



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ,
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ**

Υπό:

**ΕΛΕΝΗΣ ΜΠΡΟΤΖΑΚΗ
ΜΑΙΑΣ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ:

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΟΥΤΣΟΥΡΗΣ

ΑΘΗΝΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2018

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ,
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ**

Υπό:

**ΕΛΕΝΗΣ ΜΠΡΟΤΖΑΚΗ
ΜΑΙΑΣ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ:

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΟΥΤΣΟΥΡΗΣ

ΑΘΗΝΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2018

Η σελίδα αυτή είναι σκοπίμως κενή.

<u>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ</u>	7
<u>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</u>	9
<u>ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ</u>	10
<u>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</u>	11
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	12
<u>ABSTRACT</u>	14
<u>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	16
<u>1.1. Η πολιτική υγείας όπως διαμορφώνεται στον 21^ο αιώνα</u>	16
<u>1.2. E-health και πολίτες</u>	16
<u>1.3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</u>	17
<u>1.4. Σκοπός</u>	18
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	19
<u>2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</u>	20
<u>2.1. Προσδιορισμός της έννοιας «Ποιότητα», εξέλιξη και μέλλον της σε βάθος χρόνου</u>	20
<u>2.2. Η ποιότητα στην Υγεία</u>	21
<u>2.3. Εθνική πολιτική ποιότητας-Η Ελληνική πραγματικότητα</u>	22
<u>2.4. Σύνοψη</u>	24
<u>Η ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ</u>	25
<u>3.1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιος λίθος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)</u>	25
<u>3.2. Δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας</u>	29
<u>3.3. Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος (περιγραφή)</u>	31
<u>3.4. Βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με την χρήση της ηλεκτρονικής τεχνολογίας (Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος)</u>	32
<u>3.5. Σύνοψη</u>	34
<u>4. ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ</u>	35
<u>4.1. Χρόνος αναμονής</u>	35
<u>4.1.1. Παράμετροι μέτρησης του χρόνου αναμονής</u>	35
<u>4.2. Ικανοποίηση των ασθενών από τις παροχές ΠΦΥ</u>	37
<u>4.3. Σύνοψη</u>	38
<u>5. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ</u>	39
<u>5.1. Οι πολιτικές δημόσιας υγείας για τους εμβολιασμούς</u>	39
<u>5.2 Σύνοψη</u>	42
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	44
<u>6. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ</u>	45
<u>6.1. Αναζήτηση βιβλιογραφίας</u>	45
<u>6.2. Επιλεξιμότητα Αρθρογραφίας</u>	45

6.3.	<u>Δεδομένα</u>	45
6.4.	<u>Ανάλυση Δεδομένων και Στατιστική Ανάλυση</u>	45
6.5.	<u>Συνοπτική Παρουσίαση Ορισμένων Βασικών Δεικτών Υγείας Στην Ελλάδα</u>	46
6.6.	<u>Περιορισμοί</u>	46
7.	<u>ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΑ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ</u>	47
7.1.	<u>Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και κόστος από ίδια δαπάνη</u>	47
7.2.	<u>Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και απόσταση</u>	48
7.3.	<u>Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω χρόνου αναμονής</u>	49
7.4.	<u>Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω υψηλού ιδίου κόστους, ή απόστασης, ή χρόνου αναμονής</u> 50	
7.5.	<u>Βαθμός ικανοποίησης</u>	51
	<u>7.5.1. Συσχετίσεις κατά Pearson ως προς τις δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες περίθαλψης</u>	53
7.6.	<u>Συσχετίσεις μεταξύ του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες περίθαλψης και άλλων μεταβλητών της δημόσιας υγείας</u>	53
8.	<u>ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</u>	54
8.1.	<u>Ποσοστό αδυναμίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και ανεργία</u>	54
8.2.	<u>Ποσοστό αδυναμίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και πλήθος ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού</u>	56
9.	<u>Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ</u>	60
9.1.	<u>Ο εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας</u>	60
9.2.	<u>Ο εμβολιασμός κατά της ιλαράς</u>	61
9.3.	<u>Συσχετίσεις των ποσοστών εμβολιασμού με μεταβλητές της δημόσιας υγείας</u>	62
10.	<u>ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</u>	63
10.1.	<u>Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας/τετάνου</u>	63
	<u>10.1.1. Παλινδρομήσεις μεταξύ της δημόσιας δαπάνης και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας/τετάνου</u>	63
	<u>10.1.2. Παλινδρομήσεις της ίδιας δαπάνης για την υγεία ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας/τετάνου</u>	
	64	
	<u>10.1.3. Παλινδρομήσεις του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας/τετάνου</u>	65
10.2.	<u>Εμβολιασμός κατά της ιλαράς</u>	67
	<u>10.2.1. Παλινδρομήσεις μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της ιλαράς</u>	67
	<u>10.2.2. Παλινδρομήσεις μεταξύ της ίδιας δαπάνης για υπηρεσίες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της ιλαράς</u>	68
	<u>10.2.3. Παλινδρομήσεις του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της ιλαράς</u>	70
11.	<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ</u>	72

<u>12</u>	<u>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u>	75
<u>13</u>	<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	77

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 3-1. Κατανομή γενικών ιατρών στην Ελλάδα ανά 10.000 κατοίκους (20, 21).....	26
Εικόνα 5-1. Εμβολιασμός έναντι της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη (20).	40
Εικόνα 5-2. Εμβολιασμός έναντι της ιλαράς (28).	41
Εικόνα 7-1. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω του υψηλού κόστους τους (η παροχή υπηρεσιών από την ΠΦΥ) (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).....	48
Εικόνα 7-2. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω μεγάλης απόστασης (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).	49
Εικόνα 7-3. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).	50
Εικόνα 7-4. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω είτε μεγάλου ιδίου κόστους, απόστασης, ή μεγάλου χρόνου αναμονής (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).....	51
Εικόνα 7-5. Ποσοστό των πολιτών, που δήλωσε ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).....	52
Εικόνα 9-1. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας στην Ελλάδα κατά τα έτη 1980-2013 (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).	60
Εικόνα 9-2. Εμβολιασμός κατά της ιλαράς στην Ελλάδα κατά τα έτη 1984-2013 (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).	61
Εικόνα 10-1. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004-2013 και δημόσια δαπάνη για την υγεία (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).	63
Εικόνα 10-2. Παλινδρόμηση της δημόσιας δαπάνης υγείας και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της διφθερίτιδας/τετάνου (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).	64
Εικόνα 10-3. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004-2013 και ίδια δαπάνη για υπηρεσίες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).	65
Εικόνα 10-4. Παλινδρόμηση της ίδιας δαπάνης για υπηρεσίες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της διφθερίτιδας/τετάνου (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).	65
Εικόνα 10-5. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας στην Ελλάδα κατά τα έτη 1999-2011 και του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, σε απόλυτους αριθμούς (πηγή :Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat), πίνακας: Health personnel employed in hospital [hlth_rs_prshp1]).	66
Εικόνα 10-6. Παλινδρόμηση του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε υπηρεσίες υγείας και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της διφθερίτιδας/τετάνου (πηγή :Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat), πίνακας: Health personnel employed in hospital [hlth_rs_prshp1]).	67
Εικόνα 10-7. Εμβολιασμός κατά της ιλαράς στην Ελλάδα κατά τα έτη 1988-2013 και του ποσοστού των συνολικών δαπανών για υπηρεσίες υγείας (πηγή :OECD).	68
Εικόνα 10-8. Παλινδρόμηση του ποσοστού της συνολικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της ιλαράς (πηγή :OECD).	68
Εικόνα 10-9. Εμβολιασμός κατά της ιλαράς στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004-2013 και της ίδιας δαπάνης ως ποσοστό του ΑΕΠ (πηγή :OECD).	69
Εικόνα 10-10. Παλινδρόμηση του ποσοστού της ίδιας δαπάνης ως ποσοστό του ΑΕΠ για υπηρεσίες υγείας και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της ιλαράς (πηγή :OECD).	70

Εικόνα 10-11. Εμβολιασμός κατά της ιλαράς στην Ελλάδα κατά τα έτη 1999-2011 και του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, σε απόλυτους αριθμούς (πηγή: OECD).....	71
Εικόνα 10-12. Παλινδρόμηση του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε υπηρεσίες υγείας και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της ιλαράς (πηγή: OECD).....	71

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2-1. Χαρακτηριστικά της Υγειονομικής φροντίδας.....	22
Πίνακας 3-1. Αριθμός γενικών ιατρών ανά 10.000 κατοίκους 2010-2015 (20, 21).	26
Πίνακας 3-2. Δείκτες δομής ,διαδικασίας, αποτελέσματος (25).	30
Πίνακας 5-1. Εμβολιασμός έναντι της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη (20).	40
Πίνακας 5-2. Εμβολιασμός έναντι της ιλαράς (21).	41
Πίνακας 7-1. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω του υψηλού κόστους τους (η παροχή υπηρεσιών από την ΠΦΥ) (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).	47
Πίνακας 7-2. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω μεγάλης απόστασης (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).	49
Πίνακας 7-3. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).	50
Πίνακας 7-4. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω είτε μεγάλου ιδίου κόστους, απόστασης, ή μεγάλου χρόνου αναμονής (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).	51
Πίνακας 7-5. Ποσοστό των πολιτών, που δήλωσε ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).	52
Πίνακας 9-1. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004-2013 (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).	60
Πίνακας 9-2. Εμβολιασμός κατά της ιλαράς στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004-2013 (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).	61

ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ

AMR	Automated Medical Record
CMR	Computerized Medical Record
EMR	Electronic Medical Record
EPHR	Electronic Health Record
FTA	Fault Tree Analysis
HIMSS	Health Information Management Systems Society
ISO	International Standard Organization
MRI	Medical Health Record
PHR	Personal Health Record
RBD	Reliability Block Diagrams
WHO	World Health Organization
ΑΜΚΑ	Ατομικό Μητρώο Κοινωνικής Ασφάλισης
ΓΣΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΛΟΤ	Ελληνικός Οργανισμός Ποιότητας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚτΠ	Κοινωνία της Πληροφορίας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής
ΠεΣΥ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΙΕΕΠΥΥ	Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΔΥ	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
NHS	National Health Service
ΚΥ	Κέντρα Υγείας
ΠΙ	Περιφερειακά Ιατρεία
ΤΕΠ	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΔΥΠε	Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών
TQM	Total Quality Management
ΕΟΠΥΥ	Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής
ΗΦΑ	Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ECHI	European Core Health Indicators

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στα πλαίσια ολοκλήρωσης της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου σε ένα σύνολο ανθρώπων που στάθηκαν αρωγοί στην ολοκλήρωση της προσπάθειάς μου.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω καθηγητή κο. Κουτσούρη Δημήτριο για την προσφορά του θέματος της διπλωματικής εργασίας και της πολύτιμης καθοδήγησης ,συμπαράστασης και εκτίμησης που μου έδειξε. Θα ήθελα ακόμα να εκφράσω τις ευχαριστήριες μου στον ερευνητή κο. Λάμπρου Γεώργιο για την πολύτιμη και απρόσκοπτη βοήθεια που μου πρόσφερε με αξιολάτρευτο ζήλο και υπομονή.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με στήριξε σε όλο αυτόν τον αδιάκοπο αγώνα καθώς και την φίλη και κουμπάρα μου Λουκία για την συνεχή και αμέριστη συμπαράσταση που μου έδειξαν στα τρία αυτά χρόνια που διήρκεσε το μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία έχει θέμα την Οικονομική Κρίση (2008-2014) και τις επιπτώσεις της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την υγεία των Ελλήνων. Η τρέχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση έχει χαρακτηριστεί ως η σοβαρότερη των τελευταίων ετών. Οι επιπτώσεις της έχουν επηρεάσει μεγάλο μέρος του κόσμου ακόμα και οικονομίες που ήταν δυνατές. Η απώλεια εργασίας καθώς και η μείωση των ωαρίων, σε συνδυασμό με την εκμετάλλευση και τις αντίξοες συνθήκες εργασίας κατέστησαν την Ελλάδα στη χώρα με τους χειρότερους οικονομικούς δείκτες.

Μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης.

Η ανάγκη παροχής ποιοτικών υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι απαραίτητη διότι και η ικανοποίηση των χρηστών μειώθηκε και η πρόσβαση είναι δυσκολότερη στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης από την εποχή που η χώρα μπήκε στην κρίση.

Εισαγωγή: Με δεδομένη την πίεση που υφίσταται το σύστημα υγείας της χώρας, ιδιαίτερα με την συνεχιζόμενη οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, η ανάγκη για οργανωτικές και δομικές μεταρρυθμίσεις καθίσταται πέραν του δέοντος απαραίτητη. Για το σκοπό αυτό πολιτικές υγείας που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χρειάζεται να επανεξεταστούν και να επαναπροσδιοριστούν. Οι διαρθρωτικές αλλαγές που χρειάζεται να υλοποιηθούν άμεσα χρειάζεται να αναδείξουν την αναγκαιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η ανάλυση της προσβασιμότητας, της ικανοποίησης και των εμβολιασμών στην Ελλάδα σαν τμήμα της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της χώρας.

Μεθοδολογία: Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από μελέτη προηγούμενων ετών για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Τα στοιχεία που μελετήθηκαν ήταν η ικανοποίηση, η προσβασιμότητα, οι χρόνοι αναμονής, ο εμβολιασμός των παιδιών κατά της διφθερίτιδας και κατά της ιλαράς. Τα στοιχεία αντλήθηκαν από την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία, την Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας, την Στατιστική Υπηρεσία της Αγγλίας, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης.

Η αναζήτηση των δεδομένων έγινε με τη χρήση κατάλληλων λέξεων ευρετηριασμού στις βάσεις δεδομένων του Π.Ο.Υ. και του Ο.Ο.Σ.Α. ενώ η σχετική αρθρογραφία αντλήθηκε από το PubMed και το Science Direct.

Αποτελέσματα: Στην Ελλάδα πριν την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης (2006-2008) το ποσοστό των πολιτών που αδυνατούσε να προσέλθει στις δομές της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κυμαινόταν από 5,7% μέχρι και 5,4% (2008). Μετά την οικονομική κρίση (2009-2015) το ποσοστό αυτό σχεδόν διπλασιάστηκε φτάνοντας το 12,3% (2015). Αντίστοιχα η ικανοποίηση των χρηστών από

τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας υγείας εμφάνισε ιδιαίτερα πτωτική τάση. Το ποσοστό πριν την έναρξη της κρίσης κυμαινόταν από 92,7% μέχρι και 92,6% (2008) παρουσιάζοντας σταθερά πτώση τα χρόνια της κρίσης και πέφτοντας μόλις στο 85,8% (2015). Ο εμβολιασμός ακολούθησε διαφορετική πορεία και την διάρκεια της κρίσης η τάση ήταν να παραμείνει σταθερός σε πολύ υψηλά επίπεδα αγγίζοντας το 99% και για την διφθερίτιδα και για την ιλαρά. Ευρήματα σημαντικά αποτέλεσαν η πιθανή αιτιολογική σχέση της δυσκολίας πρόσβασης και της αύξησης του ποσοστού ανεργίας κατά την διάρκεια της κρίσης. Σχετικά με τους εμβολιασμούς βρέθηκε υψηλή θετική συσχέτιση για τον εμβολιασμό της διφθερίτιδας με την ίδια δαπάνη ($\rho=0,942$) και για τον εμβολιασμό κατά της ιλαράς ($\rho=0,962$).

Συμπεράσματα: Η οικονομική κρίση στην οποία περιήλθε η χώρα δημιούργησε πολλά προβλήματα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε σχέση με την προσβασιμότητα και την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αν και ο εμβολιασμός παρέμεινε σε πολύ υψηλά ποσοστά. Η Πρωτοβάθμια υγεία φροντίδας χρειάζεται στρατηγικό σχεδιασμό από την πλευρά της πολιτείας που θα έχει ως στόχο την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες όπου βρίσκεται την τελευταία οκταετία.

Λέξεις κλειδιά : Ποιότητα, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, εμβολιασμός, προσβασιμότητα, ικανοποίηση.

ABSTRACT

The subject of this thesis is the economic crisis in Greece (2008-2014) and its impact on the primary healthcare. The current global economic crisis has been described as the most serious in recent years. The effects have influenced a lot of European economies. The job loss and the reduction of working hours, combined with exploitation and harsh working conditions in Greece, led the country to become the state with the worst economic indicators.

A serious economic crisis, as the present, has a serious impact on health by causing serious problems in the financing of health systems, threatening thus the viability of private insurance companies and aggravates the function of public health service units due to the increased demand. The need for quality services is imperative because, the satisfaction of patients from the primary health services showed a particularly reduction and also a difficulty of access to health care services since the Greek fiscal crisis has created.

Introduction/Background: Public health services have been under constant pressure, due to the constant fiscal crisis. Therefore, the need for organizational and restructuring reforms is imperative. Towards that purpose, health policies concerning the primary health care must be reexamined and thus reorganized. Structural changes are imperative in order to unravel the necessity for effective public primary health care.

Aim: The aim of the present work was to analyse the accessibility, satisfaction and vaccinations rates in Greece as part of the Primary Health Care of the country.

Methodology: Data was collected from previous studies on Primary Health Care. The investigated data included satisfaction, accessibility, waiting times, vaccination of children against diphtheria and measles as well as the level of dental coverage in Greece. Data were obtained from the European Statistical Authority, the Greek Statistical Authority, the UK Statistical Office, the World Health Organization and the Organization for Economic Cooperation and Development. Data search was performed using appropriate indexing words in the WHO and OECD databases while relevant articles were drawn from PubMed and Science Direct databases.

Results: Before the onset of the economic crisis (2006-2008), the proportion of citizens unable to access the primary health care structures ranged from 5,7% to 5,4% (2008) in Greece. During the fiscal crisis period (2009-2015) this figure has almost doubled to 12,3% (2015). Similarly, the satisfaction of patients from the primary health services showed a particularly downward trend. The pre-crisis rate ranged from 92,7% to 92,6% (2008), declining steadily over the crisis and dropping to just 85,8% (2015). During the same period, vaccination followed a different course. Vaccination rates remained at high levels, reaching 99% for both diphtheria and measles. Our findings suggested a probable causal relationship between the difficulty of access to health care services and the increase in unemployment rates during the fiscal crisis. Concerning vaccinations, there was a significant positive

correlation for diphtheria vaccination with the out-of-pocket expenditure ($r=0,942$) and vaccination against measles ($r=0,962$).

Conclusions: The Greek fiscal crisis has created many problems in primary health care in relation to the accessibility and satisfaction of citizens by the services provided, while vaccination remained at high rates. Primary care requires public strategic planning that aims to the improvement of the provided health services, taking into account the specifics of the socioeconomic conditions.

Keywords: *Quality, primary health care, electronic medical records, vaccination, accessibility, satisfaction.*

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Η πολιτική υγείας όπως διαμορφώνεται στον 21^ο αιώνα

Σύμφωνα με την Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Πολιτική υγείας ορίζεται σαν «...το σύνολο των αποφάσεων των σχεδίων και των ενεργειών για την υλοποίηση συγκεκριμένων στόχων σε μια κοινωνία...»¹. Η Πολιτική Υγείας αποτελεί μέρος της κοινωνικής πολιτικής κάθε κράτους κάτι σαν υποσύνολο της ουσιαστικά, συμβάλλοντας κυριολεκτικά στην βελτίωση της κατάστασης υγείας του εκάστοτε πληθυσμού λαμβάνοντας υπόψη την σωστή και ορθή κατανομή των οικονομικών πόρων που μπορεί ενίοτε να διαθέσει το κάθε κράτος ξεχωριστά (1).

Αναθέτοντας στο κάθε κράτος την διαχείριση των οικονομικών πόρων που προέρχονται είτε από κρατικά κονδύλια, είτε από τα ασφαλιστικά ταμεία, είτε από τον ιδιωτικό τομέα διαχειρίζεται την παραγωγή, την διανομή, όλων των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους εκάστοτε χρήστες με στόχο ένα καλύτερο επίπεδο υγείας για όλο τον πληθυσμό.

Στην Ελλάδα η Πολιτική Υγείας αναπτύχθηκε με πολύ αργούς ρυθμούς σε σχέση με τα ανεπτυγμένα κράτη της Ευρώπης συγκεκριμένα τα θεμέλια μπήκαν κυρίως από το 1950 και στο εξής.

Το μέλλον αν και δυσόιωνα θα λέγαμε για την χώρα εξαιτίας της κοινωνικής και οικονομικής κρίσης στην οποία έχει μπει τα τελευταία χρόνια με την υπογραφή των Μνημονίων δεν παύει να αποτελεί μια πρόκληση για τον επανασχεδιασμό μιας διαφορετικής κατεύθυνσης στον τομέα της υγείας. Με ανακατανομή των πόρων, εξορθολογισμό των δαπανών, καλύτερη διαχείριση και επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό, τα αποτελέσματα μπορεί να εμφανιστούν γρηγορότερα και οι δείκτες να βελτιωθούν σε όλα τα επίπεδα. Η Ελλάδα βρίσκεται στο σταυροδρόμι μιας πρόκλησης για την Πολιτική Υγείας που αν επικεντρωθούν όλοι οι φορείς θα επέλθουν εξαιρετικά αποτελέσματα σε πολύ γρήγορο χρονικό διάστημα (2).

1.2. E-health και πολίτες

Στην εποχή που η τεχνολογία και η χρήση της εξελίσσεται με πολύ γοργούς ρυθμούς σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση και ο ευπαθής κατά πολλούς τομέας της υγείας. Σε αυτόν το χώρο δεσπόζει η εμφάνιση της ηλεκτρονικής υγείας (e-health) που έκανε την εμφάνιση του μετά το 1999. Η ηλεκτρονική υγεία έχει σαν κύριο στόχο την βελτίωση της υγείας των πολιτών με έμφαση κυρίως στην πρόληψη μέσω των τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνιών. Μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών, που σχετίζονται με τους ασθενείς υπάρχει η δυνατότητα για άμεση διάγνωση, παρακολούθηση και θεραπευτική παρέμβαση ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση.

Επιπλέον, η ηλεκτρονική υγεία προσφέρει πλήθος δυνατοτήτων στους χρήστες όπως είναι η δυνατότητα άμεσης αλληλεπίδρασης και σε πραγματικό χρόνο με τους παρόχους υγείας, η ανταλλαγή

¹ http://www.who.int/topics/health_policy/en/

πληροφοριών μεταξύ ασθενών και οργανισμών ή ιδρυμάτων αλλά και σε ευρύτερο επίπεδο η συνεργασία μεταξύ των ασθενών και των υγειονομικών υπηρεσιών.

Κυριολεκτικά θα πρέπει να τονιστεί, ότι η χρήση των μεθόδων της ηλεκτρονικής υγείας μπορεί και καταφέρνει να σώζει ζωές σε απομακρυσμένες περιοχές σε καθημερινή βάση γεγονός που την καθιστά απολύτως αναγκαία στην εποχή μας.

Η συμβολή της στο κοινωνικό σύνολο είναι πασιφανής, βελτιώνοντας την πρόσβαση στην περίθαλψη, αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη των Συστημάτων Υγείας σε όλο τον κόσμο. Σε ευρύτερο επίπεδο, συνεισφέρει εξίσου σημαντικά τόσο στην αποδοτικότητα όσο και την βιωσιμότητα στον τομέα της υγείας.

Στην Ευρώπη εντάθηκαν οι προσπάθειες αυτές σε πολύ μεγάλο βαθμό ιδίως τα τελευταία χρόνια, μέσω της δημιουργίας ενός «Ευρωπαϊκού Χώρου Ηλεκτρονικής Υγείας». Δημιουργήθηκαν συστήματα ηλεκτρονικών μητρώων υγείας, αναπτύχθηκαν δίκτυα ανταλλαγής πληροφοριών που περιελάμβαναν τις Ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης αναπτύχθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό, η παροχή υπηρεσιών υγείας σε on-line σύνδεση καθώς και η ανάπτυξη τηλεσυμβουλευτικής (teleconsultation), ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (e-Prescribing), ηλεκτρονικής παραπομπής (eReferral) κ.τ.λ. (3).

1.3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** αποτελεί τον πυλώνα των Συστημάτων υγείας στις ανεπτυγμένες κυρίως χώρες τόσο στην Ευρώπη όσο και σε Διεθνές επίπεδο. Η Μεγάλη Βρετανία έχει αναπτύξει σε πολύ μεγάλο βαθμό την **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** και το θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Επίσης, οι Σκανδιναβικές χώρες, η Γερμανία, η Γαλλία, ο Καναδάς, και οι Η.Π.Α. έχουν δώσει ιδιαίτερη βαρύτητα στην **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** και πολύ λιγότερο στην Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η στρατηγική της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας Π.Ο.Υ. για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σύμφωνα με την διακήρυξη της Alma -Ata το 1978, έχει ως κύριο στόχο την στροφή προς την **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας. Η διακήρυξη βασίζεται, στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας και στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών της κοινότητας, εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο προσβασιμότητα, αποδοτικότητα και συμμετοχή του πληθυσμού (4).

Η αναγκαιότητα της **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** τόσο σε διεθνές επίπεδο όσο και στον Ελλαδικό χώρο, οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Καταρχήν, η φροντίδα σε αυτό το επίπεδο αποτελεί την πρώτη επαφή των ατόμων, των οικογενειών και του κοινωνικού συνόλου ευρύτερα με το εκάστοτε Εθνικό Σύστημα Υγείας. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα παροχής υγειονομικής φροντίδας στηριζόμενης στην ισότητα, αλληλεγγύη και κοινωνική δικαιοσύνη απέναντι στους πολίτες κάθε κράτους. Οι υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, που υπάρχουν στο σύνολο τους- σε αυτό το επίπεδο παροχής φροντίδας- συμβάλλουν στην διατήρηση και στην βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών, καθώς ο πολίτης μπορεί να λάβει εξατομικευμένη φροντίδα και να συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων, ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

Επιπλέον, θεωρείται απαραίτητη η ώθηση των πολιτών στην χρήση των υπηρεσιών της **πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας**, διότι επιτυγχάνεται αποσυμφόρηση τόσο της Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας όσο και της Τριτοβάθμιας, αλλά και μείωση των δαπανών υγείας εφόσον τα περιστατικά αντιμετωπίζονται κατ' αυτόν τον τρόπο. Η Νοσοκομειακή περίθαλψη έχει πολύ μεγάλο ημερήσιο κόστος τόσο στο Δημόσιο όσο και πολύ περισσότερο στον Ιδιωτικό τομέα.

Η **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** αποτελεί σήμερα αναπόσπαστο κομμάτι του Συστήματος Υγείας της χώρας μας διότι μέσω αυτής επιτυγχάνονται τα παρακάτω:

1. Διάγνωση και θεραπεία απλών νοσημάτων αλλά και νοσηλεία κατ' οίκον.
2. Παραπομπή σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων από τον Οικογενειακό Ιατρό εφόσον αυτό κρίνεται αναγκαίο και εφόσον δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί η κατάσταση του σε τοπικό επίπεδο.
3. Η αποθεραπεία ασθενών μετά την έξοδο τους από το Νοσηλευτικό ίδρυμα.
4. Η διεκπεραίωση πλήθους ιατροληπτικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων όπως η διενέργεια εμβολιασμών, ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening test) , η προσχολική και σχολική υγιεινή, η υγιεινή της εργασίας, η αγωγή υγείας, η παρακολούθηση εγκύων, η παροχή συμβουλών σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού (5).

1.4. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Εξετάστηκαν σε βάθος, η προσβασιμότητα, η ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, οι εμβολιασμοί αλλά και η κατανόηση της αναγκαιότητας δημιουργία βάσεων δεδομένων (ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος στην ΠΦΥ) επαρκούς πληροφόρησης θα συντελέσουν στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών στην Ελλάδα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Προσδιορισμός της έννοιας «Ποιότητα», εξέλιξη και μέλλον της σε βάθος χρόνου

Η έννοια της ποιότητας έκανε την εμφάνιση της την δεκαετία του '70 εξαιτίας της σύγκρισης των προϊόντων των δυτικών χωρών και των αντίστοιχων Ιαπωνικών. Οι Ιάπωνες κατάφεραν μέσω της ευρηματικότητας και της καινοτομίας των προϊόντων τους να παρέχουν στους πελάτες τους, ότι ακριβώς ζητούσαν σε πολύ μικρό κόστος και με πολύ καλή ποιότητα ικανοποιώντας έτσι πλήρως τους πελάτες τους ανά τον κόσμο.

Η ποιότητα όμως άρχισε να παίζει πρωτεύοντα ρόλο, με την εμφάνιση και χρήση των εργαλείων που έχει μέχρι και σήμερα των λεγόμενων control charts διαγραμμάτων στατιστικού ελέγχου ποιότητας (6). Τα διαγράμματα αυτά μας υποδεικνύουν την σταθερότητα των διαδικασιών που ελέγχουμε αλλά και την πρόβλεψη της μελλοντικής απόδοσης της διαδικασίας (7, 8). Ένας από τους στόχους που τέθηκαν και περατώθηκαν με το πέρασμα των χρόνων, αποτελεί η συνεχής βελτίωση της ποιότητας μέσω: (α) της εστίασης στον πελάτη και της ικανοποίησης του (ασθενούς, καταναλωτή, προμηθευτή), αλλά και (β) μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του εκάστοτε προσωπικού ώστε να επιτευχθούν τα βέλτιστα αποτελέσματα.

Ο ακριβής ορισμός της ποιότητας ακόμα και σήμερα δεν έχει αποσαφηνιστεί ακριβώς, διότι μεταβάλλεται συνεχώς ανάλογα με τις εκάστοτε αλλαγές στην οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών. Η ποιότητα ορίστηκε σαν την «*συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις*» (9) ενώ ο αργότερα δόθηκε ο ορισμός κατά τον οποίον ποιότητα είναι η «*...ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη...*» (10). Η Αμερικανική Ένωση για την Ποιότητα απέδωσε ως προς τα τεχνικά χαρακτηριστικά τον εξής ορισμό : « *Τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που έχει την ικανότητα να ικανοποιεί ανάγκες που εκφράζονται άμεσα ή έμμεσα από τους πελάτες*».

Η διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance QA) : αποτελεί σήμερα μια συνεχή διαδικασία, δίνοντας έμφαση στην τήρηση συγκεκριμένων διαδικασιών μέσω ενός στρατηγικού σχεδιασμού που αποβλέπει όχι μόνο στον έλεγχο της αλλά και στην πρόληψη της (11), όμως προκειμένου να επιτευχθεί και να μπορέσει να μετεξελιχθεί η βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας, κρίθηκε απαραίτητη η συμμετοχή και βοήθεια που θα παρείχε η διοίκηση μέσω ενός διαφορετικού «οράματος» και φιλοσοφίας της λεγόμενης Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) (TQM).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί κατά τον Coates (1993) «*...μια προληπτική στρατηγική που αντικαθιστά την επανάληψη της δουλειάς με σχεδιασμό, συντονισμό και έλεγχο...*» (3). Τα οφέλη και τα πλεονεκτήματα, που ανακύπτουν από την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, αποτελούν πλέον αναπόσπαστο κομμάτι σε όλους σε όλους τους οργανισμούς που στηρίζονται σε αυτήν την φιλοσοφία. Σήμερα, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια διαδικασία συνεχούς προγραμματισμού, βελτίωσης και αξιολόγησης των δραστηριοτήτων, των διαδικασιών και των αξιολογήσεων σε επίπεδο ατομικό και συλλογικό. Αναπόδραστα, αποτελεί κομμάτι του στρατηγικού

σχεδιασμού σε κάθε οργανισμό που επιθυμεί να παράγει αξιόπιστα και σωστά αποτελέσματα, το απαιτούν οι συνθήκες και οι απαιτήσεις της εποχής.

Στις Η.Π.Α καθιερώθηκε για αυτό το σκοπό το βραβείο *Baldrige*, το οποίο αναγνωρίζει ετησίως τις αμερικανικές επιχειρήσεις, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης και τις κυβερνητικές ή μη κερδοσκοπικές οργανώσεις που αποτελούν πρότυπα για την αριστεία των οργανωτικών επιδόσεων. Οι οργανισμοί αξιολογούνται βάσει κριτηρίων από επτά κατηγορίες²:

- Ηγεσία
- Στρατηγική
- Οι πελάτες
- Μέτρηση, ανάλυση και διαχείριση γνώσης
- Εργατικό δυναμικό
- Λειτουργίες
- Αποτελέσματα

2.2. Η ποιότητα στην Υγεία

Η υγεία αποτελεί το ύψιστο αγαθό τόσο σε επίπεδο λαών όσο και σε ατομικό επίπεδο διότι επιδρά στο οικονομικό, κοινωνικό και στο πολιτισμικό επίπεδο μιας χώρας με ποικίλους τρόπους. Στην βελτίωση της υγείας προσπάθησαν να συμβάλουν εκάστοτε τα Συστήματα Υγείας των χωρών μέσω διαδικασιών και στρατηγικών σχεδιασμών για την επίτευξη καλύτερων παροχών στους «πελάτες» δηλαδή στους ασθενείς. Για την επίτευξη όλων των παραπάνω, κρίνεται απαραίτητη η χρήση των αναγκαίων εργαλείων για την μέτρηση της υγείας των δεικτών που δίνουν σαφή και ευδιάκριτα αποτελέσματα για την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας.

Οι εννοιολογικοί ορισμοί που δόθηκαν ενίοτε ήταν περίπου ίδιοι όσο αναφορά στην σημασία τους. Κατά τους *Carter & Blomqvist* (1997) υγεία θεωρήθηκε η «απουσία της νόσου», ορισμός όμως που σύντομα εγκαταλείφθηκε εξαιτίας της συνεχούς και ταχύτατης αλλαγής σε όλα τα επίπεδα της επιστήμης (12). Επικράτησε τελικά ένας πιο εμπειριστωμένος ορισμός της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), που υιοθετήθηκε από τη Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία (Νέα Υόρκη, 19-22 Ιουνίου 1946), υπεγράφη από αντιπροσώπους 61 κρατών στις 22 Ιουλίου 1946 (13), «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας»³.

Καινοτόμος και ιδιαίτερα ευρηματικός σε θέματα ορισμού και βελτίωση της ποιότητας της υγείας υπήρξε ο *Donabedian*, παρατηρώντας και καταγράφοντας τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή φροντίδας (14, 15):

- 1) το τεχνικό μέρος (technical)
- 2) το διαπροσωπικό μέρος και (interpersonal)

² <https://www.nist.gov/>

³ Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

3) την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities)

Σε άλλο άρθρο του ο *Donabedian* (1990), περιέγραψε τα 7 χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που βλέπουμε στον ακόλουθο πίνακα (**Πίνακας 2-1**) (14).

Πίνακας 2-1. Χαρακτηριστικά της Υγειονομικής φροντίδας.

1) Κλινική αποτελεσματικότητα	Βέλτιστη δυνατότητα με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας
2) Αποτελεσματικότητα	Βαθμός υλοποίησης υγειονομικών βελτιώσεων
3) Αποδοτικότητα	Επίτευξη μέγιστων υγειονομικών βελτιώσεων με το μικρότερο κόστος
4) Βελτιστότητα	Ισοζύγιο κόστος- όφελος με τα καλύτερα αποτελέσματα
5) Αποδεκτικότητα	Προσαρμογή στις ανάγκες των ασθενών σχετικά με την προσπελασιμότητα
6) Νομιμότητα	Είναι συναφή με τα παραπάνω
7) Δίκαιη κατανομή ωφελειών	Δίκαιος καταμερισμός παροχής φροντίδας

2.3. Εθνική πολιτική ποιότητας. Η Ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα υπήρχαν πάντοτε προβλήματα σχετικά με τον προγραμματισμό και το στρατηγικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, εξαιτίας των πολλών ιδιαιτεροτήτων που καθιστούσαν δύσκολη και ανέφικτη την κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια (16).

Η απουσία ενός καθολικού συστήματος αξιολόγησης, εξαιτίας της έλλειψης πολιτικής βούλησης αλλά και της αδυναμίας κατανόησης της έννοιας της «ποιότητας» σε βάθος οδήγησαν σε αυτήν την κατάσταση. Εντούτοις, υπήρξαν και καταβάλλονται προσπάθειες προκειμένου να οδηγηθεί η χώρα μας στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες με βάση ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο.

Υπήρξαν αρκετές νομοθετικές πράξεις και αναθεωρήσεις αυτών, με στόχο την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα ο νόμος 2519/1997⁴ θεσμοθετεί στο άρθρο 9 τον ποιοτικό έλεγχο των προσφερόμενων υπηρεσιών όπου συνίσταται αυτοτελής οργανική μονάδα με την επωνυμία Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΙΕΠΥΥ) με εξής σκοπούς:

- 1) Την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.
- 2) Την στατιστική ανάλυση και την οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών υγείας.
- 3) Τον έλεγχο διασφάλισης των υπηρεσιών υγείας κ.τ.λ.
- 4) Την χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- 5) Την συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και άλλα ερευνητικά κέντρα στον τομέα των επιστημών υγείας κ.τ.λ.

⁴ ΦΕΚ 165Α', 21/08/1997

Βέβαια παρόλο που τέθηκαν οι βάσεις προς αυτήν την κατεύθυνση ωστόσο δεν επιτεύχθηκαν τα ανάλογα αποτελέσματα που οριοθετήθηκαν, καθώς το ινστιτούτο δεν τέθηκε σε πλήρη λειτουργία όπως αρχικά σχεδιάστηκε.

Εκ νέου με το νόμο του 2889/2001⁵ () θεσμοθετούνται τρία νέα τμήματα

- 1) Το Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας (με κύριο σκοπό την καταγραφή και ανάλυση όλων των επιδημιολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντολογικών στοιχείων για την χάραξη πολιτικής υγείας στην περιφέρεια).
- 2) Το Τμήμα βελτίωσης του ελέγχου ποιότητας (το οποίο καθιερώνει και γνωστοποιεί κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας από τις μονάδες του ΠεΣΥ) και
- 3) Το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης (Research and Development το οποίο έχει ως κύριο μέλημα την διαχείριση κονδυλίων ερευνητικών, αναπτυξιακών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων προερχόμενα από την χρηματοδότηση αντίστοιχων επιστημονικών προτάσεων εργαζομένων στο ΕΣΥ.

Η προσπάθεια για την δημιουργία φορέων και ενός ενιαίου χάρτη υγείας συνεχίζεται μέχρι σήμερα αλλά απαιτούνται επιπλέον νομοθετικές ρυθμίσεις ώστε να επιτευχθούν οι ανάλογοι στόχοι.

Νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια υπήρξε με το νόμο 3172/2003⁶, που έχει ως στόχο την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Συγκεκριμένα, το άρθρο 6 για τη «*Φύση και τις αρμοδιότητες του ΕΣΥΔΥ*» λειτουργεί σαν ένα γνωμοδοτικό, συμβουλευτικό και επιστημονικό όργανο που γνωμοδοτεί σε πολλά ζητήματα όπως:

- 1) Σε θέματα αξιολόγησης κινδύνων της Δημόσιας Υγείας και σε περιπτώσεις κρίσεων.
- 2) Υποβάλλει προτάσεις για την διαμόρφωση της εθνικής στρατηγικής για την Δημόσια υγεία.
- 3) Γνωμοδοτεί σε ειδικότερα θέματα στρατηγικής για την Δημόσια υγεία.
- 4) Γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας, και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
- 5) Γνωμοδοτεί για τις ερευνητικές προτεραιότητες για την δημόσια υγεία.

Ο Νόμος αυτός ήρθε να καλύψει τους υπόλοιπους και σε συνδυασμό με τον αμέσως επόμενο που κατατέθηκε ένα χρόνο αργότερα το 2004 (Ν. 3235/2004 «*Γενικές Διατάξεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*»)⁷ έγινε μια πληρέστερη προσπάθεια για την βελτίωση της ποιότητας της υγείας στην χώρα μας. Με αυτό το νόμο, καθιερώθηκε ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού και θα έρχεται πρώτος σε επαφή με τον ασθενή και θα τον κατευθύνει ανάλογα. Υπάρχει επιπλέον η Σύσταση Φορέα Πιστοποίησης Κέντρων Υγείας ,που θα ελέγχει τους φορείς παροχής ΠΦΥ υποβάλλοντας ετήσιες εκθέσεις, αξιολογήσεις στα αρμόδια υπουργεία. Η πιστοποίηση των Κέντρων Υγείας θα γίνεται βάση των εξής κριτηρίων:

- 1) Ιατρική υποδομή και εξοπλισμός.
- 2) Ξενοδοχειακή υποδομή και εξοπλισμός.

⁵ ΦΕΚ 37Α', 02/03/2001

⁶ ΦΕΚ 197Α', 06/08/2003

⁷ ΦΕΚ 53Α', 18/02/2004

- 3) Υποδομή μηχανογράφησης.
- 4) Στελέχωση για τον αριθμό του προσωπικού αλλά και τα απαιτούμενα προσόντα και την εξειδίκευση του.
- 5) Τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών.
- 6) Διαδικασίες πρόσβασης.
- 7) Ποιότητα έργου και εξυπηρέτηση κοινού.
- 8) Διασύνδεση των φορέων ΠΦΥ τόσο μεταξύ τους όσο και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης.
- 9) Ποιότητα τήρησης διαδικασιών.

Η παραγωγή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε κάθε χώρα, όπως και στην Ελλάδα, αποτελεί μια πρόκληση, που όμως για να επιτευχθεί σε έναν ικανοποιητικό βαθμό απαιτείται όχι μόνο πολιτική βούληση, αλλά και ένα στρατηγικό μακροπρόθεσμο πλάνο αλλά και διαρκής ποιοτικός έλεγχος. Επιπρόσθετα κρίνεται αναγκαία η διασύνδεση όλων των φορέων και οργανισμών μέσω Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων και ιδιαίτερα για την ΠΦΥ με την χρήση του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου σε καθημερινή βάση, την πλήρη μηχανοργάνωση του συστήματος υγείας, την αξιολόγηση όλων των δεδομένων που θα συγκεντρωθούν από τους φορείς και τους διάφορους οργανισμούς ώστε να παρέχονται ποιοτικές και αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας.

2.4. Σύνοψη

Η ποιότητα αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο για όλα τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, που προσπαθεί και κάνει βήματα αργά μεν αλλά πλέον σταθερά ιδιαίτερα σε μια δύσκολη χρονική περίοδο, ένεκα της οικονομικής κρίσης που έχει επηρεάσει την χώρα τα τελευταία χρόνια. Όμως παρόλα αυτά, μεταρρυθμιστικές κινήσεις έγιναν αρκετές με νόμους και διατάξεις που είχαν σαν στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας βασισμένους σε Διεθνή Πρότυπα και Κανονισμούς, τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα, διότι χρειάζεται να διανυθεί πολύς δρόμος ακόμα. Επιτακτική κρίνεται η συνειδητοποίηση, της αναγκαιότητας της χρήσης των προτύπων από τους πολιτικούς φορείς, τους επαγγελματίες υγείας, από τους χρήστες της υγείας και από όλο το κοινωνικό σύνολο. Μόνο η παραδοχή θα οδηγήσει στο αναμενόμενο αποτέλεσμα και γι' αυτό πρέπει να συμβάλουν όλοι με κάθε μέσο και με κάθε όπλο που διαθέτουν. Σίγουρα δεν θα εμφανιστούν αμέσως τα αναμενόμενα αποτελέσματα όμως το λιθαράκι έχει μπει και με τον κατάλληλο σχεδιασμό θα επιτευχθούν σε βάθος χρόνου μεγάλο μέρος των προκαθορισμένων στόχων.

3. Η ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιος λίθος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)

Η **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** αναδύθηκε περί τα τέλη της δεκαετίας του 1970 σαν μια απάντηση στο ιατροκεντρικό και νοσοκοκεντρικό σύστημα υγείας που επικρατούσε σε όλες τις χώρες, είτε αναπτυγμένες, είτε αναπτυσσόμενες. Ήταν μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση σε σχέση με ότι υπήρχε στο παρελθόν, διότι πλέον στηριζόταν σε ένα νέο μοντέλο ανθρωποκεντρικό, που έθετε ως πυρήνα πλέον τον άνθρωπο. Οι ανεπτυγμένες χώρες με αργούς βέβαια ρυθμούς λόγω των κοινωνικών των οικονομικών και των πολιτισμικών διαφορών που είχαν, ενσωμάτωναν την νέα αυτήν θεώρηση για την φροντίδα υγείας κάτι που δεν υφίστατο για την χώρα μας. Οι προσπάθειες για την ένταξη της **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** στην Ελλάδα, ξεκίνησαν την δεκαετία του 1980 με στόχο να αποτελέσει τον κορμό του συστήματος υγείας στην χώρα μας. Παρόλο που μέχρι και σήμερα υπάρχουν πολλές αστοχίες στις κατά καιρούς προσπάθειες από τους αρμόδιους φορείς για την οικοδόμηση ενός σύγχρονου συστήματος, **πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας**, εντούτοις, εκπονούνται σχέδια δράσης με στόχο την βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης και την ανάδειξη της ΠΦΥ σαν το θεμέλιο λίθο του συστήματος υγείας στην χώρα μας.

Η **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** αναδείχτηκε με την **Διακήρυξη της Alma-Ata** το 1978 στην τότε Σοβιετική Ένωση στο Διεθνές Συνέδριο με θέμα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που οριοθετεί πλέον τους στόχους της, δίνοντας όχι μόνο μια άλλη έννοια στην προσέγγιση της υγείας αλλά και δημιουργώντας παράλληλα μια διαφορετική πλέον απολύτως **φιλοσοφία**. Το νέο μοντέλο που εμφανίζεται στηρίζεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας, θεωρεί τον άνθρωπο σαν μια ψυχοσωματική ολότητα και όχι σαν σωματική που ουσιαστικά είχε επικρατήσει ως τώρα. Η διακήρυξη είχε ως στόχο την να αντιληφθούν οι πολίτες των κρατών ότι «η υγεία ξεκινά από τις καθημερινές δραστηριότητες δηλαδή από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και είναι επιτακτική η ανάγκη εξεύρεσης μεθόδων πρόληψης και ανακούφισης από την ασθένεια μέσω της ισομερούς κατανομής των πόρων και της ισότιμης πρόσβασης στην κοινότητα» (17).

Με βάση αυτά τα νέα δεδομένα και τις αυξανόμενες πλέον ανάγκες του πληθυσμού για ποιοτική φροντίδα και καλύτερη περίθαλψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτέλεσε για τις ανεπτυγμένες χώρες το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας, προσφέροντας ισότιμη και καθολική πρόσβαση χωρίς οικονομική πλέον επιβάρυνση. Χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Σουηδία επίσης στηρίζονται στην άσκηση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η Μεγάλη Βρετανία, αποτελεί παράδειγμα ενός Δημόσιου Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service (NHS)) στηριζόμενο στο μοντέλο Beveridge, παρέχοντας καθολική και ισότιμη κάλυψη στους πολίτες με πυλώνα την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο θεσμό του «οικογενειακού ιατρού» (18).

Ο **οικογενειακός γιατρός** (γιατρός γενικής ιατρικής) είναι εκείνος, που οριοθετήθηκε από θέμα ειδικότητας σαν τον πλέον αρμόδιο για την άσκηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους

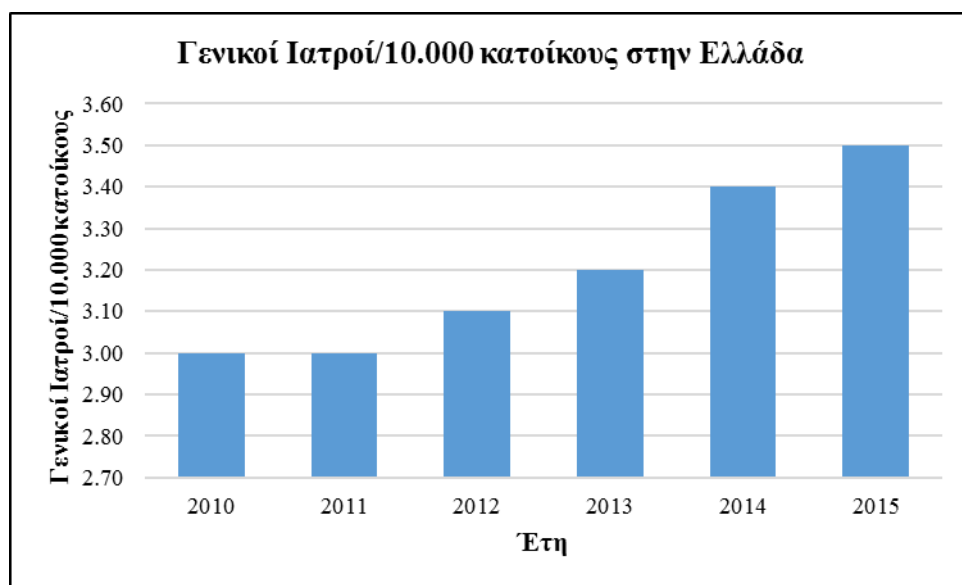
πολίτες.Είναι «...ο γιατρός που παρέχει προσωπική αποδέχεται την πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα και οικογένειες υπευθυνότητα μιας αρχικής απόφασης για κάθε πρόβλημα που του παρουσιάζει ο άρρωστος του και συνεργάζεται με ειδικούς όταν το θεωρεί αναγκαίο Η διάγνωσή του θα συγκροτείται με κριτήρια οργανικά, ψυχολογικά και κοινωνικά» (19).

Στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί όπως είδαμε, την βασική ειδικότητα στην οποία στηρίζεται όλο το οικοδόμημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.Στην Ελλάδα είναι σχετικά καινούργια ειδικότητα, γιατί επί σειρά ετών όλο το σύστημα υγείας στηριζόταν στην Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, δηλαδή την ενδονοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών.Παρόλο που σε σχέση με την ΕΕ έχουμε τον υψηλότερο αριθμό ιατρών ανά κάτοικο, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2013 η Ελλάδα είχε 6,29 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν 3,27 γιατροί ανά 10,000 κατοίκους.Αντίστοιχα, οι γενικοί ιατροί ήταν μόλις 3,2 ανά 10.000 κατοίκους στην χώρα μας σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ που ήταν 6,6.

Παρατηρήθηκε, λοιπόν η ανισοκατανομή της ειδικότητας του γενικού γιατρού σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη του ΟΟΣΑ, που πιθανόν οφείλεται στην έλλειψη ασκούμενων πολιτικών για την στροφή του συστήματος υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (**Πίνακας 3-1**).Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και διαγραμματικά στην **Εικόνα 3-1**.

Πίνακας 3-1. Αριθμός γενικών ιατρών ανά 10.000 κατοίκους 2010-2015 (20, 21).

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Γενικοί γιατροί	3,0	3,0	3,1	3,2	3,4	3,5



Εικόνα 3-1. Κατανομή γενικών ιατρών στην Ελλάδα ανά 10.000 κατοίκους (20, 21).

Το σύστημα υγείας αρκετών κρατών, βασίζεται στην χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να παρέχουν στους πολίτες τους ποιοτικότερη και αναβαθμισμένη φροντίδα υγείας.Στην Ελλάδα, η Π.Φ.Υ. αποτελεί μέρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας ουσιαστικά.Νομοθετικά η πρώτη

ουσιαστική προσπάθεια για το νομικό πλαίσιο μπήκε με το Νόμο 1397/1983⁸ (ίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΕΣΥ). Στην δημιουργία του ΕΣΥ, συμπεριλήφθηκε η δημιουργία των αστικών και μη αστικών Κέντρων Υγείας (ΚΥ) και Περιφερειακών Ιατρείων (ΠΙ) με παροχές εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (πρωτοβάθμιας).

Στη συνέχεια ο Νόμος 2071/1992⁹, έδωσε την δυνατότητα επέκτασης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον ιδιωτικό τομέα και στα ΤΕΠ (εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων του ΕΣΥ).

Ο Νόμος 2519/1997¹⁰ ενίσχυσε την έννοια της «Δημόσιας Υγείας» με την διασαφήνιση ποικίλων δράσεων που σχετίζονται με την ΠΦΥ.

Επιπλέον, το νέο νομοθετικό πλαίσιο για την οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας (Ν. 3172/2003)¹¹ αποτέλεσε άλλη μια καλή προσπάθεια για την βελτίωση των παροχών από την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Συνέχεια του προηγούμενου νόμου, ήταν ο Νόμος 3235/2004¹², όπου εντάχθηκε η εισαγωγή του θεσμού του «οικογενειακού ιατρού», η πιστοποίηση των ΚΥ καθώς και ο ενιαίος έλεγχος των μονάδων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τελευταία προσπάθεια έγινε με το Νόμο 4238/2014¹³, που εκτός από την πλήρη καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού, τις υπηρεσίες της **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** σε δημόσιο επίπεδο που παρέχονται μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας (ΔΥΠε), υπάρχει και η ανάθεση στον οικογενειακό ιατρό η της κατάρτισης ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, ο οποίος καθιερώθηκε για όλους τους Έλληνες πολίτες (άρθρο 51) που αποτελεί μια νέα βάση στον τομέα της **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**. Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η Υπουργική Απόφαση Γ3α/οικ. 3597¹⁴, που προβλέπει την επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση όλων των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών **πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**, που αποτελούν το ΠΕΔΥ με τα νοσοκομεία της ΔΥΠε. Η συγκεκριμένη απόφαση προβλέπει την χρήση πλέον των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και την άμεση διασύνδεση τους. Αυτό ακριβώς είναι και το μέλλον στην Ελλάδα, που βρίσκεται σε ένα κρίσιμο μονοπάτι για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες της.

Νομοθετικά οι βάσεις έχουν τεθεί εδώ και αρκετά χρόνια αν και εξαιτίας πολλών και ποικίλων παραγόντων δεν έχουν φτάσει στο αντίστοιχο αποτέλεσμα, εντούτοις γίνεται ιδίως τα τελευταία χρόνια πιο συντονισμένη προσπάθεια. Όμως απαιτείται μια σειρά δράσεων, που θα στοχεύει στην ενημέρωση καταρχήν των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας από τους κρατικούς φορείς για την βελτίωση και αναγκαιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

⁸ ΦΕΚ 143Α', 07/10/1983

⁹ ΦΕΚ 123Α', 1992

¹⁰ ΦΕΚ 165Α', 1997

¹¹ ΦΕΚ 197Α', 2003

¹² ΦΕΚ 53Α', 18/02/2004

¹³ ΦΕΚ 38Α', 17/02/2014

¹⁴ ΦΕΚ 93Β', 20/01/2015

Σημαντικό παράγοντα προς αυτήν την κατεύθυνση θα διαδραματίσουν ,η χρήση πρωτοκόλλων που θα δίνουν κατευθυντήριες γραμμές προς τους επαγγελματίες υγείας και θα ορίζουν τις ακριβείς παρεχόμενες υπηρεσίες.

Επίσης, η διασύνδεση με την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας μέσω του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, θα δώσει την δυνατότητα γρήγορης και άμεσης αντιμετώπισης των περιστατικών που χρήζουν περαιτέρω θεραπευτικής παρέμβασης.

Η διαφορετική προσέγγιση και η αλλαγή φιλοσοφίας σχετικά με το θεσμό του «οικογενειακού γιατρού», ώστε να παραπέμπει εκείνος ανάλογα με την εκάστοτε κατάσταση τον ασθενή, αναμένεται να μειώσει σε μεγάλο βαθμό τις εισαγωγές στα νοσοκομεία και ταυτόχρονα να οδηγήσει και στην μείωση των δαπανών σε μακροοικονομικό επίπεδο στον τομέα της υγείας.

Συν τοις άλλοις, χρειάζεται η ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών που θα δώσει την δυνατότητα μέσω της τηλεματικής (e-health) γρήγορη και άμεση παρέμβαση σε καταστάσεις επείγουσας ιατρικής σημασίας. Επίσης, εξαιρετικά κρίσιμο παράγοντα αποτελεί και το ανθρώπινο δυναμικό η στελέχωση πρέπει να γίνεται από ιατρούς προσανατολισμένους στην ΠΦΥ (22).

Επιπρόσθετα, αποτελεί αναγκαιότητα η αξιοποίηση των δεδομένων από το Χάρτη Υγείας της χώρας, ώστε το νέο διευρυμένο δίκτυο μονάδων **πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**, να έχει ικανοποιητική προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα σε όλη την επικράτεια, προκειμένου να δοθεί έμφαση στην προσφορά ολοκληρωμένων υπηρεσιών. Δηλαδή, η **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** σωστό θα ήταν να αρχίζει από τους υγιείς πολίτες, παρέχοντάς τους υπηρεσίες προληπτικής Ιατρικής και προαγωγής υγείας, να αντιμετωπίζει τις συνήθεις νόσους της κοινότητας, να διασυνδέεται αποτελεσματικά με ανώτερου επιπέδου μονάδες υγείας, να κατευθύνει τους ασθενείς και το περιβάλλον τους και τέλος να συνδράμει στη φάση της αποκατάστασης. Επιπλέον, σκόπιμη θα ήταν, η παροχή εργαλείων που θα υποβοηθήσουν τους παραπάνω σκοπούς: δημιουργία ενιαίου συστήματος ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, ανάπτυξη αλγόριθμων για τις βασικές ιατρικές πράξεις (προληπτικής ιατρικής/θεραπευτικές), ικανοποίηση βασικών αναγκών σε ανθρώπινους πόρους και εξοπλισμό. Συν τοις άλλοις, απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη προγραμμάτων συνεχούς κατάρτισης στη Γενική Ιατρική σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των ερευνών για τις υφιστάμενες συνθήκες και σε συνεργασία με τις ιατρικές σχολές ή τις πλησιέστερες νοσοκομειακές μονάδες. Ακόμα, καίριας σημασίας θα ήταν, να συζητηθούν η εκ περιτροπής μετακίνηση προσωπικού για κάποια χρονικά διαστήματα μεταξύ των μονάδων **πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας** και των νοσοκομείων ώστε η εκπαίδευση να εμπεδώνεται σε επίπεδο κλινικής πρακτικής. Εξίσου σημαντική κρίνεται και η ανάπτυξη αλγόριθμων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας από τους πολίτες, όπως και να διεξαχθούν σε Πανελλήνιο επίπεδο αντίστοιχες εκστρατείες ενημέρωσης ώστε να διευρυνθεί η εμπιστοσύνη προς το σύστημα ΠΦΥ. Επίσης, αναγκαία θεωρείται και η έμφαση στην αποτελεσματική επικοινωνία και στη λειτουργική διασύνδεση μεταξύ του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής (ΓΓΔΥΠΖ) και των αποκεντρωμένων μονάδων ΠΦΥ. Σημαντική είναι και η συνεχής αξιολόγηση και ανατροφοδότηση από τα πραγματικά δεδομένα χρήσης και λειτουργίας, ώστε να επιτευχθούν οι απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις.

Τέλος είναι απολύτως απαραίτητο να δημιουργηθούν προϋποθέσεις και να δοθούν τα κατάλληλα κίνητρα, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να στηρίζουν ενεργά την αποδοτική εφαρμογή του συστήματος υγείας.

3.2. Δείκτες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η αξιολόγηση της ποιότητας περίθαλψης, καθίσταται άκρως απαραίτητη και πολύ σημαντική για τους παρόχους τους ρυθμιστές και τους αγοραστές – πελάτες των συστημάτων υγείας σε όλο τον κόσμο. Για να αξιολογηθεί σε βάθος και να μετρηθεί η ποιότητα της περίθαλψης, δημιουργήθηκαν κάποιοι δείκτες που καταγράφουν με αριθμητικά δεδομένα τις επιδόσεις σε διάφορους εξεταζόμενους τομείς και αξιολογούνται στο τέλος βάσει συγκεκριμένων προκαθορισμένων προτύπων. Αυτοί είναι οι λεγόμενοι δείκτες ποιότητας, που με την χρήση τους εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για την υφιστάμενη κατάσταση και τα προβλήματα που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση, όσο και για τον ανασχεδιασμό των διαδικασιών σε μελλοντικό χρόνο.

Οι δείκτες ποιότητας (quality indicators) στις υπηρεσίες υγείας είναι τα εργαλεία μέτρησης, ώστε να εκτιμηθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία όλων των παρακολουθούμενων διαστάσεων που σχετίζονται με την ποιότητα της φροντίδας υγείας (23). Η χρησιμότητα αυτών, έγκειται στο γεγονός ότι σε βάθος χρόνου μέσω της συγκριτικής αξιολόγησης του ευρέως γνωστού *benchmarking* δίνεται η δυνατότητα για την βελτίωση των παραγόμενων υπηρεσιών φροντίδας αλλά και την αύξηση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα στον τομέα της υγείας. Δεν μετρούν μόνο άμεσα την ποιότητα, δίνοντας μας αποτελέσματα, αλλά αποτελούν τον κινητήριο μοχλό εξέτασης και βελτίωσης της απόδοσης στους οργανισμούς (24). Κατά τον *Donabedian* (1980, 1990) οι μετρήσεις της ποιότητας είναι συνδυασμός τριών στοιχείων: α) των υποδομών (structures), β) των διαδικασιών (processes) και γ) των αποτελεσμάτων (outcomes) (14, 15).

Οι δείκτες αποτελούν τα απαραίτητα εργαλεία που δίνουν τη δυνατότητα ελέγχου των εκάστοτε οργανισμών, ποσοτικοποιώντας τα δεδομένα που λαμβάνονται από αυτούς και μέσω σωστού σχεδιασμού παρέχουν την δυνατότητα συνεχιζόμενης βελτίωσης τους συγκρίνοντας την υπάρχουσα κατάσταση με άλλους οργανισμούς. Σύμφωνα με το υπόδειγμα του *Donabedian* διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

1) Δείκτες δομής

Οι δομές σχετίζονται με χαρακτηριστικά των φορέων και των οργανισμών που παρέχουν πλήρη κάλυψη των απαιτούμενων αναγκών των πελατών. Συγκεκριμένα, οι δείκτες δομής, μετρούν ότι σχετίζεται με υλικοτεχνική υποδομή και ανθρώπινο δυναμικό (επαγγελματίες υγείας, διοικητικά στελέχη) δηλαδή τους πόρους όπως τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και τα πληροφοριακά συστήματα.

2) Δείκτες διαδικασίας

Οι διαδικασίες είναι όλες εκείνες οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των πελατών δηλαδή των ασθενών και την βελτίωση των συνολικών οργανωσιακών αποτελεσμάτων.

Στους δείκτες αυτούς, περιλαμβάνεται κυρίως ότι σχετίζεται με τους ασθενείς όπως χρόνος αναμονής, προληπτική φροντίδα, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση ενημέρωση και εκπαίδευση.

3) Δείκτες αποτελέσματος

Τέλος, υπάρχουν οι δείκτες αποτελέσματος μέσω των οποίων ορίζεται η έκβαση των διαδικασιών από την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς. Μετρούνται και καταγράφονται δηλαδή, η κατάσταση υγείας των ασθενών, τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας, η ικανοποίηση των ασθενών, η αποδοτικότητα της χρήσης συνολικά των πόρων (Kelley, Hurst 2006). Οι δείκτες αποτελέσματος επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες όπως την ηλικία των ασθενών, την νοσηρότητα, την οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται κ.τ.λ. Ουσιαστικά η έκβαση είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και ιδιαίτερα πολύπλοκο εξαιτίας της ιδιαιτερότητας των στοιχείων που την απαρτίζουν.

Στον παρακάτω πίνακα (

Πίνακας 3-2) παρατίθενται δείκτες δομής, διαδικασίας και αποτελέσματος.

Πίνακας 3-2. Δείκτες δομής, διαδικασίας, αποτελέσματος (25).

Διαστάσεις ποιότητας	Δείκτες μέτρησης
Δομές	1) Ποσοστό κλινικών προς άλλους ιατρούς 2) Επάρκεια κλινών 3) Ρυθμός ανανέωσης αναλώσιμων υλικών χειρουργείων
Διαδικασίες	1) Ποσοστό κάλυψης κλινών 2) Μέσος χρόνος αναμονής ασθενών 3) Μέσος χρόνος ολοκλήρωσης εξετάσεων
Αποτελέσματα	1) Δείκτης νοσηρότητας 2) Δείκτης θνησιμότητας 3) Βαθμός ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα ζωής μετά την ιατρική επέμβαση

Σε παγκόσμιο επίπεδο ο ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης), προτείνει την σταδιοποίηση των δεικτών ποιότητας για την παροχή ακριβής και βέλτιστης παροχής φροντίδας υγείας.

Στην Ελλάδα τρέχει ήδη ένα πρόγραμμα από το ΕΣΠΑ από το 2014 ως το 2020 Εθνικής Στρατηγικής Υγείας, καθώς και δράσεις στον τομέα της υγείας με στόχους την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στους ασθενείς.

Ως στόχοι προσδιορίζονται πολλοί και ποικίλοι σε σχέση με την ποιότητα, σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν στην δράση υπ' αριθμόν 1. Πρόκειται για την σύσταση Επιτροπής που θα χαρτογραφήσει τα εμπόδια στην πρόσβαση και θα ανιχνεύσει τους υπο-εξυπηρετούμενους πληθυσμούς, ανά κατηγορία και ανά περιοχή, ώστε να μειωθούν τα εμπόδια της προσβασιμότητας σε όλα τα επίπεδα παροχής φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με την δράση υπ' αριθμόν 16, γίνεται καθορισμός προτύπων για το εύρος των ειδικοτήτων, του εξοπλισμού και της περίθαλψης ώστε να ακολουθούν μια κοινή συνισταμένη με τα Διεθνή Πρότυπα. Στη δράση υπ' αριθμόν 17, καθορίζεται το πλαίσιο αναφοράς για την εξωνοσοκομειακή εξειδικευμένη περίθαλψη στα ΠΕΔΥ και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ενώ στη δράση υπ' αριθμόν 18 γίνεται ο προσδιορισμός της υποχρεωτικής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τα στελέχη της ΠΦΥ. Τέλος, πολύ σημαντική είναι και η δράση που σχετίζεται με την δημιουργία του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου δράση υπ' αριθμόν 11, που αποσκοπεί στην δημιουργία ενός ενιαίου ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, που θα ενσωματώνει την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και θα καλύπτει την πρωτοβάθμια, την ειδική εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τη νοσοκομειακή περίθαλψη ώστε να υπάρχει συλλογή δεδομένων από όλα τα Κέντρα Υγείας και όλες τις δομές ΠΦΥ. Με τον τρόπο αυτό σε βάθος χρόνου, αυτή η συλλογή να συνδράμει ουσιαστικά στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες

Η οικονομική κατάσταση ιδίως μετά την υπογραφή των Μνημονίων αποτελεί μια ευκαιρία για την χώρα. Το συγκεκριμένο μεταρρυθμιστικό πλαίσιο συνεπικουρούμενο και από άλλες δράσεις για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών θα επενδύει πλέον στην **πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας** αντικαθιστώντας το ιατροκεντρικό σύστημα από ένα ανθρωποκεντρικό πλέον σύστημα με έμφαση στον άνθρωπο και τις ανάγκες του.

3.3. Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος (περιγραφή)

Ο Ιατρικός φάκελος αποτελεί στην σημερινή εποχή, μια σύγχρονη πραγματικότητα που είναι απαραίτητη στην κοινωνία της πληροφορίας που τα πάντα κινούνται πλέον σε πολύ γρήγορες ταχύτητες και καθίσταται άκρως απαραίτητη ή χρήση του καθημερινά.

Ο «ιατρικός φάκελος» είναι κάτι που αν και δεν έχει ουσιαστικά έναν σαφή ορισμό, εντούτοις όλοι γνωρίζουν τι σημαίνει έστω και θεωρητικά. Πρόκειται για το μέσο επικοινωνίας, μεταξύ ιατρού και ασθενή. Περιλαμβάνει παραπεμπτικά και αποτελέσματα των εξετάσεων, καταγραφή της πορείας της νόσου των ασθενών, απεικονιστικές εξετάσεις όπως π.χ. ακτινογραφίες, αξονικές τομογραφίες κ.τ.λ., καρδιογραφήματα καθώς και οικονομικά στοιχεία όπως τυχόν πληρωμές από το χρήστη προς το ιατρικό προσωπικό. Ο Ιατρικός φάκελος εξυπηρετεί μια σειρά διαφορετικών σκοπών που υλοποιούνται με την χρήση του (26).

1. Πρακτικά είναι το κυριότερο μέσο επικοινωνίας για τους εμπλεκόμενους χρήστες, δηλαδή τους επαγγελματίες υγείας ιατρούς, παραϊατρικό προσωπικό και τους ασθενείς. Όποιες πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς και σχετίζονται με την νόσο του όπως π.χ. διαγνώσεις, θεραπείες, οδηγίες που πρέπει να ακολουθηθούν από εκείνους δύνανται μέσω της χρήσης του Ιατρικού φακέλου να μεταδοθούν άμεσα και γρήγορα προς τους εκάστοτε χρήστες αυτού.
2. Επιπλέον, επειδή υπάρχει αυτή η δυνατότητα αποθήκευσης πολλών δεδομένων από τους εμπλεκόμενους χρήστες, όποιος χρειάζεται να ανατρέξει για να πάρει στοιχεία για κάποιον ασθενή μπορεί να το κάνει άμεσα ώστε να έχει μια σαφή εικόνα για την κατάσταση του τις εξετάσει, την πορεία της νόσου κ.τ.λ.

3. Επιπρόσθετα, αποτελεί ανεπίσημα όμως ένα μέσο που καταγράφονται απόψεις προσωπικές ιδέες και τρόποι αντιμετώπισης των παθήσεων και των προβλημάτων ενίοτε ξεχωριστά.
4. Σαν κατακλείδα όλων των παραπάνω ο ιατρικός φάκελος είναι ο αποθηκευτικός χώρος όλων των στοιχείων των κλινικών δεδομένων, που θα χρειαστούν για μελλοντική χρήση αλλά και σε ερευνητικό κυρίως επίπεδο μέσω επιδημιολογικών μελετών in vivo και in vitro έρευνα, αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών κ.α.
5. Επίσης, καθιστά λόγω της εύκολης προσβασιμότητας του την άμεση ανάκληση δεδομένων σε περιπτώσεις ιατρικών λαθών, εφόσον μπορεί και ελέγχεται πλήρως όλη η διαδικασία που ακολουθήθηκε κατά την θεραπεία του ασθενή. Ο θεράπων ιατρός μπορεί μέσω των δεδομένων που συλλέξει να έχει πλήρη εικόνα όλου του περιστατικού και όλης της θεραπευτικής προσέγγισης που ακολουθήθηκε. Συνεπώς, υπάρχει η δυνατότητα πρόληψης μελλοντικών λαθών από τους ιατρούς και το παραϊατρικό προσωπικό βασιζόμενοι στις πληροφορίες που παίρνουν και από τις περιπτώσεις ιατρικών αστοχιών δηλαδή λάθη που οφείλονται στον ανθρώπινο παράγοντα.
6. Συν τοις άλλοις, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μέσο ανταλλαγής οικονομικών στοιχείων προς τους χρήστες π.χ. οι ασφαλιστικές εταιρίες, όπου συλλέγουν τα απαραίτητα δεδομένα για να αποφασίσουν την οικονομική κάλυψη της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασθενούς,
7. Ο ιατρικός φάκελος δεν αποτελεί αντικείμενο αποκλειστικά της ιατρικής αφού δίνει την δυνατότητα για έρευνα σε βαθύτερο επίπεδο και μελέτη σε επίσης μεγάλο βαθμό. Η μορφή και ο τρόπος που σχεδιάζεται εξαρτάται εν πολλοίς από διάφορους εξωγενείς παράγοντες που είναι η νομοθεσία κάθε κράτους, τα ήθη και έθιμα των λαών, η οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση, οι υλικοτεχνικές υποδομές κ.τ.λ.

3.4. Βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με την χρήση της ηλεκτρονικής τεχνολογίας (Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος)

Στην εποχή μας υπάρχουν ολοένα και περισσότερο μεγαλύτερες ανάγκες για καλύτερες πιο γρήγορες ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας και ιδιαίτερα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προς αυτήν την κατεύθυνση διευρύνονται οι λύσεις που στηρίζονται στην χρήση της επικοινωνίας και της πληροφορίας γενικότερα. Η διεθνής κοινότητα, έχει καταδείξει την αναγκαιότητα χρήσης της τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα με πολλά οφέλη από την οικονομική διάσταση ως και την κοινωνική από την αυξανόμενη χρήση νέων καινοτόμων τεχνολογιών στον τομέα της υγείας. Η χρήση του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου και η διασύνδεση αυτού μέσω μέσα στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί σήμερα την μεγαλύτερη πρόκληση για τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο και ιδιαίτερα για την χώρα μας που βρίσκεται ακόμα σε αρχικό στάδιο εφαρμογής του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου.

Η χρήση αυτού του υπολογιστικού συστήματος σε ευρεία κλίμακα στην καθημερινή πράξη σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας απέδειξε την ποιοτική και ποσοτική αναβάθμιση στις υπηρεσίες που παρέχει η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και την μείωση του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών στους πολίτες (27). Η βελτίωση της ποιότητας επιτυγχάνεται με την συνεχή καταγραφή των πολιτών που έρχονται σε επαφή με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας την κατάρτιση αναφορών και διαγραμμάτων δηλαδή στατιστικών δεδομένων ώστε να γίνει ακριβής διάγνωση καλύτερη διαχείριση των κινδύνων του ασθενούς και καλύτερη πρόγνωση σε μελλοντικό χρόνο της πάθησης του (28).

Επίσης, παρατηρείται μείωση του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών, λόγω της άμεσης προσβασιμότητας σε όλους τους φορείς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από όλους τους οργανισμούς με αποτέλεσμα να μην χρειάζεται περαιτέρω διαγνωστικοί έλεγχοι (28).

Συν τοις άλλοις, έχουμε την δημιουργία κοινού κώδικα επικοινωνίας μέσω των προτύπων που είναι πλέον κοινά παγκοσμίως για τους επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ, καταγραφή και συνεχής παρακολούθηση δεικτών ποιότητας με αποτέλεσμα μια πλήρη εικόνα της παροχής υπηρεσιών προς τους πολίτες και δυνατότητα βελτιστοποίησης της στο μέλλον με τροποποιήσεις στο υπάρχον σύστημα (28).

Συμβολή στην ποιότητα αποτελεί και η δυνατότητα επιτάχυνσης της έρευνας και της ανάπτυξης (Research and Development), γιατί η βάση δεδομένων είναι πολύ μεγάλη δίνοντας την δυνατότητα παρακολούθησης των ασθενειών, της προληπτικής αγωγής μέσω των εμβολιασμών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αλλά και την δυνατότητα πρόληψης με την ανακάλυψη νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Τέλος, πρέπει να υπερτονιστεί η μεγαλύτερη ασφάλεια των προσωπικών ιατρικών δεδομένων των ασθενών μέσω της εξουσιοδότησης της πρόσβασης σε αυτά τα στοιχεία συγκεκριμένων και ελαχίστων ατόμων επιστημονικού κυρίως προσωπικού.

Η χρήση του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου εξακριβωμένα πλέον, συνεισφέρει στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους πολίτες που έρχονται σε επαφή με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί σήμερα την επιδίωξη όλων των λαών παγκοσμίως σε όλα τα μήκη και πλάτη της γης, με στόχο την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των χωρών και την εξάλειψη της ανισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η σωστή χρήση των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας με συνέπεια και συνέχεια θα συνδράμει στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους πολίτες σε όλη τον κόσμο.

Οι διεθνείς συγκρίσεις των δεδομένων ικανοποίησης των ασθενών μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας των συστημάτων υγείας συνολικά. Ωστόσο, σημειώνεται εξαρχής ότι υπάρχουν πολλοί τομείς των συστημάτων υγείας στους οποίους δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την ποιότητα ή τα διαθέσιμα στοιχεία των χωρών δεν είναι συγκρίσιμα μεταξύ λόγω διαφορών στην μεθοδολογία που ακολουθείται. Για το λόγο αυτό σημειώνεται, ότι οποιαδήποτε αποτελέσματα από τις συγκρίσεις που θα ακολουθήσουν πρέπει να

θεωρηθούν ως αφετηρία για περαιτέρω συζητήσεις και αναζητήσεις ,και όχι ως οριστικά και τελικά συμπεράσματα.

Στην παρόν κεφάλαιο ακολουθεί μία ποιοτική συγκριτική ανάλυση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παροχές Π.Φ.Υ. στην διάρκεια της χρήσης τους δηλαδή, προσβασιμότητα, χρόνος αναμονής, ασφάλεια κ.ά.

Η ποιοτική συγκριτική ανάλυση είναι μία τεχνική που χρησιμοποιείται για την διεξαγωγή λογικών συμπερασμάτων λαμβάνοντας υπόψη ένα πλήθος δεδομένων.Εξετάζει δηλαδή, τον τρόπο με τον οποίο οι εκάστοτε παράγοντες συνεισφέρουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

3.5. Σύνοψη

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει σαν κύριο στόχο, την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.Οι υπηρεσίες αυτές αποτυπώνονται με την χρήση συγκεκριμένων δεικτών ποιότητας που αξιολογούν το σύστημα σε όλο το φάσμα του.Οι δείκτες αυτοί διακρίνονται : σε δείκτες δομής, διαδικασίας ,δείκτες διαδικασίας και δείκτες αποτελέσματος.Η χρηστικότητα τους είναι πασιφανής για τι σύστημα υγείας της χώρας γι' αυτό και κρίνεται ιδιαίτερος αναγκαία η συνεχής καταγραφή τους σε ηλεκτρονική πλέον μορφή.Η δημιουργία λοιπόν και η λειτουργία του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου στις δομές της ΠΦΥ αποτελεί επιβεβλημένη αναγκαιότητα για την απρόσκοπτη λειτουργία των υπηρεσιών αλλά και της συνολικής αξιολόγησης του συστήματος υγείας.

4. ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η προσβασιμότητα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν την απόδοση ενός συστήματος υγείας ,και την ικανοποίηση των ασθενών από αυτό.Η προσβασιμότητα ενός συστήματος υγείας εκτιμάται στην βάση δύο βασικών αξόνων : την έγκαιρη φροντίδα , ή με άλλα λόγια τους χρόνους αναμονής των ασθενών, και τα έξοδα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που επιβαρύνουν τους ασθενείς ,ως κριτήριο της ισότητας των ευκαιριών για πρόσβαση σε αυτό.

4.1. Χρόνος αναμονής

4.1.1. Παράμετροι μέτρησης του χρόνου αναμονής

Ο χρόνος αναμονής είναι από τα σημαντικότερα κριτήρια που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για την αξιολόγηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.Πιο συγκεκριμένα για τις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου , η αναμονή για θεραπεία αποτελεί την σημαντικότερη ανησυχία των ασθενών.

Η Ελλάδα είναι από τις χώρες που δεν δημοσιεύουν εθνικές στατιστικές σχετικά με τους χρόνους αναμονής (29) αν και είναι ευρέως αποδεκτό ότι πάσχει από μεγάλους χρόνους αναμονής των ασθενών (30).Στην παρούσα εργασία θα γίνει σύγκριση των στατιστικών στοιχείων σχετικά με τους χρόνους αναμονής τεσσάρων χωρών του Ηνωμένου Βασιλείου, της Αγγλίας, της Σκωτίας, της Ουαλίας και της Βόρειας Ιρλανδίας.Οι χώρες αυτές δημοσιεύουν στατιστικά στοιχεία σχετικά με τους χρόνους αναμονής, αλλά τα κριτήρια ή ο συνδυασμός των κριτηρίων που χρησιμοποιείται εμφανίζει διαφοροποιήσεις ανά χώρα, ενώ επιπλέον γίνεται και διάκριση μεταξύ ολοκληρωμένων και τρεχουσών (μη ολοκληρωμένων) αναμονών για την ίδια χώρα.Επιπροσθέτως, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών και στο σημείο έναρξης καταμέτρησης του χρόνου αναμονής.Για το λόγο αυτό, είναι δύσκολο να γίνουν απόλυτες συγκρίσεις των στατιστικών στοιχείων στις παραπάνω χώρες λόγω των περιορισμών που προκύπτουν από την πληθώρα των διαφοροποιήσεων στην μεθοδολογία των μετρήσεων που ακολουθείται.Σημειώνεται ότι η Αγγλία είναι μια ιδιαίτερη περίπτωση καθώς παρουσιάζει στατιστικά στοιχεία χρόνου αναμονής, τα οποία αφορούν τους χρόνους θεραπείας και τα οποία αφορούν τους χρόνους αναμονής στα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων.

Όσον αναφορά τις ολοκληρωμένες αναμονές στην Αγγλία για την μέτρηση των χρόνων θεραπείας χρησιμοποιείται το κριτήριο της μέσης τιμής (μεσαία τιμή όταν οι ασθενείς κατατάσσονται ανά χρόνο αναμονής), ενώ για τις στατιστικές επεισοδίων νοσοκομείων χρησιμοποιούνται τα κριτήρια του μέσου όρου, του 95% και των μεγίστων χρόνων αναμονής (30).Το κριτήριο του μέσου όρου διαφοροποιείται από το κριτήριο της μέσης τιμής καθώς η διάμεση τιμή είναι η τιμή που χωρίζει μια κατανομή σε δυο ίσα μέρη (δηλαδή ότι οι μισοί ασθενείς έχουν μεγαλύτερο χρόνο και οι άλλοι μισοί μικρότερο χρόνο αναμονής), και αποτελεί πιο αξιόπιστο κριτήριο συγκριτικά με το κριτήριο του μέσου όρου καθώς ελαχιστοποιεί την επιρροή των ακραίων τιμών, δηλαδή των ασθενών με πολύ υψηλούς ή χαμηλούς χρόνους αναμονής (27).Αντίθετα, στην Σκωτία χρησιμοποιούνται τα κριτήρια του 90% του αριθμού (ή του ποσοστού) ασθενών που βρίσκονται σε αναμονή εντός ορισμένου χρονικού διαστήματος και των μεγίστων χρόνων αναμονής (30).Τα τελευταία δυο χρόνια χρησιμοποιούνται και στην Ουαλία,

ενώ τέλος στην Βόρεια Ιρλανδία χρησιμοποιείται το κριτήριο του αριθμού των ασθενών που βρίσκονται σε αναμονή (30). Το κριτήριο του 90% είναι η τιμή χρόνου αναμονής στην οποία το 90% των ασθενών περίμενε λιγότερο από έναν ορισμένο χρόνο αναφοράς που έχει τεθεί εξαρχής, ενώ το κριτήριο του 95% είναι η αντίστοιχη τιμή αναμονής στην οποία το 95% των ασθενών περίμενε λιγότερο από έναν ορισμένο χρόνο αναφοράς. Το κριτήριο του ποσοστού των ασθενών που βρίσκονται σε αναμονή εντός ορισμένου χρονικού διαστήματος είναι ένα ευέλικτο κριτήριο το οποίο χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της προσβασιμότητας των ασθενών σε διάφορες εξετάσεις ή επεμβάσεις ρουτίνας και είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για την εκτίμηση της προσβασιμότητας του συστήματος υγείας βάσει χρονικών πλαισίων τα οποία τίθενται από κάθε χώρα ως ιδανικά για να δώσουν μια καλή εικόνα του υπάρχοντος πλαισίου το κριτήριο του μέγιστου χρόνου αναμονής πάει ένα βήμα παρακάτω καθώς αντιστοιχεί στην μέγιστη τιμή αναμονής των ασθενών για κοινές χειρουργικές επεμβάσεις ρουτίνας ,ή και πιο σοβαρών καταστάσεων ,και αποτελεί ένα αξιόπιστο κριτήριο όχι μόνο της προσβασιμότητας αλλά και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας (31).

Όσον αφορά τις τρέχουσες αναμονές, η Αγγλία παρουσιάζει στοιχεία μόνο για τις στατιστικές επεισοδίων νοσοκομείων και χρησιμοποιείται το κριτήριο του αριθμού των ασθενών που βρίσκονται σε αναμονή. Το κριτήριο αυτό χρησιμοποιείται και στην Σκωτία με τα κριτήρια του αριθμού (ή του ποσοστού) ασθενών που βρίσκονται σε αναμονή εντός ορισμένου χρονικού διαστήματος, και των μέγιστων χρόνων αναμονής (29). Στην Ουαλία χρησιμοποιούνται τα ίδια κριτήρια με αυτά των ολοκληρωμένων αναμονών, ενώ τέλος στην Βόρεια Ιρλανδία χρησιμοποιείται το κριτήριο του αριθμού των ασθενών που βρίσκονται σε αναμονή (ή ποσοστού) ασθενών που βρίσκονται σε αναμονή εντός ορισμένου χρονικού διαστήματος ,και των μέγιστων χρόνων αναμονής. Λόγω της πολυπλοκότητας των δεδομένων , στην παρούσα εργασία θα πραγματοποιηθεί σύγκριση μόνο των δεδομένων που αφορούν τις ολοκληρωμένες αναμονές.

Συνολικά, συμπεραίνουμε ότι οι παράμετροι που χρησιμοποιούνται στην Ουαλία και στην Βόρεια Ιρλανδία καταμετρώνται σε αριθμό ασθενών, ενώ στην Αγγλία και την Σκωτία χρησιμοποιούνται και παράμετροι που καταμετρώνται σε αριθμό ημερών. Για το λόγο αυτό τα στατιστικά στοιχεία της Ουαλίας και της Βόρειας Ιρλανδίας δεν είναι απόλυτα συγκρίσιμα με τα στοιχεία της Αγγλίας και της Σκωτίας.

Τα δεδομένα που είναι διαθέσιμα αφορούν τους χρόνους αναμονής στην Αγγλία, τη Σκωτία και την Ουαλία από την περίοδο 2005-2006 ως και το 2012-2013 και για τους χρόνους αναμονής στην Βόρεια Ιρλανδία από το 2005-2006 ως και το 2009-2010. Τα δεδομένα αυτά αποδεικνύουν ότι οι μέσοι χρόνοι αναμονής για την πλειοψηφία των χειρουργικών επεμβάσεων μειώθηκαν σημαντικά σε όλες τις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου κατά την τετραετία 2006-2010 (31). Ωστόσο, παρατηρήθηκε και μία γενικότερη τάση μεταξύ των δεδομένων : οι τιμές του χρόνου αναμονής για τις περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις στην Αγγλία και την Σκωτία ήταν παρόμοιες και σημαντικά χαμηλότερες από τις αντίστοιχες τιμές της Ουαλίας και της Βόρειας Ιρλανδίας και το γεγονός αυτό αντανakλάται στους ετήσιους στόχους που τίθενται στις εκάστοτε χώρες.

Κατά την περίοδο 2012-2013, οι στόχοι στην Αγγλία υπερκαλύφθηκαν και ξεπέρασαν τα ποσοστά της Σκωτίας: στην Αγγλία πάνω από το 97% των εξωτερικών ασθενών και πάνω από το 92% των ασθενών οι ασθενείς έγιναν δεκτοί στο νοσοκομείο ως νοσηλευόμενοι εντός 18 εβδομάδων (οι στόχοι ήταν 95% και 90% αντίστοιχα) ,ξεπερνώντας τη Σκωτία, όπου το 90% των ασθενών εισήχθησαν στο νοσοκομείο ή στο νοσοκομείο ως εξωτερικοί ασθενείς εντός των 18 εβδομάδων (ο στόχος ήταν 90%) (31).Αντίθετα στην Ουαλία οι στόχοι δεν καλύφθηκαν, αλλά τα αποτελέσματα δεν απέκλιναν σημαντικά από αυτούς.Πιο συγκεκριμένα, το 91,5% και το 98,6% των ασθενών εισήχθησαν στο νοσοκομείο ως νοσηλευόμενοι ή εξετάστηκαν ως εξωτερικοί ασθενείς εντός 26 και 36 εβδομάδων (οι στόχοι ήταν 95% και 100% αντίστοιχα (31).Τέλος, όσον αφορά τη Βόρεια Ιρλανδία το 80% και 99% εξωτερικών ασθενών εξετάστηκαν στο πέρας 9 και 21 εβδομάδων (οι στόχοι ήταν 50% και 100% αντίστοιχα), ενώ όσον αφορά τους νοσηλευόμενους ,το 69% και 97% έγιναν δεκτοί εντός των 13 και 36 εβδομάδων (οι στόχοι ήταν 50% και 100% αντίστοιχα) (31).Σημειώνεται ότι η Αγγλία ήταν η μόνη από τις χώρες που πέτυχε τους στόχους σχετικά με τους χρόνους αναμονής των επειγόντων περιστατικών για το 2011,ενώ η Αγγλία και η Σκωτία ήταν οι μόνες που κατόρθωσαν να επιτύχουν τους στόχους τους για πλήρη νοσοκομειακή περίθαλψη την ίδια περίοδο.

Σύμφωνα με τα κριτήρια μέσης τιμής και του 90% ,κατά την επταετία 2006-2013, ο χρόνος αναμονής των ασθενών στην Ουαλία ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν της Αγγλίας και της Σκωτίας όπου οι τιμές μεταξύ τους ήταν παρόμοιες.Ο μέσος χρόνος αναμονής για μια επιλεκτική χειρουργική επέμβαση την περίοδο 2012-2013 στην Αγγλία ήταν λίγο μεγαλύτερος (35 ημέρες) από τον αντίστοιχο χρόνο στην Σκωτία (25 ημέρες)¹⁵, με σημείο έναρξης καταμέτρησης για την Αγγλία την ημέρα απόφασης της επέμβασης και για τη Σκωτία την ημέρα δημιουργίας ή παραλαβής του παραπεμπτικού σημειώματος (γραπτή εντολή του υπεύθυνου ιατρού) της επέμβασης από το νοσοκομείο (29).Επιπλέον ,όσον αφορά τις επεμβάσεις αντικατάστασης ισχίου και γονάτου για την περίοδο 2012-2013 , η Σκωτία εμφάνισε το μικρότερο χρόνο αναμονής από τις 4 χώρες, με μικρή ωστόσο ,διαφορά από τις τιμές της Αγγλίας.Αναφορικά με τις παραπάνω επεμβάσεις ,οι ασθενείς στην Ουαλία είχαν -κατά μέσο όρο- χρόνο αναμονής περίπου 170 ημέρες, σημαντικά υψηλότερο σε σύγκριση με τις περίπου 70 ημέρες στην Αγγλία και τη Σκωτία (31).

4.2. Ικανοποίηση των ασθενών από τις παροχές ΠΦΥ

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες που προσφέρει η ΠΦΥ είναι δύσκολο να μελετηθεί. Ο λόγος αυτού έγκειται στο γεγονός ότι επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες καθιστώντας τη μέτρησή της δύσκολη. Η διερεύνησή της κρίνεται σημαντική καθώς αποτελεί κύρια συνιστώσα στην αξιολόγηση των παροχών της ΠΦΥ.

Έρευνα που διεξήχθη στην Κύπρο κατά το έτος 2016 προσπάθησε να μελετήσει την ικανοποίηση αυτή ερευνώντας την ΠΦΥ από γενικούς γιατρούς του δημόσιου νοσοκομείου της Πάφου.Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, οι ασθενείς έμειναν ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που

¹⁵ <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Waiting-Times/Supporting-Documentation/National-Standards.asp>

τους παρείχαν οι γενικοί ιατροί.Σημειώθηκαν ορισμένα προβλήματα προσβασιμότητας τα οποία μπορούν να επιλυθούν μέσω της επικείμενης μεταρρύθμισης της ΠΦΥ στην Κύπρο (32).

Σύμφωνα με έρευνα που έλαβε μέρος στην Ουαλία σε εθνικό επίπεδο κατά τη διάρκεια 2016-2017 σε κλίμακα από το 0 (εξαιρετικά άσχημα) έως το 10 (εξαιρετικά καλά) ως προς τις υπηρεσίες υγείας γενικά, οι ερωτηθέντες το βαθμολόγησαν με 6.Πιο συγκεκριμένα, το 90% των πολιτών που ερωτήθηκαν δήλωσε ικανοποιημένο από τη φροντίδα του γενικού γιατρού τους και το 91% έμεινε ευχαριστημένο με τις υπηρεσίες που τους παρείχαν κατά την τελευταία τους επίσκεψη στο νοσοκομείο.Επίσης, το 87% έδειξε ικανοποίηση με την άμεση εξυπηρέτηση του ασθενοφόρου.Το τελευταίο παρουσίασε πτώση σε σύγκριση με προηγούμενη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2014-2016 όπου το αντίστοιχο ποσοστό ανερχόταν σε 90%.

Η Στατιστική Υπηρεσία της Αγγλίας παρουσίασε μία έρευνα σχετικά με τις ώρες αναμονής από τη στιγμή της παραπομπής των ασθενών μέχρι και τη θεραπεία τους.Η έρευνα αυτή έδειξε πως στο τέλος του Σεπτεμβρίου 2017 το 89.1% έπρεπε να περιμένουν μέχρι και 18 εβδομάδες πράγμα που δεν συμφωνούσε με το αναμενόμενο 92%.Ο αριθμός των ασθενών που βρίσκονταν σε αναμονή για να ξεκινήσουν τη θεραπεία τους κυμαινόταν σε 3.83 εκατ.Από αυτούς μόνο οι 1,778 ασθενείς αναγκάστηκαν να περιμένουν πάνω από 52 εβδομάδες ενώ ο μέσος χρόνος αναμονής υπολογίστηκε σε 7.2 εβδομάδες.

4.3. Σύνοψη

Η προσβασιμότητα ,η ισότητα και η ικανοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες ένδειξης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας αλλά και της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από αυτό.Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει ένα από τα καλύτερα συστήματα υγείας παγκοσμίως βασιζόμενο κυρίως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.Στηρίζεται στις αρχές που προαναφέρθηκαν δηλαδή την ισότητα στην πρόσβαση, την ασφάλεια των πολιτών αλλά και την ικανοποίηση τους σε όλα τα επίπεδα. Οι στόχοι προκαθορίζονται σε ετήσια βάση και με μεθοδικότητα και σωστή οργάνωση επιτυγχάνονται σε πολύ υψηλό ποσοστό.Τέλος, σε αυτό συνεπικουρεί και η αρωγή της Στατιστικής Υπηρεσίας της χώρας λόγω της ύπαρξης ενημερωμένων βάσεων δεδομένων.

5. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

5.1. Οι πολιτικές δημόσιας υγείας για τους εμβολιασμούς

Τα εμβόλια παρέχουν ασφαλή και αποτελεσματική προστασία για μία πληθώρα μολυσματικών ασθενειών και η εμφάνιση τους αποτέλεσε αναμφίβολα μία από τις σημαντικότερες ανακαλύψεις του 20^{ου} αιώνα. Σήμερα, ο εμβολιασμός θεωρείται ευρέως ως ένα από τα πιο αποτελεσματικά και ευεργετικά εργαλεία για την προστασία της δημόσιας υγείας. Όλες οι ανεπτυγμένες και η πλειοψηφία των αναπτυσσόμενων χωρών έχουν θεσπίσει προγράμματα εμβολιασμού των παιδιών και των ηλικιωμένων ατόμων, τα οποία διαφοροποιούνται μεταξύ των κρατών βάσει της αντίληψής τους για τους κινδύνους και τα οφέλη κάθε εμβολίου. Τα ποσοστά εμβολιασμού κάθε χώρας αντικατοπτρίζουν το ποσοστό που λαμβάνει τον αντίστοιχο εμβολιασμό σε αυστηρά καθορισμένα χρονικά πλαίσια, και θεωρείται ευρέως ως ένας χρήσιμος δείκτης για την εκτίμηση της συνολικής ισχύος των δημοσίων συστημάτων υγείας παγκοσμίως (33). Πιο συγκεκριμένα, τα προγράμματα ανοσοποίησης μπορούν να επηρεάσουν την οικονομική ανάπτυξη μέσω της ευρύτερης επίδρασής τους στην υγεία και για το λόγο αυτό αποτελούν ιδανικό δείκτη για την εκτίμηση του βαθμού στον οποίο οι κυβερνήσεις επενδύουν στην υγεία των πολιτών τους (34).

Όσον αφορά τα παιδιά, η πλειοψηφία των χωρών συνιστά τους εμβολιασμούς στην ηλικία του 1 έτους (21). Ωστόσο, η προτιμώμενη ηλικία πλήρους ανοσοποίησης διαφέρει μεταξύ ορισμένων χωρών, και έτσι για τις χώρες που πραγματοποιούν την πρώτη δόση του εμβολίου μετά την ηλικία 1 έτους, ο δείκτης υπολογίζεται ως το ποσοστό των παιδιών ηλικίας κάτω των 2 ετών που έλαβαν αυτό το εμβόλιο (21). Συνολικά, λοιπόν θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα ποσοστά εμβολιασμού προέρχονται από δεδομένα εμβολιασμού παιδιών ηλικίας περίπου 1 έτους. Τα ποσοστά εμβολιασμού των ηλικιωμένων προέρχονται στην πλειοψηφία των χωρών δεδομένα που αφορούν άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, αν και υπάρχουν ορισμένες χώρες των οποίων τα στατιστικά εμβολιασμού ηλικιωμένων αφορούν άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω (35).

Η διφθερίτιδα (36) ο τέτανος (37) και ο κοκκύτης (38) είναι ασθένειες που μπορεί να αποδειχθούν απειλητικές για τη ζωή των παιδιών. Ο αποτελεσματικότερος τρόπος αντιμετώπισης όλων των παραπάνω ασθενειών είναι ο επαρκής εμβολιασμός. Στη δεκαετία του 1920 η διφθερίτιδα ήταν μια κοινή αιτία θανάτου στα παιδιά και τους εφήβους, και στην αιχμή της, σημειώνονταν περίπου 150.000 κρούσματα της νόσου και οδηγούσαν σε περίπου 15.000 θανάτους κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες (39).

Τα εμβόλια της διφθερίτιδας, του τετάνου και του κοκκύτη αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο των προγραμμάτων εμβολιασμού παιδικής ηλικίας εδώ και πολλές δεκαετίες (40). Πιο συγκεκριμένα, ο εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας, του κοκκύτη και του τετάνου συμπεριλήφθηκε για πρώτη φορά στο εκτεταμένο πρόγραμμα ανοσοποίησης του ΠΟΥ το 1974 (36). Σήμερα, σε ορισμένες χώρες οι εμβολιασμοί των παιδιών πραγματοποιούνται με συνδυασμό των εμβολίων της διφθερίτιδας, του τετάνου και του κοκκύτη, ενώ σε άλλες τα εμβόλια αυτά χορηγούνται ξεχωριστά (40). Πάντως, είναι γεγονός ότι πλέον η πλειοψηφία των χωρών χορηγεί το συνδυαστικό εμβόλιο DTaP (Diphtheria,

Tetanus, acellulaer Pertussis), το οποίο έχει αποδειχθεί πολύ ασφαλές και κλινικά το αποτελεσματικότερο εμβόλιο για την αντιμετώπιση των τριών αυτών ασθενειών παγκοσμίως (41-43). Σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων του 2011, το συνδυαστικό εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας, του τετάνου και του κοκκύτη χορηγείται σε παιδιά ηλικίας 2, 4, 6, 15 και 18 μηνών καθώς και 4-6 ετών, ενώ το εμβόλιο της ιλαράς και άλλων ασθενειών (παρωτίτιδα και ερυθρά) χορηγείται σε παιδιά ηλικίας 12 και 15 μηνών, καθώς και 4-6 ετών. Επιπλέον, το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β χορηγείται κατά τη γέννηση του βρέφους, και σε ηλικία 1 και 2 μηνών, ενώ για παιδιά τα οποία δεν εμβολιάζονται κατά τη γέννηση χορηγείται σε ηλικία 2, 4, 6, 12, 15 και 18 μηνών. Όσον αφορά τους ηλικιωμένους (60-64 ετών, και 65 ετών και άνω), σύμφωνα με το Πρόγραμμα Εμβολιασμού Ενηλίκων του 2011, το εμβόλιο για τον ιό της γρίπης χορηγείται σε μία δόση ετησίως. Όσον αφορά τον εμβολιασμό παιδιών για διφθερίτιδα, τέτανο και κοκκύτη για το 2013 σύμφωνα με τα δεδομένα του ΟΕCD, κατά μέσο όρο το 95% των παιδιών λαμβάνει το συνιστώμενο εμβολιασμό σύμφωνα με τα εθνικά προγράμματα εμβολιασμού (21). Το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται στο μέσο όρο των χωρών (24^η καλύτερη θέση μεταξύ 44 χωρών) με ποσοστό εμβολιασμού στο 96%. Αντίθετα, όσον αφορά τις παραπάνω ασθένειες, η Ελλάδα βρίσκεται στην 5^η καλύτερη θέση μεταξύ των 45 χωρών με ποσοστό εμβολιασμού 99% και εμφανίζει χαμηλότερο ποσοστό μόνο από το Βέλγιο, την Κίνα, την Τσεχία και τη Γαλλία κατά αύξουσα σειρά (21) (Πίνακας 5-1, Εικόνα 5-1).

Πίνακας 5-1. Εμβολιασμός έναντι της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη (27).

Ελλάδα	99% -5 ^η Θέση
Ηνωμένο Βασίλειο	96% -24 ^η Θέση
ΟΟΣΑ	95%- Μ.Ο.



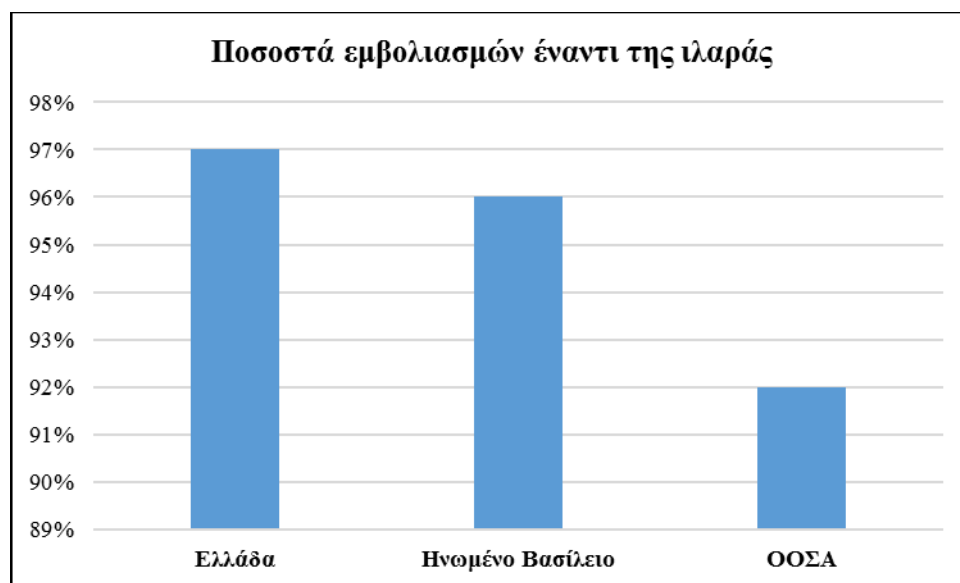
Εικόνα 5-1. Εμβολιασμός έναντι της διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη (20). Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα (Εικόνα 5-1) παρατηρήθηκε ότι το μέσο όρο των χωρών που συμμετέχουν στην έρευνα του ΟΟΣΑ για τον εμβολιασμό έναντι της διφθερίτιδας του τετάνου και του κοκκύτη βρίσκεται στο 95%. Επίσης, στο ίδιο διάγραμμα παρατηρείται ότι η Ελλάδα εμβολιάζεται το 99% έναντι της

διφθερίτιδας του τετάνου και του κοκκύτη. Αυτό σημαίνει ότι βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο των χωρών που συμμετέχουν στην έρευνα και μάλιστα κατέχει μια από τις καλύτερες θέσεις (5^η θέση) στην κατάταξη. Από την άλλη φαίνεται ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο εμβολιάζεται το 96% του πληθυσμού έναντι της διφθερίτιδας του τετάνου και του κοκκύτη που είναι πάνω από το μέσο όρο αλλά ταυτόχρονα τρεις ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα από την Ελλάδα. Ακόμα παρατηρείται ότι το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερη θέση σε σχέση με την Ελλάδα, μόλις την 24^η από τις συνολικά 34 θέσεις της κατάταξης. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η Ελλάδα έχει ένα πολύ καλό ποσοστό, σχεδόν απόλυτο όσον αφορά τον εμβολιασμό έναντι της διφθερίτιδας του τετάνου και του κοκκύτη. Ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο μια σαφέστατα πιο ανεπτυγμένη χώρα από την Ελλάδα, είναι σε αρκετά πιο χαμηλή θέση στην έρευνα του ΟΟΣΑ σε σχέση με την Ελλάδα.

Το παραπάνω πρότυπο δεν διαφοροποιείται σημαντικά όσον αφορά τον εμβολιασμό παιδιών για ιλαρά. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με δεδομένα του ΟΕCD για το 2013 κατά μέσο όρο το 95% των παιδιών λαμβάνει το συνιστώμενο εμβολιασμό για ιλαρά σύμφωνα με τα εθνικά προγράμματα εμβολιασμού (21). Το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται στο μέσο όρο των χωρών (22^η καλύτερη θέση μεταξύ 42 χωρών) με ποσοστό εμβολιασμού στο 96%, ενώ η Ελλάδα βρίσκεται στην 4^η καλύτερη θέση με ποσοστό εμβολιασμού 97% και εμφανίζει χαμηλότερο ποσοστό μόνο από τη Βραζιλία, το Βέλγιο, την Κίνα και την Τσεχία κατά αύξουσα σειρά (21) (Πίνακας 5-2, Εικόνα 5-2).

Πίνακας 5-2. Εμβολιασμός έναντι της ιλαράς (21).

Ελλάδα	97% -4 ^η Θέση
Ηνωμένο Βασίλειο	96% -22 ^η Θέση
ΟΟΣΑ	92%- Μ.Ο.



Εικόνα 5-2. Εμβολιασμός έναντι της ιλαράς (28).

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα παρατηρείται ότι το μέσο όρο των χωρών που συμμετέχουν στην έρευνα του ΟΟΣΑ για τον εμβολιασμό έναντι της ιλαράς βρίσκεται στο 92%. Επίσης, στο ίδιο

διάγραμμα παρατηρείται ότι η Ελλάδα εμβολιάζεται το 97% έναντι της ιλαράς. Αυτό σημαίνει ότι βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο των χωρών που συμμετέχουν στην έρευνα και μάλιστα κατέχει μια από τις καλύτερες θέσεις (4^η θέση) στην κατάταξη. Από την άλλη φαίνεται ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο εμβολιάζεται το 96% του πληθυσμού έναντι της ιλαράς που είναι πάνω από το μέσο όρο αλλά ταυτόχρονα δυο ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερα από την Ελλάδα. Ακόμα παρατηρείται ότι το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερη θέση σε σχέση με την Ελλάδα, μόλις την 22^η από τις συνολικά 34 θέσεις της κατάταξης. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η Ελλάδα έχει ένα πολύ καλό ποσοστό, σχεδόν απόλυτο όσον αφορά τον εμβολιασμό έναντι της ιλαράς. Ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο μια σαφέστατα πιο ανεπτυγμένη χώρα από την Ελλάδα, είναι σε αρκετά πιο χαμηλή θέση στην έρευνα του ΟΟΣΑ σε σχέση με την Ελλάδα.

Η προώθηση της χρήσης και της ανάπτυξης εμβολίων κρίνεται ουσιαστική και απαραίτητη στον αιώνα που διανύεται, ειδικότερα μετά την διαφαινόμενη έξαρση των ανθεκτικών σε πολλαπλά αντιβιοτικά, βακτηρίων. Στο πλαίσιο αυτό, πέρα από την ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού και του κλινικού ιατρού, κρίνεται αναγκαία η αύξηση της χρηματοδότησης για την έρευνα σχετικά με την ανάπτυξη νέων αποτελεσματικότερων εμβολίων καθώς και σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους που μπορεί να ελλοχεύουν αυτά. Το κοινό και η ιατρική κοινότητα πρέπει να κατανοήσουν ότι ο εμβολιασμός ωφελεί την υγεία ολόκληρων πληθυσμών, όχι μόνο των ατόμων που τα λαμβάνουν. Τα εμβόλια μπορούν να σώσουν αμέτρητες περισσότερες ζωές στο μέλλον, και τα κρατικά συστήματα υγείας παγκοσμίως πρέπει να θέσουν ως πρώτη προτεραιότητα και να συμβάλλουν ουσιαστικά για την επίτευξη αυτού του στόχου.

5.2. Σύνοψη

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα που διεξήχθη κατά τα έτη 2013-2015 για τα ποσοστά των εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη, καθώς και του εμβολιασμού κατά της ιλαράς υπάρχουν πολλά και σημαντικά ευρήματα.

Συμπεραίνουμε επίσης για τον εμβολιασμό κατά της διφθερίτιδας, τετάνου και κοκκύτη ότι το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται στο μέσο όρο των χωρών με ποσοστό της τάξεως του 96% με τον ΟΟΣΑ να έχει κατά μέσο όρο το 95% αν και καταλαμβάνει μόλις την 24^η θέση σε σύνολο 44 χωρών βάσει του μέσου όρου. Ουσιαστικά ξεπερνά το μέσο όρο του ΟΟΣΑ οπότε ο στόχος έχει επιτευχθεί εν μέρει αν και υπάρχει περιθώριο βελτίωσης στο μέλλον σχετικά με την θέση που έχει στην παγκόσμια κατάταξη. Η Ελλάδα σε αυτόν τον τομέα εμφανίζει πολύ καλύτερα ποσοστά της τάξεως του 99% πλησιάζοντας σχεδόν το απόλυτο δηλαδή το 100%. Κατέχει την 5^η θέση παγκοσμίως ξεπερνώντας και χώρες όπως είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Γερμανία, οι Σκανδιναβικές χώρες με συστήματα υγείας πολύ πιο ανεπτυγμένα από το δικό μας και πολύ πιο ακριβά και πιο αποδοτικά. Σε αυτό το πολύ υψηλό ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης συνέτειναν ιδιαίτερα τα Εθνικά Προγράμματα Εμβολιασμών της χώρας που επικαιροποιούνται συνέχεια περιλαμβάνοντας όλο και περισσότερα εμβόλια και επιπλέον περίπου 65–70% των παιδικών εμβολιασμών γίνονται στον ιδιωτικό τομέα (όπως είχε διαπιστωθεί και στη Μελέτη του 2006). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι το

σύστημα των δημόσιων ιατρείων εμβολιασμού στη χώρα μας λειτουργεί επί χρόνια με υποδομές και δυναμικό που καλύπτουν τις ανάγκες περίπου του ενός τρίτου του παιδικού πληθυσμού

Για τον εμβολιασμό κατά της ιλαράς τα συμπεράσματα είναι παρόμοια και για το Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και για την Ελλάδα. Το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται πάνω μέσο όρο των χωρών με ποσοστό της τάξεως του 96% με τον ΟΟΣΑ να έχει κατά μέσο όρο το 92% αν και καταλαμβάνει μόλις την 22^η θέση σε σύνολο 44 χωρών βάσει του μέσου όρου. Αν και πάλι ξεπερνά το μέσο όρο του ΟΟΣΑ κατά τέσσερις ποσοστιαίες μονάδες ωστόσο χρήζει περιθώρια βελτίωσης εξαιτίας της χαμηλής κατάταξης που έχει στην παγκόσμια κατάταξη. Η Ελλάδα από την άλλη, εμφανίζει και πολύ υψηλό ποσοστό 97% και καταλαμβάνει την 4^η θέση σε σύνολο 44 χωρών. Αυτά τα στοιχεία δεικνύουν για την χώρα ότι βρίσκεται σε πολύ υψηλό επίπεδο πρόληψης για τα παιδιά σε επίπεδο Πανελλαδικό.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

6.1. Αναζήτηση βιβλιογραφίας

Αναζητήσαμε σχετική βιβλιογραφία στη βιβλιογραφική βάση δεδομένων Medline, με τη χρήση του εργαλείου PubMed μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου 2017, όπως έχει περιγραφεί σε προηγούμενες αναφορές (44). Για την αναζήτησή μας χρησιμοποιήσαμε λέξεις κλειδιά ήτοι: “vaccination”, “quality indicators”, “electronic medical records”, “health care”, “primary health care”, “Greece”. Οι λέξεις κλειδιά έδωσαν 500 άρθρα, τα οποία επιλέχθηκαν από τη συγγραφέα. Η βιβλιογραφία, που επιλέχθηκε αφορούσε σε άρθρα γραμμένα στην Αγγλική γλώσσα και σχετικά με το θέμα της επίπτωσης της κρίσης στην υγεία. Ένας δεύτερος συνεργάτης, μελέτησε τα προτεινόμενα άρθρα από τη συγγραφέα και σε περίπτωση διαφωνίας, έγινε κρίση από τρίτο συνεργάτη.

6.2. Επιλεξιμότητα Αρθρογραφίας

Τα άρθρα, που μελετήθηκαν αρχικά, εξετάστηκαν για την επιλεξιμότητα τους στην παρούσα μελέτη. Πιο συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν άρθρα με άμεση αναφορά στο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας και τη σχέση με τα ερωτήματα της παρούσης εργασίας.

6.3. Δεδομένα

Για τις ανάγκες της παρούσης μελέτης, αντλήθηκαν δεδομένα από τις διαθέσιμες βάσεις δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (EuroStat), από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), από το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE), το Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ (ΙΕ), τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και τις εκθέσεις του Διοικητή της Τραπεζής της Ελλάδος (ΤτΕ). Τα στοιχεία, που συλλέχθηκαν αφορούσαν στα: α) επίπεδα γεννήσεων, β) ηλικιακή πυραμίδα, γ) ανεργία, δ) Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), ε) δαπάνες υγείας, στ') προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, ζ) νοσηλεία και νοσήλια, η) ποσοστά εμβολιασμών και θ) ικανοποίηση και προσβασιμότητα στην περίθαλψη. Τα επιπλέον στοιχεία συλλέχθηκαν με σκοπό τη διερεύνηση συσχετίσεων με τις υπό μελέτη μεταβλητές (π.χ. προσβασιμότητα). Όλες οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως ο μέσος όρος με τα αντίστοιχα ποσοστά λάθους.

6.4. Ανάλυση Δεδομένων και Στατιστική Ανάλυση

Τα συλλεχθέντα δεδομένα, παρουσιάζονται με τη χρήση περιγραφικής στατιστικής. Στις περιπτώσεις, που έγινε μελέτη της σημαντικότητας των στοιχείων και συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικοί στατιστικοί έλεγχοι (για τις κανονικές κατανομές) και μη-παραμετρικοί (για τις μη-κανονικές κατανομές). Ο έλεγχος της κανονικής ή μη-κανονικής κατανομής έγινε με τη χρήση του *Kolmogorov-Smirnov test*. Επίσης έγινε γραμμική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, χρησιμοποιώντας της

συσχέτιση κατά *Pearson (rho)*. Η συλλογή και προ-επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το λογισμικό πακέτο Microsoft Excel®.

6.5. Συνοπτική Παρουσίαση Ορισμένων Βασικών Δεικτών Υγείας Στην Ελλάδα

Η χάραξη πολιτικών υγείας στηρίζεται στην παρακολούθηση και σύγκριση πληθώρας δεδομένων που συλλέγονται με πίνακες, γραφικές παραστάσεις, χάρτες μέσω κάποιων δεικτών που προσδιορίζουν την κατάσταση υγείας του πληθυσμού την παρακολούθηση των νοσημάτων κ.τ.λ. καθώς και τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία αλλά και την υγειονομική περίθαλψη του πληθυσμού. Οι δείκτες υγείας είναι τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται και μελετώνται διεξοδικά για να δούμε σε βάθος την κατάσταση υγείας συνολικά του πληθυσμού. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπάρχει σήμερα μια πολύ μεγάλη βάση δεδομένων ECHI (European Core Health Indicators) συμπεριλαμβάνοντας συνολικά 88 βασικούς δείκτες υγείας με σχεδόν το μεγαλύτερο ποσοστό να προσφέρουν συγκρίσιμα δεδομένα (60 δείκτες συνολικά) (45). Οι δείκτες χωρίζονται και ομαδοποιούνται ανάλογα με τα στοιχεία που χρειάζεται να συλλεχθούν δηλαδή δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά κ.τ.λ.

6.6. Περιορισμοί

Η οικονομική κρίση που περιήλθε η χώρα επηρέασε εμφανέστατα τον ήδη πολύπαθο τομέα της υγείας ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Η επίδραση σχετίζεται και με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών που δυστυχώς εφόσον πλέον δεν υπάρχει η απαραίτητη οικονομική στήριξη είναι πολύ πιθανό να επιδεινωθεί σε μεγάλο βαθμό. Η προσέγγιση του θέματος της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη θέτει ορισμένους περιορισμούς.

Αρχικά περιοριστικό στοιχείο αποτέλεσε το χρονικό διάστημα αξιολόγησης των στατιστικών στοιχείων. Συγκεκριμένα η μελέτη εστίασε σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και χώρα (Ελλάδα) αποκλείοντας την αξιολόγηση των επιδράσεων της οικονομικής κρίσης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε χώρες που αντίστοιχα επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση (π.χ. Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία).

Ως περιορισμός της μελέτης αποτέλεσε η χρήση των δεδομένων για τις αναγκαιότητες της, του πίνακα της Eurostat, hlth_silc_08 που χρησιμοποιήθηκε και αναφέρετε στην ιατρική περίθαλψη των χρηστών των υπηρεσιών υγείας χωρίς να καθιστά αν επρόκειτο για την πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια, ή την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας ή και συνολικά και για τα τρία μαζί επίπεδα παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Τέλος, περιοριστικά ως προς τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτέλεσε το γεγονός, ότι εξετάστηκαν μόνο η προσβασιμότητα, η ικανοποίηση και ο εμβολιασμός αποκλείοντας τις δυσμενείς επιπτώσεις από την υποστελέχωση των δομών πρωτοβάθμιας υγείας στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

7. ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΑ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

7.1. Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και κόστος από ίδια δαπάνη

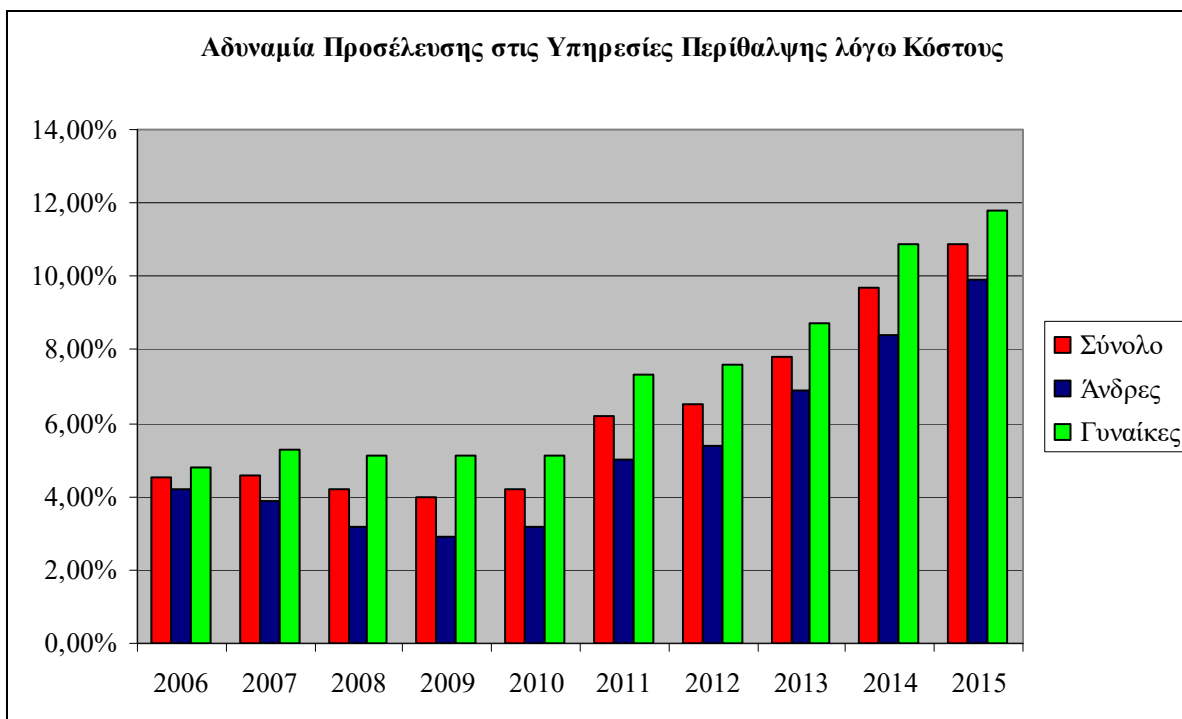
Η προσβασιμότητα καταδεικνύει την απόδοση ενός συστήματος υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών από αυτό. Στην Ελλάδα η παρούσα μελέτη κατέδειξε πως ο υπό διερεύνηση πληθυσμός φαίνεται ιδιαίτερα ικανοποιημένος με τις παροχές που λαμβάνει από την ΠΦΥ σχετικά με το κόστος δαπάνης, την απόσταση που χρειάζεται να διανύσει και την λίστα αναμονής. Η ανάλυση που παρατίθεται στην συνέχεια είναι μια δεκαετής μελέτη των στοιχείων για την προσβασιμότητα στην ΠΦΥ. Σύμφωνα με τα συλλεχθέντα στοιχεία (**Πίνακας 7-1, Εικόνα 7-1**) για το διάστημα 2004-2013, στην Ελλάδα, παρατηρήθηκε ότι η ίδια δαπάνη αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα πρόσβασης στις υπηρεσίες περίθαλψης και ειδικότερα φάνηκε ότι στο συνολικό πληθυσμό το 4,83%±1,44% αδυνατούσε να προσέλθει στις υπηρεσίες περίθαλψης λόγω του υψηλού κόστους τους.

Παρατηρείται ότι από το 2006 μέχρι το 2007 υπάρχει μια ανοδική τάση στο συνολικό ποσοστό, επί του συνολικού πληθυσμού, που θεωρεί πολύ ακριβή την δαπάνη σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών από την ΠΦΥ, ενώ από το 2007 μέχρι το 2009 υπάρχει μια μικρή καθοδική τάση, αλλά από το 2009 ως το 2015 το ποσοστό που θεωρεί υψηλή την δαπάνη σχεδόν διπλασιάζεται (10,9%). Ειδικότερα, παρατηρείται ότι το ποσοστό που θεωρεί πολύ υψηλή τη δαπάνη το 2006 είναι μόλις στο 4,5% αποτελώντας και το μικρότερο ποσοστό μέσα στην δεκαετία που διερευνήθηκε. Αντίθετα το 2015 το ποσοστό αυτό είναι 10,9% έχει υπερδιπλασιαστεί σε σχέση με το 2004 αποτελώντας το μεγαλύτερο ποσοστό μέσα στην δεκαετία που ερευνάτε. Παρόλα αυτά σε γενικές γραμμές το ποσοστό των ατόμων που θεωρεί ότι η δαπάνη είναι υψηλή είναι μικρό.

Αναλύοντας περαιτέρω τα δεδομένα του γενικού πληθυσμού, παρατηρείται ότι τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες από το 2006 μέχρι το 2007 υπάρχει μια ανοδική τάση, από το 2007 μέχρι το 2009 υπάρχει μια μικρή καθοδική τάση για τους άνδρες και καμία σχεδόν αυξομείωση στις γυναίκες και από το 2009 και μετά ως και το 2013 πάλι η τάση γίνεται ανοδική και για τα δυο φύλα (**Πίνακας 7-1, Εικόνα 7-1**). Για τους άνδρες παρατηρείται μικρότερη τιμή το 2009 (2,9%) για τις γυναίκες (2,9%) το 2008 (3,2%) και μέγιστη τιμή το 2015 με το ποσοστό για τους άνδρες να αγγίζει το 9,9% και για τις γυναίκες το 11,8% (**Πίνακας 7-1, Εικόνα 7-1**).

Πίνακας 7-1. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω του υψηλού κόστους τους (η παροχή υπηρεσιών από την ΠΦΥ) (**Πηγή:** Eurostat, Πίνακας *hlth_silc_08*).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Σύνολο	4,50%	4,60%	4,20%	4,00%	4,20%	6,20%	6,50%	7,80%	9,70%	10,90%
Άνδρες	4,20%	3,90%	3,20%	2,90%	3,20%	5,00%	5,40%	6,90%	8,40%	9,90%
Γυναίκες	4,80%	5,30%	5,10%	5,10%	5,10%	7,30%	7,60%	8,70%	10,90%	11,80%



Εικόνα 7-1. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω του υψηλού κόστους τους (η παροχή υπηρεσιών από την ΠΦΥ) (Πηγή: Eurostat, Πίνακας *hlth_silc_08*).

7.2. Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και απόσταση

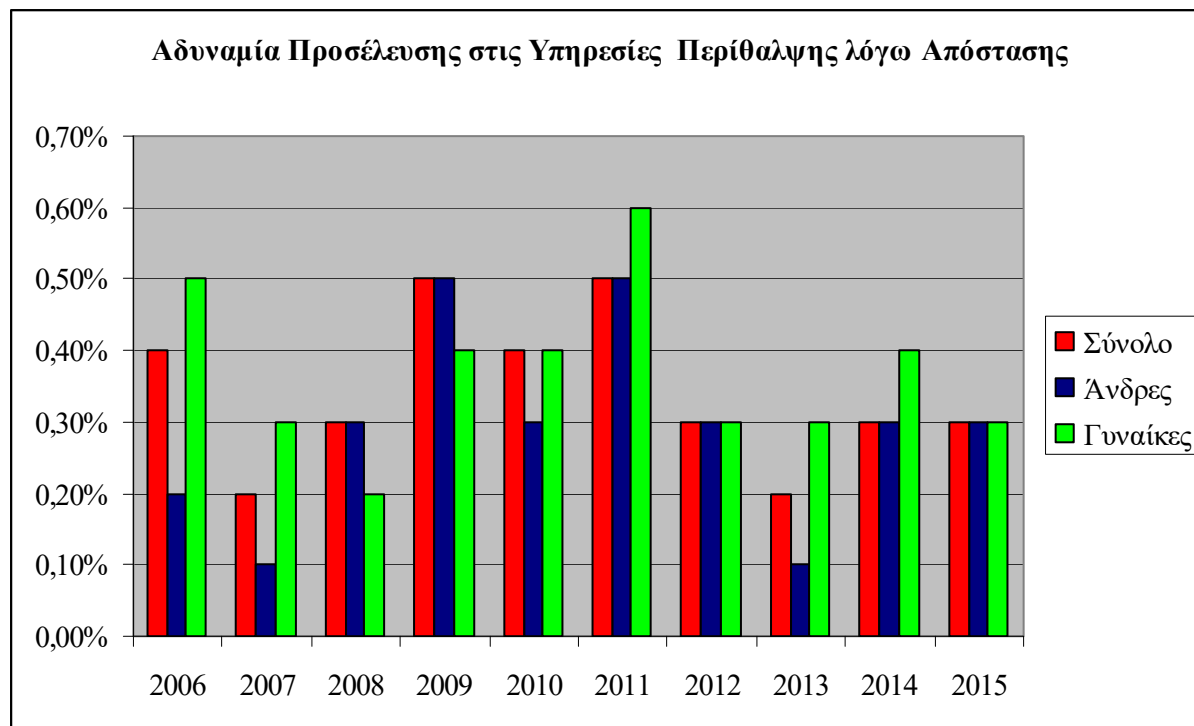
Σύμφωνα με τα στοιχεία της παρούσης μελέτης, παρατηρήθηκε ότι ελάχιστοι από τους ερωτηθέντες θεώρησαν πολύ μακρινή την απόσταση που χρειαζόταν να διανύσουν για να φτάσουν σε μια δομή ΠΦΥ. Δεδομένου του γεγονότος ότι οι δομές στην Ελλάδα φτάνουν σύμφωνα με την τελευταία καταγραφή τις 1.801 (46) στη χώρα, αυτές καλύπτουν μεγάλο μέρος των αγροτικών περιοχών με συνέπεια την εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Παρατηρείται λοιπόν από τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 7-2) ότι, το ποσοστό των ατόμων που θεωρούν ότι είναι απομακρυσμένοι από τις περιοχές με τις δομές τις ΠΦΥ είναι πάρα πολύ μικρό. Αναλυτικότερα, στο σύνολο το ποσοστό μέσα στην δεκαετία που ερευνάτε κυμαίνεται από 0,2% μέχρι 0,5%. Επιπλέον, από το 2009 το ποσοστό είναι στο 0,5% που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό μέσα στην δεκαετία, ενώ το 2007 όπως και το 2013 το ποσοστό είναι στο 0,2% που είναι και το μικρότερο που παρατηρείται μέσα στην δεκαετία (Εικόνα 7-2).

Ως εκ τούτου, παρατηρείται τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες ότι τα χαμηλότερα ποσοστά μέσα της δεκαετίας είναι το έτος 2007 για τους άνδρες (0,1%) και το έτος 2008 (0,2%) για τις γυναίκες ενώ κατά την διάρκεια της δεκαετίας υπάρχουν πολλές αυξομειώσεις και για τα δυο φύλα με το ποσοστό όμως να βρίσκεται πάντα κάτω του 1% σαν συνέπεια της θεώρησης και των δυο ότι οι περιοχές που βρίσκονται οι δομές της ΠΦΥ είναι σχετικά προσβάσιμες και κοντινές (Εικόνα 7-2).

Πίνακας 7-2. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω μεγάλης απόστασης (Πηγή: Eurostat, Πίνακας *hlth_silc_08*).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Σύνολο	0,40%	0,20%	0,30%	0,50%	0,40%	0,50%	0,30%	0,20%	0,30%	0,30%
Άνδρες	0,20%	0,10%	0,30%	0,50%	0,30%	0,50%	0,30%	0,10%	0,30%	0,30%
Γυναίκες	0,50%	0,30%	0,20%	0,40%	0,40%	0,60%	0,30%	0,30%	0,40%	0,30%



Εικόνα 7-2. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω μεγάλης απόστασης (Πηγή: Eurostat, Πίνακας *hlth_silc_08*).

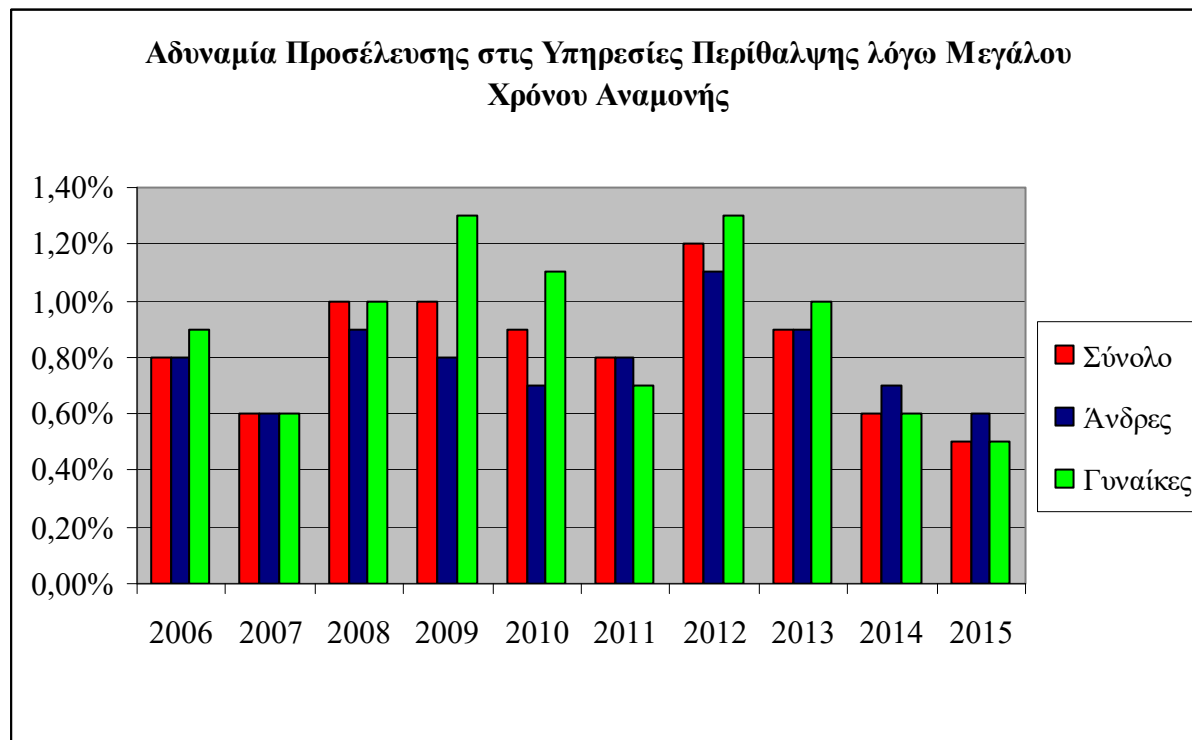
7.3. Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω χρόνου αναμονής

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 7-3) και το παρακάτω διάγραμμα () το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι, για την δεκαετία 2006-2015 για το σύνολο του πληθυσμού που ερωτήθηκε ,το ποσοστό που θεωρεί μεγάλη την λίστα αναμονής είναι αρκετά μικρό και δεν ξεπερνάει το 1,2%.Πιο συγκεκριμένα το 2007 παρατηρείται ότι το πιο μικρό ποσοστό της δεκαετίας που ερευνάτε και που είναι μόλις 0,6% ενώ το πιο υψηλό ποσοστό παρατηρείται το 2012 και είναι 1,2%.Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι το 2006 που ξεκίνησε η έρευνα το ποσοστό ανέρχεται στο 0,8% και στο τέλος της έρευνας το 2015 το ποσοστό έχει μειωθεί κατά 0,3% αγγίζοντας το 0,5%.

Σχετικά με το παρακάτω διάγραμμα (Εικόνα 7-3) όσο αναφορά την λίστα αναμονής για τους άνδρες και τις γυναίκες παρατηρούνται αυξομειώσεις κατά την δεκαετία 2006-2015, με μικρότερο ποσοστό το 2007 και για τα δυο φύλα με τους άνδρες στο 0,6% και τις γυναίκες στο 0,6% και υψηλότερο ποσοστό το 2012 που αγγίζει αντίστοιχα το 1,1% για τους άνδρες και το 1,3% για τις γυναίκες.Αυτές οι αυξομειώσεις δεικνύουν ότι ανάλογα με το έτος και κάποιους εξωγενείς παράγοντες που επιδρούν ενίοτε θετικά ή αρνητικά και οι απόψεις μεταβάλλονται κατά την διάρκεια του χρόνου.

Πίνακας 7-3. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής (Πηγή: Eurostat, Πίνακας *hlth_silc_08*).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Σύνολο	0,80%	0,60%	1,00%	1,00%	0,90%	0,80%	1,20%	0,90%	0,60%	0,50%
Άνδρες	0,80%	0,60%	0,90%	0,80%	0,70%	0,80%	1,10%	0,90%	0,70%	0,60%
Γυναίκες	0,90%	0,60%	1,00%	1,30%	1,10%	0,70%	1,30%	1,00%	0,60%	0,50%



Εικόνα 7-3. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής (Πηγή: Eurostat, Πίνακας *hlth_silc_08*).

7.4. Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω υψηλού ιδίου κόστους, ή απόστασης, ή χρόνου αναμονής

Σε συνέχεια των προηγούμενων αναλύσεων, από στοιχεία της παρούσης μελέτης παρατηρήθηκε σχετικά μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων, κάτω από το 10%, θεώρησε ότι ταυτόχρονα είναι και πολύ ακριβή η δαπάνη και η απόσταση από τις δομές ΠΦΥ είναι πολύ μεγάλη αλλά και η λίστα αναμονής είναι επίσης μεγάλη (Πίνακας 7-4).

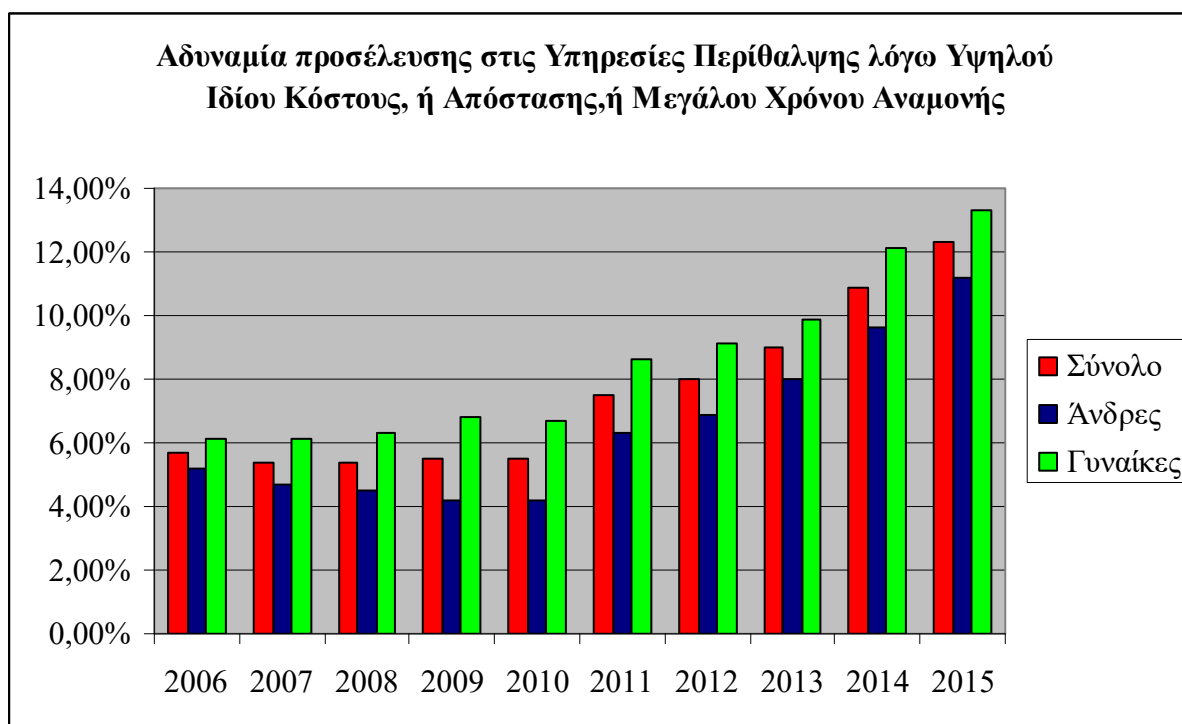
Παρατηρείται μια πτωτική τάση στο συνολικό ποσοστό που θεωρεί ταυτόχρονα ακριβή την δαπάνη, μεγάλη την απόσταση που χρειάζεται να διανυθεί και μεγάλη την λίστα αναμονής από το 2006 μέχρι και το 2007, ενώ από το 2007 μέχρι και το 2009 αντίστοιχα η τάση εμφανίζεται σταθερή και τέλος από το 2009 ως και το 2015 η τάση αυτή πάλι είναι ανοδική.

Ειδικότερα το μικρότερο ποσοστό της δεκαετίας φαίνεται να είναι το 2007 με το ποσοστό μόλις στο 5,4% και το μεγαλύτερο ποσοστό να εμφανίζεται το 2015 φτάνοντας το 12,3% επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο παρακάτω διάγραμμα (Εικόνα 7-4) παρατηρείται συνεχής άνοδος των ποσοστών και στα δυο φύλα από το 2006 και μετά θεωρώντας ότι η συνεχής αύξηση των δαπανών για την υγεία, η δυσκολία στην προσβασιμότητα και οι αυξανόμενες λίστες αναμονής επιτείνουν την ήδη υπάρχουσα κακή κατάσταση του συστήματος υγείας της χώρας. Ειδικότερα, οι άνδρες εμφανίζουν το μικρότερο τους ποσοστό το έτος 2009 με τους μεν να αγγίζουν το 2,9% και οι γυναίκες το 2006 με ποσοστό να φτάνει το 6,1%, αντίστοιχα το μεγαλύτερο ποσοστό ανευρίσκεται το έτος 2015 με τους άνδρες να φτάνουν στο 11,2% και τις γυναίκες στο 13,3%.

Πίνακας 7-4. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω είτε μεγάλου ιδίου κόστους, απόστασης, ή μεγάλου χρόνου αναμονής (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Σύνολο	5,70%	5,40%	5,40%	5,50%	5,50%	7,50%	8,00%	9,00%	10,90%	12,30%
Άνδρες	5,20%	4,70%	4,50%	4,20%	4,20%	6,30%	6,90%	8,00%	9,60%	11,20%
Γυναίκες	6,10%	6,10%	6,30%	6,80%	6,70%	8,60%	9,10%	9,90%	12,10%	13,30%



Εικόνα 7-4. Ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω είτε μεγάλου ιδίου κόστους, απόστασης, ή μεγάλου χρόνου αναμονής (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).

7.5. Βαθμός ικανοποίησης

Σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα (Εικόνα 7-5) της ίδιας μελέτης παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων σχετικά με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που λαμβάνουν από την ΠΦΥ δήλωσε πάρα πολύ ικανοποιημένο από τις παροχές που έλαβε, καθώς το ποσοστό κυμαίνεται από το 85,8% μέχρι και 92,7%. Όμως πιο συγκεκριμένα παρατηρείται ότι από την αρχή της έρευνας το 2006 μέχρι το τέλος του 2015 το ποσοστό έχει μειωθεί κατά 6,9% δηλαδή

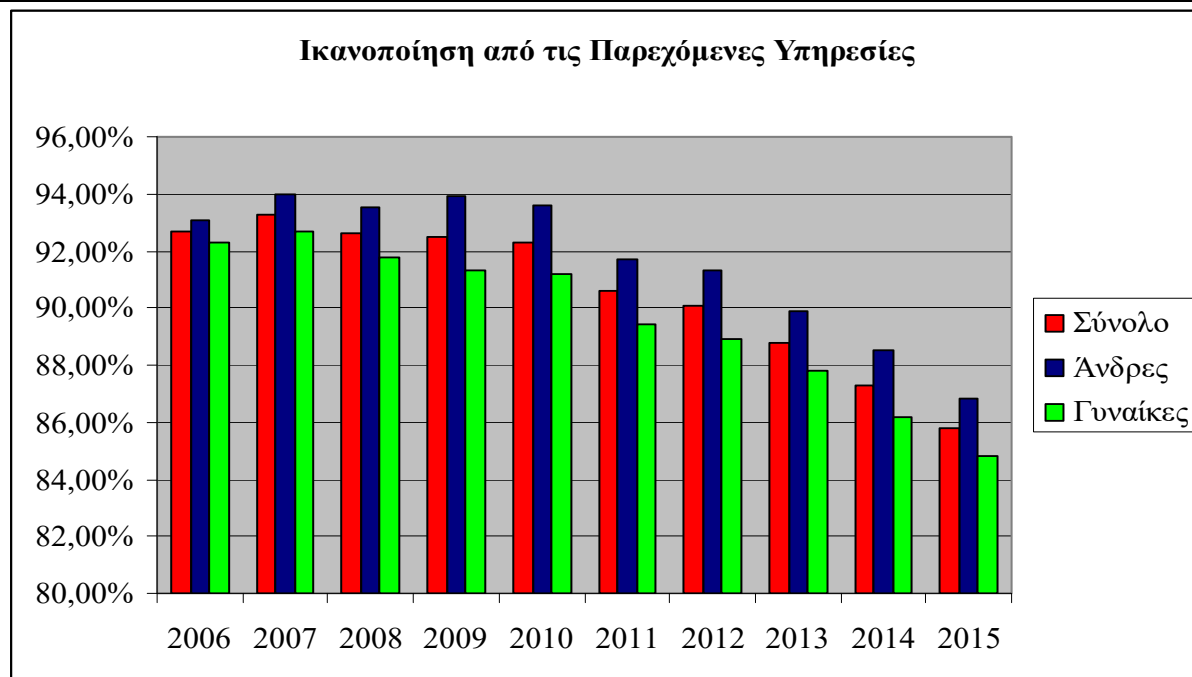
από 92,7% πήγε στο 85,8%.Επίσης, το 2006 παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό που είναι ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και είναι το 92,7% ,ενώ το 2015 αντίστοιχα παρατηρείται το μικρότερο ποσοστό που είναι ικανοποιημένο και φτάνει στο 85,8% (**Πίνακας 7-5**).

Από το παρακάτω διάγραμμα (**Εικόνα 7-5**) παρατηρείται μια πτωτική τάση σχετικά με το δείκτη ικανοποίησης των υπηρεσιών υγείας από τους χρήστες και τους άνδρες και τις γυναίκες από το 2009 και μετά δηλαδή από την ένταξη της χώρας στο Μνημόνια μέχρι και σήμερα.Η πτώση συνολικά είναι τέσσερις ποσοστιαίες μονάδες και στα δυο φύλα, γεγονός που οφείλεται στην περικοπή των δαπανών για την δημόσια υγεία επομένως στην υποβάθμιση της ποιότητας συνολικά αλλά και σε πληθώρα παραγόντων που ήταν συνέπεια της κρίσης στην οποία περιήλθε η χώρα.

Η μελέτη των δεδομένων δεν περιελάμβανε μόνο την ποσοστιαία ανάλυση σε σχέση με το χρόνο σχετικά με την προσβασιμότητα, την λίστα αναμονής ,την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αλλά και μια βαθύτερη ανάλυση συσχετίσεων με την χρήση του Συντελεστή Συσχέτισης Pearson.Σύμφωνα με αυτόν το συντελεστή υπάρχουν δυο είδη συσχετίσεων η θετική και η αρνητική. Θετική σημαίνει ότι όσο αυξάνονται οι τιμές μιας μεταβλητής τόσο αυξάνονται και οι τιμές της άλλης.Η αρνητική συσχέτιση είναι το ακριβώς αντίθετο δηλαδή όσο αυξάνονται οι τιμές της μιας μεταβλητής τόσο μειώνονται οι τιμές της άλλης αντίστοιχα.

Πίνακας 7-5. Ποσοστό των πολιτών, που δήλωσε ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Σύνολο	92,70%	93,30%	92,60%	92,50%	92,30%	90,60%	90,10%	88,80%	87,30%	85,80%
Άνδρες	93,10%	94,00%	93,50%	93,90%	93,60%	91,70%	91,30%	89,90%	88,50%	86,80%
Γυναίκες	92,30%	92,70%	91,80%	91,30%	91,20%	89,40%	88,90%	87,80%	86,20%	84,80%



Εικόνα 7-5. Ποσοστό των πολιτών, που δήλωσε ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Πηγή: Eurostat, Πίνακας hlth_silc_08).

7.5.1. Συσχετίσεις κατά Pearson ως προς τις δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες περίθαλψης

Ενδιαφέρον είχε το γεγονός ότι παρατηρήθηκε σημαντική θετική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της σχετικής συχνότητας της **συνολικής θνησιμότητας** επί του γενικού πληθυσμού και το γενικό πληθυσμό που δήλωσε μεγάλη λίστα αναμονής, υψηλό κόστος παρεχομένων υπηρεσιών και μεγάλη απόσταση από τις δομές ΠΦΥ ($\rho=0,905$), το οποίο σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η λίστα αναμονής, το κόστος και η απόσταση τόσο αυξάνει το ποσοστό θνησιμότητας των ασθενών.

Τέλος, δύο ενδιαφέροντα ευρήματα έδειξαν ότι υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας τον κατά κεφαλήν αριθμό των ιατρών ($\rho=-0.945$), καθώς και τον αριθμό των νοσηλευτριών ($\rho=-0.922$).

7.6. Συσχετίσεις μεταξύ του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες περίθαλψης και άλλων μεταβλητών της δημόσιας υγείας

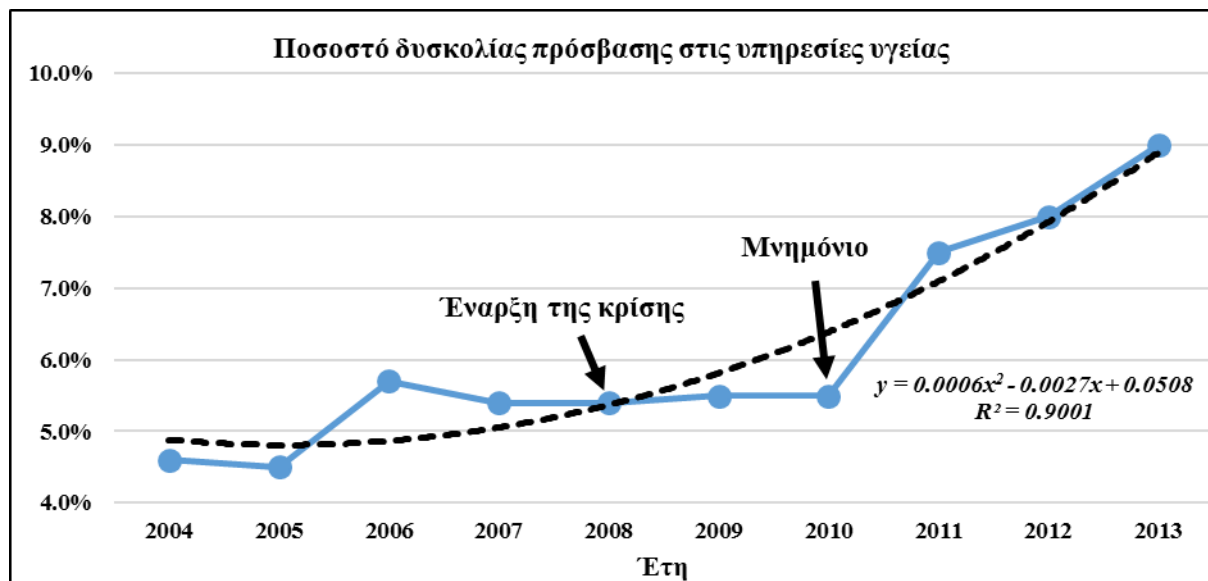
Για να διερευνήσουμε περαιτέρω συσχετίσεις στη δυναμική των μεταβλητών της δημόσιας υγείας, όσον αφορά στην ικανοποίηση των ατόμων από την περίθαλψη υπολογίσαμε τη συσχέτιση κατά Pearson. Είχε ενδιαφέρον το γεγονός ότι παρατηρήθηκαν κυρίως αρνητικές διαφορές μεταξύ του βαθμού ικανοποίησης και άλλων μεταβλητών της δημόσιας υγείας και ειδικότερα τους παραθέτουμε παρακάτω: Ως εκ τούτου, αρνητικές σημαντικές συσχετίσεις ανευρέθησαν μεταξύ του ποσοστού ικανοποίησης του γενικού πληθυσμού και α) του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών ($\rho=-0,963$), β) της δυσαρέσκειας ως προς την πρόσβαση στους άνδρες λόγω του ίδιου κόστους ($\rho=-0,912$), γ) της δυσαρέσκειας ως προς την πρόσβαση στις γυναίκες λόγω του ίδιου κόστους ($\rho=-0,972$), δ) της δυσαρέσκειας ως προς την πρόσβαση στο γενικό πληθυσμό λόγω του ίδιου κόστους ($\rho=-0,970$), ε) της δυσαρέσκειας ως προς την πρόσβαση στους άντρες λόγω του ίδιου κόστους, της απόστασης και του χρόνου αναμονής ($\rho=-0,989$), στ') της δυσαρέσκειας ως προς την πρόσβαση στις γυναίκες λόγω του ίδιου κόστους, της απόστασης και του χρόνου αναμονής ($\rho=-0,953$) και ζ) της δυσαρέσκειας ως προς την πρόσβαση στο γενικό πληθυσμό λόγω του ίδιου κόστους, της απόστασης και του χρόνου αναμονής ($\rho=-0,973$).

8. ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

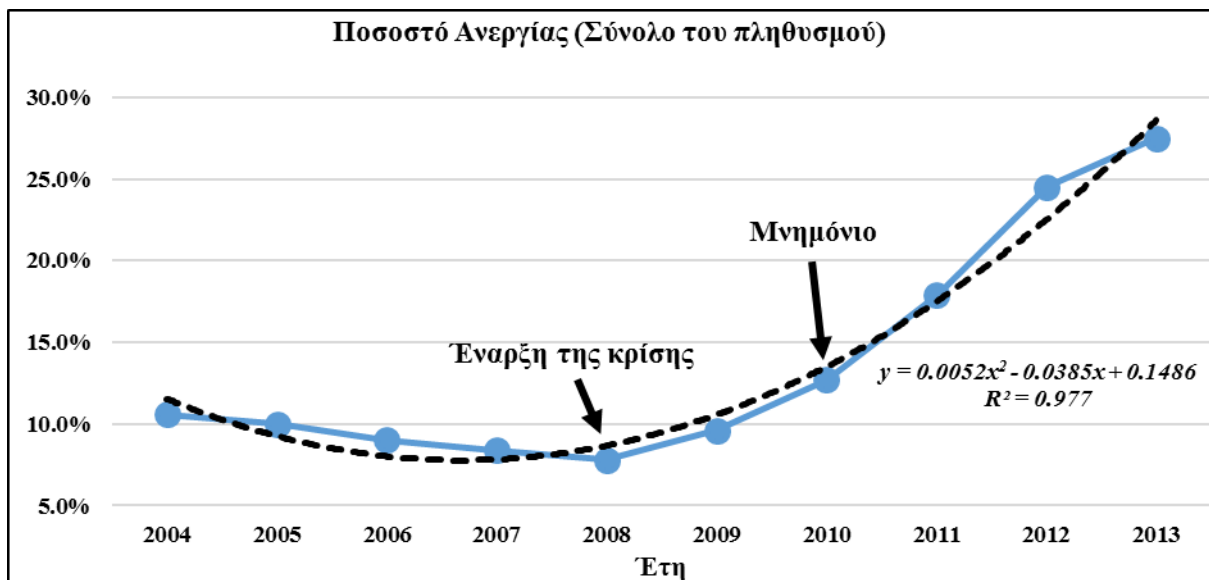
8.1. Ποσοστό αδυναμίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και ανεργία

Σε συνέχεια της διερεύνησής μας, εξετάσαμε την παρουσία συσχετίσεων μεταξύ των ποσοστών δυσκολίας πρόσβασης στις υπηρεσίες περίθαλψης και υγείας για όλους τους λόγους (οι λόγοι που δίνονται στις βάσεις δεδομένων για τη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης είναι το ίδιο κόστος, η προσβασιμότητα προς τις υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης και ο χρόνος αναμονής) και της ανεργίας.

Ως εκ τούτου, η χρονική εξέλιξη της δυσκολίας πρόσβασης παρουσιάζει αυξητική τάση με ιδιαίτερο ρυθμό μεταβολής από το 2010 και μετά (**Εικόνα 8-1**). Αντίστοιχα, στην **Εικόνα 8-2** παρουσιάζεται η χρονική εξέλιξη του ποσοστού ανεργίας στο σύνολο του πληθυσμού.

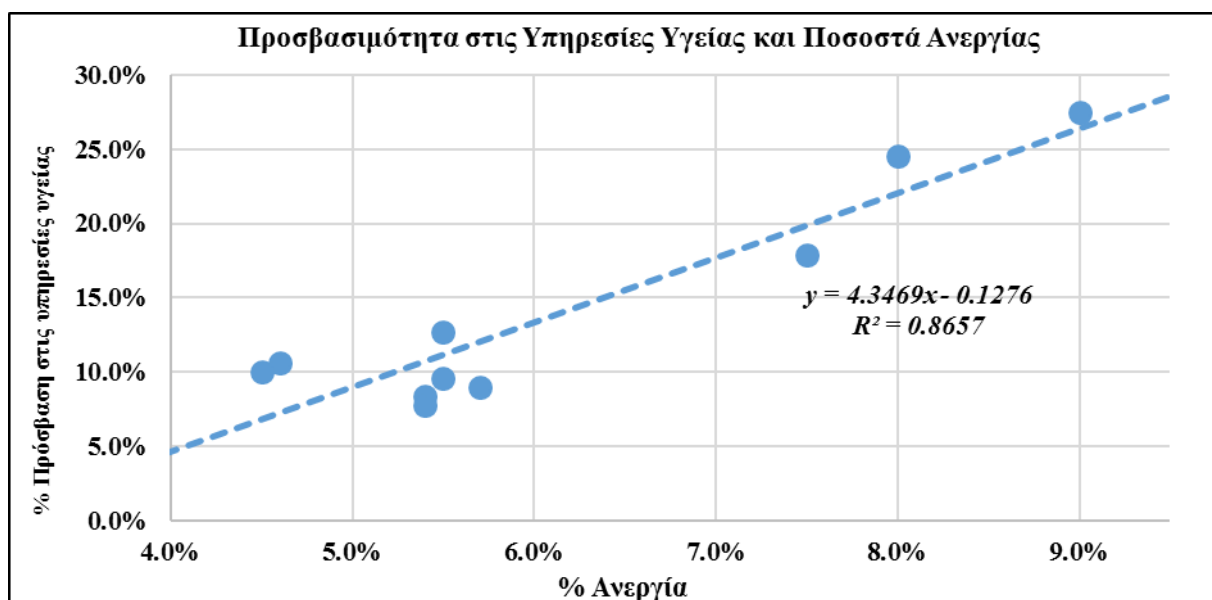


Εικόνα 8-1. Χρονική εξέλιξη του ποσοστού δυσκολίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας από όλους τους λόγους (οι λόγοι που δίνονται στις βάσεις δεδομένων για τη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης είναι το ίδιο κόστος, η προσβασιμότητα προς τις υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης και ο χρόνος αναμονής).



Εικόνα 8-2. Χρονική εξέλιξη του ποσοστού ανεργίας.

Από τη χρονική εξέλιξη του ποσοστού δυσκολίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και του ποσοστού ανεργίας, προέκυψε η παλινδρόμηση των δύο μεταβλητών, όπου και παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ($R^2=0.87$), γεγονός που υποδεικνύει μια πιθανή αιτιολογική σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών (**Εικόνα 8-3**). Η συσχέτιση αυτή είναι ενδιαφέρουσα, αφού ως αναμένεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι άμεσα συνυφασμένη με την οικονομική κατάσταση του ασθενούς.



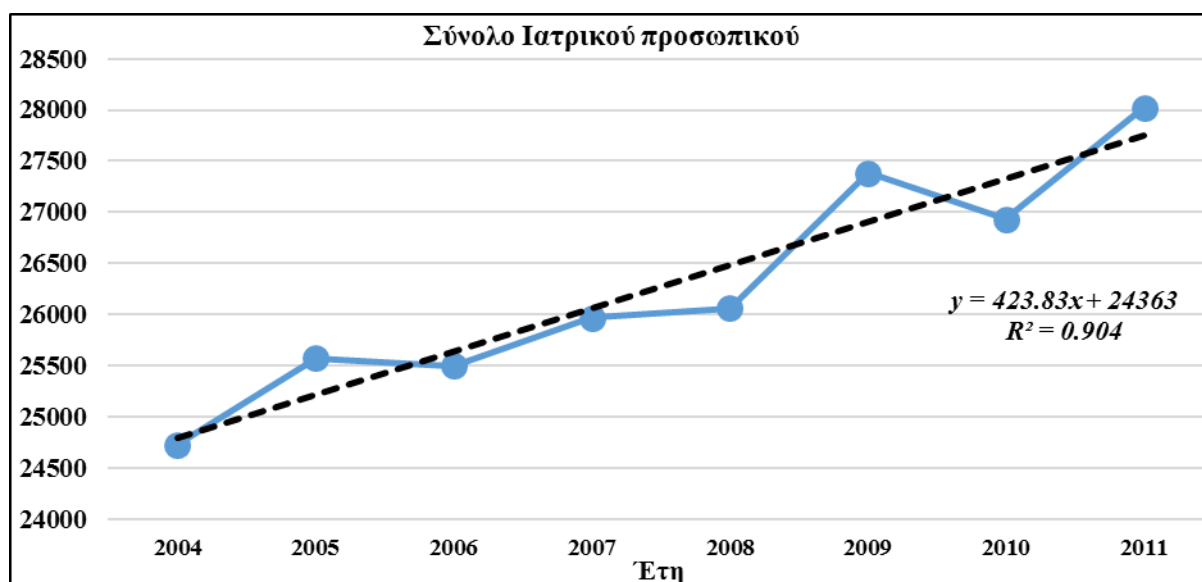
Εικόνα 8-3. Παλινδρόμηση της δυσκολίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και του ποσοστού ανεργίας στο σύνολο του πληθυσμού.

8.2. Ποσοστό αδυναμίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και πλήθος ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού

Στην περίπτωση αυτή μελετήσαμε την παρουσία συσχετίσεων μεταξύ των ποσοστών δυσκολίας πρόσβασης στις υπηρεσίες περίθαλψης και υγείας για όλους τους λόγους (οι λόγοι που δίνονται στις βάσεις δεδομένων για τη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης είναι το ίδιο κόστος, η προσβασιμότητα προς τις υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης και ο χρόνος αναμονής) και του πλήθους του ιατρικού προσωπικού εργαζόμενου σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

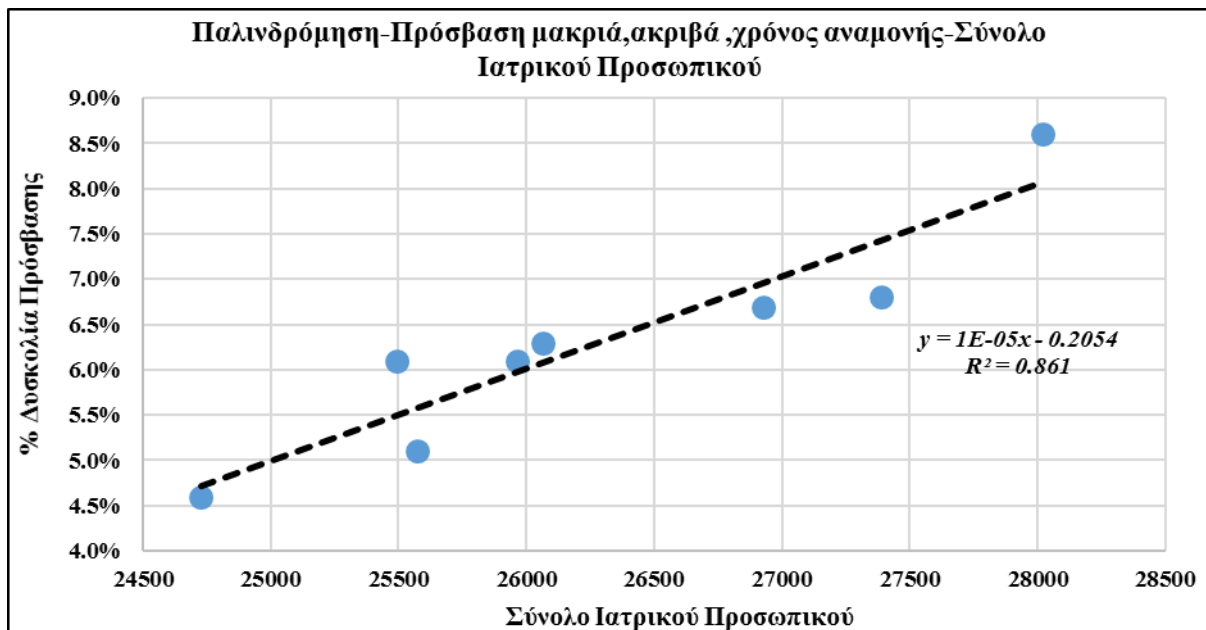
Ως εκ τούτου, η χρονική εξέλιξη της δυσκολίας πρόσβασης, όπως παρουσιάζεται στην **Εικόνα 8-1**, παρουσιάζει παρόμοια τάση με το πλήθος του ιατρικού προσωπικού εργαζόμενου σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας (**Εικόνα 8-4**). Τα διαθέσιμα δεδομένα αφορούσαν σε στοιχεία μέχρι το 2011 και ως εκ τούτου δεν ήταν δυνατό να εξάγουμε συμπεράσματα για τα έτη μέχρι το 2014. Πάρα ταύτα, έχει ενδιαφέρον η παρατήρηση ότι παρά το γεγονός ότι αυξήθηκε το ιατρικό προσωπικό κατά τα έτη υπό μελέτη, δε μειώθηκε η δυσκολία πρόσβασης των ασθενών. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι το ιατρικό προσωπικό είναι μια ανελαστική μεταβλητή¹⁶, ήτοι η μεταβολή της δεν επιφέρει αλλαγές σε άλλες μεταβλητές της δημόσιας υγείας.

Από τη χρονική εξέλιξη του ποσοστού δυσκολίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και του πλήθους του ιατρικού προσωπικού, προέκυψε η παλινδρόμηση των δύο μεταβλητών, όπου και παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ($R^2=0.86$), γεγονός που υποδεικνύει μια πιθανή αιτιολογική σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών (**Εικόνα 8-5**).



Εικόνα 8-4. Χρονική εξέλιξη του πλήθους του ιατρικού προσωπικού εργαζόμενου σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

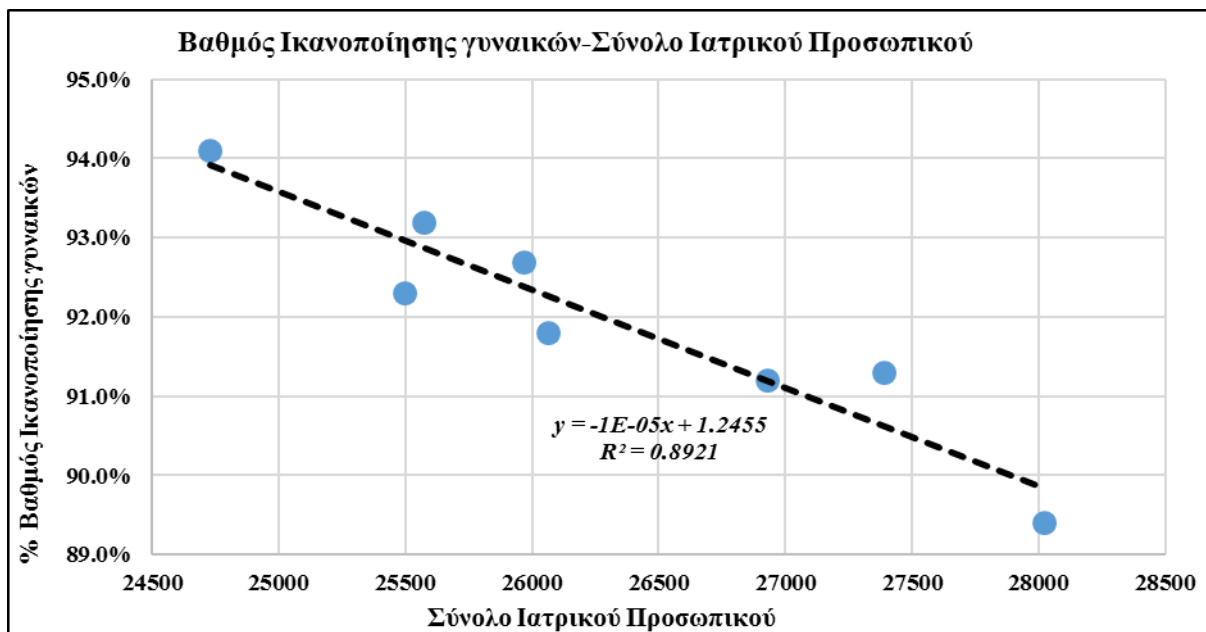
¹⁶ Ο όρος της ελαστικότητας είναι δανεισμένος από τα οικονομικά και ειδικότερα από τη θεωρία της ζήτησης και παραγωγής. Ως ελαστική ονομάζουμε μια μεταβλητή, όταν μικρές μεταβολές της ανεξάρτητης μεταβλητής επιφέρουν αντίστοιχη αλλαγή στην εξαρτημένη μεταβλητή. Αντίστοιχα, ως ανελαστική ορίζουμε μια μεταβλητή στην οποία μικρές μεταβολές στην ανεξάρτητη μεταβλητή δεν επιφέρουν αλλαγές στην εξαρτημένη μεταβλητή.



Εικόνα 8-5. Παλινδρόμηση της δυσκολίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και του πλήθους του ιατρικού προσωπικού.

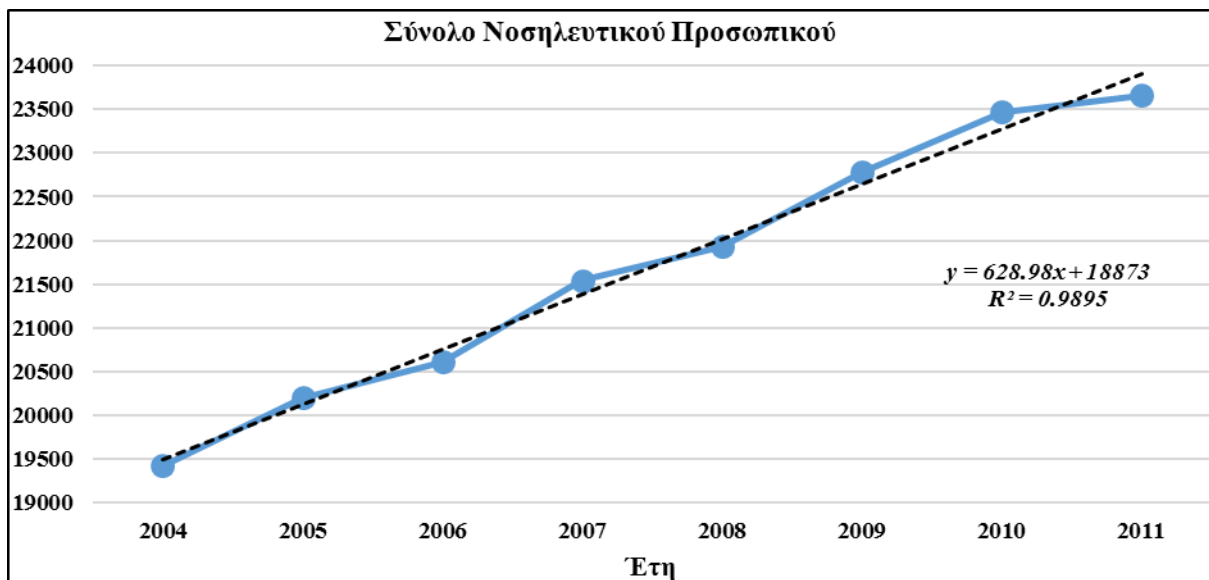
Σε συνέχεια των προηγούμενων διερευνήσεων βρέθηκαν και σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας και του πλήθους του ιατρικού, στο γυναικείο υποπληθυσμό. Ειδικότερα, φάνηκε ότι το ποσοστό ικανοποίησης και το πλήθος του ιατρικού προσωπικού, ακολουθούν αντίστροφη πορεία, αφού αυξανόμενου του ιατρικού προσωπικού μειούται το ποσοστό ικανοποίησης (**Εικόνα 8-5**). Το εύρημα αυτό υποδεικνύει και επιβεβαιώνει την ανελαστικότητα της μεταβλητής¹⁷ του πλήθους του ιατρικού προσωπικού. Από τη χρονική εξέλιξη του ποσοστού δυσκολίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και του πλήθους του ιατρικού προσωπικού μόνο στο γυναικείο υποπληθυσμό, προέκυψε η παλινδρόμηση των δύο μεταβλητών, όπου και παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ($R^2=0.892$), γεγονός που υποδεικνύει μια πιθανή αιτιολογική σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών (**Εικόνα 8-5**).

¹⁷ Ο όρος της ελαστικότητας είναι δανεισμένος από τα οικονομικά και ειδικότερα από τη θεωρία της ζήτησης και παραγωγής. Ως ελαστική ονομάζουμε μια μεταβλητή, όταν μικρές μεταβολές της ανεξάρτητης μεταβλητής επιφέρουν αντίστοιχη αλλαγή στην εξαρτημένη μεταβλητή. Αντίστοιχα, ως ανελαστική ορίζουμε μια μεταβλητή στην οποία μικρές μεταβολές στην ανεξάρτητη μεταβλητή δεν επιφέρουν αλλαγές στην εξαρτημένη μεταβλητή.

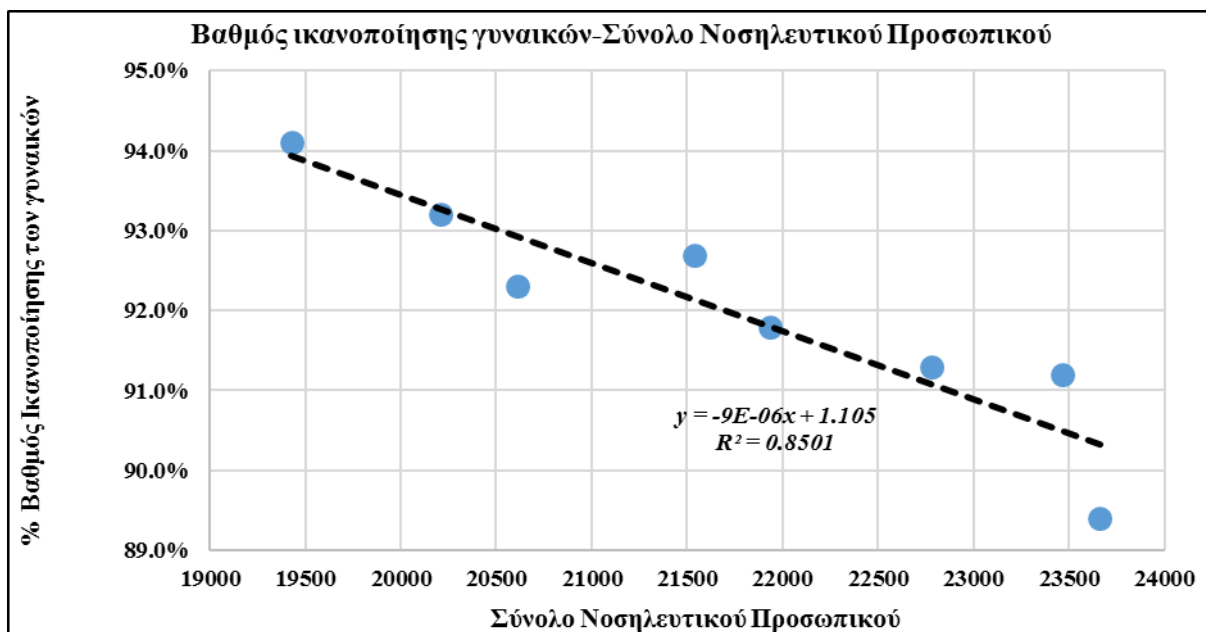


Εικόνα 8-6. Παλινδρόμηση του ποσοστού της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας και του πλήθους του ιατρικού προσωπικού.

Παρόμοια εικόνα είχαμε στη συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης και του πλήθους του νοσηλευτικού προσωπικού στο γυναικείο υποπληθυσμό. Σε συνέχεια των προηγούμενων διερευνήσεων βρέθηκαν και σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας και του πλήθους του νοσηλευτικού προσωπικού, στο γυναικείο υποπληθυσμό. Ειδικότερα, φάνηκε ότι το ποσοστό ικανοποίησης και το πλήθος του νοσηλευτικού προσωπικού, ακολουθούν αντίστροφη πορεία, αφού αυξανόμενου του νοσηλευτικού προσωπικού (Εικόνα 8-7) μειώνεται το ποσοστό ικανοποίησης (Εικόνα 8-6). Το εύρημα αυτό υποδεικνύει και επιβεβαιώνει την ανελαστικότητα της μεταβλητής του πλήθους του νοσηλευτικού προσωπικού, ομοίως με το ιατρικό προσωπικό. Από τη χρονική εξέλιξη του ποσοστού της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας και του πλήθους του νοσηλευτικού προσωπικού μόνο στο γυναικείο υποπληθυσμό, προέκυψε η παλινδρόμηση των δύο μεταβλητών, όπου και παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ($R^2=0.85$), γεγονός που υποδεικνύει μια πιθανή αιτιολογική σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών (Εικόνα 8-8).



Εικόνα 8-7. Χρονική εξέλιξη του πλήθους του νοσηλευτικού προσωπικού εργαζόμενου σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας.



Εικόνα 8-8. Παλινδρόμηση του ποσοστού της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας και του πλήθους του ιατρικού προσωπικού.

9. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥΣ

9.1 Ο εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας

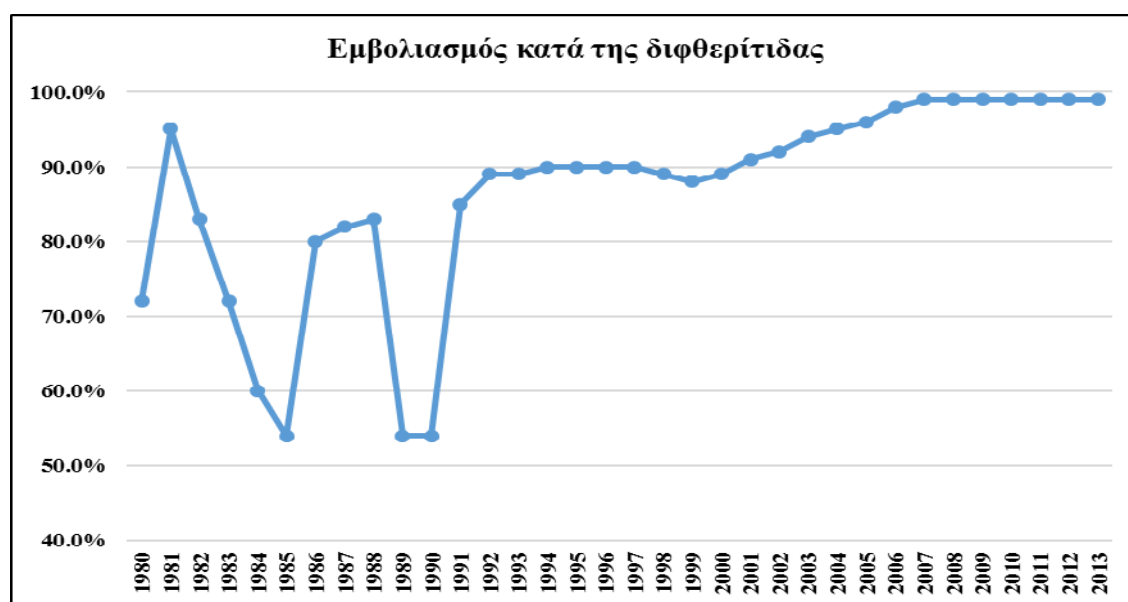
Μελετώντας στοιχεία που συλλέχτηκαν από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία για τους εμβολιασμούς κατά της διφθερίτιδας και της ιλαράς για τα παιδιά από το 2004 ως το 2013 παρατηρείται μια αύξηση του ποσοστού των εμβολιασμών και κατά της διφθερίτιδας και κατά της ιλαράς. Τα στοιχεία σχετικά με τον εμβολιασμό κατά της διφθερίτιδας παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα (**Πίνακας 9-1**). Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα (**Εικόνα 9-1**) παρατηρείται ότι στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004 -2013 το ποσοστό του εμβολιασμού για την διφθερίτιδα αυξάνεται συνεχώς φτάνοντας και αγγίζοντας από το 2007 και μετά το 99% ποσοστό που σχεδόν πλησιάζει το απόλυτο δηλαδή το 100%.

Μελέτες όμως που έλαβαν χώρα τα τελευταία χρόνια και ειδικότερα η πιο πρόσφατη του 2012 κατέδειξαν ότι η συχνότητα εμβολιασμού για διφθερίτιδα ήταν της τάξης του 99% για τις τέσσερις πρώτες δόσεις ενώ η 5^η δόση ήταν πολύ μικρότερη με την κάλυψη να αγγίζει το 90% (47).

Όσον αφορά την ηλικία εμβολιασμού, το 94% των παιδιών είχαν λάβει τις 3 προβλεπόμενες δόσεις μέχρι την ηλικία των 12 μηνών, ενώ το 83% είχαν εμβολιασθεί με την 4 η δόση μέχρι την ηλικία των 2 ετών (47). Τα ποσοστά εμβολιασμού των παιδιών από οικογένειες μεταναστών ήταν εξίσου αρκετά υψηλά, με μοναδική εξαίρεση την 5η δόση του εμβολίου DTP όπου για τα παιδιά των μεταναστών το ποσοστό εμβολιασμού έφτανε μόλις το 83% (47).

Πίνακας 9-1. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004-2013 (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ελλάδα	95%	96%	98%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%



Εικόνα 9-1. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας στην Ελλάδα κατά τα έτη 1980-2013 (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).

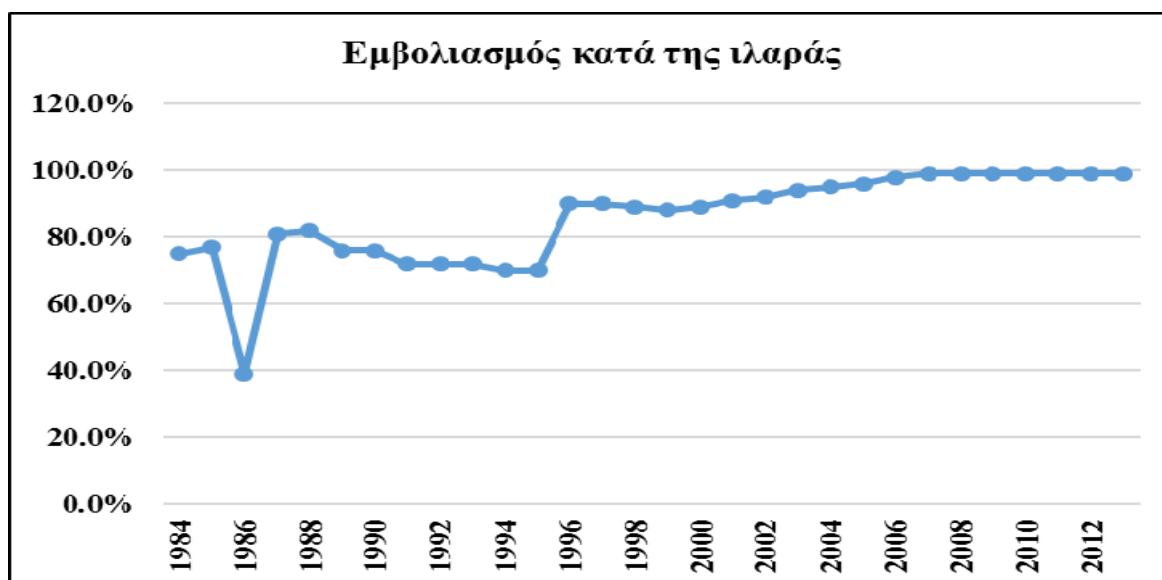
9.2 Ο εμβολιασμός κατά της ιλαράς

Σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα (Εικόνα 9-2) παρατηρείται ότι στην Ελλάδα από το έτος 2003 ως και το 2013 το ποσοστό του εμβολιασμού για την ιλαρά αυξάνεται κατά μια ποσοστιαία μονάδα για τα έτη 2004 ως 2007 και από το 95% που είναι το 2004 φτάνει στο 99% του συνολικού πληθυσμού που αποτελεί εξαιρετικό ποσοστό πλησιάζοντας το απόλυτο δηλ. το 100%. Μελέτες όμως, που έλαβαν χώρα τα τελευταία χρόνια και ειδικότερα η πιο πρόσφατη του 2012 κατέδειξαν ότι ,η συχνότητα εμβολιασμού για διφθερίτιδα ήταν της τάξης του 99% για τις τέσσερις πρώτες δόσεις ενώ η 5^η δόση ήταν πολύ μικρότερη με την κάλυψη να αγγίζει το 90% (47).

Όσον αφορά την ηλικία εμβολιασμού, το 94% των παιδιών είχαν λάβει τις 3 προβλεπόμενες δόσεις μέχρι την ηλικία των 12 μηνών, ενώ το 83% είχαν εμβολιασθεί με την 4 η δόση μέχρι την ηλικία των 2 ετών (47). Τα ποσοστά εμβολιασμού των παιδιών από οικογένειες μεταναστών ήταν εξίσου αρκετά υψηλά, με μοναδική εξαίρεση την 5η δόση του εμβολίου DTP όπου για τα παιδιά των μεταναστών το ποσοστό εμβολιασμού έφτανε μόλις το 83% (47). Συλλέχθηκαν επίσης και πλήθος στοιχείων σχετικά με τον πληθυσμό, την θνησιμότητα, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ,τις υγειονομικές και τις φαρμακευτικές δαπάνες, και δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση κατά Pearson ούτε θετική ούτε αρνητική του εμβολιασμού έναντι της διφθερίτιδας και έναντι της ιλαράς με όλα τα παραπάνω δεδομένα.

Πίνακας 9-2. Εμβολιασμός κατά της ιλαράς στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004-2013 (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ελλάδα	95%	96%	98%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%



Εικόνα 9-2. Εμβολιασμός κατά της ιλαράς στην Ελλάδα κατά τα έτη 1984-2013 (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).

9.3. Συσχετίσεις των ποσοστών εμβολιασμού με μεταβλητές της δημόσιας υγείας

Σε συνέχεια των περιγραφικών δεδομένων, που παραθέσαμε παραπάνω μελετήσαμε την ύπαρξη περαιτέρω συσχετίσεων μεταξύ των υπό διερεύνηση μεταβλητών. Ειδικότερα, η μελέτη έδωσε είτε θετικές είτε αρνητικές συσχετίσεις λαμβάνοντας υπόψη αρκετά δεδομένα.

Συγκεκριμένα, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του εμβολιασμού έναντι της διφθερίτιδας και του συνολικού ποσού των δαπανών για την υγεία σε δισεκατομμύρια ευρώ ($\rho=0,942$). Επίσης βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση του εμβολιασμού έναντι της διφθερίτιδας και του ποσοστού % του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) που δαπανάτε ως ίδια δαπάνη ($\rho=0,950$). Επίσης, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του εμβολιασμού έναντι της διφθερίτιδας και του ποσοστού επί της % των δαπανών για την υγεία σαν ίδια δαπάνη από τους πολίτες ($\rho=0,962$). Ακόμα, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση πάλι μεταξύ του εμβολιασμού έναντι της διφθερίτιδας και της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης εκφρασμένη σε δισεκατομμύρια ευρώ ($\rho=0,958$). Επιπρόσθετα, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση με τον εμβολιασμό έναντι της διφθερίτιδας με τον κατά κεφαλή αριθμό των ιατρών ($\rho=0,907$), με τον κατά κεφαλή αριθμό των νοσηλευτών ($\rho=0,957$) και με τον κατά κεφαλή αριθμό των υπαλλήλων του νοσοκομείου ($\rho=0,930$).

Αντίστοιχα, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του εμβολιασμού έναντι της ιλαράς και με το επί της % σύνολο των δαπανών για την υγεία ($\rho=0,946$). Επίσης θετική ισχυρή συσχέτιση βρέθηκε και με το ποσοστού % του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) που δαπανάτε ως ίδια δαπάνη ($\rho=0,950$). Ακόμα, βρέθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ του εμβολιασμού έναντι της ιλαράς και του ποσοστού επί της % των δαπανών για την υγεία σαν ίδια δαπάνη από τους πολίτες ($\rho=0,962$). Τέλος Επιπρόσθετα, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση με τον εμβολιασμό έναντι της ιλαράς με τον κατά κεφαλή αριθμό των ιατρών ($\rho=0,907$), με τον κατά κεφαλή αριθμό των νοσηλευτών ($\rho=0,957$) και με τον κατά κεφαλή αριθμό των υπαλλήλων του νοσοκομείου ($\rho=0,930$).

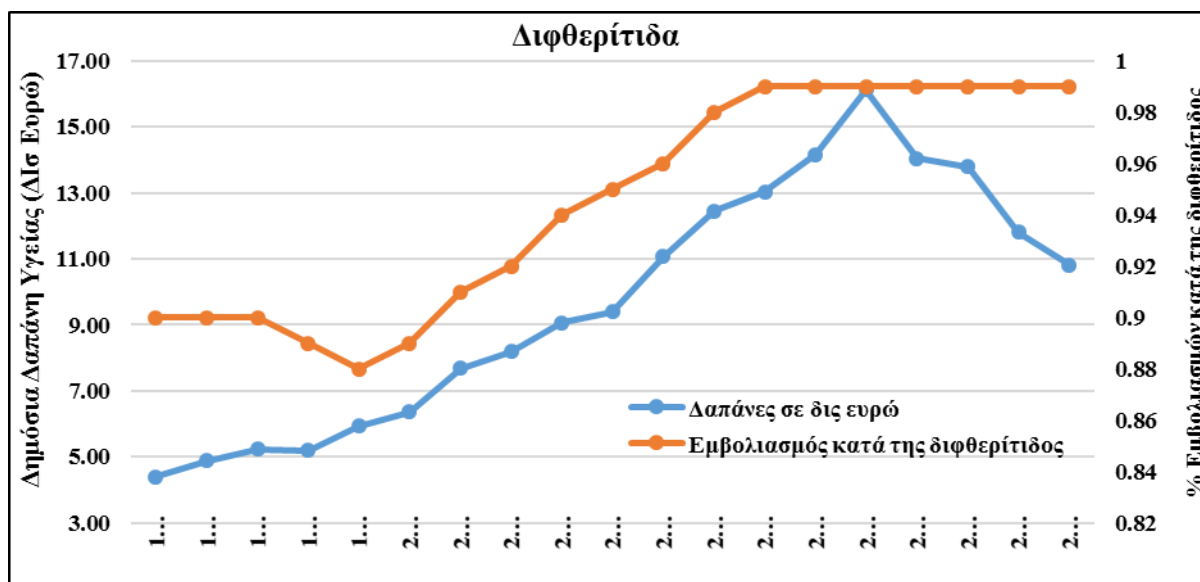
10. ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι συσχετίσεις κατά *Pearson*, που ανευρέθηκαν στην προηγούμενο παράγραφο, αναφορικά με τους εμβολιασμούς, έδωσαν το πρώτο στοιχείο για μια πιθανή αιτιότητα μεταξύ των υπό διερεύνηση μεταβλητών. Ειδικότερα, όπως και στην περίπτωση της προσβασιμότητας και ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας, για να διερευνήσουμε μια ενδεχόμενη αιτιολογική σχέση μεταξύ των μεταβλητών που μελετήσαμε, κάναμε παλινδρομήσεις διατηρώντας τις μεταβλητές της προσβασιμότητας και ικανοποίησης ως τις εξαρτημένες μεταβλητές.

10.1. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας/τετάνου

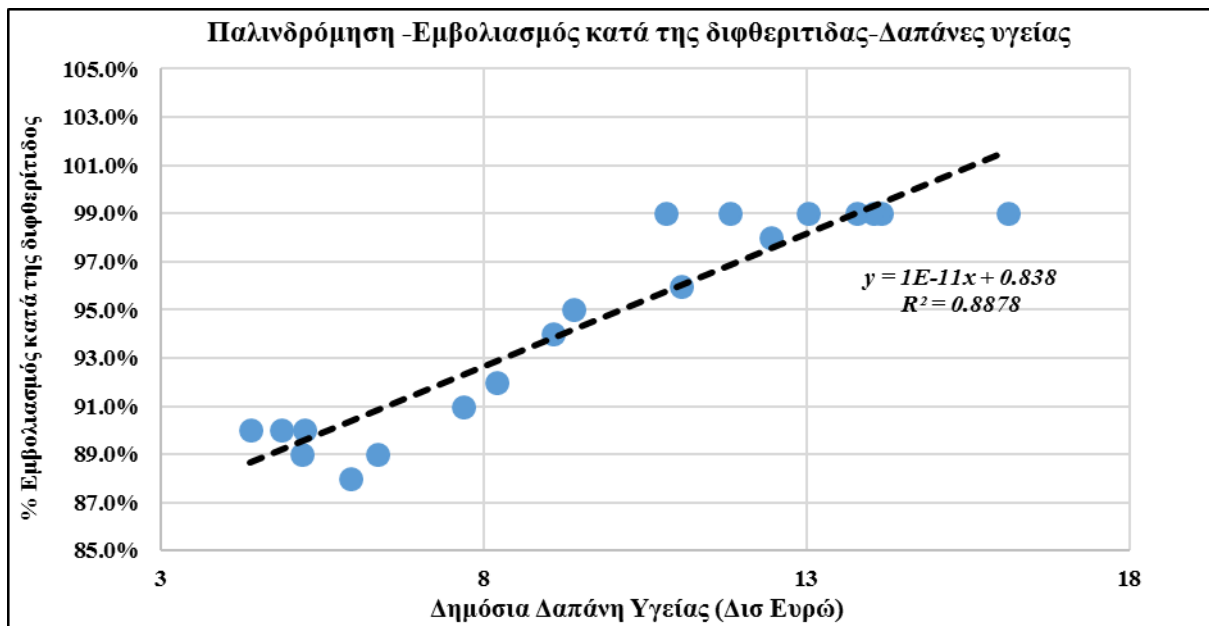
10.1.1 Παλινδρομήσεις μεταξύ της δημόσιας δαπάνης και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας/τετάνου

Η πρώτη διερεύνηση αφορούσε στη σχέση του ποσοστού εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας, τετάνου και της δημόσιας δαπάνης για την υγεία. Η χρονική εξέλιξη της δημόσιας δαπάνης, ακολούθησε πυραμοειδή μορφή, πράγμα αναμενόμενο λόγω της ένταξης της Ελλάδας σε μηχανισμό δημοσιονομικής προσαρμογής. Πάρα ταύτα, το ποσοστό εμβολιασμών παρουσίασε σταθερά αύξουσα τάση, έως το 2007, που άγγιξε το 99% (Εικόνα 10-1).



Εικόνα 10-1. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004-2013 και δημόσια δαπάνη για την υγεία (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).

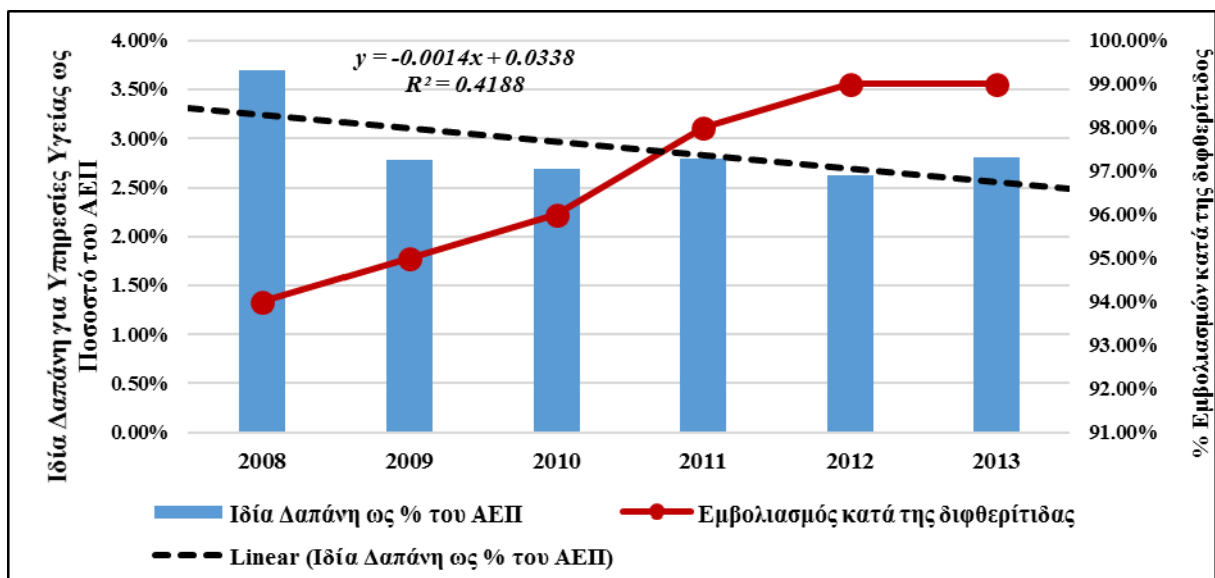
Η πρώτη ένδειξη από τη χρονική εξέλιξη των μεταβλητών αυτών, ήταν ότι θα παρατηρείται σημαντική συσχέτιση μεταξύ των. Η υπόθεση επιβεβαιώθηκε από τη διαγραμματική παρουσίαση των μεταβλητών ($R^2=0.48$), όπως παρουσιάζεται στην **Εικόνα 10-2**.



Εικόνα 10-2. Παλινδρόμηση της δημόσιας δαπάνης υγείας και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της διφθερίτιδας/τετάνου (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).

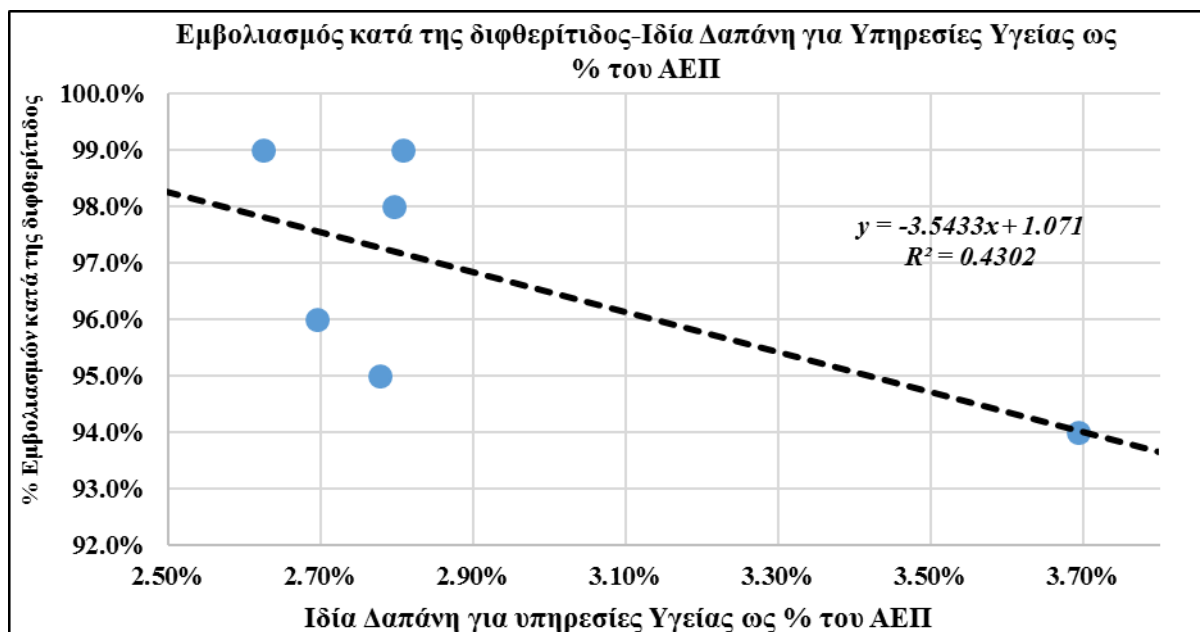
10.1.2. Παλινδρομήσεις της ίδιας δαπάνης για την υγεία ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας/τετάνου

Στη συνέχεια, διερευνήσαμε τη σχέση μεταξύ του ποσοστού των εμβολιασμών και της ίδιας δαπάνης για υπηρεσίες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. Η ίδια δαπάνη για υπηρεσίες υγείας έδειξε πτωτική τάση από το 2008 μέχρι το 2013 (Εικόνα 10-3). Πάρα ταύτα, το ποσοστό εμβολιασμών παρουσίασε σταθερά αύξουσα τάση, έως το 2013, που άγγιξε το 99% (Εικόνα 10-3).



Εικόνα 10-3. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004-2013 και ίδια δαπάνη για υπηρεσίες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).

Η πρώτη ένδειξη από τη χρονική εξέλιξη των μεταβλητών αυτών, ήταν ότι δεν θα παρατηρείται σημαντική συσχέτιση μεταξύ των. Η υπόθεση επιβεβαιώθηκε από τη διαγραμματική παρουσίαση των μεταβλητών ($R^2=0.43$), όπως παρουσιάζεται στην **Εικόνα 10-4**.



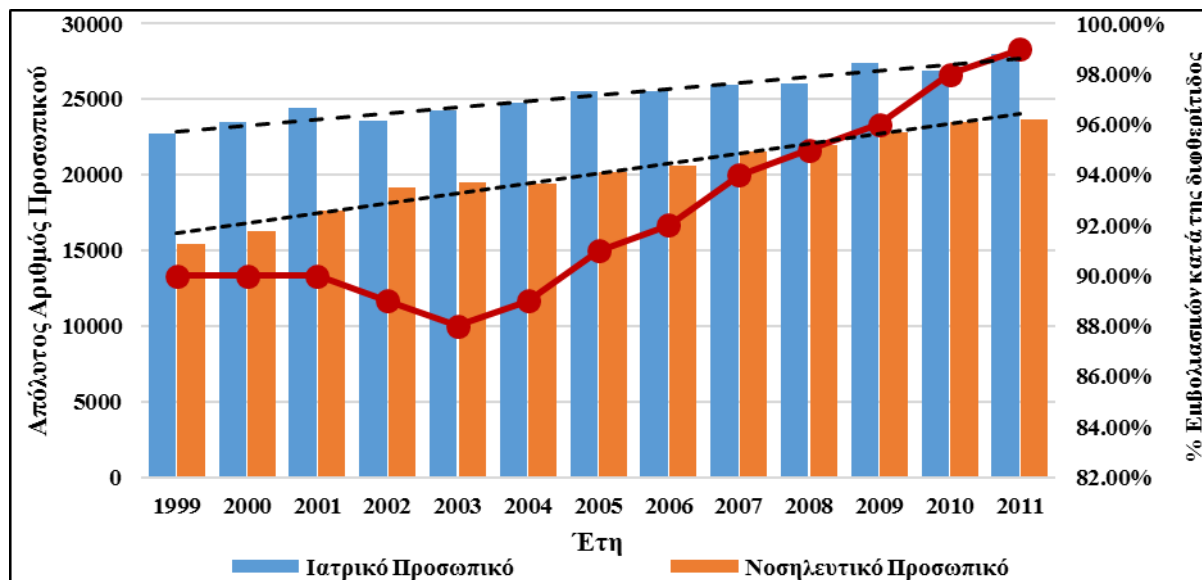
Εικόνα 10-4. Παλινδρόμηση της ίδιας δαπάνης¹⁸ για υπηρεσίες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της διφθερίτιδας/τετάνου (πηγή :Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ)).

10.1.3. Παλινδρομήσεις του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας/τετάνου

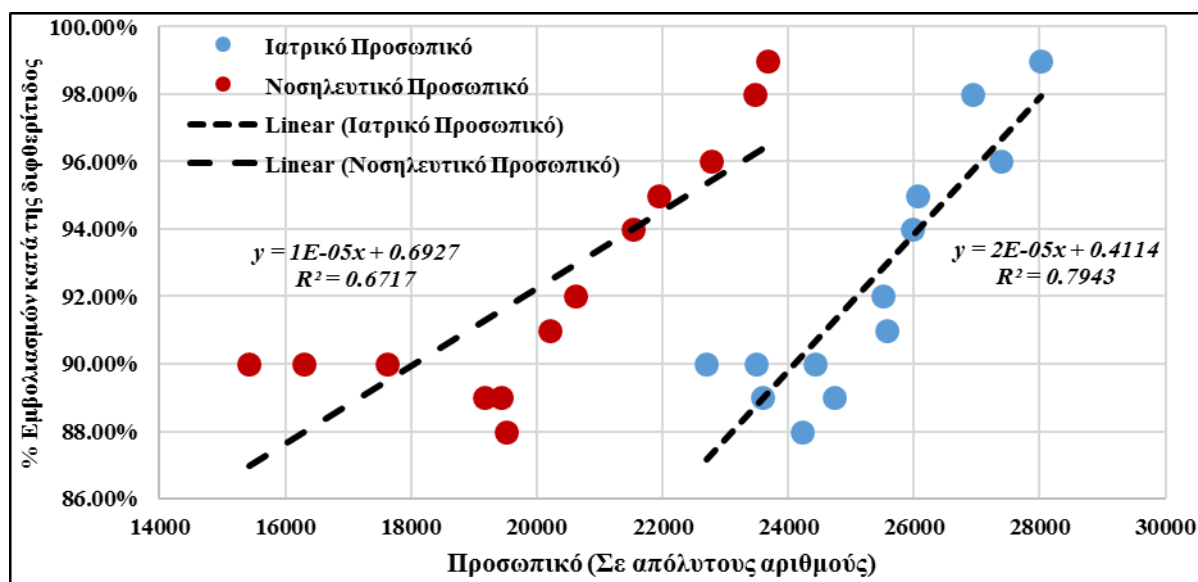
Η επόμενη συσχέτιση που διερευνήθηκε ήταν η σχέση μεταξύ του ποσοστού των εμβολιασμών και του απόλυτου αριθμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας. Με βάση τα στοιχεία, που ήταν διαθέσιμα παρατηρήσαμε ότι η απασχόληση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παρουσίασε αύξουσα τάση μέχρι το 2011. Αντίστοιχα, όπως έχουμε παρατηρήσει και στα προηγούμενα διαγράμματα, το ποσοστό των εμβολιασμών αυξήθηκε κατά το αντίστοιχο διάστημα με ταχύτερο ρυθμό σε σχέση με την αύξηση του προσωπικού (**Εικόνα 10-5**). Η παρατήρηση αυτή μας οδήγησε στο συμπέρασμα ότι θα έπρεπε να παρατηρήσουμε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αυτών, αλλά μικρότερη σε σχέση με τις προηγούμενες διερευνήσεις μας. Πράγματι, η παλινδρόμηση των μεταβλητών αυτών μας έδειξε ότι παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ

¹⁸ Ως ίδια δαπάνη(out-of-pocket) ορίζεται η δαπάνη που πραγματοποιείται από τον ασθενή για έξοδα και ανάγκες, που δεν εμπίπτουν ούτε στις δημόσιες, ούτε στις ιδιωτικές δαπάνες. Παράδειγμα τέτοιων δαπανών αποτελούν το «φακελάκι», η αγορά φαρμάκων με ιδίους πόρους, ήτοι χωρίς τη χρήση των ασφαλιστικών φορέων κ.α.

τόσο του ιατρικού προσωπικού ($R^2=0.79$) (Εικόνα 10-6), όσο και του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού ($R^2=0.67$) (Εικόνα 10-6). Το αποτέλεσμα αυτό υποδεικνύει ότι το ποσοστό εμβολιασμών δεν επηρεάζεται από το πλήθος του προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας και ως εκ τούτου, δείχνει ότι το πλήθος του προσωπικού αποτελεί μια ανελαστική μεταβλητή¹⁹ ως προς τους εμβολιασμούς.



Εικόνα 10-5. Εμβολιασμός κατά της διφθερίτιδας στην Ελλάδα κατά τα έτη 1999-2011 και του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, σε απόλυτους αριθμούς (πηγή :Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat), πίνακας; Health personnel employed in hospital [hlth_rs_prshpl]).



¹⁹ Ο όρος της ελαστικότητας είναι δανεισμένος από τα οικονομικά και ειδικότερα από τη θεωρία της ζήτησης και παραγωγής. Ως ελαστική ονομάζουμε μια μεταβλητή, όταν μικρές μεταβολές της ανεξάρτητης μεταβλητής επιφέρουν αντίστοιχη αλλαγή στην εξαρτημένη μεταβλητή. Αντίστοιχα, ως ανελαστική ορίζουμε μια μεταβλητή στην οποία μικρές μεταβολές στην ανεξάρτητη μεταβλητή δεν επιφέρουν αλλαγές στην εξαρτημένη μεταβλητή.

Εικόνα 10-6. Παλινδρόμηση του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε υπηρεσίες υγείας και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της διφθερίτιδας/τετάνου (πηγή :Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat), πίνακας: Health personnel employed in hospital [hlth_rs_prshp1]).

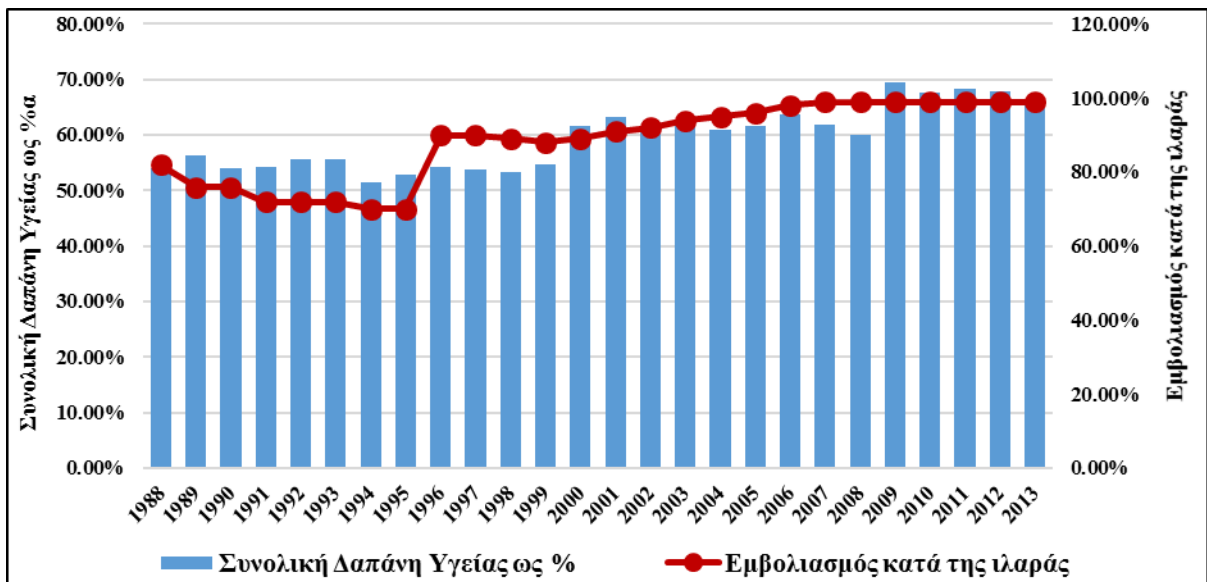
10.2.Εμβολιασμός κατά της ιλαράς

Όπως και στην περίπτωση των συσχετίσεων για τον εμβολιασμό κατά της διφθερίτιδας/τετάνου οι συσχετίσεις κατά *Pearson*, που ανευρεθήκαν στις προηγούμενες παραγράφους, αναφορικά με τους εμβολιασμούς, έδωσαν το πρώτο στοιχείο για μια πιθανή αιτιότητα μεταξύ και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της ιλαράς και των υπολοίπων υπό διερεύνηση μεταβλητών.Ειδικότερα, όπως και στην περίπτωση των εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας, για να διερευνήσουμε μια ενδεχόμενη αιτιολογική σχέση μεταξύ των μεταβλητών που μελετήσαμε, κάναμε παλινδρομήσεις διατηρώντας τις μεταβλητές της προσβασιμότητας και ικανοποίησης ως τις εξαρτημένες μεταβλητές.

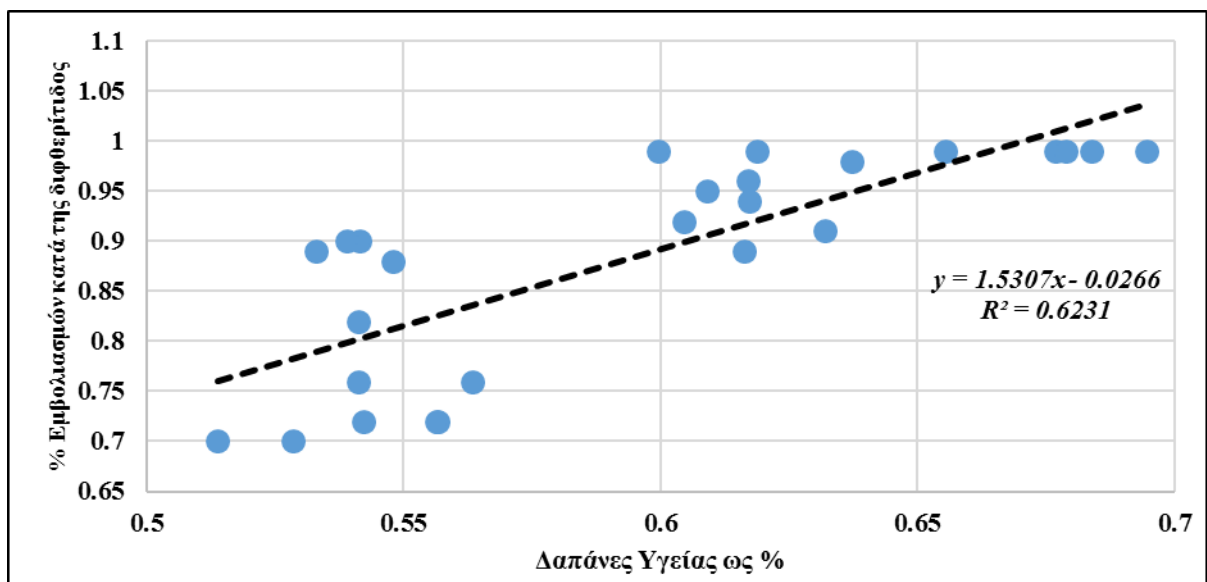
10.2.1.Παλινδρομήσεις μεταξύ των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της ιλαράς

Η επόμενη συσχέτιση που διερευνήθηκε ήταν η σχέση μεταξύ του ποσοστού των εμβολιασμών και των δαπανών υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, της συνολικής δαπάνης για την υγεία και την κατά κεφαλήν δαπάνη για υπηρεσίες υγείας.Ειδικότερα, το ποσοστό αυτό αφορά σε ένα δείκτη, ο οποίος υποδηλώνει τη συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας ως προς το άθροισμα της δημόσιας, ιδιωτικής και ίδιας δαπάνης²⁰.Από τα διαθέσιμα στοιχεία παρατηρήσαμε ότι οι δύο μεταβλητές ακολούθησαν παρόμοια πορεία (**Εικόνα 10-7**) και ως εκ τούτου, αναμενόταν σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους. Πράγματι, η παλινδρόμηση των μεταβλητών αυτών μας έδειξε ότι παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του εμβολιασμού κατά της ιλαράς και του ποσοστού των συνολικών δαπανών υγείας τόσο ($R^2=0.62$) (**Εικόνα 10-8**).Από την **Εικόνα 10-8** φαίνεται ότι οι εμβολιασμοί είναι σχετιζόμενοι με τις συνολικές δαπάνες για την υγεία.Το εύρημα αυτό είναι ενδιαφέρον, μιας και δείχνει ότι ο εμβολιασμός θεωρείται (τουλάχιστον μέχρι σήμερα και παρά τις τελευταίες αντιδράσεις) σημαντικό τμήμα της δημόσιας υγείας, αλλά και ταυτοχρόνως φαίνεται ότι οι εμβολιασμοί, στην Ελλάδα, αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι της ελληνικής οικογένειας, αφού παρά τη δημοσιονομική προσαρμογή τα ποσοστά εμβολιασμών δεν έπεσαν.

²⁰Η μέθοδος υπολογισμού του δείκτη ονομάζεται «*Prices and purchasing power parities (PPP)*»



Εικόνα 10-7. Εμβολιασμός κατά της ιλαράς στην Ελλάδα κατά τα έτη 1988-2013 και του ποσοστού των συνολικών δαπανών για υπηρεσίες υγείας (πηγή :OECD).



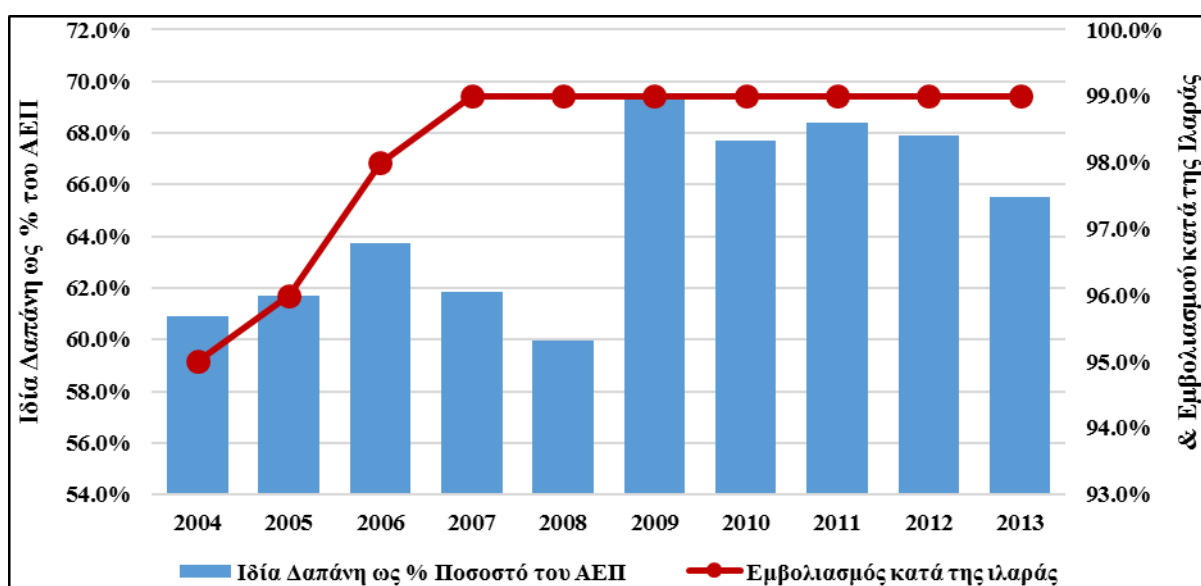
Εικόνα 10-8. Παλινδρόμηση του ποσοστού της συνολικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της ιλαράς (πηγή :OECD).

10.2.2. Παλινδρομήσεις μεταξύ της ίδιας δαπάνης²¹ για υπηρεσίες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της ιλαράς

Μια ενδιαφέρουσα παράμετρος ήταν η συσχέτιση της ίδιας δαπάνης για υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, το ποσοστό αυτό αφορά σε ένα δείκτη, ο οποίος υποδηλώνει τη συνολική δαπάνη για

²¹ Ως ίδια δαπάνη(out-of-pocket) ορίζεται η δαπάνη που πραγματοποιείται από τον ασθενή για έξοδα και ανάγκες, που δεν εμπίπτουν ούτε στις δημόσιες, ούτε στις ιδιωτικές δαπάνες. Παράδειγμα τέτοιων δαπανών αποτελούν το «φακελάκι», η αγορά φαρμάκων με ίδιους πόρους, ήτοι χωρίς τη χρήση των ασφαλιστικών φορέων κ.α.

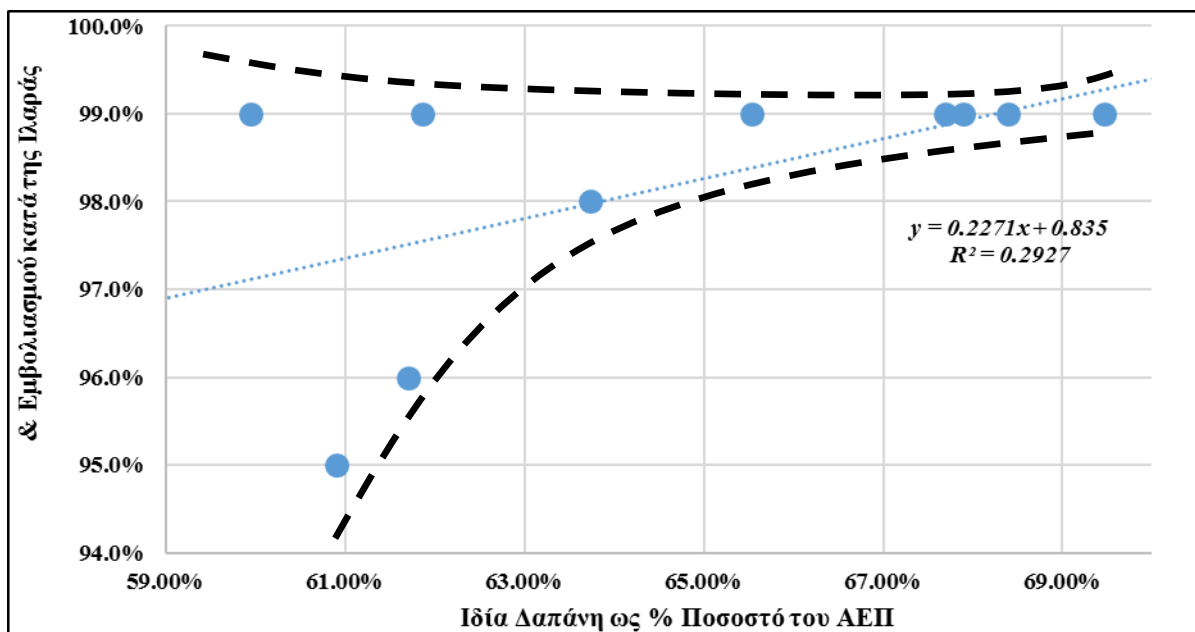
υπηρεσίες υγείας ως προς το άθροισμα της δημόσιας, ιδιωτικής και ίδιας δαπάνης²². Από τα διαθέσιμα στοιχεία παρατηρήσαμε ότι οι δύο μεταβλητές δεν ακολούθησαν παρόμοια πορεία (**Εικόνα 10-9**), γεγονός που οφείλεται στην πτώση των δαπανών μέχρι το 2008. Βέβαια, είναι επίσης ενδιαφέρον ότι το ποσοστό εμβολιασμών παρουσίασε αυξητική τάση (**Εικόνα 10-9**). Στην ανάλυση παλινδρόμησης φάνηκε ότι δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση και ειδικότερα σε πολύ μικρότερο βαθμό ($R^2=0.29$) ως προς τις προηγούμενες παλινδρομήσεις (**Εικόνα 10-10**). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι τιμές των μεταβλητών παρουσιάζουν συγκλίνουσα τάση με ταυτόχρονη αύξηση της ίδιας δαπάνης και του ποσοστού των εμβολιασμών. Η παρατήρηση αυτή, μας οδηγεί προς την υπόθεση ότι η μη-συσχέτιση των μεταβλητών οφείλεται στη μεταβολή της ίδιας δαπάνης στα υπό διερεύνηση έτη. Αυτό που τελικά θα μπορούσαμε να υποθέσουμε είναι ότι η ίδια δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ για υπηρεσίες υγείας είναι ανελαστική²³ ως προς το ποσοστό εμβολιασμών κατά της ιλαράς.



Εικόνα 10-9. Εμβολιασμός κατά της ιλαράς στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004-2013 και της ίδιας δαπάνης ως ποσοστό του ΑΕΠ (πηγή :OECD).

²² Η μέθοδος υπολογισμού του δείκτη ονομάζεται «*Prices and purchasing power parities (PPP)*»

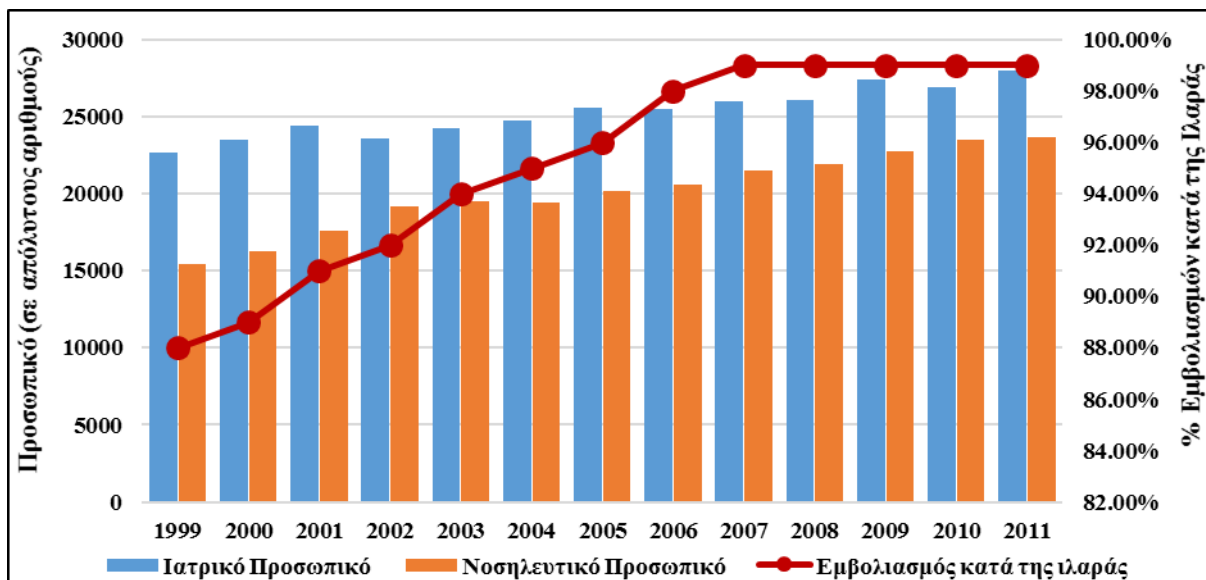
²³ Ο όρος της ελαστικότητας είναι δανεισμένος από τα οικονομικά και ειδικότερα από τη θεωρία της ζήτησης και παραγωγής. Ως ελαστική ονομάζουμε μια μεταβλητή, όταν μικρές μεταβολές της ανεξάρτητης μεταβλητής επιφέρουν αντίστοιχη αλλαγή στην εξαρτημένη μεταβλητή. Αντίστοιχα, ως ανελαστική ορίζουμε μια μεταβλητή στην οποία μικρές μεταβολές στην ανεξάρτητη μεταβλητή δεν επιφέρουν αλλαγές στην εξαρτημένη μεταβλητή.



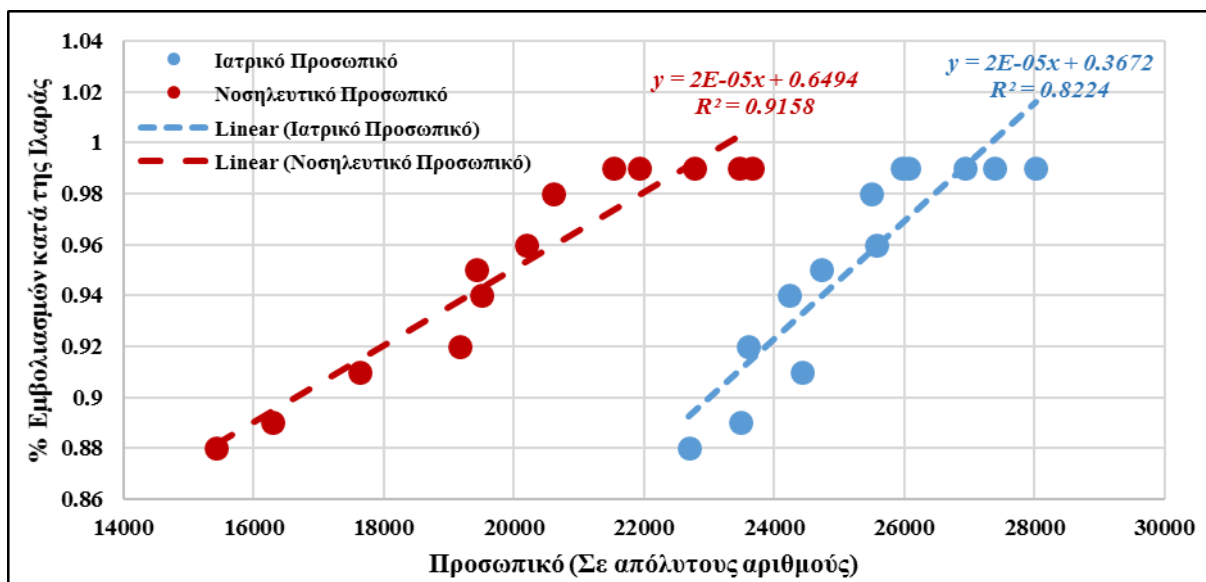
Εικόνα 10-10. Παλινδρόμηση του ποσοστού της ίδιας δαπάνης ως ποσοστό του ΑΕΠ για υπηρεσίες υγείας και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της ιλαράς (πηγή :OECD).

10.2.3. Παλινδρομήσεις του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και του ποσοστού εμβολιασμών κατά της ιλαράς

Όπως και στην περίπτωση των εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας/τετάνου, διερευνήσαμε τη συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού των εμβολιασμών κατά της ιλαράς και του απόλυτου αριθμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με αυτά των εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας και ως εκ τούτου, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία και όπως προαναφέρθηκε, η απασχόληση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παρουσίασε αύξουσα τάση μέχρι το 2011. Αντίστοιχα, το ποσοστό των εμβολιασμών αυξήθηκε κατά το αντίστοιχο διάστημα με ταχύτερο ρυθμό σε σχέση με την αύξηση του προσωπικού (**Εικόνα 10-11**). Η παρατήρηση αυτή, όπως και στην περίπτωση των εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας, μας οδήγησε στο συμπέρασμα ότι θα έπρεπε να παρατηρήσουμε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών αυτών. Πράγματι, η παλινδρόμηση των μεταβλητών αυτών μας έδειξε ότι παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ τόσο του ιατρικού προσωπικού ($R^2=0.82$) (**Εικόνα 10-12**), όσο και του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού ($R^2=0.92$) (**Εικόνα 10-12**) και ειδικότερα, καλύτερη συσχέτιση ως προς την ανευρεθείσα στην περίπτωση των εμβολιασμών κατά της διφθερίτιδας/τετάνου.



Εικόνα 10-11. Εμβολιασμός κατά της ιλαράς στην Ελλάδα κατά τα έτη 1999-2011 και του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, σε απόλυτους αριθμούς (πηγή: OECD).



Εικόνα 10-12. Παλινδρόμηση του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε υπηρεσίες υγείας και του ποσοστού του εμβολιασμού κατά της ιλαράς (πηγή: OECD).

11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία η μελέτη που διεξήχθη, αποσκοπούσε στην ενδελεχή εξέταση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε θέματα σχετικά με την δυσκολία ή όχι της πρόσβασης για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας αλλά και τον εμβολιασμό των παιδιών για την διφθερίτιδα και την ιλαρά. Στόχος της μελέτης ήταν να καταδείξει τις δυσμενείς επιπτώσεις από την οικονομική κρίση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Τα στοιχεία συλλέχτηκαν από την Ευρωπαϊκή και την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. Η επίδραση της κρίσης είναι εμφανής τελικά στον τομέα της πρωτοβάθμιας υγείας, όπως ήταν αναμενόμενο με μόνη εξαίρεση τους εμβολιασμούς των παιδιών κατά της διφθερίτιδας και κατά της ιλαράς όπου εκεί η χώρα διατηρεί ακόμα πολύ υψηλά ποσοστά παγκοσμίως παρά την οικονομική δυσχέρεια στην οποία βρίσκεται η χώρα. Η κρίση προκάλεσε σωρεία δυσμενών επιπτώσεων στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γεγονός που φάνηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης σε σχέση με την αδυναμία πρόσβασης των πολιτών στις δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης αλλά και από την μείωση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Συνέπεια όλων των παραπάνω αποτελεί τελικά η εμφάνιση χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσιών προς τους χρήστες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η αδυναμία προσέλευσης των χρηστών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εξετάστηκε σε συσχέτιση με άλλους παράγοντες και βρέθηκε σαν τελικό αποτέλεσμα ότι το ποσοστό των πολιτών, που αδυνατούσε να προσέλθει σε υπηρεσίες περίθαλψης, λόγω είτε μεγάλου ιδίου κόστους, απόστασης, ή μεγάλου χρόνου αναμονής αυξήθηκε πολύ κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης με το ποσοστό να φτάνει 12,3% το 2015 από το 5,5% που ήταν το 2009. Αυτό δείχνει τις αρνητικές συνέπειες της κρίσης και συνάδει με την θεώρηση ότι η κρίση επέφερε άσχημα αποτελέσματα σε πολλούς τομείς της δημόσιας υγείας. Η δυσκολία ήταν ακόμα μεγαλύτερη για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και ιδιαίτερα τους άνεργους και τους χαμηλόμισθους. Πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη από *Economou et al. (2014)* έδειξε ότι τα συμπεράσματα της μελέτης αυτής συνάδουν μεταξύ τους όσον αφορά την μεγάλη δυσκολία πρόσβασης των ευάλωτων ομάδων στις υγειονομικές υπηρεσίες (48). Τόσο η συγκεκριμένη μελέτη όσο και η έρευνα αυτή αναδεικνύει τις πτυχές του προβλήματος και του αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων από τις παροχές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η επιβάρυνση των πολιτών και ιδίως των ευπαθών ομάδων και η ταυτόχρονη έλλειψη υποδομών δημιούργησε ακόμα μεγαλύτερη ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, με συνέπεια την πτώση και της ποιότητας των υπηρεσιών προς τους πολίτες. Εύρημα εξίσου σημαντικό αποτελεί και το γεγονός ότι η αύξηση του ιατρικού προσωπικού την περίοδο της κρίσης δεν επέφερε δυσκολία στο επίπεδο προσβασιμότητας των ασθενών, προφανώς διότι δεν σχετίζεται άμεσα το πλήθος του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με την δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών στις δομές της πρωτοβάθμιας υγείας. Αυτό είναι ένα λογικό συμπέρασμα, διότι η προσβασιμότητα εξαρτάται κυρίως από κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες και όχι από την διαθεσιμότητα των επαγγελματιών υγείας.

Η ικανοποίηση αποτελεί επίσης έναν σημαντικό δείκτη αποτελέσματος της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα παροχών φροντίδας υγείας. Η οικονομική κρίση επηρέασε τελικά και τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αν και στην Ελλάδα το ποσοστό των ασθενών που έρχονται σε επαφή με τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι αρκετά υψηλό σε σχέση με τις παροχές που λαμβάνει. Αναλυτικότερα το 88,8% των δηλωθέντων δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που δέχτηκαν συνολικά. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα με την έναρξη της οικονομικής κρίσης υπήρξε πτωτική τάση του δείκτη ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η ερευνά που έκανε ο *Raftopoulos* το 2010 πράγματι συνάδει με το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών (49). Άλλη έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από την ΠΦΥ έδειξε ότι οι ασθενείς ανέφεραν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από την εμπειρία τους με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (50). Πολλές επίσης έρευνες έχουν καταλήξει στο ίδιο ακριβώς συμπέρασμα που καταδεικνύουν τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (51, 52). Η συσχέτιση της πτωτικής τάσης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με τις συνθήκες οικονομικής κρίσης που βρίσκεται η χώρα μετά το 2009 μπορεί να είναι και τυχαία. Βάσει των δεδομένων που εξετάστηκαν ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από την ΠΦΥ άρχισε να παρουσιάζει μείωση από το 2007 δηλαδή δυο χρόνια πριν να μπει η χώρα στο Μνημόνιο, αν και μετά το 2009 η πτώση της ικανοποίησης αυξάνεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς. Προφανώς επηρεάστηκε η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας κατά την περίοδο της κρίσης αφού και ελλείψεις σε προσωπικό υπήρξαν αλλά και σε αναλώσιμα υλικά, σε εξοπλισμό κ.τ.λ. (53). Η ικανοποίηση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα και όσο μειώνεται η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας με συνέπεια να αυξάνεται και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας τόσο το πρόβλημα λαμβάνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις. Η αποτύπωση των προβλημάτων που ανέκυψαν με την έλευση της κρίσης και της μείωσης του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελεί αντικείμενο προς διερεύνηση τόσο για τις επιδράσεις όλη αυτήν τη χρονική περίοδο αλλά και σε βάθος χρόνου.

Σε αντίθεση με την πτωτική τάση που εμφάνισαν η ικανοποίηση και η προσβασιμότητα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα προγράμματα προληπτικής αγωγής και αγωγής της υγείας και ειδικότερα ο εμβολιασμός των παιδιών κατά της διφθερίτιδας και κατά της ιλαράς παρέμεινε σε πολύ υψηλά ποσοστά σε όλη την χρονική περίοδο της οικονομικής κρίσης. Αυτό αποτελεί πολύ σημαντικό εύρημα, σε συνάρτηση και με την μείωση της ίδιας δαπάνης για την Ελληνική οικογένεια. Ο Έλληνας γονέας είναι συνειδητοποιημένος σχετικά με την υγεία του παιδιού του και δεν προτίθεται να βάλει σε κίνδυνο την ζωή του με οποιοδήποτε κόστος. Η Ελληνική κοινωνία δείχνει ώριμη απέναντι στα θέματα πρόληψης και αγωγής της υγείας. Αυτό αποτελεί σημαντικό σημάδι για την πρόοδο του κοινωνικού συνόλου σε περιόδους τόσης ασφυκτικής πίεσης οικονομικής και μη.

Επιπλέον, παρόλο ότι βρέθηκε μέχρι το 2011 αυξητική τάση του αριθμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού δεν επηρεάστηκε το ποσοστό του εμβολιασμού κατά της διφθερίτιδας και κατά της ιλαράς. Ουσιαστικά οι εμβολιασμοί διενεργήθηκαν με την ίδια συχνότητα χωρίς να υπάρχουν εξωγενείς παράγοντες δηλαδή το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αρά φαίνεται ότι το Εθνικό

Πρόγραμμα Εμβολιασμού έχοντας θέσει τις απαραίτητες κατευθυντήριες οδηγίες για την εμβολιαστική κάλυψη των κατάφερε να υλοποιήσει τους στόχους που έθεσε.

Η αδυναμία προσβασιμότητας των ευπαθών ομάδων σε βάθος χρόνου θα δημιουργήσει πολλά και ποικίλα προβλήματα. Η επιδείνωση της υγείας τους με ταυτόχρονη αύξηση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας αποτελούν κάποιες από τις πολύ άσχημες επιπτώσεις. Η καταρράκωση του ήδη παθογενούς συστήματος υγείας της χώρας βρίσκεται προ των πυλών τόσο με την αδυναμία προσβασιμότητας των πολιτών όσο και με την μείωση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Μικρότερη ικανοποίηση σημαίνει και μεγαλύτερη δυσαρέσκεια αλλά και μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών προς τους πολίτες. Η ποιότητα την οποία θέλουν όλα τα Συστήματα Υγείας να έχουν γιατί αυτό είναι και το ζητούμενο της εποχής. Οι ασθενείς δικαιούνται την βέλτιστη φροντίδα καθώς είναι κυριαρχικό δικαίωμα τους. Το όραμα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας πρέπει να αποτελέσει βασική επιδίωξη της χώρας ακόμα και υπό αυτές τις δυσμενείς συνθήκες και υπό αυτούς τους περιορισμούς.

12. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η οικονομική κρίση αποτελεί ένα κρίσιμο σταυροδρόμι ευκαιριών για την Ελλάδα μέσω συγκεκριμένων σχεδίων δράσης για τον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ανάγκη επίλυσης πολλών ζητημάτων που ανέκυψαν κατά την δύσκολη αυτή χρονική περίοδο ξεκινά από τους επαγγελματίες υγείας που θα πρέπει να διατηρούν υψηλό το γνωσιακό τους επίπεδο μέσω συνεχούς εκπαίδευσης ώστε να ανταπεξέλθουν καλύτερα στις προκλήσεις της εποχής. Η γνώση αποτελεί εφόδιο όχι μόνο για την προσωπική τους βελτίωση αλλά και για την παροχή βέλτιστων υπηρεσιών υγείας στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες. Επίσης, χρειάζεται συμμετοχικότητα στην λήψη αποφάσεων από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας μέσω των τοπικών κοινοτήτων οριοθετώντας τις ανάγκες τους και προτείνοντας τρόπους δράσης και μέτρα επίλυσης των ζητημάτων τους.

Εξίσου απαραίτητη αποτελεί η υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής της υγείας σε συνεργασία με άλλους εταίρους ώστε να καλυφθούν οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού, ιδιαίτερα αυτή την εποχή που η χώρα αντιμετωπίζει και την αθρόα προσέλευση μεγάλων μεταναστευτικών κυμάτων. Δεν είναι λοιπόν μόνο η οικονομική και η κοινωνική κρίση που μαστίζει την χώρα, αλλά και η έλευση νέων ασθενειών από την συνεχή εισροή μεταναστών στην χώρα που προκαλεί σαφώς μεγαλύτερους κινδύνους για τον πληθυσμό.

Χρειάζεται ακόμα η υλοποίηση προγραμμάτων εξοικονόμησης οικονομικών πόρων σε συνεργασία είτε με άλλους φορείς, είτε με οργανώσεις, είτε με δωρεές γιατί η μείωση των δαπανών για την υγεία πρέπει να καλυφθεί με κάποιο τρόπο ώστε να συνεχίσει ο χρήστης να λαμβάνει καλές υγειονομικές υπηρεσίες.

Επίσης, δράσεις για την εξοικείωση του αποκλεισμένου πληθυσμού από τις προληπτικές εξετάσεις χρήζουν άμεσης υλοποίησης. Οι δράσεις αυτές μπορούν να λαμβάνουν χώρα σε Κέντρα Υγείας, σε ιατροκοινωνικά κέντρα με κύριο στόχο την πρόληψη, την διάγνωση και την έγκαιρη αντιμετώπιση όπου χρήζει άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης.

Συν τοις άλλοις, είναι εξαιρετικά σημαντικό και το επιτάσσουν οι καιροί η χρήση και η διασύνδεση των ψηφιακών υπηρεσιών της ΠΦΥ μέσω του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου. Η ανάγκη για γρήγορη μετάδοση της πληροφορίας πολλές φορές μπορεί να σώσει κυριολεκτικά ζωές. Η δυνατότητα που παρέχει η τεχνολογία τα τελευταία χρόνια δεν πρέπει να μείνει ανεκμετάλλευτη ιδιαίτερα σε μια χώρα όπως είναι η Ελλάδα με τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες που έχει. Τα νησιά, οι απομακρυσμένες ορεινές περιοχές δυσπρόσιτες πολλές φορές χρειάζονται τις εφαρμογές της τηλειατρικής όχι μόνο για την γρήγορη και άμεση ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και για την εξάλειψη της ανασφάλειας που αισθάνονται.

Τέλος, χρειάζεται ένα στρατηγικός σχεδιασμός για την ΠΦΥ ένα πλάνο με γνώμονα τις ανάγκες των χρηστών με την συμμετοχή όλων των φορέων κρατικών και μη για την επίτευξη τόσο των βραχυπρόθεσμων όσο και των μακροπρόθεσμων στόχων. Η ΠΦΥ πρέπει να ξαναγίνει ο πυλώνας του Συστήματος Υγείας με βάση πάντα τον άνθρωπο και τις ανάγκες του, για αυτό όλοι χρειάζεται να συνεργαστούν με γνώμονα την βελτίωση του επιπέδου ζωής του ανθρώπου.

13. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Υφαντόπουλος ΓΝ. ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ. ΑΘΗΝΑ: ΤΥΠΩΘΗΤΩ/ΔΑΡΔΑΝΟΣ; 2006. 624 p.
2. Liaropoulos LL. Health care policy in Greece: A new (and promising) reform. Euro Observer. 2001;3(2):5-6.
3. Coates D. Creating culture change: the key to successful total quality management. Journal of the Operational Research Society. 1993;44(5):525-6.
4. Μωραΐτης Ε, Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ, Πολύζος Ν. Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα. 1995.
5. Μωραΐτης Ε. Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» Πανεπιστημίου Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά. Αθήνα 2006.
6. Juran J, Godfrey AB. Quality handbook. Republished McGraw-Hill. 1999:173-8.
7. Wheeler DJ, editor Shewhart's charts: myths, facts, and competitors. 45th annual quality congress transactions ASQC; 1991.
8. Wheeler DJ. Understanding variation. The Key to Managing. 1993.
9. Crosby PB. Quality is free: The art of making quality certain: Signet; 1980.
10. Deming WE. Out of the crisis. Massachusetts Institute of Technology. Center for advanced engineering study, Cambridge, MA. 1986;510.
11. Papakostidi A, Tolia M, Tsoukalas N. Quality assurance in Health services: The paradigm of radiotherapy. Journal of BUON. 2014;19(1):47-52.
12. Blomqvist ÅG, Carter RAL. Is health care really a luxury? Journal of Health Economics. 1997;16(2):207-29.
13. Organization WH. Official records of the World Health Organization: United Nations, World Health Organization, Interim Commission; 1975.
14. Donabedian A. The seven pillars of quality. Archives of pathology & laboratory medicine. 1990;114(11):1115-8.
15. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. 1980.
16. Πετμεζίδου Μ, Παπαναστασίου Σ, Πεμπτετζόγλου Μ, Παπαθεοδώρου Χ, Πολυζωίδης Π. Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. In: ΓΣΕΕ ΙΕ, editor. Αθήνα: ΓΣΕΕ; 2015.
17. WHO. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Retrieved February. 1978;14:2006.
18. Boyle S. Health systems in transition: United Kingdom (England): health system review 2011. Health systems in transition: United Kingdom (England): health system review 2011 2011.

19. Δημολιάτης Γ, Καλαμπαλίκης Δ. Η συμβολή του γενικού γιατρού στην υλοποίηση των στόχων της στρατηγικής. *Υγεία για όλους*. 1996;5:10-5.
20. OECD. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing; 2013.
21. OECD. *Health at a Glance 2011. OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris DOI: https://doi.org/101787/health_glance-2015-en Accessed February. 2015;15:2016.
22. Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*. 2012;51(1):10-7.
23. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. *The European Journal of General Practice*. 1997;3(3):103-8.
24. Etches V, Frank J, Di Ruggiero E, Manuel D. Measuring population health: a review of indicators. *Annual review of public health*. 2006;27:29-55.
25. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2003;15(6):523-30.
26. Peters SG, Khan MA. Electronic health records: current and future use. *Journal of comparative effectiveness research*. 2014;3(5):515-22.
27. Goldfield N, Averill R, Eisenhandler J, Hughes JS, Muldoon J, Steinbeck B, et al. The prospective risk adjustment system. *The Journal of ambulatory care management*. 1999;22(2):41-52.
28. Manca DP. Rebuttal: Do electronic medical records improve quality of care? Yes. 2015;61(10):e435-e.
29. Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care--limitations and prospects. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2013;112(1-2):53-61.
30. Economou C. Greece: Health system review. *Health systems in transition*. 2010;12(7):1-177, xv-xvi.
31. Bevan G, Karanikolos M, Exley J, Nolte E, Connolly S, Mays N. *The four health systems of the United Kingdom: how do they compare? Summary report*. London: The Health Foundation and Nuffield Trust; 2014.
32. Παναγίδης Ν. Η ικανοποίηση των χρηστών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τους γενικούς γιατρούς του δημόσιου νοσοκομείου Πάφου στην Κύπρο: Πρόγραμμα Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου; 2014.
33. Becker L, Pickett J, Levine R. *Measuring commitment to health: global health indicators working group report*: Center for Global Development; 2006.
34. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach. *World Development*. 2004;32(1):1-13.
35. Palache A, Oriol-Mathieu V, Fino M, Xydia-Charmanta M. Seasonal influenza vaccine dose distribution in 195 countries (2004–2013): Little progress in estimated global vaccination coverage. *Vaccine*. 2015;33(42):5598-605.
36. Mosley JF, 2nd, Smith LL, Parke CK, Brown JA, LaFrance JM, Clark PK. *Quadracel: Vaccination Against Diphtheria, Tetanus, Pertussis, and Poliomyelitis in Children*. P & T : a peer-reviewed journal for formulary management. 2016;41(4):238-53.

37. Lago-Deibe FI, Martin-Miguel MV, Velicia-Penas C, Gomez-Serranillos IR, Fontanillo-Fontanillo M. The safety and efficacy of the tetanus vaccine intramuscularly versus subcutaneously in anticoagulated patients: a randomized clinical trial. *BMC family practice*. 2014;15:147.
38. Munoz F, Englund J. Infant pertussis: is cocooning the answer? *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2011;53(9):893-6.
39. Chen RT, Broome CV, Weinstein RA, Weaver R, Tsai TF. Diphtheria in the United States, 1971-81. *American journal of public health*. 1985;75(12):1393-7.
40. Kitchin NR. Review of diphtheria, tetanus and pertussis vaccines in clinical development. *Expert review of vaccines*. 2011;10(5):605-15.
41. Casey JR, Pichichero ME. Acellular pertussis vaccine safety and efficacy in children, adolescents and adults. *Drugs*. 2005;65(10):1367-89.
42. Pichichero M, Casey J, Blatter M, Rothstein E, Ryall R, Bybel M, et al. Comparative trial of the safety and immunogenicity of quadrivalent (A, C, Y, W-135) meningococcal polysaccharide-diphtheria conjugate vaccine versus quadrivalent polysaccharide vaccine in two- to ten-year-old children. *The Pediatric infectious disease journal*. 2005;24(1):57-62.
43. Pichichero ME, Casey JR. Acellular pertussis vaccines for adolescents. *The Pediatric infectious disease journal*. 2005;24(6 Suppl):S117-26.
44. Προϊκάκη Σ, Κοτσίκου Ε, Λάμπρου Γ. Οι επιπτώσεις της ελληνικής οικονομικής κρίσης στους δείκτες δημόσιας υγείας Γεννήσεις, θνησιμότητα και αυτοκτονίες. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*. 2017;34(4).
45. Χαλκιά Β, Βαρακλιώτη Α, Σαράφης Π, Μπαμίδης Π. Συγκριτική μελέτη κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας*. 2015;7(4):151-64.
46. Πολύζος Ν. Έκθεση αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. και των μονάδων του ΕΣΥ. In: Υγείας Υ, editor. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας; 2011. p. 23-47.
47. Παναγιωτόπουλος Τ, Παπαμιχαήλ Δ, Σταύρου Δ, Λάγγας Δ, Γαβανά ΜΑ, Σαλονικιώτη Α. Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα. In: Επιδημιολογίας Τ, editor. Αθήνα: ΕΣΔΥ; 2012
48. Economou C, Kaitelidou D, Katsikas D, Siskou O, Zafiroπούλου Μ. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population1. *Social Cohesion and Development*. 2014;9(2).
49. Vasilios Raftopoulos R. Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences*. 2010;3(3):110.
50. Lin HF, Wu YT, Tsao JY. Utilization of rehabilitation services for inpatient with cancer in Taiwan: a descriptive analysis from national health insurance database. *BMC health services research*. 2012;12:255.
51. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΛΟΠΑΤΑΤΖΙΔΗΣ Θ, ΧΟΥΛΙΑΡΑ Λ. Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. *Αρχ Ελλ Ιατρ*. 2003;20:497-503.
52. ΛΕΝΤΖΑΣ Ι, ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ Α, ΣΙΟΥΡΟΥΝΗ Ε, ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ Χ, ΜΑΝΤΖΟΥΡΑΝΗΣ Γ, ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Ικανοποίηση ασθενών-χρηστών Κέντρων Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. 2010;22:9-23.

53. Economou C, Girono C. Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economic Department Working Papers. 2009(722):0_1.