

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών *Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών
Υγείας***

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**Ο Ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το
Παράδειγμα του Δήμου Αμφιλοχίας**

Σοφία Ανδρίκουλα

**Επιβλέπων Καθηγητής
Μιχάλης Τάλιας**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμό Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ιανουάριος 2020

Περίληψη

Εισαγωγή

Μέχρι σήμερα, στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες και δράσεις υγειονομικής φροντίδας σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης έχουν περιοριστεί σε αποσπασματικές ενέργειες. Από τη βιβλιογραφία διακρίνουμε, ότι η άμεση συμμετοχή των ΟΤΑ στην ίδρυση και λειτουργία των Πρωτοβάθμιων Μονάδων Φροντίδας Υγείας μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός

Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει κατ' αρχάς μια ιστορική ανασκόπηση της οργάνωσης και ανάπτυξης της ΠΦΥ στα διάφορα συστήματα υγείας στην Ε.Ε. και στην Ελλάδα. Στη συνέχεια γίνεται μία ανάλυση της ιστορίας της τοπικής αυτοδιοίκησης («Καποδίστριας», «Καλλικράτης», «Κλεισθένης») και του τρόπου λειτουργίας των υπηρεσιών σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Κλείνοντας, αποτυπώνεται η υφιστάμενη πραγματικότητα στο Δήμο Αμφιλοχίας μέσα από καταγραφές της ικανοποίησης των Δημοτών από τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου.

Δείγμα και Μέθοδος

Αρχικά, έγινε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς σχετικής βιβλιογραφίας και υφιστάμενης νομοθεσίας σε άρθρα, δημοσιεύσεις, βιβλία, δημοσκοπήσεις μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων από το pubmed και την ιστοσελίδα της βιβλιοθήκης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ακολούθησε πρωτογενής έρευνα για τη συλλογή στοιχείων σχετικά με τις δράσεις και προγράμματα ΠΦΥ, καθώς και με το βαθμό ικανοποίησης των δημοτών στον Δήμο Αμφιλοχίας (διανομή και συμπλήρωση κλειστού ερωτηματολογίου).

Αποτελέσματα

Η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος της ΠΦΥ είναι αναγκαίος λόγω της κρίσιμης οικονομικής κατάστασης στη χώρα μας. Οι ερωτηθέντες κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας, που καλύπτει ο ασφαλιστικός τους φορέας μόνο για συνταγογράφηση φαρμάκων και ιατρικές εξετάσεις. Προτείνουν δε προσλήψεις ιατρικού προσωπικού, βελτιώσεις στους χρόνους αναμονής των ραντεβού, εκσυγχρονισμό του υλικοτεχνικού εξοπλισμού, εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και διάφορα άλλα.

Συμπεράσματα

Μέσα από την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας θα πρέπει να κατανοήσουμε τη σημασία που έχει για τη σημερινή υγεία η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγή της υγείας. Τα ευρήματα, που προβληματίζουν για την επάρκεια των υπηρεσιών, δείχνουν την ανάγκη άμεσων παρεμβάσεων. Ισχυρό ρόλο σε αυτό είναι αναγκαίο να παίξει η Τοπική Αυτοδιοίκηση με νέες αρμοδιότητες στη χάραξη και υλοποίηση της πολιτικής για την ΠΦΥ στη χώρα μας. Το κατά πόσο θα βελτιωθεί το τελικό αποτέλεσμα αποτελεί σήμερα αντικείμενο συζήτησης.

Abstract

Introduction

Up to date, the primary healthcare services and initiatives delivered by the local authorities (municipalities) in Greece are limited. Data from literature show that the direct involvement of local authorities in establishment of Primary Healthcare Centers can contribute significantly in the improvement of healthcare services.

Scope of the study

The current study includes an historical review of the organization and establishment of primary healthcare services in different countries of the European Union. The purpose of the study is the comparison of the primary healthcare services in different countries of the European Union, the review of the local authorities' systems ("Kapodistrias", "Kallicratis", "Kleisthenis"), the effectiveness of healthcare services locally and regionally and the analysis of the current healthcare and social and welfare services in the Municipality of Amfilochia through descriptions of the citizens themselves.

Materials and Methods

This study includes initially a review of the relevant greek and international literature and the current legislation published in books or papers published in the National Library of Medicine (Pubmed) or the library of the Open University of Cyprus. The study continues with data collected from questionnaires regarding the healthcare policies and initiatives, answered by citizens of Amfilochia municipality.

Results

The transformation and modernization of the primary healthcare system in Greece is necessary due to the critical economic situation. The citizens who answered the questionnaires admit that they visit the healthcare centers mainly for drug prescriptions and laboratory tests. They are disappointed due to medical staff shortages and long waiting lists for outpatient appointments and suggest modernization of medical equipment and establishment of family doctor institution.

Conclusions

The analysis of the above research data help us understand the importance of primary healthcare services and programs for disease prevention and health promotion. The findings of this research raise the question of the efficacy of current services and undermine the need for significant interventions. Local authorities (municipalities) will play the most important role in designing and implementing new primary healthcare policies in our country. However, it still remains unknown whether these changes will lead to an overall improvement in the delivery of health services.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή μου, κ. Τάλια Μιχάλη για την διακριτική συμπαράσταση και συνεργασία όσον αφορά την εκπόνηση αυτής της διατριβής.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» για την εκπαιδευτική εμπειρία που απέκτησα αυτά τα χρόνια και τις γνώσεις, που θα αποτελέσουν αφετηρία για την προσωπική και την επαγγελματική μου εξέλιξη.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στους κατοίκους – χρήστες των υπηρεσιών υγείας για το χρόνο που διέθεσαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, όπως και στους εργαζόμενους στις υπηρεσίες του Δήμου, όπου μου παρείχαν κάθε βοήθεια σε ό,τι και αν τους ζήτησα για την εκπόνηση της έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην αδερφή μου Μαρία Ανδρίκουλα, Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την υποστήριξη και βοήθειά της στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας καθώς και στην οικογένειά μου για την ηθική συμπαράσταση και υποστήριξη, που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου στο μεταπτυχιακό.

Περιεχόμενα

1 Εισαγωγή	1
2 Η Τοπική Αυτοδιοίκηση	2
2.1 Η έννοια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και η αναγκαιότητά της	2
2.2 Η Τοπική Αυτοδιοίκηση στις χώρες της Ε.Ε.	3
2.3 Ο Θεσμός της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα	4
2.3.1 Ιστορική αναδρομή	4
2.3.2 Το σημερινό καθεστώς	5
3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	7
3.1 Υγεία	7
3.2 Προαγωγή της υγείας	8
3.3 Υπηρεσίες υγείας	9
3.3.1 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας	9
3.3.2 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα υγείας	11
3.3.3 Ικανοποίηση ασθενών	11
3.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	13
3.4.1 Η έννοια, ο σκοπός και το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	13
3.4.2 Ο ρόλος των επαγγελματιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας κ.ά.)	14
3.5 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα σύγχρονα συστήματα υγείας	15
3.5.1 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ)	15
3.5.2 Καναδάς	16
3.5.3 Γαλλία	17
3.5.4 Ισπανία	18
3.5.5 Ιταλία	19
3.5.6 Γερμανία	20
3.5.7 Μεγάλη Βρετανία	21
3.5.8 Σουηδία	22
3.6 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα	23
3.6.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και χρόνιες παθήσεις	25
3.6.2 Τα Κέντρα Υγείας και ο σκοπός τους	25
3.7 Η αναγκαιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης στα πλαίσια παροχής συμπληρωματικής Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας	26

4 Δήμος Αμφιλοχίας και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	28
4.1 Κοινωνικά – Δημογραφικά χαρακτηριστικά του Δήμου Αμφιλοχίας	28
4.2 Υπηρεσίες ΠΦΥ και κοινωνικής μέριμνας του Δήμου Αμφιλοχίας	29
4.3 Μεθοδολογία της έρευνας με θέμα: «Επίπεδο ικανοποίησης δημοτών Αμφιλοχίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στον Δήμο τους»	31
4.3.1 Υπόβαθρο της έρευνας	31
4.3.2 Σκοπός της έρευνας	31
4.3.3 Στόχοι της έρευνας	31
4.3.4 Μεταβλητές	32
4.3.5 Δείγμα	32
4.3.6 Ποσοτική έρευνα (ερωτηματολόγιο)	32
4.3.7 Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων	33
4.3.8 Τήρηση κανόνων εχεμύθειας	33
4.4 Παρουσίαση και ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας	33
4.4.1 Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας	33
5 Επίλογος	54
5.1 Συμπεράσματα	54
5.2 Προτάσεις	54
Βιβλιογραφία	57
Παράρτημα	66

Εικόνες

Εικόνα 1	9
----------------	---

Πίνακες Έρευνας

Πίνακας 1. Φύλο.....	33
Πίνακας 2. Ηλικία.....	33
Πίνακας 3. Οικογενειακή κατάσταση.....	34
Πίνακας 4. Μορφωτικό επίπεδο.....	34
Πίνακας 5. Ασφαλιστικός φορέας.....	35
Πίνακας 6. Βαθμός ικανοποίησης ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του ασφαλιστικού τους φορέα.....	35
Πίνακας 7. Υπηρεσίες του ασφαλιστικού τους φορέα	
Πίνακας 7.1 Εξωτερικά ιατρεία.....	36
Πίνακας 7.2 Ιδιωτικοί γιατροί.....	37
Πίνακας 7.3 Συνταγές φαρμάκων.....	37
Πίνακας 7.4 Γενικές, ειδικές εξετάσεις.....	38
Πίνακας 7.5 Νοσηλεία στο σπίτι.....	38
Πίνακας 8. Χρήση των υπηρεσιών υγείας του Δήμου Αμφιλοχίας	
Πίνακας 8.1 Προγραμματισμός για ραντεβού.....	39
Πίνακας 8.2 Αναμονή για ραντεβού.....	39
Πίνακας 8.3 Ευγένεια ιατρικού προσωπικού.....	40
Πίνακας 8.4 Ευγένεια διοικητικών υπαλλήλων.....	41
Πίνακας 8.5 Ευγένεια νοσηλευτών.....	41
Πίνακας 8.6 Ικανοποίηση ωραρίου λειτουργίας.....	42
Πίνακας 8.7 Καταλληλότητα και καθαριότητα των χώρων.....	42
Πίνακας 8.8 Ικανοποίηση αντιμετώπισης του προβλήματος.....	43
Πίνακας 8.9 Ανταπόκριση των εισφορών στην παροχή υγείας.....	44
Πίνακας 9. Συχνότητα χρήσης των παροχών της Κοινωνικής Υπηρεσίας από τους ερωτηθέντες.....	44
Πίνακας 10. Παροχές της Κοινωνικής Υπηρεσίας που κάνουν χρήση οι ερωτηθέντες.....	45
Πίνακας 11. Απόσταση κοινωνικής υπηρεσίας του δήμου από το σπίτι των ερωτηθέντων.....	45
Πίνακας 12. Επίπεδο παροχής ΠΦΥ του Δήμου Αμφιλοχίας.....	46
Πίνακας 13. Προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Δημότες	
Πίνακας 13.1 Έλλειψη ιατρών.....	46
Πίνακας 13.2 Έλλειψη νοσηλευτών.....	47

Πίνακας 13.3 Διαθεσιμότητα ραντεβού.....	48
Πίνακας 13.4 Ακαταλληλότητα χώρων νοσηλείας.....	48
Πίνακας 13.5 Έλλειψη φαρμακευτικού υλικού.....	49
Πίνακας 13.6 Αδιαφορία.....	49
Πίνακας 14. Οικογενειακός ιατρός.....	50
Πίνακας 15. Θα προτιμούσατε να είστε συμβεβλημένοι με κάποιον οικογενειακό γιατρό;.....	50
Πίνακας 16. Χαρακτηρισμός του συστήματος υγείας.....	51
Πίνακας 17. Προτάσεις για τη βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	52

Συντομεύσεις

WHO: World Health Organization / ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΤΟΜΥ: Τοπική Μονάδα Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Τ.Α.: Τοπική Αυτοδιοίκηση

Ο.Τ.Α.: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

MSA: Mutualite Sociale Agricole

UNCAM: Εθνική Ένωση Ταμείων Ασφάλισης Υγείας

ASL: Azienda sanitaria locale, τοπικά κέντρα υγείας

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

NHS: National Health System, Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΚΥ: Κέντρα Υγείας

ΕΟΠΠΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ε.Ι.: Εξωτερικά Ιατρεία

ΚΑΠΗ: Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΠΕΔΥ: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

ΤοΠΦΥ: Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

ΔΥΠε: Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια

ΚΕΣΥΠε: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας Περιφέρειας

ΚΗΦΗ: Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΟΚΑΝΑ: Οργανισμός κατά των ναρκωτικών

Π.Ι.: Περιφερειακά Ιατρεία

ΩΡΛ: Ωτορινολαρυγγολόγος

ΤΕΒΑ: Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους

ΟΑΕΔ: Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού

ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΚΕΠ: Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας (WHO 1947).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο, καθώς είναι η πρώτη επαφή του πολίτη με τις μονάδες υγείας. Ο ρόλος της στην πρόληψη και στην διατήρηση της καλής υγείας είναι κομβικός. Στην χώρα μας παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα πολυιατρεία του ΤΟΜΥ, τους ιδιώτες ιατρούς και τα ιδιωτικά εργαστηριακά ιατρεία. Παρά τις πολλές νομοθεσίες και μεταρρυθμίσεις, που αναφέρονται στις δομές της δεν υπάρχει σοβαρός συντονισμός και οργάνωση, ενιαία και σταθερή πολιτική, ώστε τα προβλήματα όχι μόνο παραμένουν αλλά διευρύνονται.

Η δομή της εργασίας περιλαμβάνει κατ' αρχάς μια ιστορική ανασκόπηση της οργάνωσης και ανάπτυξης της ΠΦΥ στα διάφορα συστήματα υγείας στην Ε.Ε. και στην Ελλάδα. Στη συνέχεια γίνεται μία ανάλυση της ιστορίας της τοπικής αυτοδιοίκησης («Καποδίστριας», «Καλλικράτης», «Κλεισθένης») και του τρόπου λειτουργίας των υπηρεσιών σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Το ΕΣΥ λόγω της κακοδιαχείρισης και του υπερσυγκεντρωτισμού εμφανίζεται ως χρεοκοπημένος θεσμός. Το βάρος της υλοποίησης των πολιτικών και των δράσεων για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας επωμίζονται οι περιφερειακές και κυρίως οι τοπικές αρχές. Στη συνέχεια, γίνεται προσπάθεια μέτρησης ικανοποίησης των δημοτών στο Δήμο Αμφιλοχίας από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τις Κοινωνικές Υπηρεσίες του Δήμου. Η αξιολόγηση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, καθώς μπορεί κανείς να αντλήσει πληροφορίες σημαντικές για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων προς την κατεύθυνση βελτίωσης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας σε τοπικό επίπεδο. Ακολουθούν διάφορες σκέψεις και προτάσεις με σκοπό την ενεργοποίηση μηχανισμών και δομών για τη βελτίωση λειτουργίας της ΠΦΥ.

Κεφάλαιο 2

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση

1.1 Η έννοια της τοπικής αυτοδιοίκησης και η αναγκαιότητά της

Με τον όρο «αυτοδιοίκηση» εννοούμε τη διοίκηση των οργάνων, τα οποία διαθέτουν πλήρη ανεξαρτησία και υπάγονται μόνο σε εποπτεία των κρατικών οργάνων.

Κατ' αυτό τον τρόπο, η τοπική αυτοδιοίκηση για να συμφωνεί με τον όρο «αυτοδιοίκηση» έχει απαραίτητα τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

1. Εκλέγει τους αιρετούς άρχοντές της μετά από καθολική μυστική ψηφοφορία.
2. Διαθέτει διοικητική αυτοτέλεια ρυθμίζοντας χωρίς κρατική παρέμβαση τα τοπικά ζητήματα προς όφελος των πολιτών.
3. Διαθέτει οικονομική αυτονομία, ώστε δεν χρειάζεται να προσδοκά στην επιχορήγηση από την κεντρική εξουσία (1).

Στις σύγχρονες κοινωνίες δεν έχει δοθεί το δέον βάρος στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια αυτοδιοίκηση για να επιτευχθεί η αποκέντρωση των διοικητικών διαδικασιών. Η Κεντρική Διοίκηση καθώς αδυνατεί να ανταπεξέλθει σε όλες τις προκλήσεις θα πρέπει να μεταβιβάζει πολιτική και διοικητική εξουσία σε κάποιο περιφερειακό όργανο για να εξασφαλίσει μία όσο το δυνατόν πιο επιτυχημένη διαχείριση των πόρων και πιο αποτελεσματική οργάνωση του δημόσιου τομέα. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση καλείται να παίξει ουσιαστικό ρόλο ως ένας αποτελεσματικός πάροχος δημοσίων αγαθών και υπηρεσιών (εκπαίδευση, μεταφορές, προστασία του περιβάλλοντος, υγεία, κοινωνική πρόνοια) συμβάλλοντας έτσι άμεσα στην επιτυχία των κυβερνητικών στόχων (2).

Κατά συνέπεια, η ισχυρή Τοπική Αυτοδιοίκηση (Τ.Α.) συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην αναπτυξιακή πορεία της τοπικής κοινωνίας, ρόλοι που την καθιστούν αναγκαία. Προϋπόθεση αποτελεί η άμεση και ουσιαστική συνδρομή των πολιτών μέσω των θεσμών διαβούλευσης, που εξασφαλίζουν μία συνεχή γραμμή επικοινωνίας. Έτσι, συμμετέχουν ουσιαστικά στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, με κύριο στόχο να είναι κοινά αποδεκτές.

2.2 Η τοπική αυτοδιοίκηση στις χώρες της Ε.Ε.

Το σύστημα που εφαρμόζεται στις σχέσεις μεταξύ κεντρικής εξουσίας και τοπικής αυτοδιοίκησης και οι βαθμίδες διακυβέρνησης διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα, καθώς κάθε μία έχει υιοθετήσει το θεσμό της Τοπικής Αυτοδιοίκησης με τον δικό της τρόπο. Αιτία αυτής της πολυμορφίας αποτελούν η κουλτούρα, οι ιστορικές, πολιτειακές, πολιτικές αλλά και κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα. Όλες, όμως, συμφωνούν ότι η Τ.Α. αποτελεί το μοναδικό φορέα, που βρίσκεται πλησιέστερα στον πολίτη και στην τοπική οικονομία και μπορεί, έτσι, να ανταποκριθεί στην ιδιοσυγκρασία των τοπικών κοινωνιών.

Τα τελευταία χρόνια, οι χώρες – μέλη της Ε.Ε. μεταβιβάζουν αρμοδιότητες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, χωρίς η κεντρική κυβέρνηση να πρέπει να παραιτηθεί από το ρόλο της, ενισχύοντας τη διοικητική αποτελεσματικότητά της. Αναβαθμίζουν το ρόλο των Περιφερειών συμμετέχοντας στον αναπτυξιακό σχεδιασμό και ενισχύουν το ρόλο των Δήμων στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής (3). Το κράτος γίνεται περισσότερο λειτουργικό και σύγχρονο.

Η χρηματοοικονομική κρίση των τελευταίων ετών επηρέασε σε διαφορετικό βαθμό και κλίμακα την πολύπτυχη δραστηριότητα των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης σε κάθε χώρα. Αυτές που επλήγησαν λιγότερο ήταν εκείνες που διέθεταν μία σχετική οικονομική και πολιτική αυτονομία χρησιμοποιώντας μηχανισμούς αποτελεσματικής διαχείρισης. Αντιμετώπισαν οι περισσότερες τον κατακερματισμό της Τ.Α. με συνενώσεις δήμων και κοινοτήτων όπως και με διαδημοτικές συνεργασίες (4). Έτσι, στην Γερμανία εφαρμόζεται ευρέως η διαδημοτική συνεργασία σε πεδία, όπως το μάρκετινγκ και η προώθηση του τουρισμού, σε θέματα που αφορούν το νερό και την επεξεργασία λυμάτων όπως και στον στρατηγικό σχεδιασμό προώθησης της οικονομικής ανάπτυξης (5).

Στην Ισπανία, έχουν εξαλειφθεί οι διακρίσεις ανάμεσα στις ιστορικά αυτόνομες περιοχές (Ανδαλουσία, Καταλονία, Χώρα των Βάσκων και Γαλικία) και σε όλες τις άλλες. Το σύγχρονο Ισπανικό Κράτος, πλέον, έχει χαρακτηριστεί ως το «πιο αποκεντρωμένο σύστημα κράτους» σε όλη την Ευρώπη (6).

Σε ενίσχυση της περιφερειακής αυτοδιοίκησης οδηγήθηκαν και οι Σκανδιναβικές χώρες, μεταφέροντας το μεγαλύτερο μέρος των δημοσίων υπηρεσιών (κοινωνικές υπηρεσίες, εκπαίδευση, φορολογία) στους Ο.Τ.Α. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η Τ.Α. να διαχειρίζεται συνολικά προϋπολογισμό που υπερβαίνει τον προϋπολογισμό που διαχειρίζεται η Κεντρική Κυβέρνηση (7).

Τέλος, χώρες, όπως η Εσθονία και η Λετονία, μείωσαν αισθητά τον αριθμό των Ο.Τ.Α προσφέροντας ως κίνητρα επιδοτήσεις μέσω επιχορηγήσεων και οικονομικών ενισχύσεων (8). Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η αποκεντρωτική διαδικασία κινείται με γρήγορους ρυθμούς οικοδομώντας μία Ευρώπη με Δήμους και Κοινότητες ενδυναμωμένους.

2.3 Ο Θεσμός της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα

2.3.1 Ιστορική αναδρομή

Οι αρχές της λαϊκής συμμετοχής και της αποκέντρωσης κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας αποτέλεσαν την αρχή μιας μακράς αυτοδιοικητικής παράδοσης του ελληνισμού. Μετά την απελευθέρωση, το έτος 1828, ο πρώτος Κυβερνήτης της Ελλάδας Ιωάννης Καποδίστριας με το Ι΄ Ψήφισμα, θέτει τις βάσεις για ένα σύγχρονο (για την εποχή εκείνη) σύστημα τοπικής αυτοδιοίκησης, με την καθιέρωση των Κοινοτικών και Επαρχιακών Δημογεροντιών. Η χώρα διοικητικά διαιρέθηκε σε δεκατρία τμήματα (νομούς), σε εξήντα δύο επαρχίες και σε πόλεις, κωμοπόλεις και χωριά. Ο επίτροπος του τμήματος ήταν ο αντιπρόσωπος της κυβέρνησης και οι δημογεροντίες αποτελούσαν την τοπική διοίκηση των επαρχιών, των πόλεων των κωμοπόλεων και των χωριών. Με την εγκατάσταση αυτή του συστήματος ο Καποδίστριας απέβλεπε περισσότερο στην ισχυροποίηση της κεντρικής εξουσίας παρά στην αυτοδιοίκηση των τοπικών υποθέσεων (9).

Η έννοια «αυτοδιοίκηση» εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην ελληνική βιβλιογραφία το 1892 (1). Συστήνονται οι πρώτοι Ο.Τ.Α., όχι βέβαια αιρετοί, αλλά ως βαθμίδες της κεντρικής διοίκησης με μερική λαϊκή συμμετοχή. Στο ίδιο πνεύμα κινήθηκαν και οι μεταρρυθμίσεις της κυβέρνησης Θεοτόκη (1899) και Μαυρομιχάλη (1909). Το Σύνταγμα του 1927 αποτελεί το πρώτο κείμενο, που αναφέρεται ουσιαστικά σε θέματα Τοπικής Αυτοδιοίκησης (10). Συγκεκριμένα, με το άρθρο 107, το κράτος διαιρείτο σε περιφέρειες, εντός των οποίων οι πολίτες θα μπορούσαν να διαχειρίζονται απευθείας τις τοπικές υποθέσεις, όπως τις ορίζει ο νόμος. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης έπρεπε να είναι τουλάχιστον δύο βαθμών, όπου απαραίτητως την πρώτη βαθμίδα θα αποτελούσαν οι κοινότητες. Το κράτος θα μπορούσε να ασκεί, σύμφωνα με τον νόμο, μόνο ανώτατη εποπτεία στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, χωρίς να εμποδίζει την πρωτοβουλία και την ελεύθερη δράση τους, ενώ παράλληλα θα μπορούσε να τους ενισχύει οικονομικά. Δυστυχώς, όμως, παρά την τελειότητα της διάταξης του Συντάγματος του 1927, όχι μόνο δεν εκδόθηκαν οι αναγκαίοι νόμοι που

προέβλεπε το άρθρο 107, αλλά αντίθετα το 1935 καταργήθηκε η ίδια η συνταγματική διάταξη (11).

Το 1954 δημοσιεύθηκε ο νέος Δημοτικός και Κοινοτικός Κώδικας (Ν.Δ. 2888/1954 ΦΕΚ 139/1-7-1954 ΤΑ). Το Σύνταγμα, τέλος του 1968, καθόρισε περιοριστικά τη δομή της τοπικής αυτοδιοίκησης, αφού με την παράγραφο 1 του άρθρου 121 οριζόταν ότι η τοπική αυτοδιοίκηση συνιστούν οι δήμοι και οι κοινότητες, χωρίς να αφήνει έτσι περιθώρια στον κοινό νομοθέτη για διαφορετική διάρθρωση, εκτός από αυτή του πρώτου βαθμού (2).

2.3.2 Το σημερινό καθεστώς

Το Σύνταγμα του 1975 προσδιορίζει το σημερινό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Σύμφωνα με το άρθρο 102 του Συντάγματος, η Τοπική δομή της Αυτοδιοίκησης διαρθρώνεται σε βαθμίδες, όπου την πρώτη βαθμίδα αποτελούν οι δήμοι και οι κοινότητες, ενώ οι υπόλοιπες βαθμίδες αφήνεται να καθορισθούν με νόμο (10).

Στα επόμενα χρόνια της νεότερης ιστορίας του Ελληνικού Συστήματος Τοπικής Αυτοδιοίκησης ελάχιστες μεταβολές στις σχέσεις μεταξύ κεντρικής διοίκησης και τοπικής αυτοδιοίκησης πραγματοποιήθηκαν.

Με τον νόμο 2218/1994 της κυβέρνησης Ανδρέα Παπανδρέου, καθιερώνεται η αιρετή νομαρχιακή αυτοδιοίκηση. Λίγα χρόνια αργότερα, σύμφωνα με τον νόμο Καποδίστρια (2539/97) του Ελληνικού Κράτους, γίνεται συνένωση κοινοτήτων σε μεγαλύτερους δήμους με σκοπό τη βελτιστοποίηση της δημόσιας διοίκησης στο επίπεδο της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η Διοικητική διαίρεση της Ελλάδας, που προέκυψε με το νόμο αυτό, ίσχυσε μέχρι το τέλος του 2010, οπότε και αντικαταστάθηκε από τη νέα διοικητική διαίρεση, που προβλέπει το σχέδιο Καλλικράτης (12). Οι Ο.Τ.Α. αποκτούν την σημερινή τους μορφή. Αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, που το καθένα έχει συσταθεί σε συγκεκριμένο έδαφος της Ελλάδας και έχει σκοπό τη διοίκηση των τοπικών ζητημάτων. Κάθε Ο.Τ.Α. έχει καθορισμένη έκταση, έδρα και συγκεκριμένο πληθυσμό (13). Βάσει της τρέχουσας διοικητικής διαίρεσης, οποιοδήποτε σημείο της ελληνικής επικράτειας υπάγεται ταυτόχρονα στη δικαιοδοσία δύο Ο.Τ.Α.: ενός πρωτοβάθμιου, που ονομάζεται Δήμος κι ενός δευτεροβάθμιου, που ονομάζεται περιφέρεια (12).

Η Πρωτοβάθμια Αυτοδιοίκηση (νόμος 3852/2010), θεμελιώνεται με λιγότερους κατά περίπου 2/3 και ισχυρότερους Δήμους, ανεξαιρέτως σε όλη τη χώρα, οι οποίοι χωροθετούνται με βάση αντικειμενικά (γεωγραφικά, δημογραφικά, αναπτυξιακά κ.ά.) κριτήρια, ικανοί να ανταποκριθούν στις σύγχρονες απαιτήσεις, να αξιοποιούν τη σύγχρονη τεχνολογία και

μεθόδους διοίκησης και έτοιμοι να υποδεχθούν διευρυμένες αρμοδιότητες ιδίως από τις νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις στους τομείς λ.χ. της παιδείας, της υγείας, της απασχόλησης, του περιβάλλοντος, των μεταφορών. Δήμοι ανοιχτοί στην κοινωνία, με δημόσια διαβούλευση για μείζονες αποφάσεις τους, με ενδοδημοτική αποκέντρωση και τοπικά έσοδα. Παράλληλα, υιοθετούνται σύγχρονα συστήματα λογιστικής διαχείρισης, δεικτών μέτρησης αποδοτικότητας και διοίκησης ανθρώπινων πόρων. Οι νέοι δήμοι μπορούν να αναλάβουν σημαντικές πρόσθετες αρμοδιότητες με τους αναγκαίους πόρους για την άσκησή τους, καθώς και δημοσιονομικές ευθύνες.

Η πολιτεία ασκεί διοικητική εποπτεία στους Ο.Τ.Α. με τρόπο, όμως, που να μην εμποδίζει την πρωτοβουλία και την ελεύθερη δράση τους, δηλαδή ασκεί έλεγχο νομιμότητας των πράξεων τοπικής αρμοδιότητάς τους και όχι έλεγχο σκοπιμότητας (δεν εξετάζει αν οι πράξεις τους εξυπηρετούν κάποιο σκοπό ή όχι) (14).

Οι νέες Δευτεροβάθμιες Αυτοδιοικήσεις προέρχονται από τη συνένωση των υφισταμένων Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, οι οποίες καταργούνται. Η εδαφική περιοχή των νέων οργανισμών περιλαμβάνει το άθροισμα της εδαφικής περιοχής των καταργούμενων Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων. Έτσι, οι 57 νομαρχίες αντικαθίστανται από 13 περιφέρειες.

Κεφάλαιο 3

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

3.1 Υγεία

Για να επιτευχθεί η υγεία, σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1947), είναι απαραίτητη η αρμονική αλληλεξάρτηση όχι μόνο του σώματος με την ψυχή, αλλά και με πολλούς άλλους παράγοντες, όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, ο πολιτισμός, η οικονομία, η εργασία, η προσβασιμότητα στις δομές υγείας κ.α. Το δίπολο υγεία – ασθένεια εμπλέκεται, επομένως, τόσο στο γενικότερο κοινωνικο-οικονομικό και πολιτιστικό περιβάλλον, μέσα στο οποίο ζει ένα άτομο (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, συνθήκες εργασίας, διατροφή, κάπνισμα, άσκηση, ναρκωτικά, αλκοόλ, συμπεριφορά) όσο και στις πεποιθήσεις, τις γενικές συμπεριφορές, τα στερεότυπα και τις αξίες της κοινωνίας (12).

Στη σύγχρονη εποχή ο ορισμός της υγείας και της ασθένειας διαφέρει ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις κοινωνικές συνθήκες (15), καθώς δέχονται προκλήσεις από τις διάφορες κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις, που εκτυλίσσονται σε μία κοινωνία. Έρευνες έδειξαν ότι τα άτομα που ανήκουν στις χαμηλότερες κοινωνικά κατηγορίες (χαμηλό εισόδημα, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, κ.ά.), παρουσιάζουν υψηλούς δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό και οι υποβαθμισμένες κοινωνικοοικονομικά περιοχές εμφανίζουν υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας, τροχαίων ατυχημάτων, ανεργίας και γενικότερα κοινωνικών προβλημάτων με συνέπεια τον κοινωνικό αποκλεισμό των περιοχών που επιφέρει διάφορα ψυχοσωματικά νοσήματα π.χ. στρες, τάση αυτοκτονιών, απομόνωση, κατάθλιψη κ.ά.. Για αυτό και η επιστημονική κοινότητα έχει αποδεχτεί ότι το κοινωνικό περιβάλλον αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την διατήρηση της υγείας ή αντίστροφα για την πρόκληση της ασθένειας (16).

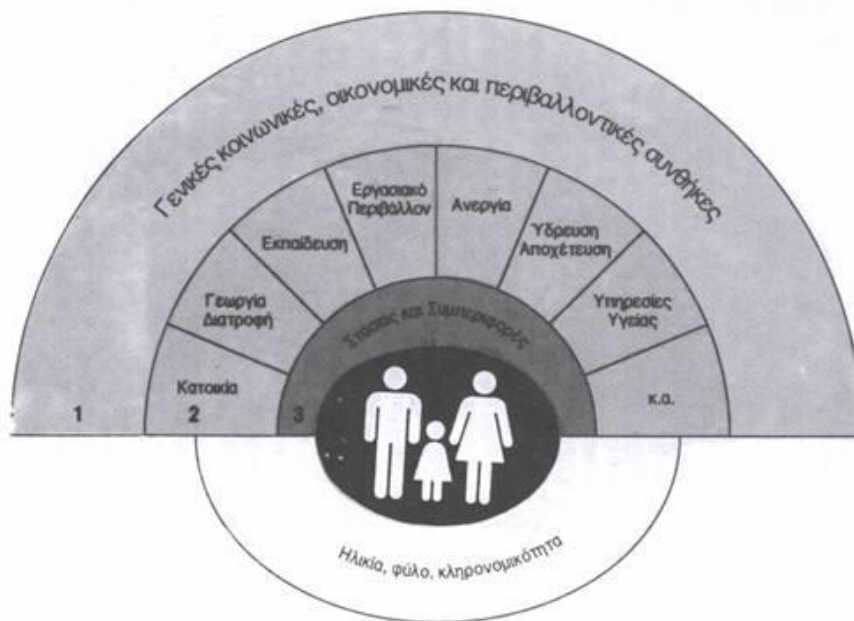
3.2 Προαγωγή της υγείας

Τη δεκαετία του 1970, επικράτησε ο όρος αγωγή υγείας για να περιγράψει την προσπάθεια για μετάδοση γνώσεων, αλλαγή στάσεων και υιοθέτηση από τα άτομα υγιεινής συμπεριφοράς, ώστε να είναι σε θέση να βελτιώσουν την υγείας τους (12).

Όμως από τη δεκαετία του 1980, σύμφωνα με τον χάρτη της Ottawa (1986), η Π.Ο.Υ. θεσμοθέτησε την πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion) με κύριο στόχο την υποστήριξη και βελτίωση της υγείας των ανθρώπων, την ενίσχυση όσων παραγόντων επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία και τη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών (Σχ. 1). Το επίκεντρο του ενδιαφέροντος είναι περισσότερο το σύνολο του πληθυσμού στην καθημερινότητά του, παρά τα μεμονωμένα άτομα που διατρέχουν κάποιο συγκεκριμένο κίνδυνο να αρρωστήσουν. Έτσι, καλούνται τα άτομα ή ομάδες ατόμων να ακολουθήσουν ενέργειες και συμπεριφορές που ευνοούν την προαγωγή, διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας. Αυτό προϋποθέτει την καλλιέργεια της μάθησης με τη βοήθεια μετάδοσης των γνώσεων μέσω της πληροφόρησης, η οποία παρέχει πρόσβαση σε θέματα που επηρεάζουν την υγεία. Κατά συνέπεια η Προαγωγή Υγείας, εκτός από τη στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει την στενή συνεργασία και όλων των φορέων, που σχετίζονται με την υγεία όπως και την ουσιαστική συμμετοχή του κοινού. Με τη συλλογική προσπάθεια μπορεί να επιτευχθεί η πρόληψη από τη νόσο και η επίλυση των μεγάλων προβλημάτων υγείας. Θα πρέπει όλοι οι επαγγελματίες υγείας να αναπτύξουν, να προωθήσουν και να εφαρμόσουν στρατηγικές αγωγής και προαγωγής της υγείας στα σχολεία, σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, σε φορείς του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, στην τοπική αυτοδιοίκηση. Αφού διερευνούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγιεινή στον τρόπο ζωής τους (αξίες, φύλο, ηλικία, περιβάλλον, πληροφόρηση, κ.α.) μπορούν να αποτρέπουν τις βλαβερές για την υγεία συμπεριφορές προλαμβάνοντας την εμφάνιση νόσων. Είναι προφανές ότι η ανθρώπινη υγεία επηρεάζεται θετικά ή αρνητικά από παράγοντες, όπως η οικονομική κατάσταση, το φυσικό περιβάλλον και οι κοινωνικές συνθήκες. Οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί και ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση ανθρώπου από άνθρωπο» (17).

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής συνυφασμένος με το σύγχρονο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον επιφέρει τα σύγχρονα προβλήματα υγείας σε παγκόσμιο, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Με συστηματική, κριτική και δημιουργική ανάλυση μπορεί να χαραχθεί μία πολιτική της υγείας με αναπροσανατολισμό εξασφαλίζοντας προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας σε όλους (18).

ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ



Εικ. 1 Οι ευρύτεροι παράγοντες που επιδρούν στην υγεία του ανθρώπου

3.3 Υπηρεσίες υγείας

3.3.1 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με την σύγχρονη επιστημονική γνώση» (19,20).

Η αξιολόγηση και η βελτίωση αυτών των υπηρεσιών απασχολούσαν τους ανθρώπους από την αρχαιότητα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον Όρκο του Ιπποκράτη (5ος αιώνας π.Χ.), ενός κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας (21). Η έννοια της ποιότητας είναι αρκετά πιο πολύπλοκη, έχοντας διαφορετική σημασία ανάμεσα στους ασθενείς και στους επαγγελματίες υγείας και εμπεριέχοντας πρακτικές και εμπειρίες που αφορούν το παρόν και το παρελθόν, χωρίς επομένως τη διατύπωση ενός σαφή και ακριβούς ορισμού (22).

Ο Donabedian ήταν ο πρώτος, που ασχολήθηκε δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στις μονάδες παροχής υγείας με το μεγαλύτερο δυνατό όφελος για τον ασθενή, χωρίς να παραβλέπει ταυτόχρονα τις ωφέλειες και τις απώλειες που περιλαμβάνει η διαδικασία της περίθαλψης (23). Σύμφωνα με αυτόν, η παροχή των υπηρεσιών υγείας έχει τρεις διαστάσεις. Το πρώτο μέρος είναι το διαπροσωπικό και αναφέρεται στην ψυχολογική αντιμετώπιση του ασθενή

όσον αφορά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, την επαγγελματική δεοντολογία και συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς και αυτό που οι ίδιοι οι ασθενείς επιθυμούν θεωρώντας το κατάλληλο.

Δεύτερον, το τεχνικό μέρος, που σχετίζεται με την εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, έτσι ώστε να τυγχάνει πιο αποτελεσματικής αντιμετώπισης ο ασθενής.

Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει τις υλικοτεχνικές υποδομές, δηλαδή το χώρο, το περιβάλλον αλλά και τις συνθήκες, κάτω από τις οποίες προσφέρονται οι διάφορες υπηρεσίες υγείας (24). Το 1988 μάλιστα υποστήριξε ότι η υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνει ο κάθε ασθενής αξιολογείται στο τεχνικό μέρος, αλλά περιλαμβάνει και τις προτιμήσεις του ασθενή. Το 1990 στο άρθρο του "The Seven Pillars of Quality" διευκρίνισε τα χαρακτηριστικά της υγειονομικής φροντίδας, προκειμένου να δοθεί ένας ακριβής ορισμός για την ποιότητα η οποία χαρακτηρίζεται από κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy), αποτελεσματικότητα (effectiveness), αποδοτικότητα (efficiency), βελτιστότητα (optimality), αποδεκτικότητα (acceptability), νομιμότητα (legitimacy) και δίκαιη κατανομή ωφελειών (equity) (25).

Η American Medical Association το έτος 1990 υποστήριξε ότι η ιατρική φροντίδα, που παρέχεται, αποτελεί φροντίδα υψηλής ποιότητας με κύρια χαρακτηριστικά την έγκαιρη παρέμβαση και την πρόληψη των ασθενειών, την ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων και τη διαρκή ενημέρωση των ασθενών, ώστε να επιτυγχάνεται πρόσβαση στις κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993), η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι «η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν τη βέλτιστη φροντίδα, στα πλαίσια δυνατοτήτων της τρέχουσας επιστημονικής γνώσης, με κύριο στόχο τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο».

Το Department of Health (1998), υποστηρίζει ως έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας την ικανότητα παροχής της καλύτερης διαθέσιμης φροντίδας για τον ασθενή, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο ώστε να εξασφαλιστεί το βέλτιστο αποτέλεσμα (26).

Είναι φανερό, λοιπόν, από όλους τους παραπάνω ορισμούς, ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ταυτίζεται με το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από τη φροντίδα που λαμβάνουν, με το πόσο αποτελεσματικές είναι οι υπηρεσίες αυτές που τους παρέχονται, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος του κόστους που ανακύπτει από αυτές (23).

3.3.2 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα υγείας

Υπάρχουν κάποια κριτήρια βάση των οποίων προσδιορίζεται η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και τα οποία σχετίζονται με την άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία της, όπως και την ευκολία πρόσβασης των χρηστών σε αυτή.

Κυρίως όμως όταν ερευνάμε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, εννοούμε τις ικανότητες, την εμπειρία, την ενημέρωση για τα νέα δεδομένα και τις γνώσεις των φορέων υπηρεσιών, τις ικανότητες και την εκπαίδευση του νοσηλευτικού, διοικητικού, τεχνικού προσωπικού όπως και την αντιμετώπισή του προς τους πάσχοντες. Καθολική απαίτηση του χρήστη/καταναλωτή είναι η ευγένεια και σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (27).

Θα πρέπει να παρέχονται οποιαδήποτε στιγμή οι υπηρεσίες υγείας (υγειονομική περίθαλψη) με τέτοια ταχύτητα ώστε να επιτυγχάνεται γρήγορη και αποτελεσματική επίλυση των προβλημάτων που τυχόν προκύπτουν. Το κόστος, δε, πρέπει να είναι το χαμηλότερο δυνατό.

Η εκλογή της θεραπευτικής αγωγής είναι επιτακτικό να γίνεται με ορθότητα και αναλυτικές οδηγίες στους ασθενείς, υποστηρίζοντάς τους ταυτόχρονα με ακριβές αρχείο και οργανωμένο σύστημα επανελέγχου.

Άλλοι παράγοντες, που καθορίζουν την ποιότητα είναι η αριθμητική επάρκεια του προσωπικού που καθορίζει την ετοιμότητα και την ταχύτητα παροχής. Η χρησιμοποίηση νέου – σύγχρονου εξοπλισμού και η αξιοπιστία των διοικητικών υπηρεσιών επηρεάζει την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας (27).

Τέλος, η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας προλαμβάνει εξωνοσοκομειακά νοσήματα ενώ ενδονοσοκομειακά στοχεύει στην αποφυγή των νοσοκομειακών λοιμώξεων (28).

3.3.3 Ικανοποίηση ασθενών

Η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών καθώς αποτελεί σχετικά υποκειμενική έννοια, είναι δύσκολο να διερευνηθεί, να εκτιμηθεί και να αποκτήσει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό, παρά την εντυπωσιακά πλούσια βιβλιογραφία που αναφέρεται σε αυτή. Δεν έχει, προς το παρόν, αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και ανάπτυξης εργαλείων μέτρησης, καθώς παρά τα οφέλη που μπορεί να προσφέρει στους ασθενείς και στους λειτουργούς υγείας υπάρχουν διαφωνίες που σχετίζονται με τη χρησιμότητα της μέτρησης ως δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (29,30,31).

Οι Bond και Thomas σε μία προσπάθεια να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών υποστήριξαν ότι αποτελεί ένα συνδυασμό εκπλήρωσης εσωτερικών αναγκών, προσδοκιών και προηγούμενων εμπειριών (32). Διαφέρει σε κάθε άτομο, αλλά κι από το ίδιο

το άτομο σε διαφορετικό χρόνο (33). Η προσβασιμότητα είναι μία διάσταση που σχετίζεται με την ικανοποίηση (34). Στις περισσότερες περιπτώσεις η ικανοποίηση συνδέεται με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα μιας υπηρεσίας. Άλλοι ερευνητές, από την άλλη, την συνδέουν με τις προσδοκίες των ασθενών. Ο Enrad όρισε την ικανοποίηση ως «μια ψυχολογική κατάσταση που εμφανίζεται μετά την κατανάλωση μιας υπηρεσίας και σε σύγκριση με μία βασική προσδοκία» (35). Παράγοντες που επιδρούν θετικά ή αρνητικά είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η εθνικότητα, όπως και η περιοχή διαμονής. Έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι περισσότερο ευχαριστημένα σε σχέση με τα νεότερα (36). Σε σχέση με τον παράγοντα φύλο φαίνεται ότι οι γυναίκες επισκέπτονται πιο συχνά τους ιατρούς και τα νοσοκομεία εκφράζοντας μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους άνδρες (37). Το επίπεδο, δε, εκπαίδευσης είναι αντιστρόφως ανάλογο με την ικανοποίηση των πασχόντων. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας με λιγότερες γραμματικές γνώσεις φαίνονται πιο ικανοποιημένοι. Το ίδιο και οι ασθενείς που έχουν οικογένεια σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν (38). Τα άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες δεν είναι αρκετά ικανοποιημένα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Διαφοροποιήσεις, ωστόσο, παρατηρούνται ανάμεσα στις διάφορες μειονοτικές ομάδες (36).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, η συμπεριφορά, η ευγένεια και η εμπιστοσύνη παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ικανοποίηση τους από τη φροντίδα. Η επικοινωνία που αναπτύσσεται επηρεάζει την άποψη των πασχόντων, η οποία εξαρτάται κατά πολύ από την ποιότητα των πληροφοριών που του παρέχει ο ιατρός, τις επαγγελματικές δεξιότητες και την τέχνη της επικοινωνίας (39). Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί απαραίτητο εργαλείο για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας (40). Ως αξιολόγηση νοείται «η συστηματική και επιστημονική διαδικασία με την οποία προσπαθούμε να εκτιμήσουμε σε ποιο βαθμό μια δραστηριότητα ή μια αλληλουχία δραστηριοτήτων επέτρεψαν ή όχι την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων μιας υπηρεσίας, ενός προγράμματος, ενός ιδρύματος υγείας.» (41). Μπορεί να προσφέρει νέα δεδομένα μετά από ανάλυση των αποτελεσμάτων, ειδικά μέσα στα πλαίσια της νέας αντίληψης που αντιμετωπίζει τους ασθενείς ως πελάτες και καταναλωτές μέσα στο υγειονομικό σύστημα. Κάθε έρευνα που αφορά τους καταναλωτές αναδεικνύει πού υστερεί το σύστημα και εντοπίζει τους καθοριστικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση έχοντας ως κύριο στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και την αναβάθμιση μιας υγειονομικής υπηρεσίας (42,43).

3.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

3.4.1 Η έννοια, ο σκοπός και το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται η παροχή σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο βασικών, προσβάσιμων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας (44). Περιλαμβάνει τις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Σκοπός, επομένως, αυτού του συστήματος είναι η πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενίσχυση της υγείας των πολιτών εξασφαλίζοντας την καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας, την ισότητα στη φροντίδα χρόνιων πασχόντων ασθενών, την ολοκληρωμένη φροντίδα των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, τη δυνατότητα συνεχούς παροχής των υπηρεσιών όλο το 24ωρο, την ελεγχόμενη διαχείριση των ιατρικών δεδομένων (ιατρικό απόρρητο) με την απόλυτη εμπιστευτικότητα καθώς επίσης και το δικαίωμα επιλογής κάθε ατόμου του οικογενειακού του ιατρού (45). Καλύπτει, δηλαδή, όπως έλεγε και ο αείμνηστος Καθηγητής κ. Γαρδίκας τα 9/10 της ιατρικής.

Η έννοια αυτή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (primary healthcare), τα τελευταία χρόνια, συγχέεται και παρερμηνεύεται με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη (primary medical care). Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και περιλαμβάνει τις ιατρικές επισκέψεις, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τις φυσικοθεραπείες, τα φάρμακα και γενικά κάθε ιατρική πράξη, η οποία δεν απαιτεί την παραμονή του ασφαλιζόμενου στο νοσοκομείο (46). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όμως, αποτελεί μια πιο ευρεία έννοια, καθώς απευθύνεται όχι μόνο σε ασθενείς αλλά και σε υγιή άτομα. Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να αναφέρονται στις υπηρεσίες αγωγής υγείας, προσυμπτωματικού ελέγχου και δημόσιας υγιεινής.

Ενώ τα υγειονομικά συστήματα των διαφόρων χωρών έχουν αρκετές διαφορές μεταξύ τους, η Π.Φ.Υ. δεν παύει να αποτελεί αναπόσπαστο μέλος τους. Οι κανόνες, από τους οποίους διέπονται όλα τα πρωτοβάθμια συστήματα υγείας είναι η προσβασιμότητα, η συνέχεια στην παροχή υπηρεσιών σε μακροχρόνια βάση από τον ίδιο επαγγελματία ή την ίδια μονάδα των υπηρεσιών υγείας, η διαθεσιμότητα όλο το 24ωρο, η αποδοχή τόσο από τα άτομα της κοινότητας όσο και από τους ίδιους τους επιστήμονες, που προσφέρουν τις διάφορες

υπηρεσίες φροντίδας στα άτομα της κοινότητας, η ορθολογική χρήση των πόρων και η αποδοτικότητα και για τις τρεις διαστάσεις της υγείας (σωματική, ψυχική και κοινωνική) (47).

3.4.2 Ο ρόλος των επαγγελματιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας κ.ά.)

Η λεγόμενη «ομάδα υγείας» αποτελείται από διάφορους επαγγελματίες υγείας, μέσα στην οποία ο καθένας από αυτούς έχει αναλάβει το δικό του ρόλο και αρμοδιότητες (20). Οι Posner και Kouzes (1987) έχουν ορίσει την ομάδα υγείας «ως μία ομάδα από διάφορα πρόσωπα τα οποία συνεργάζονται ισότιμα καθώς έχουν κοινούς στόχους και αγωνίζονται να οικοδομήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης για την εκπλήρωση αυτών των αμοιβαίων στόχων» (48). Η ομάδα υγείας, οι λειτουργίες και η ποιότητά της θα πρέπει να εξετάζονται τακτικά καθώς εξελίσσονται κατά τη διάρκεια των χρόνων ενώ διάφοροι παράγοντες όπως προσωπικοί, περιβαλλοντικοί και παράγοντες σχετικοί με την οργάνωσή της, μπορούν να ασκούν επιρροή στη δομή, τη λειτουργία και τις αρμοδιότητες των μελών της (49).

Οι Naylor και συν. (2010) κάνοντας ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ορίζουν την φροντίδα υγείας ως την παροχή υπηρεσιών υγείας στις οικογένειες – κοινότητες ή στα άτομα, από δύο επαγγελματίες υγείας τουλάχιστον, οι οποίοι συνεργάζονται με ασθενείς και φροντιστές για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας υψηλού επιπέδου (50).

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι για τη σύσταση ενός αποτελεσματικού συστήματος παροχής φροντίδας υψηλής ποιότητας με κέντρο τον ασθενή, είναι αναγκαία η ύπαρξη αποτελεσματικών, αποδοτικών ομάδων υγείας στο χώρο της ΠΦΥ (51). Η συνέχεια στη φροντίδα σε ασθενείς με πολλαπλή νοσηρότητα, με χρόνια νοσήματα, ψυχικές διαταραχές όπως και η διαχείριση ηλικιωμένων από επαγγελματίες υγείας διαφορετικών εξειδικεύσεων και διαφορετικών δεξιοτήτων αποτελούν το κλειδί της επιτυχίας μίας ολοκληρωμένης (integrated) ΠΦΥ.

Οι Mitchell και συν. (2012) θεωρούν ότι κάθε ομάδα υγείας για να είναι αποδοτική και αποτελεσματική θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από πέντε αρχές-αξίες: τιμότητα/συνέπεια/ειλικρίνεια, πειθαρχία, δημιουργικότητα, μετριοφροσύνη και περιέργεια (52). Παράγοντες σημαντικοί για την επιτυχία αποτελούν οι δεξιότητες και το αίσθημα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και αλληλεγγύης μεταξύ των συνεργαζόμενων επαγγελματιών υγείας. Η ομάδα θα πρέπει να αξιολογεί τακτικά την λειτουργία της βελτιώνοντας τις διάφορες διαδικασίες και την αποτελεσματικότητά της με κύριο στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη (53). Μέσα στην ομάδα, το κάθε μέλος έχει τον δικό του ξεχωριστό ρόλο, ευθύνες και συγκεκριμένες δραστηριότητες, ώστε να επιτυγχάνεται ο καταμερισμός εργασίας.

Από την άλλη μεριά, η απουσία εμπειρίας, εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων, τα αλληλοσυγκρουόμενα συμφέροντα, η ανεπαρκής υποδομή, οι ελλείψεις στην οργάνωση, η απουσία εκπαίδευσης, η έλλειψη ειλικρινούς σεβασμού στον ρόλο των άλλων επαγγελματιών όπως και το κακό πλαίσιο επικοινωνίας αποτελούν εμπόδια για την μέγιστη απόδοση (54).

Ευρωπαϊκή μελέτη που παρουσιάστηκε στο Ευρωπαϊκό Συμπόσιο με θέμα: «Επικοινωνία της Υγείας: Εκπαίδευση, προκλήσεις και δυνατότητες για τον Επαγγελματία Υγείας», μετά από διοργάνωση του Ινστιτούτου Prolepsis στις 14 Ιουνίου 2018 στο Πανεπιστήμιο Αθηνών διαπίστωσε σημαντικές ελλείψεις στην κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, κυρίως όσον αφορά στην επικοινωνία της υγείας (55). Απαραίτητη, επομένως, η εφαρμογή των στρατηγικών βελτίωσης τόσο της ποιότητας διεπιστημονικής εκπαίδευσης όσο και της οργάνωσης στον τομέα της υγείας, κυρίως στα βασικά επαγγέλματα της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής (56).

3.5 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα σύγχρονα συστήματα υγείας

Παρά τις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες των διαφόρων συστημάτων υγείας, ο βασικός στόχος της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλες τις χώρες παραμένει η κάλυψη των της πλειονότητας των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, από την πρόληψη και υιοθέτηση υγειονομικού τρόπου ζωής μέχρι τη θεραπεία και την αποκατάσταση (12).

Προϋπόθεση για τη λειτουργία του συστήματος είναι η τοποθέτηση στο επίκεντρο του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας.

Στην πραγματικότητα, όμως, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο μισός πληθυσμός της Γης εξακολουθεί να μην έχει πρόσβαση σε στοιχειώδεις υπηρεσίες Υγείας, ενώ ελάχιστες χώρες επενδύουν στην οργάνωση και στην επαρκή στελέχωση (57).

3.5.1 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ)

Το σύστημα υγείας στην Αμερική δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην ιδιωτική ασφάλιση και όχι στην κοινωνική. Το κόστος της ιατρικής φροντίδας επιβαρύνει τον πολίτη / ασθενή. Η πλειοψηφία των ασθενών διαθέτει ιατρική ασφάλεια για κάλυψη της ιατρικής περίθαλψης. Κοινωνική ασφάλιση έχουν μόνο οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού όπως είναι οι ηλικιωμένοι και οι ανάπηροι. Αυτή η ασφάλιση περιλαμβάνει δύο προγράμματα, το Medicare και το Medicaid. Συγκεκριμένα, το Medicare είναι το βασικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για ανθρώπους 65 ετών και άνω. Τις προϋποθέσεις, επίσης, μπορούν να διαθέτουν και άτομα ηλικίας κάτω των

65 ετών με ορισμένες αναπηρίες ή μόνιμη νεφρική ανεπάρκεια. Ένα μέρος χρηματοδοτείται από τους φόρους μισθοδοσίας που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες τους, ενώ ένα άλλο από μηνιαία ασφάλιστρα που αφαιρούνται από τα επιδόματα της Κοινωνικής Ασφάλειας. Το Medicaid είναι ένα κρατικό πρόγραμμα που παρέχει νοσοκομειακή και ιατρική κάλυψη σε χαμηλόμισθους γονείς και άτομα με ειδικές ανάγκες (58).

Η Αμερική μπορεί να είναι μια πλούσια χώρα σε ιατρική καινοτομία και επιστημονική έρευνα, όμως, περίπου δύο στα 10 άτομα το 2012 δεν έχουν καθόλου ασφάλεια (59). Μετά τη μεταρρύθμιση από την κυβέρνηση του Μπαράκ Ομπάμα, βέβαια, το ποσοστό των πολιτών αυτών μειώθηκε σημαντικά. Σύμφωνα με μελέτη ερευνητών του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *New England Journal of Medicine* από τον Σεπτέμβριο του 2013 έως τον Απρίλιο του 2014 πάνω από 10 εκατομμύρια ενήλικες (από 18 έως 64 ετών) που προηγουμένως ήταν ανασφάλιστοι εντάχθηκαν στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης (59). Τα προγράμματα αυτά, λοιπόν, αποτέλεσαν ένα μεγάλο βήμα για την προστασία της υγείας των άπορων και ηλικιωμένων. Από την άλλη, όμως, αύξησαν δραματικά τις κρατικές δαπάνες στον τομέα αυτό, καθιστώντας έτσι το αμερικάνικο σύστημα υγείας ως ακριβό και αναποτελεσματικό.

Τα περισσότερα νοσοκομεία στην Αμερική είναι τα πιο σύγχρονα ανά τον κόσμο και ακολουθούν αυστηρά ποιοτικά κριτήρια με εξελιγμένη ιατρική τεχνολογία. Το 70% αυτών είναι κοινωφελή μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, ιδιωτικά, κοινοτικά ή ακαδημαϊκά (58).

Η πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, οι περισσότεροι των οποίων αμείβονται κατά πράξη. Ιδιαίτερη έμφαση την τελευταία δεκαετία δίνεται στην πρόληψη και στην προαγωγή και αγωγή υγείας (60).

Η πυκνότητα, όμως, των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μειώνεται σημαντικά, καθώς αμείβονται λιγότερο από ό,τι οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων, η κούραση τους είναι μεγαλύτερη και το κοινωνικό status υποδεέστερο. Αυτό έχει σημαντικές συνέπειες για την υγεία του πληθυσμού, καθώς μεγαλύτερη διαθεσιμότητα θα σήμαινε και βελτιωμένη θνησιμότητα του πληθυσμού (61).

3.5.2 Καναδάς

Το σύστημα υγείας του Καναδά (*Medicare*) ανήκει στην κατηγορία του μοντέλου Beveringe. Στηρίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας είτε είναι γενικοί γιατροί είτε οικογενειακοί γιατροί, που αποτελούν το 60% του ιατρικού προσωπικού. Είναι ιδιώτες και εργάζονται μόνοι τους ή σε *group practice*. Καθοδηγούν τους ασθενείς στα επόμενα στάδια φροντίδας (*gate keeping*) ενώ διαθέτουν σημαντική αυτονομία στην παροχή

των υπηρεσιών τους. Το 99% συμμετέχει στο δημόσιο σύστημα υγείας και αμείβεται για τις υπηρεσίες με βάση τιμές που έχουν προκαθοριστεί στα πλαίσια συλλογικών διαπραγματεύσεων με τις πολιτειακές κυβερνήσεις (62).

Όλοι οι πολίτες του Καναδά διαθέτουν μία κάρτα υγείας, την οποία επιδεικνύουν σε κάθε φορέα που επισκέπτονται. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι δωρεάν και όπου χρειάζεται συμμετοχή καθορίζεται με βάση τα εισοδηματικά κριτήρια. Οργανώνονται, επίσης, δράσεις σχετικές με την κοινωνική φροντίδα όπως είναι οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι είτε με κατ' οίκον νοσηλεία είτε με τη βοήθεια οίκων ευγηρίας ή ιδρυμάτων ανάλογα με τις παθήσεις του ασθενή. Ο, δε, ρόλος των νοσηλευτών είναι διευρυμένος. Συμμετέχουν στην εκπαίδευση των υγιών ατόμων σε θέματα υγείας, συμβάλλοντας στην τροποποίηση της συμπεριφοράς τους και στην υιοθέτηση προληπτικών μέτρων όπως και στην διαχείριση χρόνιων παθήσεων (63).

Το Medicare αποτελείται από δώδεκα περιφερειακούς οργανισμούς υγείας (Health Plans) και περιλαμβάνει δύο φορείς, έναν για την νοσοκομειακή ασφάλιση και έναν για την ιατρική φροντίδα. Τους οργανισμούς αυτούς τους ελέγχουν οι κυβερνήσεις μέσω ενός Υπουργείου Υγείας και έχουν την ευθύνη της οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών υγείας στα άτομα που ανήκουν στην περιφέρειά τους.

Οι περιφερειακές και τοπικές αρχές κάθε επαρχίας είναι υπεύθυνες για την εκτέλεση προγραμμάτων που σχετίζονται με την υγεία των πολιτών καθώς και με τα μέτρα πρόληψης της υγείας. Εφαρμόζουν δική τους πολιτική και αναλαμβάνουν τη δική τους προσέγγιση.

Τα Νοσοκομεία είναι μη κερδοσκοπικά ιδρύματα σε ποσοστό 95%.

3.5.3 Γαλλία

Η Γαλλία διαθέτει ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα συστημάτων υγείας του μοντέλου Bismarck, που στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης χωρίς να απουσιάζει ο κεντρικός κυβερνητικός έλεγχος. Η κοινωνική ασφάλιση χαρακτηρίζεται από τις υψηλότερες συνεισφορές εργοδοσίας – εργαζομένων στην Ευρώπη (64).

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καλύπτονται από δύο διαφορετικούς φορείς: 1) από τα κέντρα Π.Φ.Υ. (γενικοί ιατροί και ειδικοί παθολόγοι) και τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας και 2) από τους ιδιώτες γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής ιατρού, ενώ παράλληλα μπορούν ελεύθερα να απευθύνονται και σε ειδικευμένους ιατρούς. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες καλύπτουν ολόκληρο το βασικό πακέτο της ΠΦΥ, μαζί με τις βιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις. Δεν υφίσταται, επομένως, ρόλος Gatekeeper για τον οικογενειακό ή γενικό ιατρό.

Για τον έλεγχο της προκλητής ζήτησης προβλέπονται ιατρικά πρωτόκολλα όπως και ποινές για την υπερκατανάλωση (64).

Στις μονάδες Π.Φ.Υ. έχει τη δυνατότητα να εξυπηρετηθεί οποιοσδήποτε πολίτης της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας εφόσον χρήζει ιατρικής περίθαλψης (65).

Τα κύρια συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης είναι τρία: ο Γενικός Οργανισμός Ασφάλισης υγείας για τους μισθωτούς και συνταξιούχους, οι οργανισμοί για τους αγρότες και οι οργανισμοί για τους ελεύθερους επαγγελματίες. Ειδικά, οι ιατρικές υπηρεσίες στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας διαχειρίζονται από μία υπηρεσία «Mutualite Sociale Agricole» (MSA), ώστε οι αγρότες – πολίτες 16-65 ετών που είναι ασφαλισμένοι να πραγματοποιούν προληπτικές εξετάσεις κάθε 5 χρόνια και σε όσους διαπιστώνεται πρόβλημα υγείας να τους παρέχεται η δυνατότητα να προχωρήσουν σε περαιτέρω ιατρικές εξετάσεις (66).

Αυτά τα τρία βασικά ταμεία το 2004 συγχωνεύτηκαν, με αποτέλεσμα τη σύσταση της «Εθνικής Ένωσης Ταμείων Ασφάλισης Υγείας» (UNCAM).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει το γαλλικό σύστημα ως το πιο επιτυχημένο και αποτελεσματικό από την άποψη της οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης και της ολικής απόδοσης. Έχει καταφέρει να ενοποιήσει τα ιδιωτικά και τα δημόσια συστήματα υγείας μέσω μεταρρυθμίσεων. Χαρακτηρίζεται ως το πιο φιλελεύθερο σύστημα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο όσον αφορά στην αυτονομία γιατρών και ασθενών (67).

3.5.4 Ισπανία

Το Ισπανικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το αμοιβαίο ασφαλιστικό σύστημα και το ιδιωτικό σύστημα (68). Το πιο μεγάλο μέρος του πληθυσμού εξυπηρετείται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο περιλαμβάνει γενικό ή οικογενειακό γιατρό, παιδίατρο και νοσηλευτικό προσωπικό. Η εξέταση είναι δωρεάν και ο γιατρός μπορεί να παραπέμψει τον ασθενή σε κάποιον ειδικό γιατρό ή στο νοσοκομείο εφόσον το κρίνει απαραίτητο. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διαθέτει δικές της εγκαταστάσεις και προσλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας με διαδικασίες εξετάσεων. Σε περιοχές, όπως η Καταλονία και η Βαλένθια, ανατίθεται βάσει σύμβασης σε ιδιώτες παρόχους.

Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κυρίως από τη γενική φορολογία και χαρακτηρίζεται από την κυρίαρχη λειτουργία του ως δημόσιος τομέας. Συνεπώς αποτελεί σύστημα τύπου Beveridge. Το ιδιωτικό σύστημα καλύπτει περίπου το 10% του πληθυσμού. Τα Νοσοκομεία σε ποσοστό 80% ανήκουν στο δημόσιο τομέα και 20% στον ιδιωτικό (69).

Το Ισπανικό κράτος αποτελείται από την κεντρική διακυβέρνηση και από δεκαεπτά περιφέρειες (αυτόνομες κοινότητες) με τις αντίστοιχες κυβερνήσεις. Όλες σχεδόν οι αρμοδιότητες στον τομέα υγείας εκχωρήθηκαν από το 2002 σε αυτές τις περιφέρειες με αποτέλεσμα να υφίστανται 17 περιφερειακά υπουργεία με πρωταρχική δικαιοδοσία στον στρατηγικό σχεδιασμό, στην οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας της περιφέρειάς τους και σημαντικό βαθμό αυτονομίας στην χρηματοδότησή τους.

Η οικονομική κρίση τα τελευταία χρόνια έχει επηρεάσει τόσο το επίπεδο υγείας των Ισπανών όσο και τη λειτουργία του Ισπανικού συστήματος υγείας. Η σημερινή κατάσταση του ΕΣΥ είναι μη βιώσιμη. Η Ισπανία δεν μπορεί να συνεχίσει να συσσωρεύει ελλείμματα ενώ κάνει περικοπές που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της περίθαλψης και την υγεία των πολιτών. Περίπου 900.000 άτομα έχουν αποκλειστεί από το δημόσιο σύστημα υγείας, ενώ το 16% του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε φαρμακευτική περίθαλψη.

Προκαλούνται, επομένως, προβλήματα περιθωριοποίησης όσων δεν είναι ασφαλισμένοι, καθώς δεν μπορούν να λάβουν φαρμακευτική αγωγή ούτε σε σοβαρά χρόνια νοσήματα (69).

3.5.5 Ιταλία

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ιταλίας ανήκει στην κατηγορία του μοντέλου Beveringe παρέχοντας δωρεάν υπηρεσίες σε κάθε δικαιούχο (70). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται στα τοπικά κέντρα υγείας (ASL – Azienda sanitaria locale) από γενικούς ιατρούς και παιδίατρος, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τους τοπικούς υγειονομικούς οργανισμούς. Οι μισθωτοί και οι αυτοαπασχολούμενοι που έχουν καταβάλει εισφορές στο εθνικό σύστημα ασφάλισης αποκτούν την κάρτα ασφάλισης υγείας (Tessera Sanitaria) (71).

Η επιλογή του ιατρού ανήκει στην ευχέρεια του ασθενή, με την προϋπόθεση να μην έχει συμπληρωθεί η λίστα του ιατρού. Οι ιατροί αποζημιώνονται σύμφωνα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα, χωρίς να μπορούν να υπερβούν τους 1800 ασθενείς με ένα μικτό σύστημα πληρωμής, τόσο σε κατά κεφαλή αποδοχές όσο και σε αμοιβή κατά πράξη, για ορισμένες ιατρικές πράξεις (72). Είναι αυτοί που αξιολογούν και παραπέμπουν τους ασθενείς σε άλλους φορείς και δομές ασκώντας έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών (gatekeeping).

Επειδή οι λίστες αναμονής είναι μεγάλες και η ποιότητα υπηρεσιών μη ικανοποιητική καθώς οι δαπάνες για την υγεία έχουν περιοριστεί τα τελευταία χρόνια, αρκετοί Ιταλοί, κυρίως στις νότιες περιοχές, καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος αναλαμβάνει βαρυσήμαντο ρόλο (73). Τα Νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας είναι δημόσια, ενώ λειτουργεί και ένα μικρό ποσοστό ιδιωτικών Νοσοκομείων, το οποίο στα χρόνια της οικονομικής κρίσης που διανύουμε αυξάνεται συνεχώς. Το ενδιαφέρον των επενδυτών στο χώρο της ιδιωτικής υγείας εντείνεται.

Μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα των ΗΠΑ, όπως η Pittsburg Medical, προωθούν επενδύσεις σε κέντρα μεταμοσχεύσεων, ενώ παράλληλα στοχεύουν σε εφαρμογή ειδικών projects για εναλλακτική αντιμετώπιση των καρκινοπαθειών.

3.5.6 Γερμανία

Η ασφάλιση υγείας χαρακτηρίζεται από ένα διπλό σύστημα στην Γερμανία. Από τη μία υπάρχει η υποχρεωτική ασφάλιση και από την άλλη η ιδιωτική, με βάση κάποιες συγκεκριμένες οικονομικές προϋποθέσεις. Οι πολίτες της Γερμανίας έχουν τη δυνατότητα επιλογής του φορέα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ και εδώ η παροχή ΠΦΥ γίνεται από ιδιώτες, το 75% των οποίων έχει το δικό του ιατρείο και το 25% συστεγάζεται με άλλους ιατρούς (74).

Οι ασφαλισμένοι μπορούν να διαθέτουν ένα γενικό - οικογενειακό γιατρό της επιλογής τους, ο οποίος θα είναι συμβεβλημένος με το ταμείο τους για ένα χρόνο. Οι γενικοί ιατροί δεν λειτουργούν με κάποιο αυστηρό "gatekeeping" σύστημα (75). Επίσης, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επισκεφτούν όποιον άλλο ειδικευμένο συμβεβλημένο γιατρό θέλουν χωρίς παραπεμπτικό. Οι ιατροί αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που προκύπτουν μετά από διαπραγματεύσεις των ταμείων με τους ιατρικούς συλλόγους κάθε χρόνο. Διασφαλίζεται, έτσι, ο έλεγχος του κόστους. Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει προληπτικές υπηρεσίες, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα, υπηρεσίες οικογενειακού γιατρού, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οδοντιατρική φροντίδα, φάρμακα, υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, υπηρεσίες αποκατάστασης και αποζημίωση για άδεια ασθένειας. Οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, όπως νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, καλύπτονται από ένα ξεχωριστό ασφαλιστικό σχέδιο, το οποίο είναι υποχρεωτικό για το σύνολο του πληθυσμού.

Στην επαρχία παρατηρούνται ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό, καθώς πολλοί ιατροί είτε απασχολούνται στις μεγάλες πόλεις είτε σε ιδιωτικά ιατρεία.

Τα τελευταία χρόνια το Γερμανικό Σύστημα Υγείας μέσα από μία σειρά μεγάλων δομικών αλλαγών και μεταρρυθμίσεων θεωρείται ως ένα από τα πλέον ολοκληρωμένα συστήματα υγείας παρέχοντας υψηλού επιπέδου φροντίδα παρά τον τεράστιο αριθμό των ταμείων. Παρά, όμως, τους μηχανισμούς ελέγχου, τα πολύπλοκα εργαλεία και πρακτικές για τον περιορισμό του κόστους είναι το τρίτο ακριβότερο σύστημα υγείας στον κόσμο (75).

3.5.7 Μεγάλη Βρετανία

Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) δημιουργήθηκε το 1948 και έκτοτε αποτελεί το σημαντικότερο εκπρόσωπο των δημοσίων εθνικών συστημάτων υγείας (76). Και αν έκτοτε ακολουθούσε την αρχική του μορφή χωρίς τις επεμβάσεις των πολιτικών στη συνέχεια, ίσως σήμερα ήταν το πιο δίκαιο κοινωνικό υγειονομικό σύστημα στο κόσμο. Βασικό και θεμελιώδες χαρακτηριστικό του είναι η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό και η δωρεάν περίθαλψη για όλους χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο (77).

Οι πόροι από την φορολογία κατανέμονται από το NHS άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (Regional Health Authorities) και έμμεσα, διαμέσω αυτών, στα fundholders των γενικών ιατρών και στις Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities). Οι Υγειονομικές τοπικές Αρχές και τα fundholders αγοράζουν υπηρεσίες υγείας για τον εγγεγραμμένο πληθυσμό τους από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία.

Η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στηρίζεται στον θεσμό του γενικού-οικογενειακού γιατρού (78), ο οποίος αμείβεται κατά κεφαλή και κατά πράξη για ορισμένες πράξεις. Και εδώ λοιπόν οι πολίτες έχουν την ελευθερία επιλογής του γιατρού που επιθυμούν με την ιδιομορφία ότι δίνεται η δυνατότητα στο γιατρό να δεχθεί ή όχι το συγκεκριμένο άτομο, παρέχοντας ιατρικές υπηρεσίες ολόκληρο το 24ωρο είτε στην κατοικία είτε στο ιατρείο του. Πρόκειται για υπηρεσίες, όπως το “NHS Direct” και 90 “Walk-in centres”, τηλεφωνική και διαδικτυακή υπηρεσία πληροφοριών (79).

Τα κέντρα υγείας παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ όπως ιατρικές, οδοντιατρικές, νοσηλευτικές, φυσικοθεραπεία, πρόληψη εξετάσεις εργαστηριακές και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Όταν βέβαια χρειάζεται να γίνουν κάποιες επιπλέον εργαστηριακές και ειδικές εξετάσεις οι ασθενείς παραπέμπονται στα νοσοκομεία. Οι ιατροί στα νοσοκομεία αμείβονται με μισθό ή με συμβάσεις για συγκεκριμένο έργο (80).

Σημαντική διαπίστωση αποτελεί η συγκράτηση των δαπανών υγείας σε χαμηλά επίπεδα με τον σφαιρικό προϋπολογισμό που αποφασίζεται από την κυβέρνηση, χωρίς να περιορίζεται η ποιότητα και η ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μελετώντας τους δείκτες υγείας του αγγλικού συστήματος διαπιστώνουμε ότι τα επίπεδα θνησιμότητας τα τελευταία χρόνια έχουν μειωθεί αρκετά, όμως υπάρχει το δημογραφικό πρόβλημα νέων και ηλικιωμένων. Σημαντικό πρόβλημα, επίσης, πρέπει να αναφέρουμε ότι αποτελεί η δυσκολία στην πρόσβαση και η αντιμετώπιση της μεγάλης ζήτησης καθώς ο χρόνος αναμονής είναι μεγάλο στις επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία, στις εισαγωγές και στις χειρουργικές επεμβάσεις (79).

Έλλειψη γενικών γιατρών παρατηρείται σε μερικές αγροτικές περιοχές γεγονός που προσπαθεί η εθνική υπηρεσία υγείας να αντιμετωπίσει με διάφορους τρόπους όπως προσφέροντας οικονομικά οφέλη σε όσους γιατρούς επιλέγουν να εργαστούν σε τέτοιες περιοχές και μη χορήγησης άδειας σε γιατρούς να απασχοληθούν σε υπηρεσίες όπου επικρατεί πληθώρα γιατρών.

3.5.8 Σουηδία

Η χώρα αυτή έχει ένα καλά αναπτυγμένο δίκτυο παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, το οποίο χαρακτηρίζουν η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ασφάλεια και η προσβασιμότητα στις δομές. Κι αυτό, γιατί τα συστήματα αξιολόγησης είναι άριστα, ανάμεσα στα καλύτερα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (80). Τα Κ.Υ. στελεχώνονται από γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, μαίες και φυσικοθεραπευτές. Το ¼ από αυτά είναι ιδιωτικά. Υπάρχουν, επίσης, και δομές με κύρια αρμοδιότητα τους εμβολιασμούς, περιοδικούς ελέγχους της υγείας και ακτινοδιαγνωστικούς ελέγχους (81). Οι γενικοί ιατροί είναι έμμισθοι υπάλληλοι, μπορούν, όμως, την αντιμισθία τους να την διαπραγματευτούν λόγω του θεσμού κινήτρων παραγωγικότητας.

Ο ασθενής μπορεί να επιλέξει τον οικογενειακό ιατρό της αρεσκείας του με το νόμο Family Doctor Act (1994). Αυτός θα τον παραπέμψει σε ειδικούς ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία με ανάλογα παραπεμπτικά. Έχουν θεσμοθετηθεί αντικίνητρα για την αντιμετώπιση της ροής στα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα κυρίως σε χρόνια προβλήματα υγείας η χώρα αυτή να εμφανίζει τους καλύτερους δείκτες σε αποφυγή νοσηλείας (22,2 νοσηλείες ανά 100.000 πληθυσμού, έναντι μέσου όρου 45,8 στον ΟΟΣΑ).

Η χρηματοδότηση κατά ένα μέρος γίνεται κατά 84% από την κεντρική κυβέρνηση και κατά 16% από ιδιωτική συμμετοχή των ασφαλισμένων, ανάλογα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. (co-payment) Προβλέπεται, επίσης, ανώτατο όριο συμμετοχής για τους ασφαλισμένους. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι ιδιαίτερα περιορισμένη.

Η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από τις τοπικές αρχές, από περιφερειακά και τοπικά συμβούλια. Τα Νοσοκομεία λειτουργούν υπό την ευθύνη των περιφερειακών συμβουλίων. Σε ορισμένες, μόνο, περιπτώσεις έχουν παραχωρηθεί σε ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς ή μη κερδοσκοπικούς φορείς.

Το μόνο μειονέκτημα που σημειώνει το σύστημα υγείας είναι η έλλειψη συντονισμού στην παρεχόμενη φροντίδα μεταξύ πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, νοσοκομείων και τοπικών υπηρεσιών.

3.6 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Η εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/1983, «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ΦΕΚ Α' 143/07.10.1983) αποτέλεσε τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση της χώρας μας στοχεύοντας στην ανάπτυξη μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας και ενός ενιαίου και αποκεντρωμένου εθνικού συστήματος υγείας. Σε κάθε νομό ιδρύθηκαν Κέντρα Υγείας (αστικού και αγροτικού τύπου) υπό μορφή αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων νοσοκομείων. (Ν.1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α') «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Ακολούθησε, όμως, μία 30ετή παρανόηση του μεταρρυθμιστικού πλαισίου και μία ανορθόδοξη εφαρμογή των στρατηγικών στόχων της ΠΦΥ, η οποία αδυνατεί να ικανοποιήσει αποτελεσματικά τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Παρά τις βάσεις που έθεσε ο νόμος για προτεραιότητα στην ΠΦΥ, η βαρύτητα δόθηκε τελικά στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (82).

Τα σύγχρονα προβλήματα και κοινωνικά δεδομένα, όπως οι νόσοι του πολιτισμού (καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια, τροχαία ατυχήματα, καρκίνος), η αύξηση των ορίων του προσδόκιμου ζωής, η αναγκαιότητα χρήσης ακριβής τεχνολογίας για τη διάγνωση και θεραπεία, όπως και οι αυξημένες απαιτήσεις των χρηστών καθιστούν αναγκαίο το σχεδιασμό άμεσων αλλαγών στην οργάνωση της ΠΦΥ εξασφαλίζοντας αξιοπρέπεια, ισότητα και ποιότητα στις προσφερόμενες υπηρεσίες. Μελετώντας τις νομοθετικές πρωτοβουλίες που ακολούθησαν για την αναβάθμιση της οργάνωσης του ΕΣΥ καταλήγουμε στα παρακάτω (83): Μόνο ο νόμος 1397/83 και ο νόμος 2194/94 βρίσκονται σε ισχύ, χωρίς να έχουν υλοποιηθεί όλες οι διατάξεις. Σε αυτούς τους νόμους προβλέπεται η λειτουργία των Κ.Υ. ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των κατά τόπο αρμόδιων νοσοκομείων. ο οικογενειακός ιατρός αμείβεται με μισθό και είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΕΣΥ, ενώ στους νόμους 2519/97 και 3235/04 προβλέπεται να είναι ιδιώτης ιατρός, ιατρός του ΕΣΥ ή ιατρός ασφαλιστικών ταμείων, αμειβόμενος κατά κεφαλή και στο σχέδιο μεταρρύθμισης του 2000 μπορεί να είναι πλήρους απασχόλησης και να ασκεί ιδιωτικό έργο, να αμείβεται κατά κεφαλή και επί πλέον να αμείβεται για πρόσθετες υπηρεσίες (εφημερίες, εμβολιασμούς κ.ά.) Επίσης, προβλέπεται η ελεύθερη επιλογή του οικογενειακού ιατρού, καθώς και σύστημα παραπομπής των ασθενών σε διαφορετικής ειδικότητας ιατρό από αυτόν του οικογενειακού, όπως και στο δευτεροβάθμιο ή στο τριτοβάθμιο σύστημα υγείας. Φυσικά, απουσιάζει ο θεσμός του οικογενειακού / γενικού ιατρού, όπως έπρεπε να λειτουργήσει και όπως ισχύει στις ευρωπαϊκές χώρες.

Τελευταία, με τον νόμο 3918/2011, ο οποίος προβλέπει την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΠΥ) πραγματοποιείται ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα ανάπτυξης της ΠΦΥ.

Ο Νόμος 4486/2017 καθιερώνει το ρόλο του Οικογενειακού Ιατρού (Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας, Παιδιατρικής) και της Ομάδας Υγείας (Νοσηλευτών, Επισκεπτών Υγείας, Κοινωνικών Λειτουργών, Διοικητικών Υπαλλήλων) στις Τοπικές Ομάδες Υγείας (84).

Σήμερα το δίκτυο παροχής ΠΦΥ αποτελείται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) (Κ.Υ. και Περιφερειακά Ιατρεία, Ε.Ι. νοσοκομείων), την Τοπική Αυτοδιοίκηση (μονάδες παροχής υπηρεσιών των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και υπηρεσίες πρόνοιας όπως τα Κ.Α.Π.Η.), τον Ιδιωτικό Τομέα (ιατροί ιδιώτες, διαγνωστικά εργαστήρια και ιατρεία, κέντρα αποκατάστασης) και τις μη κερδοσκοπικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις (85). Συμπεριλαμβάνει 218 ΚΥ σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, 300 πολυϊατρεία (πρώην ΙΚΑ, πρώην ΕΟΠΠΥ, πρώην ΠΕΔΥ) σε αστικές περιοχές και σε ό,τι αφορά τον ιδιωτικό τομέα 20.000 περίπου ιδιωτικά ιατρεία και 500 ιδιωτικές μονάδες παροχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (86).

Μία σειρά από ευρωπαϊκές μελέτες καταγράφουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε μία από τις χαμηλότερες θέσεις. Τα Κ.Υ. αγροτικού τύπου δεν επαρκούν, δεν δίνεται η δυνατότητα αξιολόγησης υπηρεσιών δομών της ΠΦΥ ενώ η πολιτική υγείας για ενημέρωση – πρόληψη σημαντικών νοσημάτων είναι σχεδόν απύσχα. Οι δαπάνες συνεχώς μειώνονται ως αποτέλεσμα της οικονομικής συγκυρίας, έχοντας δυσμενή επίπτωση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (86).

Επομένως, κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια οφείλει να δώσει έμφαση στις βασικές αρχές θεσμοθέτησης του ΕΣΥ, που είναι οι υπηρεσίες ΠΦΥ. Θα πρέπει να διαμορφωθεί ενιαίο, δημόσιο σύστημα ΠΦΥ, στο οποίο θα υπάγονται όλες οι δημόσιες δομές υπό τον ΕΟΠΠΥ, όπως να αναπτυχθούν Δίκτυα Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων και να λειτουργήσουν δομές σε 24ωρη βάση για περιοχές με ιδιαίτερα γεωγραφικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (ορεινές και νησιωτικές περιοχές, ευπαθείς ομάδες). Στρατηγικής σημασίας επιλογή για την επιτυχή μεταρρύθμιση είναι η ενίσχυση του ρόλου του ΕΟΠΠΥ ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας.

3.6.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και χρόνιες παθήσεις

Χρόνιες παθήσεις ή Χρόνια Νοσήματα αποτελούν οι χρόνιες παθολογικές καταστάσεις του ανθρώπινου οργανισμού, ασθένειες μεγάλης διάρκειας με αργή εξέλιξη, αποτέλεσμα μακροχρόνιας έκθεσης του οργανισμού σε παράγοντες κινδύνου. Τα τελευταία χρόνια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, αλλά και σε ολόκληρη της Ευρώπη, αποτελούν πρόκληση αλλά και σημαντική πρόκληση καθώς υπάρχουν έντονες ανησυχίες στις νεαρότερες ηλικιακές ομάδες. Η κλασσική ιατρική περιορίζεται στην αντιμετώπιση μόνο των συμπτωμάτων. Δεν είναι ικανή να εντοπίσει την γενεσιουργό αιτία έκφρασης της νόσου και των καθοριστικών παραγόντων της, όπως η κακή φυσική κατάσταση, το αλκοόλ, το κάπνισμα, η κακή διατροφή) (87).

Απαιτείται, επομένως, επαναπροσδιορισμός του συστήματος υγείας με επικέντρωση στην πρόληψη και στις πολυνοσηρότητες (88).

Χρόνια νοσήματα, όπως η οστεοπόρωση, η επιληψία, η καρδιακή ανεπάρκεια, η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, το άσθμα, η οσφυαλγία, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι ψυχικές διαταραχές μπορούν με τις κατάλληλες οδηγίες διάγνωσης και θεραπείας να χειριστούν οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κυρίως σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές, όπου η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένη, οι ανάγκες απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή. Η τεχνολογία είναι ένα σημαντικό εργαλείο και μπορεί να φέρει σε επικοινωνία τον απομακρυσμένο χρόνιο ασθενή με τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης (89). Η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα συμβάλλει αφενός στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και αφετέρου στην καλύτερη διαχείριση των πόρων (90). Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας και κατ' οίκον νοσηλεία εκπαιδύοντας τους ασθενείς να αυτοδιαχειρίζονται τη νόσο. Συμβουλεύει, επίσης, για τη φαρμακευτική αγωγή και την αποκατάσταση.

3.6.2 Τα Κέντρα Υγείας και ο σκοπός τους

Τα Κέντρα Υγείας, τα οποία ξεκίνησαν να κατασκευάζονται επί υπουργίας Γεννηματά, στα πλαίσια της μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, έχουν ως σκοπό την πρόληψη (ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα υγιεινής, έγκαιρη διάγνωση και σχολική υγιεινή, π.χ. εμβολιασμοί), θεραπεία (νοσηλεία στο σπίτι, μικροεπεμβάσεις) και αποκατάσταση (π.χ. ασκήσεις φυσικοθεραπείας) συμβάλλοντας στην εν μέρει αποσυμφόρηση των νοσοκομείων.

Το μέγεθος ενός Κέντρου Υγείας, η στελέχωσή του (επιστημονικό και τεχνικό προσωπικό) και ο εξοπλισμός του είναι ανάλογος με τον πληθυσμό, τις ανάγκες του οποίου καλύπτει (91).

«Στο άρθρο 15 του Ν.1397/83 ορίζεται ότι σκοπός των ΚΥ είναι:

Η παροχή ισότιμης Πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η νοσηλεία και φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από τον νοσοκομείο, η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο, η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο, η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας, η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού και του υπόλοιπου προσωπικού υγείας, η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και πολλές άλλες υπηρεσίες» (92).

Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε. Εντός του Το.Π.Φ.Υ όλες οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ, οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ, καθώς και τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ φαρμακεία, συνιστούν το Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ. Σε κάθε Δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε Δημοτική Ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ. Ο αριθμός των Το.Π.Φ.Υ και των αντίστοιχων Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ κάθε Δ.Υ.Πε καθορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.Πε.» (93).

3.7 Η αναγκαιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης στα πλαίσια παροχής συμπληρωματικής Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας

Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης από τη φύση τους βρίσκονται πιο κοντά στον πολίτη από την Κεντρική Κυβέρνηση. Είναι ένας παράγοντας που τους καθιστά τους πλέον κατάλληλους να ασκήσουν μία κοινωνική πολιτική που αφουγκράζεται τις ανάγκες και τα προβλήματα των κατοίκων, αλλά και τις ιδιαιτερότητες και τις προοπτικές του κάθε τόπου (94). Δυστυχώς, όμως, η ελληνική αυτοδιοίκηση δεν έχει εκείνες τις αρμοδιότητες που θα της προσφέρουν εξουσία, για αυτό και δεν ασκεί και αρμοδιότητες Υγείας.

Ενώ βρίσκεται κοντά στον Δημότη, λίγα χρόνια μετά τη γέννησή του με τους δημοτικούς βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς, μέχρι και τα γεράματα του, με τα Κέντρα Απασχόλησης Ηλικιωμένων, έναν πρωτοποριακό θεσμό, αδυνατεί να παρέχει συμβουλευτική και προληπτική ιατρική. Για αυτό και ο τομέας της κοινωνικής προστασίας θα πρέπει να αποτελέσει το βασικό πυλώνα των νέων αρμοδιοτήτων της αυτοδιοίκησης (94). Θα πρέπει να

δείξει ανθρωπιά και ευαισθησία στα αδύναμα μέλη της κοινωνίας, παρέχοντας στήριξη σε οικονομικά αδύνατες οικογένειες , αλλά και αξιόλογα προγράμματα σε υπερήλικες ασθενείς, όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι» (95). Τέτοιες δομές συμβάλλουν στην εξασφάλιση του δικαιώματος των ηλικιωμένων για ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσης. Μπορούν να αποφύγουν τη κλειστή περίθαλψη, η οποία δεν αποτελεί καλή λύση για τους ηλικιωμένους, όπως και το κόστος νοσηλείας, καθώς είναι υψηλό.

Με παρόμοιο τρόπο λειτουργούν και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) υπό την αιγίδα της Τ.Α. Είναι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν απόλυτα να αυτοεξυπηρετηθούν.

Σε κάθε Δήμο είναι επιτακτική ανάγκη η ίδρυση Δημοτικών Ιατρείων, χωρίς να υποκαθιστούν βέβαια το ΕΣΥ, αλλά ως συμπληρωματική πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα και προαγωγή της υγείας (94). Στηρίζονται, πολλές φορές, στην εθελοντική προσφορά ιατρών και παραϊατρικού προσωπικού, λόγω ελλιπούς χρηματοδότησης.

Άλλο παράδειγμα υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής είναι και τα Κέντρα Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών, με την επιστημονική υποστήριξη του ΟΚΑΝΑ.

Από όλα τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι η Τοπική Αυτοδιοίκηση προσεγγίζει με ευαισθησία αλλά και εμπειρία τις νέες αρμοδιότητες που αφορούν τον τομέα της Υγείας. Η σημερινή ελληνική κοινωνία έχει ανάγκη από ένα σύστημα υγείας καλά προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες της τοπικής κοινωνίας. Για αυτό και επιβάλλεται η εμπλοκή της ΤΑ στον στρατηγικό σχεδιασμό της πολιτικής υγείας και η στενή συνεργασία της με όλους τους άλλους φορείς.

Κεφάλαιο 4

Δήμος Αμφιλοχίας και ΠΦΥ

4.1 Κοινωνικά – Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δήμου Αμφιλοχίας

Ο Δήμος Αμφιλοχίας είναι δήμος της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας που συστάθηκε με το Πρόγραμμα Καλλικράτης από την συνένωση των προϋπαρχόντων δήμων Αμφιλοχίας, Ινάχου και Μενιδίου. Καταλαμβάνει το βόρειο άκρο της περιφέρειας και σε μεγάλο βαθμό αντιστοιχεί στην παλαιότερη Επαρχία Βάλτου.

Η έκτασή του ανέρχεται σε 1.091,81 τ.χλμ. και ο πληθυσμός σε 17.067 κατοίκους, σύμφωνα με την απογραφή του 2011. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 2011-2001 παρατηρείται πτώση πληθυσμού με ρυθμούς σημαντικά μεγαλύτερους από το σύνολο της Χώρας, της τάξεως του -16,76%. Αυτό επιβεβαιώνει την συνεχιζόμενη τάση αστυφιλίας και ερήμωσης των χωριών, ιδιαίτερα των ορεινών και ημιορεινών περιοχών (96).

Έδρα του δήμου είναι η Αμφιλοχία.

Στον Δήμο Αμφιλοχίας υπερισχύουν οι γηραιότερες ηλικιακές ομάδες ενώ οι νεανικές ομάδες είναι σε χαμηλά επίπεδα (97). Ο δείκτης γήρανσης εμφανίζει τιμή που κινείται πάνω από το δείκτη γήρανσης της Ελλάδας και πολύ πιο αυξημένη από αυτή του Δήμου Αγρινίου και Μεσολογίου. Ο δείκτης νεανικότητας εμφανίζει χαμηλή τιμή, επιβεβαιώνοντας τα συμπεράσματα των πληθυσμιακών πυραμίδων.

Τέλος, οι δείκτες εξάρτησης είναι γενικά αυξημένοι σε σχέση με αυτόν της Χώρας, πράγμα που επιβεβαιώνει τον αυξημένο βαθμό «εξάρτησης» των μη παραγωγικών ηλικιών (ανηλίκων και υπερηλίκων) από τις παραγωγικές ηλικίες.

Στο Δήμο Αμφιλοχίας κυρίαρχο ρόλο έχει ο πρωτογενής τομέας, όπου απαντώνται όλοι οι κλάδοι, γεωργία, κτηνοτροφία αλλά και αλιεία. Σε σχέση με το σύνολο της Ελλάδας, παρουσιάζει όμως και σχετικά αυξημένη ανεργία, η οποία προέρχεται κυρίως από τον δευτερογενή και τριτογενή τομέα.

4.2 Υπηρεσίες ΠΦΥ και κοινωνικής μέριμνας του Δήμου Αμφιλοχίας

Στην πόλη της Αμφιλοχίας υπάρχει το *Κέντρο Υγείας Αμφιλοχίας* με 7 Π.Ι. που καλύπτουν ένα πληθυσμό 10.000 κατοίκων. Το ημερήσιο πρόγραμμα των γιατρών περιλαμβάνει τις προγραμματισμένες και τις μη προγραμματισμένες επισκέψεις (98).

Η στελέχωσή του αποτελείται από 3 Γενικούς Ιατρούς, 1 Παιδίατρο, 1 Ακτινολόγο, 1 Μικροβιολόγο και 1 Οδοντίατρο. Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει η διευθύντρια του Κ.Υ., κάθε μήνα εξετάζονται 500 επείγοντα περιστατικά, ενώ ο αριθμός των τακτικών περιστατικών στο ίδιο διάστημα ξεπερνά τις 2500 επισκέψεις.

Επίσης στην πόλη εργάζονται 11 ιδιώτες συμβεβλημένοι ιατροί με τον ΕΟΠΠΥ (1 ΩΡΛ, 2 ορθοπεδικοί, 1 παιδίατρος, 2 παθολόγοι, 1 πνευμονολόγος, 1 καρδιολόγος, 2 μικροβιολόγοι, 1 ακτινολόγος)

Τα σοβαρά περιστατικά μεταφέρονται στο Νοσοκομείο Αγρινίου, το οποίο εφημερεύει καθημερινά και απέχει από το Κ.Υ. 42 km και χρόνο 45 λεπτά.

Στην έδρα του πρώην Καποδιστριακού Δήμου Ινάχου, το Χαλκιόπουλο, λειτουργεί ένα ακόμη Κέντρο Υγείας, το οποίο όμως βρίσκεται σε τροχιά λειτουργικής κατάρρευσης κυρίως λόγω υποστελέχωσής του σε ιατρικό και διοικητικό προσωπικό. Καλύπτονται 3 θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ., 8 θέσεις στα Π.Ι. ενώ απουσιάζουν βασικές ειδικότητες όπως παιδίατρος και μικροβιολόγος αναγκάζοντας την ευρύτερη περιοχή του Βάλτου, να απευθύνεται στο Νοσοκομείο Αγρινίου, σε απόσταση μεγαλύτερη της μίας ώρας και με ένα οδικό δίκτυο από τα πιο επικίνδυνα της Αιτωλοακαρνανίας.

Η δομή *Βοήθεια στο Σπίτι* αποτελεί μία από τις βασικές κοινωνικές υπηρεσίες στους απομακρυσμένους και αγροτικούς πληθυσμούς. Λειτουργούν τρεις μονάδες, μία σε κάθε Δημοτική Ενότητα του Δήμου Αμφιλοχίας. Στο πρόγραμμα αυτό εργάζονται 4 κοινωνικοί λειτουργοί, 3 νοσηλεύτριες, 3 οικιακοί βοηθοί και 2 οδηγοί για την μεταφορά των υπαλλήλων στο χώρο εργασίας τους. Οι κύριες υπηρεσίες που παρέχονται είναι: συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη, νοσηλευτική μέριμνα, φροντίδα του νοικοκυριού, συντροφιά, πληρωμή λογαριασμών, βοήθεια στην ατομική υγιεινή και όποιες άλλες κρίνονται αναγκαίες για τους ηλικιωμένους. Γίνονται περιοδικές επισκέψεις του προσωπικού στο σπίτι των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τις ανάγκες και ιδιαιτερότητές τους. Το πρόγραμμα απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες. Σήμερα εξυπηρετούνται 425 άτομα.

Εκτός από τις υπηρεσίες ΠΦΥ, λειτουργούν και δομές κοινωνικής μέριμνας.

Το *Τμήμα Κοινωνικής Αλληλεγγύης* είναι αρμόδιο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και των υποθέσεων αρμοδιότητάς τους, ιδιαίτερα στους τομείς καταπολέμησης της φτώχειας και του αποκλεισμού, της προώθησης της κοινωνικής συνοχής και της προάσπισης ευπαθών ομάδων μέσα από ένα αποτελεσματικό δίκτυο υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας και αλληλεγγύης.

Το *Κέντρο Κοινότητας* είναι μια νέα δομή, η οποία υποστηρίζει ή συνεργάζοντας με τη Δ/νση Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου, αποτελούν μία δράση «ομπρέλα» παρέχοντας υπηρεσίες οι οποίες ανταποκρίνονται και θα ενισχύσουν τις πολιτικές που ήδη υλοποιούνται ή προγραμματίζονται, όπως η καθολική εφαρμογή του Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης, το πρόγραμμα του ΤΕΒΑ, οι ρυθμίσεις του Ν. 4320/2015 για την αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης, η εφαρμογή ενεργητικών πολιτικών απασχόλησης σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ και την ΓΓ Δια Βίου Μάθησης, κλπ. Με τη λειτουργία τους επιδιώκεται η ανάπτυξη ενός τοπικού σημείου αναφοράς για την υποδοχή, εξυπηρέτηση και διασύνδεση των πολιτών με όλα τα κοινωνικά προγράμματα και υπηρεσίες που υλοποιούνται στην περιοχή παρέμβασης.

Η δημιουργία των Κέντρων Κοινότητας έχει ως στόχο να συμβάλει στην αντιμετώπιση της απουσίας ολοκληρωμένης προσέγγισης σχεδιασμού και εφαρμογής της κοινωνικής πολιτικής σε τοπικό επίπεδο, στην αντιμετώπιση της αποσπασματικότητας των δράσεων μεμονωμένων φορέων χωρίς κεντρικό σχεδιασμό και της άνιση χωρικής κατανομής των κοινωνικών υποδομών και υπηρεσιών στους Δήμους (99). Ο αριθμός των εξυπηρετούμενων στο Δήμο Αμφιλοχίας είναι 1700.

Στο Δήμο λειτουργεί και ένα *Κ.Α.Π.Η.* Εκεί λαμβάνουν χώρα προγράμματα Προληπτικής Ιατρικής (μετρήσεις πίεσης και σαχάρου, ενέσιμη θεραπευτική αγωγή). Παρέχονται νοσηλευτική φροντίδα, συναισθηματική και ψυχολογική στήριξη, συνεδρίες φυσικοθεραπείας. Οργανώνονται επιμορφωτικά προγράμματα για θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία. Διαθέτει ομάδα χορού και τραγουδιού. Διοργανώνει πληθώρα εκδηλώσεων και δραστηριοτήτων όπως: θαλάσσια μπάνια, εκδρομές, αποκριάτικους χορούς, πρωτοχρονιάτικες πίτες. Απασχολούνται μία κοινωνική λειτουργός και ένας φυσικοθεραπευτής.

4.3 Μεθοδολογία της έρευνας με θέμα: «Επίπεδο ικανοποίησης δημοτών Αμφιλοχίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην πόλη τους»

4.3.1 Υπόβαθρο της έρευνας

Η μελέτη αυτή διερευνά την παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους δημότες Αμφιλοχίας. Κατόπιν ερωτηματολογίου μπορούμε να μελετήσουμε τις απόψεις τους και την αναγκαιότητα χρήσης τέτοιων υπηρεσιών, ώστε να αναδείξουμε με τον καλύτερο τρόπο την ιδανική οργάνωση του συστήματος υγείας, που θα καλύπτει τις ανάγκες για υπηρεσίες.

4.3.2 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η καταγραφή των θετικών και των αρνητικών στοιχείων στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Μέσα από την περιγραφή των απόψεων, των παρατηρήσεων και των εμπειριών των Δημοτών, σαν χρήστες των υπηρεσιών, μπορούμε να αναλύσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την γενικότερη άποψή τους αλλά και την αναγκαιότητα για βελτίωση.

4.3.3 Στόχοι της έρευνας

- Να καταγραφεί ο βαθμός ικανοποίησης των Δημοτών Αμφιλοχίας από τις υγειονομικές υπηρεσίες που καλύπτει ο Ασφαλιστικός τους Φορέας
- Να διερευνηθεί το είδος των υπηρεσιών που συνήθως κάνουν χρήση, όπως τα εξωτερικά ιατρεία του Κέντρου Υγείας, ιδιωτικοί ιατροί, συνταγογράφηση, εργαστηριακές εξετάσεις, νοσηλεία στο σπίτι.
- Να διερευνηθεί το επίπεδο των παροχών σχετικά με παράγοντες, όπως ο προγραμματισμός των ραντεβού, ο χρόνος αναμονής, η συμπεριφορά του ιατρικού και διοικητικού προσωπικού, η ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού, το ωράριο λειτουργίας, η καταλληλότητα και η καθαριότητα των χώρων, όπως και η αποτελεσματική ανταπόκριση στην επίλυση των προβλημάτων υγείας.
- Να συλλεχθούν πληροφορίες για το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι Δημότες όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι οποίες σωστά αξιοποιούμενες μπορεί να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση αυτών.
- Να διερευνηθεί κατά πόσον θεωρούν απαραίτητο το θεσμό του οικογενειακού ιατρού

4.3.4 Μεταβλητές

Στην παρούσα έρευνα η ανεξάρτητη μεταβλητή μας είναι: δημότης Αμφιλοχίας, που είναι χρήστης των υπηρεσιών υγείας του φορέα ασφάλισής του, ενώ οι εξαρτημένες είναι:

- Τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο μόρφωσης, ασφαλιστικός φορέας)
- Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που καλύπτει το ταμείο του
- Η καταγραφή των πιο συχνών υπηρεσιών σε χρήση (εξωτερικά ιατρεία, ιδιωτικοί ιατροί, συνταγές φαρμάκων, εργαστηριακές εξετάσεις, νοσηλεία στο σπίτι)
- Η οργάνωση, η λειτουργία του φορέα και η συνεργασία του με το προσωπικό (καθορισμός ραντεβού, συμπεριφορά προσωπικού, ωράριο λειτουργίας, η καταλληλότητα και η καθαριότητα των χώρων, και κατά πόσο οι εισφορές που έχουν δώσει ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που λαμβάνουν)
- Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν (υποστελέχωση Κέντρων Υγείας από ιατρούς και νοσηλευτές, καθυστέρηση ραντεβού, ακαταλληλότητα χώρων νοσηλείας, έλλειψη φαρμακευτικού υλικού, έλλειψη διάθεσης για παροχή υπηρεσιών)
- Το επίπεδο ικανοποίησης από την παροχή ΠΦΥ στο Δήμο Αμφιλοχίας
- Η αναγκαιότητα λειτουργίας του θεσμού του οικογενειακού ιατρού

4.3.5 Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 100 άτομα, δημότες Αμφιλοχίας. Τα άτομα αυτά κλήθηκαν να απαντήσουν στο Κέντρο Υγείας, στους χώρους αναμονής ιδιωτών ιατρών και στο χώρο του Δημαρχείου σε ερωτήματα σχετικά με τις ανάγκες τους για παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η ηλικία τους ήταν από 18 και άνω, 57 άντρες και 43 γυναίκες. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έλαβε χώρα το μήνα Οκτώβριο του 2019.

4.3.6 Ποσοτική έρευνα (ερωτηματολόγιο)

Η έρευνα αυτή έγινε με τη χρήση ενός δομημένου ερωτηματολογίου (Παράρτημα Α), το οποίο αποτελείται από δεκαέξι ερωτήσεις κλειστού τύπου και μία ανοιχτού τύπου, όπου οι ερωτηθέντες μπορούσαν να εκφράσουν ελεύθερα την άποψή τους. Το ερωτηματολόγιο αντλήθηκε από το διαδίκτυο (12). Η συμπλήρωση έγινε σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα.

4.3.7 Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων

Για την στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το σύστημα SPSS και τα αποτελέσματα καταγράφηκαν σε υπολογιστικό φύλο Excel. Είχε προηγηθεί προ-κωδικοποίηση των απαντήσεων ώστε να έχει προετοιμαστεί η μελλοντική επεξεργασία του ερωτηματολογίου.

4.3.8 Τήρηση κανόνων εχεμύθειας

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ανώνυμα, με απόλυτη εμπιστευτικότητα. Οι συμμετέχοντες είχαν πλήρη και λεπτομερή ενημέρωση στο τι καλούνται να απαντήσουν σε αυτή την έρευνα. Σε ελάχιστες περιπτώσεις χρειάστηκε να δοθούν κάποιες επεξηγήσεις.

4.4 Παρουσίαση και ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας

4.4.1 Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Από την κωδικοποίηση και καταγραφή των δεδομένων προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα, που αποτυπώνονται σε πίνακες και διαγράμματα.

➤ Φύλο

Πίνακας 1

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Άνδρας	57	57	57,0
Γυναίκα	43	43	43,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Όπως βλέπουμε από τον πίνακα 1, οι άντρες κατείχαν το ποσοστό 57% των ερωτηθέντων και οι γυναίκες το 43%.

➤ Ηλικία

Πίνακας 2

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
18-24	10	10,0	10,0
25-34	25	25,0	25,0
35-44	13	13,0	13,0
45-54	25	25,0	25,0
55-64	13	13,0	13,0
65 και άνω	14	14,0	14,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό 25% ανήκει στις ηλικιακές ομάδες των 25-34 ετών και 45-54 ετών. Αντίστοιχα στις άλλες ηλικιακές ομάδες τα ποσοστά είναι 14% στην ηλικιακή ομάδα 65 και άνω, 13% στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών και 55-64 ετών και, τέλος, 10% στην ηλικιακή ομάδα των 18-24 ετών. Με μία τέτοια ηλικιακή διασπορά έχουμε μία πιο ολοκληρωμένη άποψη για το επίπεδο παροχής ΠΦΥ στο Δήμο Αμφιλοχίας στις διάφορες ηλικιακές ομάδες.

➤ Οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 3

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό%	Έγκυρο ποσοστό
Άγαμος/η	21	21,0	21,0
Έγγαμος/η	55	55,0	55,0
Διαζευγμένος/η	5	5,0	5,0
Σε διάσταση	7	7,0	7,0
Χήρος/α	12	12,0	12,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 55% έγγαμοι. Τα υπόλοιπα ποσοστά είναι 21% οι άγαμοι, και πολύ μικρότεροι αριθμοί οι διαζευγμένοι (7%) και οι χήροι(12%).

➤ Μορφωτικό επίπεδο

Πίνακας 4

Μορφωτικό επίπεδο	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Μερικές τάξεις δημοτικού	10	10,0	10,0
Απολυτήριο δημοτικού	6	6,0	6,0
Απολυτήριο γυμνασίου	9	9,0	9,0
Απολυτήριο λυκείου	35	35,0	35,0
Τεχνικές σχολές / ΤΕΙ	24	24,0	24,0
ΑΕΙ	12	12,0	12,0
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό	4	4,0	4,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 35% απόφοιτοι Λυκείου, 24% Απόφοιτοι ΤΕΙ ή κάποιας τεχνικής σχολής, 12% απόφοιτοι ΑΕΙ, 10% έχουν παρακολουθήσει μερικές τάξεις του Δημοτικού, 9% έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο ενώ 6% έχουν τελειώσει το Δημοτικό, και τέλος ένα μικρό ποσοστό 4% είναι Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού. Αν προσθέσουμε τα ποσοστά, όσων έχουν τελειώσει μέχρι και το Λύκειο προκύπτει ένα ποσοστό 60%, που έχει ένα μέσο επίπεδο μόρφωσης. Άρα είναι αναγκαία η εκπαίδευση του πληθυσμού σε θέματα πρόληψης της υγείας.

➤ Ασφαλιστικός Φορέας

Πίνακας 5

Ασφαλιστικός Φορέας	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό
ΙΚΑ	40	40,0	40,0
Δημόσιο	28	28,0	28,0
ΟΓΑ	15	15,0	15,0
ΟΑΕΕ	11	11,0	11,0
Άλλο	6	6,0	6,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100,0	100,0

Στον Πίνακα (5) βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων καλύπτεται από το ΙΚΑ (40%). Ένα ποσοστό 28% ήταν ασφαλισμένοι του Δημοσίου, του ΟΓΑ 15% ενώ ένα ποσοστό 11% ήταν ασφαλισμένοι του ΟΑΕΕ. Τέλος, ένα ποσοστό 6% ήταν ασφαλισμένοι σε άλλα ταμεία. Από το μεγάλο ποσοστό των ασφαλισμένων, που καλύπτονται από το ΙΚΑ, συμπεραίνουμε ότι η εμπειρία των ατόμων από αυτό το συγκεκριμένο ασφαλιστικό φορέα παίζει κυρίαρχο ρόλο.

➤ Βαθμός ικανοποίησης ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες που καλύπτει ο ασφαλιστικός τους φορέας

Πίνακας 6

Βαθμός ικανοποίησης	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Πολύ	33	33,0	33,0
Λίγο	45	45,0	45,0
Πολύ λίγο	11	11,0	11,0
Καθόλου	11	11,0	11,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Στον Πίνακα (6) βλέπουμε τα αποτελέσματα για τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τα ταμεία τους. Πιο συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό (45%) των ασθενών δηλώνει λίγο ικανοποιημένο, το 33% πολύ ικανοποιημένο, ενώ αν προσθέσουμε το ποσοστό αυτών που απάντησαν πολύ λίγο ή καθόλου ανέρχεται στο 22%. Το συνολικό ποσοστό, επομένως, των μη ικανοποιημένων από τις υπηρεσίες υγείας, που προκύπτει από το άθροισμα αυτών που απάντησαν λίγο, πολύ λίγο ή καθόλου είναι απογοητευτικό, καθώς φτάνει το 67%. Η δυσαρέσκεια αυτή για τις υποδομές των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν από το κράτος αναδεικνύει την ανάγκη για βελτιώσεις στην συγκεκριμένη περιοχή της έρευνάς μας.

➤ Υπηρεσίες που κάνουν πιο συχνή χρήση οι ερωτηθέντες

1. Εξωτερικά Ιατρεία

Πίνακας 7.1

Χρήση εξωτερικών ιατρείων	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	15	15,0	15,0
Πολύ Σπάνια	27	27,0	27,0
Σπάνια	46	46,0	46,0
Συχνά	9	9,0	9,0
Πολύ Συχνά	3	3,0	3,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (46%) στην έρευνά μας, όπως φαίνεται στον Πίνακα 7.1, κάνει σπάνια χρήση των εξωτερικών ιατρείων του Κέντρου Υγείας, ενώ ένα ποσοστό 27% δεν τα χρησιμοποιεί καθόλου. Αντιθέτως, ένα ποσοστό 9% κάνει συχνά χρήση και ένα 3% κάνει πολύ συχνή χρήση. Η πλειονότητα, επομένως, του δείγματός μας σε ποσοστό 88% χρησιμοποιεί σπάνια έως καθόλου τα εξωτερικά ιατρεία του Κ.Υ. για τα θέματα της υγείας του, αρνητικό όσον αφορά τη λειτουργία των υπηρεσιών στην κοινότητα. Αυτό αποδεικνύει ότι δεν εμπιστεύονται αυτές τις υπηρεσίες και καταφεύγουν σε άλλους παρόχους.

2. Ιδιωτικοί ιατροί

Πίνακας 7.2

Χρήση ιδιωτικών ιατρών	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	6	6,0	6,0
Πολύ σπάνια	7	7,0	7,0
Σπάνια	14	14,0	14,0
Συχνά	11	11,0	11,0
Πολύ συχνά	62	62,0	62,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Ο μεγάλος αριθμός των δημοτών του Δήμου Αμφιλοχίας απευθύνεται πολύ συχνά στους ιδιώτες ιατρούς σε ένα ποσοστό 62% και συχνά στο 11%, δικαιολογημένα υψηλό στο σύνολό του (73%), καθώς έχουν εκφράσει τη δυσαρέσκειά τους για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο Κ.Υ. Παρά, επομένως, τα μη ικανοποιητικά εισοδήματα λόγω της οικονομικής κρίσης, οι δημότες θυσιάζουν από το υστέρημά τους για τα θέματα της υγείας τους. Αντίθετα, ένα ποσοστό που ανέρχεται στο 27% φαίνεται ότι καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία και αναλύεται ως εξής: το 14% σπάνια κάνει χρήση ιδιωτών ιατρών, το 7% πολύ σπάνια ενώ το 6% καθόλου.

3. Συνταγές φαρμάκων

Πίνακας 7.3

Χρήση υπηρεσιών συνταγογράφησης	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	3	3,0	3,0
Πολύ Σπάνια	5	5,0	5,0
Σπάνια	32	32,0	32,0
Συχνά	11	11,0	11,0
Πολύ συχνά	49	49,0	49,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Όσον αφορά τη συνταγογράφηση φαρμάκων διαπιστώνει κανείς στην έρευνά μας ότι το 60%, ένα όχι και τόσο μεγάλο ποσοστό, απευθύνεται στο Σύστημα Υγείας για αυτή την υπηρεσία. Συγκεκριμένα, ένα ποσοστό 49% απευθύνεται σχεδόν αποκλειστικά στους γιατρούς για τη

συνταγογράφηση φαρμάκων, ενώ ένα 11% απευθύνεται συχνά. Ένα ποσοστό 5% απευθύνεται πολύ σπάνια, ένα 32% απευθύνεται σπάνια, ενώ 3% δεν χρειάζονται καθόλου χορήγηση φαρμάκων. Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν ότι οι ασφαλισμένοι κάνουν χρήση των υπηρεσιών κυρίως για συνταγογράφηση φαρμάκων, όπως επίσης ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με καλλίτερη οργάνωση.

4. Γενικές, ειδικές εξετάσεις

Πίνακας 7.4

Πραγματοποίηση εξετάσεων	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	6	6,0	6,0
Πολύ σπάνια	8	8,0	8,0
Σπάνια	28	28,0	28,0
Συχνά	44	44,0	44,0
Πολύ συχνά	14	14,0	14,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Ομοίως σχεδόν με την προηγούμενη ερώτηση, ένα συνολικό ποσοστό 58% απευθύνεται για γενικές και ειδικές εξετάσεις. Αναλυτικά αυτό το ποσοστό περιλαμβάνει το 14% που απευθύνεται πολύ συχνά για εξετάσεις και το 44% που απευθύνεται συχνά. Αυτοί που απευθύνονται πολύ σπάνια είναι σε ποσοστό 8%, σπάνια 28% και καθόλου σε ποσοστό 6%. Το μεγάλο ποσοστό, επομένως, των ατόμων που απευθύνονται για εργαστηριακές εξετάσεις, τόσο στα Κ.Υ. όσο και σε ιδιωτικούς ιατρούς συμβεβλημένους με τα ταμεία, φανερώνει την αναγκαιότητα λειτουργίας και οργάνωσης των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας.

5. Νοσηλεία στο Σπίτι

Πίνακας 7.5

Χρήση υπηρεσίας νοσηλεία στο σπίτι	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	75	75,0	75,0
Πολύ σπάνια	8	8,0	8,0
Σπάνια	5	5,0	5,0
Συχνά	9	9,0	9,0
Πολύ συχνά	3	3,0	3,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Ο Πίνακας (7.5) αναφέρεται στις κατ' οίκον υπηρεσίες και δείχνει ότι μόνο ένα ποσοστό 3% κάνει χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας πολύ συχνά, ενώ βρέθηκε ένα ποσοστό 9% να κάνει συχνά χρήση. Αντίθετα, ένα ποσοστό 8% κάνει χρήση των υπηρεσιών αυτών πολύ σπάνια, ενώ ένα 5% κάνει σπάνια χρήση. Το μεγάλο ποσοστό (75%) των ατόμων δεν έχουν κάνει χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

➤ Όταν οι ερωτηθέντες κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας:

1. Προγραμματισμός για ραντεβού

Πίνακας 8.1

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	4	4,0	4,0
Πολύ σπάνια	8	8,0	8,0
Σπάνια	25	25,0	25,0
Συχνά	50	50,0	50,0
Πολύ συχνά	13	13,0	13,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Από τις απαντήσεις που δόθηκαν σε αυτό το ερώτημα, διαπιστώνουμε ότι ένα ποσοστό 50% απολαμβάνουν υπηρεσίες με ραντεβού συχνά κι ένα ποσοστό 13% πολύ συχνά. Ο προγραμματισμός των ραντεβού αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα ικανοποίησης των ατόμων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το υπόλοιπο 37%, όμως, το οποίο μοιράζεται μεταξύ αυτών που επέλεξαν να απαντήσουν σπάνια ποσοστό 25%, πολύ σπάνια 8%, και καθόλου 4%, είναι δυσαρεστημένο πιθανών από τη λειτουργία των ραντεβού ή δεν έχει συνηθίσει στην τακτική εξυπηρέτηση μέσω προγραμματισμού. Η ύπαρξη και η τήρηση των ραντεβού αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ικανοποίηση των ασθενών σε τακτική ανάγκη.

2. Αναμονή για ραντεβού

Πίνακας 8.2

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	8	8,0	8,0
Πολύ σπάνια	13	13,0	13,0
Σπάνια	18	18,0	18,0
Συχνά	20	20,0	20,0
Πολύ συχνά	41	41,0	41,0

Σύνολο	100	100,0	100,0
---------------	-----	-------	-------

Ενώ, όπως τονίσαμε προηγουμένως, η χρησιμότητα των ραντεβού είναι κυρίαρχος παράγοντας για την ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, ο χρόνος αναμονής εμφανίζεται ως σημαντικό πρόβλημα. Το 61% αναγνωρίζει ότι αυτό αποτελεί κώλυμα στην εξυπηρέτησή τους. Συγκεκριμένα, το 41% απάντησε ότι ο χρόνος αναμονής είναι πολύ συχνά μεγάλος και το 20% ότι είναι συχνά μεγάλος. Το υπόλοιπο 39%, αντίστοιχα, απάντησε ότι ο χρόνος αναμονής πολύ σπάνια είναι μεγάλος (13%), σπάνια (18%) ή καθόλου μεγάλος (8%). Προκειμένου, λοιπόν, να εξυπηρετηθούν οι δημότες και να ικανοποιηθούν για την προσφορά των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να βελτιωθεί ο χρόνος αναμονής των ραντεβού. Αυτό θα επιτευχθεί με την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η στελέχωση των υποβαθμισμένων Κ.Υ. θα βοηθήσει στην αποσυμφόρηση των ραντεβού και στην εξυπηρέτηση των ασθενών στο Δήμο, καθώς δεν διαθέτει γιατρό το ΚΑΠΗ της περιοχής.

3. Ευγένεια ιατρικού προσωπικού

Πίνακας 8.3

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	6	6,0	6,0
Πολύ σπάνια	4	4,0	4,0
Σπάνια	10	10,0	10,0
Συχνά	34	34,0	34,0
Πολύ συχνά	46	46,0	46,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) παρέμεινε ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, καθώς το 46% απάντησε ότι πολύ συχνά είναι ευγενικό το ιατρικό προσωπικό και το 34% συχνά. Αντιθέτως, το 10% σπάνια παρέμεινε ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά των ιατρών, το 4% πολύ σπάνια ενώ το 6% καθόλου. Η συμπεριφορά των ιατρών είναι ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την ικανοποίηση των ασθενών από το Σύστημα Υγείας. Η καλή συνεργασία και η εμπιστοσύνη, που αναπτύσσεται στη σχέση ασθενούς – ιατρού αποτελεί σημαντικό σημείο επιτυχίας ενός προγράμματος φροντίδας υγείας και παροχής περίθαλψης.

4. Ευγένεια διοικητικών υπαλλήλων

Πίνακας 8.4

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	8	8,0	8,0
Πολύ σπάνια	6	6,0	6,0
Σπάνια	4	4,0	4,0
Συχνά	50	50,0	50,0
Πολύ συχνά	32	32,0	32,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Η επίτευξη των στόχων ενός συστήματος υγείας δεν μπορεί να στεφθεί με επιτυχία αν δεν έχει αναπτυχθεί μία κουλτούρα και συμπεριφορά στους λειτουργούς της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, που να διέπεται από ευγένεια και σεβασμό. Στο δείγμα μας, όπως φαίνεται στον αντίστοιχο Πίνακα, οι δημότες ήταν συχνά ικανοποιημένοι από την ευγενική συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων, σε ποσοστό 50%, ενώ πολύ συχνά ικανοποιημένοι ήταν το 32%. Ένα ποσοστό 6% απάντησε ότι πολύ σπάνια είναι ευγενικοί, 4% ότι σπάνια είναι ευγενικοί και 8% ότι δεν είναι καθόλου ευγενικοί.

5. Ευγένεια νοσηλευτών

Πίνακας 8.5

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	2	2,0	2,0
Πολύ σπάνια	3	3,0	3,0
Σπάνια	5	5,0	5,0
Συχνά	33	33,0	33,0
Πολύ συχνά	57	57,0	57,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Μέτρο της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών θεωρείται η ικανοποίηση των ασθενών λόγω της εμπειρίας τους από την διαπροσωπική επαφή με τους νοσηλευτές. Στην συγκεκριμένη έρευνα, βλέπουμε καθολική αποδοχή των υπηρεσιών, που δέχονται από τους νοσηλευτές, καθώς η πλειοψηφία που φτάνει το 90% δήλωσε ότι οι νοσηλευτές είναι συχνά

και πολύ συχνά ευγενικοί. Πιο αναλυτικά, το 57% απάντησε ότι οι νοσηλευτές είναι πολύ συχνά ευγενικοί και το 33% συχνά. Αντίθετα, το υπόλοιπο ποσοστό 10% εξέφρασε κάποια δυσaréσκεια, καθώς το 5% απάντησε ότι οι νοσηλευτές είναι σπάνια ευγενικοί, το 3% πολύ σπάνια και ένα ποσοστό 2% καθόλου (Πίνακας 8.5).

6. Ικανοποίηση από το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων

Πίνακας 8.6

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	23	23,0	23,0
Πολύ σπάνια	4	4,0	4,0
Σπάνια	14	14,0	14,0
Συχνά	43	43,0	43,0
Πολύ συχνά	16	16,0	16,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων διαπιστώνουμε ότι τα ποσοστά μοιράζονται, αναδεικνύοντας πιθανόν το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν κατά τις απογευματινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα. Κι ενώ το 43% δηλώνει ικανοποιημένο συχνά από το ωράριο λειτουργίας και το 16% πολύ συχνά, από την άλλη πλευρά το 23% απάντησε ότι δεν τους ικανοποιεί καθόλου, το 4% πολύ σπάνια και το 14% σπάνια (Πίνακας 8.6).

7. Καταλληλότητα και καθαριότητα χώρων

Πίνακας 8.7

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	9	9,0	9,0
Πολύ σπάνια	3	3,0	3,0
Σπάνια	13	13,0	13,0
Συχνά	51	51,0	51,0
Πολύ συχνά	24	24,0	24,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Οι χώροι που προβλέπονται για την παροχή ιατρικής φροντίδας θα πρέπει να είναι τουλάχιστον αξιοπρεπείς, ώστε να είναι αντάξιες της ποιότητας των υπηρεσιών. Επιπλέον, βασικό κριτήριο είναι η καθαριότητα. Η εμπειρία από τους χώρους παροχής υπηρεσιών, κυρίως των κέντρων υγείας και νοσοκομείων, είναι συχνά απογοητευτική. Παρ' όλα αυτά, οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι στους φορείς που επισκέπτονται οι χώροι είναι κατάλληλοι και καθαροί πολύ συχνά σε ποσοστό 24% και συχνά σε 51%. Αυτό συμβαίνει προφανώς, επειδή πολλοί από τους ασφαλισμένους απευθύνονται σε ιδιωτικά ιατρεία, που καλύπτει το ταμείο τους και επομένως οι χώροι είναι καλύτερης ποιότητας και περισσότερο φροντισμένοι. Αντίθετη άποψη, περιγράφοντας προφανώς την εμπειρία τους από το κέντρο υγείας, ανέφεραν ένα ποσοστό 3%, που απάντησε ότι οι χώροι είναι κατάλληλοι και καθαροί πολύ σπάνια, ένα 13% σπάνια και καθόλου το 9% (Πίνακας 8.7).

8. Ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας

Πίνακας 8.8

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	4	4,0	4,0
Πολύ σπάνια	6	6,0	6,0
Σπάνια	7	7,0	7,0
Συχνά	57	57,0	57,0
Πολύ συχνά	26	26,0	26,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Η ικανοποίηση των προβλημάτων υγείας των ασθενών αποτελεί ένα πολύπλοκο θέμα. Ως επίλυση προβλημάτων και εκπλήρωση αναγκών μπορεί να οριστεί ο βαθμός κάλυψης των αναγκών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους και να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δείχνουν ότι ένα ποσοστό 26% είναι πολύ συχνά ικανοποιημένο από την αντιμετώπιση του προβλήματος και ένα ποσοστό 57% αναφέρει ότι είναι συχνά. Το σύνολο αυτών των δύο ποσοστών ανέρχεται στο 83%, ενώ οι υπόλοιποι 6% απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι πολύ σπάνια, 7% σπάνια και ένα ποσοστό 4% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο (Πίνακας 8.8). Παρά, λοιπόν, ότι η ικανοποίηση των αναγκών είναι σχετικά υποκειμενική έννοια, θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας των ασθενών. Για αυτό και τις τελευταίες δεκαετίες το

ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας στρέφεται στην αντιμετώπιση του προβλήματος και την ικανοποίηση του πολίτη.

9. Βαθμός ανταπόκρισης εισφορών στην παροχή υγείας

Πίνακας 8.9

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	4	4,0	4,0
Πολύ σπάνια	6	6,0	6,0
Σπάνια	7	7,0	7,0
Συχνά	57	57,0	57,0
Πολύ συχνά	26	26,0	26,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Στην ερώτηση του κατά πόσον πιστεύουν ότι οι εισφορές που έδωσαν στο ασφαλιστικό τους ταμείο ανταποκρίνονται στις παροχές υγείας που απολαμβάνουν, σχεδόν οι μισοί (53%) απάντησαν ότι δεν ανταποκρίνονται. Αναλυτικά, ένα ποσοστό 24% είναι σπάνια ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν για τις εισφορές που έχουν δώσει, το 7% πολύ σπάνια και ένα 22% καθόλου. Το υπόλοιπο 47% του δείγματός μας απάντησε ότι οι εισφορές που έχει δώσει ανταποκρίνονται στις παροχές υγείας (37% συχνά και 10% πολύ συχνά). Επομένως, η άποψη των ερωτηθέντων διίσταται, με ένα όμως καθόλου αδιάφορο υψηλό ποσοστό μη ανταπόκρισης των υπηρεσιών στις εισφορές που έχουν δώσει.

➤ Χρήση παροχών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Δήμου Αμφιλοχίας

Πίνακας 9

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Καθόλου	74	74,0	74,0
Πολύ σπάνια	19	19,0	19,0
Σπάνια	2	2,0	2,0
Συχνά	4	4,0	4,0
Πολύ συχνά	1	1,0	1,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Από τα αποτελέσματα αυτού του πίνακα (Πίνακας 9) γίνεται αντιληπτό ότι οι Δημότες Αμφιλοχίας σε ένα μεγάλο ποσοστό 74% δεν κάνουν καμία χρήση των παροχών, που

προσφέρει ο Δήμος. Αιτία για αυτό ίσως είναι οι ελλιπείς παροχές υπηρεσιών υγείας από την Κοινωνική Υπηρεσία όπως και η ελλιπής ενημέρωση για τις παροχές που προσφέρονται. Πάντως έστω και ένα ποσοστό 26% έχει κάνει χρήση έστω και μία φορά των παροχών υγείας. Αναλυτικά, το 19% κάνει πολύ σπάνια χρήση, το 2% σπάνια, το 4% συχνά και μόλις το 1% κάνει συχνή χρήση των υπηρεσιών που προσφέρει η κοινωνική υπηρεσία του Δήμου.

➤ Παροχές της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Δήμου Αμφιλοχίας

Πίνακας 10

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
ΚΑΠΗ	10	38,0	38,0
Βοήθεια στο σπίτι	16	62,0	62,0
Κέντρο Κοινότητας	0	0,0	0,0
Σύνολο	26	100,0	100,0

Στην ερώτηση αυτή για τις υπηρεσίες της ΠΦΥ που προσφέρει ο Δήμος Αμφιλοχίας φαίνεται μία μεγάλη προτίμηση στην υπηρεσία του προγράμματος της «Βοήθειας στο Σπίτι» σε ποσοστό 62%, καθώς 16 άτομα, από αυτά που κάνουν χρήση των υπηρεσιών, δείχνουν προτίμηση σε αυτή την επιλογή, προφανώς λόγω του μεγάλου αριθμού υπερηλίκων που ζουν μόνοι και ανήμποροι σε αυτό το Δήμο. Τη δεύτερη θέση κατέχει το ΚΑΠΗ με 38%, ενώ το Κέντρο Κοινότητας δεν έχει καμία ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς δεν στελεχώνεται από ψυχολόγο. Άρα θα πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στη στελέχωση και οργάνωση του Κέντρου Κοινότητας, ώστε να μπορεί να υποστηρίξει ειδικά τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και να βελτιώσει το βιοτικό τους επίπεδο.

➤ Απόσταση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Δήμου Αμφιλοχίας από το σπίτι των ερωτηθέντων

Πίνακας 11

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Κοντά	47	47,0	47,0
Μακριά	17	17,0	17,0
Πολύ μακριά	19	19,0	19,0
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	17	17,0	17,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Όπως φαίνεται από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, το 47% δηλώνει πως η Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου Αμφιλοχίας βρίσκεται κοντά στο σπίτι τους. Αυτό είναι σημαντικό, καθώς τέτοιες υπηρεσίες θα πρέπει, όσο αυτό είναι εφικτό, να βρίσκονται κοντά στο κέντρο της πόλης, ώστε η πρόσβαση να επιτυγχάνεται πιο γρήγορα και εύκολα από ένα μεγάλο αριθμό δημοτών. Από τα υπόλοιπα στοιχεία, το 17% δηλώνει πως η Κοινωνική Υπηρεσία βρίσκεται μακριά, το 19% πολύ μακριά και τέλος το 17% δηλώνει πως δεν γνωρίζει πού βρίσκεται η Κοινωνική Υπηρεσία.

➤ Επίπεδο παροχής ΠΦΥ του Δήμου Αμφιλοχίας

Πίνακας 12

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Ικανοποιητικό	29	29,0	29,0
Καλό	38	38,0	38,0
Μέτριο	17	17,0	17,0
Κακό	16	16,0	16,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό 67% των ερωτηθέντων για το πώς κρίνουν το επίπεδο παροχής ΠΦΥ θεωρεί πως οι παροχές που προσφέρει ο Δήμος είναι σε καλό επίπεδο και συγκεκριμένα το 29% τις θεωρεί ικανοποιητικές και το 38% καλές. Το υπόλοιπο 33% θεωρεί πως οι παροχές που προσφέρει ο Δήμος είναι ανεπαρκείς, το 17% από αυτούς πιστεύουν ότι οι υπηρεσίες είναι μέτριες και το 16% ότι είναι κακές. Αυτό σημαίνει, ότι υπάρχουν δυνατότητες βελτίωσης καθώς και καλλίτερης οργάνωσης ενός σύγχρονου κέντρου παροχής ΠΦΥ στο Δήμο Αμφιλοχίας.

➤ Τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν

1. Έλλειψη γιατρών

Πίνακας 13.1

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό
Καθόλου	9	9,0	9,0
Πολύ σπάνια	12	12,0	12,0
Σπάνια	13	13,0	13,0
Συχνά	37	37,0	37,0
Πολύ συχνά	29	29,0	29,0

Σύνολο	100	100	100
---------------	-----	-----	-----

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα (13.1) ένα μεγάλο ποσοστό 66% δεν φαίνεται ικανοποιημένο με τις διαθέσιμες ειδικότητες ιατρών. Το ποσοστό 37% απάντησε σχετικά με την έλλειψη ιατρών ότι υπάρχει συχνά πρόβλημα, ενώ το 29% πολύ συχνά. Το υπόλοιπο ποσοστό 34% δεν φαίνεται να απασχολείται για την έλλειψη ιατρών, θεωρώντας ότι καλύπτουν τις ανάγκες για την επίλυση των προβλημάτων τους. Συγκεκριμένα, το 9% αναφέρει ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, το 12% πολύ σπάνια η έλλειψη ιατρών και το 13% απάντησε σπάνια. Καταλήγουμε, λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι απαιτούνται ειδικοί ιατροί για να στελεχώσουν τις μονάδες παροχής ΠΦΥ, καθώς το Κ.Υ. λόγω έλλειψης κονδυλίων εμφανίζει μεγάλη έλλειψη σε ειδικό ιατρικό προσωπικό. Οι ανάγκες κατά ένα ποσοστό καλύπτονται από τους ιδιώτες ειδικούς ιατρούς της περιοχής, που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΠΥ.

2. Έλλειψη νοσηλευτών

Πίνακας 13.2

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό
Καθόλου	21	21,0	21,0
Πολύ σπάνια	15	15,0	15,0
Σπάνια	40	40,0	40,0
Συχνά	19	19,0	19,0
Πολύ συχνά	5	5,0	5,0
Σύνολο	100	100	100

Οι περισσότεροι, που ερωτήθηκαν για το πρόβλημα έλλειψης νοσηλευτών δεν διέκριναν σημαντικές ελλείψεις στις υπηρεσίες υγείας του Δήμου. Συγκεκριμένα, ποσοστό 21% απάντησε ότι δεν υπάρχουν καθόλου ελλείψεις, 15% ότι σπάνια υπάρχουν και 40% ότι πολύ σπάνια υπάρχουν. Αντίθετα, ένα ποσοστό 19% απάντησε ότι συχνά υπάρχουν ελλείψεις και 5% απάντησε πολύ συχνά. Κι αυτό, βέβαια, γιατί στις περισσότερες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ο αριθμός νοσηλευτών δεν συμβαδίζει με τις ανάγκες για περίθαλψη.

3. Μη διαθέσιμα ραντεβού

Πίνακας 13.3

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό
Καθόλου	5	5,0	5,0
Πολύ σπάνια	20	20,0	20,0
Σπάνια	42	42,0	42,0
Συχνά	25	25,0	25,0
Πολύ συχνά	8	8,0	8,0
Σύνολο	100	100	100

Το συνολικό ποσοστό αυτών που δεν είναι προβληματισμένοι με τη διαθεσιμότητα των ραντεβού είναι αρκετά υψηλό, της τάξεως του 67%, από το οποίο το 42% απάντησε ότι σπάνια δεν υπάρχουν διαθέσιμα ραντεβού, το 20% πολύ σπάνια και το 5% ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα. Η σωστή οργάνωση του συστήματος των ραντεβού αντανακλά μία θετική εικόνα για τους ασθενείς όσον αφορά το σύστημα περίθαλψης. Αντίθετα, 25% απάντησαν ότι συχνά δεν υπάρχουν διαθέσιμα ραντεβού και ποσοστό 8% ότι αυτό συμβαίνει πολύ συχνά.

4. Ακατάλληλοι χώροι

Πίνακας 13.4

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό
Καθόλου	10	10,0	10,0
Πολύ σπάνια	7	7,0	7,0
Σπάνια	49	49,0	49,0
Συχνά	31	31,0	31,0
Πολύ συχνά	3	3,0	3,0
Σύνολο	100	100	100

Όσον αφορά την ακαταλληλότητα των χώρων η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανέφερε ότι είναι σχετικά ικανοποιημένοι από τους χώρους που παρέχεται η νοσηλεία. Αναλυτικά, το 10% θεωρεί ότι οι χώροι δεν είναι ακατάλληλοι, το 7% θεωρεί ότι πολύ σπάνια συμβαίνει αυτό, ενώ ένα ποσοστό 49% σπάνια. Αντίθετα, συχνά ακατάλληλους θεωρεί τους χώρους το 31% και

πολύ συχνά το 3%, ποσοστό αθροιστικά καθόλου ευκαταφρόνητο, αποκαλύπτοντας ότι η ποιότητα των χώρων θα πρέπει να αποτελέσει στόχο στα επόμενα χρόνια.

5. Έλλειψη φαρμακευτικού υλικού

Πίνακας 13.5

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό
Καθόλου	14	14,0	14,0
Πολύ σπάνια	18	18,0	18,0
Σπάνια	52	52,0	52,0
Συχνά	9	9,0	9,0
Πολύ συχνά	7	7,0	7,0
Σύνολο	100	100	100

Όσον αφορά το φαρμακευτικό υλικό οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι δεν υπάρχει έλλειψη. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον Πίνακα (13.5), ένα ποσοστό 52% απάντησε ότι σπάνια υπάρχει έλλειψη φαρμακευτικού υλικού, το 18% απάντησε ότι πολύ σπάνια υπάρχει και ένα 14% ότι δεν υπάρχει καθόλου έλλειψη φαρμακευτικού υλικού. Αντίθετα, ένα ποσοστό 7% απάντησαν ότι αυτό συμβαίνει συχνά και 9% απάντησε ότι συμβαίνει πολύ συχνά.

6. Αδιαφορία

Πίνακας 13.6

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό
Καθόλου	54	54,0	54,0
Πολύ σπάνια	21	21,0	21,0
Σπάνια	16	16,0	16,0
Συχνά	5	5,0	5,0
Πολύ συχνά	4	4,0	4,0
Σύνολο	100	100	100

Στο δείγμα της έρευνάς μας, 54% δεν αισθάνονται καθόλου αδιαφορία από τους παρόχους βοήθειας, 21% επέλεξαν ότι πολύ σπάνια αντιμετωπίζουν αδιαφορία και 16% επέλεξαν σπάνια. Στην περίπτωση αυτή φαίνεται ότι η επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας

χαρακτηρίζεται από καλής ποιότητας επικοινωνία με τους λειτουργούς υγείας. Ένα μικρό ποσοστό 5% επέλεξε, όμως, ότι συχνά αντιμετωπίζει αδιαφορία και πολύ συχνά ένα 4% (Πίνακας 13.6).

➤ Οικογενειακός γιατρός

Πίνακας 14

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
ΝΑΙ	17	17,0	17,0
ΟΧΙ	83	83,0	83,0
Σύνολο	100	100,0	100,0

Στην Ελλάδα, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, δυστυχώς μέχρι τώρα, δεν μπήκε σε εφαρμογή. Οικογενειακοί ιατροί και ιατροί συμβεβλημένοι με το δημόσιο τομέα δεν φτάνουν παρά να καλύψουν ελάχιστο ποσοστό του πληθυσμού. Είναι γεγονός, όμως, ότι η βελτίωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα οδηγήσει σε αποδοτικότερη και οικονομικότερη λειτουργία ολόκληρου του εθνικού συστήματος υγείας. Για αυτό και ο οικογενειακός ιατρός είναι αυτός που με γνώση και παρακολούθηση του ιατρικού ιστορικού του ασθενή θα κινηθεί αποτελεσματικά στο πεδίο της πρόληψης, ο οποίος αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο σε κάθε στοχευμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούν οικογενειακό ιατρό τον ιατρό που συνεργάζεται μαζί τους επί σειρά ετών και γνωρίζει θέματα του ιστορικού τους, χωρίς όμως να έχουν καταχωρηθεί επίσημα σε λίστες ασθενών. Με αυτή την έννοια, στο δείγμα μας, το 83% απάντησε ότι δεν έχει οικογενειακό ιατρό ενώ το 17% απάντησε ότι έχει.

➤ Προτίμηση για λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού

Πίνακας 15

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Πολύ	44	53,0	53,0
Ίσως	24	28,9	28,9
Καθόλου	11	13,3	13,3
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	4	4,8	4,8
Σύνολο	83	100,0	100

Όσοι απάντησαν ότι δεν είναι συμβεβλημένοι με κάποιον οικογενειακό ιατρό ερωτήθηκαν αν θα προτιμούσαν να είναι. Από τα 83 άτομα, ένα ποσοστό 53% απάντησε ότι θα επιθυμούσε πολύ να ήταν συμβεβλημένοι, το 28,9% ίσως θα προτιμούσε να είναι και το 13,3% δεν θα προτιμούσε καθόλου. Τέλος, ένα ποσοστό 4,8 δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση (Πίνακας 15).

➤ Χαρακτηρισμός του συστήματος υγείας

Πίνακας 16

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό
Ικανοποιητικό	13	13,0	13,0
Καλό	43	43,0	43,0
Μέτριο	25	25,0	25,0
Κακό	19	19,0	19,0
Σύνολο	100	100,0	100

Στην ερώτηση πώς θα χαρακτήριζαν στο σύνολό του το σύστημα υγείας οι ερωτηθέντες, στο μεγαλύτερο ποσοστό απάντησαν 43% ότι είναι καλό, 13% ότι είναι ικανοποιητικό και 25% μέτριο. Διαπιστώνεται, δηλαδή, ότι γενικότερα οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας στη χώρα μας δημιουργούν ένα αίσθημα ικανοποίησης. Το σύστημα υγείας διαθέτει αρκετά θετικά στοιχεία όσον αφορά τη λειτουργία του. Θα πρέπει, όμως, λαμβάνοντας υπόψη και ένα ποσοστό 19% που θεωρεί ότι το σύστημα υγείας είναι κακό να καθορίσουμε ως στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, τη διευκόλυνση της προσβασιμότητας και τη στήριξη της ανάπτυξης νέου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

➤ Προτάσεις για τη βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας

Πίνακας 17

ΤΙ ΘΑ ΠΡΟΤΕΙΝΑΤΕ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	
ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	49
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	20
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ	9
ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ	8

Στην ερώτηση αυτή, η οποία ήταν ανοικτή και μπορούσαν να εκφράσουν ελεύθερα οι ερωτηθέντες τις προτάσεις τους για τη βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, διαπιστώθηκε ότι 49 άτομα πρότειναν να γίνουν προσλήψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ 20 άτομα δεν απάντησαν και δεν έκαναν καμία πρόταση βελτίωσης. Επίσης, 9 άτομα πρότειναν τη βελτίωση της οργάνωσης στα κέντρα παροχής φροντίδας και 8 άτομα τον εκσυγχρονισμό των υποδομών σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι κύριο μέλημα θα πρέπει να είναι η στελέχωση των υποδομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ενώ ένα μέρος του πληθυσμού που δεν απάντησε εκφράζει πιθανών την απογοήτευσή του ότι δύσκολα θα αλλάξει κάτι στο σύστημα υγείας της χώρας μας, ώστε να βελτιωθεί και ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

4.5 Συμπεράσματα

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα εμφανίζει αρκετές ομοιότητες και σημαντικές διαφορές με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης ως προς την οργάνωση, παροχή, χρηματοδότηση και αποζημίωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του κάθε υγειονομικού συστήματος.

Η τοπική αυτοδιοίκηση τα τελευταία χρόνια καλείται να παίζει πρωτεύοντα ρόλο στη διαχείριση όχι μόνο των βασικών υπηρεσιών, όπως η καθαριότητα και ο φωτισμός, αλλά και

στη χάραξη μίας στρατηγικής ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού σε βασικούς άξονες, όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Σκοπός αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας ήταν η μελέτη σε τοπικό επίπεδο της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους δημότες της Αμφιλοχίας. Δόθηκε η ευκαιρία να εκφράσουν την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει ο ασφαλιστικός τους φορέας και να παρουσιάσουν αυτές που κάνουν πιο συχνά χρήση. Επιπλέον, μέσα από αυτή τη διπλωματική εργασία διερευνήσαμε διάφορους παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασφαλισμένων από την παροχή φροντίδας και παρουσιάσαμε τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δηλώνει μη ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες που καλύπτει ο ασφαλιστικός τους φορέας. Χρησιμοποιεί σπάνια έως καθόλου τα εξωτερικά ιατρεία του Κ.Υ. για τα θέματα της υγείας του, αποδεικνύοντας ότι δεν εμπιστεύονται αυτές τις υπηρεσίες και καταφεύγουν σε άλλους παρόχους. Κυρίως κάνουν χρήση μόνο για συνταγογράφηση φαρμάκων και πραγματοποίηση ιατρικών εξετάσεων. Όσον αφορά τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας του δήμου τους σε ένα μεγάλο ποσοστό δεν κάνουν καμία χρήση αυτών των παροχών. Αιτία για αυτό ίσως είναι οι ελλειπείς παροχές, όπως και η ελλιπής ενημέρωση για τις παροχές που προσφέρονται. Επιπρόσθετα, διερευνήθηκε κατά πόσον θεωρούν απαραίτητο το θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Εξέφρασαν δε την ανάγκη για προσλήψεις ιατρικού προσωπικού, για βελτιώσεις του προγράμματος των ραντεβού, για εκσυγχρονισμό των υποδομών και αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Όπως διαπιστώνουμε, λοιπόν, η μέτρηση της ικανοποίησης των δημοτών ως ασθενείς είναι αναμφίβολα ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια στον τομέα της υγείας. Αναδεικνύει σημεία που πρέπει να βελτιωθούν και παρέχει πληροφορίες ώστε η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών να συμφωνεί με τις προσδοκίες των ασθενών.

Κεφάλαιο 5

Επίλογος

5.1 Συμπεράσματα

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελείται από υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας με σκοπό την πρόληψη, τη διατήρηση, την προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας των πολιτών.

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα σε αυτές τις υπηρεσίες σχετίζονται με την άμεση παροχή της υπηρεσίας, τη χρησιμότητα, την ισότιμη προσβασιμότητα, το αίσθημα της ασφάλειας, την αξιοπιστία, την εμπιστοσύνη, το σεβασμό αλλά και τη σωστή συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς, τις εξειδικευμένες γνώσεις και την επαγγελματική εμπειρία. Η δυνατότητα συνεχούς παροχής των υπηρεσιών όλο το 24ωρο και όλο το χρόνο και η διάθεση ενός ευρέως φάσματος υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής θα διευκολύνει την επίλυση κάθε κοινού προβλήματος υγείας σε τοπικό επίπεδο ώστε να μειώνονται οι εισαγωγές στο νοσοκομείο ενώ παράλληλα να βελτιώνονται οι δείκτες υγείας του πληθυσμού.

Καθώς οι δαπάνες στον τομέα υγείας συνεχώς αυξάνονται και οι κρατικοί προϋπολογισμοί αδυνατούν να καλύψουν ένα μεγάλο μέρος των θεραπευτικών και νοσηλευτικών αναγκών, καλείται η τοπική αυτοδιοίκηση να αναλάβει ένα σημαντικό ρόλο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της Π.Φ.Υ. Θα πρέπει να διευρύνει τις αρμοδιότητές της με παρεμβάσεις που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη, τη θεραπεία, την υποστηρικτική φροντίδα. Η εξασφάλιση βασικών υποδομών προστασίας της ανθρώπινης υγείας και της πρόνοιας είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της κοινωνικής μέριμνας. Ο πολίτης επιζητά μία τοπική αυτοδιοίκηση που θα βρίσκεται δίπλα του, θα γνωρίζει και θα προλαμβάνει τα προβλήματα που δημιουργούνται.

5.2 Προτάσεις

Την τελευταία δεκαετία προωθείται μία πολιτική με κύριους στόχους την αναβάθμιση των υποδομών υγείας, τη διευκόλυνση προσπέλασης των υπηρεσιών και τη στελέχωση. Όμως, η αδυναμία είναι ακόμη εμφανής σε τομείς, όπως η διοίκηση και οικονομική διαχείριση, ο

έλεγχος, η συνολική αποδοτικότητα των πόρων. Για αυτό και η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας καθώς και του έργου που επιτελούν είναι επιτακτική ανάγκη. Ειδικά στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα πρέπει να συλλέγονται πληροφορίες χρήσιμες όσον αφορά τις τοπικές ανάγκες των κατοίκων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω ερευνητικών πρωτοκόλλων σχετικά με το βαθμό ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ, έναν έγκυρο και αξιόπιστο δείκτη. Στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί αξιόλογες προσπάθειες σε αυτόν τον τομέα.

Μία πρόταση αναβάθμισης των κοινωνικών υπηρεσιών είναι η δημιουργία ΚΕΠ Υγείας και Δημοτικών Ιατρείων, θεσμοί οι οποίοι λείπουν από το Δήμο Αμφιλοχίας, απαραίτητοι, όμως, για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών, τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την πρόληψη, την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υψηλής ποιότητας. Τα Δημοτικά Ιατρεία συχνά βασίζονται στην εθελοντική προσφορά των ιατρών και του παραϊατρικού προσωπικού, καθώς δεν υπάρχει καμία χρηματοδότηση.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου πρέπει να αποκτήσουν δομή, στελέχη και οργάνωση, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν με επιτυχία στο έργο που τους έχει ανατεθεί. Θα πρέπει να διενεργούνται πιο συχνά εκστρατείες και δράσεις ενημέρωσης, πρόληψης, προαγωγής και αγωγής υγείας στον τοπικό πληθυσμό. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελεί βασική υπηρεσία υγείας, για αυτό και χρειάζεται η στελέχωσή του με κοινωνικούς λειτουργούς, με ιατρούς, νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές. Μόνο έτσι θα εξασφαλιστεί το δικαίωμα των ηλικιωμένων για αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση.

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, στελεχωμένα από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, μπορούν να φροντίζουν καθημερινά τις ανάγκες των ηλικιωμένων, που παρουσιάζουν κινητικές ή και νοητικές δυσκολίες. Δυστυχώς, όμως, δεν υπάρχει κάποιος κεντρικός σχεδιασμός για την παραχώρηση απαραίτητων πόρων. Επαφίεται μονάχα στην ευαισθησία της εκάστοτε δημοτικής αρχής.

Η πολυσυζητημένη κρίση της σύγχρονης ιατρικής λόγω των παράλληλων αυξανόμενων δαπανών για την υγεία και την αδυναμία των κρατικών προϋπολογισμών να ανταποκριθούν σε αυτές οδήγησε στην αναγκαιότητα χάραξης νέας πολιτικής για την αντιμετώπιση των σύγχρονων οικονομικών προβλημάτων υγείας. Πρωτεύον ρόλο σε αυτή θα παίξει η Τοπική Αυτοδιοίκηση, η οποία βρισκόμενη κοντά στον πολίτη γνωρίζει καλύτερα τα προβλήματά του και μπορεί να προσαρμόσει τις κοινωνικές δράσεις της ανάλογα με τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας. Χρειάζεται, επομένως, αναδιοργάνωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ενίσχυση του ρόλου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ώστε να μπορεί να αναλάβει έναν αποκεντρωμένο αυτοδύναμο ρόλο. Η ανάθεση της ίδρυσης και λειτουργίας

Πρωτοβάθμιων Μονάδων Φροντίδων Υγείας με σύνδεση με το ΕΣΥ και τα ασφαλιστικά ταμεία θα οδηγήσει στην επίτευξη της μετάβασης από ένα «νοσοκομειοκεντρικό» σύστημα με χρονοβόρες και αναποτελεσματικές διαδικασίες σε ένα ολοκληρωμένο αποκεντρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης με κέντρο τον άνθρωπο και τις πραγματικές του ανάγκες.

Βιβλιογραφία

1. Γεωργογιάννης Π., (2009) *Αυτοδιοικητική Μεταρρύθμιση και Χρηματοδότηση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης*. Πρωτοβουλία Άμεσης Διαδραστικής Δημοκρατίας Ελλάδας (Π.Α.Δ.Δ.Ε.).
2. Δελιανίδου Κ., Λαγωΐδου Ε. (2003) *Η Τοπική Αυτοδιοίκηση και ο Ρόλος της στην Τοπική Ανάπτυξη και Απασχόληση*. Πτυχιακή Εργασία. ΤΕΙ Καβάλας, Σχολή Σ.Δ.Ο., Τμήμα Λογιστικής.
3. epoli.gr (2016) Οι Βασικοί Πυλώνες των Αλλαγών στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. <https://www.epoli.gr/basikoi-pylwnes-allagwn-stin-topiki-aytodioikisi-a-85140.html> [05.11.2019].
4. Αυτοδιοίκηση (2014) Αλλαγές στην Τοπική Αυτοδιοίκηση: Ποιες είναι οι διεθνείς τάσεις. <https://www.aftodioikisi.gr/ota/dimoi/allages-stin-topiki-aftodioikisi-ποιες-einai-oi-diethneis-taseis> [20.11.2019].
5. Τζήμας Ι. (2018) *Συγκριτική Ανάλυση στο Πεδίο της Τοπικής Διακυβέρνησης και των Συμμετοχικών Διαδικασιών στις Χώρες: Δανία, Γερμανία, Ιταλία και Ελλάδα*. Διπλωματική Εργασία. ΑΕΙ Πειραιά, Σχολή Δημόσιας Οικονομικής και Πολιτικής, Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής.
6. Βικιπαίδεια. Αυτόνομες Κοινότητες της Ισπανίας https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CF%85%CF%84%CF%8C%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CF%82_%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B5%CF%82_%CF%84%CE%B7%CF%82_%CE%99%CF%83%CF%80%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1%CF%82 [10.11.2019].
7. Πανδής Δ. (2010) *Το Σκανδιναβικό Μοντέλο Αυτοδιοίκησης και η Ανάδειξη Καλών Πρακτικών για τον Ελληνικό Χώρο*. Πτυχιακή Εργασία. ΑΤΕΙ Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
8. Ζερβάκης Γ.(2011) *Αυτοδιοίκηση και Ευρώπη* <https://uef-crete.blogspot.com/2011/04/blog-post.html> [5.11.2019].
9. Κλειώσης Χ. (1984) *Ιστορία της Τοπικής Αυτοδιοικήσεως. Η Συνταγματική Κατοχύρωση της Τοπικής Αυτοδιοικήσεως*, σελ. 565-572, Εκδ. ΑΘΗΝΑ.
10. Σικλαφίδου Δ. (2001) *Ο Ρόλος και η Σημασία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ανάπτυξη της Θράκης*. Πτυχιακή εργασία. ΤΕΙ Καβάλας. Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων.

11. Τάτσος Ν (1987) *Φορολογική Αποκέντρωση: Το φορολογικό σύστημα της Τοπικής Αυτοδιοικήσεως στην Ελλάδα*. Επιστημονικές μελέτες 1. Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης. Αθήνα.
12. Αγαπίδης Ι. (2011) Ο Ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το παράδειγμα του Δήμου Αιγάλεω. Μεταπτυχιακή μελέτη. ΤΕΙ Πειραιά. Πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας».
13. Βικιπαίδεια. Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
https://el.wikipedia.org/wiki/Οργανισμοί_Τοπικής_Αυτοδιοίκησης [5.11.2019].
14. <http://www.eetaa.gr> [08.11.2019].
15. Καραδήμας Ε. (2005) *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Εκδ. ΤΥΠΩΘΗΤΩ / ΔΑΡΔΑΝΟΣ.
16. Παπαγεωργίου Γ., Μπίζας Α. (2013) *Αλληλεξάρτηση Υγείας και Κοινωνίας*. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 6(1):12-20.
17. Τριχόπουλος Δ. (1982) *Επιδημιολογία*. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
18. *Προαγωγή της υγείας – Βαθμίδες Πρόληψης. Η «υποχρέωση» κάθε επαγγελματία υγείας*
<https://eclass.pat.teiwest.gr/eclass/modules/document/file.php/616199/%CE%A0%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%28%CE%9C%CE%AC%CE%B8%CE%B7%CE%BC%CE%B1%2011%CE%BF%29.pdf> [18.11.2019].
19. Μπεζεβέγκη Α. (2017) *Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από την πλευρά των εξυπηρετούμενων στο ΠΕΔΥ – Κέντρο Υγείας Βόνιτσας*. Πανεπιστήμιο Πατρών. ΠΜΣ Δημόσια Υγεία. Τμήμα Ιατρικής.
20. Institute of Medicine (IOM) (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
21. Madhok R. (2002) *Crossing the quality chasm: Lessons from health care quality improvement efforts in England*. Proc (Bayl Univ Med Cent), 15:77–83.
22. Ραφτόπουλος Β., Οικονομοπούλου Χ. (2003) *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*, «Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας», 48 (2), σελ. 84-94.
23. Donabedian A. (1988) *The quality of care: How can it be assessed?* JAMA 260:1743–1748.

24. Donabedian A. (1990) *The seven pillars of quality*. Arch Pathol Lab Med. Nov;114 (11): 1115-8.
25. Department of Health (DoH). (1998) *A First Class Service: Quality in the New NHS*. London: Secretary of State for Health. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk> [2.12.2019].
26. Χρυσοπούλου Ε. (2012) Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Μέτρηση Ικανοποίησης των Επισκεπτών των Ιατρείων του Δήμου Παλαιού Φαλήρου. Διπλωματική εργασία. Διοίκηση της Υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
27. Αδαμαντίδου Τ. (2004) *Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας*. Επιθεώρηση Υγείας. 2004: 29-31.
28. Ervin NE. (2006) *Does patient satisfaction contribute to nursing care quality?* J Nurs Adm 36(3):126-30.
29. Anderson EB. (2002) *Patient-centeredness: a new approach*. Nephrol News Issues. 16(12):80-2.
30. Robinson JH., Callister LC., Berry JA., Dearing KA. (2008) *Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes*. J Am Acad Nurse Pract. 20(12):600-7.
31. Bond S., Thomas L. (1992) *Measuring patients' satisfaction with nursing care*. Journal of advanced Nursing; 17, 52-56
32. Γαβριήλ Ε, Θεοδώρου Μ, Middleton Ν. (2012) *Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου*. Αρχ Ελλ Ιατρ, 29:720–730
33. Λιανού Μ. (2018) *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας μέσω της Ικανοποίησης των Ασθενών: Η περίπτωση των Εσωτερικών και Εξωτερικών Ασθενών του Περιφερειακού Γενικού Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου – Ο Άγιος Σάββας*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων.
34. Σιώμου Μ. (2015) *Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες μιας Μονάδας Υγείας Π.Ε.Δ.Υ. της Κεντρικής Ελλάδος*. Διπλωματική εργασία. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής.

35. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. (2002) *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technology Assessment, 6(32):1-244.
36. Pappa E., Niakas D. (2006) *Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area*. BMC Health Serv Res 6: 146.
37. Kepentzis, S., Gkogkosis, K., Niakas, D., (2004) *Investigation of patient satisfaction and the factors affecting it. The example of outpatients at 6 hospitals in Attica*, Health Services Management and Technology, Athens, Mediforce Publications.
38. Σαραντοπούλου Ζ. (2017) *Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Η έννοια της ενσυναίσθησης*. Επιστημονικά Χρονικά 22(1): 238-246.
39. https://www.spnj.gr/articlefiles/volume3_issue1/316.pdf [13/10/2019].
40. *Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας*. Σημειώσεις του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά.
41. Evanson E., Whittington D. (1997). *Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland Hospital trust: a focus group study*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 10 (1): 7-19.
42. Κοτσαγιώργη Ι, Γκέκα Κ. (2010) *Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχομένη φροντίδα υγείας*. Το Βήμα του Ασκληπιού 9 (4):398-408.
43. Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. <https://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/194-isxyoysa-nomothesia> [14.12.2019].
44. Παναγιωτόπουλος Ν. (2015). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελληνική Πραγματικότητα: Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον*. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα σπουδών. Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών.
45. Λιαρόπουλος Λ. (1993). *Η Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας*, Ιατρική, 56, 419 - 425.
46. Τούντας Ι. (2008) *Υπηρεσίες Υγείας*. Εκδ. Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα.
47. https://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51
48. Kouzes M., Posner Z. (2009) *To lead, create a shared vision*. Harvard Business Review 87 (1), p 20-21.

49. Huss M., Schiller S., Schmidt M. (2013). *Areas of nursing within the multi-disciplinary team and general nursing practice*. Fachenglisch für Pflege und Pflegewissenschaft. p 43–77.
50. Naylor, M.D., Coburn, K.D., Kurtzman, E.T. et al. (2010) *Inter-professional team-based primary care for chronically ill adults: State of the science*. Unpublished white paper presented at the ABIM Foundation meeting to Advance Team-Based Care for the Chronically Ill in Ambulatory Settings. Philadelphia, PA, March 24-25.
51. Λιονής Χ., Βιβιλάκη Β., Αδαμακίδου Θ., Σακελλάρη Ε. (2015) *Η ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ορισμός και έννοιες*. Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. [e-book] Κεφ.2. ΣΕΑΒ.
52. Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C.E., Rohrbach, V., Von Kohorn, I. (2012) *Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care*. Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine.
53. Choi C, Pak W. (2006) *Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness*. Clinical & Investigative Medicine, 29, 351-364.
54. Καλοκαιρινού Α., Αδαμακίδου Θ., Βελονάκη Β., Βιβιλάκη Β. (2015) *Η φροντίδα στην κοινότητα από την ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. [e-book] Κεφ.3. ΣΕΑΒ.
55. Μπιμπή Μ. (2018) Υστερούν στην επικοινωνία οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας <https://www.in.gr/2018/06/18/health/health-news/ysteroun-stin-epikoinonia-oi-ellines-epaggelmaties-ygeias/> [14.9.2019].
56. Καλοκαιρινού Α., Λάγιου Α., Λιονής Χ. Η ομάδα υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Ο Ρόλος της στη διεπιστημονική ή διεπαγγελματική εκπαίδευση. Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. [e-book] Κεφ. 12. ΣΕΑΒ.
57. ΠΟΥ: Ανεπαρκείς οι επενδύσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (2019) <https://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/374923/poy-aneparkeis-oi-ependyseis-stin-protovathmia-frontida-ygeias> [10.10.2019].
58. National Association of Community Health Centers (2012) *The State of Unmet Need for Primary Health Care in America*. Health Wanted.
59. Δέκα εκατομμύρια ανασφάλιστους κάλυψε το “Obamacare” (2014) [https://www.fortunegreece.com/article/deka-ekatommiria-anasfalistous-kalypse-obamacare](https://www.fortunegreece.com/article/deka-ekatommiria-anasfalistous-kalypse-to-Obamacare) [10.11.2019].

60. *Συστήματα Υγείας*. <https://www.healthview.gr/1260/systimata-ygeias> [01.11.2019].
61. *Περισσότεροι Γιατροί στην Πρωτοβάθμια Υγεία, μεγαλύτερο προσδόκιμο Ζωής*. <https://www.thepresident.gr> [09.11.2019].
62. Δαρδαβέσης Θ. (2005) *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Καναδά*. Ιατρικά Θέματα. 40:18-23.
63. Λουραντάκη Ι., Κατσαλιάκη Κ. (2016) *Η Παγκόσμια Διεύρυνση του Επαγγελματικού Ρόλου των Νοσηλευτών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 34(3):303-320.
64. Πολύζος Ν. (2013) *Μελέτη Οργάνωσης – Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΠΥ*. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
65. Σωτηριάδου Κ., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π. (2011) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 3(4): 140-148.
66. Δικαίος Κ., Μίχας Δ. (2014) *Νοτιο-Ευρωπαϊκά Κράτη και Κρίση: Τα Κόμματα Εξουσίας και οι Προτάσεις τους για την Υγειονομική Περίθαλψη*. 5^ο Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο. Κοινωνική Πολιτική την εποχή της κρίσης: στο Σταυροδρόμι των Επιλογών. Πάντειο Πανεπιστήμιο.
67. Κουτσούκαλης Ε. (2010) *Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας της Ε.Ε*. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης. Π.Μ.Σ στην Αναλογιστική Επιστήμη και Διοικητική Κινδύνου. Πανεπιστήμιο Πειραιά.
68. Καρακεκές Δ. (2016) *Οικονομική Κρίση και Υγεία*. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Εφαρμοσμένη Οικονομική στην Τραπεζική και Χρηματοοικονομική. Τμήμα Οικονομικών Επιστημών. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
69. OECD (2014). Health statistics 2014. How does Spain compares?
70. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2012) *Τα κοινωνικοασφαλιστικά σας δικαιώματα στην Ιταλία*. https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Italy_el.pdf [19.11.2019].
71. Donatini, A. et. All. (2001) *Health care systems in transition: Italy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
72. Τσεκούρα Α. (2003) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα Δίκτυα Κοινωνικής Φροντίδας*. Η Σύγχρονη Προσέγγιση στην Ανάπτυξη Ολοκληρωμένων

- Συστημάτων Προστασίας της Υγείας: Το Διεθνές Περιβάλλον και η Θέση της Ελλάδας. Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης. Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.
73. Μπουρσανίδης Χ. (2010) *Μεταρρυθμιστικές Πολιτικές και Εργαλεία Δημοσίου Μάνατζμεντ στο Σύστημα Υγείας της Ιταλίας*. Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.
 74. Παπαδάκη Μ. (2009) *Ποιότητα Παρεχόμενης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ευρώπη*. Συγκριτική μελέτη. Σχολή Διοίκησης Οικονομίας. Τμήμα Μονάδων Υγείας και πρόνοιας. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας. (81) το 70
 75. Μηκέ Χ. (2018) *Διερεύνηση των αδυναμιών στην εφαρμογή ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από την πλευρά της ικανοποίησης των πολιτών*. Διπλωματική Εργασία. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
 76. Wieners W., (2001) *Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena*. San Francisco, Jossey-Bass Inc.
 77. Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι. (2005) *Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας*. Οικονομικά της Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 22(1):73-96.
 78. Boyle S. (2011) *Health Systems in Transition, United Kingdom (England) Vol 13 No. 1*, European Observatory on Health Systems and Policies.
 79. Harrison A, Dixon J, New B, Judge K. (1997) *Can the NHS cope in future?* Br Med J 314:296–298
 80. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (2001) *Συστήματα υγείας*. Σειρά: Κοινωνικές επιστήμες και υγεία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
 81. Καραγιώργος Δ. (2013) *Σουηδικό Σύστημα Υγείας: Εχθρός του καλού είναι το καλύτερο...*
<https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/25153/soyidiko-systima-ygeias-exthros-toy-kaloy-einai-to-kalytero.html>. [11.12.2019].
 82. Τούντας Γ. (2003) *Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(5):532-546.
 83. Γιανασμίδης Α., Τσιαούση Μ. (2012). *Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και σουηδικού μοντέλου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 1(29):106-115.

84. Κακαλέτσης Ν., Ιωαννίδης Α., Σιγάλας Ι., Χατζητόλιος Α. (2013) *Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 30 (2):223-240.
87. Σχέδιο Νόμου «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» <https://government.gov.gr/wp-content/uploads/2017/04/%CE%9D%CE%A3-%CE%A0%CE%A6%CE%A5.pdf> [14.12.2019].
86. Σουλιώτης Κ., Παπαδονικολάκη Τζ., Παπαγεωργίου Μ., Οικονόμου Μ. (2018) *Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 35(Συμπλ 1):9-16.
87. Σαράντου Π. (2017) *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Χρόνιες Παθήσεις*. Πτυχιακή Εργασία. Σχολή Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου.
88. ΕΣΔΥ: Η φροντίδα υγείας απαιτεί συνέργειες, μεταρρυθμίσεις και ...ευτυχία. (2018) https://www.ics.forth.gr/_pdf/onmed-ESDY_H-frontida-ygeias-apaitei-synergeies-metarruthmisiis-kai-eutuxia.pdf [11.9.2019].
89. Χατζηευθυμίου Σ. (2012) *Τηλεματική και Τηλεϊατρική: Εφαρμογές με Ασύρματα και Ενσύρματα Δίκτυα Τηλεπικοινωνιών*. Πτυχιακή Εργασία. Εισαγωγή στην Ερευνητική Μεθοδολογία. Σχολή Θετικών Επιστημών. Τμήμα Φυσικής. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
90. Souliotis, K., (2014) *Strengthening and Enlarging Primary Health Care as an evidencebased public health option under resource constraints: the case of opioid addiction*. Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes, 1(31), pp. 7-12.
91. http://www.iatrikionline.gr/IB_105/08%20EPIXEIR%20PROGRAMMA.pdf [03.11.2019].
92. <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2045> [02.9.2019].
93. Μαρκίου Δ. (2011) *Η Μεταρρύθμιση στην Τοπική Αυτοδιοίκηση (Η περίπτωση του Δήμου Ροδίων)*. Πτυχιακή Εργασία. Τμήμα Τοπικής Αυτοδιοίκησης. ΑΤΕΙ Καλαμάτας.
94. Δανιηλίδης Σ. (2009) Εισήγηση στην Ημερίδα της ΚΕΔΚΕ: «Τοπική Αυτοδιοίκηση και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Θεσσαλονίκη – Polis, 27 Νοεμβρίου 2009.
95. Βουνάκη Ε., Χαραλαμπίκη Μ. (2004) *Τρίτη Ηλικία. Αξιολόγηση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» στην περιοχή Μασταμπά του Δήμου Ηρακλείου και στο Δήμο Χανίων*. Πτυχιακή Εργασία. Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

96. https://el.wikipedia.org/wiki/Ελληνική_απογραφή_2011 [28.10.2019].
97. <http://www.ypeka.gr/LinkClick.aspx?fileticket=8ALJy%2b2kuJY%3d&tabid=906&language=el-GR> [14.11.2019].
98. <https://www.dimosamfilochias.gr/kentro-kinotitas/> [21.9.2019].
99. Ζαντόπουλος Γ. (2015) Τα Κέντρα υγείας και ποιος ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)
<https://zantoroulos-paediatros.gr/τα-κέντρα-υγείας-και-ποιος-ο-ρόλος-της-π/>
[12.9.2019].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Φύλο

1. Άντρας

2. Γυναίκα

2. Ηλικία

1. 18-24

2. 25-34

3. 35-44

4. 45-54

5. 55-64

6. 65 και άνω

3. Οικογενειακή κατάσταση

1. Άγαμος/η

2. Έγγαμος/η

3. Διαζευγμένος/η

4. Σε διάσταση

5. Χήρος/α

4. Μορφωτικό Επίπεδο

1. Μερικές τάξεις Δημοτικού

2. Απολυτήριο Δημοτικού

3. Απολυτήριο Γυμνασίου

4. Απολυτήριο Λυκείου

5. Τεχνική Σχολή /ΤΕΙ

6. ΑΕΙ

7. Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό

5. Ασφαλιστικός Φορέας

1. ΙΚΑ

2. Δημόσιο

3. ΟΓΑ

4. ΟΑΕΕ

5. ΑΛΛΟ

6. Είστε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει ο Ασφαλιστικός σας Φορέας;

1. Πολύ

2. Λίγο

3. Πολύ Λίγο

4. Καθόλου

7. Ποιες είναι οι υπηρεσίες που συνήθως κάνετε χρήση;

		Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Πολύ σπάνια	Καθόλου
		4	3	2	1	0
7.1	Εξωτερικά Ιατρεία					
7.2	Ιδιωτικούς Ιατρούς					
7.3	Συνταγές Φαρμάκων					
7.4	Γενικές, Ειδικές Εξετάσεις					
7.5	Νοσηλεία στο σπίτι					

(Παρακαλώ απαντήστε σημειώνοντας με +)

8. Όταν κάνετε χρήση των υπηρεσιών υγείας:

		Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Πολύ σπάνια	Καθόλου
		4	3	2	1	0
8.1	Υπάρχει προγραμματισμός για ραντεβού					
8.2	Υπάρχει μεγάλος χρόνος αναμονής για ραντεβού					
8.3	Είναι ευγενικό το ιατρικό προσωπικό					
8.4	Είναι ευγενικοί οι διοικητικοί υπάλληλοι					
8.5	Είναι ευγενικοί οι νοσηλευτές					
8.6	Το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων σας ικανοποιεί					
8.7	Οι χώροι είναι κατάλληλοι και καθαροί για τη φροντίδα					
8.8	Είστε ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας					
8.9	Οι εισφορές που δώσατε στο ταμείο σας πιστεύετε ότι ανταποκρίνονται στην παροχή υγείας					

(Παρακαλώ απαντήστε σημειώνοντας με +)

9. Πέραν των υπηρεσιών υγείας του Ασφαλιστικού σας Φορέα κάνετε χρήση των παροχών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Δήμου σας;

1. Πολύ Συχνά 2. Συχνά 3. Σπάνια 4. Πολύ σπάνια 5. Καθόλου

10. Ποιες από τις παρακάτω παροχές της Κοινωνικής Υπηρεσίας κάνετε χρήση;

- ΚΑΠΗ 2. Βοήθεια στο σπίτι 3. Κέντρο Κοινότητας

11. Θεωρείτε ότι η Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου σας βρίσκεται σε λογική απόσταση από το σπίτι σας;

1. Κοντά 2. Μακριά 3. Πολύ μακριά 4. Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

12. Πώς κρίνετε το επίπεδο παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Αμφιλοχίας;

1. Ικανοποιητικό 2. Καλό 3. Μέτριο 4. Κακό

13. Ποιο κατά τη γνώμη σας είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζετε;

		Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Πολύ σπάνια	Καθόλου
		4	3	2	1	0
13.1	Έλλειψη γιατρών					
13.2	Έλλειψη νοσηλευτών					
13.3	Μη διαθέσιμα ραντεβού					
13.4	Ακατάλληλοι χώροι νοσηλείας					
13.5	Έλλειψη φαρμακευτικού υλικού					
13.6	Αδιαφορία					

(Παρακαλώ απαντήστε σημειώνοντας με +)

14. Έχετε οικογενειακό γιατρό;

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

15. Θα προτιμούσατε να είστε συμβεβλημένος με κάποιον οικογενειακό γιατρό;

1. Πολύ 2. Ίσως 3. Καθόλου 4. Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

16. Πώς θα χαρακτηρίζατε το σύστημα υγείας;

1. Ικανοποιητικό 2. Καλό 3. Μέτριο 4. Κακό

17. Τι θα προτεινάτε για τη βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας;

Ευχαριστώ για τη συμμετοχή