξελικτική πορεία των συστημάτων υγείας (ΕΣΔΥ, 2013α). Ωστόσο, δεδομένου ότι ακόμα και η πρόταση των στελεχών της Διοίκησης του ΕΟΠΥΥ προτείνει τη θεσμική και οργανωτική διάκριση δύο κλάδων εντός του ίδιου οργανισμού, εγείρεται η επιτακτική ανάγκη επανακαθορισμού του ρόλου του.

Η πρόταση της ομάδας του κ. Κοντού διαφωνεί με την υπαγωγή των μονάδων ΠΦΥ στις υγειονομικές περιφέρειες και προσανατολίζεται στη δημιουργία ενιαίου φορέα ΠΦΥ και τη συγκρότηση δικτύου που συμπεριλαμβάνει τις μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ, τα Κ.Υ., τα Π.Ι. και τους ιδιώτες συμβεβλημένους παρόχους υπό ενιαίο προϋπολογισμό και διοίκηση. Ανά περιφερειακή ενότητα προτείνεται η λειτουργία Νομαρχιακού Δικτύου ΠΦΥ με πυρήνα τη Νομαρχιακή Μονάδα Αναφοράς Υγείας και αρμοδιότητα την εποπτεία των επιμέρους δικτύων

ανά καλλικρατικό δήμο (Κοντός και συν., 2013). Αντίθετα, η πρόταση του κ. Σουλιώτη προωθεί τη διαμόρφωση ενός ενιαίου δημόσιου συστήματος ΠΦΥ μέσω της υπαγωγής όλων των δομών ΕΣΥ και ΕΟΠΥΥ στις υγειονομικές περιφέρειες με αρμοδιότητα την εποπτεία, τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση τους και διοικητική αυτοτέλεια (στελέχωσης, στόχων και προϋπολογισμού) για τις νέες μονάδες ΠΦΥ. Παρότι οι τέσσερις εκ των πέντε προτάσεων συμφωνούν στη βασική δομή διαχείρισης του νέου συστήματος, εντούτοις υπάρχουν καίριες διαφορές στη μορφή και τα επίπεδα διοίκησης των μονάδων υγείας.

Οι τέσσερις εκ των πέντε προτάσεων υποστηρίζουν την ανάγκη λειτουργίας του νέου συστήματος σε 24ωρη βάση με εξαίρεση την πρόταση του κ. Κοντού που αναφέρει ωράριο λειτουργίας σε ολόημερη βάση (8 π.μ. έως 8 μ.μ.) και 24ωρη εκ περιτροπής λειτουργία, όπου κρίνεται απαραίτητο. Ειδικότερα, η πρόταση της ομάδας Σουλιώτη προβλέπει, πέραν της λειτουργίας των δομών σε 24ωρη βάση, και επιχειρηματικό μετασχηματισμό των πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ κατά το πρότυπο των Κ.Υ. (Σουλιώτης και συν., 2013).

Όσον αφορά την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού υπάρχει αντίστοιχη πρόβλεψη και στις πέντε προτάσεις με τη διαφορά ότι η αυτή της Task Force προβάλλει την εγγραφή στη λίστα του οικογενειακού ιατρού ως υποχρεωτική. Αντίθετα, η ομάδα του κ. Σουλιώτη προτείνει την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού συνδεδεμένου με δράσεις πρόληψης και κατ' οίκον φροντίδας και όχι στο αυστηρό πλαίσιο του "gate-keeping", με στόχο τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και παράλληλη προσφυγή του ασθενή σε ειδικό ιατρό κατόπιν ελεύθερης επιλογής (Σουλιώτης και συν., 2013). Ομοίως, η ομάδα του κ. Κοντού υποστηρίζει τη δυνατότητα εγγραφής σε γιατρό αναφοράς, όχι ως μοναδική πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας αλλά ως υποστηρικτικό ρόλο προκειμένου να διευκολυνθεί η κατεύθυνση του ασθενή (gate opening) και να επιτευχθεί η συνέχεια της φροντίδας μέσω της αναπομπής από τον ειδικό ιατρό προς τον οικογενειακό ιατρό αναφοράς (Κοντός και συν., 2013).

Και οι πέντε προτάσεις εμπερικλείουν κρατική χρηματοδότηση με συγκεκριμένη πρόταση της Task Force για ένταξη του προϋπολογισμού της ΠΦΥ στις υγειονομικές περιφέρειες ενώ η ομάδα του κ. Κοντού προτάσσει τη διαμόρφωση σφαιρικού προϋπολογισμού ανά περιφερειακή ενότητα σύμφωνα με το μέγεθος του πληθυσμού, επιδημιολογικούς παράγοντες και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Η ομάδα του κ. Σουλιώτη προτείνει τη μετατόπιση πόρων ώστε οι σχετικές δαπάνες να μην υπολείπονται του 15% των δημοσίων δαπανών υγείας.

(Φυντανίδου, 2013α). Ωστόσο, τόσο στις πέντε κατατεθειμένες προτάσεις όσο και στο ψηφισθέν νομοσχέδιο δε διαφαίνεται ουσιαστικά ο τρόπος αποτελεσματικής χρηματοδότησης του νέου δικτύου με αποτέλεσμα τον κίνδυνο εμφάνισης ολιγοπωλίων στο πλαίσιο αγοράς υπηρεσιών υγείας από τον ΕΟΠΥΥ.

Η ομάδα του κ. Κοντού προσανατολίζεται στη διατήρηση των εργασιακών σχέσεων του ιατρονοσηλευτικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού σύμφωνα με το προγενέστερο καθεστώς, ήτοι τη συνύπαρξη εργασιακών σχέσεων δύο ταχυτήτων. Η ομάδα της Task Force υποστηρίζει εργασιακές σχέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και μετακίνηση των ειδικευμένων ιατρών από τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ (Φυντανίδου, 2013α) ενώ η ομάδα του κ. Σουλιώτη προτείνει πλήρους απασχόλησης με την προϋπόθεση οι ιατροί που θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους με πάγια αντιμισθία να μην έχουν τη δυνατότητα σύναψης σύμβασης με τον ΕΟΠΥΥ. Η ομάδα της Task Force δεν κάνει καμία αναφορά στους ιδιώτες ιατρούς καθώς προβλέπει ο νέος ΕΟΠΥΥ να συνάπτει συμβάσεις με ΥΠΕ μόνο για τους δημόσιους παρόχους υγείας ενώ η πρόταση του κ. Μπασκόζου προωθεί τη σύναψη συμβάσεων στον ιδιωτικό τομέα από μηδενική βάση με κριτήριο την κάλυψη της ζήτησης από τις δημόσιες δομές και τη βαθμιαία υποβάθμιση του ιδιωτικού τομέα (Μπασκόζος, 2013).

Τέλος, όλες οι προτάσεις, πέραν αυτής της ΟΕΝΓΕ, κάνουν σχετική μνεία για χρήση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και κατ' οίκον φροντίδα των ασθενών. Η ομάδα του κ. Σουλιώτη προτείνει την αρχική ενσωμάτωση ενός ατομικού αρχείου υγείας στην εφαρμογή της ΗΔΙΚΑ και εν συνεχεία την ενσωμάτωση με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας και τη διασύνδεση με τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς.

5.2 Ψήφιση του Ν.4238/14 περί ΠΕΔΥ

Την 4^η Δεκεμβρίου 2013 επικεφαλής του Υπουργείου Υγείας πραγματοποίησαν συνάντηση με ξένους εμπειρογνώμονες της Ομάδας Δράσης για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, οι οποίοι πρότειναν δύο μοντέλα -συγκεντρωτικό και αποκεντρωμένο- του νέου ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή και προέβαλλαν την πρόταση του διαχωρισμού του κλάδου αγοράς υγείας από τον κλάδο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προκειμένου να επιτευχθεί η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και να απαλειφθεί ο κατακερματισμός του. Έμφαση δόθηκε στην 24ωρη καθημερινή ΠΦΥ σε αντιδιαστολή της υφιστάμενης, περιορισμένης χρονικά, πρωινής πενθήμερης λειτουργίας, την ορθολογική χωροταξική κατανομή των μονάδων ΠΦΥ μέσω

συγχωνεύσεων γειτνιαζόντων μονάδων και τις ελλείψεις σύμφωνα με τον υγειονομικό χάρτη.

Στις 24/1/2014 δημοσιεύεται εισηγητική έκθεση επί της αρχής και επί των άρθρων του σχεδίου νόμου «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις» (βλ. Παράρτημα Γ.2). Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση, επιχειρείται η αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με επίκεντρο της υγειονομικής φροντίδας τον πολίτη και τις ανάγκες υγείας ενώ η μη επίτευξη της προκαλεί αισθήματα δυσαρέσκειας και ανασφάλειας στους πολίτες (Ελληνικό Κοινοβούλιο, 2013α). Παρά τη θύελλα αντιδράσεων (βλ. Παράρτημα Γ.3 και Γ.4) η πλειοψηφία των άρθρων του επίμαχου νομοσχεδίου υπερψηφίστηκε με τη στήριξη της ΝΔ και του ΠΑΣΟΚ στις 6/2/14 με 151 ψήφους υπέρ (ΝΔ-ΠΑΣΟΚ) και 119 ψήφους κατά (κόμματα της αντιπολίτευσης) και ο νόμος 4238/14 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις» δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 38, 17/2/14, τ. Α΄.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΛΑΝΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΔΥ ΚΙΛΚΙΣ

6.1 Καθορισμός αποστολής, οράματος και στρατηγικών στόχων της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς

Η εφαρμογή στρατηγικής διοίκησης σε μία μονάδα υγείας προϋποθέτει την ανάπτυξη και προώθηση των κατάλληλων πολιτικών που ευνοούν τη στρατηγική δράση. Οι τρεις φάσεις του στρατηγικού προγραμματισμού διακρίνονται ως εξής (Παπούλιας, 2002): α) *1η φάση* αποτίμησης της κατάστασης, ήτοι ανάλυσης εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, β) *2η φάση* στρατηγικής ανάλυσης, ήτοι προσδιορισμού της αποστολής, του οράματος και των επιμέρους στρατηγικών στόχων με τη βοήθεια σύγχρονων διαγνωστικών εργαλείων και γ) *3η φάση* στρατηγικής εφαρμογής, ήτοι υλοποίησης του προγράμματος και ελέγχου μέσω αξιολόγησης δεικτών μέτρησης των αποτελεσμάτων.

Κρίσιμος είναι ο ρόλος των αξιών που διέπουν τη μονάδα υγείας καθώς λειτουργούν ως “ηθική πυξίδα” κατευθύνοντας τη δράση των εμπλεκόμενων και οφείλουν να είναι εύκολα μνημονεύσιμες και απτές στους εργαζόμενους (Burns et al., 2012). Η αποστολή της μονάδας υγείας ορίζεται ως το θεμέλιο της στρατηγικής κατεύθυνσης καθώς αφενός εμπεριέχει το λόγο ύπαρξης και την κύρια λειτουργία της και αφετέρου θέτει τη βάση της στρατηγικής καλώντας τους εργαζόμενους σε δράση (Burns et al., 2012). Ενώ η αποστολή αντικατοπτρίζει

τον υπάρχοντα στόχο, το όραμα επικεντρώνεται στο επιθυμητό μέλλον και πρέπει να συνδέεται με εδραιωμένες αξίες (Duncan et al., 2008), όπως προσφορά στους πολίτες, ευθύνη του προσωπικού και κοινωνική αποδοχή των υπηρεσιών.

Αποστολή της μονάδας υγείας είναι η αδιάλειπτη προσφορά δημόσιων υπηρεσιών υγείας που να ανταποκρίνονται πλήρως στις ανάγκες των πολιτών με σημαντικές τομές στα προϋπάρχοντα συστήματα λειτουργιών και διαδικασιών και απώτερο στόχο την επίτευξη τριών συνθηκών: βέλτιστου ιατρικού αποτελέσματος, αξιοποίησης υπαρχόντων πόρων και ικανοποίησης των ασθενών (Bodenheimer & Grunbach, 2010).

Όραμα αποτελεί η βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών της μονάδας υγείας και η καθιέρωση της ως μονάδα πρότυπο για την 4^η ΥΠΕ στην περιοχή της κεντρικής Μακεδονίας με πλήρεις δυνατότητες βιοϊατρικής τεχνολογίας και υψηλά επίπεδα ικανοποίησης τόσο του πληθυσμού αναφοράς όσο και του προσωπικού.

Μεταξύ των *στρατηγικών στόχων* μπορούν να συγκαταλεχθούν οι εξής:

- ✧ ποιοτική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μείωση των χρόνων αναμονής σε συγκεκριμένες ειδικότητες και αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του παραγόμενου έργου
- ✧ επάρκεια στελέχωσης της μονάδας υγείας με πλήρες φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων στο πλαίσιο των αρχών της ελεύθερης πρόσβασης και καθολικής κάλυψης
- ✧ εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης, εισαγωγή κινήτρων και υιοθέτηση προτύπων ενίσχυσης της πρόληψης και προαγωγής της υγείας
- ✧ ενεργός συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων, προσανατολισμός του ασθενή στο σύστημα υγείας και επίτευξη υψηλού επιπέδου ικανοποίησης τόσο των χρηστών όσο και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού
- ✧ εδραίωση μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης της αποδοτικότητας, συνάρτηση κόστους-αποτελεσματικότητας, εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης και πιστοποίηση της μονάδας βάσει διεθνών προτύπων ποιότητας

Τα πιεστικά προβλήματα της χώρας και οι όροι των υπογραφέντων μνημονίων οδήγησαν στην εφαρμογή έως σήμερα πολιτικών στο πλαίσιο οριζόντιων περικοπών και λήψης

σπασμωδικών μέτρων που προδίδουν την απουσία εφαρμογής ενός στρατηγικού πλάνου σχεδιασμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας και κατάλληλων τεχνικών αποτύπωσης της υφιστάμενης κατάστασης. Στη σύγχρονη εποχή της οικονομικής κρίσης τα συγκριτικά πλεονεκτήματα που προσφέρει ο στρατηγικός σχεδιασμός και η συντονισμένη δράση μπορούν να λειτουργήσουν ως άδραξη «παράθυρου ευκαιρίας» (Λαδή & Νταλάκου, 2010) και εφαρμογής διαρθρωτικών αλλαγών ώστε η δύσκολη οικονομική συγκυρία να εξελιχθεί σε αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

6.2 Υλοποίηση SWOT ανάλυσης για τη μονάδα υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς

Προκειμένου να σχεδιασθεί ένα αποτελεσματικό στρατηγικό πρόγραμμα πρέπει να εναρμονισθούν οι τιθέμενοι στόχοι με τα μέσα που διαθέτει η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς. Η SWOT ανάλυση, η οποία χρησιμοποιείται στη 2^η φάση του στρατηγικού σχεδιασμού, βοηθά προς αυτή την κατεύθυνση καθώς αναδεικνύει αφενός τα δυνατά και αδύνατα σημεία του εσωτερικού περιβάλλοντος και αφετέρου τις ευκαιρίες και απειλές του μεταβαλλόμενου εξωτερικού περιβάλλοντος (Wheelen & Hunger, 2009).

Το ζητούμενο είναι ο συνδυασμός χρηματοδοτικών, ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων προκειμένου να δημιουργούνται μακρόβιες θεμελιώδεις ικανότητες ως συγκριτικό πλεονέκτημα της μονάδας (Παπαδάκης, 2012). Μέσω της καταγραφής των δυνατών και αδύνατων σημείων δίνεται, από τη μία πλευρά, η δυνατότητα για αυτοκριτική και βελτίωση των εσωτερικών παραγόντων στη λειτουργία της μονάδας και από την άλλη, διερευνώνται οι εξωτερικές συνθήκες ώστε να αξιοποιηθούν στο μέγιστο βαθμό οι ευκαιρίες και να μην υποτιμηθούν οι απειλές.

Η κατωτέρω SWOT ανάλυση καθορίζει την ταυτότητα της μονάδας υγείας καθώς παρέχει τη δυνατότητα εις βάθος γνώσης των δυνατών και αδύνατων σημείων και της μελλοντικής πορείας της. Κρίσιμη είναι η εφαρμογή τόσο συνδυαστικών στρατηγικών των δυνάμεων του εσωτερικού περιβάλλοντος με τις εντοπισμένες ευκαιρίες όσο και στρατηγικών εξουδετέρωσης των αδυναμιών-απειλών ή μετατροπής των αδυναμιών σε δυνάμεις και των απειλών σε ευκαιρίες (Τζωρτζάκης & Τζωρτζάκη, 2007).

Δυνατά σημεία (Strengths)

- ιατρονοσηλευτικό και λοιπό διοικητικό προσωπικό υψηλών δυνατοτήτων και άρτια επιστημονική κατάρτιση
- χαμηλό κόστος λειτουργίας της μονάδας
- επαρκές νομικό πλαίσιο για την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας
- υψηλοί δείκτες απασχόλησης προσωπικού (σε σύγκριση με τον ιδιωτικό τομέα) και μικρότερου βαθμού μισθολογικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των απασχολούμενων επαγγελματιών υγείας (Σουλιώτης, 2000)
- εμπειρία από τις τέως μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ και των στελεχών τους ως δεξαμενή πρακτικών γνώσεων για την άσκηση κλινικής πρακτικής «πρώτης γραμμής»
- διαχρονική παρουσία της δομής στο χώρο της υγείας στο νομό από το έτος 2001 των πολυϊατρείων του ΙΚΑ ως σημαντικό πλεονέκτημα μετεξέλιξης και προσαρμοστικότητας σε νέες καταστάσεις (λειτουργία ως αυτοτελής Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας από 1/1/2007 σύμφωνα με την 070/622, 25-10-06 εγκύκλιο του ΙΚΑ)
- γεωγραφική θέση της μονάδας πλησίον του Γ.Ν Κιλκίς και παραπλεύρως του υποκαταστήματος ΙΚΑ
- σύντομοι χρόνοι αναμονής τόσο για τη διαδικασία κλεισίματος των ραντεβού όσο και για την ίδια την εξέταση με συνεπαγόμενη διαθεσιμότητα της δομής στο χρόνο που ζητείται από τον ασθενή
- σύγχρονο μηχανογραφικό σύστημα και επαρκής κτιριακή υποδομή καθώς η εν λόγω μονάδα στεγάζεται σε ιδιόκτητο κτίριο παραχωρημένο από το ΙΚΑ στην 4^η ΥΠΕ, γεγονός που επιτρέπει τη διασφάλιση οικονομικών πόρων, ορθολογικής αξιοποίησης της υπάρχουσας υποδομής και μελλοντικής επέκτασης μέσω επενδύσεων
- φήμη στην ευρύτερη περιοχή του νομού και ισχυρό όνομα στην πόλη του Κιλκίς
- ύπαρξη αντικινήτρων για ανάπτυξη προκλητής ζήτησης λόγω του δημόσιου χαρακτήρα της παρεχόμενης περίθαλψης
- διαθεσιμότητα οργανωμένων τόσο υγειονομικών δομών και υπηρεσιών υγείας (Κ.Υ., Π.Ι., Περιφερειακή Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ Κιλκίς, Δήμοι) όσο και κοινωνικών δομών (βοήθεια στο σπίτι, κοινωνικά φαρμακεία και εθελοντικές πρωτοβουλίες) προς αξιοποίηση τους μέσω ευρύτερων δικτύων συνεργασίας

Αδύνατα σημεία (Weaknesses)

- ανεπάρκεια διοικητικού προσωπικού και αδυναμία κάλυψης της ζήτησης συγκεκριμένων ιατρικών ειδικοτήτων μέσα στο ευρύτερο δίκτυο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του νομού με αποτέλεσμα δυσλειτουργίες και μη έγκαιρη λήψη ιατρικής φροντίδας
- μη παροχή υπηρεσιών όλο το 24ωρο και σε καθημερινή βάση
- ισχυρό δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών του ΕΟΠΥΥ και έκφραση μεγαλύτερης εμπιστοσύνης των ασθενών στους ιδιώτες ιατρούς
- μη λειτουργία μικροβιολογικού και ακτινολογικού εργαστηρίου με επακόλουθο τόσο τη σταδιακή αχρηστία ενός σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού όσο και την αδυναμία κάλυψης αναγκών των πολιτών
- υπολειτουργία της μονάδας λόγω μείωσης των περιστατικών (ραντεβού) σε σύγκριση με την προγενέστερη μορφή των μονάδων υγείας ΕΟΠΥΥ
- δυσκολία πρόσβασης λόγω μη ορισμού γραμμής αστικής συγκοινωνίας τόσο για τη διευκόλυνση των ασθενών εντός της πόλης όσο και για τη σύνδεση με άλλα σημεία του νομού
- αποσπασματική διασύνδεση της μονάδας με τη ΔΦΥ και τις λοιπές δομές ΠΦΥ, έλλειψη διαδικασιών που προάγουν την αγαστή συνεργασία, μη συντονισμός των περιστατικών και αλληλοεπικαλύψεις της μονάδας με άλλες δομές ΠΦΥ
- ανεπαρκές σύστημα διοίκησης, απουσία σύγχρονων εργαλείων μανάτζμεντ και ανάγκη για προσλήψεις εξειδικευμένων στελεχών στη θέση του Διευθυντή της μονάδας σε αντικατάσταση του υπάρχοντος καθεστώτος
- παντελής έλλειψη μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ιατρικό επίπεδο καθώς το υπάρχον ανεπαρκές και υποκειμενικό σύστημα αξιολόγησης δεν ανταποκρίνεται σε αδιαμφισβήτητα δεδομένα και πραγματικές επιδόσεις
- μηδαμινός βαθμός διοικητικής και οικονομικής αυτοτέλειας της μονάδας και απουσία εθνικής πολιτικής και στρατηγικού σχεδιασμού με επακόλουθη έλλειψη στρατηγικής κατεύθυνσης για τις μονάδες υγείας
- στενότητα δημοσιονομικών πόρων και ελλιπής χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς το μεγαλύτερο μέρος των οικονομικών πόρων απορροφώνται από δαπάνες νοσηλευτικής φροντίδας
- έλλειψη εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας που συνεπάγεται ανεπαρκή οργάνωση και αποτελεί τροχοπέδη για τον επαναπροσδιορισμό των εσωτερικών διαδικασιών της μονάδας

Ευκαιρίες (Opportunities)

- συμμετοχή σε ευρωπαϊκά προγράμματα ΕΣΠΑ και χρηματοδότηση επενδύσεων στο πλαίσιο του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης για την εγκατάσταση πληροφοριακού συστήματος σε διασύνδεση με την 4^η ΥΠΕ
- εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης⁶ και επενδύσεις σε καινοτόμες ιδέες χρηματοδοτούμενες από το πρόγραμμα «Υγεία» της Ε.Ε., το ταμείο συνοχής και τα διαρθρωτικά ταμεία και τα ταμεία για έρευνα και καινοτομία «Horizon 2020»
- ένταξη σε υλοποίηση προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης και προαγωγής της υγείας για χρόνια νοσήματα και κύριους παράγοντες κινδύνου μέσω της ανάλυσης του νοσολογικού και επιδημιολογικού προφίλ των ασθενών και ανάπτυξη κλινικής έρευνας με εξοικονόμηση πόρων σε μακροπρόθεσμο πλάνο
- καθιέρωση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και σταδιακή εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς, με τεράστια οφέλη στη συνέχεια της φροντίδας, την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, και υιοθέτηση νέων τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας βάσει προτύπων άλλων χωρών
- εφαρμογή εκπαιδευτικών και αναπτυξιακών προγραμμάτων προσαρμογής του προσωπικού σε καινοτόμες υπηρεσίες στο πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- ενδυνάμωση του ρόλου της μονάδας υγείας στην ΠΦΥ ως αντίβαρο δημόσιου χαρακτήρα έναντι της δαπανηρής νοσοκομειακής περίθαλψης και επέκταση δραστηριοτήτων σε κενά ΠΦΥ, ήτοι αποκατάσταση, ανακουφιστική ιατρική, υπηρεσίες τηλεϊατρικής, ιατρικό τουρισμό
- σύγκλιση των στρατηγικών στόχων της μονάδας με τους αντίστοιχους της 4^{ης} ΥΠΕ προς την κατεύθυνση ανάπτυξης ολοκληρωμένου στρατηγικού σχεδίου και την απρόσκοπτη και αποτελεσματική λειτουργία μάνατζμεντ εντός της μονάδας υγείας
- παροχή βασικής δέσμης υπηρεσιών σε άπορους και ανασφάλιστους με γνώμονα τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων
- σύνδεση με δίκτυα φροντίδας χρόνιων πασχόντων βασιζόμενων σε νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας με αποδεδειγμένα θετικά αποτελέσματα τόσο σε οικονομικούς όρους όσο και σε όρους αποτελεσματικής διαχείρισης των ασθενών
- ίδρυση και ενεργοποίηση περιφερειακής υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας στην πόλη του Κιλκίς και σύνδεση της μονάδας υγείας με αυτήν ή ανάθεση σχετικών αρμοδιοτήτων δημόσιας υγείας στη δομή προκειμένου να εξασφαλισθούν πόροι, προσωπικό και τεχνογνωσία
- προώθηση διαδικασιών της επικείμενης μεταστέγασης της Περιφερειακής Διεύθυνσης ΕΟΠΥΥ Κιλκίς στο κτίριο της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ ώστε να απολαμβάνουν οι πολίτες διοικητικές υπηρεσίες στο ίδιο σημείο παροχής της ιατρικής φροντίδας

⁶ Μία ριζοσπαστική λύση για την χρηματοδότηση εν γένει του συστήματος υγείας είναι η πρόταση Λιαρόπουλου περί κατάργησης των ασφαλιστικών εισφορών, η αποσύνδεση της ασφαλιστικής κάλυψης από την εργασιακή θέση του ατόμου και η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος μέσω της γενικής φορολογίας (Παλαιολόγος, 2013).

Απειλές (Threats)

- χρονική επιμήκυνση της οικονομικής ύφεσης, περαιτέρω επιδείνωση των οικονομικών των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και ανεπαρκής δέσμευση των απαιτούμενων πόρων από τον κρατικό προϋπολογισμό για τη στελέχωση της μονάδας με επιπλέον ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό
 - απώλεια κοινοτικών πόρων λόγω μη έγκαιρου σχεδιασμού δράσεων σε εθνικό επίπεδο, αδράνεια των εμπλεκόμενων φορέων για τη διασφάλιση της υλοποίησης του ψηφισθέντος Ν.4318/14
 - ανοδική τάση του δείκτη δημογραφικής γήρανσης με αποτέλεσμα τόσο την αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας όσο και την αλλαγή της μορφής των απαιτούμενων υπηρεσιών με τεράστια κενά και ελλείψεις σε υπηρεσίες γηριατρικής, αποκατάστασης, διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων και κατ' οίκον φροντίδας
 - αύξηση της νοσηρότητας λόγω μαζικής υποδοχής Σύριων προσφύγων στην περιοχή της Ειδομένης και μετατόπιση των περιστατικών των κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων στη μονάδα και την ευρύτερη περιοχή
 - αλματώδης αύξηση της ανεργίας με επισφαλείς επιπτώσεις τόσο στην υγεία του πληθυσμού (πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα) όσο και στη βιωσιμότητα του συστήματος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης
 - αύξηση των απαιτήσεων των ασθενών, αλλαγή του καταναλωτικού προφίλ των χρηστών και αδυναμία αντιμετώπισης του μεγάλου όγκου των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα
 - αύξηση ζήτησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας λόγω της μείωσης της αγοραστικής δύναμης ασθενών-καταναλωτών και της επακόλουθης στροφής προς τις δημόσιες δομές (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010)
- σε συνδυασμό με ανεπάρκεια οικονομικών πόρων για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού
- μη πλήρης εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού με εμφανείς αρνητικές συνέπειες τόσο στον προσανατολισμό του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας όσο και στη συνεπαγόμενη στροφή προς τη ΔΦΥ
 - γραφειοκρατικές διαδικασίες στον οργανωτικό και διοικητικό τομέα της μονάδας υγείας, ως χαρακτηριστικό του ευρύτερου δημόσιου συστήματος υγείας, και παντελής έλλειψη διατομεακής συνεργασίας σε τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό επίπεδο
 - ασαφής στρατηγική κατεύθυνση επί σειρά ετών και πολιτική αστάθεια, ψήφιση νόμων που διαχρονικά είτε απελευθέρωναν είτε περιόριζαν τη λειτουργία των μονάδων υγείας
 - ανετοιμότητα μηχανισμών αντιμετώπισης αναδυόμενων απειλών για τη δημόσια υγεία προκαλούμενων από την εντεινόμενη οικονομική κρίση (ψυχιατρικές διαταραχές, κατάθλιψη, αλκοόλ) και δυσκολίες σκιαγράφησης του νέου επιδημιολογικού προτύπου
 - νοοτροπία προσωπικού, έλλειψη εξοικείωσης με νέες τεχνολογίες και αντιδράσεις στις προτεινόμενες αλλαγές (Ηλιοπούλου και συν., 2013)
 - απουσία ηγεσίας με όραμα, έλλειψη κουλτούρας μάνατζμεντ στις υπηρεσίες υγείας, αδυναμία προσαρμογής του ανθρώπινου δυναμικού στη νέα δομή και τις νέες διαδικασίες και μη τήρηση χρονοδιαγραμμάτων υλοποίησης

Προκειμένου να διευκολυνθεί η εφαρμογή στρατηγικής (Burns et al., 2012) για την εν λόγω μονάδα υγείας, η αρμόδια ΥΠΕ οφείλει να:

- ✓ ενισχύσει τις ικανότητες, δεξιότητες και πηγές που είναι απαραίτητες για την επίτευξη στρατηγικής δράσης
- ✓ συνδέσει τις εκροές με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα και τον προϋπολογισμό με τη στρατηγική
- ✓ εισάγει κίνητρα απόδοσης μέσω της σύνδεσης του συστήματος αμοιβών με την επίτευξη των στρατηγικών στόχων
- ✓ προωθήσει πολιτικές που ευνοούν τη στρατηγική δράση και εφαρμόσει κατάλληλα διαχειριστικά συστήματα
- ✓ εδραιώσει μία διαδικασία παρακολούθησης και αξιολόγησης ενσωματώνοντας τη στρατηγική δράση σε ετήσιες αξιολογήσεις

Στο πλαίσιο ενός συλλογικού οράματος με προσανατολισμό στους πολίτες, η επιχειρηματική στρατηγική που θα επιλεγεί από τη Διοίκηση της 4^{ης} ΥΠΕ μπορεί να είναι: (α) επιθετική με στόχο την επίτευξη της καλύτερης ανταγωνιστικής θέσης στο χώρο της υγείας ή (β) αμυντική με στόχο την αναχαίτιση των κινήσεων των ανταγωνιστών του κλάδου (Porter, 1985). Μεταξύ των τριών βασικών ανταγωνιστικών επιχειρηματικών στρατηγικών (στρατηγική ηγεσίας κόστους, στρατηγική διαφοροποίησης και στρατηγική εστίασης), η εν λόγω μονάδα θα μπορούσε να επιλέξει είτε στρατηγική διαφοροποίησης που να στοχεύει στην παραγωγή και διανομή μίας διαφοροποιημένης υπηρεσίας που είναι δύσκολα αντιγράψιμη είτε στρατηγική εστίασης με στόχο την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών ενός μικρού μέρους των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποδοτικά και αποτελεσματικά (Porter, 1985).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

7.1 Λόγοι επιλογής διεξαγωγής έρευνας ικανοποίησης

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτυπώνεται μέσω διενέργειας ερευνών απόψεων και παρατηρήσεων ή προτάσεων σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Έχει αποδειχθεί ότι τα τελευταία χρόνια, πέραν των παραγόντων που παραδοσιακά έπαιζαν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (πρόσβαση, ανταπόκριση και κόστος)

μείζονος σημασίας για τη διαμόρφωση υψηλού επιπέδου ικανοποίησης έχουν παράγοντες όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις ασθενή-ιατρού, ο σεβασμός στα δικαιώματα του ασθενή και γενικότερα παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής (Σιγάλας, 1999).

Η διεξαγωγή μελετών με επίκεντρο την ικανοποίηση παρέχει συνεχή ανατροφοδότηση και συντελεί σε μεγάλο βαθμό στην ενδυνάμωση των ασθενών (Famara, 2006). Ο ασθενής αποτελεί την αφετηρία και το τέλος στη διαδρομή της αξιολόγησης της ποιότητας και η άποψη των ασθενών πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων των υπηρεσιών υγείας (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Ο ικανοποιημένος πελάτης μοιράζεται τη θετική εμπειρία με άλλους 3 οικείους του ενώ ο δυσαρεστημένος μεταφέρει τις αρνητικές εντυπώσεις και τα παράπονα του σε άλλους 11 (Νιάκας, 1993). Η συνεχής διαδικασία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών ενταγμένη σε ετήσια πλάνα στρατηγικού σχεδιασμού αποτελούν πρωταρχικό στάδιο για τον εντοπισμό προβλημάτων ελλιπούς οργάνωσης και εφαλτήριο για διενέργεια βελτιωτικών δράσεων και διαχείρισης καταστάσεων κινδύνου (Λαζάρου, 2001).

7.2 Ταυτότητα και σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των μονάδων υγείας ΠΕΔΥ σε επίπεδο ενός επαρχιακού νομού και η αξιολόγηση της ποιότητας μέσω της ανάλυσης της συνολικής ικανοποίησης των χρηστών. Προσδοκώμενα αποτελέσματα ήταν η εξαγωγή συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα του νέου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο εντοπισμός κενών και δυσλειτουργιών και ο αντίκτυπος των μη εφαρμοσθεισών έως σήμερα διατάξεων του Νόμου 4238/14 στον προσανατολισμό του ασθενή μέσα στο δίκτυο της ΠΦΥ. Απώτερος στόχος ήταν η συμβολή της έρευνας στη διαμόρφωση μονάδων υγείας υψηλών προδιαγραφών που να ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες της σύγχρονης πραγματικότητας.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα είχαν ως επίκεντρο την εκπλήρωση ή μη του γενικού σκοπού, των ειδικών και επιμέρους στόχων του ψηφισθέντος Ν.4238/14 περί ΠΕΔΥ (βλ. Παράρτημα Γ.2) και ενείχαν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με τους κάτωθι παράγοντες και τα επιμέρους χαρακτηριστικά:

- δημογραφικά στοιχεία και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του χρήστη: φύλο, ηλικία, υπηκοότητα, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, τόπος διαμονής, επίπεδο υγείας και ασφαλιστική κάλυψη.
- χρόνοι αναμονής ραντεβού και εξέτασης: τρόπος και ευκολία καθορισμού ραντεβού (τηλεφωνική επικοινωνία ή φυσική παρουσία στη γραμματεία της μονάδας, τηλεφωνικό ραντεβού στα 5ψήφια νούμερα με χρέωση πέραν της αστικής) και χρόνοι αναμονής τόσο για το κλείσιμο του ραντεβού όσο και για το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την προκαθορισμένη ώρα της εξέτασης έως τη διενέργεια της.
- ιατρείο και ιατρική εξέταση: διάρκεια εξέτασης, επάρκεια χρόνου που αφιερώθηκε από τον ιατρό, προθυμία και σεβασμός του ιατρού προς τον ασθενή, παροχή επαρκών πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης, παροχή σαφών οδηγιών για τη θεραπευτική αγωγή, ενθάρρυνση προς τον ασθενή για συμμετοχική λήψη αποφάσεων.
- αντίληψη του ασθενή περί ασθενοκεντρικής προσέγγισης του δημόσιου συστήματος ΠΦΥ: επαρκής σύνδεση των δομών ΠΦΥ, κατεύθυνση σε ειδικούς ιατρούς και νοσοκομεία διαμέσου παραπομπής ενός γενικού οικογενειακού ιατρού, προτίμηση απευθείας αναζήτησης ενός ειδικού ιατρού και διασύνδεση της μονάδας υγείας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα.
- βαθμός χρήσης και ανταπόκρισης υπηρεσιών υγείας: συχνότητα και λόγοι επίσκεψης, τήρηση ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, σύγκριση επιπέδου εμπιστοσύνης των ιατρών της μονάδας σε σχέση με τους ιδιώτες, κάλυψη πλήρους φάσματος ιατρικών ειδικοτήτων, ωράριο λειτουργίας και λειτουργία μικροβιολογικού εργαστηρίου εντός της μονάδας υγείας.
- παράγοντες γενικού περιεχομένου: δήλωση προτίμησης δομής ΠΦΥ, σύσταση της μονάδας υγείας σε οικεία πρόσωπα, περιορισμός λήψης της αναγκαίας ιατρικής φροντίδας λόγω οικονομικών παραγόντων και αντίληψη των πολιτών για το εύρος κάλυψης των δομών των μονάδων υγείας του ΠΕΔΥ.

Η αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις μονάδες υγείας ΠΕΔΥ μπορεί να αποτελέσει από τη μία πλευρά γνώμονα ορθολογικής ανάπτυξης πλαισίου λειτουργικότητας για περαιτέρω προσέλκυση και διατήρηση των ασθενών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και από την άλλη πλευρά ανάχωμα της δαπανηρής νοσοκομειακής φροντίδας.

Στρατηγική επιλογή της πολιτικής ηγεσίας είναι η επίτευξη υψηλού βαθμού ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ώστε να προσελκύνονται οι χρήστες ειδικότερα σε περιπτώσεις που είναι εφικτή η αποτελεσματική διαχείριση νοσημάτων σε περιφερειακό επίπεδο (Τσιριντάνη και συν., 2010).

7.3 Εργαλείο μέτρησης

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας αξιοποιήθηκαν επιλεκτικά ερωτήσεις από το δομημένο ερωτηματολόγιο έρευνας ικανοποίησης ασθενών των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, που αναπτύχθηκε από τους Αλετρά και συν., κατόπιν λήψης σχετικής άδειας (βλ. Παράρτημα Α.1). Η αρχική μορφή του ερωτηματολογίου (βλ. Παράρτημα Α.2) περιλάμβανε 76 ερωτήσεις κλειστού τύπου και κατόπιν εφαρμογής του σε 20 συμμετέχοντες διαπιστώθηκε δυσκολία κατανόησης σε ορισμένους τύπους ερωτήσεων αλλά και δυσφορία ολοκληρωτικής συμπλήρωσης λόγω του υπερβολικού αριθμού ερωτήσεων. Μετά από επιλεκτική αφαίρεση των δυσνόητων ερωτήσεων, επαναδιατύπωση αμφιλεγόμενων εκφράσεων και προσθήκη επιπλέον πιθανών απαντήσεων σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε στην τελική του μορφή (βλ. Παράρτημα Α.3). Ενδεικτικά γίνεται αναφορά σε κάποιες εκ των αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν ως κάτωθι:

- αφαίρεση της ερώτησης 47 του αρχικού ερωτηματολογίου περί συχνότητας επίσκεψης τον τελευταίο μήνα και αντικατάσταση με την ερώτηση 28 του τελικού ερωτηματολογίου περί χρονικού προσδιορισμού της τελευταίας επίσκεψης.
- αφαίρεση των ερωτήσεων 56 και 57 του αρχικού ερωτηματολογίου για τη λειτουργία ακτινολογικού εργαστηρίου και τη συμμετοχή των πολιτών στη διενέργεια ακτινολογικών εξετάσεων καθώς ένας ερωτώμενος κατά τη διαδικασία της πρώτης πιλοτικής έρευνας ανέφερε ότι διενήργησε ακτινογραφία στη μονάδα. Παρόλο που το ακτινολογικό εργαστήριο δε λειτουργεί πλήρως, πραγματοποιούνται ελάχιστες μη εξειδικευμένες ακτινολογικές εξετάσεις εντός της μονάδας για ίδια χρήση και διευκόλυνση των ιατρών προς εκτίμηση διάγνωσης.
- αντικατάσταση, λόγω δυσνόησης, της φράσης «κάνει παραπομπή» των ερωτήσεων 60 και 63 του αρχικού ερωτηματολογίου με τη φράση «κατευθύνει» στις αντίστοιχες 24 και 27 ερωτήσεις του τελικού ερωτηματολογίου
- αφαίρεση της ερώτησης 66 του αρχικού ερωτηματολογίου λόγω σύγχυσης με την προηγούμενη ερώτηση 65

- διαμόρφωση της ερώτησης 74 του αρχικού ερωτηματολογίου στην 49 του τελικού καθώς η φράση «ποιοι θεωρείτε ότι είναι οι δικαιούχοι περίθαλψης» γινόταν αντιληπτή από κάποιους πολίτες ως «ποιοι θα έπρεπε να είναι οι δικαιούχοι περίθαλψης»

Η τελική προκύπτουσα μορφή του ερωτηματολογίου εμπεριέχει αρχικά μία ερώτηση-φίλτρο, ώστε να διασφαλισθεί ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν επισκεφθεί τη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ τους τελευταίους 12 μήνες προς αποκλεισμό αυτών που είχαν επισκεφθεί τη δομή με το πρότερο καθεστώς ως μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ, και εν συνεχεία 51 κλειστές ερωτήσεις με αμοιβαία αποκλειόμενες κατηγορίες απαντήσεων τύπου:

- ναι ή όχι
- πολλαπλών απαντήσεων που περιλαμβάνουν και την επιλογή «Άλλο» με δυνατότητα επακριβούς προσδιορισμού της απάντησης
- διατάξιμη πεντάβαθμη κλίμακα Likert που εκτιμά το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των ερωτώμενων αναφορικά με ορισμένες προτάσεις-δηλώσεις και πιθανές απαντήσεις ως εξής: συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα.

Η τελευταία ερώτηση είναι ανοιχτή και παρέχει τη δυνατότητα στον ερωτώμενο να διατυπώσει τυχόν σχόλια και παρατηρήσεις για το ερωτηματολόγιο που μόλις συμπλήρωσε.

Το τελικό ερωτηματολόγιο διαμορφώνεται σε έξι θεματικές ενότητες ως κάτωθι:

- ✚ 1^η ενότητα: Δημογραφικά χαρακτηριστικά
- ✚ 2^η ενότητα: Χρόνοι αναμονής ραντεβού και ιατρικής εξέτασης
- ✚ 3^η ενότητα: Ιατρείο και ιατρική εξέταση
- ✚ 4^η ενότητα: Ασθενοκεντρική προσέγγιση
- ✚ 5^η ενότητα: Χρήση και ανταπόκριση υπηρεσιών
- ✚ 6^η ενότητα: Ερωτήσεις γενικού περιεχομένου

Κατόπιν σύντομου εισαγωγικού σημειώματος, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν στην πρώτη ενότητα να συμπληρώσουν κάποια δημογραφικά στοιχεία ώστε να εξοικειωθούν με το ερωτηματολόγιο και να αυξηθούν οι πιθανότητες συμπλήρωσης του. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο και η επαγγελματική ιδιότητα, υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία και ελαστικότητα των μεταβλητών με ανομοιογένεια στον τρόπο μέτρησης ειδικότερα σε μελέτες διενεργηθείσες μεταξύ διαφορετικών χωρών (Γαλάνης, 2012).

Στη δεύτερη και τρίτη ενότητα κρίθηκε σκόπιμη η χρησιμοποίηση καθοριστικών για τη μελέτη ερωτήσεων που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί σε προγενέστερες μελέτες αφενός λόγω αύξησης της πιθανότητας εμφάνισης αξιοπιστίας και εγκυρότητας στη νέα μελέτη και αφετέρου λόγω της δυνατότητας σύγκρισης των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με παλαιότερες (Γαλάνης & Σπάρος, 2012). Ως εκ τούτου έγινε επιλεκτικός συνδυασμός ερωτήσεων από τις ενότητες του ερωτηματολογίου της ομάδας του κ. Αλετρά σχετικά με το κλείσιμο του ραντεβού, την αναμονή για εξέταση, το ιατρείο και την ιατρική εξέταση.

Οι τρεις τελευταίες ενότητες δημιουργήθηκαν εξ' ολοκλήρου για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Η τρίτη ενότητα αφορά την αντίληψη των χρηστών περί ασθενοκεντρικής ή μη προσέγγισης του νέου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας και την αναγκαιότητα εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού ιατρού ενώ η τέταρτη ενότητα το βαθμό χρήσης των υπηρεσιών υγείας της μονάδας αλλά και την ανταπόκριση που έχουν στην ικανοποίηση των χρηστών, ήτοι συχνότητα επισκεψιμότητας, κάλυψη πλήρους φάσματος ειδικοτήτων, τήρηση στοιχείων ιατρικού ιστορικού, ωράριο λειτουργίας κλπ. Η τελευταία ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις γενικού περιεχομένου, όπως έκφραση συνολικής δυσαρέσκειας ή ικανοποίησης, επιλογή κατά προτεραιότητα δομής ΠΦΥ, ρόλος του οικονομικού παράγοντα στις επιλογές των χρηστών, σύσταση της μονάδας σε οικεία πρόσωπα και κατάσταση υγείας των ερωτώμενων.

7.4 Πιλοτική μελέτη

Η μη χρήση κατάλληλων ερωτηματολογίων καθιστά μη αναστρέψιμα προβλήματα τόσο κατά τη φάση της ανάλυσης των δεδομένων όσο και κατά το στάδιο συζήτησης των αποτελεσμάτων της έρευνας καθώς λάθη και παραλείψεις μπορούν να διορθωθούν μόνο με διενέργεια εκ νέου μελέτης (Γαλάνης, 2012). Προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν τα λάθη και οι παραλείψεις στο μικρότερο δυνατό βαθμό κρίθηκε πρωταρχικής σημασίας η διεξαγωγή πιλοτικής μελέτης (pilot study) σε ένα μικρό δείγμα συμμετεχόντων τόσο στη αρχική μορφή του ερωτηματολογίου (20 άτομα) όσο και στην τελική του μορφή (30 άτομα).

Επιπλέον, εφαρμόστηκε το κριτήριο αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου, όπου το εργαλείο μέτρησης στην τελική του μορφή χρησιμοποιείται σε ένα δείγμα ατόμων (test) και έπειτα από την πάροδο ενός μικρού διαστήματος επαναχρησιμοποιείται στο ίδιο ακριβώς δείγμα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες (retest) προκειμένου να προκύψει ο βαθμός συσχέτισης των

απαντήσεων των ερωτώμενων σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές (Kimberlin & Winterstein, 2008). Δεδομένου ότι τα άτομα που συμμετέχουν στη διαδικασία των επαναληπτικών μετρήσεων ενδέχεται να εξοικειωθούν με τις ερωτήσεις και να δώσουν τις ίδιες απαντήσεις βασιζόμενοι στη λειτουργία της μνήμης⁷ (Ουζούνη & Νακάκης, 2011), επιλέχθηκε η μεσολάβηση χρονικού διαστήματος μίας εβδομάδας. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε ώστε μεταξύ των δύο χρονικών στιγμών συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου να μην έχει επέλθει κάποια σημαντική μεταβολή που να επηρεάζει τις απαντήσεις των ερωτώμενων (Γαλάνης, 2013).

Στην παρούσα έρευνα κρίθηκε σκόπιμη η διενέργεια ελέγχου-επανελέγχου προς εκτίμηση της αξιοπιστίας για τους κάτωθι λόγους: (α) η αποδεκτή αξιοπιστία του χρησιμοποιημένου εργαλείου μέτρησης του κ. Αλετρά σε προγενέστερες μελέτες δεν αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό του καθώς μεταβάλλεται μεταξύ διαφορετικών μελετών (Γαλάνης, 2013), (β) το επιλεγμένο εργαλείο μέτρησης δεν χρησιμοποιήθηκε αυτούσιο καθώς πραγματοποιήθηκε επιλεκτική αφαίρεση ερωτήσεων ανά ενότητα (2^η και 3^η) και προσαρμογή των ερωτήσεων στα δεδομένα της μονάδας υγείας και (γ) δημιουργήθηκαν τρεις εξολοκλήρου νέες ενότητες (4^η, 5^η και 6^η).

Για τις ερωτήσεις με απαντήσεις της μορφής πεντάβαθμης κλίμακας Likert υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman, με τιμές 0,3 έως 0,5 να δηλώνουν μέτρια αξιοπιστία, με τιμές 0,5 έως 0,7 να δηλώνουν υψηλή αξιοπιστία και τιμές 0,7 έως 1 να δηλώνουν άριστη αξιοπιστία. Στον πίνακα Β.1 (βλ. Παράρτημα Β') παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Spearman και οι αντίστοιχες τιμές *p* για τις ερωτήσεις με απαντήσεις της μορφής πεντάβαθμης κλίμακας Likert. Μόνο στις ερωτήσεις 22 και 32 βρέθηκε μέτρια αξιοπιστία και μη στατιστικά σημαντική σχέση, γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου (βλ. Παράρτημα Γ.5).

Επιπλέον, για κάθε ενότητα του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha με τιμές >0,6 να δηλώνουν αποδεκτή εσωτερική συνέπεια. Στην ενότητα «χρόνοι αναμονής ραντεβού και εξέτασης» ο Cronbach's alpha ήταν 0,6, στην ενότητα «αιτρείο και ιατρική εξέταση» ήταν 0,86, στην ενότητα «ασθενοκεντρική

⁷ Προς αποφυγήν αυτού του φαινομένου, γνωστού ως «αποτέλεσμα μνήμης» (memory effect), θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και η αξιοπιστία των εναλλακτικών τύπων μέσω της εναλλαγής της σειράς των ερωτήσεων ή της διαφορετικής αλλά ισοδύναμης μορφής διατύπωσης (Higgins & Straub, 2006, Bland & Altman, 2002).

προσέγγιση» ήταν 0,6 και στην ενότητα «ερωτήσεις γενικού περιεχομένου» ήταν 0,7. Σε όλες τις ενότητες ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ήταν $>0,6$ γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

7.5 Υλικό και Μεθοδολογία

Παρότι ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε στη λογική συμπλήρωσης από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, μετά την πρώτη πιλοτική έρευνα διαπιστώθηκε δυσκολία συμπλήρωσης από ηλικιωμένα άτομα και ανάγκη παροχής διευκρινίσεων σε κάποιες περιπτώσεις. Ως εκ τούτου, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί, όπου κρίθηκε αναγκαίο, η μέθοδος των προσωπικών συνεντεύξεων που αυξάνει το ποσοστό απόκρισης, περιορίζει τις πιθανότητες αναπάντητων ερωτημάτων, παρέχει τις απαραίτητες επεξηγήσεις (Crow et al., 2003) και παροτρύνει για ολοκλήρωση των απαντήσεων ακόμη και σε περιπτώσεις μακροσκελών ερωτηματολογίων (Tso et al., 2006). Η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είχε συνολική διάρκεια περίπου 10-12 λεπτά.

Για την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης ελήφθη η απαραίτητη έγκριση από το Διοικητή της 4^{ης} ΥΠΕ κατόπιν θετικής εισήγησης του Επιστημονικού Συμβουλίου (βλ. Παράρτημα Α.1). Η συλλογή των ερωτηματολογίων έλαβε χώρα τους καλοκαιρινούς μήνες από Ιούνιο έως και μέσα Αυγούστου του έτους 2015 από τυχαίο δείγμα των προσερχόμενων πολιτών στην Περιφερειακή Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ Κιλκίς. Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η συμπλήρωση του 18^{ου} έτους της ηλικίας, η γνώση της ελληνικής γλώσσας και η δυνατότητα επικοινωνίας.

Από τα 200 διανεμηθέντα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν σε πρώτη φάση 158 αλλά παρατηρήθηκε δυσκατανομή φύλου (56 άνδρες και 102 γυναίκες) και συλλέχθηκαν σε δεύτερη φάση επιπλέον 23 ερωτηματολόγια μόνο από άνδρες, με αποτέλεσμα ο τελικός αριθμός των ερωτηματολογίων να διαμορφωθεί σε 181. Η συμμετοχή των ερωτώμενων στην έρευνα ήταν εθελοντική με διασφάλιση της ανωνυμίας και γινόταν κατά τη φάση αποχώρησης τους από την Περιφερειακή Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ Κιλκίς. Πριν την έναρξη συμπλήρωσης τονίζόταν ο σκοπός της έρευνας, η δεοντολογική διαχείριση ευαίσθητων δεδομένων, η εμπιστευτικότητα της ανωνυμίας και η ανάγκη συμμετοχής σε αυτήν. Μετά τη συμπλήρωση τα ερωτηματολόγια τοποθετούνταν σε ειδικό κουτί εντός του γραφείου Διεύθυνσης της υπηρεσίας.

7.6 Ανάλυση δεδομένων

Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης, η βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς και η βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης. Η βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης λαμβάνει τιμές 0-10 (ερώτηση 43). Η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει αύξηση της συνολικής ικανοποίησης. Η βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 12 έως 22 και λαμβάνει τιμές 6-30. Η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει αύξηση της ικανοποίησης. Η βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 12, 13 και 15 και λαμβάνει τιμές 3-15. Η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει αύξηση της ικανοποίησης.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η υπηκοότητα και το επάγγελμα δεν χρησιμοποιήθηκαν στις ανεξάρτητες μεταβλητές εξαιτίας της περιορισμένης μεταβλητότητας των απαντήσεων. Στην περίπτωση των ονομαστικών μεταβλητών η μονομεταβλητή ανάλυση γίνεται με την παρουσίαση των απόλυτων (n) και σχετικών συχνοτήτων (%) ενώ στην περίπτωση των ποσοτικών μεταβλητών με την παράθεση των κατάλληλων μέτρων θέσης και διασποράς, ήτοι μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή (Γαλάνης, 2015). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε πως οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή εκτός από το εισόδημα.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών 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 η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες

μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). 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. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

7.7 Περιορισμοί της έρευνας

Στον αντίποδα των υποστηρικτών των ερευνών ικανοποίησης τίθεται η άποψη πολλών ερευνητών που αμφισβητούν τη χρησιμότητα των εν λόγω μετρήσεων δεδομένου ότι οι ασθενείς δεν έχουν ειδική επιστημονική κατάρτιση ώστε να είναι αντικειμενικοί κριτές, έχουν ασύμμετρη πληροφόρηση σχετικά με αυτό που πραγματικά χρειάζονται ως ιατρική φροντίδα και συχνά είναι εξαρτημένοι από τους επαγγελματίες υγείας, γεγονός που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την κρίση τους. Δεδομένου ότι οι ασθενείς αφενός έχουν ημιτελή πληροφόρηση περί της παρεχόμενης εξειδικευμένης φροντίδας και αφετέρου η κρίση τους τυγχάνει αντικείμενο επιρροής από μη κλινικούς παράγοντες, αμφισβητείται από πολλούς ότι η μέτρηση της ικανοποίησης δύναται να χρησιμοποιηθεί προς διευκόλυνση της διαδικασίας της ιατρικής θεραπείας (Bellack & O'Neil, 2000). Ως εκ τούτου, διατηρούνται επιφυλάξεις για την ικανότητα των ασθενών να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της υγειονομικής φροντίδας, λόγω έλλειψης πηγών πληροφόρησης, σε αντίθεση με τη διαπροσωπική πλευρά (Μερκούρης, 1996).

Σύμφωνα με τον Vuori η εγκυρότητα των διεξαγόμενων ερευνών με στόχο τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αμφισβητείται για τους κάτωθι λόγους (Vuori, 1999): α) ο ασθενής δεν κατέχει την απαραίτητη επιστημονική και τεχνικής φύσεως γνώση, β) η αντικειμενικότητα της άποψης του επηρεάζεται από τη σωματική και ψυχολογική του κατάσταση, γ) η ταχύτητα των αλλαγών στις θεραπευτικές παρεμβάσεις και διαγνωστικές εξετάσεις εμποδίζει την αποκόμιση ολοκληρωμένης εικόνας των διαδικασιών, δ) η διαφοροποίηση των στόχων ασθενών και επαγγελματιών υγείας οδηγεί σε αμφιλεγόμενα συμπεράσματα και ε) η έννοια της ποιότητας αποκλίνει κατά περίπτωση λόγω διαφορετικών πολιτισμικών νορμών, ατομικών χαρακτηριστικών και δημογραφικών στοιχείων.

Μολονότι τα συστηματικά σφάλματα επιλογής και πληροφορίας δύναται να διορθωθούν μόνο κατά τη φάση σχεδιασμού της μελέτης και συλλογής των δεδομένων (Γαλάνης & Σπάρος, 2012), εντούτοις η πλήρης εξουδετέρωση τους είναι μη ρεαλιστική, πράγμα που συνεπάγεται αναπόφευκτα την αδυναμία διενέργειας μίας τέλει μελέτης. Στη συγκεκριμένη μελέτη τα πιθανά συστηματικά σφάλματα που εισάγονται αναλύονται ως κάτωθι:

- *συστηματικό σφάλμα επιλογής* που οφείλεται στη διαδικασία επιλογής των συμμετεχόντων στην έρευνα:

i) συστηματικό σφάλμα άρνησης συμμετοχής καθώς οι συμμετέχοντες και οι μη συμμετέχοντες στην έρευνα μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους σε χαρακτηριστικά τα οποία σχετίζονται με την εκδήλωση ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας της μονάδας, επί παραδείγματι ενδέχεται άτομα τα οποία παρουσιάζουν υψηλό βαθμό δυσαρέσκειας να μην έδειξαν ενδιαφέρον συμμετοχής στην έρευνα και κατά συνέπεια να υποαντιπροσωπεύονται.

ii) επιλογή χρηστών από μία μόνο μονάδα υγείας με αποτέλεσμα τον περιορισμό διεύρυνσης των αποτελεσμάτων της έρευνας στο γενικό πληθυσμό των χρηστών των υπηρεσιών των μονάδων υγείας όλης της χώρας.

Η πρώτη περίπτωση συστηματικού σφάλματος θα μπορούσε να αντιμετωπισθεί με διενέργεια προσωπικών συνεντεύξεων επί του συνόλου, και όχι επιλεκτική, των ερωτώμενων που αφενός δεν αποκλείει τους μη εξοικειωμένους με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων και τους έχοντες μειωμένες δεξιότητες γραφής και ανάγνωσης και αφετέρου αναμένεται να συμπεριλάβει ακόμη και τους αδιάφορους προς την έρευνα αφού η παραδοσιακή αυτή μέθοδος συλλογής των δεδομένων έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει το γενικότερο ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων (Ovretveit, 1992). Για την αντιμετώπιση της δεύτερης περίπτωσης συστηματικού σφάλματος η λύση θα ήταν η διεύρυνση του δείγματος και σε άλλες μονάδες υγείας ανά περιφέρεια ώστε να επιτευχθεί ένα πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα χρηστών στην έρευνα.

- *συστηματικό σφάλμα πληροφορίας* που οφείλεται σε εσφαλμένη πληροφορία που προέρχεται από τα ίδια τα μελετώμενα άτομα καθώς:

i) είναι πιθανόν να προκληθεί δυσταξινόμηση εάν ένα άτομο τοποθετηθεί σε λανθασμένη κατηγορία ως αποτέλεσμα των απαντήσεων που εσκεμμένα θα δώσει καθώς είναι πιθανόν να αποκρύψει την πραγματική άποψη του. Η δυσκολία των ασθενών να απαντήσουν με ειλικρίνεια οφείλεται στην αδυναμία κατανόησης των

παρεχόμενων ιατρικών οδηγιών, μη αποδοχής ή βαρύτητας της ασθένειας και στην τάση για συμμόρφωση ή εξάρτηση από τους επαγγελματίες υγείας (Bond & Thomas, 1992, Πολυκανδριώτη και συν., 2009).

Η διασφάλιση της ανωνυμίας και των προσωπικών δεδομένων θα μπορούσε να δράσει ευεργετικά στις περιπτώσεις των ερωτηθέντων που αποκρύπτουν πληροφορίες και δίνουν απαντήσεις μη ανταποκρινόμενες στην πραγματικότητα. Καίριο ρόλο για την αντιμετώπιση αυτού του συστηματικού σφάλματος στην παρούσα έρευνα έπαιξε η έμφαση στο περιεχόμενο του εισαγωγικού σημειώματος που όχι μόνο πληροφορούσε αλλά και έπειθε τους συμμετέχοντες για τους καθαρά ερευνητικούς σκοπούς διεξαγωγής της έρευνας. Ευεργετικά σε αυτήν την περίπτωση λειτούργησαν τόσο οι επεξηγήσεις και η επικοινωνιακή προσέγγιση από την πλευρά του συνεντεύκτη όσο και η τοποθέτηση του συμπληρωθέντος ερωτηματολογίου εντός ειδικής κάλπης σε εμφανές σημείο, που απέκλειαν τη δυνατότητα ταύτισης των απαντήσεων με συγκεκριμένα πρόσωπα.

ii) σε περιπτώσεις ερευνών όπου η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται στο χώρο της μονάδας υγείας οι απαντήσεις των ερωτώμενων επηρεάζονται προς την κατεύθυνση των θετικών αξιολογήσεων και ο χρήστης διακατέχεται από αίσθηση εξάρτησης από το ιατρικό προσωπικό (Ραφτόπουλος, 2009). Στην προκειμένη έρευνα ενώ αποφεύχθηκαν οι ανωτέρω κίνδυνοι, εντούτοις ελλοχεύει το συστηματικό σφάλμα ανάκλησης από τη μνήμη των συμμετεχόντων δυσάρεστων εντυπώσεων ειδικότερα όταν έχει μεσολαβήσει μεγάλο χρονικό διάστημα από την επίσκεψη (Carr-Hill, 1992). Επιπλέον, ενδέχεται λόγω πίεσης χρόνου και βιασύνης για άμεση αποχώρηση από την Περιφερειακή Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ Κιλκίς μετά το πέρας της υπόθεσης τους να μη δόθηκε η αναγκαία βαρύτητα και προσοχή στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (Αλετράς και συν., 2007).

Το τυχαίο σφάλμα θα μπορούσε να μειωθεί περισσότερο με τη λήψη ενός ακόμη μεγαλύτερου δείγματος καθώς το τυχαίο σφάλμα μειώνεται όσο μεγαλώνει ο αριθμός των συμμετεχόντων σε μία μελέτη σε αντίθεση με το συστηματικό σφάλμα όπου ο αριθμός των συμμετεχόντων δεν ασκεί καμία επιρροή. Είναι λογικό ότι εάν ο αριθμός των χρηστών που αποτελεί το δείγμα πλησιάζει το σύνολο του μελετώμενου πληθυσμού, ήτοι το σύνολο των επισκεπτών της μονάδας υγείας, το τυχαίο σφάλμα θα μηδενιστεί, στόχος ιδανικός αλλά ανέφικτος σε πρακτικό επίπεδο.

Το επίκεντρο των ερευνητικών μελετών δεν πρέπει να είναι η μανιώδης αναζήτηση στατιστικά σημαντικών σχέσεων αλλά αφενός η χρήση του κατάλληλου στατιστικού μοντέλου και αφετέρου η ορθότητα σχεδιασμού και διεξαγωγής μίας μελέτης λαμβανομένου υπόψη των συστηματικών σφαλμάτων, ούτως ώστε το μόνο σφάλμα που υπεισέρχεται στην εκτίμηση του μελετώμενου μέτρου σχέσης να είναι το τυχαίο σφάλμα (Γαλάνης, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 181 συμμετέχοντες (πίνακας 8.1), εκ των οποίων το 43,6% ήταν άνδρες και το 56,4% γυναίκες και η μέση ηλικία ήταν 47,5 έτη, με κατώτατη την ηλικία των 19 ετών και ανώτατη των 84 ετών. Η πλειοψηφία (96,1%) των συμμετεχόντων είχε ελληνική υπηκοότητα ενώ σημαντικό ποσοστό (70,2%) δήλωσε ότι είναι κάτοικοι της πόλης Κιλκίς. Το 66,3% των ερωτηθέντων ήταν έγγαμοι, 22,7% άγαμοι, 5,5% διαζευγμένοι και 5,5% σε χηρεία ενώ το εκπαιδευτικό επίπεδο διαμορφώθηκε ως εξής: μόλις 4,4% δήλωσε ότι δεν έχει καθόλου γραμματικές γνώσεις, 12,7% ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, 49,2% απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 25,4% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και 8,3% κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος.

Αναφορικά με την επαγγελματική τους ιδιότητα το 23,8% των συμμετεχόντων ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, 27,6% δημόσιοι υπάλληλοι, 22,1% συνταξιούχοι, 19,3% άνεργοι, 6,1% αυτοαπασχολούμενοι και ένα μηδαμινό ποσοστό της τάξης 0,6% συμβασιούχοι και επικουρικό προσωπικό στο δημόσιο τομέα. Σχεδόν το ήμισυ του μελετώμενου πληθυσμού (51,4%) είχε ταμείο ασφάλισης ΙΚΑ, 26% ανήκε στον ΟΠΑΔ, 8,8% στον ΟΓΑ, 6,1% στον ΟΑΕΕ ενώ 3,3% ανέφερε ότι δε διέθετε ασφαλιστική ικανότητα. Το μέσο μηνιαίο εισόδημα ήταν 699 €, με την κατώτερη τιμή να είναι 0 € και την ανώτερη τιμή να είναι 2.000 €.

Πίνακας 8.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	N (%)
<i>Φύλο</i>	
Άρρεν	79 (43,6)
Θήλυ	102 (56,4)
<i>Ηλικία</i>	47,5 (13,8) ^a
<i>Υπηκοότητα</i>	

Ελληνική	174 (96,1)
Άλλη	7 (4)
<i>Τόπος διαμονής</i>	
Κιλκίς	127 (70,2)
Εκτός Κιλκίς	54 (29,8)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	
Άγαμος/η	41 (22,7)
Έγγαμος/η	120 (66,3)
Διαζευγμένος/η	10 (5,5)
Χήρος/α	10 (5,5)
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	
Δεν έχουν γραμματικές γνώσεις	8 (4,4)
Απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης	23 (12,7)
Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	89 (49,2)
Απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	46 (25,4)
Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	15 (8,3)
<i>Επάγγελμα</i>	
Ιδιωτικός υπάλληλος	43 (23,8)
Δημόσιος υπάλληλος	50 (27,6)
Αυτοαπασχολούμενος	11 (6,1)
Συνταξιούχος	40 (22,1)
Άνεργος	35 (19,3)
Συμβασιούχος	1 (0,6)
Επικουρικό προσωπικό στο δημόσιο τομέα	1 (0,6)
<i>Ασφαλιστικό ταμείο</i>	
ΙΚΑ	93 (51,4)
ΟΠΑΔ	47 (26,0)
ΟΑΕΕ	11 (6,1)
ΟΓΑ	16 (8,8)
Άνευ ασφαλιστικής ικανότητας	6 (3,3)
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	698,8 (454,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και αν δηλώνεται διαφορετικά.

^α μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

8.2 Χρόνοι αναμονής ραντεβού και εξέτασης

Στον πίνακα 8.2 παρουσιάζονται ο τρόπος κλεισίματος του ραντεβού και ο χρόνος αναμονής τόσο για τον καθορισμό του ραντεβού όσο και για την εξέταση. Το 56,9% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έκλεισε το ραντεβού μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας στα

5ψήφια νούμερα του ΠΕΔΥ, το 23,2% με επίσκεψη του στη γραμματεία της μονάδας, το 14,9% μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με τη γραμματεία της μονάδας ενώ το 5% δεν έκλεισε ραντεβού με τη μονάδα λόγω έκτακτου περιστατικού. Το 36,5% δήλωσε ότι το ραντεβού ορίστηκε σε λιγότερο από τρεις ημέρες, το 33,1% σε περισσότερες από τρεις ημέρες αλλά λιγότερο από μία εβδομάδα, το 22,1% σε διάστημα μεγαλύτερο της μίας εβδομάδας, το 5,5% πήγε στη μονάδα χωρίς ραντεβού και το 2,8% δεν μπόρεσε να ανακαλέσει στη μνήμη του πόσος χρόνος μεσολάβησε μέχρι το προκαθορισμένο ραντεβού. Το 17,1% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι περίμενε πριν την εξέταση λιγότερο από 5 λεπτά, το 51,9% από 5 έως 15 λεπτά, το 19,3% από 16 έως 30 λεπτά, το 9,9% πάνω από 30 λεπτά και το 1,7% αδυνατούσε να θυμηθεί ώστε να προσδιορίσει επακριβώς τον χρόνο αναμονής.

Πίνακας 8.2 Τρόποι και χρόνοι κλεισίματος ραντεβού και εξέτασης

Χαρακτηριστικό	N (%)
<i>Τρόπος κλεισίματος ραντεβού</i>	
Τηλεφωνική επικοινωνία στα 5ψήφια ΠΕΔΥ	103 (56,9)
Τηλεφωνική επικοινωνία με τη μονάδα	27 (14,9)
Επίσκεψη στη γραμματεία της μονάδας	42 (23,2)
Έκτακτο περιστατικό	9 (5,0)
<i>Χρόνος αναμονής για κλείσιμο ραντεβού</i>	
Λιγότερος από τρεις ημέρες	66 (36,5)
Περισσότερος από τρεις ημέρες αλλά λιγότερος	60 (33,1)
Περισσότερος από μία εβδομάδα	40 (22,1)
Πήγα στη μονάδα χωρίς ραντεβού	10 (5,5)
Δε θυμάμαι	5 (2,8)
<i>Χρόνος αναμονής για εξέταση</i>	
Λιγότερος από 5 λεπτά	31 (17,1)
5-15 λεπτά	94 (51,9)
16-30 λεπτά	35 (19,3)
Πάνω από 30 λεπτά	18 (9,9)
Δε θυμάμαι	3 (1,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Η αντίληψη των χρηστών περί των χρόνων αναμονής αποτυπώνεται στον πίνακα 8.3, όπου το 23,2% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συμφωνεί απόλυτα/συμφωνεί όσον αφορά τη δυσκολία επιλογής ημέρας και ώρας εξέτασης, το 21% ανέφερε ότι ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί ενώ πάνω από το ήμισυ των συμμετεχόντων (55,8%) δήλωσε ότι διαφωνεί

απόλυτα/διαφωνεί. Το 25,4% των ερωτηθέντων συμφώνησε απόλυτα/συμφώνησε ότι ο χρόνος αναμονής από την πρώτη φορά που θέλησε να εξεταστεί έως την ημέρα που τελικά πραγματοποίησε την επίσκεψη στη μονάδα ήταν μεγάλος, το 17,1% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (57,4%) διαφώνησε απόλυτα/διαφώνησε. Το 18,2% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι ο χρόνος που περίμενε στην αίθουσα αναμονής ήταν υπερβολικά μεγάλος, το 22,1% δεν εκφράστηκε ούτε θετικά ούτε αρνητικά ενώ και σε αυτήν την πρόταση το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (59,7%) διαφώνησε απόλυτα/διαφώνησε.

Πίνακας 8.3 Αντιλήψεις ερωτηθέντων για χρόνους αναμονής ραντεβού και εξέτασης

Ερώτηση	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Ήταν δύσκολο να επιλέξετε εσείς ημέρα και ώρα εξέτασης.	16 (8,8)	26 (14,4)	38 (21,0)	80 (44,2)	21 (11,6)
Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που για πρώτη φορά θελήσατε να εξεταστείτε έως την ημέρα που επισκεφθήκατε τη μονάδα υγείας ήταν μεγάλος.	14 (7,7)	32 (17,7)	31 (17,1)	77 (42,5)	27 (14,9)
Ο χρόνος που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής ήταν υπερβολικά μεγάλος.	8 (4,4)	25 (13,8)	40 (22,1)	85 (47)	23 (12,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

8.3 Ιατρείο και ιατρική εξέταση

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (56,4%) δήλωσε ότι η διάρκεια της εξέτασης ήταν από 5 έως 10 λεπτά, το 26,5% από 11 έως 20 λεπτά, το 11% μικρότερη από 5 λεπτά, το 5% από 21-30 λεπτά ενώ το 1,1% ανέφερε ότι δε θυμάται πόση ήταν η διάρκεια της εξέτασης. Οι αποτυπωθείσες αντιλήψεις σχετικά με το ιατρείο και την ιατρική εξέταση παρουσιάζονται στον πίνακα 8.4, όπου στις τέσσερις πρώτες διατυπωμένες προτάσεις πάνω από το ήμισυ του συνολικού αριθμού των ερωτηθέντων εκφράστηκε θετικά. Συγκεκριμένα, το 51,3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την ιατρική εξέταση, το 20,4% απάντησε ότι ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί και το 28,2% ότι διαφωνεί απόλυτα/διαφωνεί. Το 69,6% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχε να του πει ο ασθενής σε σχέση με την υγεία του, το 17,7% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε ενώ το 12,7% διαφώνησε απόλυτα/διαφώνησε. Σημαντικό ποσοστό των

ερωτηθέντων (59,7%) εξέφρασε εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που του έδωσε ο γιατρός, το 24,3% τήρησε ουδέτερη στάση και το 16,1% είχε αντίθετη άποψη. Το 79,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο γιατρός του φέρθηκε με σεβασμό, το 13,8% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε ενώ ένα μικρό ποσοστό (6,7%) ανέφερε ότι ο γιατρός δεν επέδειξε τον απαιτούμενο σεβασμό.

Στις δύο τελευταίες διατυπωμένες προτάσεις παρατηρείται διαμοίραση των απαντήσεων στη διαβαθμισμένη κλίμακα. Ειδικότερα, το 45,3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο γιατρός ενημέρωσε για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους από τη λήψη της προτεινόμενης φαρμακευτικής αγωγής ή τη διενέργεια εξετάσεων, το 28,2% δεν εξέφρασε θετική ή αρνητική γνώμη και το 26,5% διαφώνησε απόλυτα/διαφώνησε. Στη θεματική πρόταση περί ενθάρρυνσης του ασθενή να εκφράσει την άποψη του και να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την έναρξη θεραπείας ή ενδεχόμενη διενέργεια εργαστηριακής εξέτασης, οι απαντήσεις περίπου ισοκατανέμονται με μικρή υπεροχή της διαφωνούντος άποψης, καθώς το 30,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο γιατρός ενθάρρυνε τον ασθενή να εκφράσει ίδια άποψη, το 32% εξέφρασε ουδέτερη στάση ενώ το 37,6% μη ενθαρρυντική προσέγγιση.

Πίνακας 8.4 Αντιλήψεις ερωτηθέντων για την ιατρική εξέταση

Ερώτηση	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέταση σας.	14 (7,7)	79 (43,6)	37 (20,4)	43 (23,8)	8 (4,4)
Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχατε να πείτε σχετικά με την υγεία σας.	20 (11,0)	106 (58,6)	32 (17,7)	18 (9,9)	5 (2,8)
Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που σας έδωσε ο γιατρός.	21 (11,6)	87 (48,1)	44 (24,3)	26 (14,4)	3 (1,7)
Ο γιατρός σας φέρθηκε με σεβασμό.	34 (18,8)	110 (60,8)	25 (13,8)	11 (6,1)	1 (0,6)
Ο γιατρός σας ενημέρωσε για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους από τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής ή τη διενέργεια εξετάσεων.	19 (10,5)	63 (34,8)	51 (28,2)	36 (19,9)	12 (6,6)
Ο γιατρός σας ενθάρρυνε να εκφράσετε την άποψη σας και να συμμετέχετε στη λήψη αποφάσεων για την έναρξη θεραπείας ή ενδεχόμενη διενέργεια εργαστηριακής εξέτασης.	12 (6,6)	43 (23,8)	58 (32,0)	53 (29,3)	15 (8,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

8.4 Ασθενοκεντρική προσέγγιση του νέου δικτύου ΠΦΥ

Στον πίνακα 8.5 παρατίθενται οι αντιλήψεις των ερωτηθέντων περί ασθενοκεντρικού χαρακτήρα του νέου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας. Το 13,3% των ερωτηθέντων συμφώνησε ότι η σύνδεση των δομών της ΠΦΥ είναι επαρκής, το 29,8% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε ενώ μεγάλο ποσοστό (56,9%) εξέφρασε αρνητική άποψη. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (81,8%) δήλωσε ότι προτιμά να επισκέπτεται πρώτα έναν γενικό οικογενειακό ιατρό ο οποίος να κατευθύνει τους χρήστες σε ειδικούς γιατρούς, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο, ένα μικρό ποσοστό (6,6%) δεν εξέφρασε γνώμη και το 11,6% εκφράστηκε αρνητικά. Πάνω από το ήμισυ των ερωτηθέντων (51,4%) δήλωσε ότι συμφωνεί απόλυτα/συμφωνεί να επισκέπτεται απευθείας έναν ειδικό ιατρό με δική του πρωτοβουλία, το 14,9% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε ενώ το 33,7% δε δήλωσε τέτοια προτίμηση.

Μόνο το 13,3% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι η σύνδεση της μονάδας με τη ΔΦΥ (εισαγωγή σε νοσοκομεία) γίνεται με ευκολία ενώ το υπόλοιπο μέρος των απαντήσεων σχεδόν ισοκατανέμεται μεταξύ της ουδέτερης άποψης (43,6%) και της άποψης που υποστηρίζει την ύπαρξη δυσκολιών διασύνδεσης μεταξύ της μονάδας και των νοσοκομείων (43,1%). Παρόμοια αποτελέσματα με τη δήλωση προτίμησης για παραπομπή από γενικό οικογενειακό ιατρό σε ειδικούς ιατρούς παρατηρούνται και στην αντίστοιχη δήλωση προτίμησης για παραπομπή προκειμένου να γίνει εισαγωγή σε νοσοκομεία, όπου κρίνεται αναγκαίο, καθώς το 79,5% των ερωτηθέντων συμφώνησε απόλυτα/συμφώνησε με την εν λόγω πρόταση, το 10,5% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε και το 10% διαφώνησε απόλυτα/διαφώνησε.

Πίνακας 8.5 Αντιλήψεις ερωτηθέντων περί ασθενοκεντρικής προσέγγισης

Ερώτηση	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Η σύνδεση των δομών της ΠΦΥ (συμβεβλημένοι και μη συμβεβλημένοι ιατροί ΕΟΠΥΥ, μονάδα υγείας ΠΕΔΥ, τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία) είναι επαρκής.	0 (0,0)	24 (13,3)	54 (29,8)	66 (36,5)	37 (20,4)
Προτιμάτε να επισκέπτεσθε πρώτα έναν γενικό οικογενειακό ιατρό ο οποίος να σας κατευθύνει σε ειδικούς γιατρούς, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.	64 (35,4)	84 (46,4)	12 (6,6)	17 (9,4)	4 (2,2)

Προτιμάτε να επισκέπτεσθε απευθείας έναν ειδικό ιατρό με δική σας πρωτοβουλία.	25 (13,8)	68 (37,6)	27 (14,9)	53 (29,3)	8 (4,4)
Η σύνδεση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ με τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (εισαγωγή σε νοσοκομεία) γίνεται με ευκολία.	1 (0,6)	23 (12,7)	79 (43,6)	54 (29,8)	24 (13,3)
Προτιμάτε να επισκέπτεσθε έναν γενικό οικογενειακό ιατρό ο οποίος να σας κατευθύνει για τυχόν νοσηλεία (εισαγωγή σε νοσοκομεία), εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.	50 (27,6)	94 (51,9)	19 (10,5)	15 (8,3)	3 (1,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

8.5 Χρήση και ανταπόκριση υπηρεσιών

Στον πίνακα 8.6 παρουσιάζονται ο χρόνος κατά τον οποίο πραγματοποιήθηκε η τελευταία επίσκεψη στη μονάδα υγείας ΠΕΔΥ, η συχνότητα επισκέψεων των χρηστών τους τελευταίους 12 μήνες καθώς και οι λόγοι της πραγματοποιηθείσας επίσκεψης.

Πίνακας 8.6 Απαντήσεις ερωτηθέντων για χρόνο, συχνότητα και λόγους επίσκεψης

Χαρακτηριστικό	N (%)
<i>Χρόνος πραγματοποίησης της τελευταίας επίσκεψης</i>	
Τον τελευταίο μήνα	50 (27,6)
2-3 μήνες πριν	47 (26,0)
4-6 μήνες πριν	31 (17,1)
Πάνω από 6 μήνες πριν	53 (29,3)
<i>Συχνότητα επισκέψεων τους τελευταίους 12 μήνες</i>	
Μία φορά	83 (45,9)
2-3 φορές	64 (35,4)
4-10 φορές	29 (16,0)
Πάνω από 10 φορές	5 (2,8)
<i>Λόγοι επίσκεψης</i>	
Οξύ πρόβλημα υγείας/παροδική ασθένεια	86 (47,5)
Χρόνιο νόσημα	40 (22,1)
Συνταγογράφηση φαρμάκων	57 (31,5)
Εξετάσεις πρόληψης	46 (25,4)
Παραπομπή για εργαστηριακές εξετάσεις	37 (20,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Το 27,6% των ερωτηθέντων απάντησε ότι επισκέφθηκε τη μονάδα υγείας τον τελευταίο μήνα, το 26% 2-3 μήνες πριν, το 17,1% 4-6 μήνες πριν και το 29,3% πάνω από 6 μήνες πριν. Το 45,9% των ερωτηθέντων προσήλθε για εξέταση στη μονάδα τους τελευταίους 12 μήνες μόνο μία φορά, το 35,4% 2-3 φορές, το 16% 4-10 φορές και μόλις το 2,8% πάνω από 10 φορές. Όσον αφορά το λόγο της επίσκεψης, 47,5% των ερωτηθέντων δήλωσε οξύ πρόβλημα υγείας/παροδική ασθένεια, 22,1% χρόνια νόσημα, 31,5% συνταγογράφηση φαρμάκων, 25,4% εξετάσεις πρόληψης και 20,4% παραπομπή για εργαστηριακές εξετάσεις.

Από τα στοιχεία του πίνακα 8.7 προκύπτει ότι το 21% των ερωτηθέντων πίστευε ότι η μονάδα υγείας ΠΕΔΥ διατηρεί πλήρη στοιχεία του ιατρικού ιστορικού, το 30,4% δεν έκλινε θετικά ή αρνητικά προς την άποψη περί πληρότητας του ιατρικού ιστορικού ενώ το μεγαλύτερο μέρος (48,6%) απάντησε αρνητικά. Σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (75,2%) συμφώνησε απόλυτα/συμφώνησε ότι επιλέγει να επισκεφθεί και ιδιώτη ιατρό για το πρόβλημα της υγείας του, το 8,8% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε και το 16,1% διαφώνησε απόλυτα/διαφώνησε.

Πίνακας 8.7 Απαντήσεις ερωτηθέντων περί χρήσης και ανταπόκρισης των υπηρεσιών της μονάδας

Ερώτηση	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιατρικού σας ιστορικού.	6 (3,3)	32 (17,7)	55 (30,4)	58 (32,0)	30 (16,6)
Για το πρόβλημα υγείας σας επιλέγετε να επισκεφθείτε και ιδιώτη ιατρό.	47 (26,0)	89 (49,2)	16 (8,8)	22 (12,2)	7 (3,9)
Η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς καλύπτει πλήρες φάσμα ειδικοτήτων.	0 (0,0)	21 (11,6)	49 (27,1)	70 (38,7)	41 (22,7)
Οι ώρες λειτουργίας της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ σας εξυπηρετούν απόλυτα.	8 (4,4)	57 (31,5)	36 (19,9)	60 (33,1)	20 (11,0)
Πιστεύετε ότι η λειτουργία ενός μικροβιολογικού εργαστηρίου μέσα στη μονάδα ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας.	75 (41,4)	69 (38,1)	20 (11,0)	8 (4,4)	9 (5,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Κενά στην κάλυψη των αναγκών των πολιτών διαπιστώνονται όσον αφορά το καλυπτόμενο φάσμα των ειδικοτήτων της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ καθώς μόνο το 11,6% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς καλύπτει πλήρες φάσμα ειδικοτήτων ενώ το

61,4% εξέφρασε αντίθετη άποψη και το 27,1% είχε ουδέτερη γνώμη. Το 35,9% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι το ωράριο λειτουργίας της μονάδας τους εξυπηρετεί απόλυτα, το 19,9% δεν εξέφερε θετική ή αρνητική γνώμη και το 44,1% είχε διαφορετική άποψη. Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (79,5%) θεώρησε ότι μία ενδεχόμενη λειτουργία ενός μικροβιολογικού εργαστηρίου μέσα στη μονάδα θα ανταποκρινόταν στις ανάγκες του, το 11% τήρησε ουδέτερη στάση και το 9,4% διαφώνησε με την εν λόγω πρόταση.

Σχετικά με τη διαπίστωση έλλειψης ειδικοτήτων στη μονάδα ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (39,2%) δήλωσε άγνοια ενώ οι ειδικότητες που δηλώθηκαν ότι απουσιάζουν από τη μονάδα ανά ποσοστό απαντήσεων των ερωτηθέντων διαμορφώνονται ως εξής: παιδίατρος (28,7%), ψυχίατρος (20,4%), νευρολόγος (23,2%), δερματολόγος (32,6%), ενδοκρινολόγος (12,7%), διαβητολόγος (2,8%), ρευματολόγος (1,7%), αγγειολόγος (7,7%), ογκολόγος (1,7%) και χειρουργός (0,6%). Αξιοσημείωτο είναι ότι υπήρξαν αναφορές για ελλείψεις δύο ειδικοτήτων οι οποίες όμως υφίστανται στη μονάδα ως εξής: οφθαλμίατρος (2,2%) και πνευμονολόγος (0,6%).

Στον πίνακα 8.8 αποτυπώνονται οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων όσον αφορά τη σύγκριση του βαθμού εμπιστοσύνης μεταξύ των ιδιωτών ιατρών και των ιατρών της μονάδας, τις υπό έλλειψη ειδικότητες της μονάδας, την ενδεχόμενη διεύρυνση των ωρών λειτουργίας της μονάδας και τη συμμετοχή του ασφαλισμένου στις μικροβιολογικές εξετάσεις. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (64,1%) δήλωσε ότι έχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε ιδιώτες ιατρούς σε σχέση με τη μονάδα, το 29,8% ότι έχει την ίδια εμπιστοσύνη ενώ μόλις το 4,4% ότι έχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους ιατρούς της μονάδας. Επιπλέον, ένα μικρό ποσοστό (1,7%) δήλωσε ότι η εμπιστοσύνη που εκδηλώνει ο ασθενής προς τον ιατρό συναρτάται με το πρόβλημα υγείας.

Σε ενδεχόμενη διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας της μονάδας, το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (51,4%) απάντησε ότι θα επιθυμούσε συνδυασμό πρωϊνού και απογευματινού ωραρίου, το 35,4% λειτουργία σε 24ωρη βάση ενώ το 13,3% δήλωσε ότι τους καλύπτει το ισχύον ωράριο. Αναφορικά με τη δήλωση προτίμησης του ποσοστού συμμετοχής του ασφαλισμένου στις εξετάσεις σε περίπτωση λειτουργίας του μικροβιολογικού εργαστηρίου διαπιστώθηκε ότι πέραν του ήμισυ των ερωτηθέντων (56,9%) δήλωσε μηδενική συμμετοχή, το 24,9% πρότεινε συμμετοχή ανάλογα με το είδος της εξέτασης ενώ το υπόλοιπο 18,2%

συμμετοχή ύψους 15%, ανάλογη με αυτήν που ισχύει σε εξετάσεις διενεργούμενες σε ιδιώτες συμβεβλημένους παρόχους του ΕΟΠΥΥ.

Πίνακας 8.8 Αντιλήψεις ερωτηθέντων περί ελλείψεων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας και διατύπωση σχετικών προτάσεων

Χαρακτηριστικό	N (%)
<i>Σύγκριση βαθμού εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρών της μονάδας και ιδιωτών</i>	
Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε ιδιώτες ιατρούς σε σχέση με τη μονάδα υγείας	116 (64,1)
Ίδια εμπιστοσύνη τόσο σε ιδιώτες ιατρούς όσο και στη μονάδα υγείας	54 (29,8)
Μικρότερη εμπιστοσύνη σε ιδιώτες ιατρούς σε σχέση με τη μονάδα υγείας	8 (4,4)
Ανάλογα με το πρόβλημα υγείας	3 (1,7)
<i>Διεύρυνση ωραρίου λειτουργίας</i>	
Δεν επιθυμώ διεύρυνση των ωρών λειτουργίας (με καλύπτει το ισχύον ωράριο)	24 (13,3)
Συνδυασμός πρωινού και απογευματινού ωραρίου	93 (51,4)
Λειτουργία σε 24ωρη βάση	64 (35,4)
<i>Συμμετοχή ασφαλισμένου σε μικροβιολογικές εξετάσεις</i>	
15% συμμετοχή	33 (18,2)
0% συμμετοχή	103 (56,9)
Ανάλογα με το είδος της εξέτασης	45 (24,9)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

8.6 Ερωτήσεις γενικού περιεχομένου

Σύμφωνα με τον πίνακα Β.2 (βλ. Παράρτημα Β'), το 21,5% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ουδέποτε αντιμετώπισε κάποιο πρόβλημα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας της μονάδας ενώ οι απαντήσεις αυτών που μνημονεύσαν κάποιου είδους πρόβλημα έχουν ως εξής: έλλειψη οργάνωσης (26%), κακή συμπεριφορά προσωπικού (25,4%), μεγάλος χρόνος αναμονής (19,9%), έλλειψη ιατρικών ειδικοτήτων (55,8%), παροχή ιατρικών υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας (28,7%), έλλειψη εργαστηρίων (2,2%) και έλλειψη ιατρικών μηχανημάτων (2,2%).

Στον πίνακα 8.9, αποτυπώνονται οι απόψεις των ερωτηθέντων περί συνολικής δυσαρέσκειας και ικανοποίησης τους. Συγκεκριμένα, διαπιστώνονται χαμηλά ποσοστά συνολικής δυσαρέσκειας (17,7%), το 31,5% τήρησε ουδέτερη στάση ως προς την έκφραση συνολικής δυσαρέσκειας ενώ το 50,9% διαφώνησε απόλυτα/διαφώνησε. Ικανοποιημένοι δήλωσαν το 44,6% των ερωτηθέντων, το 32% τήρησε ουδέτερη στάση ως προς την έκφραση

ικανοποίησης ενώ το 19,4% διαφώνησε απόλυτα/διαφώνησε. Το 47,5% συμφώνησε απόλυτα/συμφώνησε ότι θα σύστηνε τη μονάδα σε πρόσωπο του περιβάλλοντος τους για παρόμοιο πρόβλημα υγείας, το 32% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε και το 20,4% διαφώνησε απόλυτα/διαφώνησε. Ωστόσο, τα εν λόγω αποτελέσματα δεν ενισχύονται εξίσου από τις διατυπωθείσες προτάσεις περί προτίμησης επίσκεψης της μονάδας σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας. Το 23,7% διαφώνησε απόλυτα/διαφώνησε ότι θα επισκεφθεί οπωσδήποτε τη μονάδα υγείας ενώ το υπόλοιπο μέρος των απαντήσεων ισοκατανέμεται μεταξύ της ουδέτερης στάσης (38,1%) και της προτίμησης της μονάδας σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας (38,1%).

Πίνακας 8.9 Απαντήσεις ερωτηθέντων περί συνολικής δυσαρέσκειας-ικανοποίησης

Ερώτηση	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Από την επίσκεψη σας στη μονάδα υγείας είστε συνολικά δυσαρεστημένοι.	6 (3,3)	26 (14,4)	57 (31,5)	87 (48,1)	5 (2,8)
Από την επίσκεψη σας στη μονάδα υγείας είστε συνολικά ικανοποιημένοι.	8 (4,4)	80 (44,2)	58 (32,0)	30 (16,6)	5 (2,8)
Σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας σας θα επισκεφθείτε οπωσδήποτε τη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ.	10 (5,5)	59 (32,6)	69 (38,1)	35 (19,3)	8 (4,4)
Θα συστήνατε την εν λόγω μονάδα υγείας σε πρόσωπο του περιβάλλοντος σας (φιλικό, συγγενικό κλπ) για παρόμοιο με το δικό σας πρόβλημα υγείας.	13 (7,2)	73 (40,3)	58 (32,0)	31 (17,1)	6 (3,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Στην ερώτηση περί επιλογής δομής ΠΦΥ κατά σειρά προτεραιότητας, τα ποσοστά των δοθέντων απαντήσεων διαμορφώνονται ως εξής (βλ. πίνακα 8.10):

1^η επιλογή: δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών ΕΟΠΥΥ (38,7%), μη συμβεβλημένοι ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ-ιδιωτικά ιατρεία επί πληρωμή (25,4%), Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων (16,6%), μονάδα υγείας ΠΕΔΥ (11%) και Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία (8,3%).

2^η επιλογή: μονάδα υγείας ΠΕΔΥ (30,9%), δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών ΕΟΠΥΥ (23,2%), Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων (19,9%), μη συμβεβλημένοι ιατροί με τον

ΕΟΠΥΥ-ιδιωτικά ιατρεία επί πληρωμή (18,2%) και Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία (7,7%).

3^η επιλογή: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων (30,9%), μονάδα υγείας ΠΕΔΥ (28,7%), μη συμβεβλημένοι ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ-ιδιωτικά ιατρεία επί πληρωμή (18,2%), δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών ΕΟΠΥΥ (16%) και Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία (6,1%).

Πίνακας 8.10 Επιλογή δομής ΠΦΥ κατά σειρά προτεραιότητας

Επιλογή δομής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας	Σειρά επιλογής		
	Πρώτη	Δεύτερη	Τρίτη
Δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών ΕΟΠΥΥ	70 (38,7)	42 (23,2)	29 (16,0)
Μη συμβεβλημένοι ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ	46 (25,4)	33 (18,2)	33 (18,2)
Μονάδα υγείας ΠΕΔΥ	20 (11,0)	56 (30,9)	52 (28,7)
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων	30 (16,6)	36 (19,9)	56 (30,9)
Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία	15 (8,3)	14 (7,7)	11 (6,1)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Οι λόγοι που ωθούν τους χρήστες στην πρώτη τους επιλογή διακρίνονται ως κατωτέρω: καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών (47%), μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του ιατρού (41,4%), αδυναμία πληρωμής σε μη συμβεβλημένους ιατρούς (36,5%), εύκολη πρόσβαση (33,7%), μικρός χρόνος αναμονής (24,9%), πλήρες φάσμα ειδικοτήτων (21%), αμεσότητα ανταπόκρισης (2,8%), πληρότητα ιατρικού ιστορικού (1,7%) και λόγοι συνήθειας-εξοικείωση (0,6%). Η πλειοψηφία (75,1%) των ερωτηθέντων δήλωσε ότι οι επιλογές όσον αφορά την ιατρική φροντίδα που έχουν ανάγκη περιορίζονται λόγω οικονομικών παραγόντων, το 13,3% εξέφρασε ουδέτερη άποψη ενώ μόνο το 11,6% δήλωσε το αντίθετο.

Όσον αφορά την πληροφόρηση των ερωτηθέντων σχετικά με το δικαίωμα ή μη παροχής περίθαλψης σε ανασφάλιστους, το μεγαλύτερο ποσοστό (47,5%) δήλωσε άγνοια ενώ το υπόλοιπο μέρος των απαντήσεων σχεδόν ισοκατανέμεται μεταξύ της δήλωσης ότι δικαιούχοι των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι μόνον οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ εξαιρουμένων των ανασφαλιστών (24,9%) και της δήλωσης περί συμπερίληψης και των ανασφαλιστών στο εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών (27,6%). Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων δήλωσε καλή/πολύ καλή κατάσταση υγείας με ποσοστά 46,4% και 22,7% αντίστοιχα, 24,9% δήλωσε μέτρια ενώ το υπόλοιπο 6,1% κακή/πολύ κακή.

8.7 Βαθμολογίες ικανοποίησης

8.7.1 Βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης

Η βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 12, 13 και 15 και λαμβάνει τιμές 3-15. Η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει αύξηση της ικανοποίησης. Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης ήταν 10,2, η τυπική απόκλιση ήταν 2,7, η διάμεσος ήταν 11, η ελάχιστη τιμή ήταν 3 και η μέγιστη τιμή 15. Στον πίνακα 8.11 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης.

Πίνακας 8.11 Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,9 ^a
Άρρεν	10,2 (3,0)	
Θήλυ	10,2 (2,4)	
Ηλικία	0,07 ^b	0,3 ^b
Τόπος διαμονής		0,5 ^a
Κιλκίς	10,1 (2,7)	
Εκτός Κιλκίς	10,5 (2,8)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,003^a
Άγαμος/διαζευγμένος/χήρος	9,4 (2,9)	
Έγγαμος	10,7 (2,5)	
Μορφωτικό επίπεδο	0,05 ^γ	0,5 ^γ
Ασφαλιστικό ταμείο		0,5 ^δ
ΙΚΑ	10,3 (2,9)	
ΟΠΑΔ	10,1 (2,7)	
Χωρίς ασφάλεια	9,0 (3,2)	
Μηνιαίο εισόδημα (€)	0,1 ^γ	0,2 ^γ
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος	0,0 ^γ	0,9 ^γ

^α έλεγχος t

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση βρέθηκε ότι μόνο η οικογενειακή κατάσταση σχετίζονταν με τη βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης. Πιο συγκεκριμένα, οι έγγαμοι ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους άγαμους/διαζευγμένους/χήρους.

8.7.2 Βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς

Η βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 12 έως 22 και λαμβάνει τιμές 6-30. Η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει αύξηση της ικανοποίησης. Η μέση βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς ήταν 20,5, η τυπική απόκλιση ήταν 4,5, η διάμεσος ήταν 21, η ελάχιστη τιμή ήταν 6 και η μέγιστη τιμή ήταν 30. Στον πίνακα 8.12 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς.

Πίνακας 8.12 Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τη βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,2 ^α
Άρρεν	21,0 (4,5)	
Θήλυ	20,1 (4,4)	
Ηλικία	0,21 ^β	0,006^β
Τόπος διαμονής		0,02^α
Κιλκίς	20,0 (4,1)	
Εκτός Κιλκίς	21,6 (5,1)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,5 ^α
Άγαμος/διαζευγμένος/χήρος	20,1 (4,4)	
Έγγαμος	20,7 (4,5)	
Μορφωτικό επίπεδο	-0,18 ^γ	0,02^γ
Ασφαλιστικό ταμείο		0,5 ^δ
ΙΚΑ	20,1 (4,4)	
ΟΠΑΔ	20,8 (4,7)	
Χωρίς ασφάλεια	21,5 (4,8)	

Μηνιαίο εισόδημα (€)	0,04 ^γ	0,6 ^γ
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος	0,15 ^γ	0,05^γ

^α έλεγχος t

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς και της ηλικίας, του τόπου διαμονής, του μορφωτικού επιπέδου και του αριθμού επισκέψεων το τελευταίο έτος. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 8.13.

Πίνακας 8.13 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,07	0,02 έως 0,11	0,006
Μορφωτικό επίπεδο	-0,72	-1,42 έως 0,02	0,045

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

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς.
- Η μείωση του μορφωτικού επιπέδου σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 5% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς.

8.7.3 Βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης

Η βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης λαμβάνει τιμές 0-10 (ερώτηση 43). Η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει αύξηση της συνολικής ικανοποίησης. Η μέση βαθμολογία συνολικής

ικανοποίησης ήταν 6,1, η τυπική απόκλιση ήταν 2,1, η διάμεσος ήταν 6, η ελάχιστη τιμή ήταν 1 και η μέγιστη τιμή ήταν 10. Στον πίνακα 8.14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης.

Πίνακας 8.14 Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τη βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0,02^α
Άρρεν	6,5 (2,2)	
Θήλυ	5,8 (1,9)	
Ηλικία	0,34 ^β	<0,001^β
Τόπος διαμονής		0,004^α
Κιλκίς	5,8 (1,8)	
Εκτός Κιλκίς	6,8 (2,4)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,02^α
Άγαμος/διαζευγμένος/χήρος	5,6 (1,9)	
Έγγαμος	6,4 (2,1)	
Μορφωτικό επίπεδο	-0,22 ^γ	0,003^γ
Ασφαλιστικό ταμείο		0,9 ^δ
ΙΚΑ	5,9 (2,1)	
ΟΠΑΔ	6,0 (2,0)	
Χωρίς ασφάλεια	5,8 (1,2)	
Μηνιαίο εισόδημα (€)	0,08 ^γ	0,3 ^γ
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος	0,11 ^γ	0,14^γ
Βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής	0,35 ^β	<0,001^β
Βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς	0,63 ^β	<0,001^β
Πληρότητα στοιχείων ιατρικού ιστορικού	-0,17 ^γ	0,02^γ
Κάλυψη πλήρους φάσματος ειδικοτήτων	-0,18 ^γ	0,02^γ
Ωράριο λειτουργίας της μονάδας	-0,27 ^γ	<0,001^γ
Λειτουργία μικροβιολογικού εργαστηρίου	-0,03 ^γ	0,67 ^γ
Επίσκεψη της μονάδας σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας	-0,62 ^γ	<0,001^γ
Σύσταση της μονάδας σε τρίτα πρόσωπα	-0,70 ^γ	<0,001^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συνολικής ικανοποίησης και του φύλου, της ηλικίας, του τόπου διαμονής, του μορφωτικού επιπέδου, της οικογενειακής κατάστασης, του αριθμού επισκέψεων το τελευταίο έτος, της βαθμολογίας ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης, της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς, της πληρότητας στοιχείων ιατρικού ιστορικού, της κάλυψης πλήρους φάσματος ιατρικών ειδικοτήτων, του ωραρίου λειτουργίας της μονάδας, της λειτουργίας μικροβιολογικού εργαστηρίου, της επίσκεψης της μονάδας σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας και της σύστασης της μονάδας σε τρίτα πρόσωπα. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 8.15.

Πίνακας 8.15 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,02	0,01 έως 0,03	0,007
Βαθμολογία ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης	0,15	0,08 έως 0,22	<0,001
Βαθμολογία ικανοποίησης από τους ιατρούς	0,14	0,08 έως 0,19	<0,001
Σύσταση της μονάδας σε οικεία πρόσωπα	-0,95	-1,21 έως -0,69	<0,001

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

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας συνολικής ικανοποίησης.
- Η αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας συνολικής ικανοποίησης.
- Η αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας συνολικής ικανοποίησης.

- Η αύξηση της συχνότητας σύστασης της μονάδας σε οικεία πρόσωπα σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας συνολικής ικανοποίησης
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 60% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνολικής ικανοποίησης.

8.8 Περαιτέρω ανάλυση

Από το σύνολο των ερωτηθέντων 70 άτομα (38,7%) δήλωσαν ως πρώτη επιλογή δομής ΠΦΥ τους συμβεβλημένους ιατρούς του ΕΟΠΥΥ, εκ των οποίων 41 προέβαλλαν ως λόγο αυτής της επιλογής την αδυναμία πληρωμής σε μη συμβεβλημένους ιατρούς, 29 την καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών, 26 τη μεγαλύτερη εμπιστοσύνη που έχουν στο πρόσωπο συγκεκριμένου ιατρού, 19 την ευκολία πρόσβασης, 16 τον μικρό χρόνο αναμονής και 11 την πληρότητα του φάσματος ιατρικών ειδικοτήτων. Μόνο 20 άτομα (11%) από το σύνολο των ερωτηθέντων επέλεξαν ως πρώτη επιλογή τη μονάδα υγείας, εκ των οποίων 11 δήλωσαν ως λόγο επιλογής την αδυναμία πληρωμής σε μη συμβεβλημένους ιατρούς, 9 την εύκολη πρόσβαση, 5 τον μικρό χρόνο αναμονής, 4 τη μεγαλύτερη εμπιστοσύνη που έχουν στο πρόσωπο συγκεκριμένου ιατρού, μόλις 3 την καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών και μόνον ένας την πληρότητα του φάσματος των ιατρικών ειδικοτήτων. Η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ κατέχει τη δεύτερη θέση στην προτίμηση των χρηστών ενώ ικανοποιημένοι χρήστες είναι 88 άτομα (48,6%) και βαθμολογούν τη μονάδα με μέσο όρο 7,7, τυπική απόκλιση 1,29, κατώτερη τιμή 5 και ανώτερη τιμή 10. Στον πίνακα Β.3 (βλ. Παράρτημα Β΄) παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτών που επιλέγουν τη μονάδα υγείας ως δεύτερη επιλογή δομής ΠΦΥ.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων 136 άτομα (75,1%) δήλωσαν ότι οι επιλογές τους περιορίζονται λόγω οικονομικών παραγόντων. Μεταξύ αυτών, 24 (17,6%) δήλωσαν ότι η συμμετοχή του χρήστη στη διενέργεια μικροβιολογικών εξετάσεων θα έπρεπε να είναι 15%, 32 (23,6%) δήλωσαν συμμετοχή ανάλογη με το είδος της εξέτασης και 80 (58,8%) δήλωσαν ότι η συμμετοχή θα πρέπει να είναι 0%. Ομοίως, 136 άτομα από το σύνολο των ερωτηθέντων (75,1%) επιλέγουν να επισκεφθούν και ιδιώτη ιατρό για το πρόβλημα της υγείας τους. Σε αυτήν την κατηγορία, κατά αντιστοιχία με το σύνολο των ερωτηθέντων, οι προτιμήσεις δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά σειρά προτεραιότητας κατατάσσονται ως εξής: πρώτη επιλογή το δίκτυο των συμβεβλημένων ιατρών (40,4%), δεύτερη επιλογή η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ (26,5%) και τρίτη επιλογή τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (30,9%).

Από το σύνολο των ερωτηθέντων 131 άτομα (72,4%) δήλωσαν είτε ότι δεν γνώριζαν εάν στους δικαιούχους περίθαλψης της μονάδας υγείας συμπεριλαμβάνονται και οι ανασφάλιστοι είτε ότι δεν συμπεριλαμβάνονται οι ανασφάλιστοι με ποσοστά 47,5% και 24,9% αντίστοιχα. Ομοίως, κατά αντιστοιχία με το σύνολο των ερωτηθέντων, οι προτιμήσεις δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά σειρά προτεραιότητας σε αυτή την κατηγορία κατατάσσονται ως εξής: πρώτη επιλογή το δίκτυο των συμβεβλημένων ιατρών (38,9%), δεύτερη επιλογή η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ (32,8%) και τρίτη επιλογή τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (33,6%).

Από το σύνολο των 68 ατόμων (37,6%) που δήλωσαν ότι ο γιατρός δεν τους ενθάρρυνε να εκφράσουν την άποψη τους και να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την έναρξη θεραπείας ή ενδεχόμενη διενέργεια εργαστηριακής εξέτασης, 54 (79,4%) προτιμούν την παραπομπή σε ιατρό ειδικότητας και 53 (77,9%) την παραπομπή για τυχόν νοσηλεία από γενικό οικογενειακό ιατρό ενώ 38 άτομα (55,9%) προτιμούν απευθείας επίσκεψη σε ιατρό ειδικότητας με δική τους πρωτοβουλία.

Από το σύνολο των 65 ατόμων (35,9%) που δήλωσαν ότι το ωράριο λειτουργίας της μονάδας τους εξυπηρετεί απόλυτα, περίπου το 1/3 αυτών (32,3%) δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν αλλαγή στις ώρες λειτουργίας της μονάδας ενώ τα υπόλοιπα 44 άτομα δήλωσαν είτε συνδυασμό πρωϊνού και απογευματινού ωραρίου είτε λειτουργία σε 24ωρη βάση με ποσοστά απαντήσεων 47,7% και 20% αντίστοιχα

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ: (α) συνολικής ικανοποίησης και πρόθεσης για συμμετοχή, (β) συνολικής ικανοποίησης και δήλωσης περί περιορισμένων επιλογών υγειονομικής φροντίδας λόγω έλλειψης χρημάτων και (γ) βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς και επιλογής της μονάδας για συνταγογράφηση φαρμάκων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

9.1 Γενικά συμπεράσματα

Παρότι σε πληθώρα ερευνών διαπιστώνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης και των δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών του χρήστη -φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, κατάσταση υγείας (Glajchen, 2004, Buetow, 2005)- σε άλλες παρατηρείται είτε μικρός βαθμός συσχέτισης είτε αμφιλεγόμενα συμπεράσματα για την ύπαρξη ή μη συσχέτισης (Roush & Sonstroem, 1999, Zandbelt et al., 2004). Ουσιαστικά η ικανοποίηση καθορίζεται από δύο κύριους παράγοντες: (α) τα

οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας και (β) τη σχέση επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή (Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010). Μεταξύ αυτών διαφαίνονται οι εξής: ο επαγγελματισμός του ιατρικού προσωπικού και οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς (Γαβριήλ και συν., 2012), ο χρόνος εξέτασης που αφιερώνεται από τον ιατρό (Zoller et al., 2011) και ο χρόνος αναμονής για τον καθορισμό του ραντεβού αλλά και για την ίδια την εξέταση (Αλετράς και συν., 2007).

Το 48,6% των χρηστών στην παρούσα έρευνα δήλωσε μεν ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας αλλά σε εμφανώς χαμηλότερα επίπεδα άλλων ερευνών (Τούντας και συν., 2003, Λέντζας και συν., 2010, Πίνη και συν., 2011) ενώ μόνο το 4,4% συμφώνησε απόλυτα ότι είναι συνολικά ικανοποιημένο. Δεδομένου ότι είναι σύνηθες φαινόμενο η καταγραφή υψηλού βαθμού ικανοποίησης (Αντωνόπουλος και συν., 1991), δεν καθίσταται αμελητέα η χαμηλή σχετικά μέση βαθμολογία συνολικής ικανοποίησης (6,1 σε κλίμακα από 0 έως 10), με το 20,4% των ερωτηθέντων να έχει βαθμολογήσει κάτω από 5, γεγονός που υποδηλώνει σαφές περιθώριο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών ενώ ακόμη και οι πλέον ικανοποιημένοι χρήστες (48,6%) βαθμολογούν τη μονάδα κατά μέσο όρο με 7,7.

Η αύξηση της συνολικής ικανοποίησης βρέθηκε ότι σχετίζεται με την αύξηση βαθμολογίας ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής ραντεβού και εξέτασης, την αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς και την αύξηση της συχνότητας σύστασης της μονάδας σε οικεία πρόσωπα. Σύμφωνα με έρευνα των Κωνσταντίνου και Μητρόπουλου (2012) ο μέσος βαθμός ικανοποίησης διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά στις αστικές σε σχέση με τις αγροτικές περιοχές καθώς στην πρώτη περίπτωση τα ποσοστά συνολικής ικανοποίησης είναι εμφανώς υψηλότερα. Η γνώση των προσδοκιών είναι σημαντική για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας προκειμένου να επιτύχουν την ικανοποίηση αυτών (Bowling et al., 2012) και να αποφύγουν τις ανεκπλήρωτες επιθυμίες που συνάδουν με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης (Rao et al., 2000).

Εύλογο εύρημα είναι ότι σχεδόν το ήμισυ των ερωτηθέντων προέρχεται από το ΙΚΑ διότι αφενός αυτό αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ταμείο ασφάλισης της χώρας και αφετέρου κατά το αρχικό καθεστώς των πολυϊατρείων του ΙΚΑ οι εν λόγω ασφαλισμένοι είχαν το αποκλειστικό δικαίωμα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όμως, το ιδιαίτερα μικρό ποσοστό ανασφαλιστών (3,3%) που επισκέφθηκε τη μονάδα φανερώνει ελλιπή ενημέρωση των πολιτών και αναποτελεσματική λειτουργία του δικτύου δεδομένου ότι η μερίδα αυτή των

πολιτών τυγχάνει μη ισότιμης πρόσβασης. Η εργασιακή κατάσταση, που συνδέεται στενά με την ασφαλιστική ικανότητα, είναι καθοριστικός παράγοντας πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα καθώς το ποσοστό των ανέργων που δηλώνει προβλήματα πρόσβασης είναι σχεδόν διπλάσιο από αυτό που αντιστοιχεί στους εργαζόμενους για τα έτη 2008 έως 2012 (Economou et al., 2014). Παρότι τα εκδιδόμενα health vouchers στόχευαν να καλύψουν 230.000 άνεργους και ανασφάλιστους⁸ πολίτες για τα έτη 2013-2014, οι αιτήσεις δεν ξεπέρασαν τις 85.000 σε πανελλαδικό επίπεδο μέχρι το Μάιο του 2014 και τα έντυπα που τελικά διανεμήθηκαν ήταν κατά πολύ λιγότερα (23.000) και μάλιστα περιορισμένης διάρκειας 4 μηνών (Economou et al., 2014). Το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό ανεργίας της Ελλάδας σε συνδυασμό με τις ανικανοποίητες ανάγκες των χαμηλών οικονομικών στρωμάτων εγείρουν σοβαρά ζητήματα υγειονομικής κάλυψης.

Ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά εμφανίζει η αντίληψη των χρηστών για την κατάσταση της υγείας τους καθώς μόνο το 6,1% δηλώνει κακή/πολύ κακή υγεία, γεγονός που ενισχύεται τόσο από τον σχετικά χαμηλό μέσο όρο ηλικίας (47,5 έτη) όσο και από τη θέση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού μεταξύ των υψηλότερων σε διεθνές επίπεδο. Σε παλαιότερες έρευνες βρέθηκε ότι οι ασθενείς που εκτιμούν την κατάσταση της υγείας τους ως πολύ καλή βαθμολογούν υψηλότερα τη διαδικασία κλεισίματος των ραντεβού (Πίνη και συν., 2011) ενώ η μέτρια/καλή κατάσταση υγείας σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά δυσαρέσκειας και η κακή με υψηλά (Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012, Γαβριήλ και συν., 2012). Ωστόσο, η προσωπική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας είναι σύνθετη έννοια και η απλοποίηση της κλίμακας υγείας δεν αποτελεί ισχυρό εργαλείο για την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων.

9.2 Ικανοποίηση από τους ιατρούς

Δεδομένης της μέσης βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς, που κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα (20,5 σε κλίμακα 6-30), και των επιμέρους θετικών δηλώσεων των ασθενών περί προθυμίας του ιατρού (69,6%), εμπιστοσύνης στην ορθότητα της διάγνωσης του (59,7%) και επίδειξης ανάλογου σεβασμού (79,6%) εξάγεται το συμπέρασμα ισχυρών θετικών εντυπώσεων από το ιατρικό προσωπικό, πράγμα που ενισχύει την εικόνα της καλής

⁸ Στην πραγματικότητα οι επίσημα ανασφάλιστοι περιλαμβάνουν αυτούς που απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα προ δύο ετών καθώς ο ΟΑΕΔ παρέχει το δικαίωμα στους άνεργους να παρατείνουν την ασφαλιστική τους ικανότητα έως και δύο χρόνια μετά την απώλεια της εργασίας.

λειτουργίας της μονάδας αναφορικά με την παροχή ιατρικού έργου. Σε παρόμοιες έρευνες η υψηλότερη θετική αξιολόγηση αφορούσε τον σεβασμό του ιατρού προς τους ασθενείς (Γαβριήλ και συν., 2012) ενώ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σημειώθηκαν γενικότερα για τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, ήτοι τη συμπεριφορά και το έργο των επαγγελματιών υγείας (Νιάκας & Γναρδέλης, 2000).

Στην εν λόγω υψηλή βαθμολόγηση της παρούσας έρευνας πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ο καθοριστικός ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην αντίληψη των χρηστών περί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενέχει κοινωνικές αξίες και στερεότυπα που θέτουν τον ιατρό σε εξέχουσα θέση και τον ασθενή σε σχέση εξάρτησης από αυτόν (Ammentorp et al., 2006) με αποτέλεσμα αισθήματα ενοχής για την άσκηση κριτικής (Carr-Hill, 1992). Αφενός η υψηλή καταξίωση που χαίρει το ιατρικό επάγγελμα στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και αφετέρου η ασύμμετρη πληροφόρηση εις βάρος των ασθενών, λόγω της έλλειψης των απαραίτητων γνώσεων για την αξιολόγηση του ιατρικού έργου, συνθέτουν το πλαίσιο ενός ιατροκεντρικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών, κατά το οποίο ο ιατρός βρίσκεται σε θέση ισχύος σε αντίθεση με τον ασθενή που οφείλει απλά να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες του ιατρού (Μαντή & Τσελέπη, 2000). Ομοίως, υψηλά ποσοστά ικανοποίησης εντοπίστηκαν στη συνολική αποτίμηση της επίσκεψης σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Κύπρο (Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012). Αντίστοιχες μελέτες σε ΤΕΙ δημόσιων νοσοκομείων αναδεικνύουν ότι τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σχετίζονται πέραν της άρτιας επιστημονικής κατάρτισης των ιατρών και με τη γενικότερη συμπεριφορά τους, την πληρότητα ενημέρωσης του ασθενή και την ανθρώπινη επικοινωνία (Ξανθοπούλου, 2004, Αδαμακίδου, 2009, Πίνη και συν., 2011).

Ως εκ τούτου, ο υψηλός βαθμός ικανοποίησης από το ρόλο του ιατρικού προσωπικού της μονάδας υγείας, παρά τη σύντομη διάρκεια της εξέτασης και το μικρό αριθμό των εξεταζόμενων ασθενών, δεν αποτελεί έκπληξη. Ειδικότερα το περιβάλλον μίας μικρής τοπικής κοινωνίας, όπως του Κιλκίς, τροφοδοτεί την άνοδο του status των ιατρών και την ισχυροποίηση των δεσμών εξάρτησης του ασθενή βάσει της αναπτυγμένης οικειότητας και της καθημερινής επαφής τους στον κοινωνικό περίγυρο της πόλης. Λαμβανομένου μάλιστα υπόψη το εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (75,1%) που δήλωσε περιορισμούς στη φροντίδα λόγω έλλειψης χρημάτων, πιθανολογείται η αναγκαστική επιστροφή του ασθενή στη μονάδα ακόμη και στην περίπτωση που δεν έχει μείνει ικανοποιημένος από τις

παρεχόμενες υπηρεσίες ως μία λύση ανάγκης ανταποκρινόμενη στις οικονομικές δυνατότητες του. Το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό προσφυγής των χρηστών και σε ιδιωτικές δομές για το ίδιο πρόβλημα υγείας που τους οδήγησε στη μονάδα (75,2%) σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι ασθενείς είθισται να αλλάζουν δύσκολα τον ιατρό που τους παρακολουθεί, ενισχύουν το εν λόγω συμπέρασμα. Η αντίστροφη σχέση των σταδιακά αυξανόμενων αναγκών των χρηστών και συνεχώς μειούμενων χρηματοδοτικών πόρων έχει αρνητικές επιπτώσεις ιδιαίτερα στα μεσαία και χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα που δεν έχουν διαθέσιμο εισόδημα ώστε να αγοράσουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (Economou et al., 2014).

Καίρια διαπίστωση υπήρξε η συσχέτιση της αύξησης της ηλικίας με την αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς, εύρημα που ενισχύεται από προγενέστερη έρευνα, κατά την οποία άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εκδήλωσαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης που υπερέβαινε το 85% (Νιάκας & Γναρδέλης, 2000). Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 150 άτομα που επισκέφθηκαν το κέντρο υγείας Αταλάντης βρέθηκε ότι η μέση ηλικία αυτών που δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών ήταν μεγαλύτερη από εκείνη των λιγότερο ικανοποιημένων (Αναγνωστοπούλου και συν., 2012) ενώ πλήθος ερευνών συναινεί προς αυτή την κατεύθυνση (Bodur et al., 2002, Margolis et al., 2003, Πουλογιαννοπούλου, 2006, Πολύζος και συν., 2007, Δρακοπούλου και συν., 2010, Γαβριήλ και συν., 2012).

Πέραν της αύξησης της ηλικίας, διαπιστώθηκε ότι και η μείωση του μορφωτικού επιπέδου σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας ικανοποίησης από τους ιατρούς. Το εν λόγω συμπέρασμα κρίνεται αναμενόμενο καθώς τα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου έχουν λιγότερες γνώσεις για τις δυνατότητες των προσφερόμενων υπηρεσιών και κατά συνέπεια εκδηλώνουν λιγότερες απαιτήσεις σε σχέση με τα άτομα ανώτερου επιπέδου εκπαίδευσης. Ο βαθμός ικανοποίησης από το κλινικό έργο σε ένα κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας στη Βόρεια Ελλάδα βρέθηκε να επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης και τον τόπο διαμονής των επισκεπτών (Καμπάντα & Νιάκας, 2004) ενώ αντίστοιχα ευρήματα χαμηλής ικανοποίησης στις ανώτερες εκπαιδευτικές βαθμίδες απαντώνται σε έρευνες ικανοποίησης της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας (Judge & Solomon, 1993, Campbell et al., 2001, Saeed et al., 2001, Καμπάντα & Νιάκας, 2004, Al-Eisa et al., 2005, Πιερράκος & Υφαντόπουλος, 2007, Αναγνωστοπούλου και συν., 2012).

Ενώ μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (45,3%) δήλωσε ότι ο ιατρός ενημέρωσε για τα

πλεονεκτήματα και τους κινδύνους από τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή τη διενέργεια εξετάσεων, εντούτοις εξίσου σημαντικό ποσοστό (37,6%) εξέφρασε ότι ο ιατρός δεν ενθάρρυνε τον ασθενή να εκφράσει ο ίδιος την άποψη του και να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία του. Η δυσλειτουργική επικοινωνία ιατρού-ασθενή εντοπίζεται και στο υψηλό ποσοστό αυτών (32%) που δεν εξέφερε θετική ή αρνητική άποψη περί ενθάρρυνσης για συμμετοχική λήψη αποφάσεων, γεγονός που προβάλλει κενά στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ασθενή. Αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών έχουν παρουσιαστεί σε περιπτώσεις που οι επαγγελματίες υγείας επέλεγαν να συζητήσουν διεξοδικά θέματα της υγείας τους και παρείχαν επεξηγήσεις δια της προσωπικής επαφής (West et al., 2005).

Η διαφορά μορφωτικού επιπέδου αποτελεί πολλές φορές αφορμή για την οποία οι ιατροί παρέχουν ελλιπή πληροφόρηση στους ασθενείς (Βενιού & Τεντολούρης, 2013) ενώ η υπεροχή του ιατρού και ο έλεγχος της μεταξύ τους επικοινωνίας διαπιστώνεται από την τάση να θέτει ο ίδιος τις ερωτήσεις χωρίς να επεκτείνει τη δυνατότητα για διάλογο στο συνομιλητή του (Μαντή & Τσελέπη, 2000). Έρευνες σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου κατέδειξαν, μεταξύ άλλων, ως προσδιοριστικούς παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών τον χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέταση και τις εξηγήσεις που έδωσε σχετικά με το νόσημα τους (Μακρής και συν., 2011). Σε έρευνα πραγματοποιηθείσα σε κέντρα υγείας της Ηπείρου διαπιστώθηκε ότι σχεδόν το ήμισυ των ασθενών δήλωσε ότι έχει σκεφθεί συχνά/αρκετά συχνά να αλλάξει ιατρό λόγω ελλιπούς ενημέρωσης (Χαραλάμους και συν., 2007). Μεταξύ των τομέων που χρήζουν ποιοτικής βελτίωσης και αναβάθμισης είναι η ενημέρωση του ασθενή από τον ιατρό για το είδος των θεραπευτικών παρεμβάσεων και της προτεινόμενης φαρμακευτικής αγωγής καθώς οι ασθενείς εξέφρασαν μειωμένη ικανοποίηση σχετικά με τη ληφθείσα πληροφόρηση για το θέμα της υγείας τους (Καλογεροπούλου, 2011). Τόσο η αμφίδρομη επικοινωνία ασθενή-ιατρού και η επαρκής ενημέρωση για τη νόσο όσο η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση του επιπέδου ικανοποίησης των χρηστών (Steven & Douglas, 1988).

9.3 Ικανοποίηση από τους χρόνους αναμονής και εξέτασης

Σημαντικά υψηλό είναι το ποσοστό ασθενών (67,4%) που δήλωσαν διάρκεια εξέτασης μικρότερη των 10 λεπτών ενώ μόλις το 5,5% δήλωσε διάρκεια από 21 λεπτά και άνω. Παρόμοια αποτελέσματα, όπου πάνω εκ του ήμισυ των επισκέψεων ολοκληρώνονται εντός

10 λεπτών, διαπιστώθηκαν σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε καρκινοπαθείς ασθενείς που επισκέφθηκαν τα ΤΕΙ του Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά» (Πίνη και συν., 2011) και στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου (Γαβριήλ και συν., 2012). Σε άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι μονάδες υγείας με επαρκή αριθμό ιατρών και μειωμένη αναλογία ασθενών-ιατρών παρουσιάζουν υψηλό βαθμό ικανοποίησης δεδομένου ότι οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα να αφιερώσουν επαρκή χρόνο και τη δέουσα προσοχή στην εξέταση του ασθενούς (Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012). Στην περίπτωση των νοσοκομείων ο μεγάλος αριθμός προσερχομένων ασθενών επεξηγεί σε μεγάλο βαθμό την αφιέρωση μικρού χρονικού διαστήματος για την επίσκεψη από τους ιατρούς, ενώ στην περίπτωση της επαρχιακής μονάδας υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς η μικρής διάρκειας επίσκεψη δικαιολογείται μεν από το υψηλό σχετικά ποσοστό αυτών που προσέρχονται για συνταγογραφία (31,5%), αντικρούεται δε από το μικρό αριθμό ημερησίων ραντεβού.

Ο ιατρός επιχειρεί να ισοκατανεμίσει το διαθέσιμο χρόνο του σε όλους τους ασθενείς, σε αντίθεση με τον ασθενή που επιζητά τη μεγιστοποίηση του χρόνου προσοχής του ιατρού για τη μεμονωμένη περίπτωση του (Freidson, 1970, Sironen & Valimaki, 2003). Οι ιατροί διακόπτουν τον ασθενή κατά μέσο όρο μετά από 18 δευτερόλεπτα από τη στιγμή που έχει αρχίσει να εκθέτει το πρόβλημα της υγείας του ενώ το 45% των προβλημάτων δεν αναφέρεται τελικά στον ιατρό από τον ασθενή (Καραμανίδου, 2010). Στην περίπτωση της μονάδας διαφαίνεται μία τάση για μη ισοκατανομή του χρόνου εξέτασης από την πλευρά των ιατρών, γεγονός που επεξηγείται από την πληρωμή με πάγια αντιμισθία ανεξαρτήτως του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η εφαρμογή της εν λόγω μεθόδου αποζημίωσης από τη μία πλευρά αποτρέπει την εμφάνιση προκλητής ζήτησης υπηρεσιών αλλά από την άλλη δημιουργεί κίνητρα για παροχή όσο το δυνατόν λιγότερων υπηρεσιών στους ασθενείς δεδομένου ότι ο μισθός των ιατρών είναι εγγυημένος σε οποιοδήποτε επίπεδο παροχής κλινικού έργου. Άλλες πιθανές εξηγήσεις της χρονικής ανισοκατανομής είναι η δύναμη της συνήθειας και η συνέχιση της παραδοσιακής αντίληψης για αντιμετώπιση των περιστατικών, όπως παγιώθηκε κατά το πρότερο καθεστώς των πολυιατρείων ΙΚΑ, όπου οι ιατροί σε καθεστώς μερικής απασχόλησης συνήθιζαν να ελαχιστοποιούν τον χρόνο που αφιέρωναν στα πολυιατρεία ώστε να τον διοχετεύουν στα ιδιωτικά τους ιατρεία (Οικονόμου, 2012).

Σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων διαφώνησε σχετικά με τη αντιμετώπιση μεγάλου χρόνου αναμονής τόσο για τον καθορισμό

του ραντεβού (57,4%) όσο και για την εξέταση (59,7%), άλλες μελέτες της ελληνικής βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκαν στα ΤΕΙ των νοσοκομείων ανέδειξαν ως σημαντικό πρόβλημα τις μεγάλες λίστες αναμονής για το προκαθορισμένο ραντεβού και το μεγάλο χρόνο αναμονής την ημέρα της επίσκεψης (Πίνη και συν., 2011). Ο χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση της εξέτασης σε σύγκριση με αυτόν άλλων ευρωπαϊκών μελετών, όπου η αναμονή ξεπερνούσε τη μία ώρα (Murray, 2000, Mc Carthy et al., 2000), βρέθηκε απόλυτα ικανοποιητικός, λαμβανομένου μάλιστα υπόψη ότι οι μεγάλες λίστες αναμονής επιφέρουν καθυστερήσεις στην έγκαιρη διάγνωση και την έναρξη θεραπείας με επισφαλείς επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών.

Ωστόσο, η διαπίστωση μικρών χρόνων αναμονής σε συνδυασμό με τα ποσοστά των ερωτηθέντων που είτε διαφώνησαν απόλυτα/διαφώνησαν ότι θα επισκεφθούν τη μονάδα υγείας σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας (23,7%) είτε εξέφρασαν ουδέτερη άποψη (38,1%) καθώς και την ετήσια χαμηλή συχνότητα επισκέψεων υποδηλώνουν πιθανόν υπολειτουργία της μονάδας⁹ και κατ' επέκταση χαμηλή αποδοτικότητα λόγω υποαπασχόλησης ανθρώπινων πόρων. Επιπρόσθετα, η ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών οφείλει να αντανακλά και υψηλό βαθμό ικανοποίησης καθώς βασική προϋπόθεση είναι η απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος σε σχέση με τους ιδιωτικούς φορείς στο πλαίσιο της καλύτερης οργάνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας.

Δεδομένου ότι το μεγαλύτερο μέρος των χρηστών δεν προσέρχεται στη μονάδα για να καθορίσει ημέρα και ώρα ραντεβού αλλά επιλέγει την τηλεφωνική επικοινωνία εξάγεται το συμπέρασμα εύρυθμης λειτουργίας προγραμματισμού των ραντεβού και αποφυγή τόσο κόστους χρόνου όσο και οικονομικού. Σε έρευνα των Γαβρίηλ και συν. (2012) σημαντικοί παράγοντες πρόκλησης δυσαρέσκειας αναδείχθηκαν η αδυναμία επιλογής ημέρας και ώρας εξέτασης και οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής τόσο για τον καθορισμό του ραντεβού όσο και για την πραγματοποίηση της επίσκεψης.

Η ικανοποίηση από τον χρόνο αναμονής βρέθηκε να σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών και συγκεκριμένα οι έγγαμοι να δηλώνουν υψηλότερη ικανοποίηση,

⁹ Τον Ιούνιο του 2015 ο Υπουργός Υγείας κ. Κουρουμπλής έδωσε εντολή καταγραφής και μετεγκατάστασης των μονάδων που υπολειτουργούν ή δεν αξιοποιούνται πλήρως και εγκαθίδρυσης νέων μονάδων σε περιοχές που εμφανίζεται έλλειψη δομών ΠΦΥ (Πετροπούλου, 2015).

αποτέλεσμα που συμπορεύεται με σχετικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε 1.206 πολίτες στην Ελλάδα (Καδδά και συν., 2010) και σε 761 επισκέπτες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου (Γαβριήλ και συν., 2012) κατά τις οποίες οι έγγαμοι αξιολογούσαν θετικότερα τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους άγαμους. Οι χρόνοι αναμονής αποτελούν καίριο παράγοντα καθορισμού της ικανοποίησης των ασθενών σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Leddy et al., 2003, Ammentorp et al., 2006) και σχετίζονται με τάση επιστροφής των ασθενών για επαναχρησιμοποίηση της μονάδας υγείας (Carr-Hill, 1992).

9.4 Ικανοποίηση και λειτουργία της μονάδας

Παρά τους μικρούς χρόνους αναμονής, η συχνότητα χρήσης της μονάδας αν και θα αναμενόταν αυξημένη, εντούτοις διαπιστώνεται μειωμένη καθώς σχεδόν το ήμισυ των ερωτηθέντων (45,9%) προσήλθε στη μονάδα τους τελευταίους 12 μήνες μόνο μία φορά ενώ μικρό σχετικά ποσοστό (18,8%) αντιπροσωπεύουν οι συστηματικοί χρήστες με συχνότητα άνω των τεσσάρων επισκέψεων ετησίως. Παρότι ο μέσος όρος είναι 8 επισκέψεις κατά κεφαλή το χρόνο (Τούντας και συν., 2003), η παρούσα έρευνα δεν αφορά γερασμένο πληθυσμό, δεδομένου ότι η μέση ηλικία διαμορφώνεται σε 47,5 έτη, γεγονός που δικαιολογεί σε μεγάλο βαθμό τη μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας της μονάδας.

Παρά ταύτα το εύρημα της τάσης για μειωμένη χρήση σε συνδυασμό με τα υψηλά ποσοστά πρώτης προτίμησης του δικτύου συμβεβλημένων ιατρών του ΕΟΠΥΥ (38,7%) και των μη συμβεβλημένων ιατρών (25,4%) επιδεικνύει αφενός ανεπάρκεια των προσφερόμενων υπηρεσιών της μονάδας και αφετέρου ισχυρό δίκτυο ιδιωτών ιατρών που προσελκύει σε μεγάλο βαθμό τους χρήστες στο επίπεδο μίας επαρχιακής πόλης. Αντίθετα, το αντίστοιχο ποσοστό χρήσης των υπηρεσιών των πρώην μονάδων ΙΚΑ ήταν ιδιαίτερα υψηλό και σχεδόν τριπλάσιο (67,9%), με μέση τιμή 10 επισκέψεις το χρόνο (Τούντας και συν., 2003), στο επίπεδο ενός μεγάλου αστικού κέντρου. Ο συνδυασμός μειωμένου αριθμού ημερησίων ραντεβού και σταθερών λειτουργικών εξόδων επιφέρει αντιοικονομική λειτουργία της μονάδας.

Αναφορικά με το λόγο επίσκεψης σχεδόν το ήμισυ των ερωτηθέντων (47,5%) απάντησε ότι επισκέπτονται, μεταξύ άλλων, τη μονάδα για οξύ πρόβλημα υγείας-παροδική ασθένεια αλλά αρκετά υψηλό είναι και το ποσοστό αυτών (31,5%) που δήλωσαν ως λόγο επίσκεψης τη

συνταγογράφηση φαρμάκων, γεγονός που δεν εξαλείφει την παγιωμένη πεποίθηση ότι το σημαντικότερο μέρος της επισκεψιμότητας των πρώην πολυϊατρείων ΙΚΑ και των μετέπειτα μονάδων υγείας ΕΟΠΥΥ αφορούσε συνταγογραφία. Αντίστοιχα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκαν σε έρευνα διενεργούμενη σε 4 μονάδες υγείας του ΙΚΑ στο λεκανοπέδιο της Αττικής (Τούντας και συν., 2003), κατά την οποία το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών (33,1%) επισκέφτηκε τη μονάδα για οξύ πρόβλημα υγείας-παροδική ασθένεια ενώ εξίσου υψηλό ήταν το ποσοστό επισκέψεων που αφορούσε συνταγογράφηση φαρμάκων (25,2%) και χρόνιο νόσημα (18,8%). Η υψηλή βαθμολόγηση του ιατρικού προσωπικού μπορεί εν μέρει να δικαιολογηθεί από το ποσοστό των χρηστών που επισκέπτονται τη μονάδα αποκλειστικά για συνταγογράφηση φαρμάκων που συνεπάγεται μειωμένες απαιτήσεις (Λέντζας και συν., 2010).

Στον αντίποδα της θετικής εν γένει αξιολόγησης της μονάδας, προβληματική συνιστώσα υπήρξε το ισχύον ωράριο λειτουργίας της μονάδας (7:00-14:00) δεδομένου ότι το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων δήλωσε ότι θα προτιμούσε διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας. Αν ληφθεί υπόψη και η μεγάλη προσφυγή των χρηστών προς τους ιδιώτες ιατρούς, διαπιστώνεται περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα τόσο της μονάδας όσο και του ευρύτερου δικτύου ΠΦΥ κατά τις απογευματινές ώρες. Συγκεκριμένα, το 51,4% επιθυμεί συνδυασμό πρωινού και απογευματινού ωραρίου, που προσιδιάζει στο ωράριο λειτουργίας των ιδιωτών ιατρών, ενώ το 35,4% λειτουργία σε 24ωρη βάση κατά το πρότυπο της νοσοκομειακής φροντίδας. Μάλιστα μόνον το 1/3 από το σύνολο των 65 ατόμων που δήλωσε ότι το ωράριο λειτουργίας τους εξυπηρετεί απόλυτα, δήλωσε παράλληλα ότι δεν επιθυμεί διεύρυνση του ωραρίου (32,3%) ενώ το υπόλοιπο μέρος προτίμησε συνδυασμό πρωινού και απογευματινού ωραρίου ή λειτουργία σε 24ωρη βάση, με την πρώτη εκδοχή να υπερτερεί της δεύτερης (47,7% έναντι 20%).

Το εύρημα αυτό αποτελεί μεν ένδειξη της αντίληψης των χρηστών περί αναγκαιότητας παροχής της δευτεροβάθμιας μόνο φροντίδας σε 24ωρη βάση, αναδεικνύει δε την τάση προτίμησης των χρηστών για εφαρμογή και απογευματινού ωραρίου, πέραν του προβλεπόμενου πρωινού. Διαφαίνεται, έτσι, ότι ακόμη και οι χρήστες οι οποίοι καλύπτονται από το πρωινό ωράριο λόγω της φύσεως εργασίας τους (εργασία με βάρδιες ή μερική απασχόληση) ή της επαγγελματικής τους κατάστασης (συνταξιούχοι, άνεργοι) θεωρούν αναγκαία τη διεύρυνση του ωραρίου προκειμένου να εξυπηρετείται το σύνολο των πολιτών.

Ως εκ τούτου, η μη εφαρμογή του άρθρου 3 του Ν.4238/14, αναφορικά με τη λειτουργία των δομών ΠΕΔΥ σε 24ωρη βάση, συνιστά εμπόδιο για την άμεση και αποτελεσματική εξυπηρέτηση τους και επιτείνει την προσέλευση των ασθενών στη ΔΦΥ.

Η μη λειτουργία του μικροβιολογικού εργαστηρίου και η υπολειτουργία του ακτινολογικού δρουν ανασταλτικά στην επίτευξη ολιστικής αντιμετώπισης, με αποτέλεσμα την ταλαιπωρία των ασθενών λόγω των συνεχών, συχνά και άσκοπων, παραπομπών. Το μεγαλύτερο μέρος των χρηστών (79,5%) δήλωσε την επιθυμία επαναλειτουργίας του μικροβιολογικού εργαστηρίου, γεγονός που ενισχύεται από πόρισμα σχετικής έρευνας που υποστήριξε ότι η ικανοποιητική κάλυψη σε ιατρικό προσωπικό με τη λειτουργία των εργαστηρίων συμβάλλουν στην υψηλή βαθμολογία των μονάδων υγείας (Λέντζας και συν., 2010). Η έλλειψη εργαστηρίων αντιτίθεται στο άρθρο 1 του Ν.4238/14 καθώς δρα επιβαρυντικά στην παροχή ολοκληρωμένων και εξειδικευμένων υπηρεσιών εντός της μονάδας και τροφοδοτεί την παραπομπή των χρηστών στις ιδιωτικές δομές και τα νοσοκομεία.

Σε ενδεχόμενη λειτουργία του μικροβιολογικού εργαστηρίου, μη ήσσονος σημασίας είναι τα ποσοστά των ερωτηθέντων περί καθορισμού είτε 15% συμμετοχής κατά αντιστοιχία των ιδιωτικών εργαστηρίων (18,2%) είτε συμμετοχής ανάλογα με το είδος της εξέτασης (24,9%). Το εύρημα αυτό αποκαλύπτει την πρόθεση των χρηστών να συμμετέχουν στην παρεχόμενη φροντίδα παρά το δημόσιο χαρακτήρα της δομής λαμβανομένου υπόψη και το υψηλό μέρος των ερωτηθέντων (136 άτομα) που δήλωσαν περιορισμένες επιλογές υγειονομικής φροντίδας λόγω έλλειψης χρημάτων. Μάλιστα, μεταξύ των 136 ατόμων που δήλωσαν οικονομικούς περιορισμούς, 24 επέλεξαν συμμετοχή 15% και 32 συμμετοχή ανάλογα με το είδος της εξέτασης. Σύμφωνα με μελέτη της ΕΣΔΥ, 7 στους 10 ερωτώμενους, με μεγαλύτερο βαθμό στις νεαρές ηλικίες, εξέφρασαν πρόθεση να πληρώσουν κάποιο επιπλέον ποσό για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες (Ιακωβίδου και συν., 2008). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο παρελθόν στο Κ.Υ. Αταλάντης τα άτομα νεαρής ηλικίας, ανώτερου επιπέδου εκπαίδευσης και οι έχοντες ασφαλιστική κάλυψη ΙΚΑ εξέφρασαν προθυμία να καταβάλλουν ένα πρόσθετο ποσό προκειμένου να αναβαθμιστούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες (Αναγνωστοπούλου και συν., 2011). Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ παρουσίασαν 4 φορές μεγαλύτερη προθυμία σε σχέση με τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία, γεγονός που ενισχύεται από τα μέτρια ποσοστά ικανοποίησης από το ταμείο τους (Διμηνιαία Έκδοση για την Κοινωνική Ασφάλιση, 2000).

Παρά τα χαμηλά επίπεδα συνολικής δυσαρέσκειας (17,7%), μόνο το 21,5% δήλωσε ότι δεν

έχει αντιμετωπίσει ποτέ πρόβλημα στις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας ενώ το υπόλοιπο 78,5% δήλωσε ότι έστω και μία φορά βρέθηκε αντιμέτωπο με κάποιου είδους πρόβλημα. Τα υψηλότερα ποσοστά απαντήσεων συγκέντρωσε, όπως προαναφέρθηκε, η έλλειψη ιατρικών ειδικοτήτων (55,8%) και ακολουθούν, κατά σειρά δήλωσης, η παροχή υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας, η έλλειψη οργάνωσης, η κακή συμπεριφορά προσωπικού και οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής σε ποσοστά της τάξης 20-30%. Μετά την ψήφιση του Ν.4238/14 από τους 26 συνολικά υπηρετούντες ιατρούς, οι 18 τελικά μετατάχθηκαν αυτοδίκαια σε συσταθείσες οργανικές θέσεις των αντίστοιχων χωροταξικά ΔΥΠε, εφόσον αποδέχθηκαν το καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Σε αυτή τη διαδικασία δε λήφθηκε υπόψη το νοσολογικό προφίλ και οι υγειονομικές ανάγκες του νομού, έναν εκ τους επιμέρους σκοπών του νόμου (βλ. Παράρτημα Γ.2). Έτσι, οι μετατασσόμενοι ιατροί στο σημερινό καθεστώς των μονάδων υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς είναι κατά 8 λιγότεροι σε σχέση με το πρότερο καθεστώς των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ, με αποτέλεσμα τον περιορισμό του φάσματος των ειδικοτήτων¹⁰ ακόμη και σε καίριες ειδικότητες, όπως αυτές της παιδιατρικής και της νευρολογίας.

Ιδιαίτερη αναφορά οφείλει να γίνει στο ποσοστό των ερωτηθέντων (28,7%) που άσκησαν αρνητική κριτική στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, γεγονός που υπογραμμίζει τα περιθώρια βελτίωσης και συνδέεται με αποτελέσματα άλλων ερευνών (Καλογεροπούλου, 2011). Ομοίως, η έλλειψη οργάνωσης έχει καίριο αντίκτυπο στη γνώμη των χρηστών για τη συνολική εικόνα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Πιερράκος και συν., 2013), ειδικότερα στα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου (Καμπάντα & Νιάκας, 2004). Η εστίαση σε ζητήματα δυσαρέσκειας, σε αντίθεση με την ικανοποίηση, συντελεί στον εύστοχο εντοπισμό των δυσλειτουργιών του συστήματος υγείας (Bankauskaite & Saarelma, 2003).

Σχεδόν το ήμισυ των ερωτηθέντων (48,6%) δήλωσε ότι η μονάδα υγείας ΠΕΔΥ δεν τηρεί πλήρη στοιχεία του ιατρικού τους ιστορικού ενώ το 30,4% δήλωσε άγνοια, γεγονός που υποσκάπτει το συντονισμό του δικτύου και τη συνέχιση της φροντίδας σε όλο το φάσμα του συστήματος υγείας (άρθρα 1 και 4 του Ν.4238/14). Παρατηρείται, επιπλέον, το παράδοξο αφενός της σχετικά υψηλής βαθμολόγησης των χρόνων αναμονής (μέση βαθμολογία 10,2 σε

¹⁰ Σε πανελλαδικό επίπεδο, μεταξύ των παρατηρούμενων δυσλειτουργιών μετά τη μετάβαση των μονάδων υγείας στο ΠΕΔΥ διακρίνονται η μειωμένη στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό (επήλθε μείωση του ιατρικού προσωπικού από 5.000 σε 2.300) και η μη λειτουργία των εργαστηρίων (Μπουλούτζα, 2015).

κλίμακα 3-15) και των ιατρών (20,5 σε κλίμακα 6-30) και αφετέρου των προβληματικών παραγόντων που θεώρησαν οι ασθενείς ότι χρήζουν περαιτέρω προσοχής, ήτοι τους μεγάλους χρόνους αναμονής (19,9%) και την κακή συμπεριφορά του προσωπικού (25,4%), που εμπερικλείει βέβαια τόσο το ιατρονοσηλευτικό όσο και το διοικητικό προσωπικό της μονάδας.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα περί βεβαιότητας των χρηστών για επίσκεψη της μονάδας σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας (38,1%) και σύστασης της σε οικεία πρόσωπα¹¹ για παρόμοια με το δικό τους πρόβλημα υγείας (47,5%). Τα εν λόγω ευρήματα αντικρούονται με τη μόλις άνω του μέσου (6,1) συνολική βαθμολόγηση της μονάδας, τη μεγαλύτερη εμπιστοσύνη που επιδεικνύεται σε ιδιώτες ιατρούς σε σχέση με τη μονάδα (64,1%) και τη δήλωση παροχής υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας (28,7%). Αυτή η αντίθεση πιθανόν να υποδηλώνει ότι οι επισκέψεις των χρηστών στη μονάδα αφορούν μέσης ή χαμηλής σοβαρότητας προβλήματα υγείας, που δε συνάδει με εξειδικευμένη ιατρική αντιμετώπιση υψηλών απαιτήσεων. Προς αυτό το συμπέρασμα ωθεί και αντίστοιχη δήλωση 54 συμμετεχόντων στην έρευνα που ανέφεραν αυτοβούλως στην τελευταία ανοιχτή ερώτηση του ερωτηματολογίου, η οποία παρότρυνε για την παράθεση τυχόν σχολίων και παρατηρήσεων, ότι επιλέγουν τη μονάδα για «απλό πρόβλημα υγείας». Άλλη πιθανή εξήγηση προσφέρουν οι απαντήσεις των ερωτηθέντων που δήλωσαν ως πρώτη επιλογή τη μονάδα υγείας από το σύνολο των δομών ΠΦΥ, με την αδυναμία πληρωμής σε μη συμβεβλημένους ιατρούς του ΕΟΠΥΥ να βρίσκεται στην πρώτη θέση των απαντήσεων.

9.5 Διασύνδεση της μονάδας και ανισότητες πρόσβασης

Εμφανή κενά παρουσιάζονται στη σύνδεση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ αφενός με τις λοιπές δημόσιες και ιδιωτικές δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας και αφετέρου με τα νοσοκομεία, όπου και στις δύο περιπτώσεις μόνον το 13,3% των ερωτηθέντων συμφώνησε ότι είναι επαρκής. Υπό το πρίσμα ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, διακρίνεται ελλιπής διασύνδεση τόσο μεταξύ των ομοειδών επιπέδων φροντίδας εντός και εκτός του δικτύου όσο και στα ανώτερα επίπεδα φροντίδας, με αποτέλεσμα την αποτροπή οργάνωσης ενός ολοκληρωμένου

¹¹ Η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε θετικά σε ερώτηση περί σύστασης του νοσοκομείου σε κάποιο άτομο του περιβάλλοντος τους (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008).

συστήματος φροντίδας. Η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού του άρθρου 4 του Ν.4238/14 (βλ. Παράρτημα Γ.2) έχει ως αποτέλεσμα την είσοδο του ασθενή σε όλα τα επίπεδα φροντίδας χωρίς ηθμό πρόσβασης με αποτέλεσμα τη χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών που θα μπορούσαν να καλυφθούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Ειδικότερα για τους ανασφάλιστους πολίτες εκδόθηκε σχετική κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 1465, τ.Β', 5/6/14), η οποία προβλέπει ότι όλοι οι ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες -μη συμπεριλαμβανομένου των δικαιούχων βιβλιαρίων υγείας της Πρόνοιας- που δεν έχουν κοινωνική και ιδιωτική υγειονομική ασφάλιση ή έχουν απολέσει το ασφαλιστικό τους δικαίωμα λόγω αδυναμίας να πληρώσουν τις ασφαλιστικές τους εισφορές, καλύπτονται για ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Αυτή θα παρέχεται δωρεάν με την προϋπόθεση λήψης αφενός παραπεμπτικού από γιατρό του ΠΕΔΥ ή των ΤΕΙ των δημόσιων νοσοκομείων και αφετέρου εγκριτικής απόφασης τριμελούς επιτροπής συσταθείσας σε εκάστοτε νοσοκομείο. Εντούτοις, εγείρονται τρία βασικά ζητήματα (Economou et al., 2014): α) η μη εφαρμογή έως σήμερα του συστήματος παραπομπών από τον οικογενειακό ιατρό, β) ο στιγματισμός των ανασφαλιστών, σε σύγκριση με τους έχοντες ασφαλιστική κάλυψη, μέσω της διαδικασίας πιστοποίησης από την επιτροπή για την αναγκαιότητα νοσηλείας και γ) η μη έκδοση διευκρινιστικής εγκυκλίου για την εφαρμογή της υπουργικής απόφασης σχετικά με τη διαδικασία των εισαγωγών. Ως εκ τούτου, η κατηγορία αυτή των πολιτών αντιμετωπίζει πλήθος γραφειοκρατικών εμποδίων για ισότιμη πρόσβαση λόγω της διαφοροποιημένης ακολουθούμενης διαδικασίας νοσηλείας.

Τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά προτίμησης γενικού οικογενειακού ιατρού, που σημειώθηκαν στην παρούσα έρευνα περί παραπομπής τόσο σε ειδικό γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας (81,8%) όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα (79,5%), σε συνδυασμό με παρόμοια αποτελέσματα αντίστοιχης προηγούμενης έρευνας (Τούντας και συν., 2003) προβάλλουν τη διαχρονική ανάγκη εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Ωστόσο, πάνω από το ήμισυ των ερωτηθέντων (51,4%) εξέφρασε την προτίμηση για δυνατότητα απευθείας επιλογής ειδικού ιατρού κατόπιν ίδιας πρωτοβουλίας, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της εν λόγω προγενέστερης έρευνας, γεγονός που φανερώνει την επιθυμία των ασθενών να μπορούν να απευθύνονται και σε ειδικούς ιατρούς, ώστε να μη λειτουργεί ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού ως μοναδική πύλη εισόδου στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά ως μέσο καθοδήγησης και προσανατολισμού.

Αντίστοιχα αποτελέσματα προτίμησης γενικού οικογενειακού ιατρού παρουσιάζονται και για

την κατηγορία των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι ο ιατρός δεν τους ενθάρρυνε για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, πράγμα που ενισχύει την αναγκαιότητα της τοποθέτησης του ασθενή στο κέντρο των αποφάσεων. Σημαντική συσχέτιση διαπιστώθηκε σε έρευνα του Ραφτόπουλου (2002) μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της επιλογής τόσο οικογενειακού ιατρού όσο και υπηρεσίας υγείας. Ο αριθμός των γενικών γιατρών στην ΠΦΥ, οι οποίοι αποτελούν τον πυλώνα του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, σχετίζεται με καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα σε πληθώρα δεικτών (Starfield, 2005), μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια χαμηλότερο κόστος, εν αντιθέσει με τους ειδικούς ιατρούς (Grumbach et al., 1997). Η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού συναρτάται με την απουσία ολιστικής προσέγγισης του ασθενή λόγω της ανυπαρξίας σημείων αναφοράς και εμφάνισης αλληλοεπικαλύψεων στην χρήση των υπηρεσιών.

9.5.1 Στροφή των χρηστών σε ιδιωτικές δομές ΠΦΥ και νοσοκομεία

Αξιοσημείωτη είναι η επιλογή του δικτύου των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών που βρίσκεται στην πρώτη θέση προτίμησης των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (70 εκ των 181 συμμετεχόντων) έναντι της μονάδας στη δεύτερη θέση (56 εκ των 181 συμμετεχόντων) και των τακτικών εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων στην ισόβαθμη τρίτη θέση (56 εκ των 181 συμμετεχόντων). Ο κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι χρήστες επιλέγουν τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς ως πρώτη επιλογή είναι η αδυναμία πληρωμής σε μη συμβεβλημένους ιατρούς και η καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Μόνο 20 εκ των 181 συμμετεχόντων επιλέγουν τη μονάδα υγείας ΠΕΔΥ ως πρώτη επιλογή ενώ κυριαρχεί ως πρωταρχικός λόγος αυτής της επιλογής η αδυναμία πληρωμής σε μη συμβεβλημένους ιατρούς και σε τελευταία επίπεδα η καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Το εν λόγω εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τον (ε) επιμέρους σκοπό του Ν.4238/14 (βλ. Παράρτημα Γ.2) περί ανταπόκρισης των υπηρεσιών στις προσδοκίες και τις ανάγκες των πολιτών.

Σημαντικά αυξημένο εμφανίζεται το ποσοστό των χρηστών (75,2%) που επιλέγουν να επισκεφθούν και ιδιώτη ιατρό για το πρόβλημα της υγείας τους¹², γεγονός που ενισχύεται από το μεγαλύτερο βαθμό εμπιστοσύνης που επιδεικνύουν οι ασθενείς στους ιδιώτες ιατρούς σε σχέση με τη μονάδα υγείας (64,1%). Μολαταύτα, τόσο η εξάντληση του μηνιαίου πλαφόν

¹² Πρώτη προτίμηση δομής ΠΦΥ και για αυτή την κατηγορία ερωτηθέντων, κατά αντιστοιχία του συνόλου των ερωτηθέντων, είναι το δίκτυο των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών.

των 200 επισκέψεων κατά τις πρώτες μέρες του μήνα όσο και το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία (90%) των καταγγελιών προς τον ΕΟΠΥΥ αφορούν δηλώσεις των ιατρών περί συμπλήρωσης του πλαφόν σε αντιδιαστολή με την υπάρχουσα διαθεσιμότητα του συστήματος (ΕΟΠΥΥ, 2015) καθιστούν την κάλυψη των αναγκών ανεπαρκή. Σε έρευνα που αφορούσε χρόνια πάσχοντες βρέθηκε ότι το 64% των ερωτηθέντων σε δείγμα 1.496 ατόμων ανέφερε προβλήματα πρόσβασης σε γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας λόγω οικονομικών περιορισμών (Economou et al., 2014). Σε αντίστοιχη έρευνα της ΕΣΔΥ (2014) το 30% των χρόνιων πασχόντων μείωσαν κατά 30% τον αριθμό των επισκέψεων τους σε δομές ΠΦΥ κατά τα έτη 2011-2013 και κατά 20% τις out-of-pocket πληρωμές ενώ αύξησαν τις επισκέψεις τους σε ΜΚΟ και άλλες κοινωνικές δομές. Δεδομένου ότι η οικονομική κρίση περιορίζει τις δυνατότητες επιλογής των χρηστών, έκδηλη καθίσταται η αναγκαιότητα ενίσχυσης του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος και η αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του.

Ο κυρίαρχος ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην ΠΦΥ ισχυροποιείται καθώς σε έρευνα της Hellas Health I το 75% των ερωτηθέντων απευθυνόταν σε ιδιώτες (συμβεβλημένους και μη με ασφαλιστικά ταμεία) ακόμα και στις αγροτικές περιοχές με ένα μικρό μόνο ποσοστό των κατοίκων να προσφεύγει στα Κ.Υ. και Π.Ι. (Μπουλούτζα, 2008). Οι επισκέπτες των κέντρων υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας δήλωσαν την προτίμησή τους σε ιδιώτη οικογενειακό ιατρό λόγω εύκολης πρόσβασης σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή τον χρειαστούν -τήρηση πρωινού και απογευματινού ωραρίου- αλλά όχι λόγω μεγαλύτερης εμπιστοσύνης (Λέντζας και συν., 2010). Η τάση να απευθύνεται ο ασθενής σε περισσότερους του ενός ιατρού, προκειμένου να εισπράξει και μία «δεύτερη γνώμη», είναι σύνηθες φαινόμενο και αποτελεί τροχοπέδη στη διαχρονική προσπάθεια εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (Λέντζας και συν., 2010). Ο μεγάλος αριθμός των ασθενών που επιλέγει να επισκεφθεί και ιδιώτη ιατρό για το πρόβλημα της υγείας του αποτελεί ένδειξη αδυναμιών στην αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Σημαντικές ελλείψεις διαπιστώνονται στο φάσμα των ιατρικών ειδικοτήτων της μονάδας με συγκέντρωση των προτιμήσεων των χρηστών στις εξής: δερματολόγο (32,6%), παιδίατρο (28,7%), νευρολόγο (23,2%) και ψυχίατρο (20,4%). Σημειώνεται ότι στο δίκτυο των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών στο νομό Κιλκίς δεν υπάρχουν καθόλου δερματολόγοι και ψυχίατροι, με αποτέλεσμα την αναγκαστική κατεύθυνση των ασθενών

στους μη συμβεβλημένους ιατρούς επί πληρωμή ή στο Γ.Ν. Κιλκίς. Επιπλέον, υπάρχει μόνον ένας ιατρός ειδικότητας παιδιατρικής και νευρολογίας, με φυσικό επακόλουθο την ανεπαρκή κάλυψη της διαμορφούμενης ζήτησης λόγω της εξάντλησης του πλαφόν των 200 ιατρικών επισκέψεων εντός των πρώτων ημερών εκάστου μήνα. Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό των ερωτηθέντων (12,7%) που δήλωσαν έλλειψη ενδοκρινολόγου εντός της μονάδας, παρότι δεν υπήρχε σχετική προκαθορισμένη απάντηση, γεγονός που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στο μελλοντικό σχεδιασμό του φάσματος των ειδικοτήτων του δικτύου, λαμβανομένου μάλιστα υπόψη ότι η εν λόγω ειδικότητα εκλείπει παντελώς τόσο στο δίκτυο των συμβεβλημένων ιατρών όσο και στα νοσοκομεία του νομού. Αφενός η προβολή της έλλειψης ιατρικών ειδικοτήτων ως το συνηθέστερο πρόβλημα που έχουν αντιμετωπίσει κατά την προσέλευση τους στη μονάδα (55,8%) και αφετέρου η διαφωνία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 61,4% περί κάλυψης πλήρους φάσματος ειδικοτήτων αντανακλούν μία εικόνα ανεπαρκούς κάλυψης των αναγκών των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας. Η εν λόγω ανεπάρκεια έρχεται σε αντιδιαστολή με τους επιμέρους (β) και (γ) σκοπούς του Ν.4238/14 περί εδραίωσης της ΠΦΥ και σύνδεσης των υπηρεσιών με τις υγειονομικές ανάγκες (βλ. Παράρτημα Γ.2).

9.5.2 Έλλιπής ενημέρωση των χρηστών

Μολονότι διαφαίνεται ότι οι χρήστες έχουν γνώση για τη μη πληρότητα του φάσματος κάλυψης της μονάδας, εντούτοις αδυνατούν να προσδιορίσουν επακριβώς τον τύπο των υπό έλλειψη ειδικοτήτων, καθώς αρκετά υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων (39,2%) δήλωσε άγνοια. Μάλιστα, υπήρξε και ένα μικρό ποσοστό που δήλωσε ειδικότητες -οφθαλμίατρος και πνευμονολόγος- που υφίστανται στη μονάδα και προϋπήρχαν και στις προγενέστερες μορφές τόσο των πολυϊατρείων ΙΚΑ όσο και της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ. Σε αντίστοιχη έρευνα που διενεργήθηκε σε επισκέπτες των κέντρων υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας η υψηλή βαθμολόγηση συνδεόταν με επάρκεια ιατρικού προσωπικού και μικρό αριθμό επισκέψεων ανά ιατρό (Λέντζας και συν., 2010).

Μεγάλη σύγχυση επικρατεί στην πληροφόρηση αναφορικά με το δικαίωμα παροχής φροντίδας στους μη έχοντες ασφαλιστική ικανότητα από τη μονάδα καθώς το 47,5% των ερωτηθέντων δεν γνώριζε τι ισχύει ενώ το 24,9% απάντησε ότι δεν συμπεριλαμβάνονται οι ανασφάλιστοι στο φάσμα δικαιούχων της μονάδας. Αν μάλιστα ληφθούν υπόψη τόσο η ραγδαία αύξηση του ποσοστού ανεργίας (27,5%) κατά το έτος 2013 όσο και τα ποσοστά του

ελληνικού πληθυσμού που βρίσκονται στα όρια της φτώχειας ή βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό (35,7%) ενισχύονται οι ανισότητες πρόσβασης (βλ. πίνακα 9.1). Σε περιόδους οικονομικής κρίσης οι πιθανότητες να αναφερθεί χαμηλής ποιότητας παρεχόμενη φροντίδα είναι υψηλότερες στις ευπαθείς ομάδες ηλικιωμένων, ανέργων και χρονίων πασχόντων (Zavras et al., 2013, VANDOROS et al., 2013)

Πίνακας 9.1 Οικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες της Ελλάδας για τα έτη 2008 έως 2013

Δείκτες	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ποσοστό απασχόλησης	48,9	48,3	46,7	43,3	39,5	37,7
Συνολικό ποσοστό ανεργίας	7,8	9,6	12,7	17,9	24,4	27,5
Μακροχρόνια άνεργοι ως ποσοστό επί του συνόλου των ανέργων	47,1	40,4	44,6	49,3	59,1	67,1
Ποσοστό πληθυσμού στα όρια της φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό	28,1	27,6	27,7	31,0	34,6	35,7

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2014α, ΕΛΣΤΑΤ 2014β

Παρά τον ενάμιση σχεδόν χρόνο λειτουργίας της μονάδας αποδεικνύεται ελλιπής πληροφόρηση όσον αφορά τόσο το φάσμα παροχών όσο και το εύρος κάλυψης, γεγονός που υποθάλλει ανισοτιμία πρόσβασης και αναποτελεσματική λειτουργία της μονάδας και υποδηλώνει την αναγκαιότητα δράσεων ενημέρωσης του κοινού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

10.1 Στοχευμένη επιλογή αξόνων δράσης

Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας επιβεβαιώνεται η άποψη που υποστηρίζει ότι η παρέμβαση σε οργανωτικά και λειτουργικά θέματα, τα οποία μπορούν να ρυθμιστούν ευκολότερα, μπορούν να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών (Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012). Η συστηματική μέτρηση της ικανοποίησης λειτουργεί υποβοηθητικά στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της μονάδας και την αποφυγή δυσλειτουργιών που αποτελούν τροχοπέδη για την εύρυθμη λειτουργία του δικτύου της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η εφαρμογή ανάλογων ερευνών ικανοποίησης στο γενικό

πληθυσμό είναι χρήσιμο εργαλείο διαχρονικής αξιολόγησης των μονάδων υγείας του ΠΕΔΥ ανά νομό και οριοθέτησης αξόνων για αποτελεσματική ανακατανομή των διατιθέμενων πόρων και ορθολογικής χρηματοδότησης της ΠΦΥ σε πανελλαδικό επίπεδο.

Από τη μία πλευρά ο ψηφισθέν νόμος εκπλήρωσε τον πρώτο εκ των δύο ειδικών του στόχων (βλ. Παράρτημα Γ.2), την κατάργηση του διττού ρόλου του ΕΟΠΥΥ και το διαχωρισμό του από αυτόν του παρόχου. Από την άλλη πλευρά όμως, όπως προκύπτει από τα συμπεράσματα της έρευνας, δεν κατορθώθηκε η επιτυχία του δεύτερου ειδικού στόχου και των επιμέρους σκοπών του νόμου. Για στοχευμένη και μεθοδική αντιμετώπιση των συγκεκριμένων κενών, δυσλειτουργιών και προβληματικών περιοχών, όπως διαπιστώθηκαν στην παρούσα έρευνα (βλ. κεφάλαιο 8 και 9), απαιτείται καθορισμός πλάνου στρατηγικού σχεδιασμού και όχι αποσπασματικές λύσεις. Στις ενότητες που ακολουθούν αναλύονται προτεινόμενα σχέδια δράσης σε δύο βασικούς άξονες: α) οργάνωση νέας δομής του δικτύου και β) εφαρμογή σχετικού μοντέλου αξιολόγησης.

10.2 Οργάνωση νέας δομής του δικτύου

10.2.1. Προτεινόμενη δομή του δικτύου

Η απεμπλοκή του ΕΟΠΥΥ από το ρόλο του παρόχου δύναται να αποτελέσει στοιχείο οιονεί αγοράς στον χώρο της υγείας καθώς φιλοδοξεί να λειτουργήσει ως μονοψωνιακός αγοραστής με ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών του. Το μοντέλο της οιονεί αγοράς αποτελεί την κυρίαρχη πρόταση μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας γιατί αφενός εξασφαλίζει χαμηλότερο κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών, μέσω των συνθηκών ανταγωνισμού, και αφετέρου διασφαλίζει ισότητα και κοινωνική αλληλεγγύη, μέσω της ελεύθερης επιλογής των χρηστών.

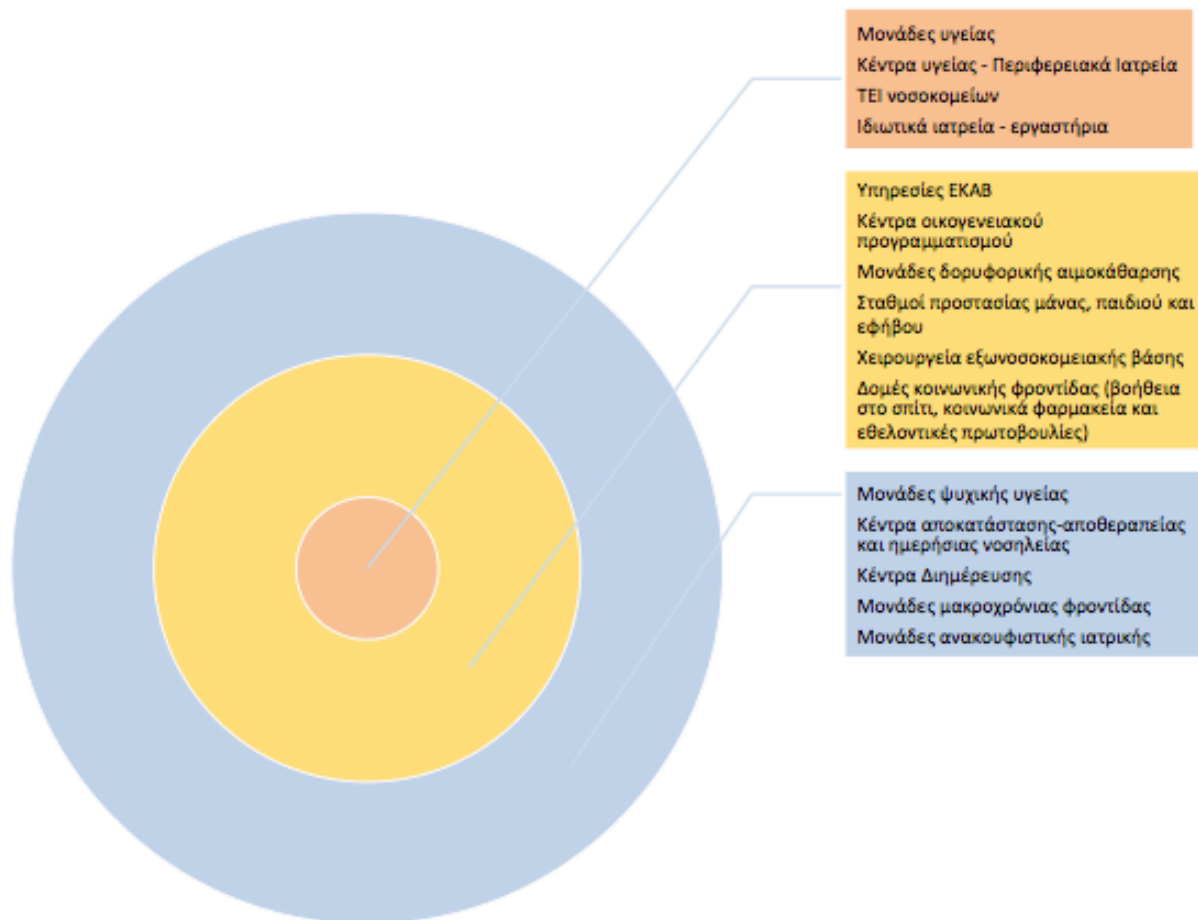
Οι ανεξάρτητοι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, είτε δημόσιου είτε ιδιωτικού τομέα, δύνανται να ανταγωνίζονται μεταξύ τους και οι συναφθείσες συμβάσεις, ως προϊόν ανταγωνισμού, να επιτυγχάνουν σε μεγάλο βαθμό συνδυασμό βέλτιστης ποιότητας υγείας και μικρότερου δυνατού κόστους. Οι ασθενείς επισκέπτονται τη δομή ΠΦΥ της επιλογής τους και τα χρήματα, παρεχόμενα από το κράτος, ακολουθούν αυτήν την επιλογή (Le Grand, 2011). Η αρχή της αυτονομίας προαπαιτεί οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας να τυγχάνουν μεταχείρισης λιγότερο ως «πίονια», ήτοι παθητικοί δέκτες ευχαριστημένοι με υπηρεσίες στοιχειώδους ποιότητας, και περισσότερο ως «βασίλισσες» καθώς είναι υπεύθυνοι των

πράξεων τους έχοντας ενεργό ρόλο ως καταναλωτές στον προσδιορισμό ποσότητας-ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών (Le Grand, 2006). Δύο είναι οι βασικές προϋποθέσεις επιτυχίας: α) ο συνδυασμός των ατομικών κινήτρων των παρόχων υγείας με το κοινωνικό συμφέρον, ώστε να προσελκύσουν πελατεία και β) η επαρκής πληροφόρηση του χρήστη, ώστε να κάνει την καλύτερη επιλογή «επιβραβεύοντας» τις υψηλής ποιότητας υπηρεσίες.

Σε αυτό το πλαίσιο προτείνεται η επέκταση του δικτύου ΠΕΔΥ (βλ. διάγραμμα 10.1), πέραν των υπάρχουσών δομών του (κέντρα υγείας αστικού και αγροτικού τύπου, περιφερειακά ιατρεία και μονάδες υγείας-πρώην πολυϊατρεία ΙΚΑ), και στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ιδιωτικά ιατρεία-πολυϊατρεία και εργαστήρια, που θα αποτελούν τον στενό πυρήνα του δικτύου. Στο ευρύτερο δίκτυο συνυπάρχουν δύο επίπεδα, διασυνδεδεμένα με ιστό επικοινωνίας μεταξύ τους, εκ των οποίων το πρώτο θα περιλαμβάνει πεδία που άπτονται της αυτοφροντίδας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας ενώ το δεύτερο επίπεδο θα εμπεριέχει δομές που παραδοσιακά συγκαταλέγονται στη νοσοκομειακή και ιδρυματική φροντίδα. Στο πρώτο επίπεδο εντάσσονται υπηρεσίες του ΕΚΑΒ, μονάδες δορυφορικής αιμοκάθαρσης, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, σταθμοί προστασίας μάννας, παιδιού και εφήβου, χειρουργεία ημέρας και δομές κοινωνικής φροντίδας (βοήθεια στο σπίτι, κοινωνικά φαρμακεία και εθελοντικές πρωτοβουλίες) ενώ στο δεύτερο επίπεδο μονάδες ψυχικής υγείας, κέντρα αποκατάστασης-αποθεραπείας και ημερήσιας νοσηλείας, μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας (nursing homes) και μονάδες ανακουφιστικής ιατρικής ασθενών τελικού σταδίου (hospice).

Ιδιαίτερη βαρύτητα πρέπει να δοθεί στο ωράριο λειτουργίας του στενού πυρήνα του νέου δικτύου ώστε να καλύπτονται επαρκώς οι υγειονομικές ανάγκες¹³. Προτείνεται λειτουργία όλων των δομών του νέου δικτύου σε πρωινό και απογευματινό ωράριο από τις 8 π.μ. έως τις 8 μ.μ. και περαιτέρω αξιοποίηση των κτιριακών υποδομών των κέντρων υγείας-περιφερειακών ιατρείων στο αγροτικό περιβάλλον και των μονάδων υγείας στο αστικό περιβάλλον ως κέντρα εφημερίας μετά τις 8 μ.μ. με σύστημα υποχρεωτικών εφημεριών των ιατρών, προερχόμενων είτε από δημόσια είτε από ιδιωτική δομή.

¹³ Ανάλογη καινοτόμος πρόταση κατατέθηκε στο Υπουργείο Υγείας από διεπιστημονική ομάδα εργασίας δίνοντας έμφαση στη σύσταση μονάδων φροντίδας υγείας της γειτονιάς στο αστικό περιβάλλον και των περιφερειακών ιατρείων στο αγροτικό περιβάλλον (Μπένοβ και συν., 2015) αλλά δεν προέβλεπε λειτουργία σε 24ωρη βάση.



Διάγραμμα 10.1 Προτεινόμενη δομή του δικτύου

Ως μέθοδος αποζημίωσης προτείνεται ένα συνδυαστικό μοντέλο αμοιβής: α) κατά κεφαλή εγγεγραμμένου (capitation payment), που αποτελεί μέσο αντιμετώπισης της προκλητής ζήτησης και ορθολογικής κατανομής των διατιθέμενων πόρων καθώς η αμοιβή παραμένει σταθερή ανεξαρτήτως του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών και β) ανάλογα με την απόδοση (pay for performance), που δίνει κίνητρα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς η αμοιβή μεταβάλλεται ανάλογα με τους καθορισμένους ποσοτικούς και ποιοτικούς στόχους. Η υιοθέτηση της εν λόγω συνδυαστικής μεθόδου ενισχύει την ενθάρρυνση του ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων υγείας με απώτερο στόχο να προσελκύσουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και να αυξήσουν τις οικονομικές απολαβές τους. Με την εισαγωγή της δεύτερης μεθόδου στο μοντέλο αποζημίωσης μετριάζεται από τη μία πλευρά, το μειονέκτημα της πρώτης μεθόδου περί πιθανής μείωσης του διαθέσιμου χρόνου για τους ασθενείς και αύξησης των παραπομπών στη δευτεροβάθμια φροντίδα λόγω διόγκωσης της λίστας των εγγεγραμμένων ασθενών (Κυριόπουλος & Νιάκας, 1991). Από την

άλλη πλευρά, όμως, ελλοχεύει ο κίνδυνος να φτάσει η ποιότητα στο ανώτατο επίπεδο των καθορισμένων στόχων και να μην συνεχίσει περαιτέρω την ανοδική πορεία της, που αποτελεί μειονέκτημα της δεύτερης μεθόδου. Για την καταπολέμηση του κινδύνου αυτού προτείνεται εφαρμογή πλαισίου ηλεκτρονικής παρακολούθησης του ασθενούς και αδιάλειπτος έλεγχος των τιθέμενων ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών και αναθεώρηση τους.

Απαραίτητη προϋπόθεση για επαρκή δικτύωση είναι η πλήρης καταγραφή των υπαρχουσών δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και ο επακριβής καθορισμός τόσο του είδους των υπηρεσιών που παρέχει η εκάστοτε δομή όσο και του ρόλου των επαγγελματιών υγείας σε αυτές. Επιπλέον, το σύστημα παραπομπών από τον οικογενειακό ιατρό προς τους ειδικούς πρέπει να αναπτυχθεί βάσει πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, ώστε να ομαλοποιηθεί η διαφορετικότητα του όγκου και της ποιότητας φροντίδας που λαμβάνουν οι χρήστες από διαφορετικές δομές.

Στη νέα δομή του δικτύου ΠΦΥ μπορεί να συμπεριληφθεί η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών μίας στάσης (one-stop shop), όπου προσφέρεται ευρεία γκάμα υπηρεσιών σε ένα μοναδικό σημείο εξυπηρέτησης, όπως, επί παραδείγματι, παρακολούθηση ασθενών που λαμβάνουν εξιτήριο κατόπιν νοσηλείας, ανοσοποίηση, φαρμακευτικές υπηρεσίες και διοικητικές υπηρεσίες της Περιφερειακής Διεύθυνσης ΕΟΠΥΥ Κιλκίς. Στόχος είναι να αποφευχθεί η διασπορά πόρων, καθώς δεν απαιτείται συναλλαγή του χρήστη για κάθε προσφερόμενη υπηρεσία ξεχωριστά, και να επιτευχθεί η ολιστική παρέμβαση σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, όπως μετανάστες, άνεργοι, ηλικιωμένοι, χρόνια νοσούντες κλπ.

10.2.1.1 Δράσεις ενημέρωσης

Η επικοινωνία του οράματος αποσκοπεί στην ενσυνείδητη δέσμευση και παρακίνηση προς δράση όλων των εμπλεκόμενων (Kotter & Cohen, 2005), τόσο των εργαζομένων της μονάδας όσο και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Μείζονος σημασίας είναι η ενημέρωση των νοσοκομείων, του ιατρικού και φαρμακευτικού συλλόγου Κιλκίς, των δημοτικών αρχών, των τοπικών συλλόγων, των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας και των πολιτών για τη νέα πρότυπη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ μέσω διαφημιστικών εκστρατειών στα τοπικά μέσα ενημέρωσης και διανομή εντύπων φυλλαδίων παρουσίασης του εγχειρήματος από τις δημόσιες υπηρεσίες του νομού. Έμφαση πρέπει να δοθεί στην επαρκή ενημέρωση των ανασφαλιστών για τη δυνατότητα πρόσβασης στη μονάδα μέσω σχετικών δημοσιεύσεων τον τοπικό τύπο και

ανακοινώσεων στο σύνολο των δημόσιων υπηρεσιών του νομού. Ειδικότερα στα καταστήματα του ΟΑΕΔ, όπου η προσέλευση ανέργων και ανασφαλιστών είναι αθρόα, η πληροφόρηση των πολιτών πρέπει να λαμβάνει χώρα σε κάθε πραγματοποιηθείσα συναλλαγή ενώ αντίστοιχες ανακοινώσεις πρέπει να βρίσκονται σε περίοπτη θέση της επίσημης ιστοσελίδας του οργανισμού.

Πρωτίστως, επιβάλλεται η δημιουργία ιστοσελίδας στο διαδίκτυο, που θα παρέχει πληροφορίες για τη λειτουργία της μονάδας, καθώς ο καλύτερα ενημερωμένος ασθενής διαμορφώνει ένα νέο περιβάλλον για τους ιατρούς που καλούνται να ανακαλύπτουν νέα πλαίσια αλληλεπίδρασης με τον ασθενή και βελτιστοποίησης της σχέσης τους. Συμπληρωματικό ρόλο έχει η δημιουργία forum έκφρασης απόψεων για την ικανοποίηση των πολιτών, όπου επιτρέπεται η ανώνυμη ανταλλαγή πληροφοριών και ενθαρρύνεται η οικειότητα και ειλικρίνεια διαφορετικών ανθρώπων που συνυπάρχουν στον κυβερνοχώρο.

Πέραν των δράσεων ενημέρωσης του πληθυσμού του νομού για τη λειτουργία της νέας πρότυπης μονάδας, οργανωμένα προγράμματα ενημέρωσης για τις υπηρεσίες της μονάδας πρέπει να λαμβάνουν χώρα ανά τακτά χρονικά διαστήματα τόσο σε επαγγελματίες υγείας εντός της περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας όσο και σε φορείς εκτός του χώρου της υγείας, υπό το πλαίσιο της κοινωνικής λογοδοσίας. Μία διαδικτυακή πύλη, εν γένει για την ΠΦΥ, σε ένα πρωτοποριακό πληροφοριακό περιβάλλον αποτελεί διάυλο επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους και μέσο άμεσης ενημέρωσης των πολιτών. Πιλοτικά θα μπορούσαν να εφαρμοσθούν συστήματα κλεισίματος ραντεβού, ηλεκτρονικών παραπομπών και παροχής συμβουλών σε ζητήματα υγείας πρωτοβάθμιου επιπέδου.

Σε επίπεδο πολιτικών υγείας οι στρατηγικές συγκράτησης των δαπανών δεν αποτελούν απομονωμένα φαινόμενα αλλά μία σειρά δυναμικών πολιτικών που περιλαμβάνουν τρόπους χρηματοδότησης, μοντέλα παροχής φροντίδας και ελέγχους δαπανών. Ενδεικτικά προτείνεται, στο πεδίο της φαρμακευτικής πολιτικής, η ένταξη εκστρατειών ενημέρωσης των καταναλωτών για τις αρνητικές επιπτώσεις της πολυφαρμακίας και προγραμμάτων κατ' οίκον επισκέψεων των ασθενών για διαπίστωση ορθολογικής ή πλημμελούς χρήσης των φαρμάκων προκειμένου να προληφθούν ανεπιθύμητες ενέργειες, επιπλοκές και ενδεχόμενη νοσηλεία ή επανεισαγωγή (Οικονόμου, 2012). Αντίστοιχα μέτρα πρέπει να ληφθούν προκειμένου να επέλθει αλλαγή της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών μέσω εφαρμογής συστηματικής παρακολούθησης και ελέγχου ανά κατηγορία ειδικότητας και επιβολής

αυστηρών προστίμων για παραβατική συμπεριφορά αλλά και θέσπισης θετικών κινήτρων για περιορισμό της συνταγογράφησης (IOBE, 2011).

Από τη διαχρονική σύγκριση της κατανομής των δαπανών της Ελλάδας σε σχέση με άλλες χώρες της Ε.Ε. για τα έτη 2009 έως 2011 (βλ. πίνακα Β.4, Παράρτημα Β΄) προκύπτει ότι το οικονομικό βάρος των δαπανών υγείας δίνεται στη συντριπτική πλειοψηφία των δράσεων στη θεραπευτική αντιμετώπιση σε αντίθεση με την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη, που βρίσκεται ακόμη σε πρώιμα στάδια. Η τρέχουσα δαπάνη για εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης των πολιτών για τις αρνητικές επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ και καπνού και για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής και φυσικής άσκησης, με αιώτερο σκοπό την ανάσχεση της ακριβότερης δευτεροβάθμιας περίθαλψης και την εξοικονόμηση πόρων από τη φαρμακευτική δαπάνη, κρίνεται τουλάχιστον ανεπαρκής και υποτυπώδης.

Στο πλαίσιο της στρατηγικής της Ε.Ε. «Ευρώπη 2020» η επένδυση στην υγεία των πολιτών έχει μέγιστη επιρροή στα εθνικά συστήματα υγείας σε δημοσιονομικό επίπεδο καθώς επιτείνουν την καλή υγεία των πολιτών και παρατείνουν τον παραγωγικό τους βίο ενώ η προαγωγή και πρόληψη της υγείας σε παιδιά και νέους δίνει εφόδια για ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία (Ευρώπη, 2020). Ειδική μνεία οφείλει να γίνει στο επιδημιολογικό προφίλ των προσφύγων και μεταναστών του νομού ώστε να αποφευχθεί ενδεχόμενη άνοδος κρουσμάτων λοιμωδών νοσημάτων και να οργανωθεί εκστρατεία καμπανιών ενημέρωσης περί των τρόπων προφύλαξης και εμβολιασμών καθώς και διασφάλισης βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής.

10.2.1.2 Εναλλακτικές μορφές πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω διείσδυσης σε κενά της αγοράς υγείας

Ο πήχης των απαιτήσεων των ασθενών αυξάνεται και οι φορείς οφείλουν να στοχεύουν όχι μόνο στην απλή επιβίωση αλλά και στην περαιτέρω εξέλιξη και αναδιοργάνωση τους, μέσω της προσαρμογής των υπηρεσιών τους στις διαμορφούμενες ανάγκες (Μαλλιαρού και συν., 2009). Επιτακτικός είναι ο προσανατολισμός στην ΠΦΥ σε όρους πρόληψης της υγείας, αποκέντρωσης των υπηρεσιών και ενεργού συμμετοχή του πολίτη ενώ βασικό ρόλο προς αυτή την κατεύθυνση έχουν τα Κ.Υ. και η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ καθώς και η διασύνδεση τους με τη δευτεροβάθμια φροντίδα και τις λοιπές υπηρεσίες. Στο πλαίσιο της λειτουργικής

αναδιάταξης της μονάδας και με οδηγό τα αποτελέσματα της SWOT ανάλυσης (βλ. κεφάλαιο 6) τίθεται στο επίκεντρο η εφαρμογή στρατηγικών διαφοροποίησης και εστίασης.

Προτείνεται η ανάπτυξη κινητών μονάδων κατ' οίκον εξυπηρέτησης των χρονίως πασχόντων καθώς και έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης για διενέργεια τεστ ΠΑΠ, μαστογραφιών, εμβολιασμών σε ομάδες ανασφαλιστών και μεταναστών, μέτρησης επιπέδων σακχάρου στο αίμα κλπ. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη της ΕΣΔΥ (2011) η ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης δύναται να συμβάλλει στον περιορισμό της συνολικής δαπάνης κατά 20% ενώ η εντατική παρακολούθηση των επιπέδων σακχάρου αίματος διαμορφώνει το μέσο ετήσιο κόστος του ρυθμισμένου διαβητικού ασθενή σε 983 € έναντι 1570 € του μη ρυθμισμένου.

Λαμβανομένου υπόψη ότι στο νομό Κιλκίς υπάρχουν περιοχές όπου είτε δεν υφίστανται κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία είτε η παρουσία ιατρού γίνεται εκ περιτροπής, ένα δίκτυο τηλεφροντίδας όλων των δομών ΠΦΥ θα προσέφερε ισοτιμία πρόσβασης σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως γεωγραφικών ορίων, και αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους. Απαραίτητη είναι η διασύνδεση του εν λόγω δικτύου με το πληροφοριακό σύστημα των δύο νοσοκομείων του νομού ώστε να ενημερώνεται αμελλητί ο ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενούς.

Εναλλακτική πρόταση του δικτύου τηλεφροντίδας αποτελεί η ανάπτυξη κατ' οίκον φροντίδας με φυσική παρουσία ομάδων επαγγελματιών υγείας στο χώρο του ασθενή και έμφαση στο νοσηλευτικό προσωπικό, που αποφέρει καλύτερη σχέση κόστους-αποτελέσματος σε όρους υγείας. Μεταξύ των οφελών συγκαταλέγονται (Λιαρόπουλος, 2007): α) ο σχηματισμός σαφούς εικόνας των συνθηκών διαβίωσης και του οικογενειακού περιβάλλοντος ώστε η δοθείσα αγωγή υγείας να ανταποκρίνεται στις πραγματικές συνθήκες, β) η αποφυγή ενός περιβάλλοντος υγειονομικής μονάδας, όπου η στρεσογόνος κατάσταση του ασθενή εντείνεται, γ) η ανάπτυξη αισθήματος ασφάλειας στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού και δ) η ανίχνευση νέων προβλημάτων υγείας του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος.

Εν γένει, η έννοια της κατ' οίκον φροντίδας, με φυσική ή μη παρουσία, επικεντρώνεται στις εξειδικευμένες ανάγκες της οικογένειας που αδυνατεί να τα αντιληφθεί και αντιμετωπίσει μόνη της, όπως ψυχικές ασθένειες, αλκοολισμός, νοητική υστέρηση, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών κ.ά. Ειδικότερα, η αύξηση συχνότητας εμφάνισης ψυχικών ασθενειών, προδίδουν την

ανάγκη δημιουργίας δομών ψυχιατρικής φροντίδας, που αποτελεί διαχρονικό ζητούμενο στη χώρα μας, σε αντιπαράθεση με τις κλασικές υπάρχουσες ψυχιατρικές δομές στη βάση του εγκλεισμού του ασθενή, της αποκοπής του από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και του κοινωνικού στιγματισμού. Επιπροσθέτως, η συνεχής κατ' οίκον παρακολούθηση του ασθενή για διαπίστωση κακής χρήσης των φαρμάκων, υπερδοσολογίας ή πλημμελούς λήψης φαρμακευτικής αγωγής προλαμβάνει ενδεχόμενη νοσηλεία ή επανεισαγωγή, που μεταφράζεται σε ακριβότερη θεραπεία.

Η ενδυνάμωση του ασθενή μέσω της αυτοφροντίδας και της κατάλληλης εκπαίδευσης του συγκρατεί κατά αυτόν τον τρόπο την παροχή φροντίδας σε επίπεδο κάτω του πρωτοβάθμιου. Μία ολοκληρωμένη διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, απαρτιζόμενη από ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους και φυσιοθεραπευτές, θα μπορούσε να προάγει υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική γονέων, εκμάθηση κανόνων οδοντιατρικής υγιεινής και φυσιοθεραπεία χρονίως κατακεκλιμένων ασθενών. Βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών της Ε.Ε. περί ολοκληρωμένης φροντίδας (integrated care) πολλαπλά οφέλη θα είχε η εφαρμογή ενός τηλεεπιστημονικού κατ' οίκον παρακολούθησης των ασθενών μετά από την επίσκεψη τους στη μονάδα που θα λειτουργεί από το νοσηλευτικό προσωπικό πρώτης γραμμής, κατόπιν ειδικής εκπαίδευσης. Με αυτόν τον τρόπο προωθείται τόσο η εξατομικευμένη προ-νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω της διαρκούς φροντίδας και της συνεχούς παρακολούθησης βιολογικών παραμέτρων όσο και η αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων¹⁴ ηλικιωμένων και ασθενών απομακρυσμένων περιοχών.

Άλλες μορφές εναλλακτικής φροντίδας που θα μπορούσαν να επιλεγθούν προς υλοποίηση από τη μονάδα είναι οι μονάδες δορυφορικής αιμοκάθαρσης με στελέχωση από νοσηλευτές, τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού και τα εξωνοσοκομειακής βάσης ανεξάρτητα χειρουργεία για διενέργεια επεμβάσεων μικρής βαρύτητας, σε αντιδιαστολή με τα χειρουργεία ημέρας που κατατάσσονται στη νοσοκομειακή περίθαλψη, (Λιαρόπουλος, 2007). Σύγχρονη τάση των τελευταίων ετών είναι η δημιουργία πλαισίου παροχής ηλεκτρονικών υπηρεσιών ΠΦΥ με γνώμονα τη μοντελοποίηση και προτυποποίηση των ακολουθούμενων διαδικασιών βάσει προτύπων, κατόπιν συνολικής καταγραφής και ομογενοποίησης τους, με

¹⁴ Έχει αποδειχθεί ότι η μετάδοση στατικών εικόνων με την χρήση ψηφιακής κάμερας είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για αντιμετώπιση περιστατικών ελαφρών τραυματισμών ενώ οι χρόνιες ασθένειες (διαβήτης, καρδιοπάθειες, άσθμα) απορροφούν το 75% του κόστους ιατρικής φροντίδας απαιτούν διαρκή παρακολούθηση (Ηλιοπούλου και συν., 2013).

επακόλουθες δράσεις την ανάπτυξη πλαισίου διαλειτουργικότητας, αυθεντικοποίησης και πιστοποίησης των διαδικτυακών τόπων ΠΦΥ (ΕΠΙΣΕΥ ΕΜΠ,2014).

10.2.1.3 Διερεύνηση θέσπισης ποσοστού συμμετοχής στις εργαστηριακές εξετάσεις της μονάδας

Η ασφάλιση, ως τρίτος πληρωτής, είναι βασικός παράγοντας στρέβλωσης της αγοράς καθώς ο ασφαλισμένος καταβάλλει μέρος μόνο της πληρωμής, πράγμα που οδηγεί στο φαινόμενο του ηθικού κινδύνου. Η φροντίδα αντιπροσωπεύει ελεύθερο αγαθό σε μηδενική τιμή με αποτέλεσμα την υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών σε βαθμό μεγαλύτερο από αυτόν που θα επέλεγε ο ασθενής εάν επωμιζόταν εξολοκλήρου το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η θέσπιση ποσοστού συμμετοχής δρα κατασταλτικά στην άσκοπη και αχρεία ζητήση και χρήση των υπηρεσιών υγείας αλλά εμπερικλείει τον κίνδυνο να πληγούν οι ηλικιωμένοι, οι χρόνια πάσχοντες και τα κατώτερα οικονομικά στρώματα, που έχουν ανάγκη μεγαλύτερης φροντίδας (Θεοδώρου & Μόσιαλος, 2003). Ωστόσο, η άλογη επιβολή συμμετοχής, που δε λαμβάνει υπόψη εισοδηματικά κριτήρια και κατηγορίες νοσημάτων, αναμένεται να έχει τα αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα καθώς αποτρέπει τη χρήση, εκτός των περιπτώσεων, και των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας.

Στις πληγμένες από την οικονομική κρίση χώρες με συστήματα χρηματοδότησης στηριζόμενα κατά κύριο λόγο στην κοινωνική ασφάλιση, όπως είναι η περίπτωση της Ελλάδας, η αλματώδης αύξηση των ποσοστών ανεργίας και η συνεπαγόμενη μείωση των ασφαλιστικών εισφορών σε συνδυασμό με τη μείωση των μισθών έχει δημιουργήσει τεράστια ελλείμματα που προκάλεσαν τη μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης στις ίδιες πληρωμές (Madlovski et al., 2012). Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας αποτελεί ένδειξη ανισότητας της χρηματοδότησης λόγω της μετατόπισης του βάρους από τον κρατικό μηχανισμό στη βάση της ικανότητας πληρωμής των ίδιων των χρηστών με τελικό αποτέλεσμα την ευνοϊκή αναδιανομή υπέρ των οικονομικά ισχυρότερων (Θεοδώρου & Μόσιαλος, 2003). Επί της ουσίας δε μεταβάλλεται το σύνολο των δαπανών υγείας αλλά το μείγμα της ιδιωτικής ή δημόσιας δαπάνης.

Δεδομένου ότι στη χώρα μας η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί κύριο φορέα χρηματοδότησης και οι ασφαλιστικές εισφορές είναι ανάλογες του εισοδήματος, το σύστημα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί προοδευτικό. Στην πράξη όμως, το σύστημα καθίσταται αντιστρόφως προοδευτικό καθώς κυριαρχούν οι απαλλαγές εισφορών των ισχυρών οικονομικά ομάδων και

η επιβολή ποσοστού συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών για το σύνολο των ασθενών, με εφαρμογή εξαιρέσεων για τους χρόνια πάσχοντες, βάσει νόσου, αλλά όχι για τους οικονομικά ασθενέστερους ή άλλες κοινωνικές ομάδες, όπως οι άνεργοι, βάσει εισοδηματικών κριτηρίων (Θεοδώρου & Μόσιαλος, 2003). Επιπλέον, το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος των φορολογικών εσόδων προέρχεται από έμμεσους φόρους επηρεάζει το βαθμό προοδευτισμού του συστήματος και θίγει την οριζόντια και κάθετη ισότητα (Οικονόμου, 2012).

Η είσπραξη εσόδων μέσω της θέσπισης ποσοστού συμμετοχής, σύμφωνα με τα ανωτέρω κριτήρια, δύναται να καλύψει τις ελλείψεις της κρατικής χρηματοδότησης για την αγορά ιατρικών μηχανημάτων και τον εκσυγχρονισμό της κτιριακής υποδομής ενώ μέρος αυτών θα μπορούσε να συμβάλλει στο στόχο της ισότιμης πρόσβασης μέσω της κάλυψης αναγκών των οικονομικά ασθενέστερων στρωμάτων (Αναγνωστοπούλου και συν., 2011). Πιλοτική εφαρμογή ενός προγράμματος θέσπισης συμμετοχής στις εργαστηριακές εξετάσεις θα μπορούσε να εφαρμοσθεί στη μονάδα υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς και εφόσον τα αποτελέσματα κρίνονταν ικανοποιητικά να προωθηθεί και στο σύνολο των μονάδων υγείας της χώρας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη θέσπιση οποιουδήποτε εισπρακτικού μηχανισμού είναι η διενέργεια σχετικών μελετών ανά υγειονομική περιφέρεια ώστε να ληφθούν υπόψη ενδεχόμενοι περιοριστικοί παράγοντες, όπως τα έξοδα εγκατάστασης και λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού και η πιθανή ανάγκη για διενέργεια προσλήψεων επιπλέον διοικητικού προσωπικού. Η επιβολή ποσοστού συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η επιλογή του μείγματος χρηματοδότησης πρέπει να είναι απόρροια συνετών επιλογών ώστε να αποτραπούν τα αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα καθώς κυρίαρχος στόχος είναι η βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού.

10.2.2 Εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και διασύνδεση εντός και εκτός δικτύου ΠΕΔΥ

Ο διττός ρόλος των ιατρών, από τη θέση του παραγωγού και του εκφραστή της ζήτησης, ενισχύει την κυριαρχία τους μέσω της σχέσης αντιπροσώπευσης και της ασύμμετρης πληροφόρησης (Κυριόπουλος, 2007). Με το Ν.4238/14 περί σύστασης του Π.Ε.Δ.Υ. καθιερώθηκε αλλά δεν εφαρμόστηκε ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, ως σημείο αναφοράς και ολιστικής προσέγγισης του ασθενή και μέσο ανάσχεσης της άσκοπης προσπέλασης σε πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες. Πολλές πτυχές του θεσμού καλύπτονται ήδη

από το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο σχετικά με το έργο τους και το δικαίωμα επιλογής του πολίτη, ήτοι εγγραφή μία φορά το χρόνο και αλλαγή μετά τη λήξη του ημερολογιακού έτους.

Ωστόσο, στον παρόντα νόμο παραλείπεται ο όρος της εγγραφής των πολιτών στα μητρώα του οικογενειακού ιατρού εντός καθορισμένης χρονικής προθεσμίας, ώστε να καταγραφεί το νοσολογικό προφίλ των ασθενών του νομού και να διαπιστωθούν οι πραγματικές υγειονομικές ανάγκες του νομού. Λαμβάνοντας υπόψη την υψηλή προτίμηση των ασθενών, όπως προέκυψε από την παρούσα έρευνα, για απευθείας επίσκεψη και σε ιατρό ειδικότητας κατόπιν ιδίας πρωτοβουλίας, προτείνεται η ελεύθερη επιλογή ειδικού ιατρού αλλά με αποθαρρυντικά κίνητρα χαμηλότερων αμοιβών στους ιατρούς για περιστατικά άνευ παραπεμπτικού ή συμμετοχής στο κόστος για τους ασθενείς. Σημαίνοντα ρόλο έχουν οι ενημερωτικές δράσεις προς τους πολίτες για τη λειτουργία και τις αρμοδιότητες του οικογενειακού ιατρού και οι μηχανισμοί αξιολόγησης της γνώμης των ασθενών για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών του.

Παρόμοια προγράμματα διαχείρισης χρονίων παθήσεων κατά το πρότυπο της Γερμανίας πρέπει να διαρθρωθούν με συστηματική καταγραφή των ασθενών, προσαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων χρονίων νοσημάτων στην κοινότητα και ενεργό ρόλο των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα αντιπροσωπεύει πρωτίστως την ευρύτερη έννοια παροχής υπηρεσιών σε υγιή άτομα και όχι απλώς την περίθαλψη των νοσούντων. Ως εκ τούτου, απαραίτητη κρίνεται η βελτίωση των δεικτών υγείας στις κάτωθι χρόνιες νόσους:

α) *υπέρταση*: αποτελεί νόσο δυνητικά αποτρεπτής θνησιμότητας και είναι εξέχουσας σημασίας οι τομείς δράσης τόσο της έγκαιρης διάγνωσης της όσο και της καρδιαγγειακής πρόληψης (Φυντανίδου, 2013β).

β) *διαβήτης*: έχει μέσο κόστος ανά ασθενή 1.300 € ετησίως και μάλιστα υποεκτιμημένο καθώς δε συμπεριλαμβάνεται το κόστος επιπλοκών που αντιπροσωπεύει το 55-65% της συνολικής δαπάνης (ΕΣΔΥ, 2011) και αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου παγκοσμίως με τη χώρα μας να κατέχει τα πρωτεία στην Ευρώπη σε ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας και το διαβήτη τύπου II, γνωστός ως διαβήτης ενηλίκων, να διαγιγνώσκεται ήδη σε πολλούς εφήβους (Νέα Υγεία, 2014).

γ) *νόσος Alzheimer*: εμφανίζει γεωμετρική αύξηση σε σχέση με την ηλικία και μηνιαίο

κόστος ανά αυτόνομο ασθενή 341 €, εξαρτημένο κατ' οίκον 957 € και εξαρτημένο σε ίδρυμα 1.267 € (ΕΣΔΥ, 2011). Δεδομένου ότι το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας παρέχεται στο σπίτι από το οικείο περιβάλλον συνάγεται ότι η πραγματοποιηθείσα κατανομή δαπάνης της μακροχρόνιας φροντίδας και θεραπείας κατ' οίκον αφενός δεν επαρκεί στο ελάχιστο για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών και επιπλέον επιβαρύνει σημαντικά το κόστος νοσηλείας.

δ) *ΧΑΠ*: ο επιπολασμός της νόσου για ηλικίες άνω των 35 ετών είναι 8,4% και το κόστος αντιμετώπισης αυξάνεται δραματικά όταν απαιτηθεί νοσηλεία σε ΜΕΘ (ΕΣΔΥ, 2011). Στη χώρα μας περίπου το 40% των ενηλίκων καπνίζει σε καθημερινή βάση με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά στα χαμηλά μορφωτικά επίπεδα και οικονομικά στρώματα και στις ηλικίες έως 54 ετών (ΕΣΔΥ, 2011).

Κυρίαρχο ζήτημα των τελευταίων ετών αναδεικνύεται ο καθορισμός των ορίων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας ώστε η σύμπραξη τους να χρησιμοποιεί τη δυναμική της αγοράς προς όφελος του δημοσίου συμφέροντος. Υπό το πρίσμα αυτό, προτείνεται ο οικογενειακός ιατρός να προέρχεται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτική δομή του νέου δικτύου και να έχει τη δυνατότητα μέλους σε κοινοπραξία ιατρών. Η προσέλκυση των ασθενών για επιλογή οικογενειακού ιατρού από τη μονάδα υγείας μπορεί να ενισχυθεί μέσω της εστίασης σε πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου και έμφαση στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση. Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού είναι καθοριστικός για την αμφίδρομη διασύνδεση τόσο μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και εντός του ίδιου επιπέδου προκειμένου να εξασφαλισθεί ο προσανατολισμός του ασθενούς μέσα στο σύστημα υγείας και να διασφαλιστεί η παροχή μόνο των κατάλληλων υπηρεσιών. Ο βαθμός λειτουργικής διασύνδεσης καθορίζει την αλληλένδετη επικοινωνία μεταξύ των υγειονομικών δομών και τη συνέχεια στη φροντίδα, μία εκ των σημαντικών διαστάσεων ενός οργανωμένου και αποτελεσματικού συστήματος.

Αμφίβολα, τέλος, ενδέχεται να είναι τα αποτελέσματα εάν δεν προωθηθεί παράλληλα η εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς προκειμένου να επιτευχθεί αποτελεσματική ροή της ιατρικής πληροφορίας, συνέχεια στη φροντίδα και συνεχής επικαιροποιημένη τήρηση του ιατρικού ιστορικού. Σύνηθες αγκύλωμα για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πρωτοβάθμιων δικτύων υγείας είναι η δυσκολία ανάπτυξης πρωτοκόλλων κλινικού και διοικητικού έργου που αποτελεί εργώδη και δαπανηρή διαδικασία.

10.2.3 Ιατρικός φάκελος και ενίσχυση της τεχνολογικής ανάπτυξης

Προκειμένου να γίνει η μετάβαση από το ιατροκεντρικό στο ασθενοκεντρικό μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας, μείζονος σημασίας κρίνεται η ικανοποίηση του διαχρονικού προστάγματος ηλεκτρονικού φακέλου υγείας μέσω της αρμονικής συνύπαρξης τεχνολογίας, διαδικασιών και ανθρώπων (Ηλιοπούλου και συν., 2013). Τα οφέλη της αλλαγής αναμένεται να αντιμετωπίσουν τα διαπιστωθέντα προβλήματα της μονάδας υγείας ως εξής: α) αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών λόγω της εύκολης παρακολούθησης της πορείας του ασθενή και σύγκρισης δεικτών, β) συνέχεια της φροντίδας και διαλειτουργικότητα μέσω της δυνατότητας δικτύωσης με άλλες δομές ΠΦΥ και νοσοκομεία, γ) αύξηση της αποτελεσματικότητας μέσω της γρήγορης και χωρίς λάθη διάχυσης της ιατρικής πληροφορίας, δ) βελτίωση της παραγωγικότητας λόγω απελευθέρωσης εργατοωρών προσωπικού, ε) αύξηση της αποδοτικότητας λόγω μείωσης του κόστους και εξάλειψης διπλοεγγραφών ή μη απαραίτητων πληροφοριών και στ) ενδυνάμωση του ρόλου του ασθενή και ανάπτυξη νέας δυναμικής σχέσης μεταξύ ασθενή και ιατρού.

Προς αυτή την κατεύθυνση προτείνεται η ανάπτυξη στρατηγικού πλάνου μετάβασης από τον συμβατικό στον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας μέσω σταδιακών βήμα-βήμα υλοποιήσεων:

1^ο βήμα: αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης δια της καταγραφής των υπαρχουσών τεχνολογικών υποδομών, των ικανοτήτων του προσωπικού και της εξεύρεσης οικονομικών πόρων, πέραν του προϋπολογισμού της μονάδας, όπως συμμετοχή σε αναπτυξιακά προγράμματα ΕΣΠΑ, κρατικές επιχορηγήσεις ή δωρεές.

2^ο βήμα: καθορισμός των ρεαλιστικών στόχων και επικέντρωση στους τρόπους αντιμετώπισης των κύριων λόγων της αναμενόμενης αντίστασης του προσωπικού που συνίστανται στο φόβο για την αλλαγή, την έλλειψη εξοικείωσης με τις νέες τεχνολογίες, την προσκόλληση στις γνώριμες διαδικασίες και την έλλειψη οργανωτικού πλαισίου αποδοχής (Ηλιοπούλου και συν., 2013). Η υπερπήδηση των εν λόγω εμποδίων προϋποθέτει αδιαμφισβήτητα όχι απλά την καθολική αποδοχή των χρηστών αλλά την ουσιαστική αλλαγή νοοτροπίας και ανάπτυξη οργανωσιακής κουλτούρας.

3^ο βήμα: σχεδιασμός του προγράμματος και συγκρότηση ειδικής επιτροπής με έργο την εκπόνηση τεχνικο-οικονομικής μελέτης σε αυστηρό πλαίσιο χρονοδιαγράμματος και τη λήψη σχετικής έγκρισης τόσο από τον υπεύθυνο της μονάδας όσο και από την αρμόδια ΥΠΕ.

4^ο βήμα: εφαρμογή του προγράμματος κατόπιν ανάθεσης αρμοδιοτήτων σε μία ηγετική ομάδα, τμηματικής ψηφιοποίησης φακέλων ασθενών και πιλοτικής εφαρμογής τους σε τρία ιατρεία διαφορετικών ειδικοτήτων με συμμετοχή αντίστοιχων νοσηλευτών. Κατά τη διάρκεια της υλοποίησης πραγματοποιείται ενημέρωση ανά τακτά χρονικά διαστήματα στη διοίκηση της 4^{ης} ΥΠΕ για την πρόοδο του έργου και τυχόν προβλήματα εφαρμογής.

5^ο βήμα: συνεχής παρακολούθηση του έργου και αξιολόγηση μέσω εισηγήσεων από αρμόδια επιτροπή προκειμένου να πραγματοποιούνται οι αναγκαίες προσαρμογές και βελτιώσεις.

Στο πλαίσιο χάραξης πολιτικής για προσωποποιημένη περίθαλψη και ενεργό συμμετοχή του χρήστη προτείνεται η ενημέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας και η δυνατότητα πρόσβασης σε αυτόν να γίνεται κατόπιν ίδιας επιλογής του ασθενούς. Έτσι, σχηματίζεται μία νέα προσέγγιση της υγείας καθώς ο ασθενής αποκτά συνυπευθυνότητα στις αποφάσεις που λαμβάνονται για τη υγεία του και αποφασίζει τον τρόπο διαχείρισης των προσωπικών δεδομένων που τον αφορούν (Ηλιοπούλου και συν., 2013).

Χρήσιμο εργαλείο για την εδραίωση των νέων ΤΠΕ είναι η εφαρμογή του μοντέλου 8 βημάτων του Kotter. Βασικές αρχές για την επιτυχία ενός εγχειρήματος ψηφιακής σύγκλισης είναι, πέραν της ενημέρωσης του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού για την αναγκαιότητα της αλλαγής, η συνεχής μέριμνα και η παρακίνηση τους για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του εγχειρήματος. Προγράμματα εκπαίδευσης δύνανται να υλοποιηθούν και στην περίπτωση εισαγωγής του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας στη μονάδα με ταυτόχρονη αποδέσμευση του προσωπικού από τα τρέχοντα καθήκοντα του, προκειμένου να αναπτύξει κατάλληλες γνώσεις και συμπεριφορές που αξιώνει η νέα κατάσταση (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003). Με αυτό τον τρόπο μετριάζεται ο φόβος και ενισχύεται το αίσθημα συνεχούς συμπαράστασης ώστε να μη φαντάζει το εγχείρημα δύσκολο ή μη ρεαλιστικό.

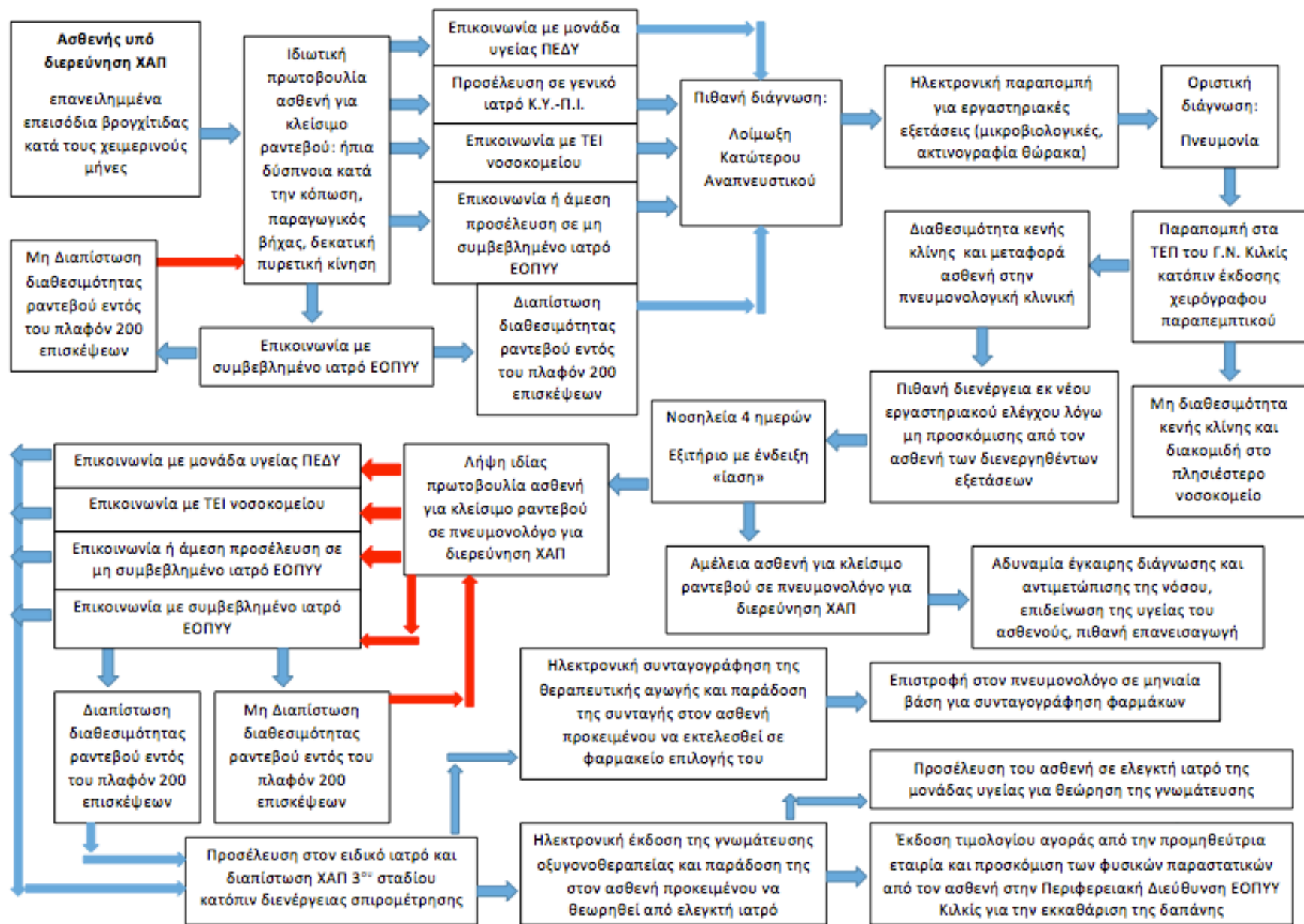
Βασικός μοχλός είναι η λειτουργική διασύνδεση της μονάδας με τα Κ.Υ. του ΠΕΔΥ και την 4^η ΥΠΕ ενώ έμφαση πρέπει να δοθεί στην ανάπτυξη τόσο μελετών διαλειτουργικότητας των συστημάτων διαχείρισης πληροφοριών ΠΦΥ όσο και προγραμμάτων ενίσχυσης καινοτόμων τεχνολογιών σε επίπεδο διάγνωσης, πρόληψης ή αποκατάστασης (Υπουργείο Υγείας, 2012). Οι προτεινόμενες αλλαγές, μέσω της εισαγωγής νέων ΤΠΕ, πρέπει να αντιπροσωπεύουν μία εφαρμόσιμη πρακτική προς όφελος της μονάδας και όχι ένα θολό και αβέβαιο όραμα.

10.2.4 Μοντελοποίηση της πορείας του ασθενή στο σύστημα υγείας

Επιλέγεται ένας ασθενής με σημείο έναρξης την υπό διερεύνηση διάγνωση ΧΑΠ και παρουσιάζεται αρχικά η ισχύουσα διαδρομή του στο σύστημα υγείας και εν συνεχεία η μοντελοποίηση αυτής σε μία ιδεατή πορεία, με σαφή υπεροχή έναντι της πρώτης λόγω συντονισμού των δομών, ευκολίας προσανατολισμού και χαμηλότερου κόστους. Και στις δύο διαδρομές (βλ. διάγραμμα 10.2 και 10.3) θεωρείται ότι ακολουθείται η ίδια «πορεία» όσον αφορά το κλινικό μέρος, ήτοι συμπτωματολογία, διάγνωση της νόσου, αναγκαιότητα νοσηλείας κλπ., προκειμένου να υπάρχουν συγκρίσιμα στοιχεία της σημερινής διαδρομής και της ιδεατής. Τα διαφορετικά χρώματα των βελών ορίζονται ως εξής: i) μπλε, κατεύθυνση προς τα εμπρός, ii) κόκκινο, πορεία προς τα πίσω, iii) πορτοκαλί, δράσεις ενημέρωσης, αυτοφροντίδας και πρόληψης, iv) πράσινο, επέκταση ηλεκτρονικού συστήματος παραπομπών/συνταγογράφησης, v) κίτρινο, υπηρεσίες one-stop shop και vi) μωβ, διαδικτυακές υπηρεσίες υγείας.

Μείζον θέμα της ισχύουσας διαδρομής (βλ. διάγραμμα 10.2) είναι η σε μεγάλο βαθμό τυχαία ανάληψη πρωτοβουλίας του ασθενή για κλείσιμο ραντεβού πιθανότατα σε ιατρό ειδικότητας παθολογίας, κατόπιν σχετικής συμπτωματολογίας (ήπια δύσπνοια, παραγωγικός βήχας, δεκατική πυρετική κίνηση). Η επιτρεπόμενη είσοδος του ασθενή στο σύστημα υγείας μέσω 5 διαφορετικών οδών προσδίδει χαρακτηριστικά ανισότιμης πρόσβασης -γεωγραφικής, χρονικής, οικονομικής- ενώ εμφανής γίνεται τόσο η έλλειψη κατεύθυνσης του ασθενή σε δομή της επιλογής του όσο και η απουσία ενός ολοκληρωμένου συστήματος κλεισίματος ραντεβού διασυνδεδεμένου με τις υπάρχουσες δομές. Ειδικότερα στην περίπτωση που ο ασθενής προσέλθει σε ιατρό συμβεβλημένο του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος έχει υπερβεί το μηνιαίο πλαφόν των 200 επισκέψεων, κατευθύνεται προς τα πίσω, λόγω ενδεχόμενων οικονομικών περιορισμών, και επιστρέφει στο προηγούμενο βήμα κλεισίματος νέου ραντεβού.

Διαγιγνώσκεται αρχικά «Λοίμωξη Κατώτερου Αναπνευστικού», γίνεται ηλεκτρονική παραπομπή για εργαστηριακές εξετάσεις, ακολουθεί οριστική διάγνωση «πνευμονία» και άμεση παραπομπή στα ΤΕΠ του Γ.Ν. Κιλκίς, κατόπιν έκδοσης χειρόγραφου παραπεμπτικού. Κατά την άφιξη του ασθενή στα ΤΕΠ υπάρχει πιθανότητα μη διαθεσιμότητας κλίνης (όπου ο ασθενής διακομίζεται στο πλησιέστερο νοσοκομείο), ανετοιμότητας της κλινικής για την υποδοχή του ασθενή ή εκ νέου διενέργειας εργαστηριακού ελέγχου, λόγω απουσίας ηλεκτρονικού φακέλου υγείας και αδυναμίας πρόσβασης στο πλήρες ιστορικό του ασθενούς.



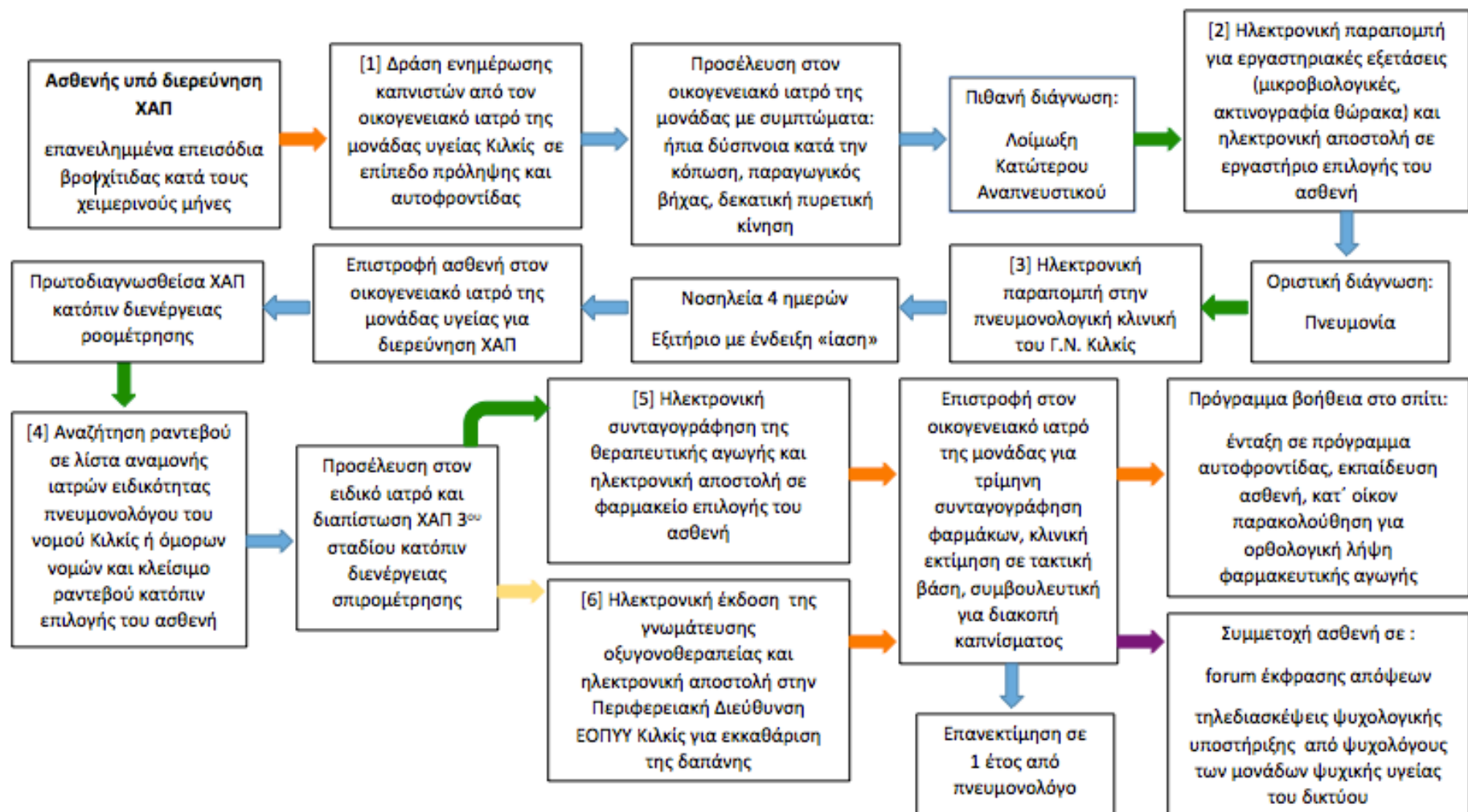
Διάγραμμα 10. 2 Ισχύουσα διαδρομή ασθενή υπό διερεύνηση ΧΑΠ

Εφόσον διαπιστωθεί διαθέσιμη κενή κλίνη, ο ασθενής μεταφέρεται στην πνευμονολογική κλινική, ακολουθεί νοσηλεία 4 ημερών και εξιτήριο με την ένδειξη «ίαση». Μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο ο ασθενής είτε αναζητά ραντεβού σε ιατρό ειδικότητας πνευμονολόγου με δική του πρωτοβουλία για διερεύνηση ΧΑΠ είτε δεν μπαίνει σε διαδικασία περαιτέρω διερεύνησης με αποτέλεσμα την αδυναμία έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης της νόσου και επιδείνωση της υγείας του, με αποτέλεσμα πιθανή επανεισαγωγή και επιστροφή στο προηγούμενο βήμα παραπομπής στα ΤΕΠ. Ακόμη όμως και στην εύλογη πρώτη περίπτωση, βρίσκεται ξανά σε 4 διαφορετικές οδούς, με δυσκολίες κατεύθυνσης και προσανατολισμού, κατά αντιστοιχία της αρχικής εισόδου του στο σύστημα υγείας¹⁵. Παρατηρείται ελλιπής πληροφόρηση και δυσκολία του ασθενή σχετικά με την εύρεση πνευμονολόγων δημόσιας ή ιδιωτικής δομής. Ιδιαίτερα οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς συναντούν υψηλότερο βαθμό δυσκολίας δεδομένου ότι η λίστα των εγγεγραμμένων στον ΕΟΠΥΥ ιατρών διατίθεται διαδικτυακά ενώ παραμένει και το ζήτημα της ενδεχόμενης μη διαθεσιμότητας ραντεβού εντός του πλαφόν των 200 επισκέψεων σε ιατρό συμβεβλημένο του ΕΟΠΥΥ με τα προαναφερόμενα προβλήματα.

Κατά την επίσκεψη στον ειδικό ιατρό και τη διαπίστωση ΧΑΠ 3^{ου} σταδίου, συνταγογραφείται ηλεκτρονικά η θεραπευτική αγωγή και παραδίδεται η συνταγή στον ασθενή, προκειμένου να εκτελεστεί σε φαρμακείο επιλογής του, ενώ ο ίδιος επιστρέφει στον ειδικό ιατρό σε μηνιαία βάση για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων του. Παράλληλα, εκδίδεται ηλεκτρονικά η γνωμάτευση οξυγονοθεραπείας και παραδίδεται στον ασθενή προκειμένου να προβεί σε θεώρηση αυτής από τον ελεγκτή ιατρό. Ο ασθενής προσέρχεται στη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ για τη θεώρηση της γνωμάτευσης, παραλαμβάνει το τιμολόγιο αγοράς από την προμηθεύτρια εταιρία και προσκομίζει τα φυσικά παραστατικά στην Περιφερειακή Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ Κιλκίς για την εκκαθάριση της δαπάνης.

Στη μοντελοποίηση της πορείας του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας (βλ. διάγραμμα 10.3) οι οργανωμένες δράσεις ενημέρωσης, είτε στο γενικό πληθυσμό είτε σε στοχευμένες ομάδες ασθενών, κατόπιν εγκυκλίων της αρμόδια ΥΠΕ, ενισχύουν την έγκαιρη διάγνωση και δρουν ευεργετικά σε επίπεδο αυτοφροντίδας και πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.

¹⁵ Σε αυτό το βήμα οι δυνάμενοι οδοί είναι 4 αντί 5 του πρώτου σταδίου λόγω του ότι βρίσκεται σε αναζήτηση πνευμονολόγου και ως εκ τούτου αποκλείεται η προσέλευση σε γενικό ιατρό Κ.Υ. ή Π.Ι.



[1] Οι δράσεις ενημέρωσης από τους οικογενειακούς ιατρούς στην περιοχή ευθύνης τους μπορεί να αφορούν είτε το γενικό πληθυσμό είτε στοχευμένες ομάδες ασθενών σύμφωνα με το καταγεγραμμένο νοσολογικό προφίλ και τις κατευθυντήριες οδηγίες της αρμόδιας ΥΠΕ, π.χ. καπνιστές.

[2],[5] Επεκτείνεται το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ώστε να επιτυγχάνεται η απευθείας παραπομπή-συνταγογράφηση και ενημέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.

[3] Αφενός ενημερώνεται άμεσα η κλινική ώστε να πράξει τις απαραίτητες ενέργειες για την εισαγωγή του ασθενούς και αφετέρου αποφεύγεται η παραπομπή στα επιφορτισμένα ΤΕΠ και ο περιττός εργαστηριακός έλεγχος καθώς το πλήρες ιστορικό του ασθενή είναι ήδη στη διάθεση της κλινικής πριν την άφιξη του ασθενή.

[4] Ο οικογενειακός ιατρός έχει πρόσβαση σε λίστα αναμονής των ιατρών όλων των ειδικοτήτων (ιδιωτών και μη) πανελλαδικά σε επίπεδο τόσο ΠΦΥ όσο και ΔΦΥ.

[6] Η δαπάνη χορήγησης O₂ λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο ανάπτυξης υπηρεσιών one-stop shop. Παράλληλα γίνεται και η ηλεκτρονική αποστολή του τιμολογίου αγοράς στην Περιφερειακή Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ Κιλκίς από την προμηθεύτρια εταιρία.

Διάγραμμα 10.3 Μοντελοποίηση διαδρομής ασθενή υπό διερεύνηση ΧΑΠ

Ο ασθενής προσέρχεται στον οικογενειακό ιατρό της μονάδας υγείας- με συμπτώματα ήπιας δύσπνοιας κατά την κόπωση, παραγωγικού βήχα και δεκατικής πυρετικής κίνησης- και διαγιγνώσκεται πιθανώς «Λοίμωξη Κατώτερου Αναπνευστικού». Άξιον αναφοράς είναι ότι, εφόσον πραγματοποιηθεί οριστική διάγνωση «πνευμονία» και με την ηλεκτρονική παραπομπή του ασθενή στην πνευμονολογική κλινική του Γ.Ν. Κιλκίς, επιτυγχάνεται η υψίστης σημασίας, τόσο σε οικονομικούς όσο και κλινικούς όρους, παντελής παράλειψη του βήματος των επιφορτισμένων ΤΕΠ (βλ. διάγραμμα 10.2). Η απευθείας προσέλευση του ασθενή στην πνευμονολογική κλινική του Γ.Ν. Κιλκίς, από τη μία πλευρά, παρέχει στον ασθενή άμεση αντιμετώπιση της νόσου και από την άλλη, προσφέρει στο νοσοκομείο χρονικό περιθώριο προετοιμασίας για την υποδοχή του ασθενή και δυνατότητα πρόσβασης στο πλήρες ιστορικό του, προκειμένου να αποφευχθεί η διενέργεια περιττών εργαστηριακών ελέγχων. Επιπρόσθετα, κατά τη διαδικασία της ηλεκτρονικής παραπομπής από τον οικογενειακό ιατρό στην κλινική του νοσοκομείου δύναται να υπάρχει σχετική δικλείδα ελέγχου ώστε σε περίπτωση μη διαθέσιμης κλίνης να γίνεται εκ νέου παραπομπή στο πλησιέστερο νοσοκομείο.

Μετά τη νοσηλεία 4 ημερών και την έκδοση εξιτηρίου από το νοσοκομείο με την ένδειξη «ίαση», ο ασθενής κατευθύνεται από τον οικογενειακό ιατρό της μονάδας, ο οποίος αναλαμβάνει το ρόλο εύρεσης διαθέσιμου ραντεβού σε πνευμονολόγο μέσω διασύνδεσης με λίστα αναμονής ειδικών ιατρών δημόσιων και ιδιωτικών δομών σε πραγματικό χρόνο και βάσει προσωπικής επιλογής του ασθενή. Κατά την επίσκεψη στον πνευμονολόγο, και κατόπιν σπιρομέτρησης, διαγιγνώσκεται ΧΑΠ 3^{ου} σταδίου, η φαρμακευτική αγωγή συνταγογραφείται ηλεκτρονικά και αποστέλλεται η συνταγή σε φαρμακείο επιλογής του ασθενή, μέσω επέκτασης του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Σχετικά με τη διαδικασία υποβολής δαπάνης οξυγονοθεραπείας, ο ασθενής εξυπηρετείται στο ίδιο σημείο παροχής φροντίδας (μονάδα υγείας σε ρόλο one-stop shop) καθώς τόσο η γνωμάτευση της οξυγονοθεραπείας¹⁶ όσο και το τιμολόγιο αγοράς από την προμηθεύτρια εταιρία αποστέλλονται ηλεκτρονικά στην Περιφερειακή Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ Κιλκίς προκειμένου να εκκαθαριστεί η δαπάνη.

¹⁶ Παραλείπεται το στάδιο θεώρησης της γνωμάτευσης από ελεγκτή ιατρό δεδομένου ότι η διαδικασία έκδοσης, υποβολής και εκκαθάρισης των παραστατικών γίνεται αποκλειστικά μέσω ηλεκτρονικού συστήματος.

Όσον αφορά τη συνέχιση της συνταγογράφησης, ο ασθενής της ισχύουσας διαδρομής (βλ. διάγραμμα 10.2) επισκέπτεται τον ειδικό ιατρό, ο οποίος είθισται να επιλέγει για λόγους αύξησης της πελατείας του τη μηνιαία αναγραφή φαρμάκων. Αντίθετα, στο παρόν μοντέλο ο οικογενειακός ιατρός, στερούμενος όμοια κίνητρα, προκρίνει την τρίμηνη συνταγογραφία, κάνει κλινική εκτίμηση σε τακτική βάση και εκτελεί συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος, με αποτέλεσμα την αναγκαιότητα επανεκτίμησης από πνευμονολόγο μετά από ένα έτος. Η πορεία ολοκληρώνεται μέσω: α) της διασύνδεσης με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» του πρώτου επιπέδου του δικτύου, που αναλαμβάνει την κατ' οίκον παρακολούθηση του ασθενή για πιθανή πλημμελή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και την ένταξη του σε πρόγραμμα αυτοφροντίδας, και β) της συμμετοχής του ασθενή σε forum έκφρασης απόψεων για την υγεία του και σε τηλεδιασκέψεις ψυχολογικής υποστήριξης από ψυχολόγους των μονάδων ψυχικής υγείας του δευτέρου επιπέδου του δικτύου (βλ. κεφάλαιο 10.2.1).

Από τη σύγκριση των δύο διαγραμμάτων είναι εμφανής η απουσία θετικών δράσεων και η χαοτική πορεία που καλείται να ακολουθήσει ο ασθενής στην ισχύουσα διαδρομή, αναγκασμένος μάλιστα σε δύο στάδια αυτής να επιστρέφει σε προγενέστερο βήμα. Αντίθετα, το προτεινόμενο μοντέλο απλοποιεί την πορεία εμπερικλείοντας επιπλέον: 4 δράσεις ενημέρωσης, αυτοφροντίδας και πρόληψης, 4 υπηρεσίες ηλεκτρονικής αποστολής παραπεμπτικών/συνταγών και αναζήτησης ραντεβού, 1 πλαίσιο one-stop shop και 1 στάδιο διαδικτυακών υπηρεσιών (forum και τηλεδιασκέψεις).

10.3 Προτεινόμενο σύστημα αξιολόγησης του νέου δικτύου

10.3.1 Κριτήρια αξιολόγησης

Με γνώμονα το γενικό σκοπό -ποιότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και κοινωνική δικαιοσύνη- της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας (βλ. Παράρτημα Γ.2) παρατίθεται σχετική πρόταση συστήματος αξιολόγησης του νέου δικτύου βάσει τεσσάρων κλασικών κριτηρίων: i) ισοτιμία πρόσβασης (αξιακός χώρος), ii) αποδοτικότητα (οικονομικός χώρος), iii) αποτελεσματικότητα (ποιοτικός χώρος) και iv) ανταποκρισιμότητα (κοινωνικός χώρος).

10.3.1.1 Ισοτιμία στην πρόσβαση

Η έννοια της προσβασιμότητας συνδέεται με την πραγματική χρήση των υπηρεσιών και τους παράγοντες που τη διευκολύνουν ή εμποδίζουν (Θεοδώρου & Μόσιαλος, 2003) και

αποτιμάται όχι μόνο βάσει των χρόνων αναμονής αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών των χρηστών. Δεδομένου ότι τα άτομα χαμηλού εισοδήματος δεν έχουν την ίδια προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας (Kennedy et al., 1998), η ισοτιμία στην πρόσβαση πρέπει να μετράται στο βαθμό που η υγειονομική φροντίδα ανταποκρίνεται στην ανάγκη και όχι στη διαθεσιμότητα του δικτύου ή την ικανότητα πληρωμής του χρήστη.

Μολονότι η πρόσβαση στη μονάδα και γενικότερα στο δίκτυο του ΠΕΔΥ είναι φαινομενικά ισότιμη και ανεξάρτητη από τη δυνατότητα πληρωμής του χρήστη, στην πράξη υπάρχει πλήθος παραγόντων που επιδρούν περιοριστικά. Από την πλευρά της προσφοράς, εμπόδια πρόσβασης αποτελούν η χρονική μη διαθεσιμότητα της δομής σε 24ωρη βάση, η δυσκολία μετάβασης των ασθενών στο σημείο φροντίδας λόγω της ανισομερούς γεωγραφικής κατανομής των υπηρεσιών, τα οργανωτικά προβλήματα της μονάδας και η ανεπαρκής διασύνδεση τόσο της πρωτοβάθμιας-δευτεροβάθμιας φροντίδας όσο και της δημόσιας-ιδιωτικής ασφάλισης ενώ από την πλευρά της ζήτησης, η ανεπαρκής πληροφόρηση και η μειωμένη αγοραστική δύναμη του χρήστη.

Στο πεδίο της χρονικής διαθεσιμότητας προτείνεται η παρακολούθηση των λιστών αναμονής σε πανελλαδικό επίπεδο με στόχο να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή μείωση του χρόνου εκκαθάρισης της λίστας αναμονής για τις ειδικότητες με αυξημένη ζήτηση ώστε να λαμβάνουν οι πολίτες την αναγκαία φροντίδα υγείας στον σωστό τόπο και χρόνο σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Δεδομένου ότι η ισοτιμία εμπεριέχει την έννοια της ίσης και άνευ διακρίσεων μεταχείρισης των πολιτών, καθοριστικής σημασίας είναι η εδραίωση μίας ελάχιστης βασικής δέσμης υπηρεσιών υγείας προς όλους τους πολίτες, συμπεριλαμβανομένου των ανασφαλιστών, με έμφαση στην προαγωγή και πρόληψη της υγείας και την εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου.

10.3.1.2 Αποδοτικότητα

Η αποδοτικότητα εμπερικλείει την επίτευξη βέλτιστων ιατρικών αποτελεσμάτων μέσω της χρησιμοποίησης δεδομένων ή περιορισμένων πόρων και εκφράζεται από τον λόγο εκροών προς εισροές, επί παραδείγματι ασθενείς προς ιατρούς. Η επικέντρωση στο εν λόγω κριτήριο αξιολόγησης, παρά τον πρωτεύοντα ρόλο του στην παρούσα περίοδο οικονομικής κρίσης, δεν επαρκεί. Αναγκαία κρίνεται και η τεχνική ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που εμπεριέχει τις έννοιες της αποτελεσματικότητας, ήτοι του βαθμού επίτευξης των τιθέμενων

στόχων, και της ασφάλειας, ήτοι της αποφυγής ή ελαχιστοποίησης πιθανών κινδύνων από θεραπευτική παρέμβαση. Οι εφαρμοσθείσες έως σήμερα πολιτικές στόχευαν σχεδόν αποκλειστικά στην αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας ενώ λίγη βαρύτητα έχει δοθεί στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Mladovsky et al., 2012). Πέραν των οικονομικών οφελών που απορρέουν από την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έναντι της δευτεροβάθμιας και της μεταξύ τους διασύνδεσης, επιτυγχάνεται επιπλέον βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού.

Η οικονομική αποδοτικότητα ορίζεται ως η μεγαλύτερη παραγωγή υπηρεσιών με το μικρότερο κόστος (Λιαρόπουλος, 2007) και είναι συχνά συνυφασμένη με την απόκτηση συνεχώς μεταβαλλόμενου τεχνολογικού εξοπλισμού προηγμένης τεχνολογίας, γεγονός που συνεπάγεται υψηλό κόστος. Το ζητούμενο είναι η αποφυγή των υπερβολών και η λήψη ορθολογικών αποφάσεων καθώς η ακριβότερη τεχνολογική λύση δεν είναι απαραίτητα και η καλύτερη. Κρίσιμη είναι η συγκριτική αξιολόγηση των εφαρμοσμένων συστημάτων και τιμολογιακών πολιτικών των ανταγωνιστών, και όχι η άνευ κριτηρίων αντιγραφή των πολιτικών τους, με στόχο την υιοθέτηση των βέλτιστων πρακτικών μέσα στο ισχύον θεσμικό και οικονομικό πλαίσιο του δικτύου.

10.3.1.3 Αποτελεσματικότητα

Η νέα εποχή επιτάσσει τη μετάβαση από την οικονομική αποδοτικότητα στην οικονομική αποτελεσματικότητα, που μεταφράζεται στο υψηλότερο υγειονομικό αποτέλεσμα με το μικρότερο κόστος (Λιαρόπουλος, 2007). Η αντικατάσταση του πρότερου παραδοσιακού τρόπου άσκησης κλινικού έργου με την εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων και διεθνών προτύπων επιτάσσει τη συστηματική παρακολούθηση δεικτών κλινικής απόδοσης ως κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας. Γνώμονας είναι οι τρεις κύριοι στόχοι των υγειονομικών συστημάτων (Smith et al., 2009): i) η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, ii) η ανταπόκριση στις προσδοκίες των χρηστών και iii) η συλλογή οικονομικών πόρων ώστε να πραγματοποιούνται οι δύο πρώτοι στόχοι με τρόπο δίκαιο.

Η επιλογή των δεικτών σχετίζεται με το αντικείμενο της μέτρησης ανάλογα με τις συνιστώσες της φροντίδας που τίθενται κάθε φορά σε προτεραιότητα και την προσέγγιση στην οποία θα δοθεί βαρύτητα. Ενδεικτικά προτείνεται, προκειμένου να αποκτηθεί ολοκληρωμένη εικόνα, η συνδυαστική χρήση δεικτών πρόληψης και προαγωγής της υγείας

(ποσοστό εμβολιασμένων παιδιών, έλεγχος για καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, επιπολασμός παχυσαρκίας και διαβήτη, εμβολιασμός για ηπατίτιδα Β΄ σε ομάδες υψηλού κινδύνου και μέτρηση αρτηριακής υπέρτασης) και δεικτών διαδικασιών (αριθμός παραπομπών ανά ιατρό, αριθμός μη προσελθέντων ασθενών κατόπιν οριστικοποιημένου ραντεβού, ημερήσιος αριθμός εξετασθέντων ασθενών, μέσος ρυθμός εισροής ασθενών και χρόνος εκκαθάρισης της λίστας αναμονής ανά ειδικότητα).

10.3.1.4 Ανταποκρισιμότητα

Η έννοια της συνέχειας της συντονισμένης φροντίδας συνδέεται στενά με την ανταποκρισιμότητα του δικτύου υπό το πρίσμα ανθρωποκεντρικής προσέγγισης του ασθενή (Κωσταγιόλας και συν., 2008). Προτείνεται προσανατολισμός στη συλλογή και ανάλυση ερωτηματολογίων ανά ιατρό ειδικότητας σε ετήσια βάση, με πρόβλεψη πεδίου ανοιχτού σχολιασμού ώστε οι ίδιοι οι χρήστες να καταθέσουν τις δικές τους προτάσεις, καθώς και τοποθέτηση κυτίου παραπόνων σε εμφανές σημείο της μονάδας. Η ανταποκρισιμότητα που είναι συστηματικά περιορισμένη σε συγκεκριμένα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, τα οποία έχουν ανάγκη μεγαλύτερης φροντίδας, οδηγεί σε ανισότητες πρόσβασης (Smith et al., 2009). Ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, όπως οι άνεργοι της παρούσας έρευνας, βρίσκονται εκτός του δείγματος των παραδοσιακών δειγματοληπτικών ερευνών με αποτέλεσμα την υποτίμηση των ανισοτήτων στην ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών. Απαραίτητη είναι η σύσταση ομάδας παρακολούθησης του στρατηγικού πλάνου από τον υπεύθυνο της μονάδας καθώς ο στρατηγικός σχεδιασμός αντιπροσωπεύει μία δυναμική διαδικασία κατά την οποία ο αρχικός σχεδιασμός ελέγχεται στην πορεία, μεταβάλλεται και επιδέχεται διορθώσεις με αποτέλεσμα το τελικό αποτέλεσμα να είναι διαφοροποιημένο από το αρχικά προβλεπόμενο.

10.3.2 Μοντέλο αξιολόγησης του νέου δικτύου

Μία πρωτότυπη προσέγγιση της αξιολόγησης των μονάδων υγείας μπορεί να βασιστεί στο πρότυπο της πιλοτικής μελέτης της 6^{ης} ΥΠΕ που ανέπτυξε τον πολυδιάστατο καινοτόμο οδηγό αξιολόγησης της απόδοσης των νοσοκομείων “H.E.P.G.G.”. Κεντρική ιδέα είναι ο συνδυασμός ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών σύμφωνα με τους στρατηγικούς στόχους της μονάδας υγείας και ο υπολογισμός της συνολικής απόδοσης ώστε να συγκριθούν οι δείκτες που προκύπτουν για την ανεύρεση προβληματικών περιοχών και να αξιοποιηθεί ο οδηγός ως εργαλείο λήψης αποφάσεων (Ζαφειροπούλου και συν., 2015).

Η ποσοτική αξιολόγηση (1^η ενότητα) έχει ως επίκεντρο τη μονάδα υγείας σε μικροοικονομικό και μακροοικονομικό επίπεδο και χρησιμοποιεί τη μέθοδο της μη παραμετρικής Data Development analysis (DEA) και Bootstrap, δίνοντας το συνολικό βαθμό επίδοσης. Η ποιοτική αξιολόγηση (2^η ενότητα) έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και χρησιμοποιεί τη μέθοδο της Balanced Score, δίνοντας διαφορετική βαρύτητα ανά κατηγορία βάσει αλγορίθμων και κλειστών ερωτήσεων. Είναι εφικτή τόσο η προσθαφαίρεση, μερική ή ολική, επιμέρους κατηγοριών ή υποκατηγοριών όσο και η ποσοστιαία αλλαγή των επιμέρους συντελεστών βαρύτητας.

Επιλέγονται ενδεικτικά κατηγορίες δεικτών ανά ενότητα ως κάτωθι:

1^η ενότητα: ποσοτικοί δείκτες υπολογιζόμενοι με τη μέθοδο DEA bootstrap

1. Στοιχεία δραστηριότητας μονάδας υγείας	
Συντελεστές παραγωγής	ανθρώπινο δυναμικό, αριθμός ιατρικών ανά ειδικότητα, λειτουργία εργαστηρίων (μικροβιολογικό και ακτινολογικό)
Παραγόμενο προϊόν	αριθμός προσερχόμενων ασθενών στη μονάδα υγείας, αριθμός παραπεμπτικών ανά ημέρα/ειδικότητα/ιατρό, αριθμός συνταγών ανά ημέρα/ειδικότητα/ιατρό, αριθμός ανασφαλιστών που προσέρχονται στη μονάδα ανά ημέρα/ειδικότητα/ιατρό
Δαπάνες λειτουργίας	κόστος μισθοδοσίας (ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού), υγειονομικού υλικού, αντιδραστηρίων, φαρμακευτικού υλικού, δαπάνες καθαριότητας και συντήρησης του κτιρίου, κόστος λειτουργίας του μικροβιολογικού και ακτινολογικού εργαστηρίου, λοιπές δαπάνες (outsourcing, ΔΕΚΟ κλπ.), συνολικό κόστος λειτουργίας της μονάδας
2. Δείκτες δραστηριότητας και οικονομικοί δείκτες	
Δείκτες δραστηριότητας	μέση διάρκεια επίσκεψης, ποσοστό (%) πληρότητας των ραντεβού ανά ιατρό/ειδικότητα, ποσοστό (%) των ακυρωθέντων ραντεβού ανά ιατρό/ειδικότητα, αριθμός μη προσερχόμενων ασθενών κατόπιν οριστικοποιημένου ραντεβού ανά ιατρό/ειδικότητα, ρυθμός εισροής ασθενών, αριθμός παραπομπών ανά ιατρό
Οικονομικοί δείκτες	κόστος ανά προσερχόμενο ασθενή με/χωρίς τη δαπάνη μισθοδοσίας, κόστος εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, κόστος διενέργειας εκπαιδευτικών και αναπτυξιακών προγραμμάτων, κόστος εγκατάστασης ηλεκτρονικού φακέλου υγείας και νέων ΤΠΕ
3. Λειτουργικά στοιχεία της μονάδας	
Λειτουργία της μονάδας σε πρωινό/απογευματινό ωράριο	αριθμός επισκέψεων ανά ιατρό/ειδικότητα, αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιούνται εντός της μονάδας, αριθμός εκδιδόμενων παραπεμπτικών για εργαστηριακές εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε δομές εκτός της μονάδας
Λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού	αριθμός εγγεγραμμένων ασθενών στον οικογενειακό γιατρό της μονάδας, πληρότητα εγγραφών βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων
Λειτουργία του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς	τήρηση πληρότητας ιατρικού ιστορικού ανά ιατρό/ειδικότητα/ασθενή, διασύνδεση του ηλεκτρονικού φακέλου με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας

2^η ενότητα: ποιοτικοί δείκτες υπολογιζόμενοι με τη μέθοδο *balanced score*

1. Ολοκληρωμένη Περίθαλψη και παροχή υπηρεσιών υγείας με γεωγραφική κάλυψη σε όλο το νομό	
Γεωγραφική κάλυψη	ισοκατανομή ειδικοτήτων στη μονάδα υγείας και τα Κ.Υ. του δικτύου ΠΕΔΥ, επάρκεια δομών ανά περιοχή και νομό
Νοσολογικοί και επιδημιολογικοί δείκτες	καταγραφή του νοσολογικού και επιδημιολογικού προφίλ των ασθενών του νομού, ποσοστό εμβολιασμένων παιδιών και ηλικιωμένων, επιπολασμός παχυσαρκίας και διαβήτη
2. Διοίκηση και Διαχείριση της μονάδας	
Λειτουργία κέντρων ενημέρωσης	διαδικτυακή πύλη ενημέρωσης πολιτών για τη λειτουργία της μονάδας και τις αρμοδιότητες του οικογενειακού ιατρού, βαθμός ικανοποίησης από το forum έκφρασης και ανταλλαγής απόψεων, πρωτόκολλα διασύνδεσης με προγράμματα κατ' οίκον παρακολούθησης των ασθενών
Προσωπικό	πληρότητα βάσης δεδομένων προσωπικού, αναρρωτικές άδειες, κίνητρα παραγωγικότητας κλπ., δείκτες αποχώρησης και σταθερότητας
3. Καινοτόμες υπηρεσίες και προγράμματα εκπαίδευσης	
Εισαγωγή καινοτόμων υπηρεσιών	λειτουργία δικτύου τηλεφροντίδας όλων των δομών ΠΦΥ, διασύνδεση του δικτύου τηλεφροντίδας με το πληροφοριακό σύστημα των νοσοκομείων, αριθμός διενεργούμενων μαστογραφιών, τεστ ΠΑΠ, εμβολιασμών σε ομάδες μεταναστών και ανασφαλιστών κλπ. κατόπιν ανάπτυξης κινητών μονάδων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης, δείκτες ψυχικής υγείας κατόπιν εφαρμογής προγραμμάτων κατ' οίκον ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπείας
Εκπαιδευτικά προγράμματα	ποσοτικοποίηση του βαθμού ικανοποίησης των εκπαιδευόμενων, σύγκριση ημερήσιων δεικτών εισροής των ασθενών προ και μετά της εκπαίδευσης του προσωπικού
4. Παροχή υπηρεσιών υγείας ποιότητας	
Πιστοποιήσεις	αριθμός πιστοποιήσεων ανά μονάδα και κέντρο υγείας του δικτύου
Ασφάλεια	μέγιστος χρόνος αναμονής ανά ιατρό/ειδικότητα, χρόνος εκκαθάρισης της λίστας αναμονής, εμβολιασμένο προσωπικό, πλήθος εργατικών ατυχημάτων και τραυματισμών ανά μήνα
Υποδομές	προσβασιμότητα, διαλειτουργικότητα, θέρμανση/κλιματισμός, πυρόσβεση
Ανταποκρισιμότητα	ανάλυση ερωτηματολογίων ανά ιατρό ειδικότητας και κατάθεση προτάσεων των πολιτών για βελτιστοποίηση της λειτουργίας της μονάδας, βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από τη διασύνδεση της μονάδας με δομές ΠΦΥ και ΔΦΥ

Ο υπολογισμός της τιμής της εκάστοτε ενότητας γίνεται με τη βοήθεια λογιστικών φύλλων και βασίζεται στη συγκέντρωση των δεικτών ανά κατηγορία και την απόδοση της βαρύτητας σε κάθε δείκτη (βλ. πίνακα Β.5, Παράρτημα Β'). Στη συνέχεια υπολογίζονται βάσει των συντελεστών βαρύτητας και των τιμών των ενοτήτων οι βαθμοί για κάθε ενότητα ανά κατηγορία δείκτη, το άθροισμα των οποίων συνιστά την τελική βαθμολόγηση της μονάδας υγείας (βλ. πίνακα Β.6, Παράρτημα Β'). Το εν λόγω μεικτό μοντέλο αξιολόγησης προσφέρει το πλεονέκτημα αφενός της σφαιρικής προσέγγισης μέσω της ποσοτικοποίησης των τιθέμενων στόχων με τη χρήση κατά κύριο λόγο ποιοτικών δεικτών και αφετέρου της μεγάλης ευελιξίας για προσαρμογή στους εκάστοτε διαφορετικούς στόχους που τίθενται κατά

προτεραιότητα. Στη συνέχεια επιλέγονται ενδεικτικά προς ανάλυση τα στάδια των πολιτικών προγραμματισμού και εκπαίδευσης, βάσει των στρατηγικών στόχων της μονάδας.

10.3.2.1 Προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού

Προτείνεται προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού στο νομό, που περιλαμβάνει τα εξής διακριτά και άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους στάδια:

α) προσδιορισμός των αναγκών: κατόπιν μελέτης της εξωτερικής αγοράς εργασίας στο νομό διαπιστώνεται το παράδοξο αφενός της υπερπληθώρας ιατρικού προσωπικού και αφετέρου των τεράστιων ελλείψεων γενικών ιατρών, συγκεκριμένων ιατρικών ειδικοτήτων, νοσηλευτικού προσωπικού και άλλων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας τόσο στη μονάδα όσο και εκτός αυτής. Η ανάλυση της εσωτερικής αγοράς εργασίας επικεντρώνεται στην εξέταση του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού, τόσο σε ηλικιακή δομή όσο και σε διάρκεια απασχόλησης (μόνιμοι υπάλληλοι, συμβάσεις έργου, ιατροί επί θητεία), και τις επιπτώσεις από πραγματοποιούμενες μετακινήσεις.

Η μελέτη αξιολόγησης και ανασχεδιασμού του χάρτη υγείας αποτέλεσε μία αξιόλογη προσπάθεια δημιουργίας μεθοδολογικού πλαισίου για τη συγκέντρωση των πρωτογενών στοιχείων και τη δημιουργία σχετικών δεικτών αξιολόγησης. Εντούτοις, παρέμεινε ημιτελής καθώς δεν εμπεριέχονται οι υγειονομικές ανάγκες αλλά και οι ικανότητες του υφιστάμενου προσωπικού.

β) σχεδιασμός προγραμματισμού: την ολοκλήρωση του πρώτου σταδίου ακολουθούν η σύνδεση της χρηματοδότησης με τους τιθέμενους ρεαλιστικούς στόχους και η εφαρμογή των κάτωθι επιμέρους σχεδίων δράσης:

- προσλήψεις και μετακινήσεις: απαιτούνται, όπως προκύπτει τόσο από το προηγούμενο στάδιο προσδιορισμού των αναγκών όσο και από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, άμεσες προσλήψεις στις υπό έλλειψη ειδικότητες -γενικοί ιατροί, παιδίατροι, ψυχίατροι, νευρολόγοι και ενδοκρινολόγοι- βάσει του αριθμού των απαιτούμενων ατόμων και μετακινήσεις στα προκύπτοντα κενά. Μείζονος σημασίας είναι η προσέλκυση ιατρικού προσωπικού στις δυσπρόσιτες περιοχές του νομού, βάσει οικονομικών και άλλων κινήτρων, καθώς και η γεωγραφική ισοκατανομή μέσω επιβολής αριθμητικών ορίων ανά περιοχή. Ενδεχόμενος περιορισμός του αριθμού των

παρόχων υγείας, προκειμένου να ελεγχθεί το συνεπαγόμενο κόστος, δύναται να επιφέρει τα αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα καθώς αφενός εντείνει τις μονοπωλιακές τάσεις και αφετέρου περιορίζει τους βαθμούς ελευθερίας επιλογών του ασθενή (ΕΣΔΥ, 2012β). Η θέσπιση ρυθμίσεων μισθολογικής και εκπαιδευτικής αναβάθμισης, μέγιστου αριθμού ασθενών ανά νοσηλευτή και οικογενειακών διευκολύνσεων αναμένεται να δώσει έναυσμα στους νέους για την επιλογή του νοσηλευτικού επαγγέλματος, ώστε να ενισχυθούν κατάλληλα τα αναπτυσσόμενα δίκτυα τηλεφροντίδας, ειδικότερα με νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

- ευέλικτες μορφές απασχόλησης: μπορούν να εφαρμοσθούν συμβάσεις ορισμένου χρόνου για το ιατρικό προσωπικό, τηλε-εργασία με θετικές επιπτώσεις στη μείωση του κόστους και την αποφυγή άσκοπων εισαγωγών, υποκατάσταση ιατρών από νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας με εξαιρετικά αποτελέσματα τόσο σε οικονομικούς όσο και σε κλινικούς όρους.

γ) εφαρμογή προγραμματισμού: το πρόγραμμα λαμβάνει χώρα τμηματικά σε χρονικό διάστημα ενός έτους στο πλαίσιο σαφούς χρονοδιαγράμματος με την υλοποίηση αρχικά των επειγόντων σχεδίων των νέων προσλήψεων γενικών ιατρών, που θα αποτελούν τη ραχοκοκκαλιά του νέου δικτύου. Ο προγραμματισμός πρέπει να αντιπροσωπεύει μία εφαρμόσιμη πολιτική προς όφελος της βιωσιμότητας του νέου δικτύου και κατ' επέκταση της επαγγελματικής υπόστασης των ομάδων ενδιαφερομένων και όχι μία παρωχημένη πρακτική στηριζόμενη στην περιστολή των δαπανών και τους επιβεβλημένους δημοσιονομικούς στόχους.

δ) αξιολόγηση προγραμματισμού: η παρακολούθηση και αξιολόγηση σε όλα τα στάδια του προγραμματισμού είναι άκρως απαραίτητη για την επίτευξη των τιθέμενων στόχων και τη λήψη διορθωτικών μέτρων σε περιπτώσεις αποκλίσεων. Ευρέως χρησιμοποιούμενοι δείκτες, με καίριο ρόλο στην πρόβλεψη μελλοντικών αναγκών, είναι ο λόγος εργαζομένων προς το παραγόμενο έργο και οι δείκτες αποχώρησης και σταθερότητας, με σαφή υπεροχή του πρώτου, καθώς εκφράζει την τάση απασχολησιμότητας. Σε συνδυασμό με την ανάλυση διάρκειας απασχόλησης λαμβάνονται πληροφορίες ανά ιεραρχικό επίπεδο εργαζομένων και εστιάζεται η προσοχή σε συγκεκριμένα προβλήματα ενώ η καμπύλη συγκράτησης δίνει στοιχεία για τη διαχρονική παραμονή των εργαζομένων με στόχο τη λήψη αποφάσεων για ενδεχόμενες επενδύσεις προγραμμάτων εκπαίδευσης (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Η αλληλένδετη τρίπτυχη σχέση προγράμματος, τιθέμενων στόχων και οργάνωσης αποδεικνύει τον εξαιρετικά σημαίνοντα ρόλο της τελευταίας στην εύρυθμη καθημερινή λειτουργία της μονάδας. Μέσω αυτής καλύπτονται τα κενά της διαδικασίας καταμερισμού της εργασίας, στελεχώνεται η μονάδα με τους κατάλληλους ανθρώπους στην κατάλληλη θέση και συντονίζονται οι επιμέρους ενέργειες. Η τοποθέτηση οργανογράμματος σε εμφανές σημείο της μονάδας αποτελεί το επιστέγασμα της οργανωτικής προσπάθειας καθώς αφενός αναδεικνύει τα κανάλια επικοινωνίας για την εξασφάλιση της ομαλής συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων και την αποφυγή αλληλεπικαλύψεων αρμοδιοτήτων και αφετέρου ορίζει το πλαίσιο κατεύθυνσης του ασθενή (Τζωρτζάκης & Τζωρτζάκη, 2007).

10.3.2.2 Εκπαιδευτικά και αναπτυξιακά προγράμματα για τους επαγγελματίες υγείας

Παρότι εκφράζεται υψηλή εμπιστοσύνη του ασθενή στο κλινικό έργο του ιατρού, εντούτοις η δυσλειτουργική επικοινωνία και η μη ενθάρρυνση του ασθενή για συμμετοχική λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία του επιβάλλει στοχευμένη πολιτική εκπαίδευσης. Η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων έχει ως στόχο την ευθυγράμμιση των δεξιοτήτων των εργαζομένων με τους στρατηγικούς στόχους της μονάδας ενώ η υλοποίηση αναπτυξιακών προγραμμάτων άπτεται της παροχής εφοδίων, πέραν των απαιτούμενων για την εκτέλεση μίας συγκεκριμένης εργασίας, προκειμένου να επιτευχθούν μακροπρόθεσμοι στόχοι (Mondy, 2011).

Από την πλευρά της μονάδας υγείας, οι εν λόγω πολιτικές απαιτούνται για την αντιμετώπιση των αλλαγών εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, την ενίσχυση της αφοσίωσης του εργαζομένου και την επίτευξη οργανωσιακής απόδοσης που περιλαμβάνει αποτελεσματικότητα, παραγωγικότητα, μειωμένα κόστη και βελτίωση ποιότητας. Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, δίνεται η δυνατότητα επικαιροποίησης γνώσεων και απόκτησης νέων, καλλιέργειας ικανοτήτων και εδραίωσης δεξιοτήτων με προφανή στόχο την ίδια προσωπική εξέλιξη και ευημερία. Τα πλεονεκτήματα τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο σχετίζονται με την εργασιακή απόδοση άμεσα, ήτοι προσαρμοστική ικανότητα, τεχνικές δεξιότητες, αυτο-διαχείριση και καινοτόμος σκέψη, ή έμμεσα, ήτοι ενδυνάμωση, επικοινωνία, σχεδιασμός και ομαδική συνεργασία (Aguinis & Kraiger, 2009). Μάλιστα, οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας τοποθετούν σε εξέχουσα θέση τη δυνατότητα ανάπτυξης των ικανοτήτων τους μέσω επιμορφωτικών σεμιναρίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Θεοδώρου και συν., 2011).

Τα στάδια της προτεινόμενης εκπαιδευτικής διαδικασίας παρατίθενται ως κάτωθι:

α) προσδιορισμός των εκπαιδευτικών και αναπτυξιακών αναγκών: περιλαμβάνει τη συστηματική προσέγγιση των εκπαιδευτικών αναγκών με γνώμονα πρωτίστως τη στρατηγική και τους επιμέρους στόχους της μονάδας. Ως εξατομικευμένες ανάγκες προσδιορίζονται, μεταξύ άλλων, η ενθάρρυνση του ασθενή για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η ισοκατανομή χρόνου επισκέψεων των ιατρών με οριοθέτηση ελάχιστου χρόνου ανά ασθενή, ο καθορισμός των αρμοδιοτήτων και του ρόλου του οικογενειακού ιατρού και η εξοικείωση με τη χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου.

β) σχεδιασμός προγράμματος εκπαίδευσης: καθορίζεται το περιεχόμενο της εκπαίδευσης, ο χώρος και ο χρόνος διεξαγωγής των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, είτε εντός είτε εκτός του χώρου της μονάδας. Η κατάρτιση προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης, τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο μονάδας, περιλαμβάνει σαφείς στόχους και συγκεκριμένη θεματολογία ώστε να καθορίζεται η δράση του ιατρικού προσωπικού μετά το πέρας της εκπαίδευσης. Μέσω της διεξαγωγής επιμορφωτικών σεμιναρίων οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα εκμάθησης της τεχνικής του καλού ακροατή, χειρισμού δύσκολων καταστάσεων και ανάπτυξης σχέσης συμπάθειας με τον ασθενή με στόχο την αποδοτικότερη επικοινωνία (Thomas & Cohn, 2006). Η επανάληψη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στους επαγγελματίες υγείας σε τακτά χρονικά διαστήματα είναι απαραίτητη για την παροχή των κατάλληλων εφοδίων προκειμένου να εξοικειωθούν με τη χρήση ανοιχτών ερωτήσεων, να αναγνωρίζουν τους διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας και ανάγκες των ασθενών και να εντοπίζουν και υπερπηδούν τυχόν προβλήματα επικοινωνίας (Travaline et al., 2005).

γ) επιλογή μεθόδων εκπαίδευσης: η επιλογή της μεθοδολογίας είναι εξαιρετικά σημαντική για την επιτυχία της εκπαιδευτικού εγχειρήματος. Η εξ' αποστάσεως εκπαίδευση (e-learning) με τη χρήση αντίστοιχων τεχνολογικών εργαλείων χρειάζεται λιγότερο χρόνο σε σχέση με την παραδοσιακή μέθοδο διδασκαλίας, δεν απαιτεί την απουσία του εκπαιδευόμενου από το χώρο εργασίας του και προσαρμόζεται στις ανάγκες και το ρυθμό εκμάθησης των εκπαιδευόμενων (Παυλάτου και συν., 2012).

δ) εφαρμογή και αξιολόγηση εκπαίδευσης: το διάγραμμα GANTT (βλ. διάγραμμα Β.7, Παράρτημα Β') παρουσιάζει το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής σε διάστημα δέκα μηνών με διακοπή κατά τους μήνες Ιούλιο και Αύγουστο λόγω λήψης θερινών αδειών.

Ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις πληροφορίες της διαδικασίας αξιολόγησης προκειμένου να είναι επιτυχημένο και αποτελεσματικό μέσω μέτρησης σχετικών δεικτών. Απλός, γρήγορος και οικονομικός δείκτης αξιολόγησης είναι η ποσοτικοποίηση του βαθμού ικανοποίησης των εκπαιδευόμενων ο οποίος προκειμένου να οδηγήσει σε αντικειμενικά αποτελέσματα πρέπει να συνδυασθεί με δοκιμασίες γνώσεων μεταξύ δύο ομοειδών ομάδων εργαζομένων, με ειδοποιό διαφορά τη συμμετοχή μόνο μίας εκ των δύο ομάδων στο υπό αξιολόγηση πρόγραμμα (Mondy, 2011).

10.3.2.3 Τεχνικές ελέγχου

Κρίσιμη είναι η ανάπτυξη στρατηγικών αυτοελέγχου, αυτοδέσμευσης και αυτονομίας του ανθρώπινου δυναμικού της μονάδας δια της ενίσχυσης της ατομικής πρωτοβουλίας και την καλλιέργεια εργασιακού κλίματος δημιουργίας. Στο πλαίσιο δημιουργίας ελεγκτικού μηχανισμού των πράξεων του ιατρικού προσωπικού του ΠΕΔΥ προτείνεται η εφαρμογή ελέγχων σε κομβικά σημεία ελέγχου “check points” προς αντικατάσταση των προδραστικών, αντιδραστικών και μεταδραστικών ελέγχων. Σύμφωνα με το Νόμο του Downs περί φθίνοντος συντονισμού και ελέγχου, κάθε προσπάθεια ελέγχου αφενός εντείνει την απόπειρα αποφυγής ελέγχου και αφετέρου εκτρέφει νέο έλεγχο, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο συνεχών ελέγχων και προσπαθειών αποφυγής τους (Hackman & Wageman, 2002).

Η υιοθέτηση των βέλτιστων πρακτικών επιτυχημένων δομών ΠΦΥ, μέσω εφαρμογής benchmarking, επιτρέπει τη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ ομοειδών δομών είτε εντός της χώρας είτε μεταξύ άλλων χωρών. Ωστόσο, η στείρα μεταφορά αυτών ενέχει αρνητικές συνέπειες δεδομένου μάλιστα ότι μπορεί να λειτουργήσει υποβοηθητικά όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά όχι σε σχέση με τις προοπτικές της αγοράς της ΠΦΥ. Η δέουσα προσοχή πρέπει να δοθεί όχι μόνο στην αξιολόγηση της απόδοσης διαχρονικά και διακρατικά βάσει ποσοτικών δεικτών αλλά και ποιοτικών για τον εντοπισμό των προβληματικών περιοχών που απαιτούν διορθωτικές παρεμβάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η μέχρι σήμερα εφαρμοζόμενη αποσπασματική αξιολόγηση της απόδοσης οδηγεί σε απλές και πολλές φορές παραπλανητικές προσεγγίσεις καθώς δε λαμβάνει υπόψη μία πλήρη σειρά διαστάσεων της απόδοσης, όπως η ανταποκρισιμότητα, η προσβασιμότητα, η ισότητα και η αποδοτικότητα των πόρων, που απαιτούν επιπρόσθετα και τη γνώμη του χρήστη. Η επίτευξη

υψηλού επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών, ως κύριο συστατικό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, πρέπει να προσμετράται στο σχεδιασμό των αλλαγών των σύγχρονων συστημάτων υγείας (Urden, 2002). Ειδικότερα για την πρωτοβάθμια φροντίδα η συστηματική μέτρηση του δείκτη της ικανοποίησης των χρηστών τείνει να οδηγεί στη βελτίωση τόσο της κλινικής αποτελεσματικότητας όσο και στον έλεγχο των δαπανών (Drain, 2001). Εντούτοις, στην Ελλάδα η διεξαγωγή ερευνών τέτοιου τύπου ήταν εξαιρετικά περιορισμένες μέχρι τις αρχές του 2000 ενώ οι ολιγάριθμες πραγματοποιούμενες μελέτες δεν έτυχαν της αναγκαίας αξιοποίησης τους στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας (Mossialos & Le Grand, 1997).

Η διαμόρφωση της πολιτικής υγείας λαμβάνει χώρα σε περιβάλλον πολυεπίπεδης διακυβέρνησης και θεσμικής ασυμμετρίας (Οικονόμου, 2011). Η εφαρμογή ενός επιτυχούς μοντέλου πολιτικής δεν εξασφαλίζει ότι θα είχε τα ίδια ιδανικά αποτελέσματα ώστε να αποτελέσει πανάκεια για τα προβλήματα του ελληνικού υγειονομικού χώρου. Η χρήση αυτού, λαμβανομένου υπόψη το εκάστοτε θεωρητικό πλαίσιο, δίνει τη δυνατότητα αξιοποίησης χρήσιμων πληροφοριών για τη χάραξη αποτελεσματικής πολιτικής υγείας. Στον ελληνικό υγειονομικό χώρο, η τήρηση των όρων των υπογραφέντων μνημονίων, υπό το βάρος των δεινών οικονομικών προβλημάτων της χώρας, έγινε στο πλαίσιο λήψης σπασμωδικών μέτρων εισπρακτικού χαρακτήρα και επιτακτικής περιστολής των δαπανών, που μαρτυρούν την απουσία πλάνου στρατηγικού σχεδιασμού.

Στον αντίποδα αυτών των πολιτικών προτάσσεται η ενίσχυση της ΠΦΥ και ο επαναπροσανατολισμός του συστήματος υγείας προς υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής, αποκατάστασης και εναλλακτικές μορφές νοσηλείας ως αντίδοτο στην οικονομική κρίση και μέσο ανάσχεσης του αυξανόμενου κόστους της νοσοκομειακής φροντίδας, με γνώμονα τη βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού. Για την επίτευξη των στόχων απαιτείται η δέσμευση αφενός των διοικήσεων των μονάδων υγείας και αφετέρου η έμπρακτη υποστήριξη της πολιτικής ηγεσίας σε όλα τα στάδια υλοποίησης του στρατηγικού σχεδίου.

Οι μεταβαλλόμενες προκλήσεις της σύγχρονης εποχής αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχουν μαγικές λύσεις καθώς η πραγμάτωση ενός τέλειου συστήματος ΠΦΥ είναι ρεαλιστικά ανέφικτη. Το επίκεντρο των πολιτικών υγείας οφείλει να είναι η εύστοχη πρόβλεψη των αναγκών σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα και η εύρεση λύσεων στα νεοεμφανιζόμενα ζητήματα μέσω μίας κυκλικής διαδικασίας με στόχο την εκάστοτε χρυσή τομή των δεδομένων της εποχής.

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008), Το οργανωτικό πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, Νοσηλευτική, 47: 320-333
- Αδαμακίδου, Θ. (2009), Ικανοποίηση ασθενών από τα πρωινά και απογευματινά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου «Αγ. Σάββας», Μεταπτυχιακή εργασία, ΕΑΠ
- Αλεξιάδου, Σ.Α, Αλεξιάδου, Ε.Α, Χαμαλίδου, Α. (2008), Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Διοικητική Ενημέρωση, σσ.106-110
- Αλετράς, Β., Ζαχαράκης, Φ., Νιάκας, Δ. (2007), Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημοσίου νοσοκομείου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1): 89-96
- Αναγνωστοπούλου, Ι., Σεμερτζιάδη, Μ., Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Τσουνίας, Β. (2011), Διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής στο κόστος των ασθενών του κέντρου υγείας Αταλάντης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(6): 777-784
- Αναγνωστοπούλου, Ι., Σίσκου, Ο., Γαλάνης, Π. (2012), Αξιολόγηση και διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από το κέντρο υγείας Αταλάντης, Νοσηλευτική, 51(2): 216-226
- Αντωνόπουλος, Λ., Καραμητρόπουλος, Δ., Σοφιανός, Ε. (1991), Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, Εμπειρική διερεύνηση στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία του Παθολογικού Τομέα του Νοσοκομείου «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης, Επιθεώρηση Υγείας, 50(370)
- Βενιού, Α., Τεντολούρης, Ν. (2013), Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(5): 613-618
- Βλασταράκος, Μ. (2014), Δήλωση του Προέδρου ΠΙΣ Μ. Βλασταράκου, διαθέσιμο στο:
http://www.pis.gr/index.php?MDL=pages&Branch=N_N0000000100_N0000002018_N0000002004_S0000000478&start%5BS%5D=210, 2-8-15

- Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ., Middleton, Ν. (2012), Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(6): 720-730
- Γαλάνης, Π. (2010), Αποχαιρετώντας τις τιμές p και καλωσορίζοντας τα διαστήματα εμπιστοσύνης στην ανάλυση δεδομένων, Νοσηλευτική, 49(1): 11-25
- Γαλάνης, Π., Σπάρος, Α. (2012), Κλινική και Επιδημιολογική Έρευνα-Βασικές Έννοιες, Βήτα, Αθήνα
- Γαλάνης, Π. (2012), Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(6): 744-755
- Γαλάνης, Π. (2013), Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές έρευνες, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(1): 97-110
- Γαλάνης, Π. (2015), Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων στις Επιστήμες Υγείας, εφαρμογές με το IBM SPSS Statistics, Broken Hill Publishers LTD, Κύπρος
- Γείτονα, Μ., Κυριόπουλος, Γ. (2000), Ισότητα και Αποδοτικότητα στην Υγεία: Θεωρητική Ανάλυση και Εμπειρικές Προσεγγίσεις στο Δόλγερας, Α., Κυριόπουλος, Γ. (επιμ.), Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Θεμέλιο, Αθήνα, σσ. 35-54
- Γείτονα, Μ. (2001), Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα-Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία, Ιατρική, 79(3): 259-267
- Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ. (1991), Σχεδιασμός-οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 10: 128-133
- Γιανασμίδης, Α., Τσιαούση, Μ. (2012), Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1): 106-115
- Έλληνας, Δ. (2005), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, 94: 42-46
- Ελληνικό Κοινοβούλιο (2013α), Έκθεση αξιολόγησης συνεπειών ρύθμισης στο σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», διαθέσιμο στο:

<http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/p-pedy-ekth1.pdf>, 5-6-15

- Ελληνικό Κοινοβούλιο (2013β), Έκθεση επί της Δημόσιας Διαβούλευσης στο σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», διαθέσιμο στο: http://www.hellenicparliament.gr/Nomothetiko-Ergo/Anazitisi-Nomothetikou-Ergou?law_id=294e528f-70df-49f7-a5cb-3c3ad4818e13, 5-6-15
- Διμηνιαία Έκδοση για την Κοινωνική Ασφάλιση (2000), Ασφαλιστικά ταμεία: Το κράτος επιμένει στην τακτική του, Ασφαλισμένος, 4
- Δρακοπούλου, Μ., Γιαννακοπούλου, Μ., Διομήδους, Μ. Καλοκαιρινού, Α. (2010), Αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε κέντρα υγείας αστικού τύπου, Νοσηλεία και Έρευνα, 26: 21-26
- ΕΛΣΤΑΤ (2014α), Η ελληνική οικονομία, Αθήνα
- ΕΛΣΤΑΤ (2014β), συνθήκες ζωής στην Ελλάδα, Αθήνα
- ΕΟΠΥΥ (2015), Επιστολή Προέδρου του ΕΟΠΥΥ προς τους συμβεβλημένους ιατρούς, Αθήνα, διαθέσιμο στο: <http://www.eopyy.gov.gr/Εγγραφα%20ΕΟΠΥΥ/Νέα%20-%20Ανακοινώσεις%20-%20Δελτία%20Τύπου/ΕΠΙΣΤΟΛΗ%20ΠΡΟΣ%20ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥΣ%20ΙΑΤΡΟΥΣ%20ΓΙΑ%20200%20ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ%2008-05-2015.pdf>, 20-9-15
- ΕΠΙΣΕΥ ΕΜΠ (2014), Δικτύωση Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, Επιχειρησιακό πρόγραμμα Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013, διαθέσιμο στο <http://medlab.cc.uoi.gr/ehif/>, 3-12-15
- ΕΣΔΥ (2011), Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης: «Έρευνα αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας» στο πλαίσιο της πράξης «Σύστημα Παραγωγής Δεικτών Υγειονομικού Χάρτη», GPO, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Εκθεση_ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ_ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ_ΥΓΕΙΑΣ_2011_ΕΙΣΑΓΩΓΗ.pdf, 10-7-15
- ΕΣΔΥ (2012α), Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Αναδιοργάνωση_του_δικτύου_παροχής_πρωτοβάθμιας_φροντίδας_υγείας_τελικό_2012.pdf, 15-7-15

- ΕΣΔΥ (2012β), Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας: Το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Ανασυγκρότηση_και_Χρηματοδότηση_της_Ασφάλισης_Υγείας_final.pdf, 10-6-15
- ΕΣΔΥ (2013α), Η Πρωτοβάθμια φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Η_ΠΦΥ_ως_πύλη_εισόδου.pdf, 13-6-15
- ΕΣΔΥ (2013β), Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/FINAL_DATA.pdf, 13-6-15
- ΕΣΔΥ (2014), Το κόστος και οι επιπτώσεις της εφαρμογής συνταγογράφησης φαρμάκων πατέντας βασιζόμενα στη δραστική ουσία και τη χρήση γενοσήμων, Αθήνα
- Ηλιοπούλου, Δ., Κουτσούρης, Δ., Σπύρου, Σ. (2013), Πληροφορία και Επικοινωνία στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας, Πολιτικές Ενσωμάτωσης, ΑΠΚ, Αθήνα
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001), Συστήματα Υγείας, Παπαζήση, Αθήνα
- Θεοδώρου, Μ., Μόσιαλος, Η. (2003), Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη στο Νιάκας Δ. (επιμ.), Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Mediforce, Αθήνα, σσ. 25-48
- Θεοδώρου Μ., Μακρής Μ., Middleton Ν. (2011), Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία τς Κύπρου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(2): 234-244
- Ιακωβίδου, Ε., Μανιού, Μ., Πάλλη, Ε., Κωστόπουλος, Ε. και συν. (2008), Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας, Το βήμα του Ασκληπιού, 7(4): 343-359
- IOBE (2011), Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου, 3/2011, Αθήνα
- ΙΣΑ (2013), Ο ΙΣΑ επιστρέφει ως απαράδεκτο το σχέδιο για την Π.Φ.Υ. της Ομάδας Δράσης για την Ελλάδα της Ε.Ε., διαθέσιμο στο: <http://www.isathens.gr/sylogos/arxeio-drasewn-isa/arxeio-syndikalistiko/3251-isa-epistrefei-sxedio-gia-pfy-ws-aparadekto.html>, 18-8-15

- Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγαλά, Κ. και συν. (2010), Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Το Βήμα του Ασκληπιού, 9: 61-75
- Καλογεροπούλου, Μ. (2011), Μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών, Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(5): 667-673
- Καμπάντα, Μ., Νιάκας, Δ. (2004), Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας στη Βόρεια Ελλάδα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21: 354-362
- Καραμανίδου, Χ. (2010), Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών και το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης: Προσανατολισμοί για την πολιτική υγείας στο Κοντιάδης, Ξ., Σουλιώτης, Ν. (επιμ.), Θεσμοί και πολιτικές υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα, σσ. 443-455
- Κοντός, Δ., Αθανασάκης, Κ., Βαφειάδης, Γ., Γαρυφαλλός, Α. και συν. (2013), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, 4 βήματα για τη μεταρρύθμιση, Αθήνα
- Κοντούλη-Γείτονα, Μ. (1997), Πολιτικής και Οικονομία της Υγείας, Εξάντας, Αθήνα, σσ. 58-60
- Κοτσαγιώργη, Ι., Γκέκα, Κ. (2010), Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4): 398-408
- Κουρής, Γ. (2003), Πέντε προτάσεις για μια ολοκληρωμένη Εθνική Πολιτική Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, 14(85): 13-14
- Κυριακόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Δημολιάτης, Γ., Οικονόμου, Χ. και συν. (2000), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 12(4): 169-188
- Κυριακόπουλος, Γ., Δρίζη, Μ., Κτένας, Ε., Κοντογεωργάκη, Ε. και συν. (2004), Οι επενδύσεις στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα 1970-2000, Επιθεώρηση Υγείας, 15(86): 12-14
- Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ. (1991), Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

- Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α. (1994), Έρευνα της ΕΣΔΥ για την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια: ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, σσ.11-24
- Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζόγλου, Τ. (2001), Η επίδραση του ασφαλιστικού μονοψωνίου στην αγορά υπηρεσιών υγείας στο Κυριόπουλος, Γ., Λιαρόπουλος, Λ., Μπουρσανίδης, Χ., Οικονόμου, Χ. (επιμ.), Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα, σσ. 93-110
- Κυριόπουλος, Γ. (2007), Τα Οικονομικά της Υγείας, Βασικές έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι, Παπαζήσης, Αθήνα
- Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β. (2010), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5): 834-840
- Κωνσταντίνου, Ε., Μητρόπουλος, Ι. (2012), Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(5): 614-622
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Ε. (2008), Μετρώντας την ποιότητα από την πλευρά των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας στο Λιαρόπουλος, Λ. (επιμ.), Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Παπασωτηρίου, Αθήνα, σσ. 303-344
- Λαδή, Σ., Νταλάκου, Β. (2010), Ανάλυση Δημόσιας Πολιτικής, Παπαζήσης, Αθήνα
- Λαζάρου, Ν. (2001), Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών, Επιθεώρηση Υγείας, 12: 23-24
- Λέντζας, Ι., Θεοδοροπούλου, Α., Σιουρούνη, Ε., Ανδρουτσοπούλου, Χ., Μαντζουράνης, Γ., Μητρόπουλος, Ι. (2010), Ικανοποίηση ασθενών-χρηστών κέντρων υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 22(1): 9-23
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007), Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Τόμος Α΄, Βήτα, Αθήνα
- Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ. (2010), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Επίκεντρο μιας Διαχρονικής Συζήτησης - Επιλεγμένα άρθρα πολιτικής και τεκμηρίωσης, Πασχαλίδης, Αθήνα

- Μακρής, Μ., Θεοδώρου, Μ., Middleton, Ν. (2011), Επαγγελματική ικανοποίηση ιατρών στα δημοσία νοσοκομεία της Κύπρου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28: 234-244
- Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Ζυγά, Σ. (2009), Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων, Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(1): 25-40
- Μαντή, Π., Τσελέπη, Χ. (2000), Κοινωνικές-πολιτιστικές πτυχές της υγείας και της αρρώστιας, ΕΑΠ, Αθήνα, σσ. 181-202
- Μάρδας, Γ. (1993), Οργανωτική και Οικονομική του συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης, Οικονομικό, Αθήνα
- Μάρκου, Κ. (2014), Βουλή: Συζήτηση επί της αρχής του νομοσχεδίου για το ΠΕΔΥ, διαθέσιμο στο: <http://www.capital.gr/story/1953211>, 5-9-15
- Μερκούρης Α., (1996), Η ικανοποίηση του αρρώστου, κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών, ΕΚΠΑ. Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, unpublished thesis
- Μπασκόζος, Γ. (2013), Εισήγηση Μπασκόζου στη Δημόσια Διαβούλευση με τους φορείς των υγειονομικών για τα κυβερνητικά σχέδια αλλαγών στην ΠΦΥ και τον ΕΟΠΥΥ και τις θέσεις του ΣΥΡΙΖΑ, Αθήνα
- Μπένος, Α. (1999), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000: Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας, Ιατρικά Θέματα, 16: 12-15
- Μποστανίτης, Ι., Τσαλίδου Μ. (2010), Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών: Οι σχέσεις ιατρών-σθενών, Επιθεώρηση Υγείας, 21: 15-19
- Μπουλούτζα, Π. (2008), Τα 3 «άλφα» των υπηρεσιών υγείας, Καθημερινή, διαθέσιμο στο: <http://www.kathimerini.gr/321417/article/epikairothta/politikh/ta-3-alfa-twn-yphresiwn-ygeias>, 15-9-15
- Μπουλούτζα, Π. (2015), Στα όρια αντοχής οι μονάδες ΠΕΔΥ, Η καθημερινή, διαθέσιμο στο: <http://www.kathimerini.gr/819970/article/epikairothta/ellada/sta-oria-antoxhs-oi-monades-pedy>, 30/6/15
- Μπουραντάς, Δ. (2002), Μάνατζμεντ, Θεωρητικό υπόβαθρο, Σύγχρονες πρακτικές, Μπένος, Αθήνα

- Νέα Υγεία (2014), Πρόληψη του διαβήτη, διαθέσιμο στο: <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=1070>, 2-8-15
- Νιάκας, Δ. (1993), Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 2: 3-12
- Νιάκας, Δ., Γναρδέλης, Χ. (2000), Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας, Ιατρική, 77: 464-470
- Νικολέντζος, Α. (2008), Η επιρροή των ιατρών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας: 1983-2001, Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, unpublished thesis, σσ. 33-39
- Ξανθοπούλου, Ι. (2004), Ποιότητα νοσηλείας και ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών στο ΓΟΝ «Οι Άγιοι Ανάργυροι», ΕΑΠ, unpublished thesis
- ΟΕΝΓΕ (2103), Πρόταση της ΟΕΝΓΕ για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Αθήνα
- Οικονόμου, Χ. (2011), Εισαγωγή, Η Επίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα συστήματα υγείας των χωρών μελών στο Σακελλαρόπουλος, Θ.(επιμ.), Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Διόνικος, Αθήνα, σσ. 403-432
- Οικονόμου, Χ., (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού συστήματος Υγείας, Επιστημονικές Εκθέσεις/7, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα
- ΟΚΕ (2014), Γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής της Ελλάδος για επί του σχεδίου νόμου «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», διαθέσιμο στο: https://www.oke.gr/opinion/op_299.pdf, 3-7-15
- Παλαιολόγος, Γ. (2013), Το μοντέλο των ΗΠΑ, η πρόταση Λιαρόπουλου και το τέλος των εισφορών, Η Καθημερινή, διαθέσιμο στο: http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_economy_2_05/01/2013_50690, 25-10-13
- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Γ., Υφαντόπουλος, Γ. (2008), Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25: 73-82

- Παπαδάκης, Β. (2007), Στρατηγική των επιχειρήσεων - Ελληνική και διεθνής εμπειρία, 5^η έκδοση, Μπένος, Αθήνα
- Παπακωστίδη, Α., Τσουκαλάς Ν. (2012), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4): 480-488
- Παπαλεξανδρή, Ν., Μπουραντάς, Δ. (2003), Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων, Μπένος, Αθήνα
- Παπούλιας, Δ. (2002), Στρατηγική Διοίκηση Επιχειρήσεων και Αλλαγών, Καστανιώτης, Αθήνα
- Παυλάτου, Ν, Ευσταθίου, Φ., Παπαγεωργίου, Δ. (2012), Συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτών και νέες τεχνολογίες, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 2012, 1(3): 73-80
- Πετροπούλου, Ε. (2015), Σχέδιο αναδιάρθρωσης υγειονομικών μονάδων, «Καποδίστριας» στην υγεία με στόχο την εξοικονόμηση εκατομμυρίων, Ημερησία, διαθέσιμο στο: <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26510&subid=2&pubid=113567894>, 27/6/15
- Πιερράκος, Γ., Υφαντόπουλος, Ι. (2007), Παράγοντες που επηρεάζουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(5): 578-582
- Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Γούλα, Α. και συν.(2013), Συγκριτική ανάλυση δυο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(3): 316-324
- Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π. και συν. (2011), Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(4): 42-52
- Πολυκανδριώτη, Μ., Βουλγαρίδου, Κ., Θεμελή, Α., Γαλύφα, Δ. και συν. (2009), Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, Νοσηλευτική, 48(1): 94-104
- Πολύζος, Ν., Σινογεώργου, Θ., Μαριάτου, Δ. (2007), Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα κέντρο υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24: 578-582
- Πολύζος, Ν., Θεοδώρου, Μ., Καστανιώτη Α., Θηραίος, Ε. και συν. (2013), Μελέτη συστήματος αποζημίωσης δημοσίων και ιδιωτικών μονάδων Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

- Πουλογιαννοπούλου, Ε. (2006), Ικανοποίηση ασθενών κέντρων υγείας (Μεσσήνης, Μελιγαλά, Αγίου Νικολάου, Πύλου) νομού Μεσσηνίας, ΕΑΠ, Διοίκησης Μονάδων Υγείας, unpublished thesis
- Ραφτόπουλος, Β. (2002), Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, unpublished thesis
- Ραφτόπουλος, Γ. (2009), Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Επιστημών Υγείας, Λευκωσία, αυτοέκδοση, σσ. 245 -329
- Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Υφαντόπουλος, Ι. (2001), Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18: 230-238
- Σερασκέρης, Κ. (2004), Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, 15(898): 42-43
- Σιγάλας, Ι. (1999), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, 10: 45-50
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ. (2008), Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25: 663-672
- Σκαλκίδης, Ι., Παπαδόπουλος, Φ., Σκαλκίδης, Η. (2010), Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με την συνεπικουρία περίθαλψης των ασθενών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3): 487-497
- Σολωμός, Γ. (2006), Κοινωνική Ασφάλιση: Από την κρίση στον ενιαίο φορέα ασφάλισης, Λιβάνης, Αθήνα
- Σουλιώτης, Κ. (2000), Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα
- Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδάκη, Μ. και συν. (2013), Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αθήνα

- Σταθακοπούλου, Χ. (2014), Η ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή-συγκριτική ανάλυση με φορείς του εξωτερικού, ΑΠΚ, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, unpublished thesis
- Σταυρόπουλος, Λ. (2014), Βουλή: Ψηφίστηκε το νομοσχέδιο για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, Το Βήμα, διαθέσιμο στο: <http://www.tovima.gr/politics/article/?aid=564526>, 18-9-15
- Τζωρτζάκης, Κ., Τζωρτζάκη Α.Μ. (2007), Οργάνωση και Διοίκηση: Το μάνατζμεντ της νέας εποχής, Rosili, Αθήνα
- Τούντας, Ι. (2000), Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα
- Τούντας, Γ. (2001), Τα συστήματα υγείας τον 21^ο αιώνα, Ιατρική, 79(3): 215-217
- Τούντας, Ι. (2003α), Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(5): 532-546
- Τούντας, Ι. (2003β), Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(1): 76-87
- Τούντας, Ι., Λοπατζίδης, Θ., Χουλιάρα, Λ. (2003), Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5): 497-503
- Τούντας, Ι., Οικονόμου, Ν.Α. (2007), Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25: 73-82
- Τούντας, Ι. (2008), Υπηρεσίες Υγείας, Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα
- Τσαντίλας, Π. (2008), Ευρωπαϊκό και εθνικό δίκαιο της υγείας, Σάκκουλας, Αθήνα
- Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιώρης, Σ., Γούλα, Α. (2010), Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών, Νοσηλευτική, 49(1): 40-52
- Ουζούνη, Χ., Νακάκης, Κ. (2011), Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες, Νοσηλευτική, 50(2): 231-239
- Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας (1985), Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987, Προκαταρκτικά, Τελική Εισήγηση, Αθήνα

- Υπουργείο Υγείας (1995), Ενιαίος Φορέας Υγείας, Η οργάνωση του συστήματος χρηματοδότησης και η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας (2007), Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Δ΄ Προγραμματική Περίοδος 2007-2013, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας (2012), Κατάθεση προτάσεων της Δ/σης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας στο πλαίσιο του «Σχεδιασμού και Κατάρτισης Αναπτυξιακού Προγραμματισμού περιόδου 2014-2020», Αρ. πρωτ. εγγράφου: Υ3γ/Γ.Φ Ε.Π 9.3/91055, 26-9-12, Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, Διεύθυνση ΠΦΥ, Τμήμα Γ΄, Αθήνα
- Υπουργείο Υγείας (2014), Εγκύκλιος για τη διαδικασία εφαρμογής Ν.4238/14, Διευκρινήσεις για την έναρξη λειτουργίας των Μονάδων Υγείας του ΠΕΔΥ, διαθέσιμο στο: http://www.4ype.gr/uploads/pedy/EGKYLKIOS23726_17-3-2014.pdf, 3/8/15
- Υφαντόπουλος, Γ. (2003), Τα οικονομικά της υγείας, Δαρδανός, Αθήνα
- Υφαντόπουλος, Γ. (2006), Τα οικονομικά της υγείας, Θεωρία και πολιτική, Τυπωθήτω, Αθήνα, σσ. 218-219
- Φιλαλήθης, Α. (2008), 30 Χρόνια μετά την Alma-Ata: ένα νέο ξεκίνημα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 20: 108-110
- Φουντανίδου, Ε. (2001), Πέντε νομοσχέδια για την υγεία, Τι σχεδιάζει ο Αλέκος Παπαδόπουλος για τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος και την επιλογή μάνατζερ στα νοσοκομεία, Το βήμα, διαθέσιμο στο <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=129712>, 20/8/15
- Φουντανίδου, Ε. (2013α) Οι τρεις προτάσεις για την πρωτοβάθμια υγεία, Το βήμα, διαθέσιμο στο: <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=536257>, 28/6/15
- Φουντανίδου, Ε. (2013β), Τα “μυστικά” για την αντιμετώπιση της υπέρτασης, Το Βήμα, διαθέσιμο στο: <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=510431>, 20-10-15
- Χαραλάμπους, Π., Κλεισιάρης, Χ., Αγά, Γ. (2007), Η ενημέρωση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, e-περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας, 2: 23-39

Ξένη βιβλιογραφία

- Aguinis, H., Kraiger, K. (2009), Benefits of training and development for individuals and teams, organizations and society, *The annual review of Psychology*, 60: 451-474
- Al-Eisa, I.S., Al-Mutar, M.S., Radwan, M.M., Al-Terkit, A.M. (2005), Patients' satisfaction with primary health care services at capital health region, Kuwait, Middle East Journal of Family Medicine, 3: 10-16
- Ammentorp, J., Mainz, J., Sabroe, S. (2006), Determinants of priorities and satisfaction in pediatric care, *Pediatric Nursing Journal*, 32: 333-340, 348
- Asadi-Lari, M., Packham, C., Gray, D. (2003), Need for redefining needs, *Health Quality Life Outcomes*, 1:34
- Athanasakis, K., Souliotis, K., Kyriopoulos, E.J., Loukidou, E., Kritikou, P., Kyriopoulos, J. (2012), Inequalities in access to cancer treatment: an analysis of cross-regional patient mobility in Greece, *Supportive Care in Cancer*, 20(3): 455-460
- Bankauskaite, V., Saarelma, O. (2003), Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(1): 23-29
- Bellack, P., O'Neil, H. (2000), Recreating nursing practice for a new century: Recommendations and implications of the pew health professions, *Commissions Final Report, Nursing and Health Perspectives*, 21(1): 14-21
- Bland, M., Altman, G. (2002), *Statistics notes: Validating scales and indexes*, *British Medical Journal*, 324: 606-607
- Bodenheimer, T., Grunbach, K. (2010), *Understanding Health Policy: A clinical approach στο Σουλιώτης Κ. (επιμ), Κατανοώντας την πολιτική Υγείας, Μία κλινική προσέγγιση, Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, σσ. 73-82*
- Bodur, S., Ozdemir, Y.E., Kara, F. (2002), Outpatient satisfaction with health centers in urban areas, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 32: 409-414
- Bond, S., Thomas, H. (1992), Measuring patients' satisfaction with nursing care, *Journal of advanced Nursing*, 17: 52-56
- Bourgueil, Y., Marek, A., Mousques, J. (2009), Three Models of Primary Care Organisation in Europe, Canada, Australia and New-Zealand, *Questions d' Economie de la Santé*, Institute for research and information in health economics, IRDES, No

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES141.pdf>, 2-10-15

- Bowling, A. (2002), Research methods in health, 2nd edition, Open University Press, New York, pp. 150-156
- Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M. et al. (2012), The measurement of patients' expectations for health care: A review and psychometric testing of a measure of patients' expectations, Health Technology Assessment, 16(30): i-xii, 1-509
- Buetow, S. (2005), High need patients receiving targeted entitlements: what responsibilities do they have in primary health care?, Journal of Medical Ethics, 31(5): 304-331
- Burns, L.R., Bradley, E., Weiner, B.J. (2012), Shortell and Kaluzny's health care management, organization design and behavior, 6th edition, Delmar Cengage learning
- Carr-Hill, A. (1992), The Measurement of Patient Satisfaction, Journal of Public Health Medicine, 14(3): 236-249
- National Physician Survey (2007), College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association and Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
- Cooper, R. (2001), Διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στο Wolper, F. (ed.), Διοίκηση Υπηρεσιών υγείας, Τόμος Β', Mediforce, Αθήνα
- Crow, R., Storey, L., Page, H. (2003), The measurement of patient satisfaction: Implications for health service delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature, Health Technology Assessment, 6(32)
- Curry, C., Keogh, W., Hogg, M. (1997), Promoting a quality of service culture in health care: Review of a Scottish initiative, Health Services Management Research, 10: 69-78
- Dash, P., Meredith, D. (2010), When and how provider competition can improve health care delivery, McKinsey & Company
- Donabedian, A. (1980), The definition of quality and approaches to its assessment, Health Administration Press, Ann Arbor

- Donabedian, A. (1988), The quality of care: how can it be assessed, Journal of American Medical Association, 260: 1743-1748
- Drain, M. (2001), Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions. Journal of Ambulatory Care Management, 24: 30-46
- Duncan, J., Ginter, P., Swayne, L. (2008), Strategic Management of Health Care Organizations, Jossey-Bass, England
- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O. et al. (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
- Faden, R., Leplege, A. (1992), Assessing quality of life: Moral implications for clinical practice, Medical Care, 30 (5): 166-175
- Famara, S. (2006), Are patient satisfaction surveys tools for quality improvement or mere symbolism? The case of Østfold Hospital Trust in Norway, Master of Public 2006:4, available at: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:730958/FULLTEXT01.pdf>, 10-9-15
- Featherstone, K. (2006), Politics and Policy in Greece, The Challenge of Modernisation, Routledge, London
- Fitzpatrick, R. (1991), Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations, British Medical Journal, 302: 887-889
- Fortney, C., Stec k, E., Burgess Jr, F., Maciejewski, L. et al. (2005), Are primary care services a substitute or complement for specialty and inpatient services?, Health Services Research, 40: 1422-1442
- Fox, G., Storms, M. (1981), A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care., Social Science & Medicine, 15: 557-564
- Freidson, E. (1970), Profession of medicine, Dodd, Mead & Co, New York
- Gaucher, J., Coffey, J. (1993), Total quality in health care: from theory to practice, Jossey-Bass, San Francisco

- Gibbon, B. (1995), Validity and reliability of assessment tools, *Nursing Research and Practice*, 2: 48-55
- Gilbert, N. (1993), *Research theory and method in Gilbert, N. (ed.), Researching social life*, Sage, London
- Glajchen, M. (2004), The emerging role and needs of family caregivers in cancer care, *Journal of Community and Supportive Oncology*, 2(2): 145-155
- Gnardellis, C., Niakas, D. (2005), Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System, *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(3)
- Godager, G., Iversen, T., Ching-to A. Ma. (2012), Competition, Gatekeeping and Health Care Access, Working paper, Health Economics Research Programme, University of Oslo
- Grumbach, K., Vranizan, K., Bindman, B. (1997), Physician supply and access to care in urban communities, *Health Affairs*, 16(1): 71- 86
- Hackman, R., Wageman, R. (2002), Why some work and some do not, στο Τσούκας, Χ., Θεοχαράκης, Β., Μυλωνόπουλος Ν. (επιμ), Σύγχρονες τάσεις στο μάνατζμεντ, Μέρος Πρώτο, Οργανωσιακή συμπεριφορά και διοίκηση προσωπικού, Καστανιώτη, Αθήνα
- Hanning, M. (1996), Maximum waiting-time guarantee -an attempt to reduce waiting lists in Sweden, *Health Policy*, 36: 17-35
- Health Canada (1999), *Canada's Health Care System*, Health System and Policy Division, Ontario
- Higgins, A., Straub, J. (2006), Understanding the error of our ways: Mapping the concepts of validity and reliability, *Nursing Outlook*, 54: 23-29
- Hutchison, B., Levesque, J.F., Strumpf, E., Coyle, N. (2011), Primary Health Care in: *Systems in Motion*, *The Milbank Quarterly*, 89(2): 256-288
- Johns Hopkins School of Public Health (2012), *Measurement of Primary Care: Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool*

- Judge, K., Solomoan, K. (1993), Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction, *Journal of Social Policy*, 22: 229-327
- Kennedy, B., Kawachi, R., Glass, R., Prothrow-Stith, D. (1998), Income distribution, socioeconomic status and self rated health in the United States: Multilevel Analysis, *British Medical Journal*, 317(7163): 917-921
- Kimberlin, L., Winterstein, G. (2008), Validity and reliability of measurement instruments used in research, *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65: 2276-2284
- Kotter J., Cohen D. (2005), *Leading Change*, Harvard Business School Press, Boston
- Leddy, M., Kaldenberg, O., Becker, W. (2003), Timeliness in ambulatory care treatment, An examination of patient satisfaction and wait times in medical practices and outpatient test and treatment facilities, *Journal of Ambulatory Care Management*, 26: 138-149
- Le Grand, J. (2006), *Motivation, agency and public policy: of knights and knaves, pawns and queens*, 2nd edition, Oxford University Press, Oxford
- Le Grand, J. (2011), Quasi-market versus state provision of public services: Some ethical considerations, *Public Reason*, 3(2): 80-89
- Litwin, S. (1995), *How to measure survey reliability and validity*, Sage, London
- LoBiondo-Wood, G, Haber, J. (1994), *Nursing research*, 3rd edition, Mosby, London
- Mc Carthy, K., Mc Gee, M., O'Boyle, A. (2000), Outpatient clinic waiting times and non-attendance as indicators of quality, *Psychology, Health & Medicine*, 5: 287-293
- Mladovsky, P., Srivastana, D., Cyclus, J., Karanikolos, M. et al. (2012), Policy Summary 5, *Health Policy responses to the financial crisis in Europe*, WHO, Denmark
- Margolis, S.A. Al-Marzouq, S., Revel, T., Reed, R.L., (2003), Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates, *International Journal for Quality in Health Care*, 15: 241-249
- Marquis, S., Davies, R., Ware, E. Jr. (1983), Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study, *Medical care*, 21(8): 821-829

- Miaoulis, G. Jr., Gutman, J., Snow, M. (2009), Closing the gap: The patient-physician disconnect, *Health Marketing Quarterly*, 26: 56-68
- Minogiannis, P. (2003), *European Integration and Health Policy-The artful dance of Economics and History*, Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey
- Mondy, R.W. (2011), *Human Resource Management*, στο Μποζιονέλος Ν. (επιμ.), *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Τζιόλας, Αθήνα
- Montazeri, A. (2008), Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007, *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 27: 32
- Mossialos, E., Le Grand, J. (1997), *Health in Transition Profile - United Kingdom*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
- Mossialos, E., Allin, S., Davaki, K. (2005), Analysing the greek health system: a tale of fragmentation and inertia, *Health Economics*, 14(Suppl. 1): S151-168
- Murray M. (2000), Patient care: access, *British Medical Journal*, 320: 1594-1596
- Nelson, R. (1996), *Measuring performance and improving quality*, Sterling, London
- O'connor, J., Trinh, Q., Shewchuck, M. (2000), Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality, *Health Care Manage Review*, 25: 7-23
- Oppenheim, N. (1984), *Questionnaire design and attitude measurement*, Heinemann, London
- Osterfeld, E. (1994), Aristotle on the good life and quality of life in Nordenfelt, L. (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Kluwer Amsterdam, pp.19-34
- Ovreteit, J. (1992), *Health service quality*, Blackwell, London
- Pauly, V. (1988), Market Power, monopsony, and health insurance markets, *Journal of Health Economics*, 7(2): 111-128
- Polit, F., Hungler, P. (1999), *Nursing research: Principles and methods*, 6th edition Lippincott Williams & Wilkins, New York

- Porter, M. (1985), Competitive advantage-creating and sustaining superior performance, Free Press, New York
- Primary Health Care Advisory Committee (2010), Improving Access and Delivery of Primary Health Care Services in New Brunswick, Discussion Paper, November 2010, Brunswick, available at: <https://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2011/PrimaryHealthCareDiscussionPaper.pdf>, 18-7-15
- Rao, K., Weinberger, M., Kroenke, K. (2000), Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: A literature review, Archives of Family Medicine 2000, 9: 1148-1155
- Roberts, E., Mays, N. (1998), Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department?, Health Policy, 44(3): 191-214
- Roush, E., Sonstroem, J. (1999), Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS), Physical Therapy, 79: 159-170
- Saeed, A.A., Mohammed, B.A., Magzoub, M.E., Al-Doghaither, A.H. (2001), Satisfaction and correlates of patients' satisfaction with physician's services in primary health care centers, Saudi Medical Journal, 22: 262-267
- Siponen, U., Valimaki, M. (2003), Satisfaction with outpatient psychiatric care, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10(2): 129-135
- Smith, P., Mossialos, E., Papanicolas, I., Leatherman, S. (2009), Performance measurement for health system improvement, Experiences, challenges and prospects, Cambridge University Press, Cambridge
- Souliotis, K., Lionis, C. (2004), Creating an intergrated Health care system in Greece: a primary care perspective, Journal of Medicine Systems, 29(2): 187-196
- Spertus, J.A., Jones, P., McDonell, M., Fan, V., Fihn S.D. (2002), Health status predicts long-term outcome in outpatients with coronary disease, Circulation, 106(1): 43-49
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. (2005), Contribution of primary care to health systems and health, The Milbank Quarterly, 83(3): 457-502

- Steven, D., Douglas, M. (1988), Dissatisfaction in general practice: What do patients really want?, *Medical Journal of Australia*, 148: 280-282
- Stewart, L., Barrick, R. (2000), Team structure and performance: assessing the mediating role of intrateam process and the moderating role of task type, *Academy of Management Journal*, 43(2): 135-148
- Task Force (2013), *Υγεία εν δράσει-Μεταρρυθμίζοντας το ΕΣΥ για τη βελτίωση της υγείας των πολιτών*, Υπουργείο Υγείας, 2013
- Theodorakioglou, Y., Tsiotras, G. (2000), The need for the introduction of quality management into Greek healthcare. *Journal of Total Quality Management*, 11(8)
- Thomas, J., Cohn T. (2006), Communication skills and cultural awareness courses for healthcare professionals who care for patients with sickle cell disease, *Journal of Advanced Nursing*, 53: 480-488
- Timmins, F. (2005), A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes, *Nursing in Critical Care*, 10(4): 174-183
- Travaline, M., Ruchinskas, R., D'Alonzo, E. Jr. (2005), Patient-physician communication: Why and how, *The Journal of the American Osteopathic Association*, 105: 13-18
- Tso, I., Ng, S.M., Chan C. (2006), The development and validation of the concise outpatient department user satisfaction scale, *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4): 275-280
- Urden, D. (2002), Patient satisfaction measurement: current issues and implications, outcomes management, *Journal for Nurse Practitioners* 2002, 6: 125-131
- Vadoros, S., Hessel, P., Leone, T., Avendano, M. (2013), Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach, *The European Journal of Public Health*, 23(5): 727-731
- Vaskantiras, V., Mastrogiannis, N., Mitropoulos, P., Sissouras, A., Mitropoulos, Y. (2009), Budget allocation in EU-15 countries operating under tax-financed healthcare systems: The stalemate of the Greek NHS, *International Journal of Behavioral and Healthcare Research*, 3: 247-257
- Vuori, H. (1999), Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care?, *Quality Review Bulletin*, 13(3): 106-108

- Weaver, C. (1996), Management ολικής ποιότητας. Anubis, Αθήνα
- Wen, K.Y., Gustafson, D. (2004), Needs assessment for cancer patients and their families, Health Quality Life Outcomes, 2: 11
- Werner, D, Sanders, D. (1997), Questioning the solution: The politics of primary health care and child survival with an in-depth critique of oral rehydration therapy, Health Rights, Palo Alto CA, pp.18-19
- West, E., Barron, N., Reeves, R. (2005), Overcoming the barriers to patient-centered care: time tools and training, Journal of Clinical Nursing, 14(4): 435-443
- Wheelen, T., Hunger, D. (2009), Concepts in strategic management and business policy, 14th International edition, Pearson, London
- WHO (1978), Primary healthcare, Geneva
- WHO (1993), Continuous quality development: A proposal national policy, W H O Regional Office for Europe, Copenhagen
- WHO Health Reports (2008), Country examples available at: http://www.who.int/whr/2008/media_centre/france.pdf, 30-9-15
- Zandbelt, C., Smets, M., Oort, J., Godfried, H., De Haes, C. (2004), Satisfaction with the outpatient encounter: A comparison of patients' and physicians' views. Journal of General Internal Medicine, 19: 1088-1095
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., Kyriopoulos, J. (2012), Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece, The European Journal of Public Health, 22(2): 206-210
- Zoller, S., Lackland, T., Silverstein, D. (2011), Predicting patient intent to return from satisfaction scores, Journal of Ambulatory Care Management, 24: 44-50

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

Α.1 Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 4^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ

Θεσσαλονίκη, 25/5/2015

Αρ. Πρωτ. 13570/265-15

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ : ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 16
Ταχ. Κώδικας : 546 23 Θεσσαλονίκη
Πληροφορίες : Γκιρτζιμάνη Χρ.
Τηλέφωνο : 2313 327.876
Fax : 2313 327. 845
e-mail : girtzimani@4ypc.gr

Προς :
κα Φρεγγίδου Ελισάβετ
Ανατολικής Ρωμυλίας 26
61100 Κιλκίς

Θέμα: Παραχώρηση άδειας στην κα Φρεγγίδου Ελισάβετ για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας με διανομή ερωτηματολογίων στη Μονάδα Υγείας Π.Ε.Δ.Υ. του νομού Κιλκίς

Σχετ: α. Το από 26.3.2015 αίτημά σας
β. Το από 18.4.2015 ηλεκτρονικό έγγραφο σας

Σε συνέχεια του ανωτέρω (α) σχετικού αιτήματός σας, με το οποίο ζητάτε τη χορήγηση άδειας για τη διεξαγωγή έρευνας μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίων στη Μονάδα Υγείας Π.Ε.Δ.Υ. του νομού Κιλκίς, προκειμένου να εκπονήσετε μεταπτυχιακή εργασία με θέμα «Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Μονάδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. του νομού Κιλκίς», στο πλαίσιο συμμετοχής σας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών "Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας" του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνουμε τη διεξαγωγή της ανωτέρω έρευνας.

Λάβετε υπόψη σας ότι πριν την έναρξη της έρευνας απαιτείται ρητή δήλωση σας ότι για τη διεξαγωγή της δεν παρεμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία της Μονάδας Υγείας Π.Ε.Δ.Υ. του Κιλκίς και ότι κατά τη διεξαγωγή της έρευνας θα τηρηθούν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας και θα διασφαλιστεί το απόρρητο των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ασθενών και του προσωπικού. Με την ολοκλήρωση της έρευνας υποχρεούστε να καταθέσετε έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων στην 4^η Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας
Μακεδονίας και Θράκης

ΕΥΣΕΒΙΟΣ Α. ΠΑΛΙΩΜΑΡΙΤΗΣ

A.2 Αρχικό ερωτηματολόγιο

Αγαπητέ πολίτη,

Το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου διεξάγει μία μελέτη για την εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας της μονάδας υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς. Η Διοίκηση της 4^{ης} ΥΠΕ έχει χορηγήσει την απαιτούμενη άδεια για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας θα είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 15 λεπτά. Σημειώστε με X στα κενά που δηλώνουν την απάντησή σας σε κάθε ερώτηση. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας. Ονομάζομαι Φρεγγίδου Ελισάβετ και είμαι υπεύθυνη για τη συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούν την εν λόγω μελέτη. Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: frengidou@yahoo.gr.

Εισαγωγική ερώτηση

Έχετε επισκεφθεί για πρόβλημα υγείας σας τη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς τους τελευταίους 12 μήνες;

ΝΑΙ (συνεχίζω τη συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου)

ΟΧΙ

1^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο: Άρρεν Θήλυ

2. Ηλικία (σε έτη):

3. Τόπος μόνιμης διαμονής (αναφέρετε πόλη/χωριό):

4. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος(η)

Διαζευγμένος(η)

Έγγαμος(η)/σε συμβίωση

Χήρος(α)

5. Υπηκοότητα:

Ελληνική

Άλλη. Προσδιορίστε

6. Εκπαίδευση:

Δεν έχω γραμματικές γνώσεις/δεν έχω τελειώσει το δημοτικό

Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (απόφοιτος δημοτικού)

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (απόφοιτος γυμνασίου/λυκείου)

Τριτοβάθμια εκπαίδευση (απόφοιτος ανώτατης/άνωτερης σχολής)

Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος

7. Επάγγελμα:

Ιδιωτικός υπάλληλος

Δημόσιος υπάλληλος

Αυτοαπασχολούμενος

Συνταξιούχος

Άνεργος/η

Άλλο. Προσδιορίστε

8. Μηνιαίο εισόδημα (σε ευρώ):

9. Ασφαλιστικό Ταμείο:

ΙΚΑ

ΟΠΑΔ

ΟΓΑ

Κανένα

ΟΑΕΕ

Άλλο. Προσδιορίστε

2^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Κλείσιμο ραντεβού

10. Πώς κλείσατε το ραντεβού για εξέταση στη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ;

Τηλεφωνική επικοινωνία στα 5ψήφια νούμερα του ΕΟΠΥΥ

Τηλεφωνική επικοινωνία με τη μονάδα υγείας

Με επίσκεψη στη γραμματεία της μονάδας υγείας

Με άλλο τρόπο. Προσδιορίστε

11. Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που χρειάστηκε να κλείσετε ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε τη μονάδα υγείας ΠΕΔΥ ήταν:

Λιγότερος από τρεις ημέρες

Περισσότερος από τρεις ημέρες αλλά λιγότερος από 1 εβδομάδα

Περισσότερος από 1 εβδομάδα

Πήγα στη μονάδα χωρίς ραντεβού

Δεν θυμάμαι

12. Το κλείσιμο του ραντεβού έγινε εύκολα και γρήγορα.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

13. Ήταν δύσκολο να επιλέξετε εσείς ημέρα και ώρα εξέτασης.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

14. Το προσωπικό με το οποίο ήρθατε σε επαφή για το ραντεβού ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

15. Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που για πρώτη φορά θελήσατε να εξεταστείτε έως την ημέρα που επισκεφθήκατε τη μονάδα υγείας ήταν μεγάλος.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

3^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Άφιξη στη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ

16. Με τι μέσο επισκέπτεσθε συνήθως τη μονάδα;

Ι.Χ. αυτοκίνητο

Με τα πόδια

Ταξί

Δημόσια συγκοινωνία

17. Η πρόσβαση στη μονάδα ήταν εύκολη.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

18. Ο ορισμός γραμμής αστικής συγκοινωνίας από και προς τη μονάδα είναι απαραίτητος προκειμένου να διευκολυνθεί η μετακίνησή σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

19. Η εύρεση θέσης για παρκάρισμα ήταν δύσκολη.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

20. Η σηματοδότηση στους χώρους της μονάδας για να βρείτε τα ιατρεία ήταν ελλιπής.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

21. Το προσωπικό στη γραμματεία της μονάδας ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

Αν δεν υπήρχε κάποιος στην υποδοχή/γραμματεία σημειώστε εδώ:

4^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Αναμονή για εξέταση

22. Ο χρόνος που πέρασε από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να γίνει η εξέταση ήταν:

- Λιγότερος από 5 λεπτά Πάνω από 30 λεπτά
 5-15 λεπτά Δεν θυμάμαι
 16-30 λεπτά

23. Η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

24. Η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

25. Ήταν εύκολο να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

26. Η θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής ήταν δυσάρεστη (είχε πολύ κρύο ή πολύ ζέστη).

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

27. Ο χρόνος που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής ήταν υπερβολικά μεγάλος.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

5^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Ιατρείο και ιατρική εξέταση

28. Πόσο χρόνο διήρκεσε η εξέταση στο ιατρείο;

- Λιγότερο από 5 λεπτά 21-30 λεπτά
 6-10 λεπτά Πάνω από 30 λεπτά
 11-20 λεπτά Δεν θυμάμαι/δεν απαντώ

29. Ο χώρος του ιατρείου ήταν καθαρός.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

30. Ο χώρος εξέτασης ήταν στενός και άβολος.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

31. Το ιατρείο είχε τον απαραίτητο εξοπλισμό για να παρέχει πλήρως την ιατρική φροντίδα που είχατε ανάγκη.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

32. Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέταση σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

33. Ο γιατρός έδειξε αδιαφορία για την κατάλληλη απομόνωση σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης ώστε να μη σας βλέπουνε ή ακούνε άτομα που δεν έπρεπε.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

34. Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχατε να του πείτε σχετικά με την υγεία σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

35. Ο γιατρός σας έδωσε ανεπαρκείς ή ακατανόητες πληροφορίες σε σχέση με την κατάσταση της υγείας σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

36. Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που σας έδωσε ο γιατρός.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

37. Οι γιατροί φαίνονται ανίκανοι και με ανεπαρκή εκπαίδευση.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

38. Οι εξηγήσεις και οι οδηγίες που λάβατε από το γιατρό σε σχέση με τη θεραπεία (τρόπος λήψης φαρμάκων, διαδικασία ανάρρωσης κλπ.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

39. Ο γιατρός σας φέρθηκε με σεβασμό.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

40. Ο γιατρός σας επέτρεψε να υποβάλετε ερωτήσεις για την υγεία σας ή την προτεινόμενη θεραπεία.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

41. Ο γιατρός σας ενημέρωσε για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους από τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής ή τη διενέργεια εξετάσεων.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

42. Ο γιατρός σας ενθάρρυνε να εκφράσετε την άποψη σας και να συμμετέχετε στη λήψη αποφάσεων για την έναρξη θεραπείας ή την ενδεχόμενη διενέργεια εργαστηριακής εξέτασης.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

43. Η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιατρικού σας ιστορικού.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

44. Ήρθατε σε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό;

ΝΑΙ (συνεχίζω με την ερώτηση 46)

ΟΧΙ (συνεχίζω με την ερώτηση 48)

45. Οι νοσηλευτές/τριες ήταν ευγενικοί/ές μαζί σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

46. Οι νοσηλευτές/τριες ήταν απρόθυμοι/ες να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

6^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Χρήση και ανταπόκριση υπηρεσιών

47. Πόσες φορές επισκεφθήκατε τη μονάδα υγείας τον τελευταίο μήνα;

καμία φορά

1 φορά

2-3 φορές

Πάνω από 3 φορές

48. Πόσες φορές επισκεφθήκατε τη μονάδα υγείας τους τελευταίους 12 μήνες;

1 φορά

2-3 φορές

4-10 φορές

Πάνω από 10 φορές

49. Αναφέρατε το λόγο της επίσκεψης σας στη μονάδα υγείας τους τελευταίους 12 μήνες (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις).

οξύ πρόβλημα υγείας-παροδική ασθένεια

χρόνιο νόσημα

συνταγογράφηση φαρμάκων

εξετάσεις πρόληψης

παραπομπή για εργαστηριακές εξετάσεις

Άλλο. Προσδιορίστε

50. Για το πρόβλημα υγείας σας επιλέγετε να επισκεφθείτε και ιδιώτη ιατρό.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

51. Η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς καλύπτει πλήρες φάσμα ειδικοτήτων.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

52. Αναφέρατε ποια από τις παρακάτω ειδικότητες λείπει από τη μονάδα υγείας και είναι απαραίτητη για την κάλυψη των αναγκών σας (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις).

- δε γνωρίζω/δεν απαντώ
- παιδίατρος
- γυναικολόγος
- ψυχίατρος
- νευρολόγος
- δερματολόγος
- Άλλο. Προσδιορίστε

53. Οι ώρες λειτουργίας της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ σας εξυπηρετούν απόλυτα.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

54. Κατά τη γνώμη σας, σε περίπτωση διεύρυνσης των ωρών λειτουργίας της μονάδας, ποιο θα ήταν το ιδανικό ωράριο για την κάλυψη των αναγκών σας;

- δεν επιθυμώ διεύρυνση των ωρών λειτουργίας (με καλύπτει το ισχύον ωράριο)
- συνδυασμός πρωινού (7:00-15:00) και απογευματινού (15:00-23:00) ωραρίου
- λειτουργία σε 24ωρη βάση
- Άλλο. Προσδιορίστε

55. Πιστεύετε ότι η λειτουργία ενός μικροβιολογικού εργαστηρίου μέσα στη μονάδα ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

56. Σε περίπτωση λειτουργίας ενός μικροβιολογικού εργαστηρίου μέσα στη μονάδα ποια θα έπρεπε να είναι η συμμετοχή του ασφαλισμένου;

- 25% συμμετοχή
- 10% συμμετοχή
- 0% συμμετοχή
- Άλλο. Προσδιορίστε.....

57. Πιστεύετε ότι η λειτουργία ενός ακτινολογικού εργαστηρίου μέσα στη μονάδα ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

58. Σε περίπτωση λειτουργίας ενός ακτινολογικού εργαστηρίου μέσα στη μονάδα ποια θα έπρεπε να είναι η συμμετοχή του ασφαλισμένου;

- 25% συμμετοχή 0% συμμετοχή
 10% συμμετοχή Άλλο. Προσδιορίστε

59. Η σύνδεση των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (δίκτυο συμβεβλημένων και μη ιατρών ΕΟΠΥΥ, μονάδα υγείας ΠΕΔΥ, τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία κλπ) είναι επαρκής.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

60. Προτιμάτε να επισκέπτεσθε πρώτα έναν γενικό οικογενειακό ιατρό ο οποίος να κάνει παραπομπή σε ειδικούς γιατρούς, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

61. Προτιμάτε να επισκέπτεσθε απευθείας έναν ειδικό ιατρό με δική σας πρωτοβουλία.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

62. Η σύνδεση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ με τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (εισαγωγή σε νοσοκομεία) γίνεται με ευκολία.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

63. Προτιμάτε να επισκέπτεσθε έναν γενικό οικογενειακό ιατρό ο οποίος να κάνει παραπομπές για τυχόν νοσηλεία, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

7^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Ερωτήσεις γενικού περιεχομένου

64. Από την επίσκεψη σας στη μονάδα υγείας είστε συνολικά δυσαρεστημένος.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

65. Ποια από τα κάτωθι προβλήματα έχετε αντιμετωπίσει στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας της μονάδας υγείας του ΠΕΔΥ; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- δεν έχω αντιμετωπίσει κανένα πρόβλημα
- έλλειψη οργάνωσης
- κακή συμπεριφορά προσωπικού
- μεγάλος χρόνος αναμονής
- έλλειψη ιατρικών ειδικοτήτων
- παροχή ιατρικών υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας
- Άλλο. Προσδιορίστε

66. Στο παρελθόν έχετε αντιμετωπιστεί με άσχημο τρόπο από το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας υγείας λόγω των κάτωθι παραγόντων; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- δεν έχω αντιμετωπιστεί με άσχημο τρόπο ποτέ
- υπηκοότητα
- χαμηλή κοινωνική τάξη
- πολιτικές ή άλλες πεποιθήσεις
- δημόσιος χαρακτήρας περιθάλψης (χρέωση επίσκεψης στο ταμείο μου)
- Άλλο. Προσδιορίστε

67. Από την επίσκεψη σας στη μονάδα υγείας είστε συνολικά ικανοποιημένος.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

68. Βαθμολογείστε τη συνολική εμπειρία σας από τη μονάδα υγείας σε κλίμακα από το 0 έως το 10, όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 10 είναι το καλύτερο (βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

69. Σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας σας θα επισκεφθείτε οπωσδήποτε τη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

70. Θα συστήνατε την εν λόγω μονάδα υγείας σε πρόσωπο του περιβάλλοντος σας (φιλικό, συγγενικό κλπ) για παρόμοιο με το δικό σας πρόβλημα υγείας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

71. Ποια δομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα επιλέξετε να επισκεφθείτε σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας σας; Αριθμείστε από το 1 έως το 3 κατά σειρά προτεραιότητας τις τρεις πρώτες σας επιλογές, όπου 1=η πρώτη σας επιλογή, 2=η δεύτερη σας επιλογή και 3=η τρίτη σας επιλογή.

- δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών ΕΟΠΥΥ
- μη συμβεβλημένοι ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ (ιδιωτικά ιατρεία επί πληρωμή)
- μονάδα υγείας ΠΕΔΥ
- Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων
- Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία
- Άλλο. Προσδιορίστε

72. Αναφέρατε για ποιο λόγο επιλέξατε την πρώτη σας επιλογή (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις).

- καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών
- μικρός χρόνος αναμονής
- εύκολη πρόσβαση
- αδυναμία πληρωμής σε μη συμβεβλημένους ιατρούς
- Άλλο. Προσδιορίστε

73. Οι επιλογές σας όσον αφορά την ιατρική φροντίδα που έχετε ανάγκη περιορίζονται λόγω οικονομικών παραγόντων (έλλειψη χρημάτων).

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

74. Αναφέρατε ποιοι θεωρείτε ότι είναι οι δικαιούχοι των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών από τη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις).

- δε γνωρίζω/δεν απαντώ
- οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ και οι ανασφάλιστοι
- οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ εξαιρουμένων των ανασφαλίστων
- μόνο οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ
- Άλλο. Προσδιορίστε

75. Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;

- Πολύ κακή
- Κακή
- Μέτρια
- Καλή
- Πολύ καλή

76. Αναφέρατε τυχόν σχόλια και παρατηρήσεις για το ερωτηματολόγιο που μόλις συμπληρώσατε:

.....

.....

A.3 Τελικό ερωτηματολόγιο

Αγαπητέ πολίτη,

Το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου διεξάγει μία μελέτη για την εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας της μονάδας υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς. Η Διοίκηση της 4^{ης} ΥΠΕ έχει χορηγήσει την απαιτούμενη άδεια για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας θα είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 15 λεπτά. Σημειώστε με X στα κενά που δηλώνουν την απάντησή σας σε κάθε ερώτηση. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας. Ονομάζομαι Φρεγγίδου Ελισάβετ και είμαι υπεύθυνη για τη συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούν την εν λόγω μελέτη. Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: frengidou@yahoo.gr.

Εισαγωγική ερώτηση

Έχετε επισκεφθεί για πρόβλημα υγείας σας τη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς τους τελευταίους 12 μήνες;

- ΝΑΙ (συνεχίζω τη συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου)
 ΟΧΙ

1^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο: Άρρεν Θήλυ

2. Ηλικία (σε έτη):

3. Τόπος μόνιμης διαμονής (αναφέρετε πόλη/χωριό):

4. Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμος(η) Διαζευγμένος(η)
 Έγγαμος(η)/σε συμβίωση Χήρος(α)

5. Υπηκοότητα:

- Ελληνική
 Άλλη. Προσδιορίστε

6. Εκπαίδευση:

- Δεν έχω γραμματικές γνώσεις/δεν έχω τελειώσει το δημοτικό
 Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (απόφοιτος δημοτικού)
 Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (απόφοιτος γυμνασίου/λυκείου)
 Τριτοβάθμια εκπαίδευση (απόφοιτος ανώτατης/ανώτερης σχολής)
 Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος

7. Επάγγελμα:

- Ιδιωτικός υπάλληλος Συνταξιούχος
 Δημόσιος υπάλληλος Άνεργος/η
 Αυτοαπασχολούμενος Άλλο. Προσδιορίστε

8. Μηνιαίο εισόδημα (σε ευρώ):

9. Ασφαλιστικό Ταμείο:

- ΙΚΑ ΟΠΑΔ
 ΟΓΑ Κανένα
 ΟΑΕΕ Άλλο. Προσδιορίστε

2^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Χρόνοι αναμονής ραντεβού και εξέτασης

10. Πώς κλείσατε το ραντεβού για εξέταση στη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ;

- Τηλεφωνική επικοινωνία στα 5μήφια νούμερα του ΕΟΠΥΥ
 Τηλεφωνική επικοινωνία με τη μονάδα υγείας
 Με επίσκεψη στη γραμματεία της μονάδας υγείας
 Με άλλο τρόπο. Προσδιορίστε

11. Ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή που χρειάστηκε να κλείσετε ραντεβού για εξέταση έως την ημέρα που επισκεφθήκατε τη μονάδα υγείας ΠΕΔΥ ήταν:

- Λιγότερος από τρεις ημέρες
 Περισσότερος από τρεις ημέρες αλλά λιγότερος από 1 εβδομάδα
 Περισσότερος από 1 εβδομάδα
 Πήγα στη μονάδα χωρίς ραντεβού
 Δεν θυμάμαι

12. Ήταν δύσκολο να επιλέξετε εσείς ημέρα και ώρα εξέτασης.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

13. Ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που για πρώτη φορά θελήσατε να εξεταστείτε έως την ημέρα που επισκεφθήκατε τη μονάδα υγείας ήταν μεγάλος.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

14. Ο χρόνος που πέρασε από την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να γίνει η εξέταση ήταν:

- Λιγότερος από 5 λεπτά Πάνω από 30 λεπτά
 5-15 λεπτά Δεν θυμάμαι
 16-30 λεπτά

15. Ο χρόνος που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής ήταν υπερβολικά μεγάλος.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

3^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Ιατρείο και ιατρική εξέταση

16. Πόσο χρόνο διήρκεσε η εξέταση στο ιατρείο;

- Λιγότερο από 5 λεπτά 21-30 λεπτά
 5-10 λεπτά Πάνω από 30 λεπτά
 11-20 λεπτά Δεν θυμάμαι/δεν απαντώ

17. Ο γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για την εξέταση σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

18. Ο γιατρός ήταν πρόθυμος να ακούσει όσα είχατε να του πείτε σχετικά με την υγεία σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

19. Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που σας έδωσε ο γιατρός.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

20. Ο γιατρός σας φέρθηκε με σεβασμό.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

21. Ο γιατρός σας ενημέρωσε για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους από τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής ή τη διενέργεια εξετάσεων.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

22. Ο γιατρός σας ενθάρρυνε να εκφράσετε την άποψη σας και να συμμετέχετε στη λήψη αποφάσεων για την έναρξη θεραπείας ή ενδεχόμενη διενέργεια εργαστηριακής εξέτασης.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

4^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Ασθενοκεντρική προσέγγιση

23. Η σύνδεση των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (συμβεβλημένοι και μη συμβεβλημένοι ιατροί ΕΟΠΥΥ, μονάδα υγείας ΠΕΔΥ, τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία) είναι επαρκής.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

24. Προτιμάτε να επισκέπτεσθε πρώτα έναν γενικό οικογενειακό ιατρό ο οποίος να σας κατευθύνει σε ειδικούς γιατρούς, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

25. Προτιμάτε να επισκέπτεσθε απευθείας έναν ειδικό ιατρό με δική σας πρωτοβουλία.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

26. Η σύνδεση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ με τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (εισαγωγή σε νοσοκομεία) γίνεται με ευκολία.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

27. Προτιμάτε να επισκέπτεσθε έναν γενικό οικογενειακό ιατρό ο οποίος να σας κατευθύνει για τυχόν νοσηλεία (εισαγωγή σε νοσοκομεία), εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

5^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Χρήση και ανταπόκριση υπηρεσιών

28. Πότε ήταν η τελευταία επίσκεψη σας στη μονάδα υγείας;

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> τον τελευταίο μήνα | <input type="checkbox"/> 4-6 μήνες πριν |
| <input type="checkbox"/> 2-3 μήνες πριν | <input type="checkbox"/> πάνω από 6 μήνες πριν |

29. Πόσες φορές επισκεφθήκατε τη μονάδα υγείας τους τελευταίους 12 μήνες;

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 φορά | <input type="checkbox"/> 4-10 φορές |
| <input type="checkbox"/> 2-3 φορές | <input type="checkbox"/> Πάνω από 10 φορές |

30. Αναφέρατε το λόγο της επίσκεψης σας στη μονάδα υγείας τους τελευταίους 12 μήνες (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις).

- οξύ πρόβλημα υγείας-παροδική ασθένεια
- χρόνια νόσημα
- συνταγογράφηση φαρμάκων
- εξετάσεις πρόληψης
- παραπομπή για εργαστηριακές εξετάσεις
- Άλλο. Προσδιορίστε

31. Η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιατρικού σας ιστορικού.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

32. Για το πρόβλημα υγείας σας επιλέγετε να επισκεφθείτε και ιδιώτη ιατρό.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

33. Πώς θα χαρακτηρίζατε την εμπιστοσύνη που έχετε σε ιδιώτες ιατρούς σε σχέση με τη μονάδα υγείας;

- έχω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε ιδιώτες ιατρούς σε σχέση με τη μονάδα υγείας
- έχω την ίδια εμπιστοσύνη τόσο σε ιδιώτες ιατρούς όσο και στη μονάδα υγείας
- έχω μικρότερη εμπιστοσύνη σε ιδιώτες ιατρούς σε σχέση με τη μονάδα υγείας
- Άλλο. Προσδιορίστε.....

34. Η μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς καλύπτει πλήρες φάσμα ειδικοτήτων.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

35. Αναφέρατε ποια από τις παρακάτω ειδικότητες λείπει από τη μονάδα υγείας και είναι απαραίτητη για την κάλυψη των αναγκών σας (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις).

- δε γνωρίζω
- παιδίατρος
- ψυχίατρος
- νευρολόγος
- δερματολόγος
- Άλλο. Προσδιορίστε

36. Οι ώρες λειτουργίας της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ σας εξυπηρετούν απόλυτα.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

37. Κατά τη γνώμη σας, σε περίπτωση διεύρυνσης των ωρών λειτουργίας της μονάδας, ποιο θα ήταν το ιδανικό ωράριο για την κάλυψη των αναγκών σας;

- δεν επιθυμώ διεύρυνση των ωρών λειτουργίας (με καλύπτει το ισχύον ωράριο)
- συνδυασμός πρωινού και απογευματινού ωραρίου
- λειτουργία σε 24ωρη βάση
- Άλλο. Προσδιορίστε

38. Πιστεύετε ότι η λειτουργία ενός μικροβιολογικού εργαστηρίου μέσα στη μονάδα ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

39. Σε περίπτωση λειτουργίας ενός μικροβιολογικού εργαστηρίου μέσα στη μονάδα ποια θα έπρεπε να είναι η συμμετοχή του ασφαλισμένου;

- 25% συμμετοχή
- 10% συμμετοχή
- 0% συμμετοχή
- Άλλο. Προσδιορίστε.....

6^η ΕΝΟΤΗΤΑ: Ερωτήσεις γενικού περιεχομένου

40. Από την επίσκεψη σας στη μονάδα υγείας είστε συνολικά δυσαρεστημένος.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

41. Ποια από τα κάτωθι προβλήματα έχετε αντιμετωπίσει στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας της μονάδας υγείας του ΠΕΔΥ; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- δεν έχω αντιμετωπίσει κανένα πρόβλημα
- έλλειψη οργάνωσης
- κακή συμπεριφορά προσωπικού
- μεγάλος χρόνος αναμονής
- έλλειψη ιατρικών ειδικοτήτων
- παροχή ιατρικών υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας
- Άλλο. Προσδιορίστε

42. Από την επίσκεψη σας στη μονάδα υγείας είστε συνολικά ικανοποιημένος.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

43. Βαθμολογείτε τη συνολική εμπειρία σας από τη μονάδα υγείας σε κλίμακα από το 0 έως το 10, όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 10 είναι το καλύτερο (βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

44. Σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας σας θα επισκεφθείτε οπωσδήποτε τη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

45. Θα συστήνατε την εν λόγω μονάδα υγείας σε πρόσωπο του περιβάλλοντος σας (φιλικό, συγγενικό κλπ) για παρόμοιο με το δικό σας πρόβλημα υγείας.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

46. Ποια δομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα επιλέξετε να επισκεφθείτε σε μελλοντικό πρόβλημα υγείας σας; Αριθμείτε από το 1 έως το 3 κατά σειρά προτεραιότητας τις τρεις πρώτες σας επιλογές, όπου 1=η πρώτη σας επιλογή, 2=η δεύτερη σας επιλογή και 3=η τρίτη σας επιλογή.

[...] δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών ΕΟΠΥΥ

[...] μη συμβεβλημένοι ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ (ιδιωτικά ιατρεία επί πληρωμή)

[...] μονάδα υγείας ΠΕΔΥ

[...] Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων

[...] Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία

47. Αναφέρατε για ποιο λόγο επιλέξατε την πρώτη σας επιλογή (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις).

καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών

μικρός χρόνος αναμονής

εύκολη πρόσβαση

αδυναμία πληρωμής σε μη συμβεβλημένους ιατρούς

πλήρες φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων

μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στο πρόσωπο συγκεκριμένου ιατρού

Άλλο. Προσδιορίστε

48. Οι επιλογές σας όσον αφορά την ιατρική φροντίδα που έχετε ανάγκη περιορίζονται λόγω οικονομικών παραγόντων (έλλειψη χρημάτων).

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

49. Γνωρίζετε εάν οι ανασφάλιστοι πολίτες έχουν δικαίωμα πρόσβασης στη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ;

- ναι, έχουν δικαίωμα πρόσβασης οι ανασφάλιστοι
- όχι, δεν έχουν δικαίωμα πρόσβασης οι ανασφάλιστοι
- δεν γνωρίζω

50. Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;

- Πολύ κακή
- Κακή
- Μέτρια
- Καλή
- Πολύ καλή

51. Αναφέρατε τυχόν σχόλια και παρατηρήσεις για το ερωτηματολόγιο που μόλις συμπληρώσατε:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

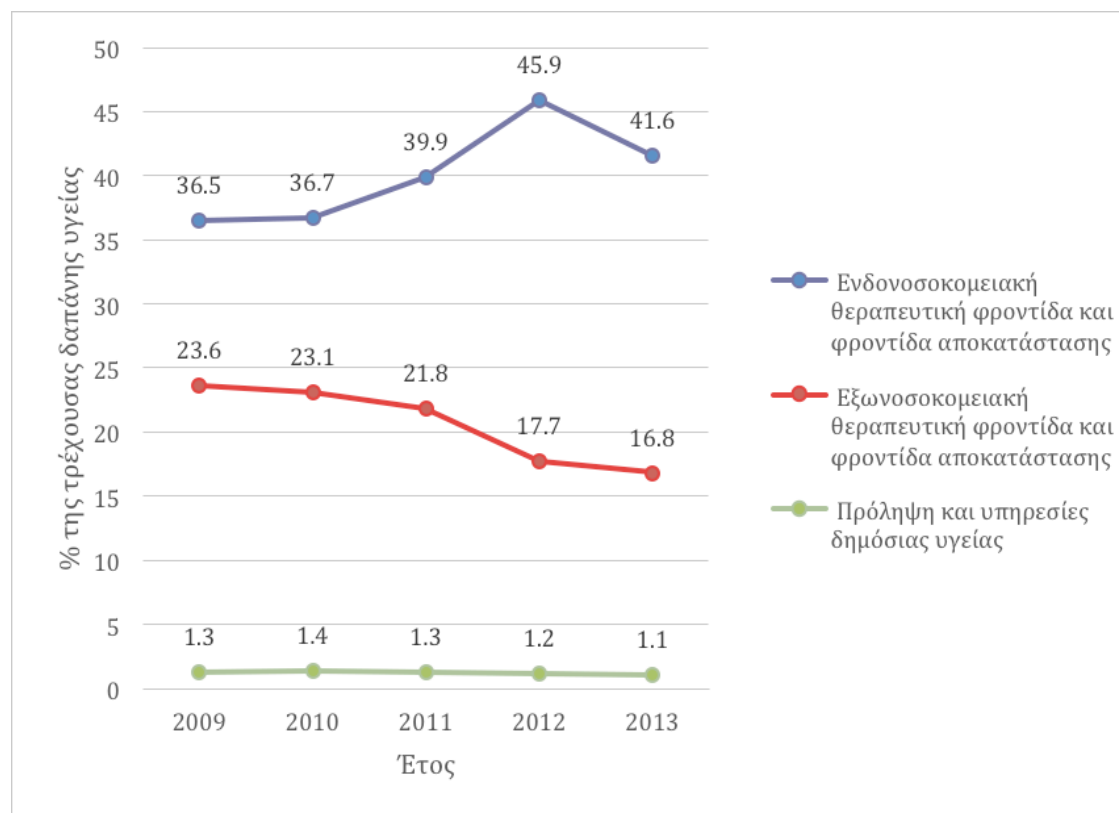
.....

.....

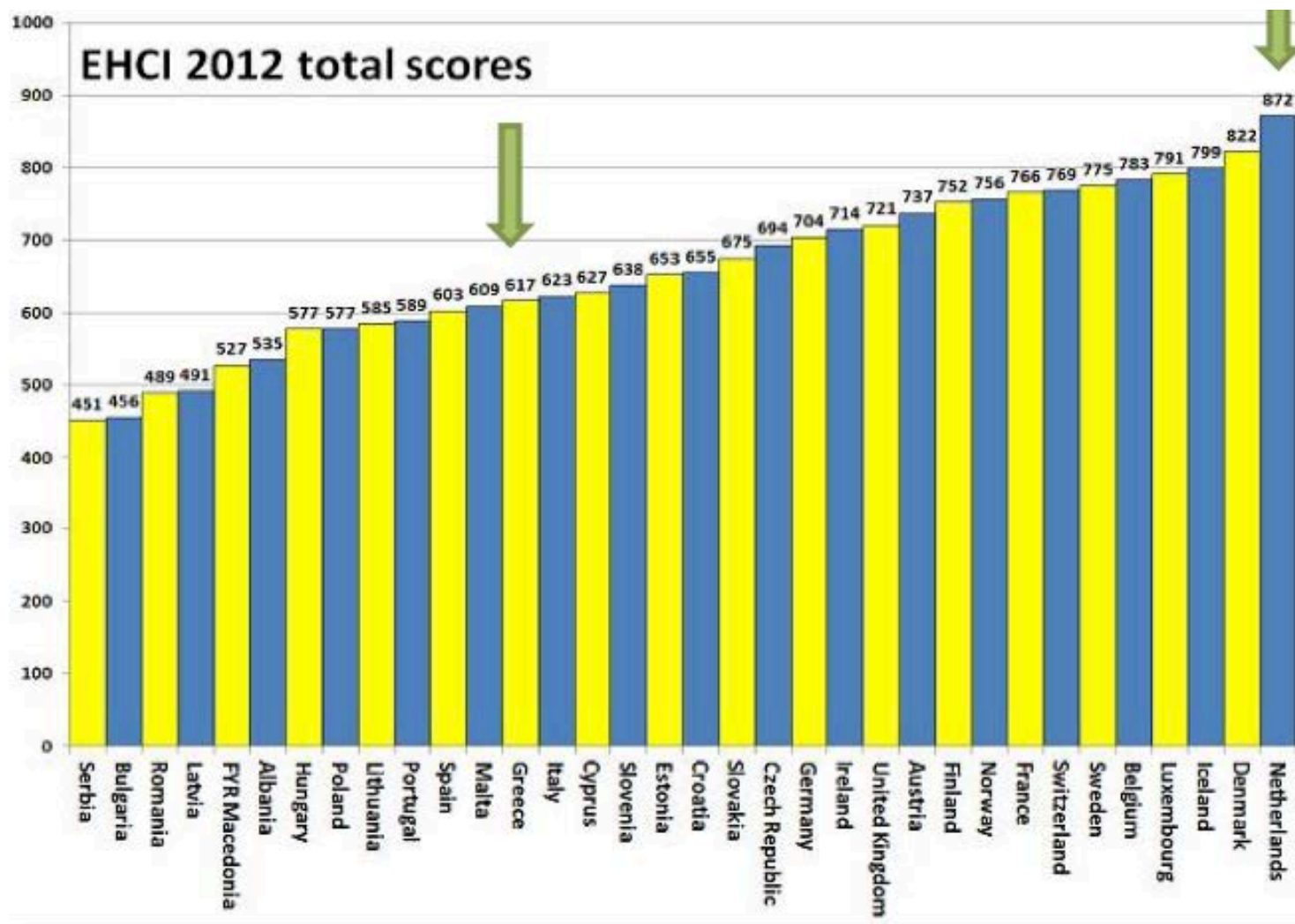
.....

.....

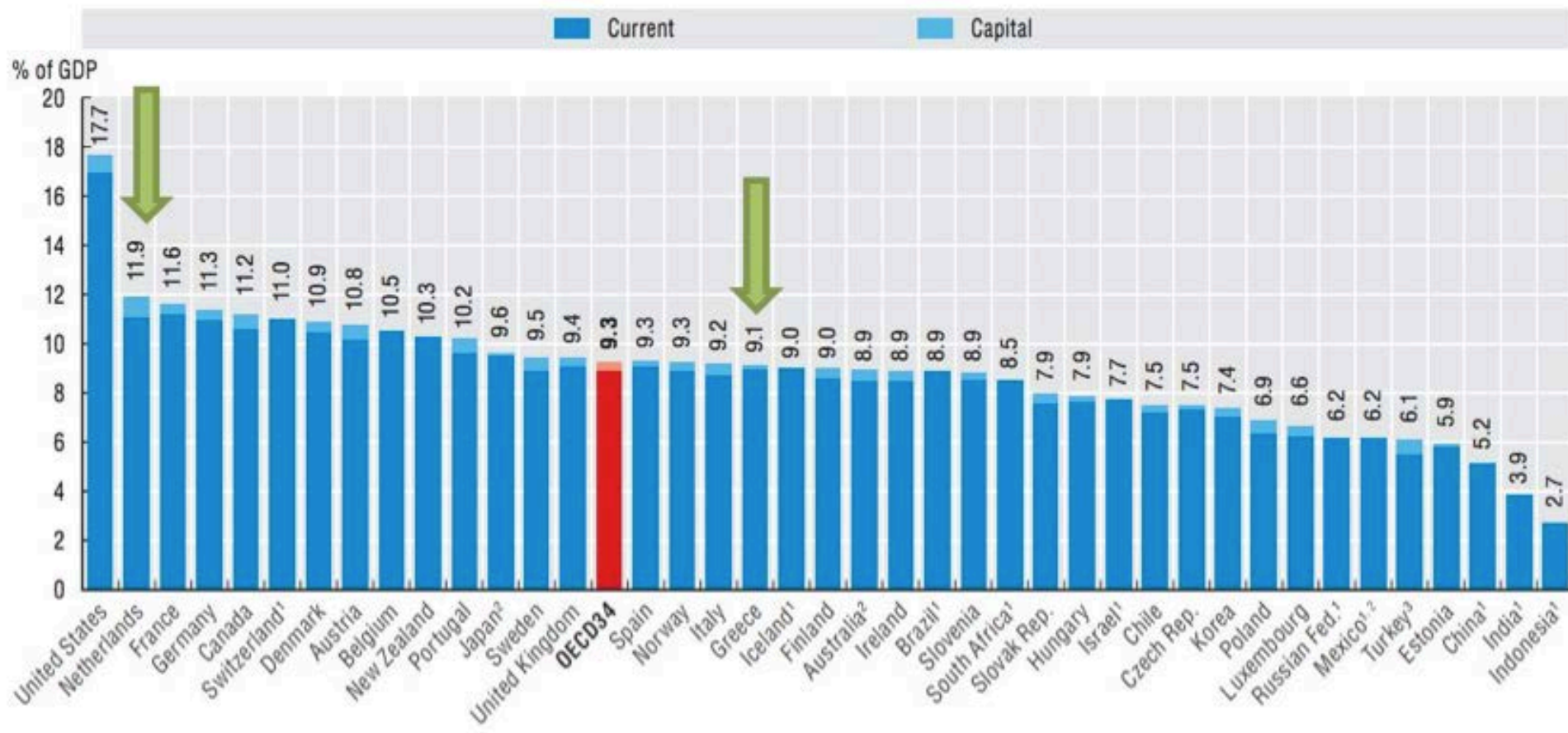
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄



Διάγραμμα Β.1 Πορεία σύνθεσης της υγειονομικής δραστηριότητας της Ελλάδας για τα έτη 2009 έως 2013

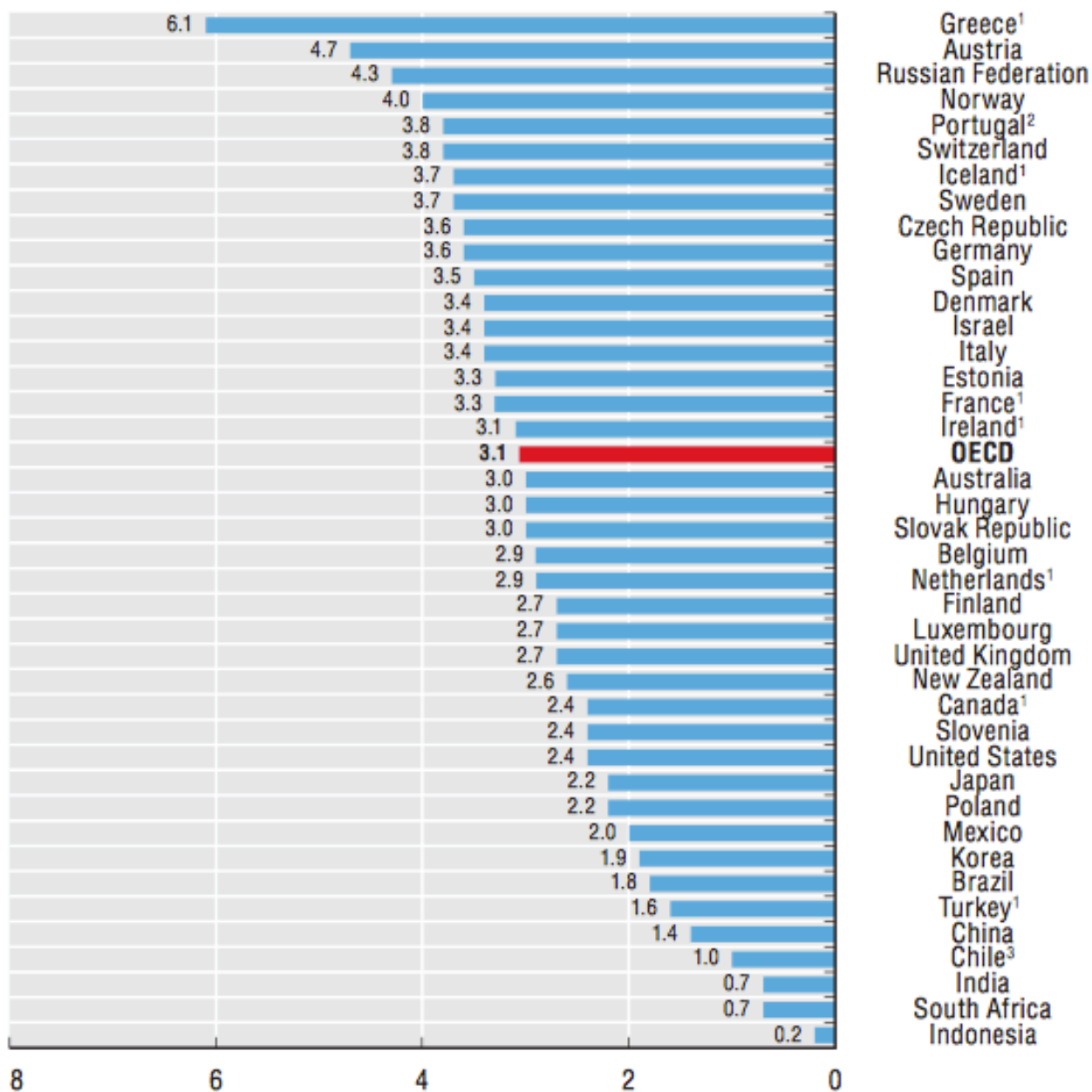


Διάγραμμα Β.2 ECHI 2012 total score



Διάγραμμα Β.3 Δαπάνες υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ, έτος 2011

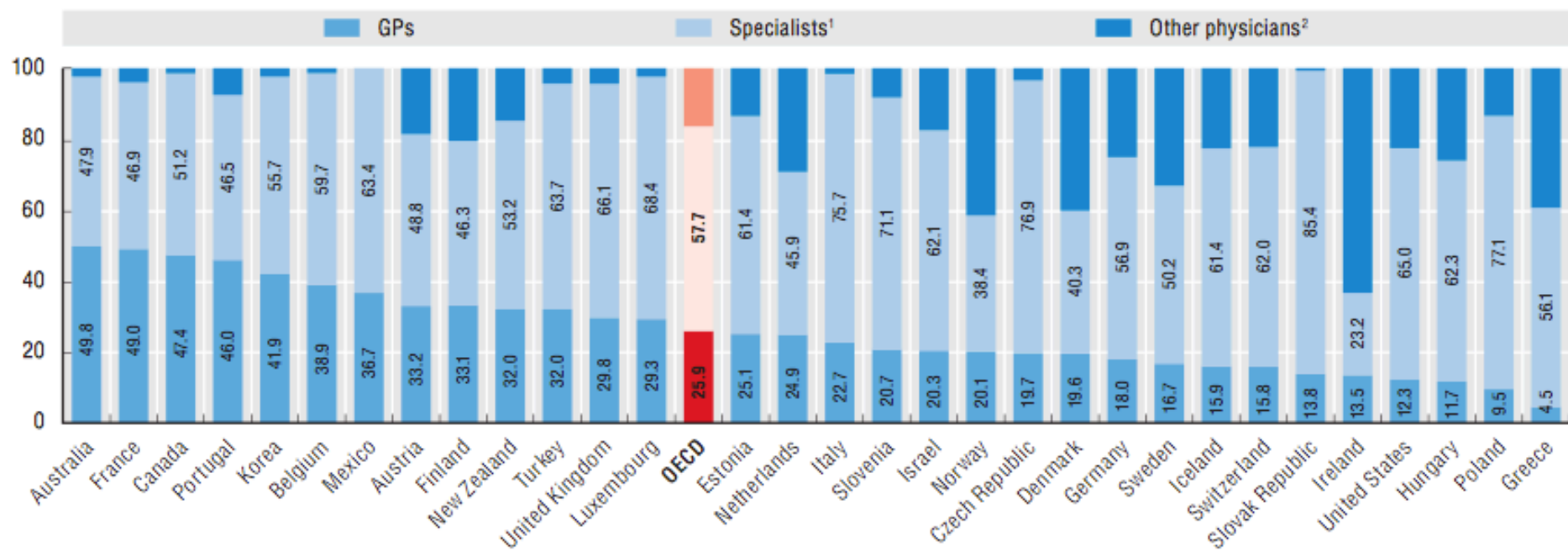
Πηγή: ΟΟΣΑ, Δεδομένα Υγείας 2013



Διάγραμμα Β.4 Εν ενεργεία ιατροί ανά 1000 κατοίκους, έτος 2009 ή πλησιέστερο

1. Τα δεδομένα περιλαμβάνουν όχι μόνο ιατρούς που παρέχουν άμεση φροντίδα σε ασθενείς αλλά και το ευρύτερο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας, όπως μάνατζερς, εκπαιδευτές, ερευνητές κλπ (προσθέτοντας ένα επιπλέον ποσοστό της τάξης 5-10%).
2. Τα δεδομένα αναφέρονται σε όλους τους ιατρούς που έχουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.
3. Τα δεδομένα για τη Χιλή αφορούν μόνο ιατρούς που εργάζονται στο δημόσιο τομέα.

Πηγή: ΟΟΣΑ, Δεδομένα Υγείας 2011



Διάγραμμα Β.5 Γενικοί, ειδικοί και άλλοι ιατροί ως ποσοστό επί του συνόλου των ιατρών, έτος 2009 ή πλησιέστερο

1. Στους ειδικούς περιλαμβάνονται παιδίατροι, μαιευτήρες/γυναικολόγοι και χειρουργοί, ιατροί ειδικότητας και χειρουργοί.
2. Στους άλλους ιατρούς περιλαμβάνονται οι εσωτερικοί ειδικευόμενοι ιατροί, εάν δεν αναφέρεται η ειδικότητα στην οποία εκπαιδεύονται, και οι ιατροί που δεν κατατάσσονται σε άλλη κατηγορία.

Πηγή: ΟΟΣΑ, Δεδομένα Υγείας 2011



Διάγραμμα Β.6 Πυκνότητα ιατρών ανά 1000 κατοίκους σε αστικές και αγροτικές περιοχές σε επιλεγμένες χώρες, έτος 2011 ή πλησιέστερο

Πηγή: ΟΟΣΑ, Δεδομένα Υγείας 2013

Πίνακας Β.1 Οι συντελεστές συσχέτισης Spearman και οι αντίστοιχες τιμές p για τις ερωτήσεις με απαντήσεις της μορφής πεντάβαθμης κλίμακας Likert

Ερώτηση	Συντελεστής συσχέτισης Spearman	Τιμή p	Ερώτηση	Συντελεστής συσχέτισης Spearman	Τιμή p
12	0,99	<0,001	27	0,90	<0,001
13	0,94	<0,001	31	0,70	0,1
15	0,67	0,02	32	0,30	0,3
17	0,77	<0,001	33	0,73	<0,001
18	0,76	<0,001	34	0,93	<0,001
19	0,95	<0,001	36	0,79	<0,001
20	0,58	0,05	38	0,63	0,03
21	0,55	0,05	40	0,92	<0,001
22	0,31	0,33	42	0,95	<0,001
23	0,70	0,01	43	0,94	<0,001
24	0,91	<0,001	44	0,92	<0,001
25	0,86	<0,001	45	0,78	<0,001
26	0,74	<0,001	48	0,95	<0,001
			50	0,99	<0,001

Πίνακας Β.2 Αντιλήψεις ερωτηθέντων περί αντιμετώπισης προβλήματος στη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ

Αντιμετώπιση προβλημάτων στη μονάδα υγείας	N (%)
Δεν έχω αντιμετωπίσει κανένα πρόβλημα	39 (21,5)
Έλλειψη οργάνωσης	47 (26,0)
Κακή συμπεριφορά προσωπικού	46 (25,4)
Μεγάλος χρόνος αναμονής	36 (19,9)
Έλλειψη ιατρικών ειδικοτήτων	101 (55,8)
Παροχή ιατρικών υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας	52 (28,7)
Έλλειψη εργαστηρίων	4 (2,2)
Έλλειψη ιατρικών μηχανημάτων	4 (2,2)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Πίνακας Β.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που δηλώνουν ως δεύτερη επιλογή δομής ΠΦΥ τη μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ

Χαρακτηριστικό	N (%)
<i>Φύλο</i>	
Άρρεν	24 (42,9)
Θήλυ	32 (57,1)
<i>Ηλικία</i>	<i>50,5 (13,4)</i>
<i>Υπηκοότητα</i>	
Ελληνική	54 (96,4)
Άλλη	2 (3,6)
<i>Τόπος διαμονής</i>	
Κιλκίς	35 (62,5)
Εκτός Κιλκίς	21 (37,5)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	
Άγαμος/η	7 (12,5)
Έγγαμος/η	40 (71,4)
Διαζευγμένος/η	4 (7,1)
Χήρος/α	5 (8,9)
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	
Δεν έχουν γραμματικές γνώσεις	2 (3,6)
Απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης	16 (28,6)
Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	22 (39,3)
Απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	13 (23,2)
Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	3 (5,4)
<i>Επάγγελμα</i>	
Ιδιωτικός υπάλληλος	10 (17,9)
Δημόσιος υπάλληλος	13 (23,2)
Αυτοαπασχολούμενος	3 (5,4)
Συνταξιούχος	18 (32,1)
Άνεργος	11 (19,6)
Συμβασιούχος	1 (1,8)
<i>Ασφαλιστικό ταμείο</i>	
ΙΚΑ	28 (50,0)
ΟΠΑΔ	14 (25,0)
ΟΑΕΕ	4 (7,1)
ΟΓΑ	10 (17,9)
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	<i>678,8 (420,1)</i>

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και αν δηλώνεται διαφορετικά.

Πίνακας Β.4 Σύνθεση δαπανών της Ελλάδας σε σχέση με άλλες χώρες Ε.Ε. ανά υγειονομική δραστηριότητα για τα έτη 2002 έως 2011

Υγειονομική δραστηριότητα		Ατομικές υπηρεσίες υγείας	Ατομικές Υπηρεσίες Υγείας					Συνολική δαπάνη σε ενδονοσοκομειακή φροντίδα (θεραπευτική αποκατάστασης και μακροχρόνια)	Συνολική δαπάνη σε φαρμακευτικές και διαγνωστικές υπηρεσίες	Επικουρικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας	Φαρμακευτική Περίθαλψη	Πρόληψη και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας	Διοικητικές Υπηρεσίες Υγείας και Ασφάλισης Υγείας	Επενδύσεις και υπόλοιπες δαπάνες
			Υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης	Υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας	Υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης									
					Εξωνοσοκομειακή φροντίδα									
Χώρα	Έτος													
Δανία	2009	81.84	53.72	25.52	23.60	38.19	4.22	4.52	11.09	2.16	1.17	3.75		
	2010	81.88	53.62	25.45	23.54	38.15	4.24	4.72	11.07	2.22	1.17	3.67		
	2011	82.76	54.82	27.04	23.40	37.85	4.43	4.53	10.27	2.18	1.12	3.67		
Φινλανδία	2009	70.67	56.47	29.63	11.15	35.66	7.28	3.05	16.86	5.24	1.91	5.32		
	2010	71.37	57.52	30.11	10.66	35.26	7.00	3.19	16.69	5.24	1.86	4.84		
	2011	72.28	59.90	30.60	9.06	35.13	7.30	3.32	16.04	5.36	1.69	4.64		
Γερμανία	2009	67.90	51.45	22.17	11.89	34.12	6.00	4.57	19.73	3.48	5.25	3.64		
	2010	68.29	51.84	22.19	11.91	34.31	5.99	4.54	19.52	3.34	5.35	3.50		
	2011	69.18	52.53	22.43	12.02	34.75	6.06	4.63	18.95	3.29	5.28	3.30		
Ελλάδα	2009	64.75	59.70	23.20	0.39	36.07	0.00	4.66	30.22	1.26	1.80	1.56		
	2010	64.45	59.63	22.66	0.60	36.68	0.00	4.22	30.44	1.41	1.78	1.50		
	2011	64.16	59.05	22.34	0.62	36.38	0.00	4.50	30.85	1.32	2.15	1.36		
Ολλανδία	2009	70.62	46.59	18.86	22.32	45.82	2.28	1.71	13.60	3.85	3.78	7.35		
	2010	70.69	46.74	18.08	22.24	46.83	2.30	1.71	13.43	3.83	3.64	7.49		
	2011	70.78	46.53	18.36	22.49	46.45	2.44	1.76	13.67	3.54	3.90	7.10		
Σουηδία	2009	74.15	62.53	34.99	7.32	28.80	7.18	4.30	15.60	3.65	1.39	4.64		
	2010	73.88	62.55	35.49	7.28	28.38	7.58	4.05	15.36	3.46	1.43	5.28		
	2011	73.87	62.16	34.98	7.46	28.40	7.53	4.25	14.87	3.60	1.39	5.64		

Πηγή: ΟΟΣΑ Δεδομένα Υγείας, 2013

Πίνακας Β.5 Παράδειγμα λογιστικού φύλλου για τον υπολογισμό της τιμής των ενοτήτων

Ενότητα - Καινοτόμες υπηρεσίες και προγράμματα εκπαίδευσης - ΜΕΡΟΣ 1							
Καινοτόμες υπηρεσίες	Υπάρχει	Λειτουργεί	Βάρος	Τιμή-1	Τιμή-2	Υπολογισμός	Τιμή ενότητας
Δίκτυο τηλεφροντίδας των δομών ΠΦΥ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	20	1		20	60/100
Διασύνδεση του δικτύου τηλεφροντίδας με το νοσοκομειακό πληροφοριακό σύστημα	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	10		1	0	
Ανάπτυξη κινητών μονάδων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	15	1		15	
Προγράμματα κατ' οίκον ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπείας	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	15	1		15	
Ενότητα - Καινοτόμες υπηρεσίες και προγράμματα εκπαίδευσης - ΜΕΡΟΣ 2							
Προγράμματα εκπαίδευσης	Ποσοστό		Βάρος	Τιμή-1	Τιμή-2	Υπολογισμός	Τιμή ενότητας
Βαθμός ικανοποίησης των εκπαιδευόμενων	%		10			10	35/100
Εισροή των ασθενών μετά την εκπαίδευση του προσωπικού	%		25			25	
Ενότητα - Διοίκηση και Διαχείριση της μονάδας - ΜΕΡΟΣ 1							
Λειτουργία κέντρων ενημέρωσης	Υπάρχει	Λειτουργεί	Βάρος	Τιμή-1	Τιμή-2	Υπολογισμός	Τιμή ενότητας
Διαδικτυακή πύλη ενημέρωσης πολιτών για τη λειτουργία της μονάδας και τις αρμοδιότητες του οικογενειακού ιατρού	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	30	1		30	50/100
Βαθμός ικανοποίησης από το forum έκφρασης και ανταλλαγής απόψεων	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	20	1		20	
Πρωτόκολλα διασύνδεσης με κατ' οίκον προγράμματα παρακολούθησης	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	40		1	0	
Ενότητα - Διοίκηση και Διαχείριση της μονάδας - ΜΕΡΟΣ 2							
Προσωπικό	Υπάρχει	Λειτουργεί	Βάρος	Τιμή-1	Τιμή-2	Υπολογισμός	Τιμή ενότητας
Πληρότητα βάσης δεδομένων προσωπικού	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	10	1		10	10/100
Λόγος εργαζόμενων προς παραγόμενο έργο	ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	15		1	0	

Πίνακας Β.6 Παράδειγμα λογιστικού φύλλου για το υπολογισμό όλων των ενότητων της μονάδας υγείας με διαφοροποιημένους συντελεστές βαρύτητας, τιμών ενότητων και βαθμών ενότητων

Φύλο	Περιγραφή αξιολογούμενης ενότητας	Συντελεστής βαρύτητας	Τιμή ενότητας	Βαθμός ενότητας
1	Ολοκληρωμένη Περίθαλψη και παροχή υπηρεσιών υγείας			
1.1	Ολοκληρωμένη Περίθαλψη και παροχή υπηρεσιών υγείας - ΜΕΡΟΣ 1	1%	0	0,00
1.2	Ολοκληρωμένη Περίθαλψη και παροχή υπηρεσιών υγείας - ΜΕΡΟΣ 2	3%	100	3,00
1.3	Ολοκληρωμένη Περίθαλψη και παροχή υπηρεσιών υγείας - ΜΕΡΟΣ 3	1%	100	1,00
2	Διοίκηση και Διαχείριση της μονάδας			
2.1	Διοίκηση και Διαχείριση της μονάδας - ΜΕΡΟΣ 1	5%	53,4	2,67
2.2	Διοίκηση και Διαχείριση της μονάδας - ΜΕΡΟΣ 2	15%	70,2	10,53
2.3	Διοίκηση και Διαχείριση της μονάδας - ΜΕΡΟΣ 3	10%	50,2	5,02
2.4	Διοίκηση και Διαχείριση της μονάδας - ΜΕΡΟΣ 4	8%	5,7	0,46
3	Καινοτόμες υπηρεσίες και προγράμματα εκπαίδευσης			
3.1	Καινοτόμες υπηρεσίες και προγράμματα εκπαίδευσης - ΜΕΡΟΣ 1	10%	5,7	0,57
3.2	Καινοτόμες υπηρεσίες και προγράμματα εκπαίδευσης - ΜΕΡΟΣ 2	12%	2,3	0,28
3.3	Καινοτόμες υπηρεσίες και προγράμματα εκπαίδευσης - ΜΕΡΟΣ 3	10%	20,7	2,07
3.4	Καινοτόμες υπηρεσίες και προγράμματα εκπαίδευσης - ΜΕΡΟΣ 4	5%	0	0,00
3.5	Καινοτόμες υπηρεσίες και προγράμματα εκπαίδευσης - ΜΕΡΟΣ 5	5%	28,4	1,42
4	Παροχή υπηρεσιών υγείας ποιότητας			
4.1	Παροχή υπηρεσιών υγείας ποιότητας - ΜΕΡΟΣ 1	2%	60	1,20
4.2	Παροχή υπηρεσιών υγείας ποιότητας - ΜΕΡΟΣ 2	5%	10,63	0,53
4.3	Παροχή υπηρεσιών υγείας ποιότητας - ΜΕΡΟΣ 3	8%	15	1,20
	ΣΥΝΟΛΑ	100%		29,94

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄

Γ.1 Αλυσιδωτή αντίδραση εφαρμογής συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στην ΠΦΥ

Λόγω του περιορισμένου επιπέδου υπάρχοντων πόρων η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει γίνει αντικείμενο διεθνών ερευνών κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Ωστόσο, η εφαρμογή μέτρων όσον αφορά την καθημερινή κλινική πρακτική για την αξιολόγηση των διαδικασιών και την εδραίωση προτύπων διασφάλισης ποιότητας λαμβάνει χώρα μόλις προς τα τέλη της δεκαετίας του 1980 (Osterfeld, 1994) ενώ το επιστημονικό ενδιαφέρον στράφηκε στο πεδίο της παρεχόμενης φροντίδας, πέραν από την αξιολόγηση της έκβασης της νόσου, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα (Σαρρής και συν, 2001).

Η ειδοποιός διαφορά μεταξύ της διασφάλισης ποιότητας (Quality Assurance) και της βελτίωσης ποιότητας (Quality Improvement) είναι η λήψη διορθωτικών παρεμβατικών μέτρων στην περίπτωση της δεύτερης και η εις βάθος κατανόηση των γενεσιουργών αιτιών των παρατηρούμενων αποκλίσεων (Cooper, 2001). Η συνεχής βελτίωση ποιότητας (Continuous Quality Improvement), με επίκεντρο τη μη αποσπασματική διαδικασία αξιολογήσεων, την επιλογή βέλτιστων λύσεων και την αναζήτηση ευκαιριών προώθησης δράσεων βελτίωσης (Cooper, 2001), αποτελεί τον προπομπό της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Weaver, 1996). Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συνεχής σύμπραξη και συμμετοχή της ανώτατης διοίκησης και του συνόλου των εργαζομένων με συνεχείς προτάσεις για εφαρμογή βελτιωτικών δράσεων και εδραίωση κριτηρίων μέτρησης των αποτελεσμάτων (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003). Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές τεχνικές ελέγχου σε στατική βάση, η ΔΟΠ επικεντρώνεται τόσο στη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας όσο και στην οργάνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητα και τον περιορισμό του λειτουργικού κόστους. Χάρη στα εφαρμοζόμενα συστήματα διοίκησης ολικής ποιότητας επιτυγχάνεται μείωση του λειτουργικού κόστους και απελευθέρωση εργαζομένων προκειμένου να επικεντρωθούν απερίσπαστα στα ουσιαστικά εργασιακά τους καθήκοντα (Gaucher & Coffey, 1993).

Λόγω των διαφορών προσδιορισμού της ποιότητας μεταξύ του τομέα της βιομηχανίας και της υγείας, η βασική μεθοδολογία και τα εργαλεία διασφάλισης της ποιότητας που έχουν ήδη εφαρμοσθεί σε άλλους επιστημονικούς τομείς οφείλουν να τροποποιηθούν καταλλήλως. Στο βιομηχανικό τομέα στόχος της ποιότητας είναι η επίτευξη μηδενικής απόκλισης από τις

συγκεκριμένες προδιαγραφές των παραγόμενων προϊόντων. Αντίθετα, στον τομέα της υγείας η έννοια της μηδενικής απόκλισης καθορίζεται από την παροχή των αναγκαίων αλλά και επιθυμητών υπηρεσιών προς τον ασθενή και ταυτίζεται με την εξάλειψη της «κακής» εφαρμοζόμενης κλινικής πρακτικής (Τούντας, 2003α). Επιπρόσθετα, οι προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας διαφέρουν, μεταξύ άλλων, από τις λοιπές προσωπικές υπηρεσίες στη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα, την έγκαιρη και ορθή διάγνωση και αξιοπιστία, τον υψηλής ποιότητας τεχνολογικό εξοπλισμό και την ανάγκη διασφάλισης της αξιοπρέπειας του ασθενή (Τούντας, 2003α). Η ποιότητα της υγείας δεν αντικατοπτρίζει αποκλειστικά τη διενέργεια ιατρικών και κλινικών ελέγχων αλλά αφορά το πλήρες φάσμα παρεχόμενων υπηρεσιών και φροντίδας (Νιάκας, 1993), ούτως ώστε να εκφράζει την ικανοποίηση όχι μόνο των ασθενών-χρηστών και των εργαζομένων του συστήματος υγείας αλλά και ατόμων εκτός αυτού, ήτοι τρίτα οικεία πρόσωπα, επισκέπτες, κοινωνικό περίγυρο κλπ.

Χαρακτηριστική είναι η αλυσιδωτή αντίδραση εφαρμογής συστημάτων διασφάλισης ποιότητας στη ΔΦΥ¹⁷, με δυνατότητα αντίστοιχης εφαρμογής και στην ΠΦΥ, ως εξής: η αύξηση της παραγωγικότητας οδηγεί στην απελευθέρωση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων προκειμένου να χρησιμοποιηθούν σε άλλους τομείς και δράσεις, συντελεί στην αύξηση των εσόδων βάσει της επίτευξης υψηλού επιπέδου ικανοποίησης και προσέλκυσης περισσότερων ασθενών και ελαχιστοποιεί το κόστος παραγωγής λόγω της μη καταστρατήγησης υλικών πόρων και πολύτιμων εργατοωρών προσωπικού (Τούντας, 2003α). Σημαντικά οφέλη απορρέουν από την εφαρμογή τυποποίησης διαδικασιών προς ελαχιστοποίηση των ιατρικών λαθών και αποφυγή εμποδίων ανάπτυξης πλαισίου διαλειτουργικότητας, απρόσκοπτης ανταλλαγής ιατρικών δεδομένων και συνεργασίας των φορέων (Ηλιοπούλου και συν., 2013).

Γ.2 Αναφορά στα επίμαχα άρθρα του νομοσχεδίου περί ΠΕΔΥ

Γενικός σκοπός της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας είναι «η δημιουργία ενός καθολικού και ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, υπό τη διοίκηση των

¹⁷ Αξιοσημείωτο είναι ότι στις αρχές της δεκαετίας του 2000 η συντριπτική πλειοψηφία των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων δεν είχε θέσει στόχους διασφάλισης ποιότητας (91,7%) και μόλις το 16,6% εφάρμοζε εργαλεία διαχείρισης ποιότητας ενώ το 41,7% στηριζόταν σε προγενέστερη εμπειρία (Theodorakioglou & Tsiotras, 2000).

Υγειονομικών Περιφερειών με στόχο την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη».

Ειδικοί στόχοι είναι οι κάτωθι:

- η κατάργηση του διττού ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως παρόχου και αγοραστή υπηρεσιών υγείας και η επικέντρωση στο ρόλο του εθνικού ασφαλιστικού φορέα υγείας
- η ενοποίηση των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ και η εδραίωση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) με επίκεντρο «τη διασφάλιση μίας επαρκούς, αποτελεσματικής και αποδοτικής δέσμης υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό, την αποτροπή κατακερματισμού του συστήματος Π.Φ.Υ. και κατά συνέπεια τη βελτίωση του συντονισμού του και τη διασφάλιση της ορθολογικότερης διαχείρισης των δομών Π.Φ.Υ., του ανθρώπινου δυναμικού και των τεχνολογικών και λοιπών πόρων».

Επιμέρους σκοποί είναι οι εξής:

(α) η επίτευξη της αρχής της ισότιμης πρόσβασης στις παρεχόμενες υπηρεσίες

(β) η εδραίωση της ΠΦΥ ως κεντρικό πυλώνα του συστήματος υγείας και η ενίσχυση του υποστηρικτικού ρόλου της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης

(γ) η σύνδεση των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού και το εκάστοτε κοινωνικό, οικονομικό και επιδημιολογικό προφίλ των ασθενών

(δ) η αποδοτικότητα χρήσης και ορθολογικής αξιοποίησης των υπάρχοντων υλικών, ανθρώπινων και οικονομικών πόρων

(ε) η ανταπόκριση των χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών τόσο στις προσδοκίες όσο και στις ανάγκες των πολιτών

Από τα δύο πρώτα κεφάλαια του κατατεθέντος νομοσχεδίου γίνεται αναφορά στα κάτωθι σημεία που προσεγγίζουν το επιστημονικό ενδιαφέρον της παρούσας έρευνας:

Άρθρο 1: Η ΠΦΥ παρέχεται ισότιμα σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου οικονομικής, κοινωνικής, επαγγελματικής και ασφαλιστικής κατάστασης στο πλαίσιο ενός καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου ΠΕΔΥ και έχει τα κάτωθι χαρακτηριστικά:

- αντιπροσωπεύει την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας και το πρώτο σημείο επαφής με αυτό
- παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας
- διασφαλίζει τη συνέχιση της φροντίδας σε όλο το φάσμα του συστήματος υγείας και κατευθύνει τον πολίτη προς τα υπόλοιπα επίπεδα του συστήματος υγείας

Άρθρο 2: Οι Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Π.ε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ.

Με τη σχετική υπ' αριθμ.: Γ.Π./οικ.16339, 18/2/14 (ΦΕΚ 376, 18/2/14, τ.Β') απόφαση του Υφυπουργού Υγείας Μπέζα Αντώνιου κατανέμονται χωροταξικά ανά Υγειονομική Περιφέρεια οι υφιστάμενες μονάδες του ΕΟΠΥΥ που μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των ΔΥΠε. Ο νομός Κιλκίς περιλαμβάνει τη Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας Κιλκίς και τα ιατρεία Νέας Σάντας, Αξιούπολης, Γουμένισσας και Πολυκάστρου.

Άρθρο 3: Οι δομές του Π.Ε.Δ.Υ. δύναται να λειτουργούν σε 24ωρη βάση και 7 ημέρες την εβδομάδα. Μέχρι την έκδοση των σχετικών υπουργικών αποφάσεων εξακολουθεί να ισχύει το υφιστάμενο καθεστώς λειτουργίας. Στόχος, σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση, είναι αφενός η ταχύτερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση και αφετέρου η καταπολέμηση της αναίτιας προσέλευσης των πολιτών στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Μάλιστα δεν προβλέπεται πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση δεδομένου του ημερήσιου κύκλου σε τακτικά ωράρια και της αναμενόμενης επάρκειας προσωπικού από τις επικείμενες συγχωνεύσεις των μονάδων.

Άρθρο 4: Καθορίζονται οι υπηρεσίες που οφείλει να παρέχει ο οικογενειακός ιατρός -μεταξύ των οποίων η διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων, ο προσανατολισμός και η καθοδήγηση του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας, η παραπομπή για εξειδικευμένες εξετάσεις και σε ανώτερα της ΠΦΥ επίπεδα περίθαλψης και η τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για τους εγγεγραμμένους ασθενείς στον κατάλογο του- και ο τρόπος επιλογής από τον πολίτη.

Άρθρο 6: Η Δ/ση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την αρμοδιότητα εκπόνησης στρατηγικού σχεδίου δράσης

ΠΦΥ σε συνεργασία με τη Δ/ση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης της ΔΥΠε. Το Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας της ανωτέρω Δ/σης έχει ως έργο την επεξεργασία των εκθέσεων και αναφορών από τις μονάδες ΠΦΥ του ΠΕΔΥ και τη σύνταξη τελικής αξιολόγησης πρότασης βελτιωτικών δράσεων ενώ εισάγονται τα κριτήρια της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας (Ελληνικό Κοινοβούλιο, 2013β).

Άρθρο 8: Σκοπός του ΕΟΠΥΥ ορίζεται η αγορά υπηρεσιών υγείας και προωθείται η θέσπιση ποιοτικών και οικονομικών κριτηρίων με παράλληλη βελτίωση της θέσης των ασφαλισμένων και της αποτελεσματικής χρήσης των υπάρχοντων πόρων (Ελληνικό Κοινοβούλιο, 2013β).

Άρθρο 17: Το προσωπικό των μονάδων του ΕΟΠΥΥ τίθεται σε διαθεσιμότητα για χρονικό διάστημα ενός μηνός από την έκδοση του νόμου και στη συνέχεια μετατάσσεται αυτοδίκαια σε συσταθείσες οργανικές θέσεις των αντίστοιχων χωροταξικά ΔΥΠε.

Η σχετική υπ' αριθμ.: Υ3/Γ.Π./οικ.23726, 17-3-14 της Δ/σης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας παρέχει διευκρινίσεις για την έναρξη λειτουργίας των μονάδων υγείας του ΠΕΔΥ. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα προς όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως ασφαλιστικής ικανότητας και δεν απαιτείται η καταβολή κανενός είδους εξέταστρου μέχρι την αποπεράτωση ενοποίησης της ΠΦΥ σε λειτουργικό επίπεδο. (Υπουργείο Υγείας, 2014). Το ωράριο λειτουργίας καθορίζεται από τις 07.00 έως και τις 19.00 κατά τις εργάσιμες μέρες Δευτέρα έως Παρασκευή με εξαίρεση τις μονάδες που θα λειτουργούν με διευρυμένο ωράριο ή σε 24ωρη βάση ενώ το ωράριο εργασίας των ιατρών προβλέπεται οκτάωρο (07.00-15.00 και 11.00-19.00) ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες και κατόπιν απόφασης του υπευθύνου της μονάδας (Υπουργείο Υγείας, 2014).

Γ.3 Ο ρόλος των ομάδων ενδιαφερομένων-stakeholders στον τομέα της υγείας

Στο χώρο της υγείας διακρίνεται η δράση των εξής δυνάμεων (Νικολέντζος, 2008): α) κυρίαρχων συμφερόντων (ιατροί), β) συμφερόντων αμφισβήτησης (ασφαλιστικά ταμεία) και γ) καταπιεσμένων συμφερόντων (κοινή γνώμη των πολιτών). Σε διαχρονικό πλάνο παρακολούθησης, η ισχυρή δύναμη των κυρίαρχων συμφερόντων και συμφερόντων αμφισβήτησης διαχρονικά επιβράδυνε την ήδη επιβαρυνόμενη χρονικά διαδικασία λήψης και εφαρμογής αποφάσεων πολιτικής. Δεδομένου ότι οι πολίτες αντιπροσωπεύουν τον πιο αδύναμο κρίκο των ομάδων συμφερόντων, είναι λογικοφανές ότι ακόμα κι η υποστήριξη τους σε απόπειρες μεταρρυθμίσεων δε συνάδει απαραίτητα με την επιτυχία τους. Τόσο οι

περιορισμοί που απορρέουν από τους πολιτικούς θεσμούς όσο και η σημαντική επιρροή ομάδων ενδιαφερομένων με εδραιωμένα συμφέροντα προσφέρουν μία πιθανή εξήγηση αποτυχίας ακόμη και αξιόλογων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών κατά το παρελθόν.

Η θεωρία του ιστορικού θεσπισμού, η επικρατούσα θεωρητική προσέγγιση για την ανάλυση των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων, παρέχει εξηγήσεις για την τάση των θεσμών -επίσημων ή ανεπίσημων διαδικασιών και νορμών- να ευνοούν συγκεκριμένες ομάδες συμφερόντων με δυνατότητα πρόσβασης στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και να ζημιώνουν άλλες. Οι αλλαγές που συντελούνται προς απάντηση των αιτημάτων των καιρών συνδέονται άρρηκτα με το υπάρχον ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο (Τούντας, 2003).

Η ριζική αλλαγή στο διαμορφωθέν πεδίο της πρωτοβάθμιας υγείας έλαβε χώρα τη χρονική στιγμή που η ισορροπία των ομάδων εδραιωμένων συμφερόντων διαταράχθηκε λόγω του εξωγενούς παράγοντα της κρίσιμης οικονομικής συγκυρίας της χώρας. Η οικονομική ύφεση με αυτόν τον τρόπο δρα ως «παράθυρο ευκαιρίας» απεμπλοκής από συμφεροντολογικές πολιτικές του παρελθόντος αντιπροσωπεύοντας όχι απειλή αλλά ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των υγειονομικών συστημάτων (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Γ.4 Αντιδράσεις των ομάδων ενδιαφερομένων για το υπό ψήφιση νομοσχέδιο

Στο πλαίσιο της δημόσιας διαβούλευσης, που πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα από 10 έως 24 Ιανουαρίου 2014, διατυπώθηκαν πλήθος απόψεων και προτάσεων φορέων και πολιτών μεταξύ των οποίων παρατίθενται ενδεικτικά οι κάτωθι:

- ❖ Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Εργαζομένων ΕΟΠΥΥ κατηγορεί ευθέως την κυβέρνηση ότι με το πρόσχημα της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας προωθεί το κλείσιμο των μονάδων υγείας και τη διαθεσιμότητα 8.000 υπαλλήλων του ΕΟΠΥΥ προς ικανοποίηση των μνημονιακών δεσμεύσεων με κίνδυνο διάλυσης της ΠΦΥ και την πρόωθηση των ιδιωτικών συμφερόντων (Ελληνικό Κοινοβούλιο, 2013β).
- ❖ Η Οργανωτική Επιτροπή Πανελληνίου Συνεδρίου Ασθενών αφήνει αιχμές για παραμονή του συστήματος υγείας σε ιατροκεντρικό επίπεδο καθώς οι ίδιοι οι ασθενείς και η κοινωνία των πολιτών δεν κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη λήψη αποφάσεων. Προβάλλουν την αναγκαιότητα επένδυσης σε σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό, την επικέντρωση στην αυτο-φροντίδα και την κατ' οίκον φροντίδα μέσω κατάρτισης αλφαριθμητικού υγείας στους ασθενείς και στο οικείο περιβάλλον τους, την καθιέρωση

«one-stop shop» για τους ηλικιωμένους και ασθενείς με χρόνια νοσήματα (Ελληνικό Κοινοβούλιο, 2013α).

- ❖ Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Εργαστηριακών Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ τονίζει ότι στο κατατεθέν νομοσχέδιο δε διευκρινίζεται εάν στην επίκληση για ικανή και αναγκαία δέσμη υπηρεσιών συμπεριλαμβάνονται και οι ανασφάλιστοι. Επισημαίνει, επιπλέον, ότι οι μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των ΔΥΠε χωρίς να υπάρχει χωροταξικός προσδιορισμός ενώ στις περιπτώσεις συγχώνευσης ή κατάργησης των οργανικών μονάδων στις ΔΥΠε δε γίνεται αναφορά σε ποια νομοθεσία εμπίπτει το υπηρετούν σε αυτές προσωπικό (Ελληνικό Κοινοβούλιο, 2013α).
- ❖ Παρόλο που οι στόχοι τίθενται σε σωστή βάση η ΟΚΕ επικρίνει τα κενά του νομοσχεδίου και εκφράζει τον προβληματισμό κατά πόσο η μεταρρυθμιστική προσπάθεια αναμένεται να στεφθεί με επιτυχία και να συμβάλει στη δημιουργία ενός καθολικού και αποτελεσματικού συστήματος υγείας με ισότιμη πρόσβαση των πολιτών και προαγωγή της κοινωνικής ευημερίας. Κενά εντοπίζονται στην επαρκή στελέχωση του ΠΕΔΥ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και λοιπών επαγγελματιών υγείας και προβλήματα ανεπάρκειας χρηματοδοτικών πόρων προκειμένου να διασφαλισθεί η οικονομική βιωσιμότητα του νέου συστήματος (ΟΚΕ, 2014). Μεγάλη παράλειψη αποτελεί η απουσία πρόβλεψης για υγειονομική κάλυψη των ανασφαλιστών καθώς πρωτίστης σημασίας είναι η παροχή πλήρους και δωρεάν κάλυψης της εν λόγω μερίδας των πολιτών και η άμεση αντιμετώπιση της υγειονομικής απορίας (ΟΚΕ, 2014).

Μεταξύ της πληθώρας αντιδράσεων στον τύπο, έντονη είναι αυτή του κ. Βλασταράκου, Προέδρου του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, που στηλιτεύει την πρόχειρη κατάρτιση του νομοσχεδίου και προειδοποιεί για απόλυση των υπηρετούντων στα πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ ιατρών, αποκαλώντας το χαρακτηριστικά «ταφόπλακα στη δημόσια πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» (Βλασταράκος, 2014).

Σφοδρές υπήρξαν οι αντιδράσεις από τα κόμματα της αντιπολίτευσης καθώς κατηγορούν την κυβέρνηση για περαιτέρω ενίσχυση της ιδιωτικής επιχειρηματικότητας στον χώρο της υγείας, συμπίεσης των υγειονομικών αναγκών σε ένα ασφυκτικό δημοσιονομικό πλαίσιο και

μετακύλισης του κόστους στους πολίτες. Χαρακτηριστικές είναι οι αντιδράσεις των βουλευτών του ΣΥΡΙΖΑ κ. Στρατούλη, που κατηγορεί τον κ. Γεωργιάδη, υπουργό Υγείας, για πολιτικό καιροσκοπισμό και αδιαφορία περί της διατήρησης του δημόσιου χαρακτήρα της περίθαλψης και του κ. Ζαχαρία περί ψευδεπίγραφης μεταρρύθμισης που υπακούει στους αδυσώπητους νόμους της νεοφιλελεύθερης αγοράς αντιμετωπίζοντας τους πολίτες ως οικονομικό μέγεθος (Σταυρόπουλος, 2014). Ο κ. Κουρουμπλής, κοινοβουλευτικός εκπρόσωπος του ΣΥΡΙΖΑ, επισημαίνει τη μη σύνδεση της νομοθετικής πρωτοβουλίας με τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά ανά περιφέρεια βάσει του υγειονομικού χάρτη και τη μη αναφορά σε συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης των υπουργικών αποφάσεων (Σταυρόπουλος, 2014). Ο κ. Κακλαμάνης, βουλευτής της ΝΔ, παρότι δήλωσε ότι θα ψηφίσει το νομοσχέδιο επί της αρχής, αναγνωρίζει ότι πρόκειται για αποτέλεσμα πίεσης υπό τις παρούσες οικονομικές συνθήκες και δεν αρμόζει σε δημοκρατίες δυτικού τύπου (Σταυρόπουλος, 2014). Ο κ. Ανδρουλάκης, ανεξάρτητος βουλευτής, με απαγγελία κρητικής μαντινάδας, υπονοεί τον εξαναγκασμό του Υπουργείου Υγείας να ανταποκριθεί σε μνημονιακές υποχρεώσεις μέσω της απαλλαγής του δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης από 1.500-2.000 εργαζόμενους (Σταυρόπουλος, 2014). Η βουλευτής της ΔΗ.ΜΑΡ. Μάρκου Κατερίνα τονίζει ότι η επιλογή μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο δημόσιο τομέα και άσκησης ιδιωτικού επαγγέλματος προϋποθέτει την εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού μισθού, πράγμα που δε διαφαίνεται στο κατατεθέν νομοσχέδιο (Μάρκου, 2014).

Γ.5 Βασικά κριτήρια εξαγωγής έγκυρων αποτελεσμάτων

Στη σημερινή εποχή υπάρχει διαθέσιμο πλήθος σταθμισμένων εργαλείων μέτρησης που μπορούν να χρησιμοποιούν οι ερευνητές λόγω της προγενέστερης εφαρμογής και αξιολόγησης τους σε πραγματοποιηθείσες έρευνες (Gibbon, 1995) ενώ τα βασικά κριτήρια για την εξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων στις έρευνες ικανοποίησης στο χώρο της υγείας είναι η αξιοπιστία (reliability) και η εγκυρότητα (validity)¹⁸. Ένα εργαλείο μέτρησης θεωρείται αξιόπιστο όταν εμφανίζει σταθερά αποτελέσματα σε διαδοχικές μετρήσεις στο ίδιο

¹⁸ Σύμφωνα με τον Oppenheim, το παράδειγμα ενός ρολογιού μπορεί να αποτυπώσει τις μη αλληλένδετες και μη αλληλεξαρτώμενες έννοιες της εγκυρότητας και αξιοπιστίας καθώς ένα έγκυρο ρολόι δείχνει τη σωστή ώρα σε δεδομένη χρονική στιγμή ενώ ένα αξιόπιστο ρολόι δείχνει τη σωστή ώρα καθόλη τη διάρκεια λειτουργίας του (Oppenheim, 1994).

δείγμα και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές με απαραίτητη προϋπόθεση να μην έχει συμβεί ένα εξαιρετικά σημαντικό γεγονός μεταξύ των μετρήσεων (Polit & Hungler, 1999, Gilbert, 1993). Η αξιοπιστία μετράται με το συντελεστή συσχέτισης r (correlation coefficient) και λαμβάνει τιμές από 0 έως 1, όπου η τιμή 0 αναδεικνύει τη μη αξιοπιστία του εργαλείου μέτρησης ενώ η τιμή 1 τη μέγιστη αξιοπιστία (Litwin, 1995). Η εκτίμηση της αξιοπιστίας ενός ερωτηματολογίου δύναται να πραγματοποιηθεί με τις κάτωθι μεθόδους (Γαλάνης, 2013): i) αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου, ii) αξιοπιστία εναλλακτικών μορφών, iii) αξιοπιστία ημίσεων τμημάτων, iv) αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και v) αξιοπιστία μεταξύ παρατηρητών.

Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης δεν διασφαλίζει την εγκυρότητα του (LoBiondo-Wood & Haber, 1994) καθώς η εγκυρότητα αντανακλά την έννοια την οποία διατείνεται ότι μετράει και επιτυγχάνεται όταν έχει χρησιμοποιηθεί κατ' επανάληψη και επιτυχώς σε πληθυσμό για τον οποίο έχει σχεδιαστεί (Bowling, 2002). Η εκτίμηση της εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου δύναται να πραγματοποιηθεί με τις κάτωθι μεθόδους (Γαλάνης, 2013): i) εγκυρότητα περιεχομένου, ii) εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, iii) εγκυρότητα κριτηρίου και iv) εγκυρότητα όψης.

Η ενσωμάτωση των εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων κρίνεται καίρια για την περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με οφέλη τόσο για τους ασθενείς -υγειονομικά, ψυχολογικά, οικονομικά- όσο και τους επαγγελματίες υγείας -επιβράβευση, καλές διαπροσωπικές σχέσεις με ασθενείς (Πιερράκος και συν., 2013).