



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΚΙΑΧΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

**ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: «ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥ ΧΩΡΙΟΥ
ΛΕΜΥ»**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΚΙΑΧΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

**ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ: «ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥ ΧΩΡΙΟΥ
ΑΕΜΥ»**

Επιβλέπων Καθηγητής:
Καθηγητής Παντελής Παντελίδης

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**

**MASTER OF SCIENCE IN
HEALTH MANAGEMENT**



**TEI OF
PIRAEUS**

KIACHOPOULOU MARIA

**HEALTH CENTERS OF URBAN TYPE
CASE STUDY: «OLYMPIC VILLAGE POLYKLINIC HUSA»**

Supervisor:
Professor Pantelis Pantelidis

Graduate Thesis Submitted for the Degree
MSc in Health Management

Piraeus, 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας μου, που σηματοδοτεί και την ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών μου σπουδών μετά από δυο χρόνια επίμονης προσπάθειας και σημαντικής εμπειρίας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όσους συνέβαλλαν καθοριστικά στην αποπεράτωση της ερευνητικής αυτής προσπάθειας.

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Παντελή Παντελίδη, Καθηγητή στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς και στον Επίκουρο Καθηγητή κ. Αθανάσιο Βοζίκη, του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, για την πολύτιμη βοήθεια και τις κατευθυντήριες συμβουλές που μου παρείχαν, υπό το πνεύμα ειλικρινούς προθυμίας και συνεργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες αποδίδονται στη Διοίκηση της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού που μου επέτρεψε να μελετήσω τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας προσφέροντάς μου πολύτιμες πληροφορίες και διευκολύνοντας το έργο μου. Επίσης, επιθυμώ να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου και να ευχαριστήσω το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών, αφού μέσω της υποτροφίας που μου χορηγήθηκε, συνέβαλλε στην ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση της Υγείας». Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους γονείς μου, που στάθηκαν πάντα δίπλα μου σε όλη την πορεία μου, προσφέροντας την αγάπη, τη στήριξη και την αμέριστη συμπαράστασή τους και ενθαρρύνοντας κάθε προσπάθεια μου για ένα επιτυχημένο αποτέλεσμα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Στους γονείς μου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο και το πιο καίριο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας μας. Η σημερινή όμως εικόνα της, αδυνατεί να ανταποκριθεί στους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και στις στοιχειώδεις οργανωτικές και λειτουργικές απαιτήσεις των υπηρεσιών υγείας που οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν αποδεχτεί. Τα αίτια της κρίσης θα πρέπει να αναζητηθούν στο συγκεντρωτικό, γραφειοκρατικό και δύσκαμπτο Εθνικό μας Σύστημα Υγείας.

Ο τρόπος οργάνωσης και διοίκησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι καθοριστικός για την οικονομική αποδοτικότητα γενικότερα του συστήματος περίθαλψης καθώς και την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την ανάπτυξη των απαιτούμενων δομών, δίνοντας έμφαση στη δημιουργία Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου, τα οποία να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα, εξασφαλίζοντας επαρκή και ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, με επίκεντρο την προαγωγή της υγείας και την προληπτική ιατρική.

Ένας από τους πλέον σύγχρονους και σημαντικούς δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών - χρηστών των υπηρεσιών. Στην παρούσα εργασία μελετάται η Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού ΑΕΜΥ και ερευνάται η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η Πολυκλινική λειτουργεί ως ένα ολοκληρωμένο, καινοτόμο και πρότυπο μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Αποκατάστασης, παρέχοντας υψηλού επιπέδου υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής της υγείας. Απώτερος σκοπός της έρευνας είναι η ανίχνευση και επισήμανση των δυνατών και αδύνατων σημείων της Πολυκλινικής, καθώς και η εξαγωγή συμπερασμάτων για το επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας μας και την περαιτέρω ανάπτυξη και βελτίωση της.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν κατόπιν προσωπικής συνέντευξης, από τυχαίο δείγμα 120 ερωτηθέντων, ενώ ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν 93,75%. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 47% των ατόμων του δείγματος ήταν άντρες και 53% γυναίκες. Η πλειοψηφία ήταν ηλικίας 55-64 ετών (36%), 23% αυτών ήταν ηλικίας 45-54 ετών, ενώ ακολουθούν σε ποσοστό 22% αυτοί που ανήκουν στην ηλικία άνω των 65 ετών. Η πλειονότητα (73%) διαμένει στο Ολυμπιακό

Χωριό και στο Δήμο Αχαρνών συμπεριλαμβανομένου και την περιοχή των Θρακομακεδόνων, ενώ σχετικά με τον ασφαλιστικό τους φορέα, υπερτερούν κατά 64% οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (44%) με βάση το επίπεδο εκπαίδευσής τους, ήταν μέσης εκπαίδευσης, ενώ με μικρή διαφορά ακολουθεί το 40% που είχε λάβει ανώτερη εκπαίδευση και το 16% αυτών που είχε βασικό επίπεδο εκπαίδευσης.

Όπως βρέθηκε από την έρευνα, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (68,04%) δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού, ακολουθεί το 29,23% που δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι, ενώ μόλις 1,99% αυτών έμειναν απόλυτα ικανοποιημένοι. Τέλος, σχεδόν ανύπαρκτα είναι τα ποσοστά εκείνων που ήταν δυσαρεστημένοι ως πολύ δυσαρεστημένοι. Ο μεγαλύτερος τώρα βαθμός ικανοποίησης (3,85) αποδίδεται στην ερώτηση 16, που αφορά τη συμπεριφορά του προσωπικού της γραμματείας, ενώ ο μικρότερος (3,27) στην ερώτηση 4, που αφορά την επάρκεια των προσφερόμενων ιατρικών ειδικοτήτων.

Συγκρίνοντας τώρα τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας με τις αντίστοιχες έρευνες που διεξήγαγε η Πολυκλινική τα έτη 2009 και 2010, συμπεραίνεται ότι με την πάροδο του χρόνου ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών παρουσιάζουν μικρή αυξητική τάξη. Το μεν 2009, ο γενικός μέσος όρος ικανοποίησης των ερωτηθέντων ανέρχεται στο 3,59, ενώ το 2010 στο 3,65 και τελικά το 2011 φτάνει στο 3,71.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η ανάπτυξη Κέντρων υγείας Αστικού Τύπου, όμοιων με αυτόν της Πολυκλινικής, σε συνδυασμό με τη χρήση νέων τεχνολογικών μεθόδων και ψηφιακού εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας, καθώς και με την ενδυνάμωση της σχέσης δημοσίου - ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) και την αναβάθμιση της ποιότητας όλου του υγειονομικού προσωπικού μέσα από προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αποτελούν σημαντικές προτάσεις - λύσεις στην ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου, Σύμπραξη Δημόσιου – Ιδιωτικού Τομέα, Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, Ικανοποίηση ασθενών.

ABSTRACT

Primary health care is the first and the most crucial point of contact with the health system of our country. However, its current image fails to meet the objectives of the World Health Organization and the fundamental organizational and operational requirements of health services that most European countries have adopted. The causes of the crisis have to be searched in our centralised, bureaucratic and inflexible National Health System.

The way of organising and administrating the primary health care system are determinants of the economic efficiency of general health care system and as well as the citizens' satisfaction, caused by the provided services. Therefore, it seems necessary to create an integrated primary health care system by developing the required structures, emphasizing on the construction of Health Centres of Urban Type, which are to cover the needs of population in major urban areas, ensuring adequate and complete package of services, focused on health promotion and preventive medicine.

One of the most modern and important indicators for assessing the quality of health services is the capture of patients' – users' opinion about the available services. This research studies the Olympic Village Polyclinic HUSA and investigates the measurement of patients' satisfaction. The Polyclinic operates as an integrated and innovative model of primary health care and rehabilitation, providing high quality of care and health promotion services. The ultimate goal of the research is the detection and identification of strengths and weaknesses of Polyclinic, the conclusions about the level of primary health care in our country and as a result further development and improvement.

The survey was conducted using questionnaires completed by personal interview, of a random sample of 120 respondents, and the degree of responsiveness was 93.75%. Results showed that 47% of individuals in the sample were male and 53% female. The majority were aged 55-64 years (36%), 23% of them were aged 45-54 years old, followed at the rate of 22% of those aged over 65 years. Concerning the place of residence, the majority (73%) lives in the Olympic village and the municipality of Acharnes and Thracomakedones area. As far as their insurance carrier is concerned, the insured of the IKA outweigh by 64%. Finally, the largest percentage of respondents (44%) based on their level of education, had secondary education, while 40% of those who had received higher education, follow with an insignificant difference and 16% of those had a basic

level of education.

As found by the survey, the overwhelming majority of the participants (68,04%) were satisfied by Olympic Village Polyclinic's services, 29.23% reported moderately satisfied, while only 1.99% were fully satisfied. Finally, almost non-existent are the percentages of those who were unhappy or very unhappy. Now, the largest degree of satisfaction (3.85) attributed to question 16, concerning the behaviour of the staff of the secretariat, while the lower (3.27) to question 4, concerning the adequacy of the medical specialties.

Comparing the results of this study with the corresponding investigations of the years 2009 and 2010 conducted by the Polyclinic, it is concluded that users' satisfaction rates show slight growth over the passing time. The 2009, the overall average satisfaction of the respondents amounts to 3.59 while the 2010 at 3.65 and finally in 2011 leads to 3.71.

The results of this research confirm that the development of urban type Health Centres, identical with that of the Olympic Village Polyclinic, in conjunction with the use of new technological methods and digital modernization of health system, as well as the strengthening of public-private sector partnership (PPP) and the upgrading of the quality of all health personnel through continuing educational programmes, seem to be important proposals – solutions to the reconstruction of primary health care.

KEYWORDS: primary health care, health centres urban type, public-private partnership, quality of health services, patients' satisfaction.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ...	σελ. 5
1.1 Υγεία: Ορισμός	σελ. 6
1.2 Συστήματα Υγείας	σελ. 7
1.3 Προκλήσεις για τα συστήματα υγείας	σελ. 8
1.4 Ιστορική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας	σελ. 11
1.5 Δομή του ελληνικού συστήματος υγείας	σελ. 13
1.6 Χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας	σελ. 16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	σελ. 21
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	σελ. 22
2.2 Φορείς παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	σελ. 28
2.2.1 Κέντρα Υγείας Αγροτικού και Αστικού Τύπου	σελ. 30
2.2.2 Εξωτερικά Ιατρεία Κρατικών Νοσοκομείων	σελ. 38
2.2.3 Ιατρεία και Πολυϊατρεία Ασφαλιστικών Οργανισμών	σελ. 39
2.2.4 Τοπική Αυτοδιοίκηση	σελ. 43
2.2.5 Ιδιωτικός Τομέας	σελ. 44
2.3 Χρηματοδότηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	σελ. 45
2.4 Προβλήματα και δυσχέρειες στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	σελ. 47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	σελ. 54
3.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες	σελ. 55

3.2 Βουλγαρία	σελ. 56
3.3 Ηνωμένο Βασίλειο	σελ. 57
3.4 Σουηδία	σελ. 58
3.5 Φιλανδία	σελ. 61
3.6 Γαλλία	σελ. 63
3.7 Ισπανία	σελ. 65
3.8 Γερμανία	σελ. 67
3.9 Διαπιστώσεις και Συμπεράσματα	σελ. 68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ –	
ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ...	σελ. 71
4.1 Τι είναι οι Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα	σελ. 72
4.2 Είδη Συμπράξεων Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα	σελ. 73
4.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της ανάπτυξης και εφαρμογής των ΣΔΙΤ	σελ. 74
4.4 Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία	σελ. 76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ –	
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	σελ. 80
5.1 Ποιότητα Υπηρεσιών Στο Χώρο της Υγείας.....	σελ. 81
5.1.1 Η έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	σελ. 81
5.1.2 Το Περιεχόμενο της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	σελ. 84
5.2 Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	σελ. 85
5.3 Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	σελ. 87
5.4 Σχέση Ικανοποίησης Ασθενών και Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας	σελ. 89
5.5 Έρευνες Ικανοποίησης Ασθενών Σε Ελλάδα και Ευρώπη	σελ. 90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥ

ΧΩΡΙΟΥ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	σελ. 94
6.1 Η Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας και το Νομοθετικό Πλαίσιο Λειτουργίας της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού	σελ. 95
6.2 Παρεχόμενες Υπηρεσίες στην Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού	σελ. 97
6.3 Δραστηριότητες και Εφαρμογές της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού	σελ. 100

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	σελ. 105
1.1 Σκοπός της ερευνητικής εργασίας	σελ. 106
1.2 Δείγμα	σελ. 106
1.3 Μορφή ερωτηματολογίου	σελ. 107
1.4 Μεθοδολογία	σελ. 108
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	σελ. 110
2.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος ερωτηθέντων	σελ. 111
2.2 Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων και του βαθμού ικανοποίησης τους	σελ. 114
2.3 Συνολική ικανοποίηση του δείγματος των ερωτηθέντων	σελ. 116
2.4 Ικανοποίηση από τις διαδικασίες	σελ. 119
2.4.1 Ικανοποίηση από τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας	σελ. 121
2.4.2 Ικανοποίηση από την ενημέρωση για τα απαραίτητα έντυπα που θα πρέπει να έχουν μαζί τους οι ερωτηθέντες	σελ. 121

2.4.3 Ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση της γραμματείας κατά την προσέλευση των ερωτηθέντων	σελ. 121
2.4.4 Ικανοποίηση από την επάρκεια των διαθέσιμων ιατρικών ειδικοτήτων	σελ. 121
2.4.5 Ικανοποίηση από την επάρκεια των προσφερόμενων διαγνωστικών εξετάσεων	σελ. 122
2.4.6 Ικανοποίηση από την ενημέρωση σε περίπτωση καθυστερημένης εξυπηρέτησης	σελ. 122
2.4.7 Ικανοποίηση από το διαθέσιμο χρόνο του γιατρού κατά την επίσκεψη	σελ. 123
2.4.8 Ικανοποίηση από την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων	σελ. 123
2.4.9 Ικανοποίηση από την εξήγηση χρησιμότητας των προτεινόμενων εξετάσεων	σελ. 123
2.4.10 Ικανοποίηση από τις συμβουλές και οδηγίες του γιατρού σε θέματα πρόληψης	σελ. 123
2.4.11 Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών	σελ. 123
2.4.12 Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του προσωπικού της γραμματείας, των εργαστηρίων και του λογιστηρίου	σελ. 124
2.4.13 Ικανοποίηση από τον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και την τήρηση του ιατρικού απορρήτου	σελ. 125
2.4.14 Ικανοποίηση από τον τρόπο χρέωσης των υπηρεσιών	σελ. 126
2.4.15 Ικανοποίηση από την επιστημονική επάρκεια του προσωπικού	σελ. 126
2.5 Ικανοποίηση με δομικά κριτήρια	σελ. 126
2.5.1 Ικανοποίηση από την κατάσταση του χώρου αναμονής σε θέματα Ασφάλειας, Ησυχίας, Κλιματισμού και Καθαριότητας	σελ. 127
2.5.2 Ικανοποίηση από τη σήμανση των χώρων	σελ. 128
2.6 Ικανοποίηση με κριτήρια αποτελεσμάτων	σελ. 128

2.6.1 Ικανοποίηση από το χρόνο που μεσολαβεί από το κλείσιμο του ραντεβού μέχρι την πραγματοποίησή του	σελ. 129
2.6.2 Ικανοποίηση από την προσοχή που αποδόθηκε στη διατύπωση των αιτημάτων	σελ. 129
2.6.3 Ικανοποίηση από τη συνολική αντιμετώπιση του προσωπικού και τις συνολικές υπηρεσίες	σελ. 129
2.7 Τα πιθανά σημεία βελτίωσης της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού σύμφωνα με τη γνώμη του δείγματος	σελ. 130
2.8 Ικανοποίηση με κριτήριο τις 5 υπό μελέτη μεταβλητές	σελ. 132
2.8.1 Ικανοποίηση με βάση το Φύλο του δείγματος	σελ. 132
2.8.2 Ικανοποίηση με βάση την Ηλικία του δείγματος	σελ. 132
2.8.3 Ικανοποίηση με βάση τον Τόπο Κατοικίας του δείγματος	σελ. 133
2.8.4 Ικανοποίηση με βάση τον Ασφαλιστικό Φορέα	σελ. 134
2.8.5 Ικανοποίηση με βάση το Επίπεδο Εκπαίδευσης του δείγματος	σελ. 135
2.9 Συγκριτική μελέτη των αποτελεσμάτων με προηγούμενες έρευνες ικανοποίησης της Πολυκλινικής	σελ. 136

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	σελ. 143
----------------------------	----------

Συμπεράσματα	σελ. 144
--------------------	----------

Προτάσεις	σελ. 151
-----------------	----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	σελ. 155
------------------------	----------

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 158
-------------------------------------	----------

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Τα επίπεδα φροντίδας υγείας	σελ. 16
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Η διακήρυξη της Alma-Ata	σελ. 26
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Γεωγραφική κατανομή των Κέντρων Υγείας	σελ. 38
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή υπηρεσιών ΙΚΑ ανά περιφέρεια	σελ. 42
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων	σελ. 112
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων και του βαθμού ικανοποίησης του από τις προσφερόμενες υπηρεσίες	σελ. 115
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση με παράθεση της τυπικής απόκλισης, της διαμέσου, της ελάχιστης και μέγιστης τιμής	σελ. 118
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: % Ποσοστιαία απεικόνιση του βαθμού ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις διαδικασίες	σελ. 120
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: % Ποσοστιαία απεικόνιση του βαθμού ικανοποίησης των ερωτηθέντων με βάση δομικά κριτήρια	σελ. 127
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: % Ποσοστιαία απεικόνιση του βαθμού ικανοποίησης με κριτήρια αποτελεσμάτων	σελ. 129
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση με παράθεση της τυπικής απόκλισης, της διαμέσου, της ελάχιστης και μέγιστης τιμής για το έτος 2009	σελ. 139
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση με παράθεση της τυπικής απόκλισης, της διαμέσου, της ελάχιστης και μέγιστης τιμής για το έτος 2010	σελ. 142

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Συνολική δαπάνη υγείας ως επί % του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ	σελ. 8
ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίων στην Ελλάδα	σελ. 14
ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως % του ΑΕΠ	σελ. 17
ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Ποσοστιαία Κατανομή Δαπανών Υγείας των Νοικοκυριών (Out-of-pocket), 2005	σελ. 19
ΓΡΑΦΗΜΑ 5: Σημεία Ιατρικής Φροντίδας	σελ. 29
ΓΡΑΦΗΜΑ 6: Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων	σελ. 117
ΓΡΑΦΗΜΑ 7: % Ποσοστιαία κατανομή του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης του δείγματος των ερωτηθέντων	σελ. 119
ΓΡΑΦΗΜΑ 8: Επίπεδο Ικανοποίησης ανά ερώτηση σε απόλυτους αριθμούς επί του συνόλου των 120 συμμετεχόντων του δείγματος	σελ. 119
ΓΡΑΦΗΜΑ 9: % Ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από την επάρκεια των ιατρικών ειδικοτήτων και διαγνωστικών εξετάσεων	σελ. 122
ΓΡΑΦΗΜΑ 10: % Ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό	σελ. 124
ΓΡΑΦΗΜΑ 11: % Ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από το προσωπικό της γραμματείας, των εργαστηρίων και του λογιστηρίου	σελ. 125
ΓΡΑΦΗΜΑ 12: % Ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από τον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων και την τήρηση του ιατρικού απορρήτου	σελ. 126
ΓΡΑΦΗΜΑ 13: % Ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από την κατάσταση του χώρου αναμονής σε θέματα ασφάλειας, ησυχίας,	

κλιματισμού και καθαριότητας	σελ. 128
ΓΡΑΦΗΜΑ 14: % ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από το προσωπικό και τις παρεχόμενες υπηρεσίες συνολικά	σελ. 130
ΓΡΑΦΗΜΑ 15: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά Φύλο για το σύνολο των ερωτήσεων	σελ. 132
ΓΡΑΦΗΜΑ 16: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά Ηλικιακή Ομάδα για το σύνολο των ερωτήσεων	σελ. 133
ΓΡΑΦΗΜΑ 17: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά Περιοχή Κατοικίας για το σύνολο των ερωτήσεων	σελ. 134
ΓΡΑΦΗΜΑ 18: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά Ασφαλιστικό Φορέα για το σύνολο των ερωτήσεων	σελ. 135
ΓΡΑΦΗΜΑ 19: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά Επίπεδο Εκπαίδευσης για το σύνολο των ερωτήσεων	σελ. 136
ΓΡΑΦΗΜΑ 20: Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων για το έτος 2009	σελ. 138
ΓΡΑΦΗΜΑ 21: % Ποσοστιαία κατανομή του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης του δείγματος των ερωτηθέντων για το έτος 2009	σελ. 140
ΓΡΑΦΗΜΑ 22: Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων για το έτος 2010	σελ. 140
ΓΡΑΦΗΜΑ 23: % Ποσοστιαία κατανομή του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης του δείγματος των ερωτηθέντων για το έτος 2010	σελ. 142

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

ΕΙΚΟΝΑ 1: Κατά κεφαλήν ετήσια αύξηση δαπάνης υγείας ως % ΑΕΠ για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000 – 2008	σελ. 9
ΕΙΚΟΝΑ 2	σελ. 20
ΕΙΚΟΝΑ 3	σελ. 30
ΕΙΚΟΝΑ 4: Εξωτερική άποψη του Αστικού Κέντρου Υγείας Καλυβίων ...	σελ. 33
ΕΙΚΟΝΑ 5: Η γνώμη των Ευρωπαίων πολιτών για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα τους	σελ. 93
ΕΙΚΟΝΑ 6 : Η Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού	σελ. 95
ΕΙΚΟΝΑ 7: Γραφική απεικόνιση της % ποσοστιαίας κατανομής του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων με τη μορφή πίτας, με κριτήριο: το φύλο, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, τον ασφαλιστικό φορέα και το επίπεδο εκπαίδευσης	σελ. 113

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΩΝ

ΑΕ:	Ανώνυμη Εταιρεία
ΑΕΜΥ:	Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας
ΑΤΕΙ:	Ανώτατο Τεχνολογικό Ίδρυμα
ΔΕΚΟ:	Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμοί
ΕΕ:	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΟΠΥΥ:	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΙΦ:	Ηλεκτρονικός ιατρικός Φάκελος
ΗΚΓ:	Ηλεκτροκαρδιογράφημα
ΙΚΑ:	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΑΠΗ:	Κέντρο Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων
ΚΥ:	Κέντρο Υγείας
ΝΑΤ:	Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
ΝΠΙΔ:	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΑΕΕ:	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ:	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΚΑΝΑ:	Οργανισμός Κατά Των Ναρκωτικών
ΟΟΣΑ:	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ:	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΟΠΣ:	Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα
ΠΟΥ:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΟΧ:	Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΩΝ

CA:	Clinical Audit
CNAMATS:	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
DDRB:	Doctor's and Dentist's Review Body
GP:	General Practitioner
JCAH:	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
MA:	Medical Audit
NHS:	National Health System

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τομέας της υγείας αποτελεί ένα αδιαμφισβήτητο πεδίο έντονων συζητήσεων - συγκρούσεων, εξαιρετικά δημοφιλές και επίκαιρο. Η υγεία, ως υπέρτατο κοινωνικό αγαθό, θεωρείται η πιο σημαντική κοινωνική προτεραιότητα και σε συνδυασμό με τις αξιοσημείωτες οικονομικές πιέσεις που ασκούνται τελευταία για την κάλυψη όλο και περισσότερων αναγκών υγείας των πολιτών, εστιάζουν την προσοχή των κυβερνήσεων σε μια προσπάθεια περιορισμού και εξορθολογισμού του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σήμερα οι στόχοι των πολιτικών υγείας σε όλες τις αναπτυγμένες κοινωνίες επικεντρώνονται στο τρίπτυχο: εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος, ποιότητα. Το γεγονός αυτό υπονοεί έμμεσα τις αδυναμίες των συστημάτων υγείας, με κορυφαίες αναφορές στο υψηλό κόστος και στη χαμηλή ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Παράλληλα, υπογραμμίζει την ανάγκη διαμόρφωσης ενός νέου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας, που θα ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του παρόντος και στις προκλήσεις του μέλλοντος.

Το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας μας βρίσκεται σε ένα ιδιαίτερα κρίσιμο σημείο, καθώς χαρακτηρίζεται από μια σειρά οργανωτικών και λειτουργικών προβλημάτων, συνδυαστικά και με τις δυσμενείς συνέπειες της οικονομικής κρίσης με αποτέλεσμα τις διαρθρωτικές αλλαγές και τις αναπόφευκτες συγχωνεύσεις των υγειονομικών μονάδων περίθαλψης. Η διαιώνιση της κρίσης του συστήματος υγείας οφείλεται κατά κύριο λόγο στην απουσία σταθερού προσανατολισμού στις πολιτικές ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η κατάσταση αυτή επιδρά δυσμενώς και μεταφέρει όλο το βάρος του συστήματος στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Η δομή του εκάστοτε συστήματος υγείας σχετίζεται άμεσα με τις υγειονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτικές συνθήκες της χώρας που εφαρμόζεται. Η έρευνα έχει αποδείξει ότι ο πιο αδύναμος κρίκος του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Γίνεται εύκολα αντιληπτή η επιτακτική ανάγκη οργάνωσης και λειτουργικού εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας βασιζόμενο στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πανελλαδικά και κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, με σκοπό την ισότιμη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες της χώρας και τη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγειονομικής φροντίδας.

Οι λόγοι που επιβάλλουν τον εκσυγχρονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ποικίλουν και στους οποίους μεταξύ άλλων περιλαμβάνονται και οι εξής: α) οι «νόσοι του πολιτισμού» όπως είναι γνωστές οι καρδιοπάθειες, ο καρκίνος, τα ατυχήματα, οι ψυχολογικές διαταραχές, τα εγκεφαλικά επεισόδια, β) η μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης καθιστά αυτή την ομάδα του πληθυσμού τον σημαντικότερο καταναλωτή εξωνοσοκομειακών και νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, γ) η αύξηση των επιπτώσεων των νόσων που σχετίζονται με το γήρας, δ) τα οικονομικά και ψυχοκοινωνικά οφέλη της κατ' οίκον φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών, ε) η μεγαλύτερη κατά κεφαλή δαπάνη για ιατρική περίθαλψη των ηλικιωμένων σε σχέση με τα νεότερα άτομα, στ) ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος καθώς και της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην επιδημιολογία πολλών ασθενειών (π.χ. σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα), ζ) η αναγκαιότητα της χρήσης ακριβής τεχνολογίας για τη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση, η) οι αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες των χρηστών, σε συνδυασμό με θ) το τρίπτυχο των στόχων των πολιτικών υγείας για εκσυγχρονισμό, χαμηλό κόστος και ποιότητα[1].

Συγχρόνως, καθοριστικές για τη χάραξη πολιτικής, είναι οι διαπιστώσεις ότι: α) η αύξηση των δαπανών για την υγεία και τη νοσοκομειακή περίθαλψη δεν οδήγησαν στην προσδοκώμενη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας, β) δεν υπήρξε βελτίωση του επιπέδου υγείας των Ευρωπαίων τα τελευταία 100 χρόνια ανάλογη με την εισαγωγή της δαπανηρής τεχνολογίας, και γ) οι δαπάνες για περίθαλψη, παρά τη συνεχή αύξησή τους, δεν επαρκούν για την κάλυψη του πληθυσμού και η περίθαλψη αντιμετωπίζει περιστασιακά και μεμονωμένα την ασθένεια[2].

Σημαντικά ερωτήματα ανακύπτουν από τα παραπάνω: α) Τι εννοούμε με τον όρο πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας β) Ποιες ιδιαιτερότητες υπάρχουν στην χώρα μας γ) Πως αξιολογούν οι πολίτες τις υπηρεσίες που τους παρέχονται και τέλος δ) Προς ποια κατεύθυνση θα πρέπει να αναπτυχθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έτσι ώστε να ανασυγκροτηθεί και να προάγει το κοινωνικό συμφέρον.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η μελέτη των λειτουργικών και οργανωτικών παραμέτρων που χαρακτηρίζουν τον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας μας. Στην προσπάθεια αυτή, συνηγορεί η προσέγγιση του θέματος από δύο διαφορετικές πλευρές, το γενικό και το ειδικό μέρος αντίστοιχα.

Στο μεν γενικό μέρος, γίνεται αρχικά περιγραφή της δομής του ελληνικού συστήματος υγείας στα πλαίσια του οποίου δραστηριοποιείται και η πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται διεξοδική ανάλυση της έννοιας και του

περιεχομένου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένου διάφορων εννοιολογικών προσεγγίσεων, διασαφήνιση των όρων, καθώς και αναφορά στους φορείς παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στα κέντρα υγείας Αστικού Τύπου. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται το καθεστώς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που διέπει την Ευρώπη, με παράθεση συγκεκριμένων ευρωπαϊκών χωρών, καθώς και οι ιδιαιτερότητες – ιδιομορφίες του σε κάθε μια από αυτές, για συγκριτική μελέτη και εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων. Στο κεφάλαιο 4, παρατίθενται πληροφορίες σχετικά με τις συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού τομέα και τους όρους υλοποίησής τους. Ακολουθώντας, στο επόμενο κεφάλαιο (5ο), γίνεται μνεία για την ποιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, μέσα από διάφορες μελέτες που έχουν καταγραφεί στη βιβλιογραφία. Στο τελευταίο κεφάλαιο του γενικού μέρους αναλύεται η περίπτωση της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού ΑΕΜΥ, που αποτελεί, για τα ελληνικά δεδομένα, πρότυπη μονάδα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου) και για το λόγο αυτό επιλέχθηκε να μελετηθεί στη συγκεκριμένη εργασία.

Όσον αφορά στο ειδικό μέρος, αυτό αναφέρεται στο ερευνητικό κομμάτι της εργασίας και αποτελείται αντίστοιχα από τρία κεφάλαια. Αρχικά, διατυπώνεται το αντικείμενο και ο σκοπός της έρευνας, στη συνέχεια γίνεται περιγραφή του δείγματος και της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε και έπειτα γίνεται ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και ανάλογη εξαγωγή συμπερασμάτων. Τέλος, παρατίθενται προτάσεις - λύσεις που προκύπτουν από τη βιβλιογραφική αναδίφηση καθώς και από την ερευνητική προσπάθεια, για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την περαιτέρω ανάπτυξη των αστικών κέντρων υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

1.1 Υγεία: Ορισμός

Η θεωρητική διαμάχη για την εννοιολογική προσέγγιση της υγείας και των παραγόντων που την προσδιορίζουν, που είχε αρχίσει στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, εξακολουθεί με δεδομένη μάλιστα την αποδοχή ότι η υγεία ισοδυναμεί με τη διατήρηση, βελτίωση και αναπαραγωγή της ανθρώπινης ζωής. Η υγεία θεωρείται συχνά ως η απουσία συμπτωμάτων και σε αυτήν την περίπτωση δίνεται ένας **αρνητικός** ορισμός. Η υγεία δηλαδή ορίζεται σε σχέση με κάτι που δεν υπάρχει, απουσιάζει. Είναι γνωστό στους κοινωνικούς επιστήμονες ότι η αντίληψη, για παράδειγμα, του πόνου ή η προθυμία να εκφράσει κάποιος ορισμένα συμπτώματα εξαρτώνται από κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Διάφοροι ερευνητές προσπαθούν να προσεγγίσουν **θετικά** την έννοια της υγείας. Ο Looper την προσδιορίζει ως «...το αίσθημα ευεξίας του ατόμου το οποίο είναι ελεύθερο νόσου, ανικανότητας, αναπηρίας...», ο Hoymann ως «...την άριστη προσαρμογή για πλήρη αποδοτική παραγωγική ζωή...», ο Bieckner ως «...αδιατάρακτο ρυθμό που καθορίζεται από τη φύση, τη μόρφωση και τις συνήθειες του ατόμου...», ο Delore ως την «...αρμονία, η ισορροπία όλων των λειτουργιών του σώματος και του πνεύματος, όλων των δραστηριοτήτων σωματικών, πνευματικών και ηθικών...» και ο Spencer ως «...την τέλεια ισορροπία ενός οργανισμού με το περιβάλλον του...»[3].

Καθοριστικές για την αποδοχή της θετικής προσέγγισης για την υγεία ήταν οι απόψεις του Dubos, ο οποίος την ορίζει ως «...την κατάσταση της πλήρους προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον στο οποίο οφείλει να υπάρχει...» (Dubos R. 1968) και ιδιαίτερα του Henry Singerist σύμφωνα με τον οποίο «...το υγιές άτομο είναι ισορροπημένο σωματικά και ψυχικά, καλά προσαρμοσμένο στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, ελέγχει πλήρως τις φυσικές και πνευματικές του δυνάμεις, μπορεί να προσαρμόζεται στις αλλαγές του περιβάλλοντος όσο αυτές δεν ξεπερνούν κάποια όρια και συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο ανάλογα με τις δυνατότητές του ...»[4].

Σύμφωνα τώρα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.): «Υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου». Αυτός είναι ένας θετικός ορισμός της υγείας, στον οποίο η έμφαση εστιάζεται στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών. Ο ορισμός αυτός ενσωματώνεται στο καταστατικό του Π.Ο.Υ. στο οποίο επισημαίνεται ότι «... η υγεία όλων των λαών είναι θεμελιώδης στην επίτευξη της ειρήνης και της ασφάλειας...» και ότι «...η απόλαυση των υψηλότερων εφικτών προτύπων της υγείας αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα...»[5]. Σύμφωνα ακόμη με τον λειτουργικό ορισμό του Parsons

(1979), υγεία θεωρείται η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους. Τέλος ο βιωματικός ορισμός, κατά Kelman (1975) επικεντρώνει την έννοια της υγείας στον τρόπο που το ίδιο το άτομο την αντιλαμβάνεται[6].

1.2 Συστήματα υγείας

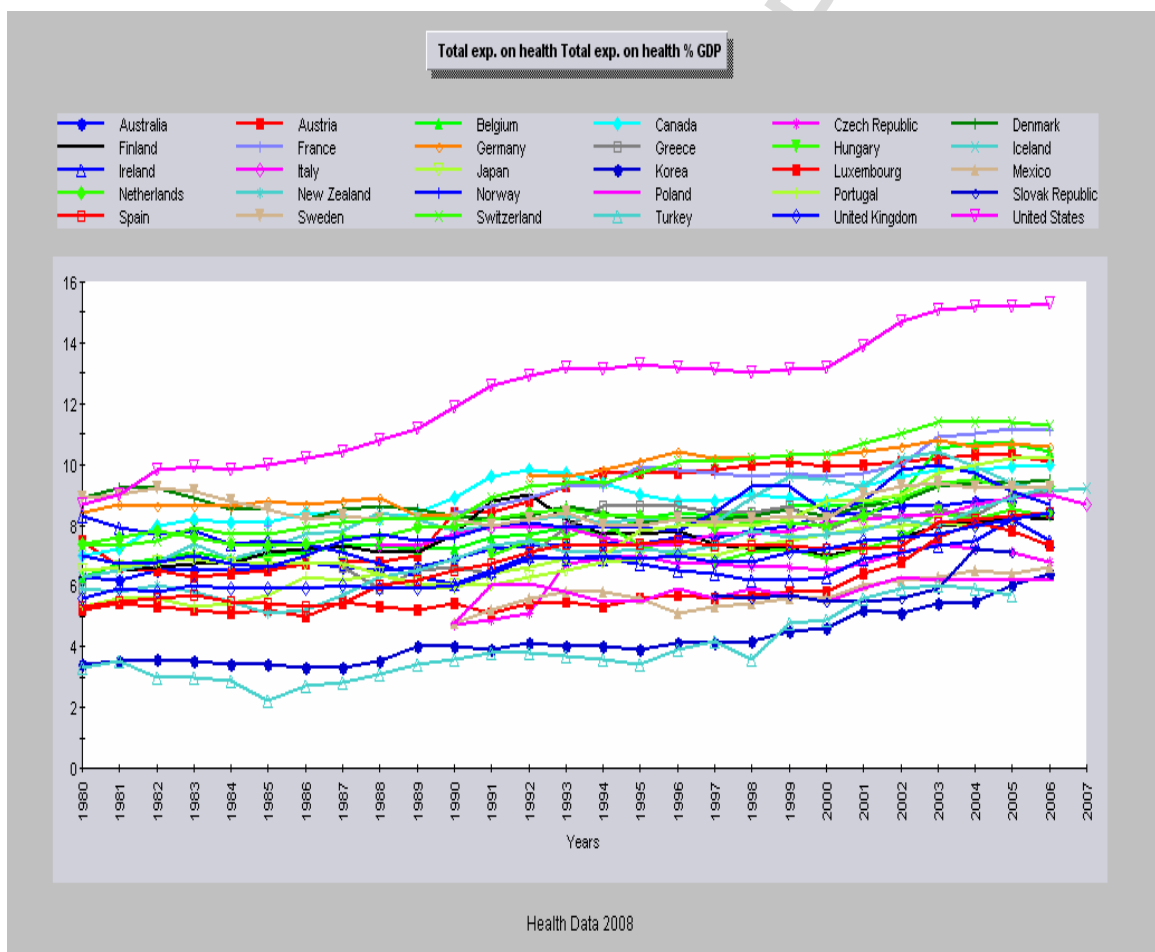
Για να προσδιοριστεί εννοιολογικά το σύστημα υγείας θα πρέπει να διευκρινιστεί τι είναι το «σύστημα». Το «σύστημα» αποτελεί συνάθροιση οντοτήτων ή αντικειμένων, υλικών ή αφηρημένων, τα οποία αποτελούν σύνολο και το κάθε στοιχείο αλληλεπιδρά ή συσχετίζεται με τουλάχιστον ένα ακόμη στοιχείο του συνόλου. Ένα υποσύστημα είναι ένα σύνολο στοιχείων το οποίο αποτελεί σύστημα από μόνο του αλλά και μέρος του όλου συστήματος[7]. Επομένως, θα μπορούσαμε γενικά να πούμε ότι το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο αλληλεξαρτώμενων υποσυστημάτων που στοχεύουν στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Τα συστήματα υγείας είναι πολύπλοκες διαδικασίες και διαρκώς μεταβαλλόμενες οντότητες. Οι «Αλεξιάδης & Σιγάλας» το 1999 αναφέρουν μεταξύ άλλων ότι σκοπός κάθε συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό τη συμβολή του ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού[8]. Βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι η διαθεσιμότητα, η προσπελασιμότητα, η ποιότητα, η συνέχεια στη προσφορά, η καταλληλότητα και η αποδοτικότητα και εξετάζονται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών.

Όπως είναι αντιληπτό το σύστημα υγείας είναι ένα από τα κυριότερα υποσυστήματα του κοινωνικού κράτους καθώς το επίπεδο υγείας του πληθυσμού επηρεάζει την ανθρώπινη ευημερία και κατ' επέκταση την οικονομία, την πολιτική και την ασφάλεια του κάθε τόπου. Κατ' ανάλογο τρόπο, η πολιτική υγείας είναι μέρος της ευρύτερης κρατικής πολιτικής και χαρακτηρίζεται από τις αρχές, τη φιλοσοφία και τους στόχους, της τελευταίας, ενώ εξαρτάται από τις πολιτικές δομές από ιστορικές, πολιτιστικές και άλλες παραμέτρους όπως δημογραφικές, περιβαλλοντικές, γεωγραφικές κλπ. Το σύνολο αυτών των παραμέτρων βρίσκεται πάντα σε σταθερή συνάρτηση με τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας και στα τρία επίπεδα δηλαδή της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης[9].

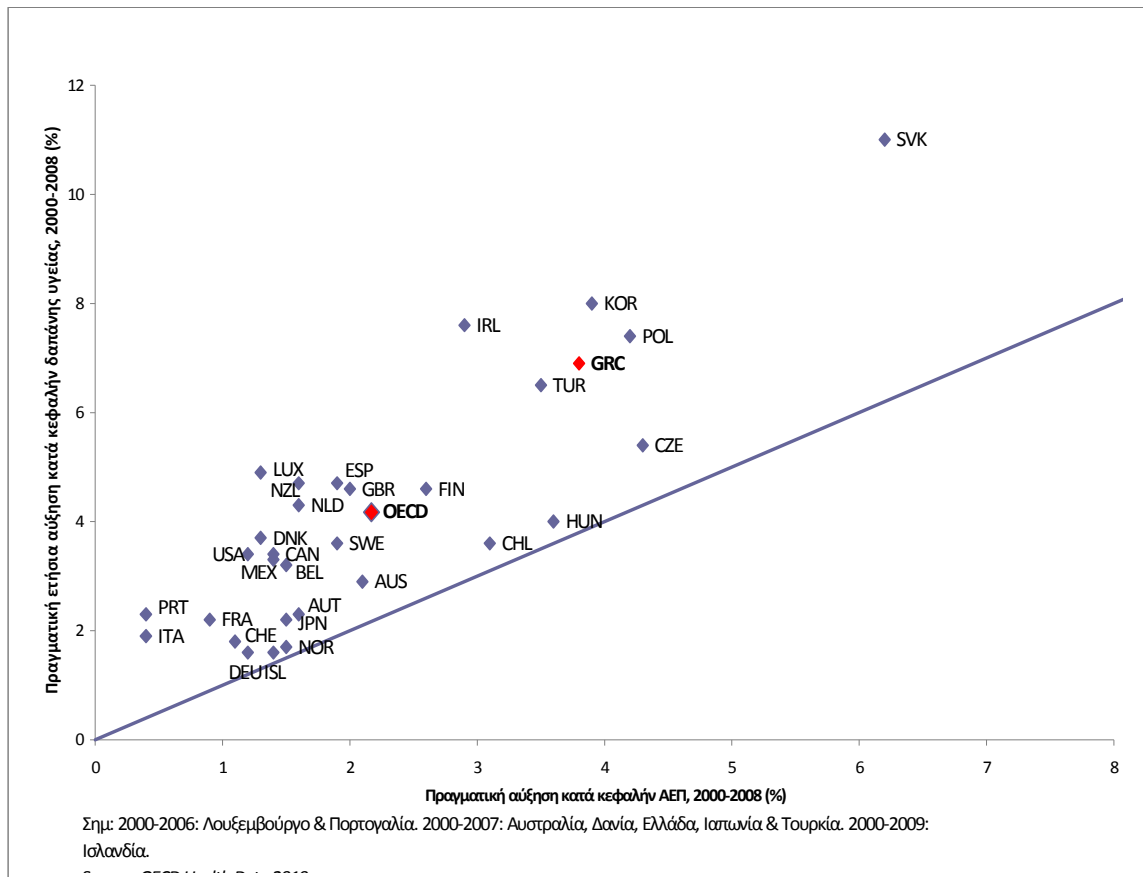
1.3 Προκλήσεις για τα συστήματα υγείας

Το κόστος των συστημάτων υγείας επιβαρύνει τον εθνικό προϋπολογισμό της κάθε χώρας με ολοένα και αυξανόμενο ρυθμό. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ, τις τελευταίες δεκαετίες οι δαπάνες υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά (Γράφημα 1 και Εικόνα 1). Για την επίλυση του προβλήματος αυτού, θα πρέπει όλα τα μέτρα και οι διαρθρωτικές αλλαγές που πρόκειται να εφαρμοστούν να είναι προς την κατεύθυνση μείωσης του κόστους, προκειμένου να βελτιωθεί η απόδοση και η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας.



ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Συνολική δαπάνη υγείας ως επί % του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ

Πηγή: Βάση δεδομένων ΟΟΣΑ 2008



ΕΙΚΟΝΑ 1: Κατά κεφαλήν ετήσια αύξηση δαπάνης υγείας ως % ΑΕΠ για τις χώρες του ΟΟΣΑ, 2000 – 2008

Πηγή: Βάση δεδομένων ΟΟΣΑ 2009

Η χάραξη κατάλληλης πολιτικής υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις αλλαγές στο δημογραφικό προφίλ του πληθυσμού, καθώς αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την αύξηση των δαπανών υγείας. Η γήρανση του πληθυσμού στη χώρα μας είναι πλέον γεγονός, καθώς μειώνεται το ποσοστό γεννήσεων και αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης, με αποτέλεσμα ο αριθμός των ηλικιωμένων να αυξάνει συνεχώς, συγκριτικά με τον αντίστοιχο αριθμό των νέων ατόμων. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε σταδιακή αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, αφού θα ζουν περισσότεροι άνθρωποι της “τρίτης ηλικίας” και επομένως όλο και περισσότεροι άνθρωποι θα χρειάζονται μακροχρόνιες υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και εξειδικευμένες κοινωνικές υπηρεσίες. Σαν αποτέλεσμα, αυξάνεται η ετήσια κατά κεφαλήν δαπάνη με άμεσο επακόλουθο την σημαντική αύξηση κόστους των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η συνεχής τεχνολογική ανάπτυξη στο χώρο της υγείας, καθώς στις επόμενες δεκαετίες θα έχει ακόμα μεγαλύτερο αντίκτυπο στις υπηρεσίες υγείας. Στις σημαντικές καινοτομίες περιλαμβάνονται, η χρήση υπολογιστών και ρομποτικής, η εφαρμογή της τεχνολογίας των επικοινωνιών και των πληροφοριών, η κλωνοποίηση, η γενετική μηχανική και η τηλεϊατρική. Όλες αυτές οι νέες τεχνολογίες μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η χρήση όμως της νέας τεχνολογίας πέρα από τα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν και που έχουν να κάνουν με τον τρόπο αξιοποίησης της, μπορεί τελικά να οδηγήσει και στην αύξηση των συνολικών δαπανών, επειδή θα αυξηθεί ο αριθμός των περιπτώσεων που θα μπορούν να αντιμετωπιστούν. Επομένως, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη σχέση κόστους – αποδοτικότητας.

Επιπλέον, ζούμε στην εποχή της άκρατης πληροφόρησης. Οι πολίτες των σύγχρονων κοινωνιών βομβαρδίζονται συνεχώς από μεγάλο πλήθος πληροφοριών μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και κυρίως μέσω του Διαδικτύου σχετικά με την υγεία, τις νόσους και τις θεραπείες, σε συνδυασμό με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου και σε συνάρτηση με την οικονομική ευημερία που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια έχουν οδηγήσει τον ασθενή – καταναλωτή στην αύξηση των προσδοκιών του και στη μεγαλύτερη ζήτηση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Προσδοκίες στις οποίες ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να ανταποκριθεί πλήρως, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών αλλά και την αύξηση των δημόσιων δαπανών.

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι οι δαπάνες για την υγεία όντας ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, αυξάνονται και θα εξακολουθήσουν να αυξάνονται στο μέλλον. Πιο συγκεκριμένα, η χώρα μας παρουσιάζει μετά το 1990 τη μεγαλύτερη αύξηση στις δαπάνες υγείας (4% του ΑΕΠ) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, από την άλλη, παρουσιάζει τη μικρότερη αύξηση του προσδόκιμου ζωής (2 μόνο χρόνια). Με αποτέλεσμα, η επίδοση του ελληνικού Συστήματος Υγείας, σύμφωνα με την ετήσια έρευνα μεταξύ 33 χωρών για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, να βρεθεί το 2006 στη 12^η-18^η θέση από 3^η-5^η που κατείχε το 1990, με αποκορύφωμα την 23^η θέση που κατέλαβε η Ελλάδα για το έτος 2009, υποδηλώνοντας ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ολοένα και λιγότερο φιλικό προς τον ασθενή συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη[10]. Με βάση αυτή τη διαπίστωση, τα σύγχρονα κράτη είναι υποχρεωμένα να παρέχουν ισότιμη, υψηλού επιπέδου περίθαλψη στους πολίτες τους, ανεξάρτητα από παραμέτρους όπως η οικονομική τους θέση και η κοινωνική τους κατάσταση, ώστε να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του

πληθυσμού και να δίνει προσοχή στα υψηλού κινδύνου ευπαθή και μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και ομάδες. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαίος ο αναπροσανατολισμός των στόχων του τομέα της υγείας και ο επανακαθορισμός των προτεραιοτήτων έτσι ώστε να επιτευχθεί η παροχή ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία θα πρέπει να αποτελέσει τον άξονα του συστήματος υγείας, παρέχοντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών προαγωγής της υγείας, θεραπείας, αποκατάστασης και υποστήριξης και τέλος ο ταυτόχρονος περιορισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης.

1.4 Ιστορική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας

Στα πλαίσια των παραπάνω αρχών δομούνται τα υγειονομικά συστήματα και ιδιαίτερα τα εθνικά συστήματα υγείας, που συγκροτούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζουν το δικαίωμα του πολίτη για ποιοτική φροντίδα υγείας, να άρουν τις υγειονομικές ανισότητες και να εγγυώνται τις αρχές της αποκέντρωσης, της περιφερειακότητας και της συνέχειας στην περίθαλψη[11].

Από την ίδρυση του Ελληνικού κράτους, εμφανίζονται οι πρώτες προσπάθειες οργάνωσης υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα. Θα μπορούσαν να καθοριστούν τέσσερις περίοδοι κατά τις οποίες εξελίχθηκε ο τομέας υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα και οι οποίες χρονολογικά είναι οι εξής: 1833-1922, 1922-1945, 1945-1974 και 1974 έως σήμερα..

Ξεκινώντας από την πρώτη περίοδο διαπιστώνουμε ότι μόλις το 1833 η Γραμματεία των Εσωτερικών αναλαμβάνει τα καθήκοντα της «Υγειονομικής Αστυνομίας» στα πλαίσια της οποίας ιδρύει την πρώτη υγειονομική υπηρεσία της χώρας. Παράλληλα, με το Διάταγμα της 30/10/1833 θεσπίζεται ο θεσμός του νομίατρου, ως υπεύθυνου για τα υγειονομικά θέματα κάθε νομού. Το 1845, ψηφίζεται ο «Υγειονομικός νόμος» ΚΒ΄/1845, ο οποίος αποτελεί τον πρώτο ολοκληρωμένο υγειονομικό κανονισμό και παράλληλα, ο νόμος ΚΓ΄/1845 «Περί υγειονομικών αρχών εν γένει», ο οποίος καθορίζει την οργάνωση των υγειονομείων και λοιμοκαθαρτηρίων στα λιμάνια της χώρας. Από τα μέσα του 19ου αιώνα και μέχρι τις αρχές του 20ου, παρατηρείται μία μακρά περίοδος στασιμότητας τόσο για τις υγειονομικές υπηρεσίες, όσο και για την πρόοδο της υγειονομικής νομοθεσίας. Το 1870, ο θεσμός του νομίατρου καταργείται και σταδιακά ακολουθεί η κατάργηση των επαρχιακών γιατρών και των εμβολιαστών. Το 1914, ψηφίζεται ο νόμος 346/1914 «Περί επιβλέψεως της Δημοσίας Υγείας», ο οποίος αποτελεί την πρώτη

αξιόλογη προσπάθεια αναδιοργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών. Ο νόμος αυτός προέβλεπε μια κεντρική υγειονομική υπηρεσία εγκατεστημένη στο Υπουργείο Εσωτερικών και νομαρχιακά υγειονομικά συμβούλια και νομιάτρους σε κάθε νομό[12].

Κατά τη δεύτερη περίοδο το 1922, με το Ν. 2882, ιδρύεται για πρώτη φορά, ένα ξεχωριστό υπουργείο που θα διαχειρίζεται τα θέματα υγείας, το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, που αποτελεί σταθμό στην εξέλιξη των υγειονομικών υπηρεσιών. Ωθηση στην εξέλιξη αυτή έδωσε η έλευση των προσφύγων από την Μ. Ασία και τα υγειονομικά προβλήματα που παρατηρούνται την περίοδο εκείνη. Κατά το 1928, ιδρύεται αυτοτελές Υφυπουργείο Υγιεινής μέσα στο Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Στη συνέχεια με τον Ν. 6298/1934 χαράσσεται ασφαλιστική πολιτική υγείας, καθώς βάσει αυτού δημιουργείται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων που θα ασφαλίζει από το 1937 μέχρι σήμερα τους μισθωτούς ιδιωτικών υπαλλήλων και εργατών. Ένας ακόμα σημαντικός νόμος που ψηφίστηκε την περίοδο αυτή ήταν ο Ν. 965/37 *«περί οργάνωσης των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων»*. Με το νόμο αυτό δινόταν η ευκαιρία στα δημόσια νοσοκομεία να έχουν ενιαία οργάνωση και λειτουργία[12].

Η τρίτη περίοδος συνοδεύεται από πολλές αναταράξεις και κακουχίες για τον ελληνικό λαό όπως Γερμανική κατοχή, εμφύλιο πόλεμο, τεράστιες υλικές καταστροφές και ελλείψεις στις υποδομές και όχι μόνο. Παρ' όλα αυτά το 1948 αποφασίστηκε ένα πρόγραμμα ανόρθωσης της χώρας που προέβλεπε περιορισμένες επενδύσεις στον τομέα της υγείας. Έτσι το 1953 ψηφίζεται το Ν.Δ. 2592/1953 *«Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως»*, με το οποίο καθορίζεται η οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που έχει ως στόχο ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγείας. Μέχρι το 1974 που ξεκινάει η τέταρτη περίοδος δεν είχαν γίνει σημαντικές αλλαγές και οι δαπάνες υγείας υπέστησαν μείωση[12].

Τέλος, η τέταρτη περίοδος χαρακτηρίζεται από άνηση σχεδόν σε όλους τους τομείς. Το 1983 ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983 *«Εθνικό Σύστημα Υγείας»*, που αποτελεί το θεμελιώδη νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Βασικές αρχές του νόμου ήταν η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος, ο ενιαίος προγραμματισμός, η έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας με δημιουργία κέντρων υγείας και καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Σήμερα, μια σειρά νομοθετημάτων που θεσπίστηκαν τις δύο τελευταίες δεκαετίες καθορίζουν το νομικό πλαίσιο που ισχύει για τη Δημόσια Υγεία[12].

1.5 Δομή του ελληνικού συστήματος υγείας

Ιστορικά το ελληνικό σύστημα υγείας ανήκει στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης (Γερμανικό μοντέλο Bismarck), βάσει του 1ου άρθρου του νόμου 1397/83, σύμφωνα με το οποίο *«το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση»*, με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης να προσφέρουν παροχές σε είδος (εξωνοσοκομειακή, νοσοκομειακή, και φαρμακευτική περίθαλψη), παροχές σε χρήμα (επιδόματα ασθενείας ή ατυχημάτων) είτε συνδυασμό τους. Σήμερα το μοντέλο οδηγείται προς ένα σύστημα που να εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό του από τον κρατικό προϋπολογισμό (Αγγλικό μοντέλο Beveridge) όπως είναι ο νοσοκομειακός τομέας.

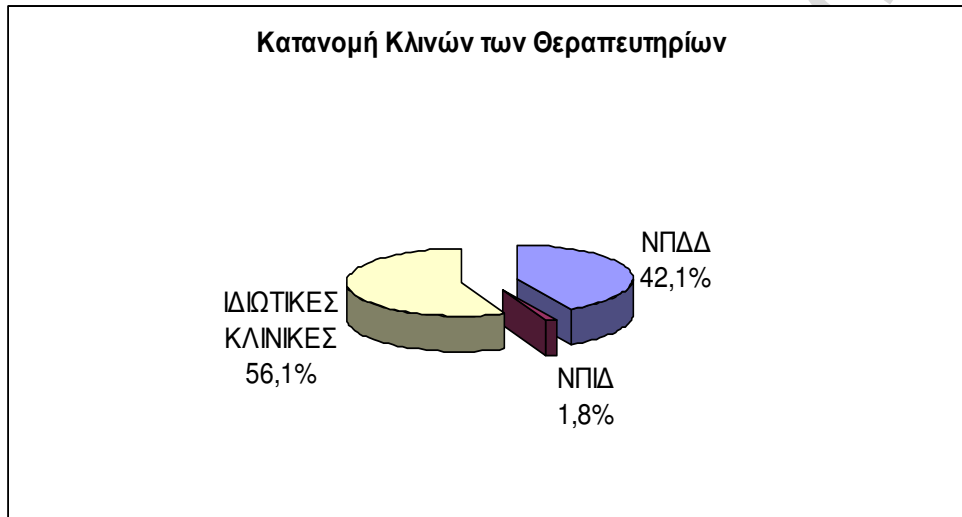
Πρόκειται δηλαδή για ένα μεικτό σύστημα υγείας. Από την πλευρά της προσφοράς και με βάση τα οργανωτικά, λειτουργικά και κυρίως χρηματοδοτικά στοιχεία του το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge, με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια και στα αστικά κέντρα, τα οποία καλύπτουν σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού. Από την πλευρά της ζήτησης και με βάση τα συστατικά – δομικά του στοιχεία το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο Bismarck μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.

Η οργάνωση της φροντίδας υγείας του ελληνικού πληθυσμού είναι δομημένη σε τρία επίπεδα, τη πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και τη τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (Πίνακας 1). Η διάκριση αυτή βασίζεται σε κριτήρια όπως είναι το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτει, την έκταση και τη μορφή της νόσου, καθώς και τους χώρους αντιμετώπισης της. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη νοσηλείας του ατόμου σε μια νοσηλευτική μονάδα και την πολυπλοκότητα ή μη της ασθένειας, η περίθαλψη διακρίνεται σε *«νοσοκομειακή ή κλειστή»* που περιλαμβάνει τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια και σε *«εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή»* που περιλαμβάνει την πρωτοβάθμια.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, με πιο αντιπροσωπευτικό φορέα παροχής της τα κέντρα υγείας, ενώ το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται μπορεί να κυμαίνεται από 500-50.000 άτομα.. Η ΠΦΥ θα αναλυθεί διεξοδικά σε επόμενο κεφάλαιο.

Γίνεται εύκολα κατανοητό ότι η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

εστιάζει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας μέσω της νοσηλείας των ασθενών σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Ειδικότερα, η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχονται από 141 δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα (Ν.Π.Δ.Δ.), 6 νοσηλευτικά ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) και 188 ιδιωτικές κλινικές[13]. Στο παρακάτω γράφημα (Γράφημα 2) παρουσιάζεται η κατανομή κλινών στο σύνολο των θεραπευτηρίων της χώρας μας.



ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή θεραπευτηρίων στην Ελλάδα

Πηγή: αναπαραγωγή από www.yyka.gov.gr

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας αναφέρεται στην αντιμετώπιση των βασικών προβλημάτων υγείας που απαιτούν νοσηλεία των ασθενών σε γενικά νοσοκομεία της περιοχής (τοπικά ή νομαρχιακά), δυναμικότητας συνήθως 100-600 νοσηλευτικών κλινών και τα οποία στελεχώνονται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων (παθολογία, χειρουργική, παιδιατρική, μαιευτική - γυναικολογία), ενώ δεν διαθέτουν τον πλήρη και απαιτούμενο εξοπλισμό για να προσφέρουν εξειδικευμένη φροντίδα. Το πληθυσμιακό μέγεθος που μπορεί να καλύψει το επίπεδο αυτό κυμαίνεται από 50.000 έως 500.000 κατοίκους[14].

Το τριτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας αναφέρεται στην αντιμετώπιση των σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας στα μεγάλα περιφερειακά νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής. Τα ιδρύματα αυτά είναι εξοπλισμένα με όλες τις ειδικότητες, δύναται να παρέχουν υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσίες υγείας και απόλυτα εξειδικευμένη φροντίδα στα άτομα που την έχουν ανάγκη και ενδέχεται να είναι πανεπιστημιακά,

έχοντας τη δυνατότητα να συνεργάζονται επιστημονικά και λειτουργικά με την ιατρική σχολή του πανεπιστημίου της αντίστοιχης περιοχής. Το πληθυσμιακό μέγεθος που καλύπτουν κυμαίνεται από 500.0000 έως 1.500.000 κατοίκους. Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να παρέχεται και από απόλυτα εξειδικευμένα νοσοκομεία όπως παιδιατρικά, ορθοπεδικά, ογκολογικά, που μπορούν να λειτουργούν και σε διαπεριφερειακό επίπεδο, καλύπτοντας πληθυσμό μέχρι και 5.000.0000 κατοίκους[14].

Πέρα όμως από αυτά τα τρία επίπεδα περίθαλψης θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί πως είναι τέσσερα λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο στο οποίο η φροντίδα παρέχεται μέσα στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή (αυτοφροντίδα).

Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να διευκρινιστεί ότι τα νοσοκομεία ανάλογα με τους τομείς που διαθέτουν και το εύρος των υπηρεσιών τους διακρίνονται σε : α) **γενικά**, τα οποία διαθέτουν τουλάχιστον χειρουργικό και παθολογικό τομέα και β) **ειδικά**, τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε μια μόνο ειδικότητα. Ανάλογα τώρα με τη γεωγραφική έκταση που καλύπτουν, τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε **περιφερειακά** που καλύπτουν ευρύτερες υγειονομικές περιφέρειες και παρέχουν εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο και σε **νομαρχιακά**, που λειτουργούν σε κάθε νομό, μέχρι που ο Ν. 2889/2001 κατήγησε τη συγκεκριμένη διάκριση και διατήρησε τη διάκριση σε γενικά και ειδικά. Στη συνέχεια ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας με τα επίπεδα φροντίδας υγείας στην Ελλάδα.

Κύριο μέλημα όλων των υπεύθυνων και αρμόδιων φορέων οφείλει να είναι ένα σύστημα υγείας που να είναι λειτουργικό και να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις της κοινωνίας. Συνοψίζοντας, αν και έχουν γίνει πολλές σημαντικές προσπάθειες στο τομέα της υγείας στην Ελλάδα, παραμένουν όμως αρκετά προβλήματα άλυτα που σχετίζονται τόσο με τη δομή, την οργάνωση και λειτουργία, τη χρηματοδότηση και την περιφερειακή κατανομή των πόρων, όσο και με τις κοινωνικές ανισότητες και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Επίπεδο Φροντίδας	Διοικητική Περιοχή	Πληθυσμός	Παροχές
Αυτοθεραπεία	Οικογένεια	1 - 10	
Πρωτοβάθμια Φροντίδα	Τοπικό (επαρχιακό) Επίπεδο	500 – 50.000	Προληπτικές δραστηριότητες. Γενικός γιατρός. Γιατρός εργασίας.
Δευτεροβάθμια Φροντίδα	Νομός	50.000 - 500.000	Νοσηλευτική φροντίδα σε Τοπικό ή Νομαρχιακό νοσοκομείο.
Τριτοβάθμια Φροντίδα	Περιφέρεια	500.000 – 1.500.000	Νοσηλευτική φροντίδα σε Περιφερειακό (συνήθως Πανεπιστημιακό) νοσοκομείο.
Τριτοβάθμια Φροντίδα	Περισσότερες από μια υγειονομικές περιφέρειες	1.500.000 – 5.000.000	Νοσηλευτική εξειδικευμένη φροντίδα σε ειδικό νοσοκομείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Τα επίπεδα φροντίδας υγείας

Πηγή: Βοζίκης Α., Λοπατατζίδης Α., Κοινωνική Ασφάλιση και Διαχείριση Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας, 2007[14]

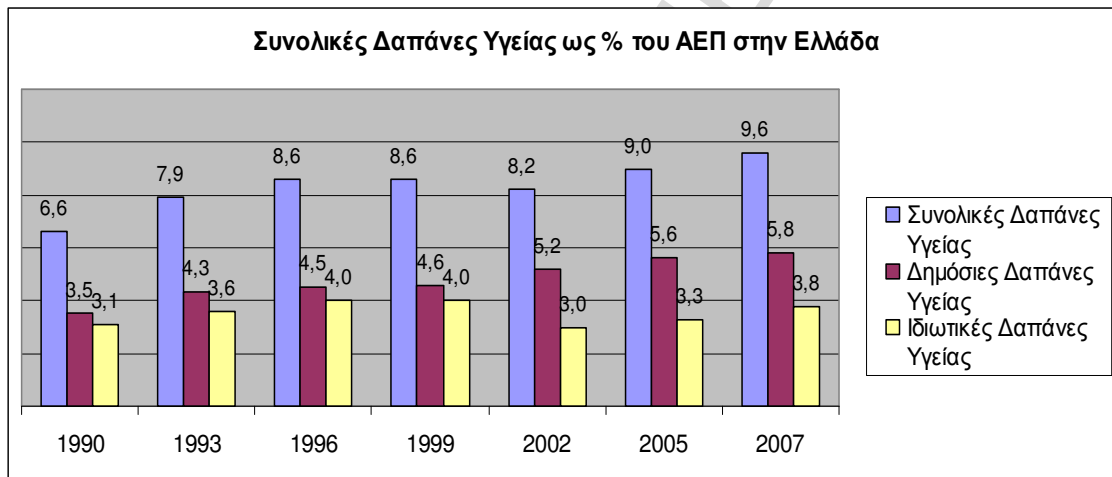
1.6 Χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας

Ο προσδιορισμός του ύψους των δαπανών που καλύπτουν το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας, παρ' ότι δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια εξαιτίας των διαφορών που ανακύπτουν από τις εκτιμήσεις των διεθνών οργανισμών και της ελληνικής επιστημονικής κοινότητας, χαρακτηρίζεται ως «ελληνικό παράδοξο», διότι μεν σχεδόν εξολοκλήρου ο πληθυσμός καλύπτεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, είναι δε από την άλλη το πλέον ιδιωτικοποιημένο σύστημα[15].

Στο σύστημα υγείας της χώρας μας οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από τις δημόσιες πηγές που περιλαμβάνουν τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεσους και έμμεσους

φόρους) κατά 63,1% και το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης κατά 36,9%, που συμπεριλαμβάνει τις εισφορές των εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολουμένων και τέλος από τις ιδιωτικές πληρωμές των χρηστών του συστήματος (out-of-pocket), τις δωρεές και τις φιλανθρωπίες (ΠΟΥ, ΟΟΣΑ, ΕΕ, ΠΤ) που συνιστούν τις ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας[16]. Η κατανομή των συνολικών δαπανών υγείας παρατίθενται στο Γράφημα 3.

Σε ένα τέτοιο σύστημα οι στόχοι της πλήρους κάλυψης και ίσης πρόσβασης επιτυγχάνονται με μεγαλύτερη ευκολία. Θεωρητικά πάντως η ασφάλιση υγείας στη χώρα μας είναι πλήρης και καθολική και αφορά στο σύνολο του πληθυσμού. Ακόμα και όσοι από τους πολίτες δεν έχουν κοινωνική ασφάλιση, καλύπτονται προνοιακά με ειδικά προγράμματα και ως εκ τούτου επιτυγχάνεται η καθολική κάλυψη του πληθυσμού.



ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα ως % του ΑΕΠ

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΟΟΣΑ 2008

Οι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, γενικά, είναι το ημερήσιο νοσήλιο (κλειστό, ανοικτό ή ευλύγιστο), η πληρωμή κατά πράξη (fee for services), οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί (global budgets), οι ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες (diagnostic related groups, DRGs), η αποζημίωση ανά περίπτωση νοσηλείας και η αποζημίωση ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού. Εξίσου σημαντικές είναι και οι μέθοδοι αμοιβής των προμηθευτών οι οποίες επηρεάζουν βασικά και ποιοτικά μεγέθη της παροχής υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, οι μέθοδοι αμοιβής των ιατρών-προμηθευτών είναι η πληρωμή με μισθό, η πληρωμή κατά πράξη, η πληρωμή κατ' άτομο, η αμοιβή μέσω των

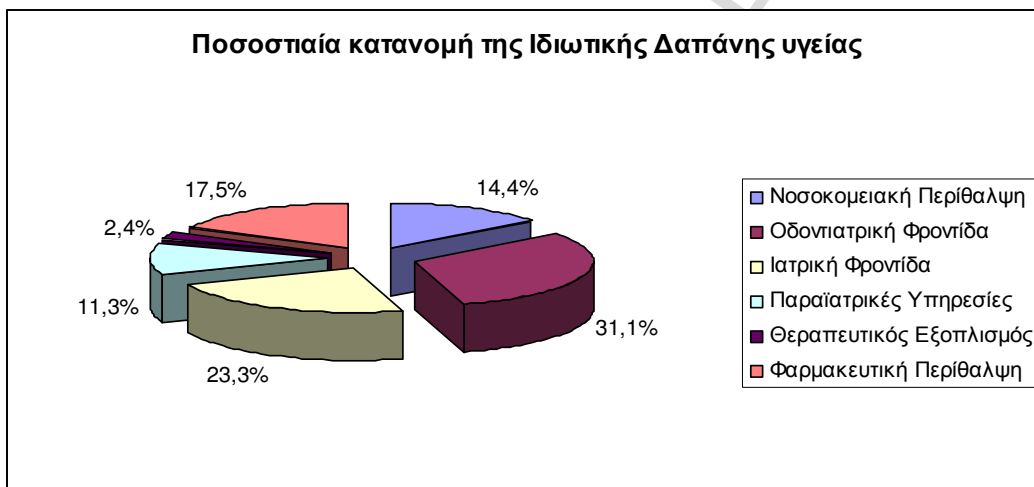
οργανισμών προστασίας της υγείας και η αμοιβή μέσω των δικτύων συντονισμένων φροντίδων[17].

Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης για τις δημόσιες μονάδες υγείας, (δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας του ΕΣΥ, στρατιωτικά νοσοκομεία κτλ.). Επιπλέον, ο κρατικός προϋπολογισμός, αναφορικά με τον ευρύτερο τομέα υγείας, καλύπτει την ασφάλιση υγείας των αγροτών και το μεγαλύτερο κόστος ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και την έρευνα.

Τα ασφαλιστικά ταμεία καθίστανται η δεύτερη μεγάλη δημόσια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση προκύπτει από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και αυτοαπασχολούμενων, καλύπτοντας το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής καθώς επίσης και ένα σημαντικό μέρος του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Σήμερα τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία είναι το ΙΚΑ, ο ΟΑΕΕ και το ταμείο δημοσίων υπαλλήλων (ΟΠΑΔ). Το ύψος των εισφορών καθορίζεται από την εκάστοτε κυβέρνηση και εισπράττεται με τους μηχανισμούς που το κάθε ταμείο διαθέτει. Το κόστος της υπηρεσίας που παρέχεται υπολογίζεται βάσει του κρατικού τιμολογίου, το οποίο καλύπτεται εξολοκλήρου από το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, ενώ όταν υπάρχει διαφορά μεταξύ κρατικού τιμολογίου και πραγματικής τιμής, αυτήν καλείται να καλύψει ο ίδιος ο ασφαλισμένος από την τσέπη του. Αυτές οι δαπάνες συγκαταλέγονται στις ιδιωτικές.

Η χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές αποτελείται από τις πληρωμές που γίνονται από ασφαλισμένους με χρήματα τα οποία προέρχονται από το οικογενειακό ή το προσωπικό τους εισόδημα. Οι πληρωμές αυτές, περιλαμβάνουν τις θεσμοθετημένες πληρωμές για τη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από το ΕΣΥ, εξασφαλίζοντας τη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Επίσης μπορεί να είναι άμεσες και νομίμως καταβεβλημένες, για επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς μη συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία, για να καλύψουν τη διαφορά της πραγματικής τιμής από την τιμή που εγκρίθηκε ότι θα καταβληθεί από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και για ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Τέλος σε αυτές συμπεριλαμβάνονται και οι λεγόμενες άτυπες πληρωμές. Υποστηρίζεται ότι οι άτυπες πληρωμές είναι κατά πολύ υψηλότερες απ' ό τι υπολογίζεται. Γίνεται λόγος για ποσοστό 3% του ΑΕΠ ή ποσοστό περίπου ίσο με τα δύο τρίτα των δημοσίων δαπανών για την υγεία[18].

Το τμήμα της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία που καλύπτεται από την ιδιωτική ασφάλιση είναι μικρό και τα έξοδα περίθαλψης, κατά κανόνα, επιβαρύνουν τον ίδιο το χρήστη. Αναφέρεται ότι ποσοστό μεγαλύτερο από 90% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία είναι άμεσες δαπάνες των χρηστών (out of pocket payments) και μόνο 10% είναι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση[19]. Αναφέρεται ότι οι ιδιωτικές δαπάνες αφορούν περισσότερο στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (68%), με την οδοντιατρική φροντίδα να απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό (31,1%) του συνόλου της δαπάνης υγείας των νοικοκυριών και λιγότερο στη φαρμακευτική (17%) και στη νοσοκομειακή (15%)(Γράφημα 4)[15, 17].



ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Ποσοστιαία Κατανομή Δαπανών Υγείας των Νοικοκυριών (Out-of-pocket), 2005

Πηγή: Σίσκου και συν., Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα – Το ελληνικό παράδοξο, 2008[15]

Ωστόσο, η συνολική δαπάνη υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες αγγίζοντας το 10% του ΑΕΠ. Επομένως, το σημείο απόκλισης μεταξύ της Ελλάδας και των άλλων ανεπτυγμένων χωρών είναι όχι το μέγεθος αλλά η κατανομή της δαπάνης για την υγεία. Έτσι, η ιδιωτική δαπάνη έφτασε το 2004 στο 46% της συνολικής δαπάνης υγείας ή 4,5% του ΑΕΠ, ποσοστό που αναλογεί περίπου με το αντίστοιχο της δημόσιας δαπάνης. Είναι ενδιαφέρον ότι το μερίδιο της ιδιωτικής δαπάνης υγείας επί της συνολικής, είναι υψηλότερο σήμερα από ότι πριν από την ίδρυση του ΕΣΥ (1983). Το μερίδιο αυτό είναι το υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ-15, ενώ μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ υστερεί μόνο έναντι της Κορέας, του Μεξικού και φυσικά των

ΗΠΑ[15]. Συμπερασματικά μετά από διαχρονική παρακολούθηση, ο κρατικός προϋπολογισμός υποκαθιστά χρηματοδοτικά την κοινωνική ασφάλιση ενώ συγχρόνως αυξάνεται η χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα.



ΕΙΚΟΝΑ 2: Πηγή: www.paskelarcomei.blogspot.com/2011_07_01_archive.html

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προσδιορίστηκε για πρώτη φορά στο ιστορικό συνέδριο του ΠΟΥ στην Alma-Ata της Σοβιετικής Ένωσης το 1978, αντικαθιστώντας τους όρους της εξωνοσοκομειακής ιατρικής περίθαλψης, της προληπτικής ιατρικής και της κοινωνικής φροντίδας. Στόχος του συνεδρίου ήταν η προώθηση και επίτευξη του μηνύματος «υγεία για όλους ως το 2000». Έτσι, μέσα από τις αρχές αυτού του μηνύματος διατυπώθηκε ο εξής ορισμός:

«Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη και ενεργό συμμετοχή τους και σε κόστος, που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας»[20].

Η φιλοσοφία της ΠΦΥ, σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata, στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας, ενώ η στρατηγική της στοχεύει στην ικανοποίηση των ατομικών αναγκών και των αναγκών της κοινότητας, εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα, αποδοτικότητα και συμμετοχή του πληθυσμού. Οι αρχές της παρατίθενται αναλυτικά στη συνέχεια (Πίνακας 2).

Η διακήρυξη της Alma-Ata σηματοδοτεί μια θεαματική στροφή για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, δίνοντας έμφαση στη «νέα δημόσια υγεία», όπου η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τον κεντρικό άξονα και εστιάζει στην προαγωγή της υγείας μέσω της συνεργασίας όλων των επαγγελματιών υγείας αλλά και της τοπικής κοινότητας. Η κοινότητα συμμετέχει με κρίσεις στα εξής κρίσιμα στάδια:

- Στον προσδιορισμό των προβλημάτων υγείας.
- Στον καθορισμό των στόχων και προτεραιοτήτων.
- Στην επεξεργασία των προσφορότερων λύσεων στα προβλήματα υγείας.
- Στην εφαρμογή και αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας.

Είναι λοιπόν προφανές, ότι ο ρόλος της κοινότητας στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι καταλυτικός τόσο στην ανάπτυξη των προγραμμάτων, όσο και στην υλοποίηση και αξιολόγησή τους.

Η διακήρυξη λοιπόν εστίασε και στο γεγονός ότι και άλλοι τομείς της οικονομίας και κοινωνικής ζωής πρέπει να προσφέρουν την υποστήριξή τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι τομείς της γεωργίας, της εκπαίδευσης, της στέγασης, των δημοσίων έργων, των συγκοινωνιών κ.τ.λ. πρέπει να παίξουν βασικό ρόλο σε θέματα όπως η αγωγή υγείας, η εξασφάλιση υγιεινού νερού, η αποχέτευση και η εξασφάλιση ικανοποιητικών συνθηκών στέγασης και εργασίας[21].

Η έννοια αυτή της διατομεακής συνεργασίας προχωρεί πολύ πιο πέρα από την απλή χρησιμοποίηση πόρων και μέσων άλλων τομέων για την πολιτική και τα προγράμματα υγείας. Σημαίνει την ενεργό συμμετοχή του τομέα υγείας στο σχεδιασμό των υπολοίπων τομέων και την υιοθέτηση από αυτούς των στόχων υγείας, που καθορίζονται από το γενικότερο υγειονομικό σχεδιασμό. Σημαίνει επίσης και την εισαγωγή κριτηρίων αξιολόγησης στον κάθε τομέα, συμπεριλαμβανομένου και του κριτηρίου της επίδρασης στη στάθμη υγείας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Τέλος, όταν υπάρχει σύγκρουση των στόχων υγείας με τους στόχους άλλων τομέων, αυτοί λαμβάνονται ιδιαίτερα υπόψη[22].

Η Διακήρυξη της Alma-Ata

Η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη για την ΠΦΥ που πραγματοποιείται στην Alma-Ata σήμερα, 12 Σεπτεμβρίου 1978, εκφράζοντας την ανάγκη για επείγουσα κινητοποίηση όλων των κυβερνήσεων, των επιστημόνων υγείας και της Παγκόσμιας Κοινότητας, με σκοπό να προστατεύσει και προαγάγει την υγεία όλου του πληθυσμού της γης, προβαίνει στην ακόλουθη διακήρυξη:

- I. Η συνάντηση επαναβεβαιώνει σταθερά ότι η Υγεία, η οποία αποτελεί κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ο πιο σημαντικός παγκόσμιος κοινωνικός στόχος, του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δραστηριοποίηση όχι μόνο του τομέα υγείας αλλά και πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων.

- II. Η κατάσταση ανισότητας ως προς την υγεία που επικρατεί ιδιαίτερα μεταξύ των αναπτυσσόμενων και ανεπτυγμένων χωρών αλλά και μεταξύ των κατοίκων της ίδιας χώρας είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη και επομένως αποτελεί κοινό θέμα προβληματισμού όλων των χωρών.
- III. Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, η οποία να βασίζεται σε μια νέα Παγκόσμια οικονομική πορεία, είναι απαραίτητη για την επιτυχία του στόχου «Υγεία για όλους» και τον περιορισμό του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προαγωγή και προστασία της υγείας των ανθρώπων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, συμβάλλει δε σε καλύτερη ποιότητα ζωής και παγκόσμια ειρήνη.
- IV. Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα και την υποχρέωση να συμμετέχουν ατομικά και συλλογικά στον προγραμματισμό και την διεκπεραίωση της φροντίδας υγείας τους.
- V. Οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να επιτευχθεί με την εξασφάλιση των αναγκών για την υγεία υπηρεσιών και μέσων. Βασικός κοινωνικός σκοπός των κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της Παγκόσμιας Κοινότητας τις επόμενες δεκαετίες και μέχρι το έτος 2000, πρέπει να είναι η εξασφάλιση, σε όλο το πληθυσμό της γης, επιπέδου υγείας το οποίο να τους επιτρέπει να ζουν παραγωγική κοινωνική και οικονομική ζωή. Η ΠΦΥ αποτελεί το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού αυτού.
- VI. Η ΠΦΥ, είναι ενσωματωμένο τμήμα τόσο του συστήματος Υγείας της χώρας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα και τη βασική δραστηριότητα, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και των οικογενειών της κοινότητας με το σύστημα Υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων με σκοπό την εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα αυτή.
- VII. Η ΠΦΥ:
- Πηγάζει και αντικατοπτρίζει τις οικονομικές συνθήκες καθώς και τα κοινωνικά, πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας και βασίζεται τόσο στην εφαρμογή των γνώσεων που προκύπτουν από τα αποτελέσματα έρευνας στους τομείς υγείας όσο και στην εμπειρία της Δημόσιας υγείας.

- Στοχεύει στα βασικά προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων της κοινότητας.
- Περιλαμβάνει τουλάχιστον: α) εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τα σπουδαιότερα προβλήματα υγείας και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού τους, β) εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής τροφής και νερού, γ) φροντίδα υγείας μητέρας και βρέφους καθώς και οικογενειακό προγραμματισμό, δ) εμβολιασμούς, ε) πρόληψη και περιορισμό των τοπικών ενδημικών νόσων, στ) κατάλληλη θεραπεία στα καθημερινά παρουσιαζόμενα νοσήματα και ατυχήματα, η) εξασφάλιση απαραίτητων φαρμάκων.
- Συνεργάζεται τόσο με τις άλλες υπηρεσίες υγείας όσο και με πολλούς άλλους τομείς της κοινωνικής και εθνικής ζωής όπως γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, κατοικία, εργασία, επικοινωνία, καθώς και όλους τους άλλους τομείς της κοινότητας, των οποίων επιδιώκει την υποστήριξη.
- Προωθεί και επιδιώκει τη μέγιστη δυνατή συμμετοχή των ατόμων στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών ΠΦΥ, χρησιμοποιώντας στο μεγαλύτερο βαθμό τοπικές, εθνικές και άλλες πηγές και μέσα. Για την επιτυχία του σκοπού αυτού με την κατάλληλη εκπαίδευση, αναπτύσσει στα άτομα της κοινότητας αυτή τη δυνατότητα συμμετοχής.
- Συντηρείται και ενισχύεται από συντονισμένο λειτουργικό και υποστηρικτικό σύστημα αναφοράς το οποίο οδηγεί στην προοδευτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας προς όλους, δίδοντας προτεραιότητα σε όσους βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη.
- Στηρίζεται στους επιστήμονες υγείας τόσο στο τοπικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο αναφοράς που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, βοηθητικό προσωπικό και άλλους κοινωνικούς εργάτες ανάλογα με τις ανάγκες, καθώς και οποιαδήποτε άλλα άτομα και ομάδες κατάλληλα εκπαιδευμένα και τεχνικά κατηρτισμένα με τα οποία συγκροτείται μια ομάδα με σκοπό να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κάθε κοινότητας.

VIII. Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να αναπτύξουν πολιτικές στρατηγικές και προγράμματα δράσης με σκοπό να εδραιώσουν την ΠΦΥ σαν τμήμα ενός αποτελεσματικού Εθνικού Συστήματος Υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς.

Για την επιτυχία του σκοπού αυτού χρειάζεται πολιτική θέληση για να χρησιμοποιηθούν οι πηγές που διαθέτει η κάθε χώρα και κάθε άλλη εξωτερική πηγή με αποτελεσματικό τρόπο.

- IX. Όλες οι χώρες πρέπει να συνεργαστούν με πνεύμα συναδελφικό για να εξασφαλίσουν υπηρεσίες υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό της γης. Διότι η εξασφάλιση υγιούς πληθυσμού σε μια χώρα αφορά άμεσα και έχει θετική επίδραση και στην άλλη. Η διακήρυξη αποτελεί τη στέρεα βάση για την επέκταση και ανάπτυξη της ΠΦΥ σε όλο τον κόσμο.
- X. Αποδεκτό επίπεδο υγείας στον κόσμο το 2000 μπορεί να επιτευχθεί με την καλύτερη και ολοκληρωτική χρησιμοποίηση των πηγών που διατίθενται παγκόσμια, μεγάλο μέρος των οποίων χρησιμοποιούνται σήμερα για πολεμικές επιχειρήσεις και εξοπλισμούς. Μια γενική πολιτική ειρήνης, ανεξαρτησίας των κρατών και αποστρατικοποίησης μπορεί και πρέπει να ελευθερώσει πρόσθετες πηγές οι οποίες μπορούν να διατεθούν ειρηνικά και συγκεκριμένα στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, της οποίας τμήμα πρέπει να διατεθεί και στην ΠΦΥ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Η διακήρυξη της Alma-Ata

Πηγή: Κυριακίδου Ε., Κοινωνική Νοσηλευτική. Αθήνα, εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ Σ.Α., 1998

Επιπροσθέτως, η διακήρυξη έδωσε ιδιαίτερη έμφαση σε δύο ακόμα σημαντικά ζητήματα, την ισοκατανομή των πόρων και την οικονομική ανάπτυξη. Όσον αφορά την οικονομική ανάπτυξη, αυτή θεωρείται μια ενιαία διαδικασία, στην οποία ο τομέας υγείας προσφέρει και ταυτόχρονα επωφελείται από τα επιτεύγματά της. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, για να δώσει ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας την απαραίτητη έμφαση στη σχέση υγείας και οικονομίας, στη συνδιάσκεψη της Alma-Ata του 1978, εκλήθησαν και μετείχαν, όχι μόνο οι υπουργοί υγείας των κρατών μελών, αλλά και οι αντίστοιχοι οικονομικοί υπουργοί. Συμπερασματικά, η διακήρυξη προώθησε την ιδέα ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι μια διαδικασία ανάπτυξης του συστήματος υγείας που στηρίζεται σε 4 άξονες:

- Τα μέρη του συστήματος υγείας υποστηρίζουν το κοινωνικό επίπεδο, που είναι κοντύτερα στην κοινότητα.
- Ισότιμη κατανομή των πόρων, έτσι ώστε να καλύπτεται το σύνολο του πληθυσμού.

- Ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας.
- Ενεργός συμμετοχή των άλλων τομέων της οικονομικής και κοινωνικής ζωής στην ανάπτυξη του τομέα υγείας[23].

Συνοψίζοντας, σύμφωνα και με το Ν. 3235/2004, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας περιλαμβάνει:

1. Τις υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
2. Την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
3. Τη νοσηλεία και παρακολούθηση των αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.
4. Την παροχή πρώτων βοηθειών και τη νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις μέχρι τη διακομιδή των ασθενών στο νοσοκομείο.
5. Τη διακομιδή των αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.
6. Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης των νοσημάτων.
7. Την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής.
8. Την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο.
9. Την ιατρική της εργασίας.
10. Την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας.
11. Την ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού με την οργάνωση και πραγματοποίηση διαλέξεων και επιστημονικών συναντήσεων.
12. Την εκπαίδευση των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.
13. Την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
14. Τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού.
15. Τη συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με γιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής για αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας[24].

Επιπλέον, το σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τις υπηρεσίες που παρέχει αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:

- α. της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
- β. της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου,
- γ. της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερόμενου,
- δ. τον προσανατολισμό του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, μέσω μιας συντονισμένης παροχής υπηρεσιών και τέλος,
- στ. της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας[24].

2.2 Φορείς παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

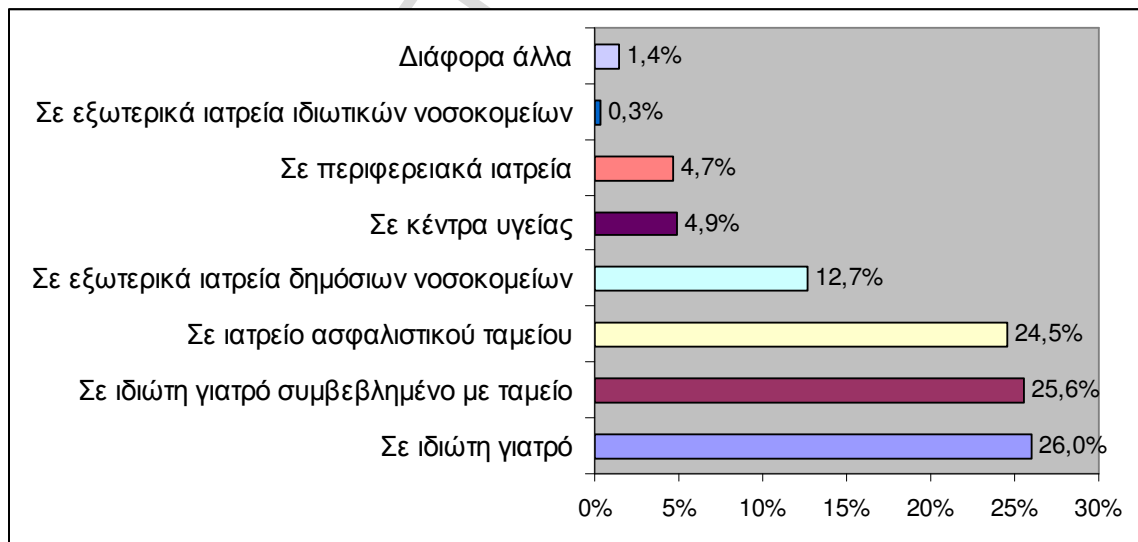
Η παροχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη χώρα μας περιλαμβάνει ένα πλήθος διαφορετικών διαδικασιών και τρόπων διανομής. Στην Ελλάδα το πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδα υγείας αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής των ασθενών, στα οποία ο ασθενής έρχεται σε πρώτη επαφή με τους επαγγελματίες υγείας (γιατρό, μαία, νοσηλεύτρια/τη, επισκέπτρια υγείας, κοινωνικό λειτουργό, κ.α.). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλή προσπελασιμότητα χωρίς σημαντικούς οικονομικούς, διοικητικούς ή άλλους περιορισμούς. Ο κάθε πολίτης δύναται να επισκεφθεί όποια ειδικότητα επιθυμεί, εφόσον είναι διαθέσιμη και χωρίς περιορισμό επισκέψεων. Επομένως, η χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών καθορίζεται περισσότερο από τον ίδιο τον ασθενή και λιγότερο από τους γιατρούς.

Στις αγροτικές περιοχές στις οποίες κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού της χώρας, το οποίο καλύπτεται ασφαλιστικά στην πλειονότητα του από τον ΟΓΑ (περίπου 70%), η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από το ΕΣΥ, μέσα από τα κέντρα υγείας (αγροτικού τύπου), τα περιφερειακά τους ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νομαρχιακών νοσοκομείων και τέλος από ιδιώτες ιατρούς.

Στις αστικές περιοχές στις οποίες κατοικεί αντίστοιχα το 70% του πληθυσμού της χώρας και καλύπτεται ασφαλιστικά κυρίως από το ΙΚΑ (περίπου 60%), η πρωτοβάθμια

φροντίδα υγείας παρέχεται από τα ολιγάριθμα Κέντρα υγείας των περιοχών αυτών, το δίκτυο μονάδων υγείας (πολύιατρεία) του ΙΚΑ το οποίο διαθέτει δικές του λειτουργικές υποδομές και τα άλλα, περιορισμένα σε αριθμό, ιατρεία άλλων ασφαλιστικών οργανισμών (ΟΣΕ, ΗΣΑΠ, κ.α.) που λειτουργούν κυρίως στην Αθήνα και δεν διαθέτουν τις ίδιες δομές, τα ελάχιστα δημοτικά ιατρεία που έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται τα τελευταία χρόνια παρέχοντας περιορισμένο όγκο υπηρεσιών, τους ιδιώτες γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τον ευρύτερο ιδιωτικό τομέα είτε με τη μορφή ιατρείου είτε με τη μορφή των διαγνωστικών κέντρων, ενώ ο μεγάλος όγκος των ασθενών επισκέπτεται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, αυξάνοντας τον ήδη επιβαρυσμένο ρόλο τους.

Δεδομένα χρήσης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών που αφορούν τη χώρα μας προκύπτουν από την έρευνα “Hellas Health I” που διενήργησε το ινστιτούτο κοινωνικής και προληπτικής ιατρικής το 2006. Όπως φαίνεται στο Γράφημα 4, το 75% των ερωτώμενων προσφεύγει αθροιστικά σε ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους (26%) ή μη με τα ταμεία (25,6%) και σε ιατρεία ασφαλιστικών ταμείων (24,5%) για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επόμενη επιλογή των ερωτώμενων είναι τα Εξωτερικά Ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων με 12,7%, ενώ στα Κέντρα Υγείας προσφεύγει μόλις το 4,9% των ερωτώμενων[25].



ΓΡΑΦΗΜΑ 5: Σημεία Ιατρικής Φροντίδας

Πηγή: Τούντας Γ. και συν., Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006, 2008[25].

Στη συνέχεια ακολουθεί αναλυτική περιγραφή των φορέων παροχής Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας.

2.2.1 Κέντρα Υγείας Αγροτικού και Αστικού Τύπου



ΕΙΚΟΝΑ 3: Πηγή: www.pepla.blogspot.com/2011/03/blog-post_1919.html

Ο θεσμός των Κέντρων υγείας ξεκίνησε στην Αγγλία το 1920 και σήμερα αποτελεί τη βασική μορφή πρωτοβάθμιας περίθαλψης κυρίως στις αστικές και ημιαστικές περιοχές των περισσότερων χωρών της Ευρώπης. Η τάση αυτή έχει επικρατήσει τόσο στις χώρες που αποτέλεσαν τους ένθερμους υποστηρικτές της διακήρυξης της Alma-Ata (π.χ. Σκανδιναβικές ή Κάτω Χώρες) αλλά και σε χώρες με διαφορετική υγειονομική παράδοση όπως η Μ. Βρετανία, η Ισπανία και η Πορτογαλία.

Στην εκάστοτε χώρα όμως, η μορφή των κέντρων υγείας ποικίλει. Παρ' όλα αυτά, παρατηρούνται δύο κοινά χαρακτηριστικά, η πολυδυναμία εφόσον προσφέρει μεγάλη γκάμα υπηρεσιών υγείας και η αυτοδυναμία, υπό την έννοια ότι διαθέτει τους κατάλληλους πόρους και τις αποφασιστικές αρμοδιότητες, εξασφαλίζοντας τη διοικητική αυτοτέλεια του, ώστε να προσφέρει τις υπηρεσίες αυτές κατά τρόπο προσαρμοσμένο στις τοπικές ιδιαιτερότητες[14]. Σε αυτά τα πλαίσια ο χώρος του νοσοκομείου λειτουργεί σε ένα υποστηρικτικό επίπεδο, οι σχέσεις του με τα Κέντρα Υγείας είναι αμφίδρομες και προσδιορίζονται από τη συνεργασία και τη συμπληρωματικότητα.

Τα Κέντρα Υγείας συστάθηκαν με τον Ν. 1397/1983 (ιδρυτικός νόμος ΕΣΥ) και αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των κατά τόπους νοσοκομείων. Βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση

με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά, ενώ γύρω τους λειτουργούν περιφερειακά ιατρεία, τα οποία είναι στελεχωμένα κατά κύριο λόγο με αγροτικούς ιατρούς

Μολονότι ο Ν. 1397/1983 προέβλεπε την οργάνωση και τη λειτουργία Κέντρων Υγείας τόσο στα αστικά κέντρα όσο και στην ύπαιθρο, μέχρι σήμερα έχουν δημιουργηθεί και λειτουργούν κυρίως Κέντρα Υγείας Αγροτικού Τύπου που καλύπτουν τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προκειμένου να καλυφθούν τα τεράστια κενά που υπήρχαν σε υγειονομική περίθαλψη στις αγροτικές περιοχές και να εξαλειφθούν οι κοινωνικές ανισότητες ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την υπόλοιπη χώρα[22]. Εξαιρέση αποτελούν τα λιγοστά Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου που εδρεύουν στις 2 μεγαλύτερες αστικές περιοχές της χώρας (Αθήνα, Θεσσαλονίκη).

Σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, με τη δυνατότητα συνεχούς και δωρεάν παροχής υπηρεσιών όλο το 24ωρο, με τη διάθεση των απαραίτητων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων ώστε να λύνεται κάθε κοινό πρόβλημα υγείας σε τοπικό επίπεδο και να αποφεύγεται η άσκοπη προσφυγή στην τριτοβάθμια περίθαλψη. Επιπροσθέτως, το ίδιο ισχύει και για τα περιφερειακά ιατρεία των Κέντρων Υγείας.

Τα Κέντρα Υγείας στα πλαίσια της σύγχρονης αντίληψης περί πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας παρέχουν υπηρεσίες που προσανατολίζονται ειδικότερα στα εξής:

1. **Πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη:** διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση στις περιπτώσεις που δεν είναι απαραίτητη η νοσηλεία στο νοσοκομείο. Η παροχή της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης συνίσταται στη διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων, τραυματισμών καθώς και επαγγελματικών ασθενειών. Επίσης, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συμπεριλαμβάνεται η αποθεραπεία και αποκατάσταση (φυσική και κοινωνική) του αρρώστου μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

2. **Διαδικασία προληπτικής υγιεινής όπως:** εμβολιασμοί, παιδική υγιεινή, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας. Το Κέντρο Υγείας εφαρμόζει προγράμματα προληπτικής ιατρικής που απευθύνονται στον πληθυσμό της περιοχής ευθύνης του. Ένα τέτοιο πρόγραμμα περιλαμβάνει: διενέργεια εμβολιασμών, προσυμπτωματικό έλεγχο, έλεγχο συνθηκών υγιεινής, διατροφής, πρόληψη και αντιμετώπιση τοπικών χρόνιων και ενδημικών νοσημάτων, προσχολική και σχολική υγιεινή και αγωγή υγείας με τη συμμετοχή της κοινότητας.

3. **Κοινωνική φροντίδα:** κατ' οίκον νοσηλεία χρόνια πασχόντων ασθενών και κοινωνική φροντίδα σε ομάδες πληθυσμού με ιδιαίτερα προβλήματα. Οι στόχοι της κοινωνικής φροντίδας αφορούν κυρίως τη μελέτη και προληπτική υποστήριξη δυσμενών κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών καταστάσεων, ατόμων και ομάδων, την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, οικογενειακών σχέσεων και κοινωνικής ζωής, την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του στο στάδιο της αρρώστιας και αποθεραπείας του και τέλος της αποκατάστασης και επαναπροσαρμογής του στο κοινωνικό περιβάλλον[26].

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι όλα τα υγειονομικά στελέχη είναι υπεύθυνα για την υλοποίηση των παραπάνω στόχων. Αποφασιστικής σημασίας όμως για την επιτυχία του εγχειρήματος είναι η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας, η στενή συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και τους κοινωνικούς φορείς.

Αναφορικά με τον διαχωρισμό των Κέντρων Υγείας, κρίνεται απαραίτητη η αποσαφήνιση και η περιγραφή των υπαρχόντων μορφών τους (Κέντρα Υγείας Αγροτικού και Αστικού Τύπου). Αναλυτικότερα, τα Κέντρα Υγείας **Αγροτικού Τύπου** παρέχουν υπηρεσίες ανοιχτής περίθαλψης και φροντίδας υγείας στον αγροτικό πληθυσμό. Το φάσμα των δραστηριοτήτων είναι ευρύ. Είναι στελεχωμένα με γιατρούς βασικών ειδικοτήτων (γενικοί ιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι, μικροβιολόγοι, ακτινολόγοι, οδοντίατροι). Αυτοί συνεπικουρούνται από νοσηλεύτες, τεχνικό ή διοικητικό προσωπικό. Υπάρχει επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση τους με κάποιο νοσοκομείο στο οποίο παραπέμπονται οι ασθενείς όταν κριθεί αναγκαίο. Συνήθως δε, υπάρχει και βραχεία νοσηλεία.

Στη χώρα μας λειτουργούν συνολικά 192 Κέντρα Υγείας τέτοιου τύπου(Πίνακας 3), ενώ η χωροθέτηση των περισσότερων από αυτά έγινε με βάση γεωγραφικά, πληθυσμιακά και κοινωνικό-οικονομικά κριτήρια. Το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το Κέντρο Υγείας αποτελεί το ανώτατο όργανο διοίκησης του Κέντρου Υγείας. Στο Κ.Υ. προΐσταται διευθυντής γιατρός που ορίζεται κατόπιν επιλογής μεταξύ των μελών της ιατρικής υπηρεσίας του Κ.Υ. Ο διευθυντής συνεπικουρείται στο έργο του από τους προϊστάμενους της νοσηλευτικής υπηρεσίας και της διοικητικής υπηρεσίας του Κ.Υ.

Τα Κέντρα Υγείας **Αστικού Τύπου** έχουν σκοπό να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα, στα μεγάλα αστικά κέντρα. Πρόκειται για δομές οι οποίες θα εξασφαλίζουν την ελάχιστη και αναγκαία, αλλά επαρκή και ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, με επίκεντρο την προαγωγή της υγείας και

την προληπτική ιατρική. Η λειτουργία Κέντρων Υγείας σε αστικές περιοχές καλύπτει πληθυσμό περίπου 100.000 κατοίκων και αποτελεί μεγάλη ανάσα για τα νοσοκομεία, καθώς συμβάλλει στην αποσυμφόρησή τους, μειώνοντας σημαντικά τον όγκο εργασίας, σε επίπεδο τόσο επειγόντων περιστατικών όσο και τακτικών ιατρείων. Το γεγονός αυτό διευκολύνει αφενός τα νοσοκομεία και αφετέρου τους ασθενείς, αφού η πρόσβαση είναι ευκολότερη και η εξυπηρέτηση ταχύτερη και αποτελεσματικότερη. Τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου που λειτουργούν στη χώρα μας και κατ' εξοχήν στην Αττική και τη Θεσσαλονίκη είναι τα εξής[13, 27]:

- Κ.Υ. Αχαρνών Αττικής (Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού ΑΕΜΥ).
- Κ.Υ. Βύρωνα Αττικής.
- Κ.Υ. Ελευσίνας Αττικής.
- Κ.Υ. Καλυβίων Αττικής.
- Κ.Υ. Κερατσινίου Αττικής.
- Κ.Υ. Περιστερίου Αττικής.
- Κ.Υ. Σαλαμίνας Αττικής.
- Κ.Υ. Οδού Φράγκων Θεσσαλονίκης.
- Κ.Υ. Ευόσμου Θεσσαλονίκης.
- Κ.Υ. Καλλικράτειας Θεσσαλονίκης.
- Κ.Υ. Καμένων Βούρλων.



ΕΙΚΟΝΑ 4: Εξωτερική άποψη του Αστικού Κέντρου Υγείας Καλυβίων

Πηγή: Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» 2000 – 2006. Ανάπτυξη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, 2006[27]

Προκειμένου να εφαρμοστούν οι αρχές της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, τα Αστικά Κέντρα Υγείας πρέπει να πληρούν τις εξής τρεις κατηγορίες προδιαγραφών:

- Πολεοδομικές.
- Κτιριολογικές – κτιριοδομικές.
- Λειτουργικές.

Παρακάτω παρουσιάζεται καθεμία από αυτές, ώστε να γίνει κατανοητός ο τρόπος λειτουργίας και ο ρόλος ενός Αστικού Κέντρου Υγείας.

Πολεοδομικές προδιαγραφές

Διαμορφώνονται από μια σειρά κριτηρίων (δημογραφικά, γεωγραφικά - συγκοινωνιακά, κοινωνικο-οικονομικά, περιβαλλοντικά, επιδημιολογικά κ.ά.), τα οποία αποδίδουν την εικόνα των διοικητικών ενοτήτων ενός πολεοδομικού συγκροτήματος, στα όρια του οποίου θα γίνει η χωροθέτηση μίας μονάδας υγείας.

Κτιριολογικές - Κτιριοδομικές προδιαγραφές

Οι προδιαγραφές αυτές καθορίζονται από κριτήρια, αναφορικά με την περιγραφή των απαιτούμενων χώρων, του αναγκαίου εξοπλισμού και ενός ενδεικτικού προϋπολογισμού για το κόστος κατασκευής και προμήθειας του εξοπλισμού. Σύμφωνα με το κτιριολογικό πρόγραμμα του υπουργείου Υγείας, οι βασικότεροι χώροι ενός Αστικού Κέντρου Υγείας περιλαμβάνουν:

- εξεταστήρια (χώροι εξέτασης των ασθενών ανά ιατρική ειδικότητα, καθώς και γραφεία ιατρών και παραϊατρικού προσωπικού, χώρος υποδοχής - αναμονής ανά εξεταστήριο).
- τμήμα Α΄ Βοηθειών – βραχείας νοσηλείας.
- εργαστήρια (ακτινολογικό, μικροβιολογικό).
- χώρους παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (γραφείο κοινωνικού λειτουργού, υποδοχή επισκεπτών, γραφεία προσωπικού, γραφεία συναντήσεων-συνεντεύξεων).
- χώρους εξυπηρέτησης κοινού και προσωπικού.
- χώρους συναφών επαγγελμάτων (γραφείο διαιτολόγου και επόπτη δημόσιας υγείας, γραφείο φυσιοθεραπευτή, αίθουσα φυσιοθεραπείας, αίθουσα υδροθεραπείας, αποδυτήρια).
- χώρους διοίκησης.

- χώρους λοιπού προσωπικού (γραφείο τεχνικών-συντηρητών, γραφείο θυρωρού, αίθουσα προσωπικού καθαριότητας, αποδυτήρια).
- βοηθητικούς χώρους (αποθήκες, γενικές αποθήκες -αναλωσίμων, ιατρικών μηχανημάτων, ιατρικών αερίων, οργάνων γυμναστικής- χώρος ακαθάρτων, χώρος ακάθαρτου ιματισμού, φαρμακείο, λεβητοστάσιο-καυστήρας, χώρος Η/Μ εγκαταστάσεων, χώρος εγκαταστάσεων πυρόσβεσης).

Λειτουργικές προδιαγραφές

Οι λειτουργικές προδιαγραφές απαρτίζονται από ένα σύνολο κριτηρίων, τα οποία σχετίζονται με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών σε μια μονάδα υγείας, τη λειτουργική και διοικητική της οργάνωση, τις ειδικότητες και τον αριθμό του απαιτούμενου προσωπικού για τη στελέχωσή της.

1. Υπηρεσίες

Τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου είναι απαραίτητο να παρέχουν ένα σύνολο υπηρεσιών που θα καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια πρόληψη και κοινωνική φροντίδα. Αναλυτικότερα, οι κατηγορίες των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι:

Ιατρικές Υπηρεσίες

A) Πρόληψη

- Υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού και συμβουλές σε θέματα υγιεινής και πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Υγεία στο χώρο εργασίας.
- Έγκαιρη διάγνωση.
- Σχολική υγιεινή (εμβολιασμοί, οδοντιατρικός έλεγχος, έλεγχος όρασης, ακοής, ενημέρωση για καρδιαγγειακά νοσήματα, έλεγχος σωματομετρικών δεικτών των μαθητών, έλεγχος βιβλιαρίων υγείας κ.ά.).

B) Διάγνωση και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

- Συνέντευξη - κλινική εξέταση - διάγνωση και θεραπεία απλών περιπτώσεων, τόσο από οικογενειακούς - προσωπικούς ιατρούς όσο και από ιατρούς ειδικοτήτων.
- Εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικό, ακτινολογικό, υπερήχων, οδοντοπροσθετικό).

Γ) Α' Βοήθειες

- Μικροεπεμβάσεις.
- Προετοιμασία του ασθενή για διακομιδή σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Δ) Φυσική Ιατρική - Αποκατάσταση

- Ανάπτυξη μεθόδων θεραπείας από το παρελθόν προσαρμοσμένες στη σύγχρονη τεχνολογία (π.χ. υδροθεραπεία).
- Ασκήσεις φυσιοθεραπείας.

Ε) Οικογενειακή Ιατρική με εφαρμογές Πληροφορικής

- Εκπαίδευση απομονωμένων ιατρών μέσω του διαδικτύου.
- Δημιουργία αρχείου ιατρικών ιστορικών.
- Εφαρμογή λογισμικού σχετικού με την ορθή επιλογή φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον ιατρό.
- Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεικτών υγείας.
- Χρήση εφαρμογών όπως η τηλεματική, η τηλεδιάσκεψη και η τηλεϊατρική.

ΣΤ) Εκπαίδευση Ιατρών και λοιπού Προσωπικού

- Ανάπτυξη ενός θέματος από ένα ιατρό ή από ειδικούς ομιλητές και πραγματοποίηση συζήτησης στη συνέχεια.
- Επιστημονικές προβολές από φαρμακευτικές εταιρείες.

Νοσηλευτικές Υπηρεσίες

- Βραχεία νοσηλεία για ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς σε έκτακτες περιπτώσεις ή για παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης.
- Θάλαμος μόνωσης για ειδικά περιστατικά.

Κοινωνικές και Συμβουλευτικές Υπηρεσίες

- Πληροφόρηση και συμβουλές σε θέματα όπως η αγωγή υγείας, η αντισύλληψη, ο αλκοολισμός, τα ναρκωτικά, η αιμοδοσία, το κάπνισμα κ.ά.
- Οικογενειακός προγραμματισμός.
- Κοινωνική φροντίδα των νέων.

Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες

- Παροχή φαρμάκων.
- Νοσηλεία στο σπίτι.
- Προστασία μητρότητας.
- Παράδοση μαθημάτων ανώδυνου τοκετού.
- Διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού.
- Οργάνωση τράπεζας αίματος.
- Τηλεφωνική συμβουλευτική υπηρεσία.

Διοικητικές Υπηρεσίες

- Υπηρεσία προγραμματισμένων επισκέψεων των δικαιούχων.
- Γραφείο Πληροφοριών και Προσανατολισμού των προσερχόμενων επισκεπτών – ασθενών[27].

2. Οργανωτικό Διάγραμμα

Το Οργανωτικό Σχήμα των Κέντρων Υγείας Αστικών Περιοχών στοχεύει στην ενίσχυση της αποδοτικότητας και στην υποστήριξη του νέου λειτουργικού προτύπου. Οι βασικές παράμετροι που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την πληρέστερη σχεδίαση της δομής ενός Κέντρου Υγείας Αστικών Περιοχών είναι οι ακόλουθες:

- Ευελιξία οργάνωσης και διοίκησης
- Δημόσιος χαρακτήρας
- Σαφής καθορισμός αρμοδιοτήτων και καθηκόντων των Διευθύνσεων και Τμημάτων της Κεντρικής Διοίκησης
- Αποκέντρωση της λήψης αποφάσεων
- Διασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνίας και ροής της Πληροφορίας
- Αξιοποίηση και ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού
- Χρησιμοποίηση των υφιστάμενων πόρων
- Λειτουργία του Κέντρου με βάση τα σύγχρονα διεθνή πρότυπα[27].

Οι βασικές συνιστώσες της οργάνωσης εντοπίζονται σε τρία επίπεδα:

A) Επίπεδο Διοίκησης

Το Διοικητικό Σχήμα ενός Κέντρου Υγείας Αστικής Περιοχής αποτελείται αρχικά από τον Διευθυντή, που δεν θα ασκεί ιατρικά καθήκοντα, αλλά θα έχει διοικητικές αρμοδιότητες, ενώ θα προΐσταται επίσης και της Διεύθυνσης Ιατρικών Υπηρεσιών. Επίσης, αναγκαίος είναι ο ορισμός του Αναπληρωτή Διευθυντή.

B) Επίπεδο παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών

Ο οικογενειακός - προσωπικός ιατρός αποτελεί το θεμέλιο λίθο για την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών και πλαισιώνεται από ιατρούς ειδικότητας, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτικό προσωπικό. Ο οικογενειακός - προσωπικός ιατρός, δεδομένου ότι αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των δικαιούχων με το σύστημα, διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας και διαχειρίζεται την αγωγή - προαγωγή της υγείας, τον προσυμπτωματικό έλεγχο και την προληπτική ιατρική.

Γ) Επίπεδο παροχής Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

Προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες όπως οι Α' Βοήθειες, οι τηλεφωνικές συμβουλευτικές υπηρεσίες, η κατ' οίκον νοσηλεία και η κάλυψη των αναγκών υγείας καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου, είναι αναγκαία η ύπαρξη νοσηλευτικού προσωπικού, παραϊατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού. Ιδιαίτερη έμφαση χρειάζεται να δοθεί στην εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού στην παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας[27].

Η γεωγραφική κατανομή των κέντρων υγείας στον Ελληνικό χώρο παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα 3.

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ
Περιφέρεια Αττικής	10	7
Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	24	1
Θεσσαλία	17	
Πελοπόννησος	35	
Μακεδονία	42	3
Θράκη	8	
Ήπειρος	16	
Νησιά Ιονίου	8	
Νησιά Αιγαίου	18	
Κρήτη	14	
ΣΥΝΟΛΟ	192	11

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Γεωγραφική κατανομή των Κέντρων Υγείας

Πηγή: <http://www.yyka.gov.gr/>

2.2.2 Εξωτερικά Ιατρεία Κρατικών Νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ αποτελούν μονάδες κλειστής περίθαλψης περιλαμβάνοντας όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του ασθενή. Ωστόσο, στα νοσοκομεία παρέχονται και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης από το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Στο Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων γίνεται παρακολούθηση των

ασθενών μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, εφόσον υπάρχει σχετική ιατρική ένδειξη και ιατρική εξέταση των περιστατικών που δεν έχουν επείγοντα χαρακτήρα. Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία πρέπει να καλύπτουν όλες τις ιατρικές ειδικότητες που υπάρχουν στο νοσοκομείο, ενώ η προσέλευση των ασθενών γίνεται κατόπιν ραντεβού σε συγκεκριμένες ημέρες και ώρες. Επιπλέον, ο αριθμός των προς εξέταση ασθενών στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο είναι συγκεκριμένος.

Πρόσβαση στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία έχουν όλοι πολίτες, ασφαλισμένοι και μη, καταβάλλοντας κάθε φορά ένα συμβολικό αντίτιμο – εισιτήριο (5€) προκειμένου να εξεταστούν. Υπάρχουν ωστόσο περιορισμοί στην απόδοση της δαπάνης των ασφαλιστικών φορέων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Το ΙΚΑ πληρώνει μόνο σε νοσοκομεία που έχει συμβληθεί και ο ΟΑΕΕ μόνο σε έκτακτα περιστατικά[28].

Η αντιμετώπιση τώρα των ασθενών που χρίζουν άμεσης περίθαλψης γίνεται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου. Το τμήμα αυτό οφείλει να λειτουργεί σε ανεξάρτητη βάση για την άμεση αντιμετώπιση και καλύτερη διακίνηση ασθενών με επείγοντα προβλήματα υγείας[14]. Απαραίτητη προϋπόθεση για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών είναι η λειτουργία του σε εικοσιτετράωρη βάση, η διαθεσιμότητα και επάρκεια κατάλληλου και έμπειρου προσωπικού και τέλος κατάλληλου υλικοτεχνικού εξοπλισμού.

Επιπροσθέτως, αναπόσπαστο κομμάτι της λειτουργίας του Τμήματος Εξωτερικών Ιατρείων θα πρέπει να θεωρηθούν το τμήμα νοσηλείας μιας ημέρας ή η μονάδα βραχείας νοσηλείας καθώς και οι δραστηριότητες οι οποίες αφορούν την άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής, στο πλαίσιο εφαρμογής σχετικών προγραμμάτων.

Τα εξωτερικά ιατρεία λειτουργούν περιοδικά, με τους ειδικευόμενους γιατρούς του νοσοκομείου, τους επιμελητές και τους διευθυντές. Ο Διοικητικός Διευθυντής κάθε νοσοκομείου είναι υπεύθυνος για την ομαλή λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων, την τήρηση του ωραρίου, την οργάνωση της Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, την εναλλαγή του ιατρικού προσωπικού, καθώς και τη στελέχωση τους με το απαραίτητο νοσηλευτικό και λοιπό βοηθητικό προσωπικό.

2.2.3 Ιατρεία και Πολυϊατρεία Ασφαλιστικών Οργανισμών

Στην Ελλάδα οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης μετά την συγχώνευσή τους, στα πλαίσια των διαρθρωτικών ασφαλιστικών αλλαγών, ανέρχονται σε μόλις 11 συγκριτικά με την πληθώρα των ασφαλιστικών οργανισμών των περασμένων ετών. Οι περισσότεροι

από αυτούς παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσα από συμβάσεις που έχουν συνάψει με ιδιώτες γιατρούς και εργαστήρια. Ωστόσο, μερικοί ασφαλιστικοί φορείς, οι οποίοι κατά κανόνα αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, εξακολουθούν να διατηρούν σε λειτουργία ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας περίθαλψης. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες ποικίλουν μεταξύ των διαφόρων ασφαλιστικών οργανισμών ως προς το είδος, την έκταση και την ποιότητά τους. Ωστόσο, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές και ως προς τον τρόπο παροχής τους.

Αν εξαιρέσουμε το ΙΚΑ, οι υπόλοιποι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης διαθέτουν υγειονομική υποδομή μικρότερης εμβέλειας χωρίς τη δυνατότητα παροχής όλου του φάσματος των υπηρεσιών. Κατά συνέπεια, μέρος των υπηρεσιών αυτών παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα. Η λειτουργία αυτών των ιατρείων και των πολυϊατρείων διέπεται από τον κανονισμό λειτουργίας του ασφαλιστικού φορέα στον οποίο ανήκουν. Σκοπός τους είναι η κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων τους για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ στελεχώνονται με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτικό, παραϊατρικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό.

Το κύριο χαρακτηριστικό των παραπάνω μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι ότι περιορίζονται σε στοιχειώδη μόνο ιατρική φροντίδα, με σχεδόν παντελή έλλειψη κάθε μορφής προληπτικών δραστηριοτήτων, ενημερωτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων προαγωγής της υγείας. Αξιοσημείωτο παραμένει και το γεγονός ότι οι υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Είναι λοιπόν σαφές, ότι ο τρόπος παροχής της ΠΦΥ από τους παραπάνω φορείς δεν πληροί τα διεθνή πρότυπα λειτουργίας της, με εξαίρεση ίσως ενδεχομένως το δίκτυο ιατρείων του ΙΚΑ, που παραμένει όμως οργανωτικά και λειτουργικά σε πεπαλαιωμένα σχήματα και μεθόδους.

Το ΙΚΑ αποτελεί τον μεγαλύτερο ασφαλιστικό φορέα της χώρας αφού ασφαλιζει και παρέχει ιατρική περίθαλψη στην πληθώρα του ελληνικού πληθυσμού που βρίσκεται κυρίως στα αστικά κέντρα. Παρέχει υπηρεσίες από ένα δικό του δίκτυο μονάδων υγείας, καθώς διαθέτει το μεγαλύτερο αριθμό σημείων διανομής φροντίδων υγείας και συμμετέχει περίπου κατά 45% - 50% στο συνολικό όγκο παραγωγής ιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας. Επίσης διαθέτει και την μεγαλύτερη πυκνότητα ιατρικού δυναμικού σε σχέση με τον πληθυσμό. Σε περιπτώσεις όπου η υλικοτεχνική υποδομή και το ανθρώπινο δυναμικό του ιδρύματος δεν επαρκούν, συνάπτει συμβάσεις με άλλους δημόσιους και ιδιώτες προμηθευτές υπηρεσιών υγείας[28].

Το ΙΚΑ ιδρύθηκε το 1934, το οποίο στη συνέχεια έθεσε σε λειτουργία τα πρώτα πολυϊατρεία. Η δομή του συνίσταται σε Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας οι οποίες συνήθως έχουν σαν δορυφόρους, τις Τοπικές Μονάδες Υγείας. Οι μονάδες λειτουργούν για περίπου 12 ώρες ημερησίως, ενώ για τις υπόλοιπες ώρες οι ασφαλισμένοι του ιδρύματος επιλέγουν να εξυπηρετούνται από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και από ιδιωτικές κλινικές με τις οποίες είναι συμβεβλημένο το ΙΚΑ[29].

Το ΙΚΑ έχει αναπτύξει επίσης ένα ευρύ φάσμα δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ όπως[25]:

- Κέντρα Προστασίας Μάνας και Παιδιού
- Κέντρο Προγεννητικού Ελέγχου (Αθήνα)
- Κέντρα Μαστού (Αθήνα, Βέροια, Ηράκλειο, Πάτρα, Βόλος, Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα, Κοζάνη, Αλεξανδρούπολη)
- Διαγνωστικό Κέντρο Ιατρικής της Εργασίας (Αθήνα)
- Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα)
- Μονάδα Προληπτικής Ιατρικής (Αλεξανδρούπολη)
- Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού (Αθήνα, Πάτρα, Ηράκλειο, Αλεξανδρούπολη, Δράμα, Λάρισα, Θεσσαλονίκη)
- Διαγνωστικά Πνευμονολογικά Κέντρα (Αθήνα)
- Γραφεία Κοινωνικής Μέριμνας (Αθήνα, Ηράκλειο, Πάτρα, Θεσσαλονίκη, Καρδίτσα, Μυτιλήνη)
- 2 υπηρεσίες υγειονομικών επιτροπών αναπηρίας
- 2 γραφεία συντονιστών υγείας.

Τέλος, το ΙΚΑ διαθέτει συμβάσεις με πάνω από 2.800 ιδιωτικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και φυσικοθεραπευτήρια, που πραγματοποιούν διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις που δεν γίνονται στο ΙΚΑ[30]. Στη συνέχεια παρουσιάζεται στον πίνακα 4 η περιφερειακή κατανομή των μονάδων του ΙΚΑ.

Περιφέρειες	Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας	Τοπικές Μονάδες Υγείας	Υποκαταστήματα
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	5	0	4
Αττικής	4	34	16
Βορείου Αιγαίου	2	0	3

Δυτικής Ελλάδας	3	4	4
Δυτικής Μακεδονίας	3	1	2
Ηπείρου	3	0	2
Θεσσαλίας	4	0	4
Ιόνιων Νησιών	1	0	3
Κεντρικής Μακεδονίας	5	8	6
Κρήτης	3	0	5
Νοτίου Αιγαίου	2	0	4
Πελοποννήσου	4	1	5
Στερεάς Ελλάδας	3	2	7
Σύνολο	42	50	65

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή υπηρεσιών ΙΚΑ ανά περιφέρεια.

Πηγή: ΙΚΑ, 2006.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι ο νέος Νόμος που ψηφίστηκε στις 15-2-11 από την κυβερνητική πλειοψηφία στη Βουλή, στα πλαίσια της δημοσιονομικής πολιτικής για την αναδιάρθρωση της υγείας και τη μείωση των δαπανών της, ενοποιεί τους κλάδους υγείας του ΙΚΑ, του ΟΠΑΔ, του ΟΑΕΕ και του ΟΓΑ και συγκροτεί τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), στον οποίο μεταφέρεται το σύνολο του ενεργητικού και παθητικού τους, όλη η κινητή και ακίνητη περιουσία τους και το προσωπικό τους, με σκοπό την ενιαία και οικονομικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους των οργανισμών αυτών. Ταυτόχρονα τα νοσοκομεία του ΙΚΑ εντάσσονται στο ΕΣΥ.

Ο νέος Οργανισμός, συγκροτείται ως τεράστιο ολιγοψώνιο για «ενιαίους κανόνες αγοράς υπηρεσιών» και δεν αναλαμβάνει καμία ευθύνη έναντι των ανασφάλιστων, των άπορων και των μεταναστών, ενώ άρχισε να λειτουργεί από την 1-6-11 στο σύνολο της χώρας. Στις αρμοδιότητές του είναι «η διαχείριση της περιουσίας του ΕΟΠΥΥ, η επενδυτική πολιτική και αξιοποίηση των κεφαλαίων αλλά και η σύναψη συμβάσεων με παρόχους υγείας όπως ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, κέντρα αποκατάστασης-αποθεραπείας, κ.ά.[31].

Οι συγκεκριμένες όμως παροχές υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του, δεν περιγράφονται πουθενά, ούτε και ο τρόπος παροχής τους. Το βέβαιο είναι ότι αυτές,

(όπως κι αν προσδιορισθούν με την κυβερνητική υιοθέτηση του καταναλωτικού μοντέλου δαπανών, κι όχι με την οργάνωση της ΠΦΥ) θα οριοθετούνται με πλαφόν από τους πόρους του Οργανισμού, ενώ θα χρησιμοποιούν κυρίως τις ανεπαρκείς υποδομές και τη στελέχωση του ΙΚΑ. Σύμφωνα με το νέο νόμο, οι πόροι θα προέρχονται από: την ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό σε ποσοστό 0,6% που αφορά τη συμμετοχή του Δημοσίου στην τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων για τον κλάδο ασθένειας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και του ΟΑΕΕ και την κρατική συμμετοχή για τον ΟΓΑ, τις ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθένειας σε είδος ασφαλισμένου – εργοδότη, τη θέσπιση εργοδοτικής εισφοράς του Δημοσίου σε ποσοστό 5,1% επί των πάσης φύσεως αποδοχών των δημοσίων υπαλλήλων, τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους Ασφαλιστικών Εταιρειών, καθώς και η σταδιακή αύξηση της εισφοράς των συνταξιούχων του ΟΠΑΔ (αλλά και των άλλων Ταμείων) στο 4% από 2,55% που ήταν νωρίτερα[31].

Το σύνολο των πόρων είναι πολύ μικρότερο από τα 10 περίπου δις ευρώ, που υπολογίζεται ότι ανέρχονται σήμερα οι δαπάνες υγείας των Ασφαλιστικών Ταμείων. Με τη χρηματοδότηση αυτή στοχεύει η κυβέρνηση να υπηρετήσει τους στόχους του Μνημονίου για οριζόντια περικοπή του συνόλου των δαπανών υγείας (δημόσιων και ιδιωτικών) στο 6% του ΑΕΠ (από 10% σήμερα), καθώς και για εργασιακό πρότυπο, για τους νέους συμβαλλόμενους γιατρούς, τις συμβάσεις τύπου ΟΑΕΕ (των 700 περίπου ευρώ μηνιαίως).

2.2.4 Τοπική Αυτοδιοίκηση

Η τοπική αυτοδιοίκηση λαμβάνει ολοένα και ενεργητικότερο ρόλο στην παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Σε κάποιους δήμους λειτουργούν δημοτικά ιατρεία που διαθέτουν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες και παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης έχουν ξεκινήσει σε όλη τη χώρα υπό την αιγίδα των δήμων 791 προγράμματα «Βοήθειας στο Σπίτι», τα οποία είναι πλαισιωμένα από ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και οικιακούς βοηθούς και τα οποία απευθύνονται σε άτομα χρήζοντα κατ' οίκον νοσηλεία και συνδρομή στην οργάνωση του νοικοκυριού τους. Επιπλέον, από αρκετούς δήμους εκπονούνται προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας[25].

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο επιτελούν τα 70 Κέντρα πρόληψης χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών που υπάρχουν στην Ελλάδα. Πρόκειται για αστικές, μη κερδοσκοπικές

εταιρείες που λειτουργούν ως ΝΠΙΔ, υπό την εποπτεία του ΟΚΑΝΑ, με εταίρους δήμους και νομαρχίες. Απασχολούν γύρω στους 400 εργαζομένους και χρηματοδοτούνται κατά 50% από τον ΟΚΑΝΑ και κατά 50% από το υπουργείο Εσωτερικών με βάση προγραμματικές συμβάσεις[25].

Στη χώρα μας λειτουργούν επίσης 663 ΚΑΠΗ που προσφέρουν στους ηλικιωμένους στήριξη, ψυχαγωγία και πρωτοβάθμια περίθαλψη (όπως μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σακχάρου αίματος, αγωγή υγείας σε θέματα διατροφής, πρόληψης ατυχημάτων κ.λ.π., φυσιοθεραπείες, εργοθεραπείες, υπηρεσίες συνταγογραφίας κ.ά.)[30].

Τέλος, οι μη κυβερνητικές - μη κερδοσκοπικές οργανώσεις μέσω των πολυϊατρείων τους (Γιατροί χωρίς σύνορα, Γιατροί του κόσμου), εξυπηρετούν κυρίως πρόσφυγες και μετανάστες και χρηματοδοτούνται κυρίως από δωρεές και χορηγίες.

2.2.5 Ιδιωτικός Τομέας

Οι ιδιωτικός τομέας πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι ιδιώτες ιατροί, οι στρατιωτικοί ιατροί, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών θεραπευτηρίων και άλλες μονάδες υγείας, όπως φυσικοθεραπευτήρια, λογοθεραπευτήρια, κ.λ.π.

Η κεντρική ιδέα στην οποία στηρίζεται η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα είναι η θεώρηση της υγείας ως καταναλωτικό αγαθό. Στόχος των αντίστοιχων υπηρεσιών που εμπορεύεται το αγαθό αυτό, είναι να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν από το ΕΣΥ και τον ευρύτερο δημόσιο τομέα προσφέροντας τους ποιότητα υπηρεσιών ανάλογα με το εισόδημα τους.

Κατά συνέπεια, στον ιδιωτικό τομέα δραστηριοποιούνται και παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες 25.000 ιδιώτες ιατροί και 12.000 οδοντίατροι[30]. Ο αριθμός αυτός έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και διαπιστώνεται εξαιρετικά μεγάλος, συγκριτικά με τις ανάγκες της χώρας.

Επιπροσθέτως δραστηριοποιούνται περισσότερα από 400 διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, η πλειοψηφία των οποίων είναι εξοπλισμένα με τεχνολογία αιχμής και εκτός από εργαστηριακές εξετάσεις, μερικά από αυτά δέχονται και ιατρικές επισκέψεις. Είναι ενδεικτικό ότι το ποσοστό των επενδύσεων του ιδιωτικού τομέα στην υψηλή τεχνολογία ανέρχεται σε 90% επί του συνόλου των επενδύσεων έναντι 30% του ΕΣΥ[25].

Αξιοσημείωτο είναι, ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών τα διαγνωστικά κέντρα αναπτύχθηκαν με ιδιαίτερα ταχείς ρυθμούς, απόρροια τριών

βασικών αιτιών[32]: α) της ολοένα αυξανόμενης ζήτησης για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας, λόγω της μεγάλης –σε αρκετές περιπτώσεις– αναμονής που απαιτείται για την πρόσβαση στις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα και της συγκέντρωσης υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας στον ιδιωτικό τομέα, β) του αυξανόμενου ενδιαφέροντος ιδιωτικών κεφαλαίων για επενδύσεις, λόγω των περιορισμών που έθετε ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ (1397/1983) στην ίδρυση ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων κατά την περίοδο 1983-1991 και γ) της αύξησης του αριθμού των ιατρών η οποία δημιουργούσε προϋποθέσεις προκλητής ζήτησης για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και συνεπώς για υψηλή κερδοφορία. Αντίθετα, ο δημόσιος τομέας επέδειξε αδυναμία προσαρμογής στα νέα δεδομένα που προέκυψαν από την έκρηξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Σε ότι αφορά τις δαπάνες, τα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης δεν έχουν επαρκείς μηχανισμούς ελέγχου της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα προς τον ιδιωτικό τομέα. Ως αποτέλεσμα, η έλλειψη σημαντικών μηχανισμών ελέγχου πριν και μετά την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας έχουν οδηγήσει σε σημαντική υπερκατανάλωση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, συμβαίνει συχνά η παράνομη πρακτική της χρέωσης της κοινωνικής ασφάλισης για ανύπαρκτες ιατρικές υπηρεσίες από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα, αφού δεν υπάρχουν μηχανογραφημένα ιατρικά αρχεία[33].

Σύμφωνα λοιπόν με στοιχεία του 2000 πραγματοποιήθηκαν πάνω από 5 εκατομμύρια σειρές διαγνωστικών εξετάσεων, με ετήσιο τζίρο άνω των 12 εκατομμυρίων ευρώ[28]. Σύμφωνα με στοιχεία της εταιρείας ICAP, η αγορά των διαγνωστικών κέντρων κατά την περίοδο 1997-2005 παρουσιάζει διαχρονική αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,3%. Οι προβλέψεις για το 2006 είναι ότι τα έσοδα των διαγνωστικών κέντρων θα αυξάνονταν με ρυθμό της τάξης του 5% ανά έτος[34].

2.3 Χρηματοδότηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν οι πολίτες στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία είναι δωρεάν και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ πρόσβαση στις παραπάνω υγειονομικές μονάδες έχουν όλοι οι πολίτες.

Οι υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Η χρηματοδότηση ωστόσο των

απογευματινών εξωτερικών ιατρείων βασίζεται στις άμεσες πληρωμές των χρηστών, οι οποίες κυμαίνονται από 25 - 90 ευρώ ανά εξέταση, ανάλογα με τη βαθμίδα του ιατρού και τη γεωγραφική περιοχή που βρίσκεται το νοσοκομείο.

Όσον αφορά τα ιατρεία και τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών χρηματοδοτούνται κυρίως από τον ίδιο τον οργανισμό τους, δηλαδή από τις εισφορές ασφαλισμένων και εργοδοτών. Οι εισφορές για τον κλάδο ασθένειας των ταμείων ασφάλισης (συμπεριλαμβανομένου και του ΙΚΑ) είναι ενιαίες και ανέρχονται, για τους μισθωτούς σε 2,55% για τον εργαζόμενο και 5,10% για τον εργοδότη στις αποδοχές του εργαζομένου. Για τους συνταξιούχους, το ποσοστό είναι 4% από τους ίδιους και 6% από τον φορέα ασφάλισης. Για τους αυτοαπασχολούμενους ισχύουν ασφαλιστικές κλάσεις και καταβάλλουν οι ίδιοι ολόκληρο το ασφάλιστρο. Στον ΟΓΑ οι εισφορές ανέρχονται σε 1,5% επί της ασφαλιστικής κατηγορίας που επιλέγει ο ασφαλισμένος και σε 4% για τους συνταξιούχους. Πολλοί φορείς έχουν πρόσθετα έσοδα από κοινωνικούς πόρους (π.χ. ΤΣΑΥ, ΤΣΜΕΔΕ) ή επιπλέον επιχορηγήσεις από τους εργοδότες (π.χ. Τράπεζες) ή αυξημένη εργοδοτική εισφορά (π.χ. ΤΥΔΚΥ 12%)[25]. Οι ανωτέρω εισφορές αποτελούν έσοδα των κλάδων ή φορέων υγείας, αν και συχνά χρησιμοποιούνται για χρηματοδότηση των ελλειμματικών κλάδων σύνταξης. Στους κλάδους υγείας δεν υπάρχει επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, με εξαίρεση τον ΟΓΑ[28].

Όσον αφορά την χρηματοδότηση των δημοτικών ιατρείων, αυτά δεν χρηματοδοτούνται από το κράτος. Αυτή η δραστηριότητα είτε χρηματοδοτείται μέσω των εσόδων από άλλες δημοτικές επιχειρήσεις, είτε από τον προϋπολογισμό του Δήμου, αυξάνοντας τα δημοτικά τέλη. Οι υπηρεσίες λοιπόν, που παρέχονται στους δημότες φαινομενικά δωρεάν, στην πραγματικότητα προέρχονται από τους ίδιους, με διαρκώς αυξανόμενα δημοτικά τέλη.

Τέλος, η αγορά ιδιωτικών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας χρηματοδοτείται ως επί το πλείστον από τις άμεσες πληρωμές των χρηστών και δευτερευόντως από την ιδιωτική ασφάλιση. Η πληρωμή των συμβεβλημένων ιατρών και διαγνωστικών κέντρων από τα ασφαλιστικά ταμεία γίνεται κατά πράξη, με βάση προκαθορισμένες τιμές. Τη διαφορά μεταξύ κρατικού τιμολογίου και πραγματικής τιμής καλείται συχνά να καταβάλει ο ασφαλισμένος. Η πληρωμή των μη συμβεβλημένων ιατρών και διαγνωστικών κέντρων γίνεται απευθείας από τον ασφαλισμένο σε τιμές που καθορίζονται ελεύθερα. Ο ασφαλισμένος μπορεί να διεκδικήσει εκ των υστέρων τη δαπάνη από τον ασφαλιστικό του οργανισμό. Ένα μεγάλο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για πρωτοβάθμια περίθαλψη προκύπτει από πρόσθετες – άτυπες πληρωμές των ασφαλισμένων, οι οποίες

δημιουργούν μια υψηλή παραοικονομία στον τομέα της υγείας που επιβαρύνει σημαντικά τα ατομικά εισοδήματα[25].

2.4 Προβλήματα και δυσχέρειες στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η ανάλυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα καταδεικνύει την απουσία ενός οργανωμένου συστήματος σχεδιασμού, συντονισμού και ελέγχου των επιμέρους υπηρεσιών, που να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για περίθαλψη, πρόληψη και φροντίδα. Η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στην Ελλάδα πραγματοποιείται μέσω μιας πλειάδας οργανωτικών σχηματισμών και φορέων, καθένας εκ των οποίων συνιστά ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας, με δικό του οργανωτικο-διοικητικό πρότυπο, με διαφορετικές συνθήκες εργασίας, χρηματοδοτικές πηγές και ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα (υπουργείο), προσανατολισμένων κυρίως στην περίθαλψη. Οι διάφοροι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες δεν είναι υποχρεωμένοι να αναφέρουν κλινικά αποτελέσματα – μεγέθη που χαρακτηρίζουν την ποιότητα και την ποσότητα της παροχής φροντίδας (εκτός από τον αριθμό των επισκέψεων σε ορισμένες περιπτώσεις). Δεν υπάρχουν ακόμη συγκεντρωμένα στοιχεία για την ποσότητα και την ποιότητα των κτιριακών και κλινικών-εργαστηριακών υποδομών των υπηρεσιών αυτών. Η απουσία όμως συστηματικής καταγραφής των συστατικών στοιχείων εγείρει δυσκολίες στην οργάνωση και τη διοίκηση του συστήματος και στον σχεδιασμό και την εφαρμογή ενιαίας εθνικής πολιτικής για ολοκληρωμένη ΠΦΥ[1, 25]. Πρόκειται λοιπόν, για ένα πολυκερματισμένο και άναρχα αναπτυσσόμενο τομέα παροχής υπηρεσιών. Άμεση συνέπεια της πολυδιάσπασης και κατάτμησής του είναι η παντελής απουσία κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού και η έλλειψη συντονισμού στην ανάπτυξη, την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών. Ανάλογες δυσκολίες υπάρχουν και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενιαίας πολιτικής στην ΠΦΥ.

Τα κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζει η ΠΦΥ στη χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα[25, 28, 30]:

- Στην απουσία συστηματικής έρευνας πάνω στην ΠΦΥ και στις επενδύσεις σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους που θα πρέπει να τη συνοδεύουν.
- Στην έλλειψη μηχανισμών αποτίμησης της αποδοτικότητας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και αξιοποίησης των συμπερασμάτων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και μείωση του κόστους των υπηρεσιών αυτών.

- Στην αποσπασματική και συχνά αλληλοεπικαλυπτόμενη παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από διάφορους φορείς.
- Στην έλλειψη μηχανοργάνωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα και της κοινωνικής ασφάλισης και στην απουσία ηλεκτρονικού φακέλου υγείας του ασθενούς που να παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την κατάσταση της υγείας του.
- Στη συχνή έλλειψη πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση της υγείας του τοπικού πληθυσμού και στη μη χρησιμοποίησή τους, ακόμα και όταν είναι διαθέσιμες.
- Στην έλλειψη κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης για τη διαχείριση των κοινών νοσημάτων.
- Στη σχεδόν αποκλειστική απασχόληση των εργαζομένων στην περίθαλψη και τη συνταγογράφηση, εξαιτίας της ιατροκεντρικής αντίληψης, κατάρτισης και εμπειρίας τους. Με εξαίρεση τους εμβολιασμούς –κι αυτούς χωρίς συστηματική καταγραφή του ποσοστού κάλυψης– και την αποσπασματική διενέργεια της εξέτασης του τραχηλικού επιχρίσματος, απουσιάζουν άλλες συστηματικές και διαχρονικές παρεμβάσεις με στόχο την πρόληψη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού γενικότερα. Η κατ' οίκον νοσηλεία και οι επισκέψεις στο σπίτι γίνονται αποσπασματικά. Παρουσιάζονται ακόμη σημαντικές ελλείψεις στις υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας.
- Εξετάζοντας τις συνολικές δαπάνες και την κατά κεφαλήν δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη διαπιστώνουμε σημαντικές ανισότητες μεταξύ των ταμείων (που χαρακτηρίζει κάποια ως ευγενή). Μελέτη αναφέρει ότι ασφαλιστικά ταμεία με μεγάλο αριθμό συνταξιούχων (π.χ. ΟΠΑΔ) παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό δαπανών σε σύγκριση με ταμεία που δεν έχουν συνταξιούχους (π.χ. ΟΑΕΕ). Επίσης, ταμεία με μεγάλο αριθμό συμβεβλημένων ιατρών σε σχέση με τις ανάγκες και η ελευθερία επιλογής των ασφαλισμένων τους (όπως ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου) παρουσιάζουν αυξημένες κατά κεφαλή δαπάνες στην πρωτοβάθμια και φαρμακευτική περίθαλψη σε σύγκριση με τις δαπάνες του ΙΚΑ που διαθέτει δικά του πολυϊατρεία και μισθωτούς ιατρούς.
- Στη γεωγραφική ανισοκατανομή ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία αποδεικνύεται με την ελλιπή στελέχωση των δομών στην περιφέρεια σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές, παρακωλύει το βασικό στόχο της προσφοράς φροντίδας στο χώρο διαμονής και εργασίας των πολιτών. Η κάλυψη των θέσεων των ΚΥ σε ιατρικό

προσωπικό για το 2000 δεν ξεπερνούσε το 47% κατά μέσο όρο στο σύνολο της χώρας. Η κάλυψη στην Αττική ήταν 74%, ενώ η κάλυψη των θέσεων στα νησιά δεν ξεπερνούσε το 31%. Ανάλογα ήταν τα ποσοστά και στις άλλες κατηγορίες προσωπικού. Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος υγείας διαφαίνεται και από το γεγονός ότι αυτός απορροφά το 49,2% του ιατρικού προσωπικού και το 90% του νοσηλευτικού για το έτος 2000. Αναφέρεται ότι το 2003 οι γενικοί ιατροί στη χώρα μας ήταν 1100–1200, ενώ οι ανάγκες ξεπερνούσαν τις 7000. Η αναλογία νοσηλευτών σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα είναι 4/1000 κατοίκους στα αστικά κέντρα και 2,15–3/1000 στην περιφέρεια, ενώ τα ποσοστά στην ΕΕ είναι 8,2/1000 κατοίκους[30].

- Στην ύπαρξη μεγάλου αριθμού ειδικευμένων ιατρών και στην έλλειψη σημαντικού αριθμού γενικών ιατρών που θα μπορούν να διαδραματίσουν το ρόλο του Οικογενειακού Ιατρού, που να έχει επίγνωση των προβλημάτων του ασθενούς στο σύνολό τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την άσκοπη, ανεξέλεγκτη και χωρίς περιορισμούς περιπλάνηση του χρήστη-ασθενή στα διάφορα τμήματα του υγειονομικού συστήματος (από το ΕΣΥ στο ΙΚΑ και στη συνέχεια στον ιδιωτικό τομέα). Αποτέλεσμα είναι αφενός η διάσπαση της συνέχειας στη φροντίδα που υπηρεσιών και αφετέρου παρενέργειες στην αποδοτική χρήση των πόρων και τη συνολική αποδοτικότητα του υγειονομικού τομέα. Δεν υπάρχει ακόμη η έννοια της «ομάδας υγείας» και απουσιάζει κάθε μορφή συμμετοχής της κοινότητας στον καθορισμό των τοπικών υγειονομικών προτεραιοτήτων.

- Στις σοβαρές ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής και πληροφοριακών συστημάτων, καθώς και στην αδυναμία ανταπόκρισης του δημόσιου τομέα στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης παρά τη μεγάλη τεχνολογική πρόοδο, έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βασικές υπηρεσίες ή τον έμμεσο προσανατολισμό των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα.

- Στην περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, προάγει την αναγκαστική προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία του εφημερεύοντος νοσοκομείου ή σε ιδιώτες ιατρούς.

- Στην έλλειψη Κέντρων Υγείας αστικού τύπου που υπερφορτώνει τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή ΠΦΥ και τα αποπροσανατολίζει από τον κύριο στόχο τους, δηλαδή την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ συγχρόνως επιτείνει την άνιση κατανομή και πρόσβαση στην ΠΦΥ και διασπά τη συνέχεια στη φροντίδα. Στην ανυπαρξία διοικητικής και οικονομικής υποστήριξης των

Κέντρων Υγείας και συστηματικής αξιολόγησης των υπηρεσιών που παρέχονται από αυτά. Η υπαγωγή των Κέντρων Υγείας στα Νοσοκομεία αποτέλεσε τροχοπέδη για τη λειτουργία τους, καθόσον τα νοσοκομεία θέτουν σε δεύτερη μοίρα τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας εξαιτίας των δικών τους ελλείψεων και αναγκών.

- Στην ανεπαρκή στελέχωση των Κέντρων Υγείας με κατάλληλο ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό, την ελλιπή εκπαίδευση και επιμόρφωση των στελεχών τους, τις μεγάλες ελλείψεις τους σε διαγνωστικό εξοπλισμό, την υποχρηματοδότηση και την απουσία κάθε μορφής αξιολόγησης της λειτουργίας τους, που δεν συνάδουν με τις σύγχρονες τάσεις που διαμορφώνονται στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

- Στην ανεπάρκεια των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και των πολυιατρείων της κοινωνικής ασφάλισης να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των πολιτών των αστικών κέντρων για δημόσιες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Ως αποτέλεσμα, δημιουργούνται συχνά μεγάλες λίστες αναμονής που προκαλούν δυσαρέσκεια και ταλαιπωρία στους πολίτες.

Σε σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Εξωτερικά Ιατρεία πραγματοποιήθηκε έρευνα το 2004 από το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης σε δείγμα 901 ασθενών που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων έξι μεγάλων νοσοκομείων της Αθήνας. Η έρευνα έδειξε ότι οι ασθενείς είναι γενικά ικανοποιημένοι για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας αλλά και για το σύνολο των υπηρεσιών. Η ικανοποίηση από το ιατρικό έργο είναι υψηλότερη, με σημαντική διαφορά από τις νοσηλευτικές και τις διοικητικές υπηρεσίες, αλλά και τις ξενοδοχειακές υποδομές, στις οποίες αντιστοιχεί το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας των πολιτών. Στον αντίποδα, ένας στους οκτώ ασθενείς περιμένουν πάνω από μήνα για να κλείσουν επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία, ενώ το 26,3% περιμένουν πάνω από μισή ώρα έξω από το ιατρείο τη μέρα του ραντεβού, σύμφωνα με στοιχεία της ίδιας έρευνας[35].

Σε ότι αφορά τη λειτουργία των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων, έρευνα που διενεργήθηκε σε πέντε νοσοκομεία της Αττικής κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

- Απουσιάζει ένας ενιαίος και αποτελεσματικός μηχανισμός παρακολούθησης, ελέγχου και αξιολόγησης της λειτουργίας τους.

- Η συμμετοχή των ιατρών αξιολογείται ικανοποιητική στα πέντε υπό μελέτη νοσοκομεία, σε αντίθεση με τη μικρή συμμετοχή που καταγράφεται σε πανελλαδικό επίπεδο.
- Η ζήτηση κατευθύνεται σε σχετικά λίγες, συγκεκριμένες ειδικότητες και σχετίζεται θετικά κυρίως με το όνομα και το κύρος του ιατρού και δευτερευόντως με την εξειδίκευση του νοσοκομείου και τη διάθεση σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού. Η ζήτηση αυτή αφορά κυρίως απλές επισκέψεις, σχετικά περιορισμένες διαγνωστικές πράξεις και ελάχιστα απλές χειρουργικές επεμβάσεις.
- Τα πρώτα αποτελέσματα κρίνονται θετικά, αφού καταγράφεται μείωση στις λίστες αναμονής και υψηλός βαθμός ικανοποίησης εκ μέρους των ασθενών[36].

Σε ότι αφορά τις υποδομές του ΙΚΑ, παρατηρούνται σημαντικές αδυναμίες στην λειτουργία τους, που έχουν ως αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, όπως τα εξής[28]:

- Ακατάλληλη κτιριακή υποδομή για τη λειτουργία των πολυιατρείων, αφού πολλές φορές είναι νοικιασμένα από το ΙΚΑ και δεν είναι κατασκευασμένα για να χρησιμοποιηθούν για ιατρεία. Σε πολλές μονάδες υγείας η έλλειψη χώρου θεωρείται ως το σημαντικότερο πρόβλημα. Έτσι, υπάρχουν ιατρεία όπου δύο ιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων εξετάζουν τους ασθενείς τους ταυτόχρονα. Σε ότι αφορά την κατάσταση των κτιρίων, ενώ υπάρχουν μονάδες που μπορούν κάλλιστα να συγκριθούν ακόμη και με ιδιωτικές μονάδες υγείας, η εμφάνιση των περισσότερων μονάδων είναι παραμελημένη και η συντήρηση ανεπαρκής. Τέλος, υπάρχουν μονάδες που το υγειονομικό προσωπικό δεν στεγάζεται σε ένα ενιαίο κτίριο. Υπάρχει λοιπόν ανάγκη για κτίρια όπου θα συστεγάζονται τα ιατρεία, τα εργαστήρια και οι διοικητικές υπηρεσίες του ΙΚΑ. Υπάρχει ανάγκη ανακαίνισης του ξενοδοχειακού εξοπλισμού, τόσο στα γραφεία του προσωπικού όσο και στις αίθουσες αναμονής.
- Δεν υπάρχει καμιά λειτουργική σύνδεση του ΙΚΑ με τα νοσοκομεία, ώστε να αποφεύγονται οι άσκοπες πολλές φορές μετακινήσεις σε νοσοκομεία και οι σπατάλες σε εργαστηριακές εξετάσεις.
- Η τεχνολογική υποδομή του ΙΚΑ σε γενικές γραμμές είναι υψηλής ποιότητας και επαρκής για να καλύψει τη ζήτηση. Παρ' όλα αυτά δεν είναι κατανομημένη ορθολογικά στις περιφέρειες της επικράτειας, ενώ απουσιάζει ένα πλήρες σχέδιο παρακολούθησης της. Επίσης απουσιάζουν οι οργανωτικές δομές που θα

αξιολογήσουν τη σκοπιμότητα αγοράς και εγκατάστασης νέων μηχανημάτων βιοϊατρικής τεχνολογίας, καθώς και ο έλεγχος ποιότητας των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων. Τέλος οι χώροι των εργαστηρίων αρκετών μονάδων χαρακτηρίζονται από ακαταλληλότητα και ανεπάρκεια. Ειδικότερα, οδοντιατρικά και μικροβιολογικά εργαστήρια ορισμένων μονάδων είναι εγκατεστημένα σε μη λειτουργικούς χώρους.

- Στην κάλυψη από το ΕΣΥ και την κοινωνική ασφάλιση μόνο της βασικής οδοντιατρικής φροντίδας, με την πλειοψηφία των οδοντιατρικών εργασιών να παρέχεται από ιδιώτες οδοντιάτρους. Ανισότητες παρατηρούνται στο είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην κατανομή των οδοντιάτρων μεταξύ των φορέων παροχής ΠΦΥ και τη γεωγραφική τους κάλυψη, τη συμμετοχή και την ελευθερία επιλογής του δικαιούχου.
- Στη στελέχωση των περιφερειακών ιατρείων με ανειδίκευτους ιατρούς, χωρίς ουσιαστική κλινική εμπειρία και στην κατακόρυφη μείωση του παραϊατρικού προσωπικού (νοσηλεύτες, μαίες, κ.ά.) που υπηρετούν σε αυτά με την πάροδο του χρόνου.
- Στην απουσία διασύνδεσης προσπαθειών άλλων φορέων όπως της τοπικής αυτοδιοίκησης, προγραμμάτων όπως το “Βοήθεια στο Σπίτι”, μη κυβερνητικών οργανώσεων κ.ά. με το τοπικό δίκτυο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με συνέπεια να μειώνεται η αποτελεσματικότητά τους.
- Στην έλλειψη λειτουργικής διασύνδεσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, με αποτέλεσμα τη διάσπαση της συνέχειας της φροντίδας υγείας.
- Στην έντονη ανάπτυξη φαινομένων προκλητής ζήτησης και παραοικονομίας, ελλείπει και των αναγκαίων ελεγκτικών μηχανισμών του δημοσίου. Οι ιδιαίτερα χαμηλοί μισθοί του προσωπικού και η έλλειψη κινήτρων για τη στελέχωση των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας απομακρυσμένων περιοχών και μη, συχνά ενθαρρύνουν τη μείωση της παραγωγικότητας, τον αυθαίρετο περιορισμό του ωραρίου και την προσφυγή σε παράνομες συναλλαγές. Επιπλέον, η μεγάλη εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή εξωνοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιδιωτικά ιατρεία, ιατρικός πλουραλισμός, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών) και επένδυση σε ιατρική τεχνολογία σε συνδυασμό με την αδυναμία παρακολούθησης των τεχνολογικών εξελίξεων από το δημόσιο τομέα, εκθέτουν την ΠΦΥ σε

φαινόμενα πλασματικής ζήτησης και υπερκατανάλωσης υπηρεσιών, επιβαρύνουν οικονομικά τον οικογενειακό και δημόσιο προϋπολογισμό και καταστρατηγούν το χαρακτήρα της δωρεάν υγείας.

- Στην έντονη δυσαρέσκεια των χρηστών που επικεντρώνεται αφενός στη χαμηλή ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες λόγω δυσκολιών πρόσβασης, χαμηλής ποιότητας, μεγάλου χρόνου αναμονής και αφετέρου στην καταβολή πρόσθετων δαπανών από ίδιες πηγές τη στιγμή της συναλλαγής, καθώς το σύνολο των ιδίων δαπανών και παραπληρωμών αγγίζει το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Έρευνα αναφέρει ότι 4 στους 10 ασφαλισμένους του ΙΚΑ δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ενώ 8 στους 10 θα προτιμούσαν ένα άλλο ταμείο ασφάλισης όπως του ΟΠΑΔ, των τραπεζικών υπαλλήλων, της ΔΕΗ ή του ΟΤΕ[37].

Συμπερασματικά, η απουσία οικογενειακού γιατρού, ο πολυκερματισμός, η έλλειψη διασύνδεσης συντονισμένων δραστηριοτήτων, η ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, η έλλειψη διασύνδεσης με τη νοσοκομειακή μονάδα συνθέτουν σήμερα την εικόνα του «συστήματος» Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές. Πρόκειται για ένα σύστημα αναποτελεσματικό, αντιοικονομικό, που δεν διασφαλίζει τη συνέχεια και πληρότητα της φροντίδας. Η λειτουργική σχέση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τα άλλα επίπεδα υγείας είναι πρακτικά ανύπαρκτη.

Το αποτέλεσμα όλων των παραπάνω προβλημάτων είναι η διόγκωση των ιδιωτικών και δημόσιων δαπανών για παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, η έλλειψη αποτελεσματικότητας και ποιότητας και η μη ικανοποίηση των πολιτών-χρηστών των υπηρεσιών αυτών. Επιπλέον, η έλλειψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επιδρά σε όλη την πορεία του ασθενούς στο σύστημα υγείας, η οποία χαρακτηρίζεται από επικαλύψεις μεταξύ των φροντίδων, απώλεια χρόνου και σπατάλη, την ίδια στιγμή που η έλλειψη ή η περιορισμένη διαθεσιμότητα κάποιων υπηρεσιών στερεί από τους πολίτες κρίσιμες υπηρεσίες[25].

Επομένως, είναι διαπιστωμένο ότι ο ασθενέστερος κρίκος του συστήματος υγείας είναι ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η μόνη διέξοδος στα χρόνια και άλυτα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ως επί το πλείστον, η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου ενιαίου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

3.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες

Στην ενότητα αυτή θα γίνει σύντομη παρουσίαση των ευρωπαϊκών υγειονομικών συστημάτων με έμφαση στο οργανωτικό πλαίσιο της ΠΦΥ και στις εναλλακτικές εφαρμογές της που παρατηρούνται. Αρκετές ευρωπαϊκές χώρες (περισσότερες από τις μισές) έχουν διαμορφώσει νέες πολιτικές υγείας στις οποίες εμπεριέχεται ο στόχος «υγεία για όλους», ανεξάρτητα από τις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας τους. Η κυριότερη βέβαια παρέμβαση σε όλα σχεδόν τα κράτη-μέλη αφορούσε στη διαμόρφωση νέων προτύπων οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα στη βελτίωση του συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και στην αξιοποίηση των υπηρεσιών των γενικών-οικογενειακών γιατρών, οι οποίοι λειτουργούν ως gate – keepers του συστήματος, με στόχο τον περιορισμό των άσκοπων ή πλασματικών επισκέψεων και εισαγωγών στα νοσοκομεία[38].

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρουσιάζει σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες. Έτσι, στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης η δημόσια υγεία αποτελεί αντικείμενο κεντρικού σχεδιασμού και προγραμματισμού και το σύστημα υγείας είναι οργανωμένο σε διαδοχικά επίπεδα υπηρεσιών και γεωγραφικών χώρων. Έχει δοθεί έμφαση στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, παρόλο που μπορεί να υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις αστικές και αγροτικές περιοχές[39].

Στις χώρες της βορειοδυτικής Ευρώπης που έχουν εθνικό σύστημα υγείας (Αγγλία, Σουηδία, Φιλανδία) η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ποικίλει ανάλογα με τις ιδιομορφίες της κάθε χώρας, από το μεμονωμένο οικογενειακό γιατρό της Μεγάλης Βρετανίας μέχρι τα πολυπρόσωπα κέντρα υγείας της Φινλανδίας.

Στις χώρες τώρα που δεν υπάρχει εθνικό σύστημα υγείας παρατηρείται μεγαλύτερη ποικιλομορφία, στις οποίες οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας είναι ανομοιομορφες και άνισα κατανομημένες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εξαρτάται από τις οικονομικοκοινωνικές συνθήκες κάθε χώρας, τις ιδιαιτερότητες του συστήματος

υγείας, τους ανθρώπινους πόρους, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την υγειονομική παράδοση κάθε τόπου[40].

Προκειμένου να δοθεί μια αντιπροσωπευτική εικόνα της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη έχουν επιλεγεί ενδεικτικά 7 κράτη. Η μεν Βουλγαρία όντας κράτος του πρώην ανατολικού μπλοκ, έχει κομμουνιστική παράδοση, με αποτέλεσμα το υγειονομικό της σύστημα να στηρίζεται εξολοκλήρου στο κράτος. Η Μεγάλη Βρετανία, η Σουηδία και η Φιλανδία διαθέτουν Εθνικό Σύστημα Υγείας, η πρώτη το παλαιότερο, οι υπόλοιπες, ίσως το αρτιότερο και δικαιότερο. Η Γαλλία και η Ισπανία δε, διαθέτουν μικτά συστήματα υγείας, με έντονη παρουσία του ιδιωτικού τομέα. Τέλος, η παντοδύναμη Γερμανία, στηρίζει τη χρηματοδότησή και τη λειτουργία του συστήματος υγείας στην κοινωνική ασφάλιση καθώς το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ πρωταρχικός και άκρως σημαντικός είναι ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού. Στη συνέχεια ακολουθεί αναλυτική περιγραφή των παραπάνω χωρών.

3.2 Βουλγαρία

Η οργάνωση της υγείας στη Βουλγαρία αποτελεί μια τυπική περίπτωση εθνικού συστήματος υγείας, που βρίσκεται κάτω από κρατικό έλεγχο. Είναι περιφερικά αποκεντρωμένο και δομημένο ιεραρχικά σε διαδοχικά επίπεδα[38]. Στο πρώτο επίπεδο περιλαμβάνονται διάφορες μονάδες πρωτοβαθμίων υπηρεσιών, στο δεύτερο τα «αχτιδικά» νοσοκομεία (rayon hospitals), στο τρίτο επίπεδο περιλαμβάνονται τα επαρχιακά νοσοκομεία και ιδρύματα και στο τέταρτο τα διεπαρχιακά και εθνικά ιδρύματα[41].

Η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Βουλγαρία διαφέρει ανάμεσα στις αστικές και αγροτικές περιοχές. Στις αστικές περιοχές η βασική μονάδα παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών είναι η πολυκλινική, η οποία μπορεί να είναι συνδεδεμένη με κάποιο νοσοκομείο ή ανεξάρτητη. Κάθε πολυκλινική καλύπτει πληθυσμό 30.000-50.000 κατοίκων και υποδιαιρείται σε τμήματα. Καθένα από τα οποία εξυπηρετεί 3.000 ενήλικες ή 1.000 παιδιά. Στις αγροτικές περιοχές η βασική μονάδα παροχής πρωτοβάθμιων φροντίδων είναι το αγροτικό κέντρο υγείας. Κάθε αγροτικό κέντρο είναι στελεχωμένο με γενικό γιατρό, ένα οδοντίατρο μια νοσοκόμα και μια μαία. Κάθε τέτοιο καλύπτει πληθυσμό ορισμένης γεωγραφικής περιοχής. Ο γιατρός βρίσκεται σε διαρκή ετοιμότητα, αλλά υπάρχουν και ώρες εκτός υπηρεσίας, που κανονίζονται με το νοσηλευτή. Ανάλογα

με την έκταση της περιοχής και τον αριθμό των οικισμών είναι δυνατό εκτός από το κέντρο υγείας να υπάρχουν σταθμοί «βοηθών γιατρών» (Feldshers). Αυτοί είναι μια ενδιάμεση κατηγορία προσωπικού με εκπαίδευση και λειτουργίες μεταξύ γιατρού και νοσηλευτή[41, 42].

Η παροχή υπηρεσιών διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων προς τους αγρότες εξασφαλίζεται κατά κανόνα μέσω κινητών συνεργείων, που αποτελούνται από γιατρούς ειδικοτήτων, που προέρχονται από το νοσοκομείο της περιοχής. Οι γιατροί αυτοί επισκέπτονται τα αγροτικά κέντρα υγείας και παρέχουν επιτόπου τις υπηρεσίες τους[41].

Προληπτικός έλεγχος γίνεται μια φορά το έτος για κάθε πολίτη και συνήθως πραγματοποιείται από κινητά συνεργεία των αστικών πολυκλινικών.

3.3 Ηνωμένο Βασίλειο

Η Μεγάλη Βρετανία είναι η πρώτη χώρα της Δυτικής Ευρώπης που καθιέρωσε την ευθύνη και την ασφάλιση υγείας ολόκληρου του πληθυσμού, ιδρύοντας ήδη από το 1948 Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS).

Η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης βασίζεται στο θεσμό του γενικού ή οικογενειακού γιατρού (GP) που έχει μακρά παράδοση στη Βρετανία και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα. Έχει εκτιμηθεί ότι το 75% των επισκέψεων στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα γίνεται στους γενικούς γιατρούς οι οποίοι αποτελούν περίπου το 50% των γιατρών της χώρας και λειτουργούν ως «Gatekeepers» του συστήματος. Οι γενικοί οικογενειακοί ιατροί συγκεκριμένα, παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη στους εγγεγραμμένους ασθενείς, τους παραπέμπουν όταν το κρίνουν αναγκαίο σε ένα νοσοκομείο ή κλινική του NHS, για ραντεβού με ειδικευμένο γιατρό ή για εισαγωγή. Σημειώνεται ότι η επιλογή του γενικού γιατρού από τους ασθενείς είναι κατά κανόνα ελεύθερη για τις αστικές περιοχές ενώ υπάρχει σχετικά περιορισμένη επιλογή για τις αγροτικές περιοχές. Ο μέσος αριθμός ασθενών ανά γιατρό, είναι περίπου 2.000. Στο μεγαλύτερο ποσοστό ο οικογενειακός γιατρός προσφέρει τις υπηρεσίες μόνος του. Συχνά οι γενικοί γιατροί συνεργάζονται μεταξύ τους στην αλληλοκάλυψη των ασθενών τους στις αργίες και τις νυκτερινές ώρες, ώστε να μη βρίσκονται σε διαρκή ετοιμότητα. Μερικοί γιατροί προτιμούν την άσκηση της ιατρικής σε ομάδες γιατρών οι οποίοι εργάζονται σε κοινό ιατρείο. Είναι όμως γεγονός ότι εκτός από τις περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, ένας ασθενής μπορεί να περιμένει αρκετές εβδομάδες ή ακόμα και μήνες για να γίνει δεκτός σε εξωτερικό ιατρείο

του NHS, προκειμένου να εξεταστεί από ειδικούς γιατρούς[40].

Οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί δεν είναι μισθωτοί υπάλληλοι, αλλά ανεξάρτητοι επαγγελματίες, συμβεβλημένοι με το εθνικό σύστημα υγείας, και αμείβονται από τις υγειονομικές αρχές με βάση αφενός τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών και αφετέρου με τη μορφή πριμ για την παροχή ειδικών υπηρεσιών και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας. Για νυχτερινές επισκέψεις σε σπίτια ασθενών πληρώνονται με σύστημα αμοιβής κατά πράξη. Οι τιμές αποζημίωσης τους προκύπτουν ύστερα από ετήσιες διαπραγματεύσεις με το Ανεξάρτητο Σώμα Επιθεώρησης Οδοντιάτρων και Γιατρών (Doctor's and Dentist's Review Body, DDRB) και γίνονται συνήθως αποδεκτές από την Κυβέρνηση. Μια σημαντική ιδιομορφία του συστήματος, που σχετίζεται με τους μηχανισμούς ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας είναι η παραχώρηση στους γενικούς οικογενειακούς γιατρούς της διαχείρισης των οικονομικών πόρων που αφορούν τους ασθενείς τους. Οι γενικοί – οικογενειακοί γιατροί στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν πλήρη αυτονομία και μετά τις αλλαγές του 1989 έχουν μετατραπεί σε διαχειριστές χρηματοοικονομικών πόρων («fund holders») και διαχειρίζονται ετήσιο ξεχωριστό προϋπολογισμό, που τους παραχωρούν οι τοπικές υγειονομικές αρχές, με τον οποίο πρέπει να καλύψουν το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς και την αγορά για λογαριασμό των ασθενών τους των απαραίτητων νοσοκομειακών υπηρεσιών για τους ασθενείς τους, γενικά δε αναλαμβάνουν τις οικονομικές συνέπειες των αποφάσεών τους, ως προς τις αναγκαίες κατά τη γνώμη τους διαγνωστικές ή θεραπευτικές παρεμβάσεις που αποφασίζουν για τους ασθενείς τους[40].

Ένα άλλο οργανωτικό μοντέλο είναι τα κέντρα υγείας, που άρχισαν να οργανώνονται από τις κατά τόπους διοικήσεις της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Πρόκειται για χώρους όπου συστεγάζονται οι διάφορες υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το μόνο πρόβλημα είναι ότι ορισμένες αγροτικές περιοχές δεν διαθέτουν επαρκή αριθμό γενικών γιατρών. Αυτό συμβαίνει διότι οι γιατροί είναι ελεύθεροι να εγκατασταθούν όπου θέλουν. Ωστόσο, η εθνική υπηρεσία υγείας προσφέρει οικονομικά κίνητρα στους γιατρούς για να εργαστούν σε απομονωμένες ή αραιοκατοικημένες αγροτικές περιοχές[39, 40].

3.4 Σουηδία

Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας είναι ενιαίο δημόσιο σύστημα και θεωρείται ως σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στο γενικότερο χαρακτήρα της χώρας ως

κράτους πρόνοιας. Η βασική αρχή του συστήματος είναι ότι όλοι οι πολίτες της χώρας έχουν ίσα δικαιώματα για παροχές φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας και ίση δυνατότητα πρόσβασης, ανεξάρτητα με την οικονομική κατάσταση, την ηλικία και τον τόπο διαμονής τους.

Παραδοσιακά, το Σουηδικό σύστημα υγείας επικεντρωνόταν κυρίως στη νοσοκομειακή περίθαλψη και χαρακτηρίζονταν από το μεγάλο αριθμό νοσοκομειακών κρεβατιών και ειδικών γιατρών και σχετικά μικρό αριθμό γενικών γιατρών (15%). Την τελευταία δεκαετία έχουν γίνει προσπάθειες ώστε να αναβαθμιστεί η πρωτοβάθμια φροντίδα η δαπάνη για την οποία είναι ιδιαίτερα μικρή (10%) σε σχέση με τα νοσοκομεία, αλλά και τον αντίστοιχο δείκτη του μέσου όρου του ΟΟΣΑ (21%)[40].

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Σουηδία είναι οργανωμένη σε περιοχές ευθύνης (primary care districts). Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν τόσο τη βασική θεραπευτική φροντίδα όσο και την πρόληψη, μέσω των 950 Δημόσιων Κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Health Care Centers) τα οποία διοικούνται από Νομαρχιακά Συμβούλια (County Councils) και εξυπηρετούν μικρές περιφέρειες παρέχοντας υπηρεσίες υγείας σε 20.000 - 50.000 κατοίκους, αφού το μέγεθος αυτό θεωρείται βέλτιστο για την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών, αλλά και Κέντρων προστασίας Μάνας και Παιδιού[40].

Τα Νομαρχιακά Συμβούλια έχουν το δικαίωμα να παρέμβουν στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, κινούμενα εντός των πλαισίων του γενικού συστήματος υγείας. Μια από τις σημαντικότερες αλλαγές που έγιναν στη δεκαετία του '90 είναι η μεταφορά της φροντίδας των ηλικιωμένων από τα Νομαρχιακά Συμβούλια στους Δήμους, με το σκεπτικό ότι θα πρέπει να παρέχεται φροντίδα στο σημείο όπου κατοικούν οι ηλικιωμένοι.

Τα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν ως κύριο στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την αντιμετώπιση και θεραπεία ασθενειών που δε χρειάζονται νοσηλεία. Εκτός από το ιατρικό προσωπικό, στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών εμπλέκονται και άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως φυσιοθεραπευτές, γυναικολόγοι και νοσηλευτές. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νοσηλευτές αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο του σουηδικού συστήματος υγείας, καθώς αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του κράτους με τους χρήστες. Εκείνοι είναι που αποφασίζουν για το αν ο ασθενής θα δει το γενικό - οικογενειακό γιατρό ή θα παραπεμφθεί σε γιατρό ειδικότητας ή σε νοσοκομείο. Επίσης, συνταγογραφούν και επισκέπτονται ασθενείς κατ' οίκον, ιδιαίτερα ηλικιωμένους και άτομα που χρήζουν βοήθειας. Ο συντονισμός και γενικά η εποπτεία του νοσηλευτικού

έργου, μέσω συνεννόησης και καθοδήγησης, ανήκει στους γενικούς ιατρούς,

Εκτός των τοπικών κέντρων υγείας, πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται και από ιδιώτες γενικούς ιατρούς και φυσιοθεραπευτές, σε νομαρχιακούς υγειονομικούς σχηματισμούς και σε κλινικές παιδιατρικής φροντίδας υγείας και μητρότητας.

Το 1994 με νομοθετική ρύθμιση που ψηφίστηκε από τη σουηδική Βουλή, εισήχθη το σύστημα του «Οικογενειακού Γιατρού», που αποτέλεσε τον πυρήνα στις αλλαγές του σουηδικού συστήματος υγείας. Το σύστημα αυτό στηρίχτηκε στη βασική αρχή ότι κάθε δικαιούχος θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να εγγράφεται στη λίστα ενός γενικού - οικογενειακού γιατρού και να μπορεί να τον αλλάξει όποτε αυτός κρίνει σκόπιμο. Το εισόδημα του γενικού - οικογενειακού γιατρού βασίζεται κατά κύριο λόγο σε μηνιαίο μισθό, που συνυπολογίζει τον αριθμό των δικαιούχων που λαμβάνουν πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας και σε ένα ποσό αμοιβής κατά πράξη. Οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί παρέχουν συμβουλές, θεραπεία και πρόληψη και κατευθύνουν τον ασθενή στο σύστημα και τον παραπέμπουν για ειδικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς στα νοσοκομεία. Κυρίως όμως το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και είναι εκείνο που κρίνει αν θα πρέπει ο ασθενής να επισκεφτεί το γενικό ιατρό ή να παραπεμφθεί σε νοσοκομείο. Επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό προσφέρει κατ' οίκον νοσηλεία, ειδικά στην περίπτωση των ηλικιωμένων ατόμων

Οι ασθενείς επισκέπτονται τους γενικούς ιατρούς των Κέντρων Υγείας με ραντεβού. Οι ασθενείς έχουν επίσης τη δυνατότητα να απευθυνθούν, εκτός των κέντρων υγείας στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, δεδομένου ότι δεν είναι αναγκαία η παραπομπή από το γενικό τους γιατρό, δηλαδή μπορούν να επιλέξουν την ειδικότητα ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου που επιθυμούν, αλλά όχι το επίπεδο φροντίδας.

Τα Κέντρα υγείας αποζημιώνονται από σφαιρικούς προϋπολογισμούς ή κατά κεφαλή. Μέχρι το 1993 οι ασθενείς δεν είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν το γιατρό της προτίμησής τους αλλά ανήκαν σε ένα Κέντρο Υγείας ανάλογα με την περιοχή διαμονής τους αλλά γίνονται προσπάθειες ώστε να ενισχυθεί η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής από την πλευρά των ασφαλισμένων. Την ίδια στιγμή γίνονται προσπάθειες από τα Νομαρχιακά Συμβούλια για κατανομή πόρων προς τις περιφέρειες υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες. Οι οικογενειακοί γιατροί των Κέντρων Υγείας είναι μισθωτοί και η αποζημίωσή τους είναι μερικώς κατά κεφαλή και μερικώς κατά πράξη. Οι ιδιώτες γενικοί και εξειδικευμένοι γιατροί της εξωνοσοκομειακής φροντίδας αμείβονται κατά πράξη σε τιμές που έχουν προκαθοριστεί από το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης.

Πρόσφατα μια Κοινοβουλευτική Επιτροπή, σε συνεργασία με ξένους εμπειρογνώμονες, πρότεινε την ελεύθερη επιλογή γιατρού και εισήγαγε μεθόδους ανταγωνισμού μεταξύ των κέντρων υγείας. Επίσης πρότεινε τη δημιουργία αυτόνομου συστήματος οικογενειακών γιατρών, στα οργανωτικά πλαίσια του οποίου οι γενικοί γιατροί μεταφέρονται από τα κέντρα υγείας όπου ήταν μισθωτοί και γίνονται ανεξάρτητοι με συμβάσεις και πληρωμή κατά κεφαλή από τα Νομαρχιακά Συμβούλια (county councils) στην αρχή, ενώ τώρα προτείνεται η μεταφορά των αρμοδιοτήτων για την πρωτοβάθμια φροντίδα στους δήμους[40].

3.5 Φιλανδία

Η Φιλανδία είναι μια μικρή σε πληθυσμό χώρα της σκανδιναβικής χερσονήσου με 5 εκατομμύρια κατοίκους (2003), αλλά με αρκετά μεγάλη έκταση, ώστε να αποτελεί μια από τις πιο αραιοκατοικημένες χώρες της Ευρώπης. Παρά το μικρό της μέγεθος η Φιλανδία αναφέρεται συχνά σαν ένα τυπικό παράδειγμα δυτικοευρωπαϊκής χώρας με εθνικό σύστημα υγείας, στο οποίο υπάγεται αυτόματα όλος ο πληθυσμός της χώρας.

Το σύστημα υγείας είναι ιεραρχικά οργανωμένο σε πρωτοβάθμιο επίπεδο με τα κέντρα υγείας, σε δευτεροβάθμιο με τα περιφερειακά γενικά και ειδικά νοσοκομεία και σε τριτοβάθμιο με τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία που διαθέτει. Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό είναι ο υψηλός βαθμός αποκέντρωσης τόσο των υπηρεσιών υγείας όσο και των διοικητικών ευθυνών και αρμοδιοτήτων, που ακολουθούν τη διοικητική διαίρεση της χώρας[43].

Η βασική μονάδα παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών είναι η πολυκλινική. Σε κάθε πόλη υπάρχει μια πολυκλινική, η οποία υπάγεται στο νοσοκομείο της περιοχής, παρέχει γενικές και ειδικές ιατρικές υπηρεσίες για υποστήριξη. Οι πολυκλινικές καλύπτουν άμεσα τον αστικό πληθυσμό, ενώ ο αγροτικός πληθυσμός, παραπέμπεται σε αυτές όταν είναι αναγκαίο.

Αν και η Φιλανδία έχει μια σημαντική παράδοση στο νοσοκομειακό τομέα και διαθέτει ένα μεγάλο αριθμό νοσοκομειακών κλινών, εν τούτοις με μια αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας οι προτεραιότητες της στράφηκαν στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στην οργάνωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών.

Κεντρικός θεσμός για την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών είναι το κέντρο υγείας, το οποίο αποτελεί μια λειτουργική μονάδα, που περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών και δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης μιας συγκεκριμένης περιοχής, χωρίς

αυτές κατ' ανάγκην να συστεγάζονται στο ίδιο κτίριο. Κάθε κέντρο υγείας οργανώνεται με γνώμονα πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια. Ο ελάχιστος πληθυσμός για τη δημιουργία κέντρου υγείας έχει καθοριστεί σε 10.000 με 15.000 κατοίκους, αν και στις πολύ αραιοκατοικημένες περιοχές η βάση είναι μικρότερη, ώστε να αποφεύγονται οι μεγάλες μετακινήσεις των κατοίκων[44].

Η Φιλανδία αποτελεί ίσως το μοναδικό παράδειγμα ισότιμης υγειονομικής ανάπτυξης στην Ευρώπη. Ο τρόπος οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας ακολουθεί το ίδιο πρότυπο τόσο στις μεγάλες αστικές πόλεις, όσο και στις μικρές αγροτικές περιοχές. Έτσι, εξασφαλίζεται σε σημαντικό βαθμό η πλήρης και ομοιόμορφη κάλυψη ολόκληρου του πληθυσμού. Οι δραστηριότητες των κέντρων υγείας εστιάζονται σε ένα ευρύ φάσμα, που ξεπερνά τα κλασικά όρια της ιατρικής περίθαλψης και περιλαμβάνει: παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο ιατρείο και στο σπίτι και βασικές εργαστηριακές εξετάσεις (ακτινογραφικές, μικροβιολογικές, βιοχημικές), κλειστή νοσηλεία για παθήσεις μέσης βαρύτητας, χρόνιους ασθένειες και ασθενείς υπό παρακολούθηση στο τμήμα νοσηλείας του κέντρου υγείας, προστασία μητρότητας και παιδιού, με συστηματική παρακολούθηση των εγκύων, των μητέρων, των νεογνών και βρεφών, προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, προγράμματα εμβολιασμών, περιοδικό προληπτικό έλεγχο ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων, σχολική υγιεινή, ιατρική της εργασίας και προστασία του περιβάλλοντος, οδοντιατρική περίθαλψη, φυσικοθεραπεία, υγειονομική διαφώτιση με εκπαιδευτικές δραστηριότητες σε θέματα διατροφής, αλκοολισμού, καπνίσματος κ.ά.[44].

Το ιατρικό προσωπικό αποτελείται από γιατρούς γενικής ιατρικής πλήρους απασχόλησης, με δικαίωμα να διατηρούν ταυτόχρονα και ιδιωτικά ιατρεία. Γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων υπάρχουν σε λίγα μόνο κέντρα υγείας, αλλά η παροχή ειδικών ιατρικών υπηρεσιών εξασφαλίζεται αφενός με επισκέψεις των νοσοκομειακών γιατρών στα κέντρα υγείας και αφετέρου με ένα καλά οργανωμένο σύστημα παραπομπής στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σε αναλογία με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει σημαντικές αρμοδιότητες, ιδιαίτερα στον τομέα της πρόνοιας και της κοινωνικής φροντίδας. Το κέντρο υγείας διαθέτει επίσης το απαραίτητο διοικητικό και τεχνικό προσωπικό. Επίσης, υπάρχει ένα ευρύ φάσμα άλλων επαγγελματιών υγείας όπως τεχνικοί εργαστηρίων, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, λογοθεραπευτές, υγειονομικοί επιθεωρητές.

Γενικά, η πρωτοβάθμια περίθαλψη στη Φιλανδία χαρακτηρίζεται από μια υψηλού βαθμού ανάπτυξη, την παροχή ευρύτατου φάσματος υπηρεσιών, την ομοιόμορφη υγειονομική προστασία του πληθυσμού, την απουσία ανισοτήτων μεταξύ των διαφόρων περιοχών και τέλος από τον υψηλό βαθμό αποκέντρωσης του συστήματος υγείας.

3.6 Γαλλία

Η Γαλλία είναι μια από τις μεγαλύτερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης με 60 εκατομμύρια κατοίκους (2003). Από αυτούς το ένα τέταρτο ζει σε αγροτικές περιοχές, δηλαδή σε οικισμούς κάτω των 2.000 κατοίκων. Το Γαλλικό σύστημα υγείας παρουσιάζεται ως ένα από τα πιο σύνθετα και πολύπλοκα συστήματα υγείας. Σε ότι αφορά τη χρηματοδότηση, συνδυάζει ενιαία ασφάλιση υγείας εμπλέκοντας όμως σημαντικό ποσοστό συμμετοχής στο κόστος από την πλευρά των ασφαλισμένων, ενώ σε ότι αφορά τις παροχές παρουσιάζεται ευρύτατο αφού εμπλέκει τόσο ανεξάρτητους όσο και δημόσιους προμηθευτές[40].

Σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού καλύπτεται από το Σύστημα Ασφάλισης Υγείας το οποίο είναι μέρος του κοινωνικού συστήματος ασφαλειών και καλύπτει πάνω από το 70% των δαπανών για φροντίδες υγείας. Η συμμετοχή στο σύστημα μέσω κάποιου ταμείου γίνεται με βάση το επάγγελμα του ασφαλισμένου. Υπάρχουν περισσότερα από 15 ταμεία από τα οποία μεγαλύτερο είναι το CNAMTS, το οποίο καλύπτει περίπου το 80% των υποχρεωτικά ασφαλισμένων συμπεριλαμβάνοντας τους συνταξιούχους και τους έμμεσα ασφαλισμένους (εξαρτώμενα μέλη). Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι υπάρχει ένας μηχανισμός ασφαλείας ιατρικής βοήθειας για αυτούς που δεν έχουν σταθερό επάγγελμα και δεν μπορούν να συμμετέχουν στο κόστος παρεχομένων υπηρεσιών[40].

Στη Γαλλία λειτουργούν τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων τα οποία διατηρούν τη δομή της κοινωνικής ασφάλισης και στοχεύουν στη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων διαθέτουν γενικούς και ειδικούς ιατρούς, παραϊατρικό προσωπικό για νοσηλεία στο σπίτι, διαγνωστικά μέσα κ.ά., προσφέροντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας. Στόχος των δικτύων είναι η μείωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, των περιττών εξετάσεων, η αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και η σωστή διαχείριση του ασθενούς. Αυτό επιτυγχάνεται με την

άμεση επικοινωνία του συστήματος της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα και γενικότερα η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους με το σύστημα, οι οποίοι εργάζονται στα ιατρεία τους μεμονωμένα ή σε ομάδα (group practice) και αμείβονται είτε κατά κεφαλή είτε κατά πράξη. Στους γενικούς γιατρούς επιτρέπεται και η άσκηση ιδιωτικού έργου, ενώ σε ορισμένους από αυτούς (περίπου το 5%) επιτρέπεται να ζητήσουν και πρόσθετη αμοιβή, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα πρόσβασης στους ασθενείς και διογκώνει το κόστος. Παράλληλα υπάρχουν ιατρεία δημόσιου ή κοινωφελή χαρακτήρα, με μισθωτούς γιατρούς, για την παροχή φροντίδων σε απόρους. Περίπου το 60% των γιατρών που ασκούν ιδιωτική ιατρική είναι γενικοί γιατροί[45].

Ο ασθενής καταβάλλει στο γιατρό την αμοιβή του κατά την επίσκεψη και στη συνέχεια αποζημιώνεται από τον ασφαλιστικό του φορέα, έχοντας συμμετοχή κατά 25% στη δαπάνη (ticket modérateur) η οποία δεν ισχύει για τους χρόνιους ασθενείς. Αν επισκεφθεί μη συμβεβλημένο με το σύστημα γιατρό πληρώνει την ελεύθερη αμοιβή και εισπράττει από το ταμείο του προκαθορισμένο ποσό με βάση το τιμολόγιο, που ισχύει για τους συμβεβλημένους γιατρούς. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 10%, το οποίο εξαιρείται του μέτρου συνασφάλισης λόγω χρόνιων παθήσεων, ενώ αν ο ασθενής έχει και πρόσθετη ασφάλιση μπορεί να διεκδικήσει το σύνολο της δαπάνης.

Στην περίπτωση που απαιτείται νοσοκομειακή φροντίδα, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε δημόσια νοσοκομεία (μεγάλα και πλήρως εξοπλισμένα), και σε ιδιωτικά τα οποία είναι συνήθως κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ανήκουν σε γιατρούς (μικρότερα από τα δημόσια αλλά πιο εξειδικευμένα). Στα δημόσια νοσοκομεία οι γιατροί είναι είτε πλήρους είτε μερικής απασχόλησης και αμείβονται με μισθό, ενώ στα ιδιωτικά αμείβονται κατά πράξη. Η σχέση ανάμεσα στις δύο κατηγορίες ήταν συμπληρωματική αλλά τείνει να γίνει ολοένα και περισσότερο ανταγωνιστική. Η δαπάνη βαραίνει τους ασθενείς που διεκδικούν έπειτα αποζημίωση. Τέλος υπάρχει ένα εκτεταμένο δίκτυο κέντρων μακροχρόνιας φροντίδας τα οποία φροντίζουν το 4% του πληθυσμού πάνω από 60 ετών[40].

Στις αγροτικές περιοχές της χώρας η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κατά τον ίδιο τρόπο. Η κακή όμως κατανομή του ιατρικού δυναμικού έχει ως άμεση συνέπεια την αισθητή έλλειψη γιατρών στα χωριά και στις μικρές κωμοπόλεις. Ανάλογο πρόβλημα υπάρχει και στην κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ο ασφαλιστικός φορέας των αγροτών δεν διαθέτει δικά του ιατρεία, ακόμη και στις πιο απομονωμένες περιοχές, αλλά απλώς καταβάλει στους ασφαλισμένους του μέχρι ενός ορίου, το κόστος της ιατρικής επίσκεψης. Η μόνη άμεση παροχή υπηρεσιών από τον ασφαλιστικό φορέα των αγροτών αφορά τον τομέα της πρόληψης. Σε κάθε ένα από τα διαμερίσματα της χώρας υπάρχει μια «υπηρεσία προληπτικής ιατρικής» και μια «υπηρεσία ιατρικής της αγροτικής εργασίας». Η πρώτη είναι στελεχωμένη με ένα γιατρό πλήρους απασχόλησης, νοσοκόμα και γραμματέα, ενώ η δεύτερη με ένα γιατρό μερικής απασχόλησης.

Είναι φανερό ότι το ελάχιστο προσωπικό των ανωτέρω υπηρεσιών δεν επιτρέπει, ώστε οι παροχές αυτές να προσφέρουν κάτι ουσιαστικό στην υγεία και την ιατρική προστασία των αγροτών. Συμπερασματικά, η παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης στηρίζεται κατ'εξοχήν στην ελεύθερη αγορά των ιατρικών υπηρεσιών στο σύστημα υγείας της Γαλλίας.

3.8 Ισπανία

Η Ισπανία είναι μια χώρα 40 εκατομμυρίων κατοίκων (2003). Όπως και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρουσίασε ταχείς ρυθμούς αστικοποίησης του πληθυσμού, με αντίστοιχη μείωση των κατοίκων των αγροτικών περιοχών. Γενικά, οι υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν οργανωτική ανομοιομορφία με σαφή έλλειψη ενιαίου σχεδιασμού. Οι σύγχρονες αντιλήψεις για την ενιαία οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με βάση το κέντρο υγείας και την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής περίθαλψης από την ομάδα υγείας δεν έχουν επηρεάσει ακόμα την υγειονομική δομή της χώρας, που συνεχίζει να στηρίζεται στα παραδοσιακά πρότυπα.

Σε ότι αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη, το Ισπανικό σύστημα στηρίζεται ολοένα και περισσότερο στην πλήρη απασχόληση των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας οι οποίοι απαρτίζουν τις Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και στην πλήρη απασχόληση γιατρών ειδικοτήτων οι οποίοι εργάζονται στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων. Η διοίκηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας γίνεται μέσω συγκεκριμένων διαχειριστικών ομάδων σε επίπεδο υγειονομικών περιοχών. Η οργάνωση βασίζεται σε «βασικές ζώνες υγείας» (basic health zones), οι οποίες αποτελούν και τη μικρότερη γεωγραφική μονάδα του συστήματος υγείας[40].

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μετά τη μεταρρύθμιση παρέχεται μέσω δύο

διαφορετικών προτύπων, το παραδοσιακό και το ομαδικό (team-based) μοντέλο. Κάθε ένα από τα συστήματα αυτά παρέχει διαφορετικό εύρος υπηρεσιών, ενώ χρηματοδοτούνται με διαφορετικούς τρόπους[40]:

α. Το παραδοσιακό πρότυπο βασίζεται σε ένα γενικό ιατρό, ο οποίος είναι συνήθως μερικής απασχόλησης και η πληρωμή του γίνεται με βάση τον αριθμό των ασθενών που εξετάζει. Υπάρχει η τάση εξάλειψης του μοντέλου αυτού και η εξ' ολοκλήρου εφαρμογή του δεύτερου μοντέλου.

β. Το δεύτερο πρότυπο βασίζεται στην Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία αποτελείται από γενικούς γιατρούς, παιδίατρος και νοσηλεύτες, που δραστηριοποιείται σε δημόσια Κέντρα Υγείας ή σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, με πλήρη απασχόληση 6 ώρες ημερησίως, αμείβονται με μισθό (κλιμακωτά) και είναι υπεύθυνοι για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Η δραστηριότητα τους κατευθύνεται κυρίως προς τη νοσοκομειακή περίθαλψη, την οργάνωση προληπτικών προγραμμάτων (εμβολιασμοί, υγιεινή περιβάλλοντος, σχολική υγιεινή) και σε σχετικά μικρότερο βαθμό στην παροχή ανοιχτής ιατρικής περίθαλψης. Τέλος, κάθε ομάδα γενικών γιατρών συντονίζεται από ένα γιατρό, μέλος της ομάδας, ο οποίος έχει τόσο διοικητικά όσο και κλινικά καθήκοντα. Η επιλογή σε γιατρούς ειδικοτήτων είναι περιορισμένη.

Έχει ληφθεί μέριμνα ώστε κάθε κάτοικος της Ισπανίας να έχει άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (εκτιμάται ότι η μέση απόσταση από το κέντρο υγείας για κάθε ασθενή είναι 15 min), που εστιάζεται στη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού, αφού στις αγροτικές περιοχές, όπου ο πληθυσμός είναι διεσπαρμένος η αναλογία των κατοίκων προς τους γενικούς ιατρούς είναι 1.250 κατοίκους / ιατρό, ενώ στις αστικές περιοχές είναι περίπου 2.000 κάτοικοι / ιατρό[40].

Οι γενικοί ιατροί, ως υπάλληλοι του κράτους, αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πληθυσμού με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενώ ο ρόλος που διαδραματίζουν είναι κατ' εξοχήν προληπτικός, παρέχοντας ωστόσο και θεραπευτικές υπηρεσίες. Οι γενικοί ιατροί ασκούν προσυμπτωματικό έλεγχο, κάνουν διάγνωση και παρέχουν θεραπεία ανάλογα με την περίπτωση, είτε παραπέμπουν σε εξειδικευμένες υπηρεσίες. Σε περίπτωση που οι ασθενείς παραπεμφθούν για εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να επιστρέψουν στο γενικό γιατρό ο οποίος έχει την ευθύνη για την παρακολούθηση της θεραπείας. Η συνήθης ιατρική περίθαλψη μπορεί επίσης να παραχθεί και από ιδιώτες γιατρούς και οικογενειακούς παιδίατρος συμβεβλημένους με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Υπάρχουν όμως και οργανωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τις οποίες σημαντικότερες είναι το κέντρο πρώτων

βοηθειών[40, 43].

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του γενικού οικογενειακού γιατρού στη λίστα του οποίου εγγράφονται και διατηρούν το δικαίωμα να τον αλλάξουν όποτε κρίνουν αυτοί σκόπιμο, αρκεί ο νέος οικογενειακός γιατρός να λειτουργεί μέσα στην ίδια «περιοχή υγείας» στην οποία ανήκουν.

Η συμμετοχή των δικαιούχων στις δαπάνες περίθαλψης είναι περίπου 40% για τις φαρμακευτικές δαπάνες ενώ εξαιρούνται του μέτρου οι συνταξιούχοι και όσοι έχουν ανάγκη συγκεκριμένων «κρίσιμων» φαρμάκων για επιβίωση.

Στις αγροτικές περιοχές τώρα, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται είτε από ελεύθερους ιδιώτες γιατρούς, που πληρώνονται κατά επίσκεψη από τον ασφαλιστικό φορέα, είτε από δημόσια ιατρεία και σταθμούς πρώτων βοηθειών. Έτσι, οι δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνουν[43]:

- Διορισμένους από το κράτος αγροτικούς γιατρούς που προσφέρουν προληπτική ιατρική και επείγουσα θεραπευτική. Εργάζονται με μισθό από το κράτος, αλλά έχουν και το δικαίωμα αμοιβής από τον ασθενή.
- Οικογενειακούς παιδίατρος, που πληρώνονται από τις κοινωνικές ασφαλίσεις, βρίσκονται εγκατεστημένοι σε αστικές περιοχές και είναι υπεύθυνοι για παιδιά ηλικίας ως επτά ετών.
- Αγροτικά ιατρεία με αγροτικούς γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό.
- Σταθμούς πρώτων βοηθειών σε περιοχές με πληθυσμό πάνω από 15.000 κατοίκους που ανήκουν σε ασφαλιστικούς φορείς.

Αν και υπάρχει μια σημαντική ανισότητα στην κατανομή των ειδικών γιατρών, με μεγαλύτερη συγκέντρωση στις πόλεις, εν τούτοις οι γενικοί γιατροί και οι παιδίατροι των αγροτικών περιοχών φαίνεται ότι επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού της υπαίθρου. Για ειδικές ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις οι ασθενείς παραπέμπονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

3.8 Γερμανία

Το Γερμανικό σύστημα υγείας ανήκει στην κατηγορία των συστημάτων που στηρίζουν τη χρηματοδότησή τους και τη λειτουργία τους στην κοινωνική ασφάλιση και το 90% του πληθυσμού καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Σε σύνολο 74.063 γιατρών οι 30.471 (41%) είναι γενικοί γιατροί, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με τα

ασφαλιστικά ταμεία της περιφέρειάς τους, με την προϋπόθεση ότι έχουν τουλάχιστον 3ετή ειδική εκπαίδευση. Προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, μόνοι τους ή ως ομάδα γιατρών (group practice)[40].

Οι επαγγελματικοί ιατρικοί σύλλογοι στη Γερμανία, θεωρώντας δυσανάλογα μικρό τον αριθμό των γενικών - οικογενειακών γιατρών, ενθαρρύνουν τους νέους γιατρούς να ακολουθήσουν αυτή την ειδικότητα. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής για συγκεκριμένες καταστάσεις και ασθένειες. Επιπλέον οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί έχουν ενεργό συμμετοχή στην κοινωνική ιατρική, στην κάλυψη έκτακτων αναγκών, στη διαχείριση κινδύνων για την υγεία που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον και στη συμβουλευτική αγωγή υγείας. Σχετικά με την αμοιβή τους, το 1996 τέθηκε σε εφαρμογή ένα νέο σύστημα αμοιβών για να περιορίσουν τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το νέο σύστημα προβλέπει:

- Μια βασική κατά κεφαλήν αμοιβή για Πρωτοβάθμια Φροντίδα.
- Ένα συνολικό ποσό για γενικές υπηρεσίες το οποίο καταβάλλεται κατά την πρώτη επίσκεψη του ασθενούς και περιλαμβάνει προκαθορισμένη γκάμα υπηρεσιών για διάστημα τριών μηνών.
- Ένα συνολικό ποσό για κάθε επόμενη επίσκεψη του ασφαλισμένου μέσα στην περίοδο αυτή.
- Αμοιβή κατά πράξη.

Όσον αφορά τις αμοιβές κατά πράξη (έτσι προκαλείται μεγαλύτερη ζήτηση) οι ιατρικές ενώσεις που τις διαπραγματεύονται έχουν περιορισμούς από τα ασφαλιστικά ταμεία να λειτουργήσουν μέσα στα πλαίσια δεδομένου προϋπολογισμού για την πρωτοβάθμια φροντίδα[40].

Οι πολίτες επιλέγουν ελεύθερα τον οικογενειακό τους γιατρό και δεν μπορούν να τον αλλάξουν (αφού υποβάλλουν την κάρτα υγείας τους) πριν περάσει η οικονομική περίοδος που διανύεται. Η παραπομπή σε ειδικούς γιατρούς γίνεται από τον οικογενειακό, ενώ υπάρχει και το δικαίωμα της αυτοπαραπομπής του ασθενή στο νοσοκομείο ή σε άλλον ειδικό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός που εφημερεύει στην περιοχή, είναι διαθέσιμος και για τα επείγοντα περιστατικά. Οι ασθενείς κατά τις αργίες συνήθως χρησιμοποιούν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων που εφημερεύουν.

3.9 Διαπιστώσεις και Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, από την περιγραφή των συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις διάφορες χώρες της Ευρώπης διαπιστώνονται τόσο αρκετές ομοιότητες όσο και σημαντικές διαφορές. Σε όλες τις χώρες είναι καθοριστικός ο ρόλος των γενικών – οικογενειακών γιατρών στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και γενικά στο σύστημα υγείας.

Όπως διακρίνεται από τα παραπάνω ο ρόλος των γενικών – οικογενειακών γιατρών ως *gatekeepers* είναι κυρίαρχος στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας της Ισπανίας, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Σουηδίας, της Γερμανίας αλλά και πολλών ακόμη ευρωπαϊκών χωρών όπως της Πορτογαλίας, της Ιταλίας, κ.ά. που δεν αναφέρονται στην παρούσα εργασία. Ειδικότερα για τη Γερμανία θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο ρόλος του γενικού γιατρού ως *gatekeeper*, δεν ασκείται με αποκλειστικό χαρακτήρα, δεδομένου ότι οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν στο γιατρό που αυτοί επιθυμούν, ενώ στη Σουηδία παρά το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα, ουσιαστικά ο γενικός ιατρός είναι αυτός που συντονίζει την όλη διαδικασία και ως εκ τούτου αποτελεί έμμεσα και τον *gatekeeper* του συστήματος. Εξαίρεση του γενικού αυτού κανόνα αποτελεί το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας της Γαλλίας στο οποίο κατ' ουσία δεν υφίσταται ο θεσμός του gate-keeping δεδομένου ότι οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν οποιοδήποτε γιατρό ειδικότητας επιθυμούν, είτε ακόμη να επισκεφθούν ιδιώτη ιατρό.

Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι με εξαίρεση το σύστημα του Ηνωμένου Βασιλείου, για το οποίο οι οικογενειακοί γιατροί έχουν αναλάβει την πλήρη διαχείριση των οικονομικών πόρων των ασθενών τους, είναι προφανές ότι ο γενικός οικογενειακός γιατρός ασκεί από τη φύση των αρμοδιοτήτων του καθοριστικό ρόλο σε όλα τα συστήματα υγείας στη διαχείριση των οικονομικών πόρων, δεδομένου ότι με τις αποφάσεις του επεμβαίνει άμεσα και έμμεσα στη διαμόρφωση του γενικότερου καταναλωτικού προτύπου για υπηρεσίες υγείας.

Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος των γενικών – οικογενειακών γιατρών και στη «διαχείριση» των ασθενών ως προς την πρώτη επαφή τους με το σύστημα και την περαιτέρω πορεία τους σε αυτό. Σε όλα τα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας, με εξαίρεση το γαλλικό και εν μέρει το σουηδικό, ο γενικός - οικογενειακός γιατρός αποτελεί το σημείο υποχρεωτικής πρώτης επαφής του ασθενούς με το σύστημα. Το γεγονός αυτό αποτελεί την αναγκαία προϋπόθεση για να μπορέσει να διαχειριστεί και παρακολουθήσει τον ασθενή στην περαιτέρω πορεία του στο σύστημα υγείας και σε όλα τα στάδια και τις διαδικασίες που έχουν σχέση με την παροχή των αναγκαίων φροντίδων.

Ο ρόλος αυτός είναι καθοριστικός στα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας του Ηνωμένου Βασιλείου, της Σουηδίας και της Ισπανίας, ενώ αντίθετα δεν ισχύει για την περίπτωση της Γαλλίας και του Καναδά το σύστημα του οποίου δεν αποτελεί αντικείμενο της συγκεκριμένης εργασίας.

Διαφοροποιήσεις επίσης παρατηρούνται στα διάφορα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας και ως προς τον τρόπο αμοιβής των γενικών οικογενειακών γιατρών, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση ή με πάγιο μισθό ή κατά κεφαλή. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει «βέλτιστο» σύστημα αμοιβής του ιατρικού προσωπικού, αλλά κάθε χώρα εφαρμόζει ένα συγκεκριμένο σύστημα ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε συστήματος υγείας και με το καθεστώς απασχόλησης του προσωπικού και ότι κάθε ένας από τους τρόπους αμοιβής των οικογενειακών γιατρών έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται τόσο με τη γενική οικονομική απόδοση των συστημάτων υγείας όσο και με την ικανοποίηση των χρηστών.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΣΥΜΠΡΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ – ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Τι είναι οι Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα

Οι συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) εμφανίστηκαν εδώ κ πολλά χρόνια σε διάφορες χώρες με αξιοσημείωτα αποτελέσματα καθώς μπορούν να εφαρμοστούν σε πολλούς τομείς της οικονομίας, από την ανάπτυξη υποδομών ως την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο ιδιωτικός φορέας που αναλαμβάνει ένα έργο ΣΔΙΤ, η επιλογή του οποίου γίνεται μέσω δημοσίου διαγωνισμού, αναλαμβάνει συνολικά ή κατά μέρος το κόστος υλοποίησης του έργου και ένα σημαντικό ποσοστό των κινδύνων που σχετίζονται με την κατασκευή και λειτουργία του. Ο δημόσιος τομέας από την άλλη, καθορίζει τις απαιτήσεις του με βάση λειτουργικές προδιαγραφές και εγκρίνει τον αναλυτικό σχεδιασμό του έργου, επικεντρώνοντας στον καθορισμό των σχεδιαστικών, τεχνικών και λειτουργικών απαιτήσεων του έργου. Η αναθέτουσα δημόσια αρχή αποπληρώνει τους ιδιωτικούς φορείς είτε με τμηματικές καταβολές συνδεδεμένες με τη διαθεσιμότητα του έργου και την τήρηση των προδιαγραφών λειτουργίας του, είτε με απευθείας καταβολές από τους τελικούς χρήστες.

Οι ΣΔΙΤ δηλαδή είναι συμβατικές μορφές συνεργασίας μακράς διάρκειας των δημοσίων αρχών με το κόσμο των επιχειρήσεων, που αποσκοπούν στην εξασφάλιση της χρηματοδότησης, της κατασκευής, της ανακαίνισης, της διαχείρισης και της συντήρησης μιας υποδομής ή στην παροχή μιας υπηρεσίας, σε τομείς της εθνικής οικονομίας, όπου η απελευθέρωση της αγοράς είναι είτε ανέφικτη είτε μη επιθυμητή. Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην υλοποίηση αυτών των έργων και υπηρεσιών γίνεται είτε με τη μορφή του συνεργαζόμενου εταίρου (partner) με τον φορέα υλοποίησής τους, είτε με τη μορφή του παροχέα υπηρεσιών προς το Δημόσιο[46]. Επομένως, μέσω των ΣΔΙΤ, ο ρόλος του δημόσιου τομέα αλλάζει καθώς εξειδικεύεται στην παρακολούθηση και τον έλεγχο της σωστής τήρησης των προδιαγραφών απόδοσης που θέτει στον ιδιώτη της σύμβασης ΣΔΙΤ.

Ο όρος σύμπραξη δημόσιου - ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) χρησιμοποιείται ευρέως από τη δεκαετία του 1990. Ωστόσο, το Πράσινο Βιβλίο για τις ΣΔΙΤ, το οποίο υιοθέτησε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το Νοέμβριο του 2005, επισημαίνει ότι αν και δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός των ΣΔΙΤ σε κοινοτικό επίπεδο, ο όρος αναφέρεται σε μορφές συνεργασίας ενός δημόσιου φορέα με τον επιχειρηματικό κλάδο με σκοπό τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, την ανακαίνιση, τη διαχείριση ή τη συντήρηση υποδομών ή την παροχή υπηρεσιών[47].

Οι ΣΔΙΤ, παρά την ποικιλομορφία τους, διέπονται από κάποια κοινά χαρακτηριστικά:

- τη μεγάλη χρονική διάρκεια της σχέσης που συνεπάγεται συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού εταίρου. Η σχέση αυτή διαρκεί κανονικά από 10 ως 30 έτη,
- τη μερική χρηματοδότηση του προγράμματος από τον ιδιωτικό τομέα, με αρκετές και ποικίλες συμφωνίες μεταξύ των εταίρων. Κατά συνέπεια ο εταίρος του δημόσιου τομέα καθορίζει την ποιότητα, την ποσότητα και το χρόνο παράδοσης των υπηρεσιών, καθώς και την τιμολογιακή πολιτική των υπηρεσιών αυτών,
- το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο ιδιώτης σε διάφορα στάδια του προγράμματος (σχεδιασμός, συμπλήρωση, υλοποίηση, χρηματοδότηση) και την παράλληλη επικέντρωση του δημόσιου τομέα στον έλεγχο της ποιότητας, τον ορισμό των τιμών και τον προσδιορισμό των στόχων του προγράμματος στη βάση της ικανοποίησης του δημόσιου συμφέροντος και
- την κατανομή των κινδύνων μεταξύ των εταίρων, η οποία αφορά κυρίως τη μεταβίβαση στον ιδιωτικό τομέα κινδύνων που παραδοσιακά βάρυναν το δημόσιο τομέα[47].

Στόχος των ΣΔΙΤ είναι να παραδίδονται περισσότερα έργα ή υπηρεσίες, σύμφωνα με προδιαγεγραμμένες προδιαγραφές ποιότητας, σε συντομότερο χρονικό διάστημα, μετατρέποντας τις ογκώδεις αρχικές κεφαλαιουχικές δαπάνες σε τακτικές πληρωμές υπηρεσιών είτε από τους τελικούς χρήστες είτε από το δημόσιο φορέα, επιτρέποντας έτσι στο δημόσιο να χρηματοδοτεί έργα ή υπηρεσίες πέραν των διαθέσιμων πεπερασμένων πόρων του. Δεδομένου ότι η συμβατική δέσμευση του δημόσιου τομέα να αγοράζει υπηρεσίες από τους ιδιώτες για αρκετές δεκαετίες μετά την ολοκλήρωση ενός έργου επιφέρει σημαντικές συνέπειες τόσο για τις δανειακές ανάγκες του δημόσιου τομέα, όσο και για τον έλεγχο των μελλοντικών δημόσιων δαπανών, είναι απαραίτητο το δημόσιο να τις παρακολουθεί προσεκτικά, ώστε να διασφαλίζεται η προσήκουσα αποπληρωμή του

έργου[48]. Με άλλα λόγια, η λογική που διατρέχει τις ΣΔΙΤ είναι η παροχή βελτιωμένων ποιοτικά και αποδοτικότερων οικονομικά υπηρεσιών στο κοινό, με την ταυτόχρονη αξιοποίηση των πόρων των δεξιοτήτων του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα.

4.2 Είδη Συμπράξεων Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα

Το Πράσινο Βιβλίο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής διακρίνει δύο είδη ΣΔΙΤ:

- ΣΔΙΤ καθαρά συμβατικού τύπου, στις οποίες η σύμπραξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα βασίζεται αποκλειστικά σε συμβατικούς δεσμούς και συγκεκριμένα πράξη ανάθεσης που χαρακτηρίζεται είτε ως δημόσια σύμβαση, είτε ως σύμβαση παραχώρησης.
- ΣΔΙΤ θεσμοθετημένου τύπου, στις οποίες υπάρχει συνεργασία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στο πλαίσιο ενός άλλου φορέα ΣΔΙΤ.

Η διάκριση αυτή βασίζεται στη διαπίστωση ότι οι διαφορετικές πρακτικές ΣΔΙΤ που συναντώνται στα διάφορα κράτη - μέλη μπορούν να διαιρεθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η καθεμιά τους δημιουργεί ιδιαίτερα ζητήματα σχετικά με την εφαρμογή του κοινοτικού δικαίου για τις δημόσιες συμβάσεις και τις συμβάσεις παραχώρησης[49].(Ε.Ε.Κ., 2005).

4.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της ανάπτυξης και εφαρμογής των ΣΔΙΤ

Η διεθνής εμπειρία έχει αποδείξει ότι μέσω των ΣΔΙΤ είναι εφικτή η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών, που ικανοποιούν τις απαιτήσεις των πολιτών, με τρόπο οικονομικά αποδοτικό και αποτελεσματικό. Η συνεργασία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να επιφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως την υλοποίηση ενός σχεδίου στην καλύτερη σχέση ποιότητας - τιμής, διατηρώντας παράλληλα τους στόχους του δημοσίου συμφέροντος.

Παρ' όλα αυτά, η χρησιμοποίηση των ΣΔΙΤ δεν θα πρέπει να θεωρείται η μοναδική διέξοδος για το δημόσιο τομέα ο οποίος αντιμετωπίζει εξαιρετικά δημοσιονομικούς περιορισμούς στη σημερινή εποχή. Οι οικονομικές και οργανωτικές επιλογές για τον τρόπο υλοποίησης κάθε έργου πρέπει να παρουσιάζουν πραγματική προστιθέμενη αξία σε σχέση με άλλες επιλογές, όπως είναι η κλασική σύναψη σύμβασης δημοσίου έργου – υπηρεσίας, προκειμένου να τεθούν σε εφαρμογή.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά τα προσδοκώμενα οφέλη ως εξής:

- Οι ΣΔΙΤ αποτελούν αξιόπιστη εναλλακτική λύση για την προμήθεια πλήθους υποδομών του δημοσίου καθώς και των σχετικών με αυτών υπηρεσιών διαχείρισης και λειτουργίας.
- Ενισχύεται η καινοτομία και η εξοικονόμηση χρόνου και χρήματος.
- Τα ιδιωτικά κεφάλαια μπορεί να επιφέρουν επιπρόσθετο κόστος για τη χρηματοδότηση του έργου, καθώς το κόστος δανεισμού του ιδιωτικού τομέα είναι συνήθως υψηλότερο από το κόστος δανεισμού του δημοσίου. Ωστόσο, το κόστος αυτό μπορεί να αντισταθμιστεί από την εισαγωγή μιας ανταγωνιστικής διαδικασίας και υπό σωστές προϋποθέσεις, επιφέροντας σε συνολικό επίπεδο οικονομικότερες λύσεις από το συνδυασμό σχεδιασμού, κατασκευής και λειτουργίας του έργου από τον ίδιο προμηθευτή.
- Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών βελτιώνεται ενώ ο δημόσιος τομέας έχει τη δυνατότητα να καθορίζει και να ελέγχει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Καθώς οι πληρωμές που καταβάλλονται στον ιδιωτικό τομέα είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και την επίτευξη συγκεκριμένου επιπέδου ποιότητας, η επίτευξη των στόχων αποτελεί κίνητρο για τον ιδιωτικό τομέα να γίνει πιο αποδοτικός, αποτελεσματικός και η ποιότητα που επιτυγχάνεται είναι καλύτερη από αυτή που επιτυγχάνεται με τον παραδοσιακό τρόπο προμηθειών.
- Η κυβέρνηση διατηρεί τον έλεγχο σε δημόσια αγαθά καθώς μεταβιβάζονται στον ιδιωτικό τομέα επιλεκτικά, κίνδυνοι και ευθύνες σχετικές με την καθημερινή διαχείριση των παρεχομένων υπηρεσιών. Ωστόσο, ο δημόσιος τομέας διατηρεί σε κάθε περίπτωση τη δυνατότητα επιλογής και επιβολής πολιτικών προδιαγραφών και ρυθμιστικών παρεμβάσεων.
- Ενισχύονται τα οικονομικά οφέλη. Με την ανάπτυξη και ολοκλήρωση ενός σημαντικού αριθμού έργων σε περιόδους δημοσιονομικής λιτότητας, η ανάπτυξη συμβάσεων με την μορφή των ΣΔΙΤ μπορεί να αποτελέσει σημαντικό κίνητρο για τον ιδιωτικό τομέα για την αύξηση της απασχόλησης και την ανάπτυξη της οικονομίας.
- Μεταφορά Τεχνογνωσίας. Με την εφαρμογή των ΣΔΙΤ επιτυγχάνεται μεταφορά τεχνογνωσίας στο δημόσιο τομέα μέσω της συνεργασίας του με τον ιδιωτικό τομέα.

Όσον αφορά στα ενδεχόμενα μειονεκτήματα του συστήματος των ΣΔΙΤ, αυτά συνοψίζονται στα εξής:

- Οι δομές ΣΔΙΤ παρουσιάζουν αυξημένη πολυπλοκότητα στην υλοποίηση τους εξαιτίας των απαραίτητων θεσμικών αλλαγών καθώς και του σύνθετου πλέγματος συμβάσεων που θα πρέπει να προβλέπουν κάθε πιθανό κίνδυνο και την αντιμετώπισή του, ώστε να επιτευχθεί ο επιμερισμός των κινδύνων σε εκείνα τα εμπλεκόμενα μέρη που έχουν τη δυνατότητα να τους διαχειριστούν.
- Υψηλά κόστη δόμησης σύμπραξης. Το κόστος που συνδέεται με την ανάπτυξη μορφών ΣΔΙΤ κατά το στάδιο διαμόρφωσης τους, λόγω πολυπλοκότητας, είναι αρκετά υψηλότερο από τα αντίστοιχα που προκύπτουν με το συμβατικό τρόπο προμήθειας των παγίων και υπηρεσιών. Παρ' όλα αυτά το συνολικό κόστος του έργου δεν είναι κατ' ανάγκη υψηλότερο σε σχέση με τον παραδοσιακό τρόπο προμήθειας έργων.
- Υψηλότερα κόστη δανεισμού. Το κόστος δανεισμού του ιδιωτικού φορέα είναι κατά κανόνα υψηλότερο από αυτό του δημοσίου και δεδομένου ότι ο ιδιωτικός φορέας θα επιδιώξει υψηλό ποσοστό δανεισμού το χρηματοοικονομικό κόστος του έργου ενδέχεται να επιβαρυνθεί. Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει ότι το συνολικό κόστος του έργου θα είναι κατ' ανάγκη υψηλότερο σε σχέση με τον παραδοσιακό τρόπο προμήθειας έργων.
- Αναποτελεσματική διαχείριση της σύμβασης. Ενδέχεται να μην γίνεται η κατάλληλη παρακολούθηση και ο απαιτούμενος έλεγχος της σύμβασης με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα, λόγω έλλειψης τεχνογνωσίας ή εξαιτίας της απουσίας κατάλληλων διαδικασιών παρακολούθησης.
- Έλλειψη ανταγωνισμού. Η ύπαρξη ανταγωνισμού σε μια ΣΔΙΤ συμβάλλει στην ανάπτυξη καινοτόμων λύσεων και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών. Αντιθέτως, το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα μπορεί να μην επιτευχθεί όταν δεν υπάρχουν συνθήκες ισχυρού ανταγωνισμού ή όταν ο αριθμός των ιδιωτών που μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες αυτές είναι μικρός.

Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετά από τα μειονεκτήματα των ΣΔΙΤ μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με τον κατάλληλο σχεδιασμό, διάρθρωση και υλοποίηση του έργου. Επιπλέον η αμέριστη υποστήριξη της πολιτείας τόσο σε πολιτικό, νομοθετικό όσο και σε θεσμικό επίπεδο, συμβάλλει σημαντικά στην επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.

4.4 Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία

Οι κοινωνικοπολιτικές και κυρίως οι δημοσιοοικονομικές αλλαγές επιβάλλουν ανατροπές και επανασχεδιασμό της πολιτικής υγείας. Το γεγονός, επίσης, ότι τα επόμενα χρόνια τα κοινοτικά κονδύλια προβλέπεται να μειωθούν, ενώ οι ανάγκες υγείας ολοένα και αυξάνονται, οδηγεί στην αναζήτηση νέων πηγών χρηματοδότησης. Αντιλαμβάνεται εύκολα κανείς ότι ο εκσυγχρονισμός της υγειονομικής περίθαλψης σε συνδυασμό με τη στενότητα των δημόσιων πόρων ωθεί τις κυβερνήσεις στην αναζήτηση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης των δημόσιων υποδομών μέσω άντλησης κεφαλαίων από τον ιδιωτικό τομέα.

Οι συμπράξεις στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα στο νοσοκομειακό κλάδο παρουσιάζουν ιδιαίτερη ποικιλομορφία. Αποσκοπούν κυρίως στην αντιμετώπιση χρηματοδοτικών και διαχειριστικών προβλημάτων που προκύπτουν είτε σε μια υπό κατασκευή είτε σε μία ήδη λειτουργούσα δημόσια δομή. Η διεθνής εμπειρία έχει να επιδείξει συμπράξεις με τη μορφή της εκχώρησης των υποστηρικτικών, των κλινικών υπηρεσιών ή και της διοίκησης δημόσιων νοσοκομείων σε ιδιώτες, με τη μορφή της λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών εντός δημόσιων νοσοκομείων, με τη μορφή της κατασκευής δημόσιων νοσοκομείων με ιδιωτικά κεφάλαια με ή χωρίς ανάληψη της ευθύνης παροχής των υποστηρικτικών ή και των κλινικών υπηρεσιών από τον ιδιωτικό φορέα.

Η εφαρμογή των ΣΔΙΤ στην υγεία σηματοδοτείται από ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία επισημαίνονται παρακάτω ως εξής[50]:

- Η επιλογή των ΣΔΙΤ δεν ακυρώνει το δημόσιο χαρακτήρα του αγαθού υγεία και δεν παραπέμπει σε πολιτική επιλογή κεντρικά σχεδιασμένης εκχώρησης της συνολικής ευθύνης σε ιδιώτες, αλλά συνιστά προσπάθεια βελτίωσης της επάρκειας και της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων.
- Η ευρέως διαδεδομένη εμπειρία των συμπράξεων δημοσίου - ιδιωτικού τομέα υγείας στη Μ. Βρετανία παρουσιάζει εντυπωσιακά αποτελέσματα τόσο στην ανάπτυξη νέων δομών όσο και στην παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Η ανάληψη οποιασδήποτε πρωτοβουλίας στον τομέα της υγείας με τη σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού πρέπει να συνοδεύεται από ένα πλαίσιο κατανομής των αρμοδιοτήτων και ανάληψης των ευθυνών.
- Τέλος, σημειώνεται ότι, η συνεργασία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα

υγείας στη χώρα μας έχει διαμορφωθεί στη βάση μιας ροής χρήματος μόνο προς τη μία κατεύθυνση (από τη δημόσια χρηματοδότηση στην ιδιωτική παραγωγή) γεγονός που καθιστά αδύνατο τόσο τον εξορθολογισμό των τιμών όσο και τον έλεγχο της δημόσιας δαπάνης. Υπό αυτές τις συνθήκες, η προώθηση των συμπράξεων μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας προτείνεται σε περιπτώσεις προβλημάτων επάρκειας του δημοσίου συστήματος (μετατόπιση δημόσιων οικονομικών πόρων στην ιδιωτική παραγωγή) αλλά και προκειμένου να ενισχυθεί η ρευστότητα της δημόσιας παραγωγής η οποία θα περιλαμβάνει και σε κάποιο βαθμό ιδιωτικών συμφερόντων δομές (μετατόπιση ιδιωτικών πόρων στη δημόσια παραγωγή).

Σε κάθε περίπτωση, η προώθηση των συμπράξεων μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση υφιστάμενων προβλημάτων του δημοσίου συστήματος, αλλά και να καλύψει περιοχές στις οποίες υπάρχουν σημαντικά κενά (όπως η βραχεία ή η κατ' οίκον νοσηλεία, η εντατική θεραπεία, η μετανοσοκομειακή φροντίδα, οι φροντίδες αποκατάστασης κ.ά.). Ωστόσο, προκειμένου να ευδοκιμήσει η προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τη χρησιμοποίηση των ΣΔΙΤ, ο σχετικός σχεδιασμός πρέπει να μεριμνήσει για την πληρότητα του θεσμικού και του συμβατικού πλαισίου, να εισαγάγει ευέλικτες δομές απασχόλησης, να επενδύσει στο ανθρώπινο δυναμικό τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα, να εξασφαλίσει τη διαφάνεια και τέλος, να ενισχύσει το όλο πλαίσιο συνεργασίας με δικλίδες ασφαλείας στη βάση της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε αφενός να επιτευχθεί ο αρχικός στόχος και αφετέρου να διασφαλισθεί η ορθολογική χρήση των δημόσιων οικονομικών, υλικών και ανθρώπινων υγειονομικών πόρων, αλλά και ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας συνολικά[50].

Τα τελευταία χρόνια, όχι μόνο σε επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρείται μια συνεχής επέκταση της χρήσης των ΣΔΙΤ ως μέσο επένδυσης κεφαλαίου στο νοσοκομειακό τομέα, τείνοντας να επικρατήσουν παγκοσμίως. Το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που έκανε εκτεταμένη χρήση των ΣΔΙΤ ώστε να εξασφαλίσει επενδύσεις για κοινωνικές υποδομές, όπως για τα νοσοκομεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων το 2004 σε ακόμη 8 χώρες κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι ΣΔΙΤ στο νοσοκομειακό κλάδο βρίσκονταν είτε στο στάδιο της προκήρυξης, είτε στο στάδιο της τελικής συμφωνίας, ενώ σε 6 ακόμη χώρες κράτη-μέλη η υιοθέτηση των ΣΔΙΤ είχε τεθεί στο δημόσιο διάλογο. Τέλος, σύμφωνα

πάντα με τα ίδια στοιχεία, σε 13 από τα 25 κράτη-μέλη της ΕΕ είχαν προταθεί, προπαρασκευαστεί ή ψηφιστεί νομοθετικές ρυθμίσεις υποστηρικτικές για τις ΣΔΙΤ[51].

Στη χώρα μας, η ψήφιση του νόμου 3389 το 2005, έθεσε το νομοθετικό πλαίσιο για την υλοποίηση αντίστοιχων πολιτικών και στο σύστημα υγείας της Ελλάδας και άνοιξε τον δρόμο στην εφαρμογή τέτοιων μορφών ΣΔΙΤ, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των υποδομών και υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κινείται προς την κατεύθυνση υιοθέτησης του Βρετανικού μοντέλου ΣΔΙΤ για το στρατηγικό σχεδιασμό και την κατασκευή νοσοκομειακών και όχι μόνο, μονάδων υγείας. Επομένως, τα υπό υλοποίηση έργα (ως μη ανταποδοτικά) με ΣΔΙΤ, με αναθέτουσα αρχή τη Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων ΑΕ (ΔΕΠΑΝΟΜ), είναι τα εξής[52]:

- Το νέο Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας.
- Το νέο Ογκολογικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- Το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.
- Το Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Βορείου Ελλάδος.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

5.1 Ποιότητα Υπηρεσιών Στο Χώρο της Υγείας

5.1.1 Η έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η έννοια της ποιότητας δεν αποτελεί κάτι καινούριο. Ήδη από την αρχαιότητα αποτελούσε βασική ανθρώπινη αναζήτηση και ήταν συνώνυμη με την αρετή, τη συνεχή βελτίωση, το «αιέν αριστεύειν». Μια ευρύτερα διαδεδομένη άποψη, αναφέρει ότι ο όρος ποιότητα δεν επιδέχεται σαφή προσδιορισμό, δεδομένου ότι έχει να κάνει με κάτι αστάθμητο το οποίο δεν επιδέχεται μέτρηση. Στην πραγματικότητα, η έννοια της ποιότητας προσφέρεται για πολύπλευρη προσέγγιση, τόσο σε ότι αφορά τον ορισμό όσο και τη μέτρησή της.

Στο χώρο της υγείας, η ανάγκη για ποιότητα του ιατρικού έργου είχε εμφανισθεί από την εποχή του Ιπποκράτη, καθώς οι δεοντολογικοί και ηθικοί κώδικες του ιατρικού επαγγέλματος, έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών («ωφελείν ή βλάπτειν»). Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της παροχής φροντίδας υγείας διαφοροποιείται από άλλες υπηρεσίες ή προϊόντα, εξαιτίας της δυσκολίας επισήμανσης, ορισμού, μέτρησης και αξιολόγησης της αναφορικά πάντα με τον τελικό στόχο που είναι η θεραπεία του ασθενή[53]. Παρόλο που ως γενική έννοια είναι ευρύτερα κατανοητή, η προσπάθεια να οριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια συχνά δεν είναι επιτυχής, καθώς αποτελεί ένα πολυδιάστατο μέγεθος και οι εμπλεκόμενοι που τη συνιστούν είναι πολλοί.

Η πρώτη προσπάθεια ποιοτικού ελέγχου ξεκινά τον 19ο αιώνα στην Αγγλία, από τη θεμελιώτρια της Νοσηλευτικής, Αγγλίδα **Florance Nightingale**, η οποία επεχείρησε την αποτίμηση και αξιολόγηση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Μερικά χρόνια αργότερα ο **Godman** (1914), γενικός χειρουργός στο Massachusetts General Hospital (Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης), ανέλυσε την έκβαση των χειρουργηθέντων ασθενών, ένα χρόνο μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Σκοπός

του ήταν να ελέγξει εάν η διάγνωση που έγινε ήταν σωστή, εάν η χειρουργική επέμβαση ωφέλησε τον ασθενή, βελτιώνοντας την υγεία του ή αντιθέτως εάν παρουσιάστηκαν κάποια προβλήματα που μπορούν να αποδοθούν στη χειρουργική επέμβαση. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, πρότεινε μέτρα για τη βελτίωση του επιπέδου νοσηλείας[54].

Το 1952, στις ΗΠΑ, ιδρύθηκε η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγείας (JCAH), εθελοντική μη κυβερνητική οργάνωση, υπεύθυνη για την αξιολόγηση των προδιαγραφών λειτουργίας των νοσοκομείων και την εκτίμηση της ποιότητας βάσει προκαθορισμένων προτύπων που ανέπτυξε η ίδια η υπηρεσία[54].

Μετέπειτα, πολλοί επιστήμονες από τον χώρο της υγείας, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, μελέτησαν και συνέβαλλαν ουσιαστικά στον προσδιορισμό και την αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας. Από τους πρωτοπόρους, ο Αρμενικής καταγωγής **Avedis Donabedian**, καθηγητής στη σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Βασική μέθοδος του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή[55]. Επιπλέον προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μία σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της.

Η πρώτη παρατήρηση έχει να κάνει με τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας[54]:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine).
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine).
- Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities).

Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή (technical, science of medicine).

Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από το γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών (interpersonal, art of medicine).

Το τρίτο μέρος αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, η ξενοδοχειακή υποδομή και οι ανέσεις (amenities).

Με δεδομένες τις τρεις αυτές διαστάσεις ο Donabedian το 1980 προχώρησε στον πρώτο, κλασσικό πλέον ορισμό της ποιότητας της φροντίδας στην ιατρική, ως: «*Αυτό το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία*»[54].

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών δέκα χρόνια αργότερα, όρισε την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση[56].

Σύμφωνα πάλι, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993), η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής[57].

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η υψηλής ποιότητας περίθαλψη, διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά[57]:

- Ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού (επαγγελματικής υπεροχής).
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων.
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς.
- Ικανοποίηση του ασθενή.
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή.

Ένα απλούστερο ορισμό πρότεινε ο Harvey το 1996, σύμφωνα με τον οποίο ποιότητα είναι η αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας. Ενώ τέλος το έτος 2000, ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος (American Medical Association) θεωρεί ότι φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα που συνεχώς και με συνέπεια συμβάλλει στη βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή και της διάρκειας της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας είναι η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών, η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών, η προσοχή στην επιστημονική βάση της ιατρικής, η αποτελεσματική χρήση των πόρων[58].

Συμπερασματικά, οι ποικίλοι ορισμοί και προσεγγίσεις που έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί για τις διάφορες συνιστώσες της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, την μετατρέπουν σε μια σύνθετη υπόθεση, δυσχεραίνοντας τις προσπάθειες αξιολόγησης και βελτίωσης της.

5.1.2 Το Περιεχόμενο της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Αρχικά η έννοια της ποιότητας ήταν συνυφασμένη με τις εργαστηριακές εξετάσεις, την κλινική μεταβλητότητα και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες. Η αξιοπιστία και η επαναληπτικότητα των ιατρικών εξετάσεων αποτέλεσαν ωστόσο αντικείμενα των πρώτων ποιοτικών ελέγχων. Τα ιατρικά μηχανήματα, και ιδιαίτερα οι διαγνωστικές συσκευές, πρέπει να ελέγχονται και να ρυθμίζονται σωστά και τακτικά, ώστε οι ενδείξεις να μην αποκλίνουν σημαντικά από τις πραγματικές τιμές.

Μετέπειτα, εκτός από τη μεταβλητότητα, το ενδιαφέρον εστιάστηκε και στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων παρενεργειών, ιδιαίτερα στα αμερικάνικα νοσοκομεία, στα οποία η συχνότητά τους κυμαινόταν από 2,9% έως 3,7% στο σύνολο των νοσηλευομένων. Οι μισές τουλάχιστον από τις παρενέργειες αυτές οφείλονταν σε ανθρώπινο λάθος, ενώ περίπου 10% κατέληγε σε θάνατο. Σχετικές μελέτες εκτιμούν ότι οι αποτρέψιμοι θάνατοι ασθενών κυμαίνονται τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ από 44.000 έως 98.000 κάθε χρόνο. Εκτός όμως, από τη λανθασμένη και κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας (misuse), προβλήματα δημιουργούνται και από την υπερχρησιμοποίηση (overuse), καθώς και από την υποχρησιμοποίηση (underuse)[59].

Παραδοσιακά, τουλάχιστον στη Βόρεια Αμερική, ο έλεγχος της ποιότητας είχε συνδεθεί με τον αναδρομικό έλεγχο της ιατρικής φροντίδας μέσω επιθεωρήσεων γνωστών και ως ιατρικών ελέγχων (MA). Οι επιθεωρήσεις αυτές, που τις διενεργούσαν κατά κανόνα επιλεγμένοι γιατροί είτε του νοσοκομείου είτε εκτός του νοσοκομείου, περιορίζονταν συνήθως σε αποσπασματικό ή τυχαίο αναδρομικό έλεγχο των ιατρικών φακέλων, με σκοπό την επισήμανση λανθασμένων επιλογών του ιατρικού προσωπικού.

Ο ιατρικός έλεγχος ήταν ακόμη μια διαδικασία αξιολόγησης που όμως περιοριζόταν σε ένα μόνο τομέα, τον ιατρικό, χωρίς συνήθως να επεκτείνεται και σε άλλους τομείς δραστηριότητας του νοσοκομείου. Τα τελευταία χρόνια όμως, ο ιατρικός έλεγχος ως όρος

αλλά και ως περιεχόμενο, έχει ενσωματωθεί σε μια ευρύτερη προσπάθεια κλινικού ελέγχου (CA), η οποία χρησιμοποιείται σε νοσοκομεία που δεν έχουν ακόμα υιοθετήσει πιο ολοκληρωμένα συστήματα ποιότητας. Στις περιπτώσεις αυτές επιχειρείται συνήθως η ανάπτυξη σύγχρονων μορφών κλινικού ελέγχου με τη χρήση κριτηρίων, προτύπων ή πρωτοκόλλων ως μέτρου σύγκρισης[60].

Η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά τόσο τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, εργαστήρια, κ.ά.), όσο και την παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο, αλλά καλύπτει και όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Κατά συνέπεια, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά και όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος, αλλά και το προσωπικό αφού θεωρούνται «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών.

Τέλος, η προσοχή, ολοένα και περισσότερων υγειονομικών συστημάτων, στρέφεται στην ποιότητα και στον τρόπο εφαρμογής και βελτίωσής της, εξαιτίας της κρίσης αποτελεσματικότητας τους, της συνεχούς αύξησης του κόστους, καθώς και της βαθμιαίας αυξανόμενης απαίτησης των πολιτών – χρηστών για καλύτερη αντιμετώπιση, πληροφόρηση και διαχείριση των προβλημάτων υγείας τους.

5.2 Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι πιο πολύπλοκη απ' ό,τι στο χώρο της βιομηχανίας. Η μεγαλύτερη διαφορά τους έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και κατά συνέπεια στον τρόπο υλοποίησής της. Πιο συγκεκριμένα, στη βιομηχανία η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος, με απώτερο σκοπό την ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων τόσο στη διαδικασία όσο και στο αποτέλεσμα. Αντίθετα στην υγεία, εφόσον οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία μεταξύ τους επηρεάζοντας σε διαφορετικό βαθμό την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο να αναδύονται σημαντικές διαφορές στην αντιμετώπιση των προσδιοριστικών παραγόντων της ποιότητας. Για το λόγο αυτό, η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή και ικανοποίηση των επακριβώς αναγκών και επιθυμιών των ασθενών. Η εξασφάλιση της καταλληλότερης

και επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί δυσκολότερο εγχείρημα συγκριτικά με την επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία[61].

Επιπλέον, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών και για έναν ακόμη λόγο, ο ασθενής - χρήστης των υπηρεσιών προσδοκά πολύ περισσότερα από ότι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Με λίγα λόγια, η εκ των πραγμάτων συμμετοχή του τελικού αποδέκτη, του ασθενούς, στην όλη διαδικασία της παροχής των υπηρεσιών καθιστά τον αποδέκτη αυτόν ταυτόχρονα και συντελεστή στην όλη διαδικασία, με συνακόλουθο αναδραστικό αποτέλεσμα στην τελική έκβαση.

Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, παράγοντες που συνδέονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, την υψηλή τεχνολογία, τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του πελάτη, αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα.

Έτσι οι κυριότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής[62]:

- Οι ικανότητες και οι γνώσεις, η εμπειρία, η εκπαίδευση και η επαγγελματική ευσυνειδησία των γιατρών που παρέχουν ιατρική φροντίδα, αλλά και του υπόλοιπου υγειονομικού και όχι μόνο προσωπικού (νοσηλευτικού, διοικητικού, τεχνικού, κ.ά.)
- Η συμπεριφορά του προσωπικού στους ασθενείς. Η φιλικότητα, η ευγένεια, η ισότιμη αντιμετώπιση και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας αποτελούν πρωταρχικές απαιτήσεις των ασθενών.
- Η ετοιμότητα παροχής της ιατρικής φροντίδας (όλο το 24ωρο).
- Η προσβασιμότητα των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, παρακάμπτοντας τυχόν γραφειοκρατία και ουρές αναμονής.
- Η ταχύτητα επίλυσης του προβλήματος υγείας του ασθενούς.
- Η ορθότητα στην επιλογή της θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- Η υποστήριξη μετά την παροχή της υπηρεσίας, που ξεκινά από την παροχή αναλυτικών στοιχείων και ολοκληρώνεται με την ύπαρξη ακριβούς αρχείου και οργανωμένου συστήματος επανελέγχου των ασθενών.
- Η αριθμητική επάρκεια του προσωπικού, που σχετίζεται άμεσα με τις παραμέτρους της ετοιμότητας και της ταχύτητας.
- Η χρήση της νέας τεχνολογίας.

- Η ύπαρξη των κατάλληλων οργανωτικών δομών για τη συνεχή υποστήριξη της παροχής ιατρικής φροντίδας.
- Η επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής (κλινών, μηχανημάτων, χώρων, αναλώσιμων υλικών).
- Ο κατάλληλος σχεδιασμός των κτιριακών εγκαταστάσεων, ώστε να διευκολύνεται η διακίνηση ανθρώπων και υλικών.
- Η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ο περιορισμός των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Το κόστος. Η υλοποίηση των παραπάνω παραμέτρων πρέπει να γίνει χωρίς την υπέρμετρη αύξηση του κόστους υπηρεσιών.
- Ο βαθμός στον οποίο η ηγεσία του οργανισμού επιδιώκει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών με αναγνώριση και μετάδοση της σημασίας της σε όλο το προσωπικό, εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης και διασφάλισής της, κ.ά.

5.3 Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ανάπτυξη μεθόδων και τεχνικών μέτρησης της ποιότητας στον τομέα της υγείας αποτελεί μία ξεχωριστή πρόκληση. Σύμφωνα με την **Palmer**, μέτρηση είναι «η απόδοση μιας ποσότητας σε μία ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια»[63]. Αν η ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε διαπιστούμενη απόκλιση από αυτόν συνιστά μέτρηση ποιότητας (quality measurement), που συχνά αναφέρεται και ως αποτίμηση ποιότητας (quality assessment), όπου τελειότητα ή αντικειμενικά κριτήρια είναι τα πρότυπα, οι οδηγίες και τα πρωτόκολλα, τα οποία αποτελούν μέτρο σύγκρισης με την τρέχουσα πραγματικότητα, όπως αυτή καταγράφεται στους δείκτες ή στα αποτελέσματα άλλων μετρήσεων, προκειμένου να εντοπίζονται τα λάθη ή να διαπιστώνονται οι βελτιώσεις[64].

Στην πράξη λοιπόν, η μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας συχνά δεν επικεντρώνεται στην ίδια τη «φροντίδα», αλλά στα επιμέρους στοιχεία που τη διαμορφώνουν. Η μέτρηση κατ' αρχήν προϋποθέτει ένα μοντέλο το οποίο θα μας χρησιμεύσει για:

- προσδιορισμό των στοιχείων τα οποία διαμορφώνουν το επίπεδο της ποιότητας.
- δεδομένα, πρότυπα και κριτήρια στα οποία θα βασισθούν οι μετρήσεις.

- εργαλεία και τεχνικές μέτρησης.

Όποιος και αν είναι ο στόχος της ποιότητας, η προσοχή και η προτεραιότητα με την οποία θα αντιμετωπισθεί σε κάθε επίπεδο εξαρτάται από το βαθμό που το χαρακτηριστικό στο οποίο αναφέρεται επιδέχεται ικανοποιητική μέτρηση. Η μέτρηση τέλος, έχει αξία μόνο όταν αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης στρατηγικής που αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και περιλαμβάνει τα στάδια: διασφάλιση ποιότητας - μέτρηση ποιότητας - συνεχή βελτίωση ποιότητας.

Σύμφωνα με τον **Donabedian** τώρα, οι μετρήσεις πραγματοποιούνται σε τρεις τομείς[61]:

- 1) Τη δομή (structure): τα κτίρια, τον εξοπλισμό, τα υλικά και τους διαθέσιμους χρηματικούς πόρους, τον αριθμό των εργαζομένων και την οργανωτική δομή. Η δομή αποτελεί εύκολα μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, δεν μπορεί όμως να θεωρηθεί και ασφαλές εργαλείο μέτρησης, αφού μόνο η δομή δεν επαρκεί για την παροχή ιδανικών υπηρεσιών φροντίδας.
- 2) Τη διαδικασία (process): όλες τις ενέργειες περίθαλψης, τη μέση διάρκεια νοσηλείας, τη μέση διάρκεια αναμονής, τη χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους, κ.ά.
- 3) Τα αποτελέσματα (outcome): την έκβαση, τη μεταβολή - τρέχουσα ή μελλοντική - στο επίπεδο υγείας του ασθενή, την ικανοποίηση του ασθενή και το βαθμό ενημέρωσης και συμμόρφωσής του. Επίσης υπολογίζεται η αξία του αποτελέσματος σε σχέση με τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν για την επίτευξη αυτού του αποτελέσματος.

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών μπορεί να αποτελούν καθοριστικό παράγοντα στην παραγωγή αποτελεσμάτων. Έτσι, μια αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση (διαδικασία) μπορεί να μεταβάλλει τον ασθενή (εισροή). Η μεταθεραπευτική υγεία του ασθενούς (αποτέλεσμα) είναι καλύτερη συγκριτικά απ' ό τι θα ήταν χωρίς τη θεραπεία. Η συσχέτιση του αποτελέσματος με τη διαδικασία είτε υποθέτεται είτε συνεπάγεται. Η δύναμη της συσχέτισης εξαρτάται από τη δύναμη των δεδομένων. Όσο μεγαλύτερη είναι η χρονική περίοδος μεταξύ παρέμβασης και μέτρησης, τόσο πιο αβέβαιη είναι η συσχέτιση του αποτελέσματος με την παρέμβαση[64].

Για τη συλλογή των αναγκαίων δεδομένων για να γίνουν οι κατάλληλες μετρήσεις, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα εργαλεία, όπως τα φύλλα συλλογής δεδομένων, τα φύλλα ελέγχου δεδομένων, οι συνεντεύξεις, οι έρευνες γνώμης, κ.ά. Όσον αφορά στην ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιούνται τα διαγράμματα ανάλυσης συνεχών

μεταβλητών, όπως ο χρόνος και το κόστος, ή ασυνεχών μεταβλητών, όπως η συχνότητα απρογραμματίστων επανεισαγωγών, καθώς και σύνθετες γραφικές συσχετίσεις, όπως τα διαγράμματα διασποράς ή τα σύνθετα ιστογράμματα για τη μελέτη αλληλεπίδρασης δύο μεταβλητών[65].

5.4 Σχέση Ικανοποίησης Ασθενών και Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή, έχει πλέον καθιερωθεί ως σημαντικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά, μπορεί να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Σύγχρονες προσεγγίσεις τοποθετούν τον χρήστη-ασθενή ως βασικό ρυθμιστή της στρατηγικής για τη διοίκηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Στη βιβλιογραφία που αναφέρεται στην ποιότητα και στο marketing, οι συγγραφείς συμφωνούν ότι η ικανοποίηση και η κάλυψη των προσδοκιών του χρήστη αποτελούν καιρικά ζητήματα για τη βιωσιμότητα ενός οργανισμού. Σύμφωνα με τον Donabedian, η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός, αλλά συνεισφέρει και σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα, όπως για παράδειγμα η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και μειωμένο χρόνο νοσηλείας.

Επομένως, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η ικανοποίηση του χρήστη είναι στενά συνυφασμένες έννοιες και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών δεν προέρχεται μόνο από τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης αλλά και από συνδυασμό της φύσης και του χαρακτήρα των διαδικασιών που εφαρμόζονται στα πλαίσια της συγκεκριμένης παρέμβασης. Είναι λοιπόν αυτονόητο ότι ο χρήστης υπηρεσιών υγείας δεν πρέπει να μένει δυσαρεστημένος ή να αισθάνεται ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες του δεν υπολογίζονται και δεν εκπληρώνονται, γιατί κάτι τέτοιο θα αποτελεί δείγμα χαμηλής ποιοτικής φροντίδας.

Κατά την Linder-Pelz (1982), η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η μέτρησή της να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας. Έχει παρατηρηθεί, ότι οι προσδοκίες των ασθενών δεν είναι οριστικές πριν την είσοδό τους στο νοσοκομείο.

Συνεπώς, το προσωπικό μπορεί να διαμορφώσει ή να επηρεάσει τις προσδοκίες και την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για τη φροντίδα υγείας[66].

Επιπλέον, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα οικονομικό «εργαλείο» έρευνας αγοράς στον υγειονομικό τομέα. Παράλληλα, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας σε περιπτώσεις που δείκτες ποιότητας, όπως τα ποσοστά θνησιμότητας και έκβασης του επιπέδου υγείας δεν μπορούν ή είναι πολύ δύσκολο να μετρηθούν, όπως για παράδειγμα στην ανακουφιστική φροντίδα[67].

Συνοψίζοντας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί στην:

- α) αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών,
- β) αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων και σύνδεση με τη συμπεριφορά υγείας και ασθένειας,
- γ) λήψη διοικητικών αποφάσεων,
- δ) αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της φροντίδας,
- ε) διοίκηση προσωπικού,
- στ) προσέλκυση ασθενών-πελατών (marketing),
- ζ) διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας και
- η) αύξηση της ανταγωνιστικότητας.

5.5 Έρευνες Ικανοποίησης Ασθενών σε Ελλάδα και Ευρώπη

Οι έρευνες ικανοποίησης συχνά μπορεί να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί επισήμανσης προβλημάτων ποιότητας για τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας, σχετικά με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών. Οι ερευνητές τονίζουν τη σημασία των ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών για την αύξηση της αποδοτικότητας των παραγωγών στον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα. Όσον αφορά στο δημόσιο τομέα των υπηρεσιών υγείας, οι έρευνες ικανοποίησης ενδέχεται να εκφράσουν την άποψη των χρηστών – πολιτών για την χάραξη, ανάπτυξη και εφαρμογή της πολιτικής υπηρεσιών υγείας[68].

Στη βιβλιογραφία συναντάμε επίσης μετρήσεις ικανοποίησης όχι μόνο για το σύνολο αλλά και για επιμέρους στοιχεία της παρεχόμενης φροντίδας. Η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί μια ιδιαίτερη διαδικασία μέτρησης με ειδικά ερωτηματολόγια των απόψεων,

των παρατηρήσεων και των προτάσεων των ασθενών σχετικά με την προσφερόμενη νοσηλεία τους κατά την έξοδό τους ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Στις μετρήσεις αυτές εκτός από τους κλασικούς τομείς αξιολόγησης, όπως η πρόσβαση, η ανταπόκριση, η πληροφόρηση και το κόστος, τα τελευταία χρόνια περιλαμβάνονται νέοι τομείς, όπως οι συνθήκες μεταχείρισης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας, ο σεβασμός της προσωπικότητας και των ατομικών δικαιωμάτων τους, οι συνθήκες διαβίωσης, διατροφής και περιβάλλοντος, καθώς και οποιοσδήποτε παράγοντας επιδρά στην ποιότητα ζωής των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους[69].

Την τελευταία δεκαετία, γίνεται αρκετός λόγος για τη συγκράτηση του αυξανόμενου κόστους των δαπανών για την υγεία και την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε μια αύξηση των δαπανών για την υγεία στη χώρα μας, η οποία όμως δε συνοδεύτηκε από τα αντίστοιχα αποτελέσματα βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Στη χώρα μας, σε αντίθεση με άλλα ευρωπαϊκά κράτη και την Αμερική, όπου υπάρχει πληθώρα πληροφοριών, οι ερευνητικές προσπάθειες είναι ελάχιστες.

Ειδικότερα για την ΠΦΥ, η συστηματική μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, να βελτιώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να συμβάλλει στον καλύτερο έλεγχο των δαπανών. Για τον λόγο αυτό οι μελέτες ικανοποίησης ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας έχουν πολλαπλασιαστεί. Είναι χαρακτηριστικό ότι στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται πάνω από 1000 μελέτες ετησίως, οι οποίες αφορούν στην αξιολόγηση της ικανοποίησης του ασθενούς[70].

Μια πραγματικά ενδιαφέρουσα μελέτη ικανοποίησης ασθενών είναι η έρευνα που διεξήγαγε το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής, του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με τον τομέα υγείας του ΙΚΑ, αναφορικά με την ικανοποίηση των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Τα αποτελέσματα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ έδειξαν ότι 51% τις αξιολόγησε ως πολύ καλές ή καλές και το 13,8% από κακές ως πολύ κακές. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (51,2%) ήταν μέτρια ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το ΙΚΑ, το 31,4% ήταν πολύ ικανοποιημένο και το 8,9% δήλωσε ότι δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο[71].

Σε αντίστοιχες έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι το 35,7% των ερωτηθέντων στο λεκανοπέδιο της Αττικής δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες του ΕΣΥ, το 28,6% μέτρια, το 23,5% πάρα πολύ ικανοποιημένο, το 1,0% λίγο και το 10,2% καθόλου[72]. Σε παλαιότερη έρευνα στο γενικό πληθυσμό, το 30,9% δήλωνε πολύ ικανοποιημένο και το 46,4% ικανοποιημένο από την παραμονή του σε δημόσιο νοσοκομείο[73]. Τα παραπάνω ποσοστά σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (51,2%) είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη σημαντικής βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τέλος, άλλη μια σημαντική έρευνα, η οποία ενισχύει την παραπάνω άποψη, είναι το **Ευρωβαρόμετρο**, που αποτυπώνει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας της χώρας τους. Η συγκεκριμένη έρευνα μελετά εκτός των άλλων και τη γνώμη των πολιτών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας όχι μόνο στη χώρα τους (Εικόνα 3), αλλά και σε σύγκριση με άλλα συστήματα υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην αντίληψη του επιπέδου ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας σε ολόκληρη την ΕΕ. Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν τη συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα τους. Παρόλο που ένα ποσοστό της τάξης του 70% αντιλαμβάνεται την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται στη χώρα του ως καλή, εν τούτοις παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των ερωτηθέντων: 97% των ερωτηθέντων από το Βέλγιο θεωρούν την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας στη χώρα τους ως καλή, στη συνέχεια ακολουθούν σε ποσοστό 95% οι ερωτηθέντες από την Αυστρία και σε ποσοστό 91% από τη Φιλανδία, ενώ μόνο το 25% των ερωτηθέντων στην Ελλάδα και τη Ρουμανία πιστεύουν το ίδιο[74].

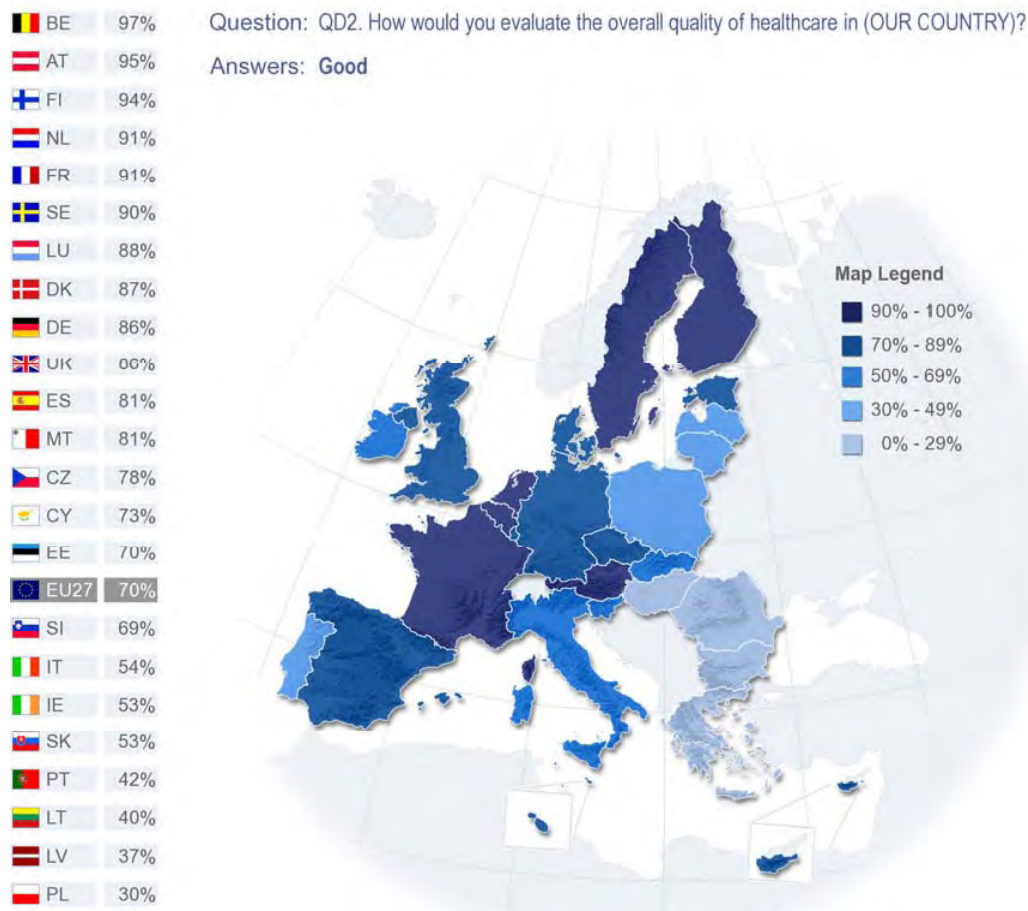
Στην ΕΕ των 27, μόλις το 13% των ερωτηθέντων θεωρούν το σύστημα υγείας της χώρας τους πολύ καλό, ενώ το 57% δηλώνουν ότι είναι αρκετά καλό. Κατά συνέπεια, επτά στους δέκα ερωτηθέντες θεωρούν ότι η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης της χώρας τους είναι καλή. Όσον αφορά τους υπόλοιπους ερωτηθέντες, 21% αισθάνονται ότι είναι αρκετά κακή και σε ποσοστό 7% ότι η παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι πολύ κακές. Το υπόλοιπο 2% των ερωτηθέντων αδυνατούσε να σχηματίσει γνώμη για το συγκεκριμένο θέμα[74].





Οι Αυστριακοί, σε ποσοστό 45%, θεωρούν την υγειονομική περίθαλψη στην χώρα τους ως πολύ καλή. Παρομοίως, περισσότερο από το ένα τρίτο (37%) των ερωτηθέντων από το Βέλγιο και το 34% των ερωτηθέντων από τη Σουηδία, αισθάνονται την υγειονομική περίθαλψη της χώρας τους ως πολύ καλή[74].

Αντιθέτως, 26% των Ρουμάνων και 25% των Ελλήνων αντίστοιχα, θεωρούν την περίθαλψη στη χώρα τους ως πολύ κακή, ακολουθούμενοι από το 24% των Βουλγάρων και το 22% των Ούγγρων. Αναλυτικότερα, τα κράτη στα οποία οι πολίτες προσδίδουν τη χαμηλότερη βαθμολογία στο εθνικό τους σύστημα υγείας είναι: η Ελλάδα (75% πιστεύουν ότι είναι αρκετά ή πολύ κακό), η Ουγγαρία (σε ποσοστό 72%), η Ρουμανία (69%), η Βουλγαρία (68%), η Πολωνία (67%), η Λετονία (62%), η Λιθουανία (58%) και τέλος η Πορτογαλία (56 %)[74].

Σε δημογραφικό επίπεδο τα χαρακτηριστικά των ατόμων που υποστηρίζουν ότι η υγειονομική περίθαλψη στη χώρα τους είναι κακή, συνοψίζονται στα εξής[74]:

- Άτομα ηλικίας 25-39 ετών.
- Άτομα που εγκατέλειψαν την εκπαίδευση πριν από τα 19 έτη.
- Άτομα αυτοαπασχολούμενα ή άνεργα.
- Άτομα που αγωνίζονται να επιβιώσουν οικονομικά.



 HU	28%
 BG	28%
 RO	25%
 EL	25%

ΕΙΚΟΝΑ 5: *Η γνώμη των Ευρωπαίων πολιτών για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα τους*

Πηγή: European Commission. Special Eurobarometer, 2010[74]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥ ΧΩΡΙΟΥ
ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 Η Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας και το Νομοθετικό Πλαίσιο Λειτουργίας της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού

Η Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας ΑΕΜΥ ΑΕ εδρεύει στο Νομό Αττικής και ιδρύθηκε με το Νόμο 3293/2004 έπειτα από πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να αξιοποιήσει την Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού, μετά την επιτυχημένη λειτουργία της κατά την περίοδο των Ολυμπιακών και Παραολυμπιακών Αγώνων της Αθήνας, αλλά και σύμφωνα με την απαίτηση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου και ευέλικτου επιχειρησιακού εργαλείου για την προώθηση νέων και καινοτόμων έργων στον Τομέα της Υγείας και της Αποκατάστασης στην Ελλάδα.

Αποτελεί Δημόσια Επιχείρηση Κοινής Ωφέλειας που τελεί υπό την εποπτεία του κράτους. Ο έλεγχος της λειτουργίας των εποπτευόμενων μονάδων της και των αναπτυξιακών της έργων γίνεται μέσω του Στρατηγικού και Επιχειρησιακού Σχεδίου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κατά τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις του Ν.3429/2005 περί οργάνωσης, λειτουργίας, διοίκησης και εποπτείας των ΔΕΚΟ και παρακολουθείται μέσω του Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος (ΟΠΣ)[75].



ΕΙΚΟΝΑ 6: Η Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού

Πηγή: <http://www.aemy.gr/web/guest/home>[75]

Οι στρατηγικοί στόχοι και ο αναπτυξιακός σχεδιασμός της ΑΕΜΥ ΑΕ διαπνέονται από 3 βασικές κατευθύνσεις:

- Τη μεγιστοποίηση της απόδοσης των δραστηριοτήτων της εταιρείας.
- Τη συγκράτηση του κόστους και την ορθολογικότερη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων.
- Το ευρύτερο κοινωνικό όφελος από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι καταστατικοί τώρα σκοποί ίδρυσης και λειτουργίας της ΑΕΜΥ ΑΕ είναι[75]:

- η πιλοτική ανάπτυξη της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού.
- η κατάρτιση προγραμμάτων υποστήριξης αθλητών και η παροχή υπηρεσιών υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας – περίθαλψης.
- η ανάπτυξη νέων δομών φροντίδας υγείας.
- η παροχή πρόσθετων και εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, όπως η κατ' οίκον νοσηλεία, η προληπτική ιατρική, η αποκατάσταση και η αποθεραπεία.
- η ανάπτυξη πιλοτικών προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας.
- η ευρύτερη προαγωγή των επιστημών υγείας.
- η εξασφάλιση τρόπων άμεσης πρόσβασης των εν Ελλάδι ευρισκόμενων ημεδαπών και αλλοδαπών ασθενών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας.
- η εκπαίδευση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- η προαγωγή της υγιεινής και της ασφάλειας της εργασίας.

Οι κανονισμοί λειτουργίας της ΑΕΜΥ ΑΕ συνδράμουν στον σκοπό της για τη δημιουργία ενός φορέα ευέλικτου, ανταγωνιστικού, αποτελεσματικού και αποδοτικού, ο οποίος παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας που ικανοποιούν τις αρχές της[75]:

- Ισότητας ως προς την αντιμετώπιση των ασθενών και την εξυπηρέτηση των πολιτών.
- Ποιότητας ως προς την παροχή υπηρεσιών και την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.
- Αποτελεσματικότητας ως προς την ορθολογική και βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων με στόχο τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής και οικονομικής αποδοτικότητας, μέσα από τον περιορισμό των δαπανών και τη μέγιστη αξιοποίηση των υποδομών προς όφελος του κοινωνικού συνόλου.
- Διαφάνειας στη λήψη αποφάσεων και τις συναλλαγές με τρίτους, με κριτήριο το δημόσιο συμφέρον.
- Αξιοκρατικής αντιμετώπισης και διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού.

Τέλος, η ευελιξία που προσφέρει το νομικό πλαίσιο της ΑΕΜΥ ΑΕ, αλλά και η τεχνογνωσία των στελεχών της συνιστούν παράγοντες οι οποίοι διασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα και ανταποδοτικότητα στις διεργασίες υπαγωγής και λειτουργίας νέων μονάδων υπό την εποπτεία της εταιρείας. Έτσι, η ΑΕΜΥ ΑΕ εποπτεύει και διαχειρίζεται, εκτός από την Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, τόσο το Κέντρο Υγείας Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Κερατέας – Κ. Πρίφτης, όσο και τη Νοσοκομειακή Μονάδα Υγείας στο Ημεροβίγλι της Θήρας.

6.2 Παρεχόμενες Υπηρεσίες στην Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού

Η Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού εδρεύει, όπως προδίδει και το όνομα της, στο άλλοτε Ολυμπιακό Χωριό κατά την περίοδο των Ολυμπιακών Αγώνων, στο δήμο Αχαρνών. Πρωταρχική βασική δραστηριότητα της ΑΕΜΥ ΑΕ αποτέλεσε η λειτουργία και αξιοποίηση των υποδομών της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού, η οποία αποτελεί εποπτευόμενο φορέα της. Η Πολυκλινική λειτουργεί ως ένα ολοκληρωμένο, καινοτόμο και πρότυπο μοντέλο φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Αποκατάστασης, παρέχοντας στον πολίτη υψηλού επιπέδου υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής της υγείας.

Η Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα λειτούργησε υπό την επιστημονική και διαχειριστική εποπτεία της ΑΕΜΥ ΑΕ με ένα ευρύ φάσμα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αποθεραπείας – αποκατάστασης, το οποίο διαρκώς αναπτύσσεται με σκοπό να συμπεριλάβει επιπλέον ιατρικές ειδικότητες και νέες μορφές περίθαλψης.

Σήμερα στην Πολυκλινική λειτουργούν **Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία** με διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες ως εξής:

1. Γενική Ιατρική.
2. Καρδιολογία.
3. Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση.
4. Οφθαλμολογία.
5. Πνευμονολογία.
6. Ωτορινολαρυγγολογία.
7. Ορθοπαιδική.
8. Μαιευτική - Γυναικολογία.
9. Οδοντιατρική.
10. Παθολογία.

Επιδιώκοντας διαρκώς την παροχή ενός ολοκληρωμένου πλαισίου υπηρεσιών ΠΦΥ, στα βασικά ιατρεία ειδικοτήτων προστίθενται ειδικά ιατρεία και υπηρεσίες συστηματικής παρακολούθησης χρόνιων νοσημάτων και διαχείρισης μειζόνων παραγόντων κινδύνου, όπως:

- Διακοπής καπνίσματος.
- Σακχαρώδη διαβήτη.
- Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας και Βρογχικού Άσθματος (ενηλίκων και παιδών).
- Αρτηριακής Υπέρτασης και εκτίμησης καρδιαγγειακού κινδύνου.
- Διαιτολογίας - Παχυσαρκίας.
- Παθήσεων Άκρου Ποδός. Η πρότυπη μονάδα Άκρου Ποδός και Ποδοκνημικής της Πολυκλινικής με τον εξοπλισμό τεχνολογίας αιχμής που διαθέτει, είναι σε θέση να καλύψει μια ευρεία γκάμα παθήσεων που αφορούν στα κάτω άκρα, τόσο σε διαγνωστικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο.
- Υπηρεσία Επισκεπτών Υγείας.
- Υπηρεσία Ψυχολογικής στήριξης.

- Λογοθεραπεία.
- Εργοθεραπεία.

Στην Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού λειτουργεί επίσης **Τμήμα Εκτάκτων Περιστατικών**, τις ώρες 8.00π.μ - 20.00μ.μ και τις ημέρες από Δευτέρα μέχρι και Παρασκευή, εκτός Σαββατοκύριακου και αργιών. Η ροή εργασιών στο Τμήμα Εκτάκτων Περιστατικών αφορά την παροχή πρώτων βοηθειών, τη διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων, τη διενέργεια μικροεπεμβάσεων και την ασφαλή διακομιδή των ασθενών σε δευτεροβάθμιο υγειονομικό ίδρυμα.

Επιπλέον, η Πολυκλινική διαθέτει 6 κλίνες **Βραχείας Νοσηλείας** για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, καθώς και εξειδικευμένων υπηρεσιών (παρηγορητική φροντίδα) σε ημερήσια βάση.

Στο Τμήμα **Ιατρικών Απεικονίσεων** της Μονάδας παρέχεται μια δέσμη ολοκληρωμένων υπηρεσιών ακτινοδιαγνωστικής με τη λειτουργία των τμημάτων κλασικής ακτινολογίας, υπερήχων (θυρεοειδούς, μαστού, άνω και κάτω κοιλίας, έσω γεννητικών οργάνων, μαλακών μορίων, Triplex καρδιάς και αγγείων), αξονικής τομογραφίας με πολυτομικό τομογράφο και μαγνητικής τομογραφίας.

Στη Μονάδα λειτουργούν επίσης **Κεντρικά Βιοπαθολογικά Εργαστήρια** για Αιματολογικό, Μικροβιολογικό, Βιοχημικό, Ανοσολογικό και Ορμονολογικό παρακλινικό έλεγχο.

Η Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού λειτουργεί παράλληλα ως **Μονάδα Αποκατάστασης – Αποθεραπείας Ημερήσιας Νοσηλείας** σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και τις προδιαγραφές που ισχύουν. Στη Μονάδα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας παρέχονται ολοκληρωμένες υπηρεσίες διάγνωσης και αξιολόγησης διαφόρων παθήσεων (μυοσκελετικών, νευρολογικών, ρευματολογικών, αθλητικών κακώσεων κ.ά.) και εφαρμογή προγραμμάτων[75]:

- ηλεκτροθεραπείας (γαλβανικά & φαραδικά ρεύματα, διαδυναμικά & διασταυρούμενα ρεύματα, διαδερμικό ηλεκτρικό νευρικό ερεθισμό-TENS).
- θερμοθεραπείας (διαθερμία, υπέρηχοι, ακτίνες Laser, θερμά επιθέματα, παραφινόλουτρα, παλμικά ηλεκτρομαγνητικά πεδία).
- κρυοθεραπείας (κρύα επιθέματα και συσκευή κρυοθεραπείας) υδρο- υδροκινησιο-θεραπείας (δινόλουτρα και δυναμική θεραπευτική πισίνα).
- ισοκίνησης (ηλεκτρονική συσκευή τύπου Con-trex).
- θεραπευτικού γυμναστηρίου με συσκευές τύπου air-machine.

- στατικής και δυναμικής ανάλυσης βάδισης (πελματογράφημα) και ποδολογικής περιποίησης, παράλληλα με τη λειτουργία εργαστηρίου κατασκευής και τροποποίησης πελμάτων.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η ΠΟΧ, στα πλαίσια διατήρησης του κοινωνικού χαρακτήρα της, καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας της έχει συνάψει αρχικά συμβάσεις με συγκεκριμένους φορείς κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΔΗΜΟΣΙΟ, ΟΓΑ, κ.ά.) και τώρα πια με τον ΕΟΠΥΥ, μετά την εγκαθίδρυσή του, για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών και τη βέλτιστη ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών.

6.3 Δραστηριότητες και Εφαρμογές της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού

Ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος περιλαμβάνει στοιχεία του Ασθενούς σύμφωνα με την επισκεψιμότητά του και τα επεισόδια που έχουν δημιουργηθεί κατά τη διάρκεια αυτών. Περιλαμβάνει επίσης όλα τα δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία του σύμφωνα με την ιστορικότητα αυτών, στοιχεία για την πιθανή ύπαρξη αλλεργιών, λήψης φαρμάκων κλπ. Παράλληλα, εμπεριέχει τις σημειώσεις για την παρούσα κατάσταση του ασθενούς, τις κλινικές σημειώσεις και τη διάγνωση που προκύπτει από τον εκάστοτε επαγγελματία υγείας. Η σημαντικότητα του Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου έγκειται στο γεγονός ότι τα στοιχεία του αποθηκεύονται με ασφάλεια σε μία βάση δεδομένων και είναι ανά πάσα στιγμή στη διάθεση του ασθενούς και του επαγγελματία Υγείας. Επίσης, η διαφορετικότητα των επαγγελματιών υγείας έχει επιβάλει την παραμετροποίηση αυτού στις εκάστοτε ανάγκες.

Στοχεύοντας στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη, η ΑΕΜΥ ανέπτυξε και εφάρμοσε στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού **Σύστημα Ολικής Ποιότητας**. Το Φεβρουάριο του 2008 πραγματοποιήθηκαν με επιτυχία οι απαιτούμενες επιθεωρήσεις από εξωτερικό Διεθνή φορέα πιστοποίησης για την πιστοποίηση του Συστήματος Ολικής Ποιότητας των υπηρεσιών της Πολυκλινικής σύμφωνα με πέντε 5 διαφορετικά πρότυπα, με αποτέλεσμα η Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού να αποτελεί μέχρι σήμερα την μοναδική στην Ελλάδα επίσημα πιστοποιημένη υγειονομική μονάδα για το Σύστημα Ολικής Ποιότητας που εφαρμόζει:

- ISO 15189:2007 για την Ποιότητα των Κλινικών Εργαστηρίων.
- ISO 9001:2008 για τη Διαχείριση Ποιότητας.
- ISO 14001:2004 για την Περιβαλλοντική Διαχείριση.

- OHSAS 18001:2007 για την Υγεία & Ασφάλεια στην Εργασία.
- ISO 27001:2005 για τη Διαχείριση της Ασφάλειας Πληροφοριών[75].

Η Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού αποτελεί μια από τις ελάχιστες διεθνώς υγειονομικές μονάδες, που εφαρμόζει το πρότυπο ISO 27001:2005 για τη Διαχείριση της Ασφάλειας Πληροφοριών, το οποίο θεωρείται σημείο αναφοράς για τη διασφάλιση των διακινούμενων δεδομένων κάθε φύσεως (ηλεκτρονικών, εντύπων, ή άλλης μορφής), εκπληρώνοντας έτσι τους στόχους της για πλήρη διασφάλιση των ιδιαίτερα ευαίσθητων προσωπικών ιατρικών δεδομένων των πολιτών. Το γεγονός αυτό καθιστά την Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού πρωτοπόρο και υπόδειγμα για την Ελλάδα στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι διοικητικό - οικονομικές υπηρεσίες της ΑΕΜΥ ΑΕ εφαρμόζουν σύστημα διαχείρισης έργων σύμφωνα με τις προδιαγραφές του προτύπου ΕΛΟΤ 1429 για το οποίο η εταιρεία έχει λάβει Βεβαίωση Διαχειριστικής Επάρκειας Τελικού Δικαιούχου ΕΣΠΑ 2007-2013 από την Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ώστε να έχει τη δυνατότητα λειτουργίας ως φορέας υλοποίησης και διαχείρισης κρίσιμων έργων στον τομέα της Υγείας και Αποκατάστασης.

Η ΑΕΜΥ ΑΕ στοχεύοντας στη βέλτιστη εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος διαχείρισης ποιότητας που θα ανταποκρίνεται με τον καλύτερο τρόπο στις ανάγκες των ασθενών, έχει εφαρμόσει εργαλεία για τη μέτρηση της επίδοσης, τόσο σε επίπεδο παρεχόμενου επιπέδου ποιότητας όσο και σε επίπεδο εσωτερικής αξιολόγησης. Στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα εργαλεία μέτρησης της απόδοσης:

- Balanced Scorecard για τη μέτρηση της επιχειρησιακής απόδοσης
- ServQual για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Το International Family Practice Maturity Matrix αποτελεί ένα Ευρωπαϊκό πρότυπο αξιολόγησης δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως η Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού, το οποίο συνίσταται στον έλεγχο επτά διαφορετικών οργανωτικών διαστάσεων:

- Χρήση κλινικών πληροφοριών
- Ορθή χρήση δεδομένων Ασθενούς
- Διοίκηση προσωπικού
- Εργασία ως ομάδα

- Ενεργητική ακρόαση ασθενή
- Βελτίωση υγειονομικής μονάδας
- Βελτίωση διαδικασιών λειτουργίας.

Μετά από επιθεώρηση που πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία στις 06/03/2008, η Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού αποτελεί πλέον πρότυπο για την Ελλάδα, προσφέροντας ποιοτικές υπηρεσίες που αποτελούν μέτρο σύγκρισης για το σύνολο των φορέων παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού υιοθετήθηκε το μοντέλο λειτουργίας του ψηφιακού νοσοκομείου (paperless/ filmless hospital) που για πρώτη φορά εφαρμόζεται σε φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στις υπηρεσίες της μονάδας λειτουργεί Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα (ΟΠΣ) Υγείας με πρότυπο Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο (ΗΙΦ) Πρωτοβάθμιας Υγείας που στοχεύει στην τήρηση των ιατρικών (κλινικών και παρακλινικών) και διοικητικών – διαχειριστικών δεδομένων των ασθενών. Το ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού αποτελείται από τα παρακάτω διακριτά υποσυστήματα:

- Hospital Information System (HIS)
- Laboratory Information System (LIS)
- Picture Archiving Communication System (PACS)
- Enterprise Resource Planning (ERP)
- Management Information System (MIS)

Τα έξι αυτά εναρμονισμένα υποσυστήματα καθιστούν την Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού το πλέον ψηφιακό φορέα Πρωτοβάθμιας Υγείας. Οργανώνουν, διαχειρίζονται και αποθηκεύουν ιατρικά και διοικητικά-διαχειριστικά δεδομένα, με όλους τους απαραίτητους κανόνες ασφαλείας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων. Με αυτό τον τρόπο αξιοποιούνται υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας (e-health) για την πρόληψη και διαχείριση ασθενών με βραχεία ή και χρόνια προβλήματα, έχοντας ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας υγείας τους. Αυτό επιτυγχάνεται με τη διαρκή αλληλεπίδραση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας μέσω του πληροφοριακού συστήματος και του ΗΙΦ, αλλά και τη συνεχιζόμενη εσωτερική έρευνα και ανάπτυξη πάνω στα πληροφοριακά συστήματα. Ειδικότερα, η διαρκής ενημέρωση του ΗΙΦ επιτρέπει την άμεση πρόσβαση σε παρελθοντικά δεδομένα ασθενών, τη στατιστική μελέτη αυτών και την έκδοση ιατρικού ιστορικού χωρίς χρονοτριβές. Παράλληλα, η ύπαρξη δικτύου επιτρέπει την αξιοποίηση του πληροφοριακού συστήματος και σε άλλες μονάδες της

εταιρείας, καθώς και την αμφίδρομη αλληλεπίδραση ασθενών-μονάδων εταιρείας με κυριότερα το ηλεκτρονικό «κλείσιμο» ραντεβού, την εφαρμογή υπηρεσιών δικτυακής καρδιολογίας και την ενημέρωση πάνω σε διάφορα ιατρικά θέματα που συντρέχουν σε όλο τον Ελλαδικό χώρο.

Οι υπηρεσίες web-holter συνίστανται στην ανάπτυξη μιας εφαρμογής διαδικτυακής καρδιολογίας. Σκοπός είναι η λήψη του ΗΚΓ του ασθενή από μια συσκευή HOLTER για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, η εξαγωγή του report από τον ιατρό και η ανανέωση του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς μέσω του portal. Η αρχιτεκτονική της εφαρμογής είναι ανοικτή για να υποστηριχθεί η μελλοντική επέκταση του συστήματος (ειδικά του ηλεκτρονικού φακέλου) ώστε να περιλαμβάνει τη λήψη και αποθήκευση και άλλων βιοσημάτων, όπως για παράδειγμα πίεσης, γλυκόζης αίματος κ.λπ. Η γενική διαδικασία η οποία θα ακολουθείται συμπεριλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα:

- Ο ασθενής θα πηγαίνει στον ιατρό, ο οποίος θα τον ενημερώνει ότι απαιτείται η πραγματοποίηση εξέτασης HOLTER.
- Ο ασθενής θα πηγαίνει στη διαχειριστική υπηρεσία προκειμένου να παραλάβει τη συσκευή και να εγγραφεί στην υπηρεσία. Με την εγγραφή αυτή γίνεται ταύτιση χρηστών με συσκευές προκειμένου να υπάρχει σωστή διαχείριση των πόρων (συσκευών).
- Ο ασθενής θα έχει συνδεδεμένη τη συσκευή για τη χρονική διάρκεια που θα του έχει ορίσει ο ιατρός.
- Ο ασθενής θα επιστρέφει στον θεράποντα ιατρό με τη συσκευή προκειμένου να γίνει η εξαγωγή του report από τον ιατρό.
- Ο ιατρός θα αφαιρεί το αποθηκευτικό μέσο (κάρτα SD) από τη συσκευή και θα την τοποθετεί στη συσκευή ανάγνωσης της κάρτας.
- Ο ιατρός θα ανοίγει την εφαρμογή του HOLTER που θα βρίσκεται εγκατεστημένη στον υπολογιστή του.
- Ο ιατρός θα βγάζει το report σε PDF format.
- Ο ιατρός θα κάνει upload το report στον φάκελο του ασθενή, το οποίο και θα αποθηκεύεται στον εξυπηρετητή μαζί με τις υπόλοιπες πληροφορίες.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.2 Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας αφορά την Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού ΑΕΜΥ που προσφέρει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Βασικός στόχος της έρευνας είναι η αποτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, καθώς οι ίδιοι αποτελούν τη βασικότερη μεταβλητή κάθε προσπάθειας βελτίωσης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Απώτερος σκοπός της έρευνας, είναι η ανίχνευση και επισήμανση τόσο των δυνατών σημείων, όσο και των πιθανών παραγόντων που επιδρούν δυσμενώς στην εύρυθμη λειτουργία της Πολυκλινικής, όπως αυτοί αποτυπώνονται από την άποψη των ερωτηθέντων, καθώς και η εξαγωγή συμπερασμάτων για το επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας μας και την περαιτέρω ανάπτυξη και βελτίωση της.

1.2 Δείγμα

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε περίοδο 4 μηνών και πιο συγκεκριμένα από το Σεπτέμβριο ως το Δεκέμβριο του 2011, μέσω της προσωπικής

συνέντευξης. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία, χωρίς υποχρεωτικό χαρακτήρα με μέσο χρόνο διάρκειας περίπου τα 10 λεπτά. Κριτήρια για την επιλογή του δείγματος ήταν:

- Να είναι ενήλικες.
- Να δηλώσουν οι ερωτηθέντες την προφορική συναίνεσή τους για τη συμμετοχή τους στη διεξαγωγή της έρευνας, μετά από ενημέρωση του σκοπού της, επεξήγηση του θέματος και διασφάλιση της ανωνυμίας τους. Συγκεκριμένα μάλιστα, ενημερώθηκαν ότι αν παραθέσουν προσωπικά στοιχεία, όπως για παράδειγμα το ονοματεπώνυμο τους, το ερωτηματολόγιο θα θεωρηθεί άκυρο και θα απορριφθεί.
- Να έχουν καλό επίπεδο επικοινωνίας με το περιβάλλον.
- Να μην πάσχουν από άνοια ή ψύχωση και να μην παίρνουν ψυχοφάρμακα.
- Να έχουν επισκεφθεί έστω μια προηγούμενη φορά την Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού.

Η συνέντευξη έλαβε χώρα τόσο κατά τις πρωινές όσο και τις απογευματινές ώρες λειτουργίας της Πολυκλινικής. Το υλικό της έρευνας αποτέλεσε δείγμα 120 ερωτηθέντων όλων των διαβαθμισμένων ηλικιών που έχουν χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες της Πολυκλινικής, ενώ αρνήθηκαν να απαντήσουν 8 ερωτηθέντες. Το ποσοστό ανταπόκρισης ανέρχεται λοιπόν στο **93,75%**.

1.5 Μορφή ερωτηματολογίου

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι στα πλαίσια ανάπτυξης και βελτίωσης της λειτουργίας της, η Πολυκλινική διενεργεί έρευνα ικανοποίησης ασθενών από το 2007 μέσω συγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Για το λόγο αυτό, και εφόσον εξασφαλίστηκε η άδεια από τους υπεύθυνους της μονάδας, κρίθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί το ίδιο ερωτηματολόγιο με σκοπό τη συγκριτική μελέτη των ποσοστών ικανοποίησης των ασθενών τα τελευταία έτη, σύμφωνα με σχετικές πληροφορίες που αντλήθηκαν και την εξαγωγή ολοκληρωμένων αποτελεσμάτων. Το σχετικό λοιπόν ερωτηματολόγιο της έρευνας (παρατίθενται αναλυτικά στο παράρτημα) περιλαμβάνει δομημένες ερωτήσεις κλειστού τύπου με τη μορφή διαβαθμισμένης πεντάβαθμης κλίμακας Likert. Οι κλίμακες τύπου Likert πλεονεκτούν έναντι άλλων γιατί αποφεύγουν τη μεροληψία των θετικών απαντήσεων και επιτρέπουν τη διατύπωση και αρνητικών ερωτήσεων.

Αρχικά οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε κάποιες βασικές πληροφορίες που περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, το ασφαλιστικό ταμείο και τέλος το επίπεδο εκπαίδευσης, οι οποίες διαμορφώνουν τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Στη συνέχεια, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μία σειρά 25 ερωτήσεων που αφορούν σημαντικές πληροφορίες για την ποιότητα των υπηρεσιών και μεταξύ άλλων σχετικά με την εξυπηρέτηση των ασθενών, τις ιατρικές ειδικότητες που προσφέρονται, την ευκολία κλεισίματος ραντεβού, το χρόνο αναμονής και τη συνολική ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες της Πολυκλινικής.

Όπως έχει αναφερθεί και στο γενικό μέρος, η ποιότητα αξιολογείται με γνώμονα το βαθμό ανταπόκρισης των υπηρεσιών σε προκαθορισμένα κριτήρια που αφορούν ικανοποίηση από τις διαδικασίες, ικανοποίηση με δομικά κριτήρια και ικανοποίηση με κριτήρια αποτελεσμάτων. Αναλυτικότερα και προς διευκόλυνση για τη διεξαγωγή αποτελεσμάτων οι ερωτήσεις έχουν ομαδοποιηθεί σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια ως εξής:

- Ικανοποίηση από τις διαδικασίες: ερώτηση 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12,13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23.
- Ικανοποίηση με δομικά κριτήρια: ερώτηση 8 (8α, 8β, 8γ, 8δ) και 9.
- Ικανοποίηση με κριτήρια αποτελεσμάτων: ερώτηση 6, 22, 24, 25.

Τα δομικά κριτήρια αξιολογούν την ποιότητα της υλικοτεχνικής υποδομής και την επάρκεια του ανθρώπινου δυναμικού της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα κριτήρια διαδικασιών αξιολογούν τις διαδικασίες παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας, μέσα από μία σειρά ενεργειών. Τέλος, τα κριτήρια των αποτελεσμάτων αξιολογούν το αποτέλεσμα της υγειονομικής φροντίδας που καρπώνονται οι χρήστες, τα οποία είχαν ως συνέπεια, άμεσα ή μακροπρόθεσμα, τη βελτίωση, σταθεροποίηση ή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας τους. Επομένως, τα αποτελέσματα είναι τα προϊόντα των διαδικασιών σε έναν οργανισμό υγείας. Οι Flynn και Ray σημειώνουν ότι «καμιά από τις διαστάσεις δεν υπάρχει μόνη της. Η δομή, η διαδικασία και το αποτέλεσμα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον, του οποίου είναι μέρος»[76].

Τέλος, το ερωτηματολόγιο περιείχε μια ερώτηση ανοιχτού τύπου προς τους ερωτηθέντες με σκοπό την επισήμανση πιθανών σημείων βελτίωσης κατά την προσωπική

τους άποψη. Όσον αφορά στις απαντήσεις των ερωτηθέντων, αυτές κωδικοποιήθηκαν για να αποτυπώσουν το βαθμό ικανοποίησης τους ως εξής:

Πολύ δυσαρεστημένος = 1

Δυσυσαρεστημένος = 2

Μέτρια ικανοποιημένος = 3

Ικανοποιημένος = 4

Πολύ ικανοποιημένος = 5.

1.6 Μεθοδολογία

Στη συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια επιλέχθηκε η μέθοδος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου μέσω της προσωπικής συνέντευξης γιατί θεωρείται ότι υπερτερεί έναντι των άλλων. Η μέθοδος της ταχυδρομικής αποστολής του ερωτηματολογίου και της τηλεφωνικής συνέντευξης προβλέπεται ότι θα έχουν μικρό ποσοστό ανταπόκρισης, διότι γενικά οι ασθενείς στην Ελλάδα δεν είναι συνηθισμένοι σε τέτοιου είδους έρευνες και στο άκουσμα των 25 ερωτήσεων που θα πρέπει να απαντήσουν, πολύ πιθανό να μην συμμετέχουν τελικά.

Η ανάλυση και επεξεργασία των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του υπολογιστικού προγράμματος λογιστικών φύλλων Excel. Αρχικά, αποτυπώθηκαν τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων για την κατανόηση της συνθετικής δομής του. Κατόπιν, ακολούθησε η ανάλυση συσχέτισης μεταξύ του ποσοστού ικανοποίησης στην κάθε ερώτηση και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος ερωτηθέντων. Από τη στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, προέκυψε ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, ο μέγιστος και ελάχιστος βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων σε κάθε ερώτηση ξεχωριστά, συντελώντας έτσι στην ποσοτική περιγραφή των απαντήσεων. Όλα τα αποτελέσματα είναι εκφρασμένα ως μέσοι όροι. Στη συνέχεια, πέρα από τη στατιστική επεξεργασία, έγινε και διαγραμματική απεικόνιση του ποσοστού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Τέλος, επιχειρήθηκε η συγκριτική μελέτη και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων της έρευνας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος ερωτηθέντων

Η ποσοστιαία κατανομή του τυχαίου δείγματος των ερωτηθέντων με βάση τα προς μελέτη δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά παρουσιάζεται παρακάτω στον Πίνακα 5, ενώ οι αντίστοιχες γραφικές απεικονίσεις στην Εικόνα 4. Από το σύνολο των ερωτηθέντων, 47% ήταν άντρες και 53% γυναίκες. Η πλειοψηφία ήταν ηλικίας 55-64 ετών (36%), 23% αυτών ήταν ηλικίας 45-54 ετών, ενώ ακολουθούν σε ποσοστό 22% αυτοί που ανήκουν σε ηλικία άνω των 65 ετών. 10% του δείγματος ήταν ηλικίας 35-44% και τέλος, με μικρή διαφορά μεταξύ τους, ποσοστό μόλις 5% και 4%, ανήκε στην κατηγορία ηλικιών 25-34 ετών και 18-24 ετών αντίστοιχα.

Όσον αφορά στον τόπο κατοικίας των ερωτηθέντων, η πλειονότητα (44%) διαμένει στο Ολυμπιακό Χωριό, 29% αυτών διαμένει στο Δήμο Αχαρνών συμπεριλαμβανομένου και την περιοχή των Θρακομακεδόνων, ενώ 17% αυτών ανήκαν στο υπόλοιπο Αττικής και μόλις το 10% ήταν κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής (Κηφισιά, Ν. Ερυθραία, Εκάλη, Πολιτεία).

Σχετικά με τον ασφαλιστικό φορέα, η συντριπτική πλειοψηφία (64%) ήταν

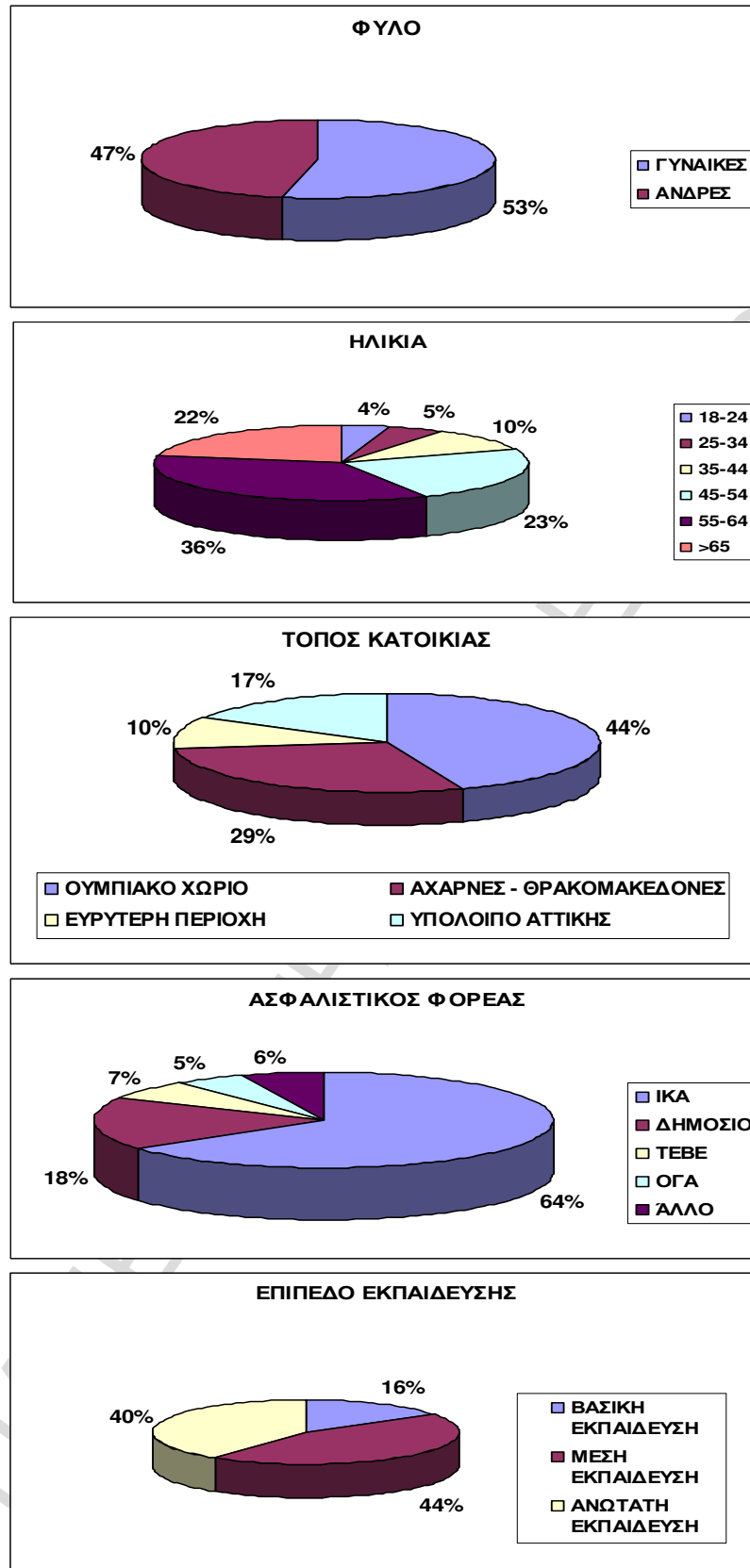
ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, ενώ ακολουθούν με 18% οι ασφαλισμένοι του ΔΗΜΟΣΙΟΥ. Με εμφανώς τώρα, χαμηλότερο ποσοστό της τάξεως του 7% έπονται οι χρήστες που ανήκουν στον ασφαλιστικό οργανισμό του ΤΕΒΕ, ενώ 6% αυτών ανήκουν στην κατηγορία άλλο ασφαλιστικό οργανισμό (ΤΥΠΕΤ, ΝΑΤ) και μόλις 5% του δείγματος ήταν ασφαλισμένοι του ΟΓΑ.

Τέλος, οι ερωτηθέντες ταξινομήθηκαν με βάση το επίπεδο εκπαίδευσής τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (44%) ήταν μέσης εκπαίδευσης, είχαν τελειώσει δηλαδή το γυμνάσιο και το λύκειο, ενώ με μικρή διαφορά ακολουθεί το 40% που είχε λάβει ανώτερη εκπαίδευση (πανεπιστήμιο – ΑΤΕΙ) και τέλος μόλις το 16% αυτών είχε βασικό επίπεδο εκπαίδευσης (δημοτικό).

Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά		Ποσοστό Τυχαίου Δείγματος
Φύλο:	Ανδρας	47%
	Γυναίκα	53%
Ηλικία (έτη):	18-24	4%
	25-34	5%
	35-44	10%
	45-54	23%
	55-64	36%
	>65	22%
Τόπος κατοικίας:	Ολυμπιακό Χωριό	44%
	Αχαρνές – Θρακομακεδόνες	29%
	Ευρύτερη περιοχή	10%
	Υπόλοιπο Αττικής	17%

Ασφαλιστικός φορέας:	ΙΚΑ	64%
	ΔΗΜΟΣΙΟ	18%
	ΤΕΒΕ	7%
	ΟΓΑ	5%
	Άλλο	6%
Επίπεδο εκπαίδευσης:	Βασική	16%
	Μέση	44%
	Ανώτερη	40%

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων



ΕΙΚΟΝΑ 7 : Γραφική απεικόνιση της % ποσοστιαίας κατανομής του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων με τη μορφή πίτας, με κριτήριο: το φύλο, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, τον ασφαλιστικό φορέα και το επίπεδο εκπαίδευσης

2.2 Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων και του βαθμού ικανοποίησης τους

Η ανάλυση συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών αναφέρεται στον προσδιορισμό της σχέσης εξάρτησης που υπάρχει μεταξύ τους, με την προϋπόθεση ότι αυτή η σχέση είναι γραμμική και αποδίδεται με τον συντελεστή απλής γραμμικής συσχέτισης r (Correlation Coefficient)[77]. Ο συντελεστής συσχέτισης μετρά το βαθμό συμμεταβολής δύο μεταβλητών καθώς και την κατεύθυνση της συμμεταβολής τους, δηλαδή αν οι μεταβλητές συσχετίζονται θετικά ή αρνητικά μεταξύ τους και λαμβάνει τιμές από -1 έως +1. Όσο μεγαλύτερη είναι η απόλυτη τιμή του συντελεστή συσχέτισης, τόσο ισχυρότερη είναι η γραμμική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών.

Στη συνέχεια της επεξεργασίας των αποτελεσμάτων της μελέτης, προσδιορίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης για κάθε πιθανό συνδυασμό μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων και των απαντήσεων του δείγματος που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Πίνακας 6). Όπως φαίνεται και από το συνοδευτικό πίνακα, παρατηρούνται τόσο θετικές όσο και αρνητικές συσχετίσεις που υποδηλώνουν πως η σχέση μεταξύ κάθε κοινωνικού χαρακτηριστικού και του ποσοστού ικανοποίησης των ερωτηθέντων μπορεί να είναι τόσο θετική όσο και αρνητική. Το σημαντικότερο ωστόσο εύρημα είναι πως οι συντελεστές συσχέτισης είναι αμελητέοι και κατ' επέκταση δεν φαίνεται να υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ των υπό μελέτη παραγόντων. Για το λόγο αυτό, δεν κρίνεται σκόπιμη η περαιτέρω ανάλυση του βαθμού ικανοποίησης του δείγματος με βάση τις 5 υπό μελέτη μεταβλητές, καθώς φαίνεται να μην επιδρούν στις απαντήσεις των ασθενών. Κατά συνέπεια λοιπόν, η ανάλυση των αποτελεσμάτων θα επικεντρωθεί στη συμπεριφορά του συνόλου του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων, αλλά ωστόσο θα γίνει μια συνοπτική αναφορά μόνο, στο γενικό μέσο όρο ικανοποίησης του δείγματος με βάση το φύλο, την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, τον ασφαλιστικό φορέα και τέλος το επίπεδο εκπαίδευσης.

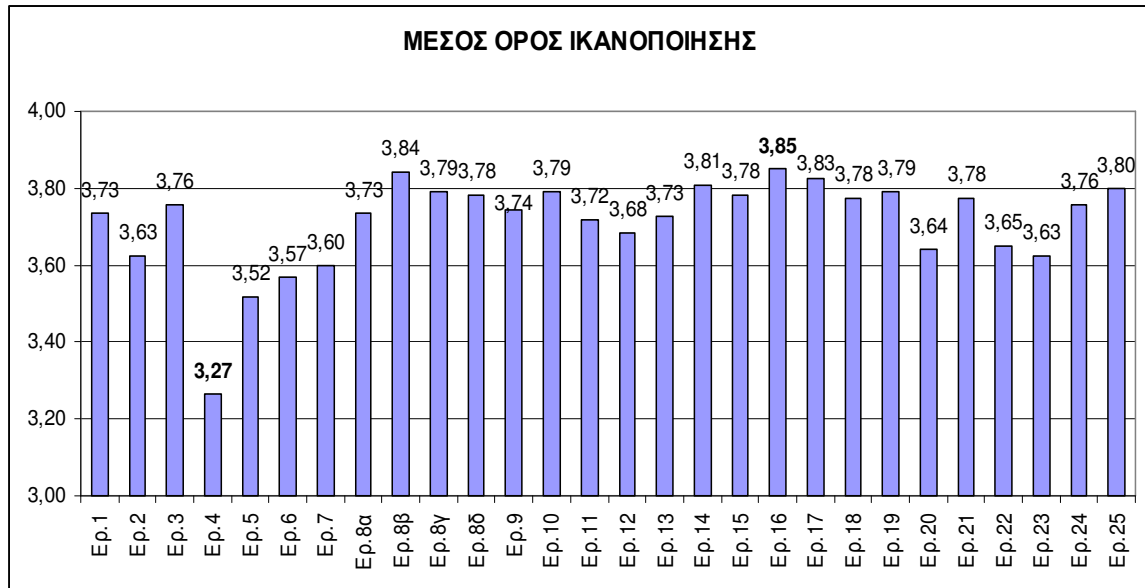
	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΚΑΤΟΙΚΙΑ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
Ερ. 1	-0,030	-0,052	-0,048	0,002	0
Ερ. 2	-0,167	0,176	-0,096	0,030	0,006
Ερ. 3	-0,095	0,045	-0,140	0,001	-0,047
Ερ. 4	-0,108	0,092	-0,129	0,010	0
Ερ. 5	-0,058	-0,005	-0,198	-0,035	-0,050
Ερ. 6	-0,066	0,082	-0,138	-0,038	-0,104
Ερ. 7	-0,079	-0,067	-0,006	0,088	-0,094
Ερ. 8α	0,067	0,094	-0,256	-0,068	-0,070
Ερ. 8β	0,044	-0,024	-0,251	-0,132	-0,007
Ερ. 8γ	0,032	-0,058	-0,121	-0,048	-0,040
Ερ. 8δ	-0,042	-0,045	-0,239	-0,032	0,119
Ερ. 9	-0,114	-0,144	-0,064	0,077	-0,123
Ερ. 10	-0,060	-0,036	-0,134	-0,057	-0,019
Ερ. 11	-0,062	-0,041	-0,095	0,007	0,083
Ερ. 12	0,040	-0,074	-0,119	0,004	-0,056
Ερ. 13	0,120	-0,135	-0,019	0,012	-0,209
Ερ. 14	0,047	0,046	-0,037	0,046	0,020
Ερ. 15	-0,121	0,040	-0,109	0,033	-0,014
Ερ. 16	-0,053	-0,016	-0,054	-0,042	0,014
Ερ. 17	0,127	-0,025	-0,129	0,009	-0,106
Ερ. 18	0,014	0,201	-0,164	-0,066	-0,107
Ερ. 19	0,050	0,088	-0,123	0,005	-0,127
Ερ. 20	-0,002	0,128	-0,116	0,036	-0,027
Ερ. 21	0,015	0,113	-0,153	0,011	-0,164
Ερ. 22	-0,085	0,155	-0,139	-0,027	-0,152
Ερ. 23	0	0,014	-0,049	0,016	-0,202
Ερ. 24	-0,091	0,071	-0,118	0,032	-0,173
Ερ. 25	-0,152	0,140	-0,188	0,008	-0,042

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων και του βαθμού ικανοποίησης του από τις προσφερόμενες υπηρεσίες

2.3 Συνολική ικανοποίηση του δείγματος των ερωτηθέντων

Στο Γράφημα 6 και στον Πίνακα 7 απεικονίζεται ο μέσος όρος ικανοποίησης ανά ερώτηση στο σύνολο του δείγματος της μελέτης, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του. Όπως φαίνεται λοιπόν, ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης (3,85) αποδίδεται στην ερώτηση 16 που αφορά τη συμπεριφορά του προσωπικού της γραμματείας, ενώ ο μικρότερος (3,27) στην ερώτηση 4 που αφορά την επάρκεια των προσφερόμενων ιατρικών ειδικοτήτων. Ο συνολικός μέσος όρος τώρα που απέδωσαν οι χρήστες στις υπηρεσίες της Πολυκλινικής ανέρχεται στο 3,71. Όσον αφορά στη μικρότερη βαθμολογία που απέδωσαν τα άτομα του δείγματος αυτή κυμαίνεται στο 2,64, ενώ η αντίστοιχα μέγιστη είναι 5.

Στη συνέχεια, το Γράφημα 7 αναφέρεται στο συνολικό βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων εκφρασμένο όμως σε ποσοστά. Όπως διακρίνεται, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (68,04%) απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες της ΠΟΧ, ακολουθεί το 29,23% που δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι, ενώ μόλις 1,99% αυτών έμειναν απόλυτα ικανοποιημένοι. Τέλος, σχεδόν ανύπαρκτα είναι τα ποσοστά εκείνων που ήταν δυσαρεστημένοι ως πολύ δυσαρεστημένοι (0,71% και 0,03% αντίστοιχα) από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Στο Γράφημα 8 παρουσιάζεται με έναν ακόμη τρόπο, το επίπεδο ικανοποίησης ανά ερώτηση σε απόλυτους αριθμούς επί του συνόλου των 120 συμμετεχόντων. Μέσω της συγκεκριμένης απεικόνισης το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην ερώτηση 4 όπου αποτυπώνεται ο μεγαλύτερος αριθμός δυσαρεστημένων χρηστών (11/120) από τις υπηρεσίες, ενώ αντίστοιχα η ερώτηση 25 παρουσιάζει τον μεγαλύτερο αριθμό πολύ ικανοποιημένων ερωτηθέντων (7/120).

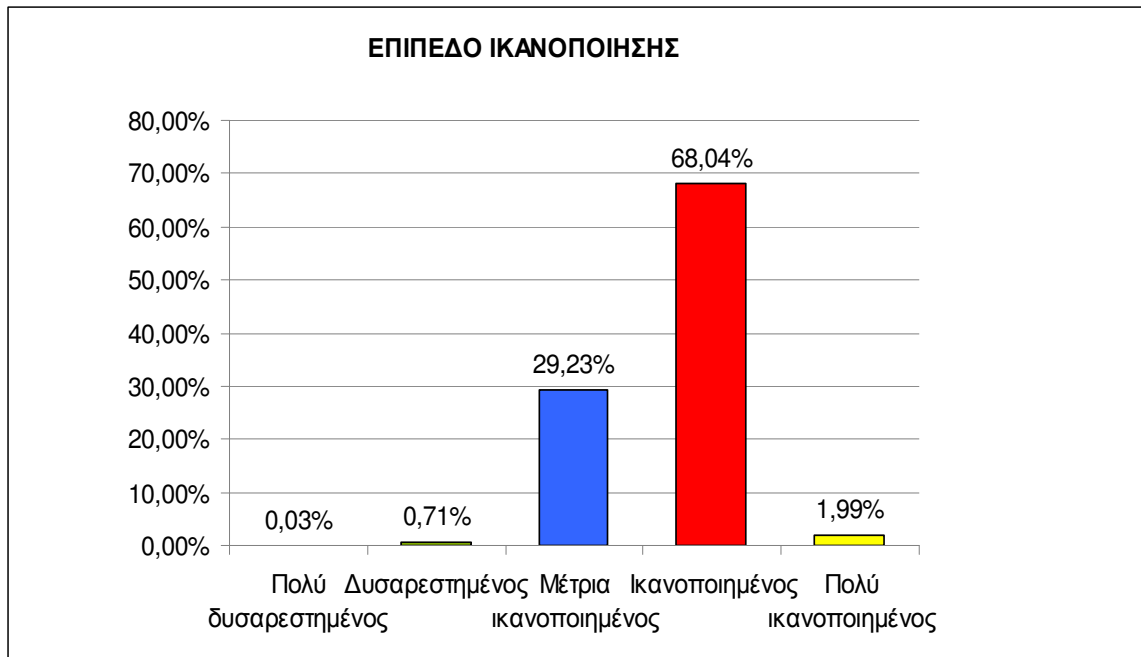


ΓΡΑΦΗΜΑ 6: Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων

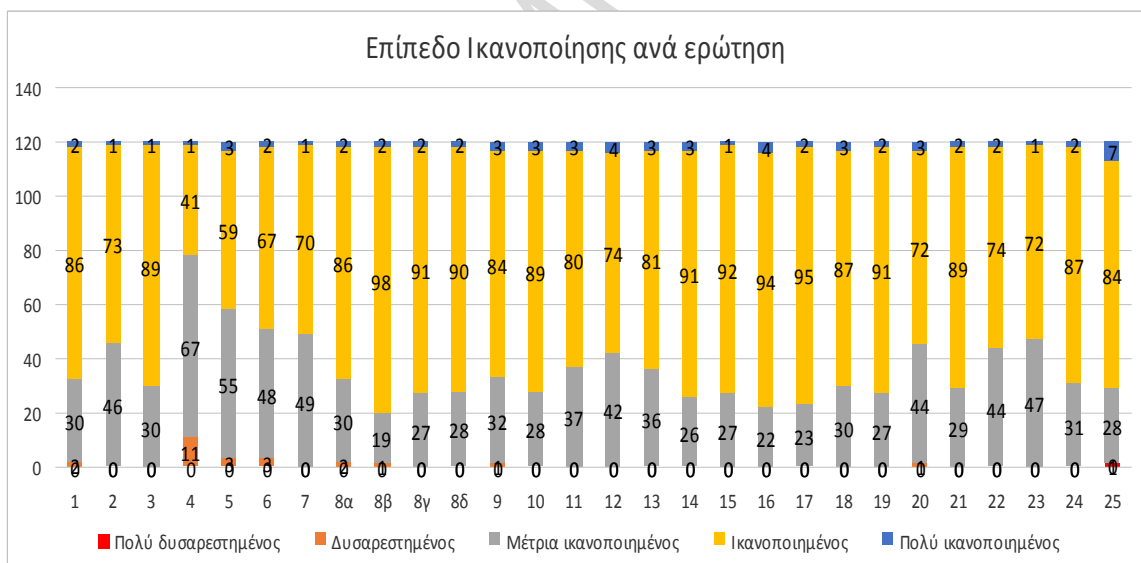
N=120	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ερώτηση 1	3,73	0,51	4	2	5
Ερώτηση 2	3,63	0,50	4	3	5
Ερώτηση 3	3,76	0,45	4	3	5
Ερώτηση 4	3,27	0,63	3	2	5
Ερώτηση 5	3,52	0,59	4	2	5
Ερώτηση 6	3,57	0,58	4	2	5
Ερώτηση 7	3,60	0,51	4	3	5
Ερώτηση 8α	3,73	0,51	4	2	5
Ερώτηση 8β	3,84	0,43	4	2	5
Ερώτηση 8γ	3,79	0,45	4	3	5
Ερώτηση 8δ	3,78	0,51	4	3	5
Ερώτηση 9	3,74	0,51	4	2	5

Ερώτηση 10	3,79	0,47	4	3	5
Ερώτηση 11	3,72	0,51	4	3	5
Ερώτηση 12	3,68	0,53	4	3	5
Ερώτηση 13	3,73	0,50	4	3	5
Ερώτηση 14	3,81	0,45	4	3	5
Ερώτηση 15	3,78	0,43	4	3	5
Ερώτηση 16	3,85	0,44	4	3	5
Ερώτηση 17	3,83	0,42	4	3	5
Ερώτηση 18	3,78	0,48	4	3	5
Ερώτηση 19	3,79	0,45	4	3	5
Ερώτηση 20	3,64	0,55	4	2	5
Ερώτηση 21	3,78	0,46	4	3	5
Ερώτηση 22	3,65	0,51	4	3	5
Ερώτηση 23	3,63	0,52	4	3	5
Ερώτηση 24	3,76	0,47	4	3	5
Ερώτηση 25	3,80	0,57	4	1	5
Σύνολο	3,71	0,51	3,96	2,64	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση με παράθεση της τυπικής απόκλισης, της διαμέσου, της ελάχιστης και μέγιστης τιμής



ΓΡΑΦΗΜΑ 7: % Ποσοστιαία κατανομή του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης του δείγματος των ερωτηθέντων



ΓΡΑΦΗΜΑ 8: Επίπεδο Ικανοποίησης ανά ερώτηση σε απόλυτους αριθμούς επί του συνόλου των 120 συμμετεχόντων του δείγματος

2.4 Ικανοποίηση από τις διαδικασίες

Στον Πίνακα 8 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα ποσοστά ικανοποίησης των

ερωτηθέντων ανά ερώτηση με κριτήριο τις διαδικασίες.

	Πολύ Δυσανεστημένος	Δυσανεστημένος	Μέτρια Ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ Ικανοποιημένος
Ερώτηση 1	0%	1,67%	25%	71,66%	1,67%
Ερώτηση 2	0%	0%	38,34%	60,83%	0,83%
Ερώτηση 3	0%	0%	25%	74,17%	0,83%
Ερώτηση 4	0%	9,17%	55,83%	34,17%	0,83%
Ερώτηση 5	0%	2,5%	45,83%	49,17%	2,5%
Ερώτηση 7	0%	0%	40,83%	58,34%	0,83%
Ερώτηση 10	0%	0%	23,33%	74,17%	2,5%
Ερώτηση 11	0%	0%	30,83%	66,67%	2,5%
Ερώτηση 12	0%	0%	35%	61,67%	3,33%
Ερώτηση 13	0%	0%	30%	67,5%	2,5%
Ερώτηση 14	0%	0%	21,67%	75,83%	2,50%
Ερώτηση 15	0%	0%	22,5%	76,67%	0,83%
Ερώτηση 16	0%	0%	18,33%	78,34%	3,33%
Ερώτηση 17	0%	0%	19,17%	79,16%	1,67%
Ερώτηση 18	0%	0%	25%	72,5%	2,5%
Ερώτηση 19	0%	0%	22,5%	75,83%	1,67%
Ερώτηση 20	0%	0,83%	36,67%	60%	2,5%
Ερώτηση 21	0%	0%	24,17%	74,16%	1,67%
Ερώτηση 23	0%	0%	39,17%	60%	0,83%

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: % Ποσοστιαία απεικόνιση του βαθμού ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις διαδικασίες

2.4.1 Ικανοποίηση από τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας

Συνολικά, 71,66% των ερωτηθέντων δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη διαδικασία κλεισίματος τηλεφωνικού ραντεβού για επίσκεψη στην ΠΟΧ, ενώ μέτριος βαθμός ικανοποίησης εκφράζεται από το 25% του δείγματος και μόλις 1,67% των ερωτηθέντων δήλωσαν και τις δύο ακραίες πιθανές επιλογές, δηλαδή εξέφρασαν στον ίδιο μέγιστο βαθμό τόσο τη δυσαρέσκεια όσο και την ικανοποίησή τους από τη συγκεκριμένη διαδικασία.

2.4.2 Ικανοποίηση από την ενημέρωση για τα απαραίτητα έντυπα που θα πρέπει να έχουν μαζί τους οι ερωτηθέντες

Αξίζει να σημειωθεί ότι στη συγκεκριμένη ερώτηση κανένας από τους συμμετέχοντες δε δήλωσε δυσαρεστημένος. Επομένως, όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ικανοποιημένοι, με τα αντίστοιχα ποσοστά να διαβαθμίζονται ως εξής: η συντριπτική πλειοψηφία (60,83%) ήταν ικανοποιημένη, 38,34% αυτών μέτρια ικανοποιημένοι και μόλις 1 στους 120 (0,83%) δήλωσε πολύ ικανοποιημένος.

2.4.3 Ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση της γραμματείας κατά την προσέλευση των ερωτηθέντων

Στην ερώτηση 3 που αφορά την ικανοποίηση από τη γραμματειακή υποστήριξη κατά την προσέλευση των χρηστών, 74,17% και 25% αυτών δήλωσαν ικανοποιημένοι και μέτρια ικανοποιημένοι αντίστοιχα, ενώ το ποσοστό των δυσαρεστημένων χρηστών ήταν ανύπαρκτο.

2.4.4 Ικανοποίηση από την επάρκεια των διαθέσιμων ιατρικών ειδικοτήτων

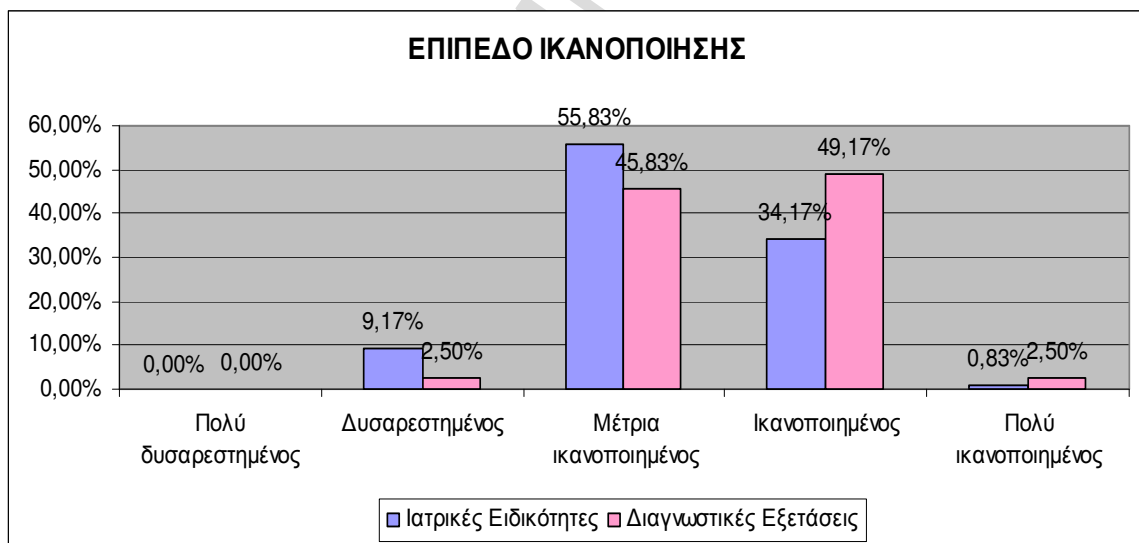
Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (55,83%) δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι, ακολουθεί το 34,17% αυτών που έμειναν ικανοποιημένοι, ενώ 9,17% αυτών έμειναν δυσαρεστημένοι από την επάρκεια των διαθέσιμων ιατρικών ειδικοτήτων της ΠΟΧ. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η συγκεκριμένη ερώτηση συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρεστημένων χρηστών συνολικά. Τέλος, μόλις 1 στους 120

συμμετέχοντες δήλωσε πολύ ικανοποιημένος.

2.4.5 Ικανοποίηση από την επάρκεια των προσφερόμενων διαγνωστικών εξετάσεων

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (95%) δήλωσαν από μέτρια ικανοποιημένοι ως ικανοποιημένοι από την επάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων που παρέχονται στην Πολυκλινική, ενώ το υπόλοιπο 5% αυτών διαμοιράζονται ισόποσα σε δυσαρεστημένους (2,5%) και πολύ ικανοποιημένους (2,5%) αντίστοιχα χρήστες.

Στο Γράφημα 9 παρουσιάζεται συγκριτικά ο βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων στην ερώτηση 4 και 5. Συνολικά λοιπόν, η πλειονότητα των ερωτηθέντων 55,83% δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι από την επάρκεια των ιατρικών ειδικοτήτων, ενώ αντίστοιχα η πλειοψηφία 49,17% αυτών έμειναν ικανοποιημένοι από την επάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων. Σημαντικό είναι το εύρημα ότι εμφανίζεται ποσοστό δυσαρεστημένων ατόμων, έστω και μικρό, από την επάρκεια εξετάσεων και ειδικοτήτων, στο πλαίσιο των προσφερόμενων υπηρεσιών της Πολυκλινικής.



ΓΡΑΦΗΜΑ 9: % Ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από την επάρκεια των ιατρικών ειδικοτήτων και διαγνωστικών εξετάσεων

2.4.6 Ικανοποίηση από την ενημέρωση σε περίπτωση καθυστερημένης εξυπηρέτησης

Στην ερώτηση 7 όλα τα άτομα του δείγματος έμειναν απόλυτα ικανοποιημένα και συγκεκριμένα 58,34% αυτών δήλωσαν ικανοποιημένοι και 40,83% μέτρια

ικανοποιημένοι, χωρίς σημάδια δυσαρέσκειας.

2.4.7 Ικανοποίηση από το διαθέσιμο χρόνο του γιατρού κατά την επίσκεψη

Συνολικά, κατά μεγάλο ποσοστό 74,17% των ερωτηθέντων εξέφρασαν την ικανοποίησή τους από το χρόνο που τους διέθεσε ο γιατρός κατά την επίσκεψή τους, 23,33% έμειναν μέτρια ικανοποιημένοι και 2,5% αυτών δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι.

2.4.8 Ικανοποίηση από την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων

Στη συγκεκριμένη ερώτηση, 66,67% των ατόμων του δείγματος δήλωσαν ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που έλαβαν από το γιατρό σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, ακολουθεί το 30,83% αυτών που έμειναν μέτρια ικανοποιημένοι και τέλος μόλις 3 στους 120 (2,5%) ήταν πολύ ικανοποιημένοι.

2.4.9 Ικανοποίηση από την εξήγηση χρησιμότητας των προτεινόμενων εξετάσεων

Συνολικά 61,67% των συμμετεχόντων δήλωσαν ικανοποιημένοι από την εξήγηση που τους έδωσε ο γιατρός για τη χρησιμότητα των προτεινόμενων εξετάσεων, 35% αυτών δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι και τέλος 4 στους 120 (3,33%) έμειναν πολύ ικανοποιημένοι. Παρατηρείται εδώ, ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά απόλυτης ικανοποίησης επί του συνόλου του δείγματος.

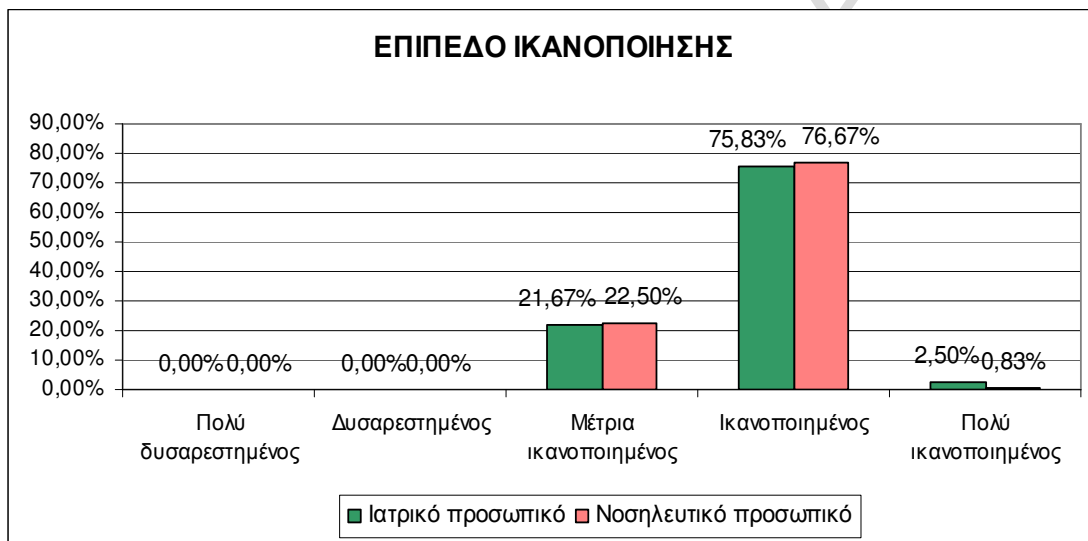
2.4.10 Ικανοποίηση από τις συμβουλές και οδηγίες του γιατρού σε θέματα πρόληψης

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (67,5%) έμειναν ικανοποιημένοι από τις συμβουλές και τις οδηγίες που έλαβαν από το γιατρό σε επίπεδο πρόληψης. Ακολουθεί το 30% αυτών που δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι και τέλος 2,5% αυτών ήταν πολύ ικανοποιημένοι.

2.4.11 Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών

Στο Γράφημα 10 απεικονίζεται το επίπεδο ικανοποίησης των ατόμων του δείγματος από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό της Πολυκλινικής, που αντιστοιχεί στην

ερώτηση 14 και 15. Συνολικά διακρίνονται, κατά μικρό βαθμό, μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από τους νοσηλευτές συγκριτικά με τους γιατρούς. Συνεπώς, 76,67% των ερωτηθέντων δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό έναντι 75,83% αυτών που εξέφρασαν ικανοποίηση από τους γιατρούς. Αναλόγως, 22,5% ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από τους νοσηλευτές, ενώ με μικρή διαφορά το 21,67% αυτών από τους γιατρούς. Τέλος, παρουσιάζεται αλλαγή του σκηνικού σε αυτούς που απάντησαν ότι έμειναν πολύ ικανοποιημένοι από τους γιατρούς (2,5%) έναντι 0,83% από τον αντίστοιχο βαθμό ικανοποίησης από τους νοσηλευτές.

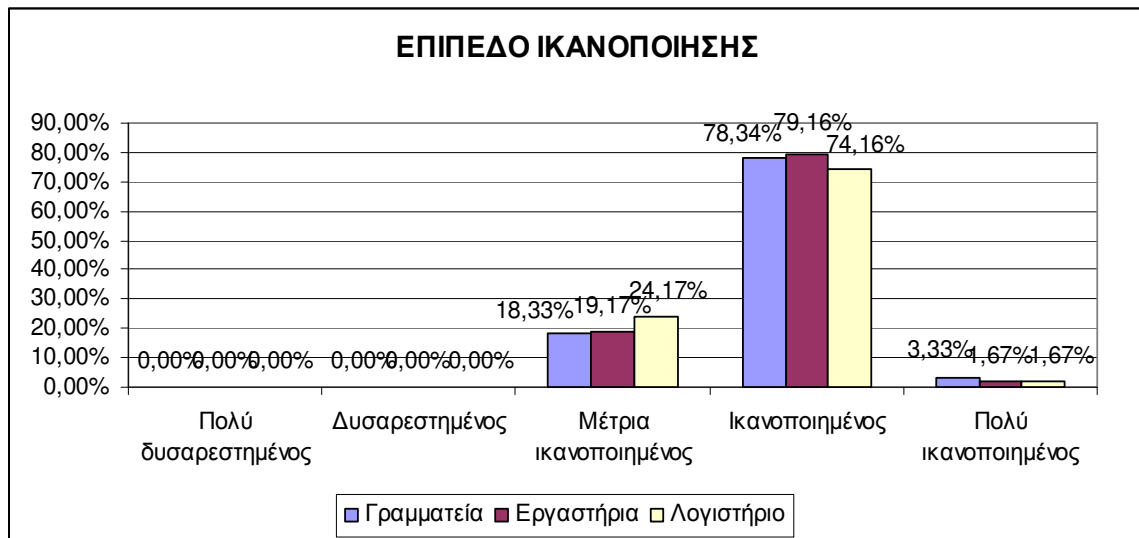


ΓΡΑΦΗΜΑ 10: % Ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

2.4.12 Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του προσωπικού της γραμματείας, των εργαστηρίων και του λογιστηρίου

Στο Γράφημα 11, το οποίο περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 16, 17 και 21, παρουσιάζεται το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τη συμπεριφορά του υπόλοιπου προσωπικού, δηλαδή της γραμματείας, των εργαστηρίων και του λογιστηρίου. Φαίνεται λοιπόν, πως η πλειοψηφία του δείγματος είναι περισσότερο ικανοποιημένη από το προσωπικό των εργαστηρίων με ποσοστό 79,16%, ακολουθεί το προσωπικό της γραμματείας με ποσοστό 78,34% και τέλος με μικρή διαφορά το προσωπικό του λογιστηρίου, με το ποσοστό του να ανέρχεται στο 74,16%. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν ήταν δυσαρεστημένος, ενώ το ανάλογο ποσοστό των πολύ

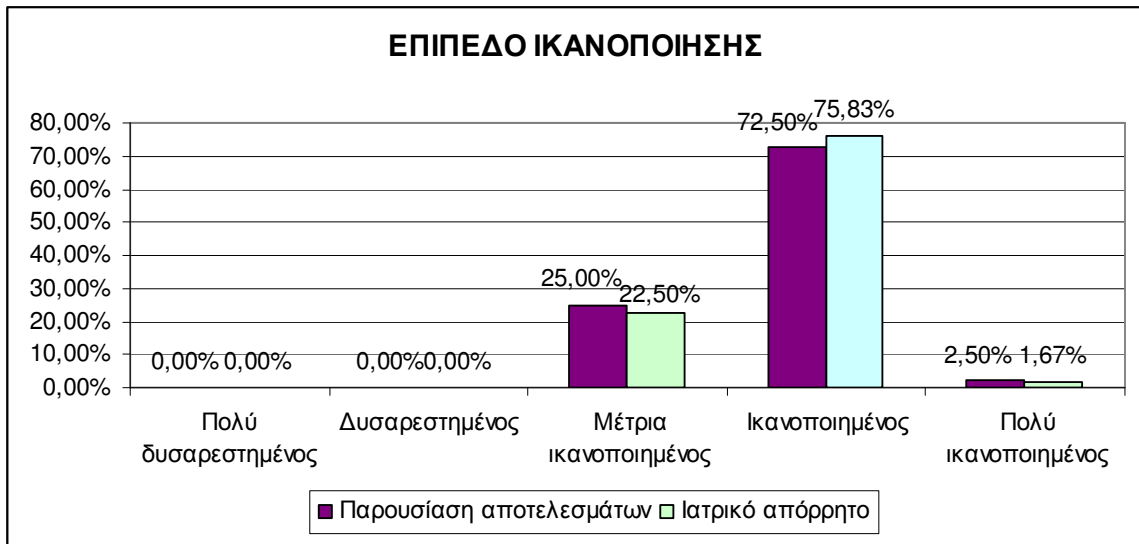
ικανοποιημένων ατόμων για το μεν προσωπικό της γραμματείας ήταν ελαφρώς μεγαλύτερο (3,33%) και για το υπόλοιπο προσωπικό εξίσου το ίδιο (1,67%).



ΓΡΑΦΗΜΑ 11: % Ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από το προσωπικό της γραμματείας, των εργαστηρίων και του λογιστηρίου

2.4.13 Ικανοποίηση από τον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και την τήρηση του ιατρικού απορρήτου

Η ικανοποίηση από τον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και την τήρηση του ιατρικού απορρήτου απεικονίζεται στο Γράφημα 12. Είναι σαφές ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (75,83%) είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την τήρηση του ιατρικού απορρήτου συγκριτικά με τον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων, όπου το ανάλογο ποσοστό είναι της τάξης του 72,5%. Στην κατηγορία των μέτρια ικανοποιημένων συμμετεχόντων, παρουσιάζεται μικρό προβάδισμα στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων (25%) σε παραλληλισμό με την τήρηση του ιατρικού απορρήτου (22,5%). Η ίδια τάση παρατηρείται και από τη μερίδα των ατόμων του δείγματος που έμειναν πολύ ικανοποιημένοι, κατά 2,5% από την παρουσίαση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και κατά 1,67% από την τήρηση του ιατρικού απορρήτου.



ΓΡΑΦΗΜΑ 12: % Ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από τον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων και την τήρηση του ιατρικού απορρήτου

2.4.14 Ικανοποίηση από τον τρόπο χρέωσης των υπηρεσιών

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (60%) δήλωσαν ικανοποιημένοι από τον τρόπο που χρεώνονται υπηρεσίες της ΠΟΧ, έπεται το 36,67% αυτών που έμειναν μέτρια ικανοποιημένοι, ενώ ανύπαρκτο παραμένει το ποσοστό (0,83%) των δυσαρεστημένων συμμετεχόντων. Τέλος, τη μερίδα των πολύ ικανοποιημένων ατόμων αποτελούν μόλις 3 στους 120 επί του συνόλου του δείγματος (2,5%).

2.4.15 Ικανοποίηση από την επιστημονική επάρκεια του προσωπικού

Στην ερώτηση 23, το μεγαλύτερο ποσοστό (60%) απάντησε ότι ήταν ικανοποιημένο από την επιστημονική επάρκεια του προσωπικού της Πολυκλινικής, ενώ εξίσου σημαντικό είναι και το ποσοστό (39,17%) όσων έμειναν μέτρια ικανοποιημένοι. Τέλος, μόνο 1 στους 120 (0,83%) εξέφρασε την απόλυτη ικανοποίησή του.

2.5 Ικανοποίηση με δομικά κριτήρια

Στον Πίνακα 9 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα ποσοστά ικανοποίησης των ερωτηθέντων ανά ερώτηση με γνώμονα τα δομικά κριτήρια. Η ερώτηση 8 που αφορά την κατάσταση που επικρατούσε στο χώρο αναμονής, υποδιαιρείται σε 4 υποερωτήματα που

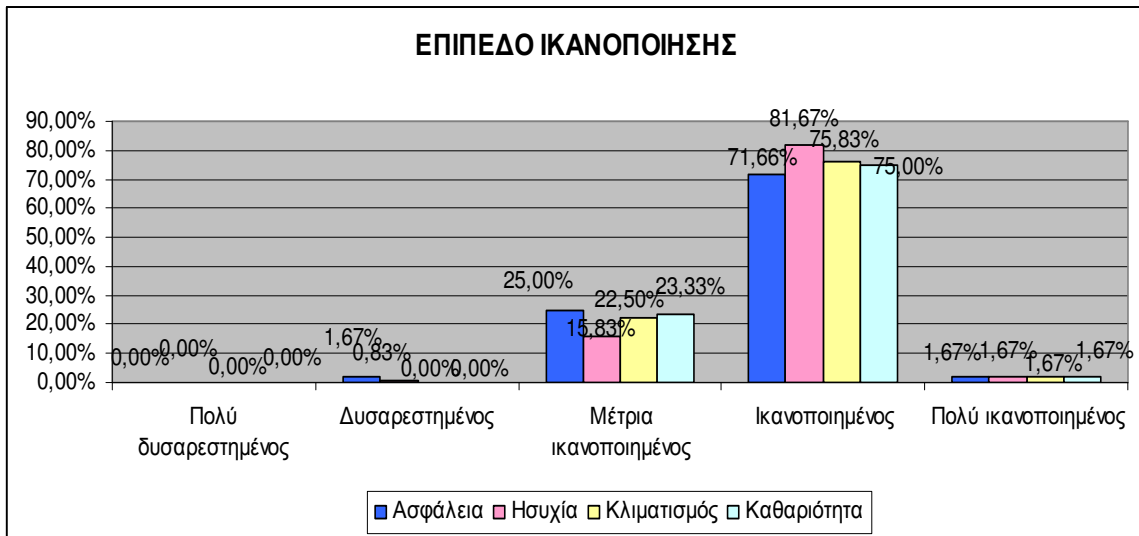
αφορούν θέματα ασφάλειας, ησυχίας, κλιματισμού και καθαριότητας.

	Πολύ Δυσανεστημένος	Δυσανεστημένος	Μέτρια Ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ Ικανοποιημένος
Ερώτηση 8α	0%	1,67%	25%	71,66%	1,67%
Ερώτηση 8β	0%	0,83%	15,83%	81,67%	1,67%
Ερώτηση 8γ	0%	0%	21,67%	76,66%	1,67%
Ερώτηση 8δ	0%	0%	23,33%	75%	1,67%
Ερώτηση 9	0%	0,83%	26,67%	70%	2,5%

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: % Ποσοστιαία απεικόνιση του βαθμού ικανοποίησης των ερωτηθέντων με βάση δομικά κριτήρια

2.5.1 Ικανοποίηση από την κατάσταση του χώρου αναμονής σε θέματα Ασφάλειας, Ησυχίας, Κλιματισμού και Καθαριότητας

Το Γράφημα 13, το οποίο περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 8α, 8β, 8γ και 8δ, αποτυπώνει το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτηθέντων από την κατάσταση που επικρατούσε στο χώρο αναμονής της ΠΟΧ σε θέματα ασφάλειας, ησυχίας, κλιματισμού και καθαριότητας. Συνολικά, η μεγαλύτερη μερίδα του δείγματος είναι περισσότερο ικανοποιημένη από την ησυχία που επικρατούσε στο χώρο αναμονής με ποσοστό 81,67%, ακολουθεί το 75,83% που εκφράζει την ικανοποίηση από τις συνθήκες κλιματισμού στο χώρο αναμονής ενώ με μικρή διαφορά έπεται η ικανοποίηση από τις συνθήκες καθαριότητας και ασφάλειας, που ανέρχεται σε 75% και 71,66% αντίστοιχα. Όσον αφορά στην μερίδα των μέτρια ικανοποιημένων ατόμων, προηγούνται αυτοί που δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι από την ασφάλεια (25%), την καθαριότητα (23,33%), τον κλιματισμό (22,5%) και τέλος την ησυχία (15,83%) που επικρατούσε στο χώρο αναμονής. Αξιοσημείωτο παραμένει το γεγονός ότι τα ποσοστά των πολύ ικανοποιημένων ατόμων είναι τα ίδια (1,67%) και για τις 4 κατηγορίες. Τέλος, δυσανεστημένοι μόλις κατά 1,67% δήλωσαν οι ερωτηθέντες αναφορικά με θέματα ασφάλειας που επικρατούσαν στο χώρο αναμονής.



ΓΡΑΦΗΜΑ 13: % Ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από την κατάσταση του χώρου αναμονής σε θέματα ασφάλειας, ησυχίας, κλιματισμού και καθαριότητας

2.5.2 Ικανοποίηση από τη σήμανση των χώρων

Όσον αφορά στην ικανοποίηση από τη σήμανση των χώρων, οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι έμειναν ικανοποιημένοι σε ποσοστό 70%, ενώ μέτρια ικανοποιημένοι κατά 26,67%. Το 2,5% αυτών δήλωσαν ότι ήταν πολύ ικανοποιημένοι από τις πινακίδες που υπήρχαν στους χώρους της ΠΟΧ, με αποτέλεσμα να κινούνται με ευκολία. Τέλος, αμελητέο είναι το ποσοστό (0,83%) των δυσαρεστημένων χρηστών από τη σήμανση των χώρων.

2.6 Ικανοποίηση με κριτήρια αποτελεσμάτων

Στον Πίνακα 10 που ακολουθεί αποτυπώνονται τα ποσοστά ικανοποίησης των ερωτηθέντων ανά ερώτηση με κριτήριο το αποτέλεσμα.

	Πολύ Δυσανε- στημένος	Δυσανε- στημένος	Μέτρια Ικανοποιημέ- νος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ Ικανοποιη- μένος
Ερώτηση 6	0%	2,5%	40%	55,83%	1,67%
Ερώτηση 22	0%	0%	36,67%	61,66%	1,67%
Ερώτηση 24	0%	0%	25,83%	72,5%	1,67%
Ερώτηση 25	0,83%	0%	23,34%	70%	5,83%

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: % Ποσοστιαία απεικόνιση του βαθμού ικανοποίησης με κριτήρια αποτελεσμάτων

2.6.1 Ικανοποίηση από το χρόνο που μεσολαβεί από το κλείσιμο του ραντεβού μέχρι την πραγματοποίησή του

Στη συγκεκριμένη ερώτηση (ερώτηση 6), παρατηρείται μικρό ποσοστό δυσανεστημένων χρηστών από το διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της διευθέτησης του ραντεβού και του χρόνου πραγματοποίησής του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων του δείγματος (55,83%) δήλωσαν ικανοποιημένοι, ενώ ακολουθεί το 40% αυτών που ήταν μέτρια ικανοποιημένοι.

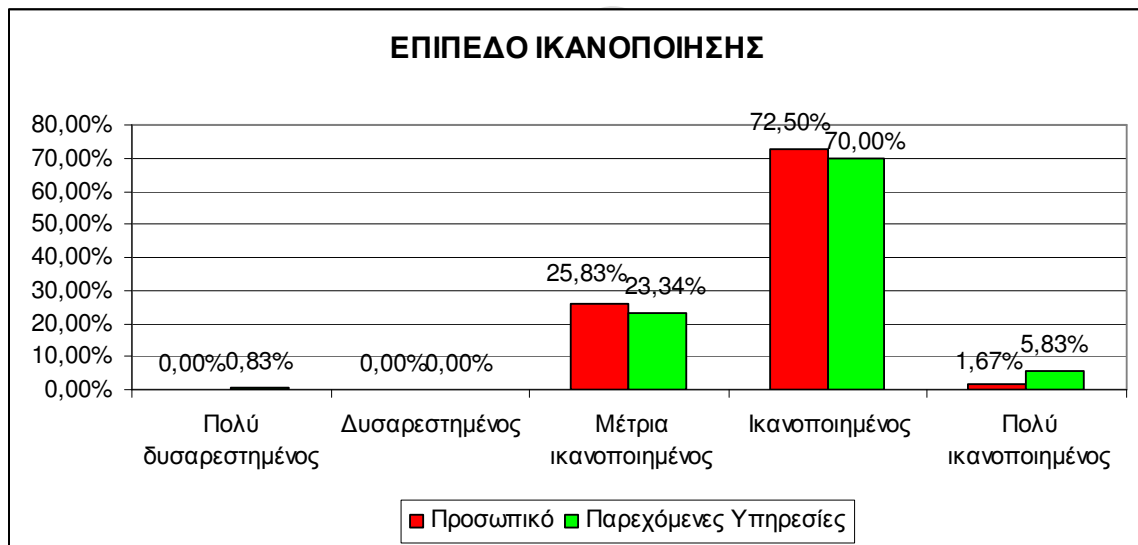
2.6.2 Ικανοποίηση από την προσοχή που αποδόθηκε στη διατύπωση των αιτημάτων

Η πλειονότητα των ατόμων του δείγματος (61,66%) δήλωσαν ικανοποιημένοι από την προσοχή που τους δόθηκε στη διατύπωση των αιτημάτων τους, ενώ το 36,67% ήταν μέτρια ικανοποιημένοι. Σε αυτή την ερώτηση δεν υπήρξε κάποιος από το δείγμα που να ήταν δυσανεστημένος.

2.6.3 Ικανοποίηση από τη συνολική αντιμετώπιση του προσωπικού και τις συνολικές υπηρεσίες

Στο Γράφημα 14 που ακολουθεί απεικονίζονται τα ποσοστά ικανοποίησης των

ερωτηθέντων τόσο από τη συνολική αντιμετώπιση του προσωπικού, όσο και από τις υπηρεσίες στο σύνολό τους. Επομένως, εκφράζεται η γενικότερη αντίληψη των συμμετεχόντων για το έργο και την παρεχόμενη φροντίδα υγείας της Πολυκλινικής. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (72,5%) εξέφρασε μεγαλύτερη ικανοποίηση για τη συνολική αντιμετώπιση που δέχθηκε από το προσωπικό, συγκριτικά με το ανάλογο ποσοστό ικανοποίησης (70%) από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της ΠΟΧ συνολικά. Ανάλογα παραμένουν και τα ποσοστά των μέτρια ικανοποιημένων συμμετεχόντων από το σύνολο του προσωπικού (25,83%) και των υπηρεσιών (23,34%), ενώ μικρή διαφορά παρατηρείται στα άτομα που δήλωσαν πολύ ικανοποιημένα, όπου 5,83% αυτών ήταν πολύ ικανοποιημένα από τις υπηρεσίες σε σύγκριση με τον αντίστοιχο βαθμό ικανοποίησης (1,67%) από το προσωπικό. Τέλος, οι συμμετέχοντες σε ποσοστό μόλις 0,83%, δήλωσαν δυσαρεστημένοι μόνο ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Πολυκλινικής.



ΓΡΑΦΗΜΑ 14: % ποσοστιαία απεικόνιση του επιπέδου ικανοποίησης από το προσωπικό και τις παρεχόμενες υπηρεσίες συνολικά

2.7 Τα πιθανά σημεία βελτίωσης της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού σύμφωνα με τη γνώμη του δείγματος

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στο τέλος του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες στην έρευνα καλούνται να απαντήσουν σε μια ερώτηση ανοιχτού τύπου, αναφέροντας πιθανά

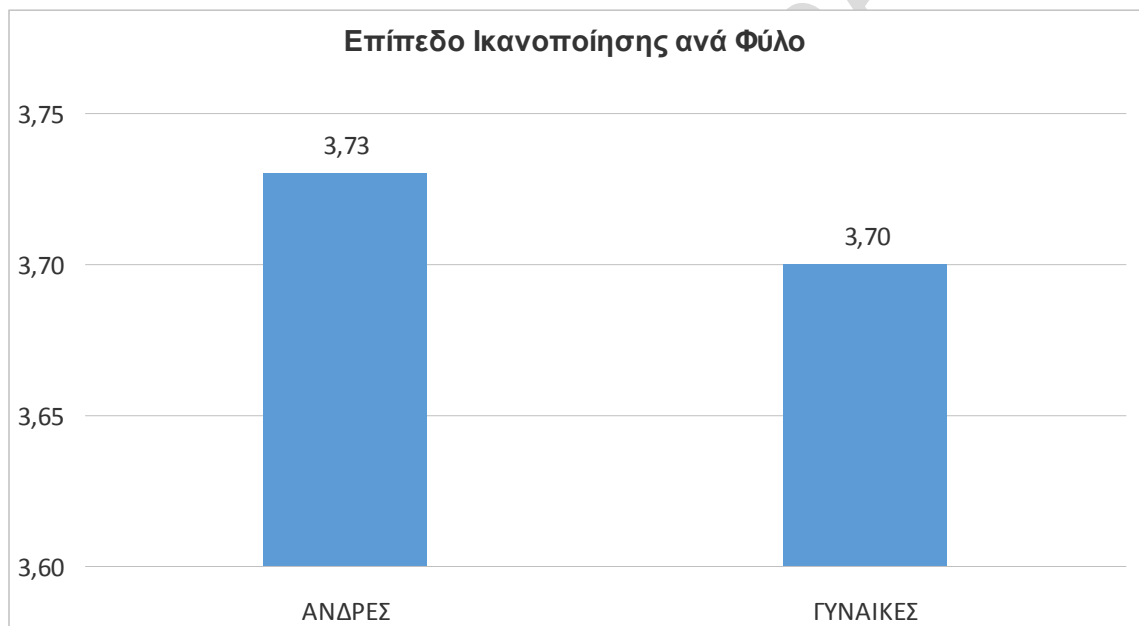
σημεία προς βελτίωση μετά την εμπειρία που είχαν από τις υπηρεσίες της Πολυκλινικής. Κατά συνέπεια, μετά την επεξεργασία των δεδομένων τα σημαντικότερα σημεία που ανέφεραν τα άτομα του δείγματος επικεντρώνονταν στα εξής:

1. Βελτίωση στη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, και αποφυγή πολύωρων αναμονών. Μεγάλος χρόνος απόκρισης του τηλεφωνικού κέντρου.
2. Μείωση του χρόνου για διαθέσιμα ραντεβού.
3. Βελτίωση των χρεώσεων προς μείωση του κόστους.
4. Η σύμβαση με το ταμείο του ΔΗΜΟΣΙΟΥ να καλύπτει όλες τις ειδικότητες, να επιτευχθεί δηλαδή ολική σύμβαση με ΟΠΑΔ, καθώς συγκεκριμένες υπηρεσίες δεν καλύπτονται από κανένα ασφαλιστικό οργανισμό (φυσικοθεραπεία, οδοντίατρος, διαιτολόγος, κοινωνικές υπηρεσίες, λογοθεραπεία, διαβητολογικό ιατρείο).
5. Η σύμβαση με το ΙΚΑ να καλύπτει και τις ιατρικές επισκέψεις πέρα από τις διαγνωστικές εξετάσεις.
6. Ελλιπής ενημέρωση προσωπικού, με εξαίρεση το προσωπικό της κεντρικής γραμματείας, με συνέπεια μεγάλες καθυστερήσεις στις απαντήσεις των αποτελεσμάτων.
7. Σύναψη σύμβασης με το ΤΕΒΕ για κάλυψη των ιατρικών επισκέψεων.
8. Αύξηση των διαθέσιμων ιατρικών ειδικοτήτων.
9. Εμπλουτισμός των μικροβιολογικών εξετάσεων.
10. Ίδρυση Νευρολογικού – Ψυχιατρικού ιατρείου.
11. Ανάγκη παρουσίας παιδίατρου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας του.
12. Τα διαθέσιμα ραντεβού για αιμοληψίες να πραγματοποιούνται μέχρι τις 9.30πμ, ώστε να μειώνεται ο χρόνος ασιτίας που απαιτείται πριν την πραγματοποίηση της εξέτασης.

2.8 Ικανοποίηση με κριτήριο τις 5 υπό μελέτη μεταβλητές

2.8.1 Ικανοποίηση με βάση το Φύλο του δείγματος

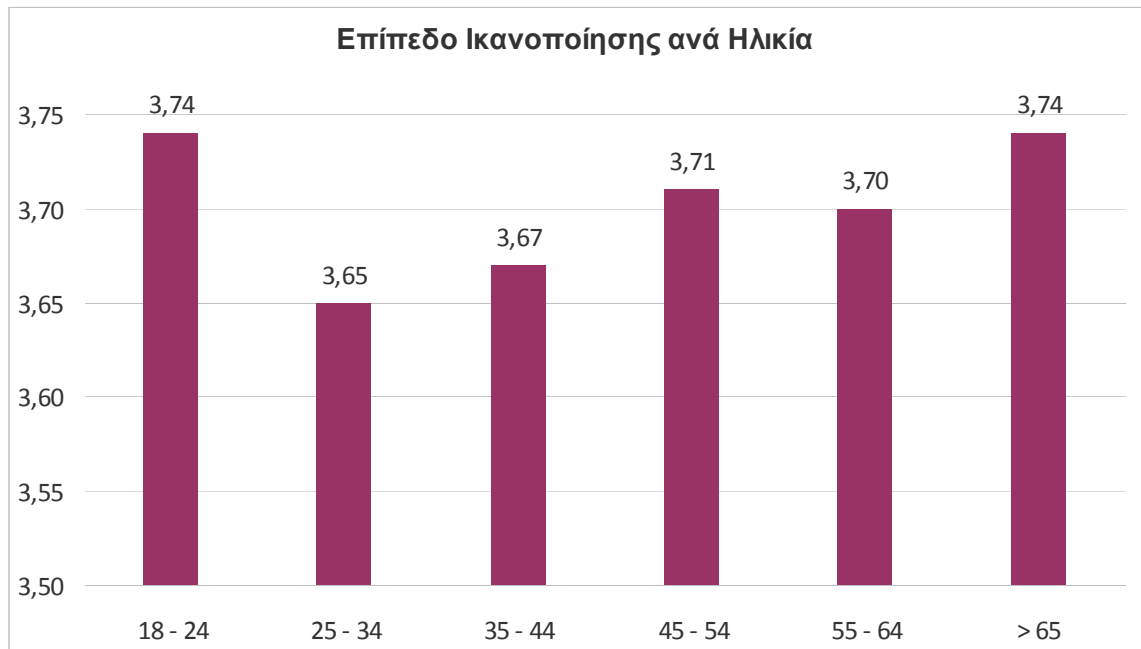
Στο Γράφημα 15, φαίνεται ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης των ατόμων του δείγματος με βάση το φύλο τους. Παρατηρείται λοιπόν, ότι και τα δύο φύλα εμφανίζουν σημαντικό βαθμό ικανοποίησης με μικρή μόνο διαφορά μεταξύ τους. Έτσι, για τους μεν άνδρες ο μέσος όρος ικανοποίησης ήταν 3,73 και για τις γυναίκες 3,70.



ΓΡΑΦΗΜΑ 15: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά Φύλο για το σύνολο των ερωτήσεων

2.8.2 Ικανοποίηση με βάση την Ηλικία του δείγματος

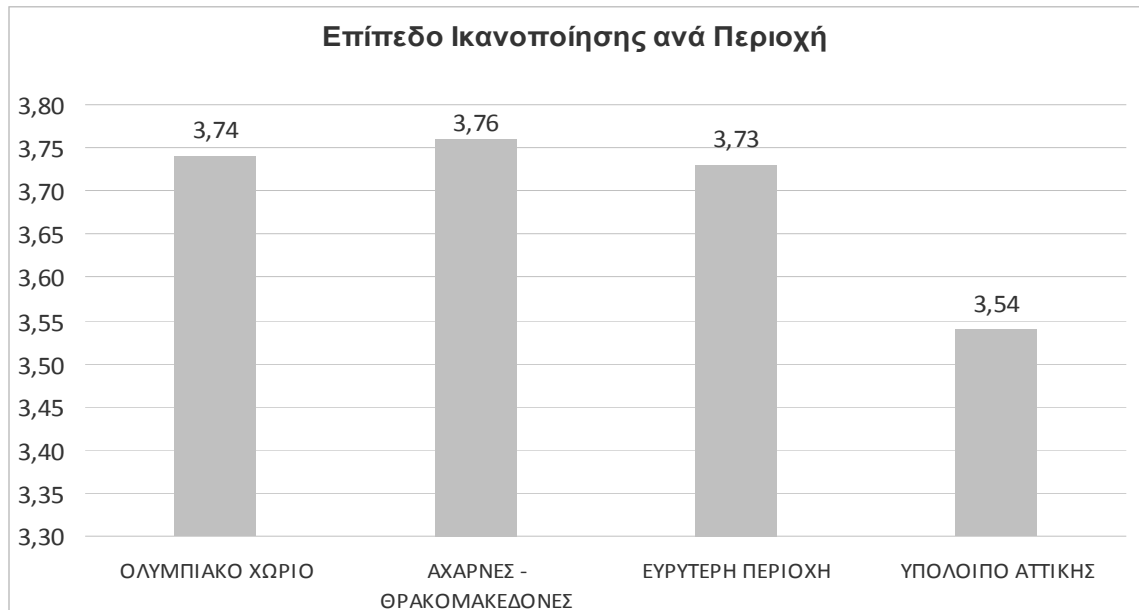
Στο παρακάτω Γράφημα (Γράφημα 16), απεικονίζεται ο συνολικός μέσος όρος ικανοποίησης των ατόμων του δείγματος με κριτήριο την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν. Όπως διακρίνεται, δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες των ηλικιών που διαμορφώνουν το δείγμα. Οι λιγότερο ικανοποιημένοι χρήστες (3,65) ανήκαν στην κατηγορία των ηλικιών 25 – 34 ετών, ενώ ο μεγαλύτερος εξίσου στα δύο άκρα (3,74), δηλαδή τόσο στις ηλικίες 18 – 24 όσο και στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.



ΓΡΑΦΗΜΑ 16: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά Ηλικιακή Ομάδα για το σύνολο των ερωτήσεων

2.8.3 Ικανοποίηση με βάση τον Τόπο Κατοικίας του δείγματος

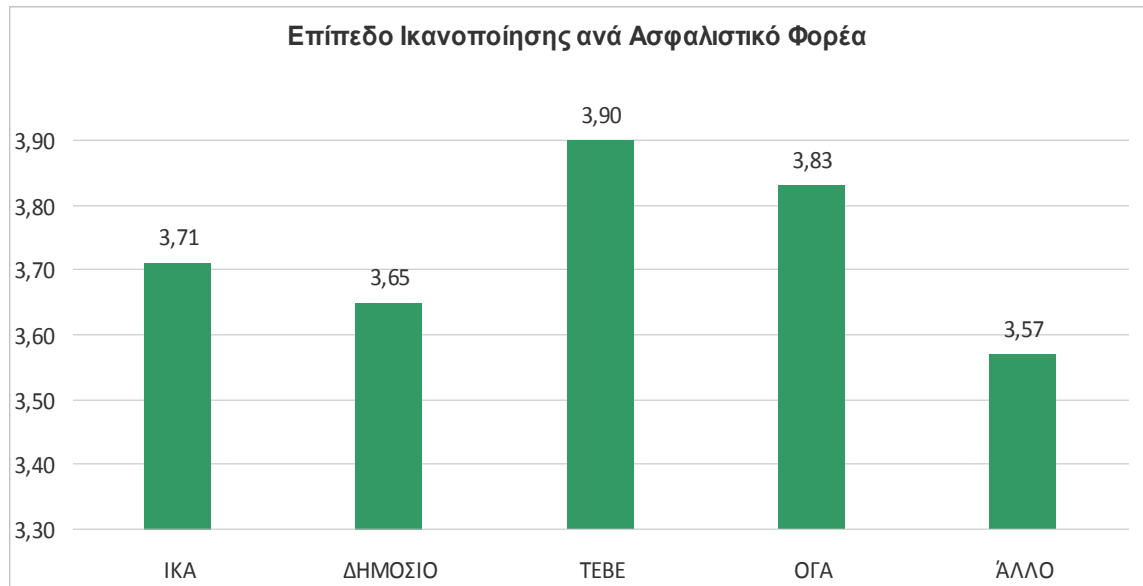
Συνολικά ο βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων με κριτήριο τον τόπο κατοικίας τους, παρουσιάζεται στο Γράφημα 17. Γίνεται αντιληπτό, ότι όσοι από τους συμμετέχοντες διέμεναν στο υπόλοιπο Αττικής απέδωσαν το μικρότερο βαθμό ικανοποίησης, σε αντίθεση με τις άλλες περιοχές όπου οι διαφορές μεταξύ τους είναι αμελητέες. Συνεπώς, το μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης (3,76) εξέφρασαν οι κάτοικοι του Δήμου Αχαρνών και των Θρακομακεδόνων, ενώ ακολουθούν οι κάτοικοι του Ολυμπιακού Χωριού με 3,74 μέσο όρο ικανοποίησης και τέλος, όσοι έμεναν στην ευρύτερη περιοχή (Κηφισιά, Ν. Ερυθραία, Εκάλη, Πολιτεία) απέδωσαν συνολικό βαθμό ικανοποίησης 3,73.



ΓΡΑΦΗΜΑ 17: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά Περιοχή Κατοικίας για το σύνολο των ερωτήσεων

2.8.4 Ικανοποίηση με βάση τον Ασφαλιστικό Φορέα

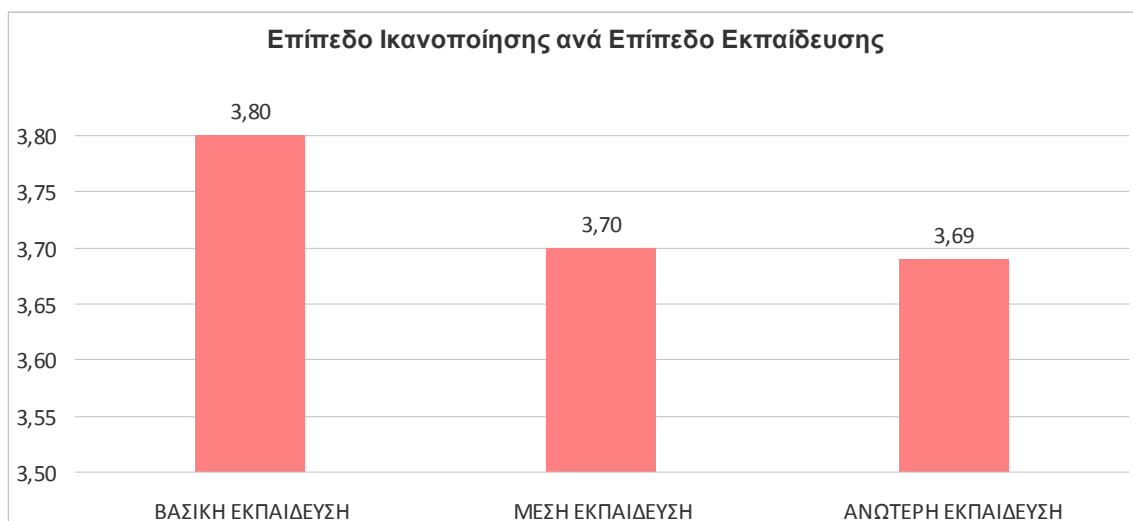
Ο μέσος όρος ικανοποίησης των ερωτηθέντων με κριτήριο τον ασφαλιστικό τους φορέα απεικονίζεται στο Γράφημα 18. Όπως διακρίνεται, ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης (3,90) συναντάται στους ασφαλισμένους του ΤΕΒΕ, ακολουθούν οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ (3,83), ενώ ακολουθούν με μέσο όρο ικανοποίησης 3,71 όσοι από τους συμμετέχοντες ανήκουν στον ασφαλιστικό οργανισμό του ΙΚΑ και με βαθμό 3,65 οι ασφαλισμένοι του ΔΗΜΟΣΙΟΥ. Τέλος, τον μικρότερο βαθμό ικανοποίησης (3,57) εκφράζει η μερίδα του δείγματος που ανήκει σε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό (ΤΥΠΕΤ, ΝΑΤ).



ΓΡΑΦΗΜΑ 18: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά Ασφαλιστικό Φορέα για το σύνολο των ερωτήσεων

2.8.5 Ικανοποίηση με βάση το Επίπεδο Εκπαίδευσης του δείγματος

Στο Γράφημα 19 που ακολουθεί, παρουσιάζεται ο συνολικός μέσος όρος ικανοποίησης με κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης των ατόμων του δείγματος. Όπως μπορούμε να διακρίνουμε, ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης (3,80) εκφράζεται από όσους είχαν τελειώσει τη βασική εκπαίδευση, ακολουθούν με 3,70 οι ερωτηθέντες μέσης εκπαίδευσης και τέλος λιγότερο ικανοποιημένοι (3,69) ήταν οι συμμετέχοντες ανώτερης εκπαίδευσης.



ΓΡΑΦΗΜΑ 19: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά Επίπεδο Εκπαίδευσης για το σύνολο των ερωτήσεων

2.9 Συγκριτική μελέτη των αποτελεσμάτων με προηγούμενες έρευνες ικανοποίησης της Πολυκλινικής

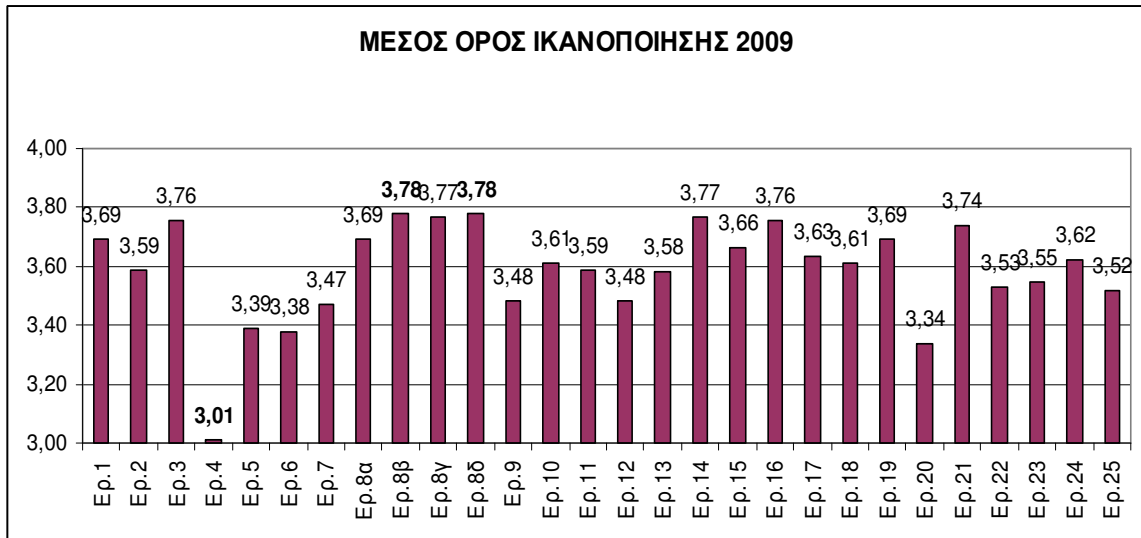
Στο σημείο αυτό, ακολουθεί σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με προηγούμενες έρευνες ικανοποίησης χρηστών, που πραγματοποίησε ο υπεύθυνος του Γραφείου Ποιότητας της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού για τα 2 προηγούμενα έτη. Επομένως, γίνεται συγκριτική μελέτη των αποτελεσμάτων για τα έτη 2009, 2010 και 2011 με σκοπό τον εντοπισμό των παραγόντων που έχουν μεταβληθεί με το πέρασμα του χρόνου και την πιθανή ή μη βελτίωση τους.

Στην έρευνα ικανοποίησης για το έτος 2009, το δείγμα αποτέλεσαν 95 ερωτηθέντες, ενώ το 2010 συμμετείχαν 100 άτομα με παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι συμμετέχοντες και στις δύο περιπτώσεις απάντησαν στο ίδιο ακριβώς ερωτηματολόγιο. Στο Γράφημα 20 και 22 παρουσιάζεται ο μέσος όρος ικανοποίησης ανά ερώτηση επί του συνόλου του δείγματος για τα έτη 2009 και 2010 αντίστοιχα. Επιπλέον, οι Πίνακες 11 και 12 παρουσιάζουν το συνολικό μέσο όρο ικανοποίησης με παράλληλη παράθεση της τυπικής απόκλισης, της διαμέσου, της ελάχιστης και μέγιστης τιμής, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Τέλος, στο Γράφημα 21 και 23 απεικονίζεται το συνολικό ποσοστό ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες της Πολυκλινικής για το 2009 και 2010 αντίστοιχα.

Διακρίνεται λοιπόν, ότι ο συνολικός μέσος όρος ικανοποίησης των ατόμων του

δείγματος για τις υπηρεσίες της Πολυκλινικής ανέρχεται στο 3,59 για το 2009 και 3,65 αντίστοιχα για το 2010. Συγκριτικά με τον Πίνακα 7, το ανάλογο μέγεθος για το 2011 (3,71) παρουσιάζει μικρή αύξηση. Αναλυτικότερα, ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης για το 2009 (3,78) αποδίδεται στις ερωτήσεις 8β και 8δ που αφορούν τις συνθήκες ησυχίας και καθαριότητας στο χώρο αναμονής, ενώ ο ανάλογος για το 2010 (3,86) παρατηρείται στην ερώτηση 14, που σχετίζεται με τη συμπεριφορά των γιατρών της μονάδας. Όσον αφορά στο μικρότερο βαθμό ικανοποίησης, αυτός εντοπίζεται στην ερώτηση 4, η οποία σχετίζεται με την επάρκεια των προσφερόμενων ιατρικών ειδικοτήτων και για το 2009 ανέρχεται στο 3,01, ενώ για το 2010 φτάνει το 3,10. Επιπλέον, η μικρότερη βαθμολογία που απέδωσαν συνολικά οι ερωτηθέντες ήταν για το 2009 2,32 και για το 2010 2,21. Η μεγαλύτερη βαθμολογία τώρα και για τα δύο έτη που καταγράφηκε ήταν 5.

Σχετικά τώρα με το ποσοστό ικανοποίησης επί του συνόλου του δείγματος, αυτό παρουσιάζει μικρή αυξητική τάση με το πέρασμα των ετών. Άρα, η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος (59,96%) το 2009 δήλωσαν ικανοποιημένοι από το έργο της Πολυκλινικής, ενώ το ανάλογο ποσοστό για το 2010 ανέρχεται στο 64,32%. Κατόπιν, ακολουθεί το 36,09% για το 2009 και για το 2010 το 30,64% των ερωτηθέντων που έμειναν μέτρια ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες, ενώ την απόλυτη ικανοποίηση εξέφρασε μόλις 1,05% των συμμετεχόντων για το 2009 και 2,18% αντίστοιχα για το 2010. Τέλος, αναφορικά με τη δυσαρέσκεια των ατόμων του δείγματος που περιλαμβάνει τους δυσαρεστημένους ως πολύ δυσαρεστημένους συμμετέχοντες, για το 2009 αυτή κυμαίνεται συνολικά στο 2,9% και περίπου το ίδιο για το 2010 (2,86%). Επομένως, όπως αναφέρεται και προηγούμενα, στο Γράφημα 7 διακρίνεται ότι το αντίστοιχο ποσοστό ικανοποίησης το έτος 2011 κυμαίνεται με μικρή άνοδο στο 68,04%. Αξιοσημείωτο παραμένει και το γεγονός ότι το 2011 εντοπίζεται διαφορά στο ποσοστό των δυσαρεστημένων χρηστών, το οποίο ανέρχεται συνολικά σε μόλις 0,74%.

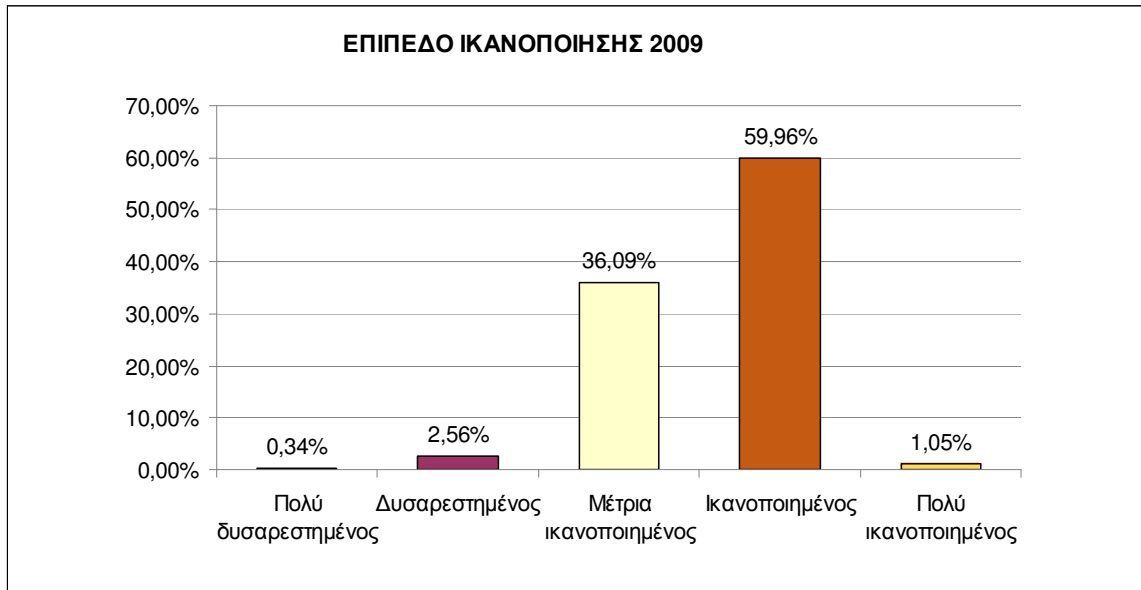


ΓΡΑΦΗΜΑ 20: Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων για το έτος 2009

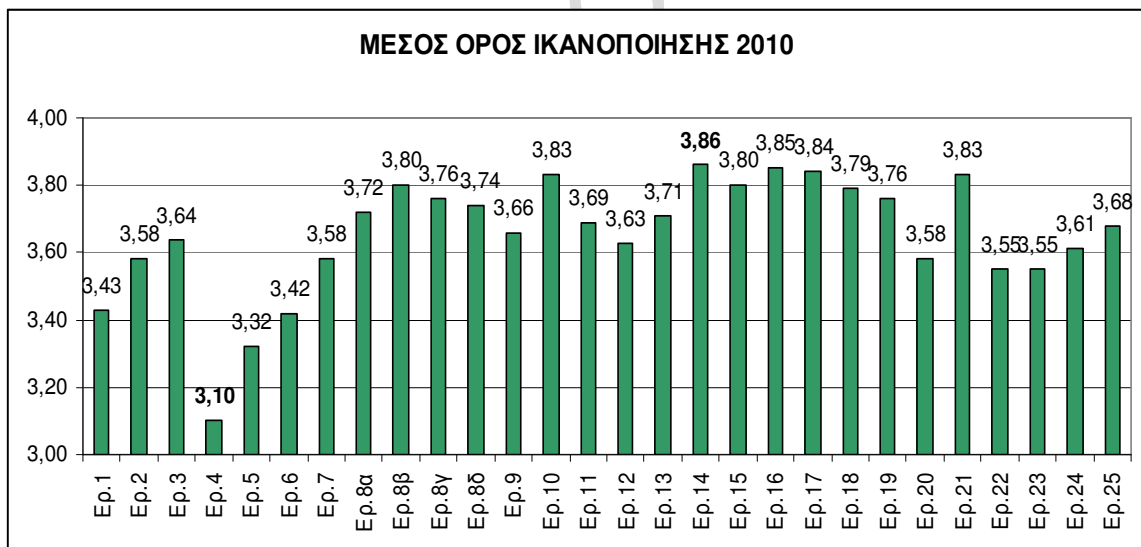
N= 95	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ερώτηση 1	3,69	0,51	4	2	5
Ερώτηση 2	3,59	0,54	4	2	5
Ερώτηση 3	3,76	0,48	4	2	5
Ερώτηση 4	3,01	0,66	3	2	5
Ερώτηση 5	3,39	0,67	3	2	5
Ερώτηση 6	3,38	0,70	3	1	5
Ερώτηση 7	3,47	0,58	3	2	5
Ερώτηση 8α	3,69	0,53	4	2	5
Ερώτηση 8β	3,78	0,44	4	3	5
Ερώτηση 8γ	3,77	0,47	4	2	5
Ερώτηση 8δ	3,78	0,44	4	3	5
Ερώτηση 9	3,48	0,80	4	1	5

Ερώτηση 10	3,61	0,57	4	2	5
Ερώτηση 11	3,59	0,52	4	3	5
Ερώτηση 12	3,48	0,52	3	3	5
Ερώτηση 13	3,58	0,52	4	3	5
Ερώτηση 14	3,77	0,45	4	3	5
Ερώτηση 15	3,66	0,58	4	2	5
Ερώτηση 16	3,76	0,45	4	3	5
Ερώτηση 17	3,63	0,51	4	3	5
Ερώτηση 18	3,61	0,53	4	2	5
Ερώτηση 19	3,69	0,51	4	2	5
Ερώτηση 20	3,34	0,82	3	1	5
Ερώτηση 21	3,74	0,47	4	3	5
Ερώτηση 22	3,53	0,52	4	3	5
Ερώτηση 23	3,55	0,52	4	3	5
Ερώτηση 24	3,62	0,51	4	3	5
Ερώτηση 25	3,52	0,54	4	2	5
Σύνολο	3,59	0,55	3,79	2,32	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση με παράθεση της τυπικής απόκλισης, της διαμέσου, της ελάχιστης και μέγιστης τιμής για το έτος 2009



ΓΡΑΦΗΜΑ 21: % Ποσοστιαία κατανομή του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης του δείγματος των ερωτηθέντων για το έτος 2009

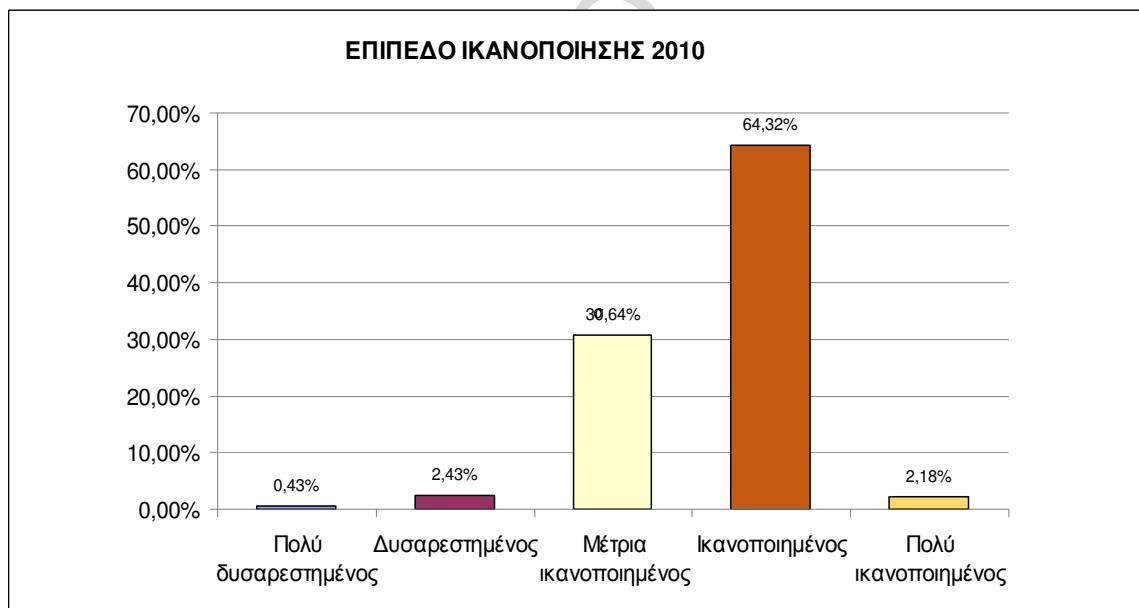


ΓΡΑΦΗΜΑ 22: Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση του τυχαίου δείγματος ερωτηθέντων για το έτος 2010

N=100	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ερώτηση 1	3,43	0,84	4	1	5
Ερώτηση 2	3,58	0,55	4	2	5
Ερώτηση 3	3,64	0,56	4	2	5
Ερώτηση 4	3,10	0,72	3	2	5
Ερώτηση 5	3,32	0,78	3	1	5
Ερώτηση 6	3,42	0,67	3	2	5
Ερώτηση 7	3,58	0,59	4	2	5
Ερώτηση 8 ^α	3,72	0,51	4	2	5
Ερώτηση 8 ^β	3,80	0,45	4	3	5
Ερώτηση 8 ^γ	3,76	0,45	4	3	5
Ερώτηση 8 ^δ	3,74	0,48	4	3	5
Ερώτηση 9	3,66	0,73	4	1	5
Ερώτηση 10	3,83	0,53	4	1	5
Ερώτηση 11	3,69	0,56	4	1	5
Ερώτηση 12	3,63	0,60	4	2	5
Ερώτηση 13	3,71	0,56	4	2	5
Ερώτηση 14	3,86	0,47	4	2	5
Ερώτηση 15	3,80	0,51	4	1	5
Ερώτηση 16	3,85	0,46	4	3	5
Ερώτηση 17	3,84	0,44	4	3	5
Ερώτηση 18	3,79	0,46	4	3	5
Ερώτηση 19	3,76	0,45	4	3	5

Ερώτηση 20	3,58	0,65	4	2	5
Ερώτηση 21	3,83	0,40	4	3	5
Ερώτηση 22	3,55	0,52	4	3	5
Ερώτηση 23	3,55	0,52	4	3	5
Ερώτηση 24	3,61	0,51	4	3	5
Ερώτηση 25	3,68	0,49	4	3	5
Σύνολο	3,65	0,59	3,89	2,21	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Συνολικός Μέσος Όρος Ικανοποίησης ανά ερώτηση με παράθεση της τυπικής απόκλισης, της διαμέσου, της ελάχιστης και μέγιστης τιμής για το έτος 2010



ΓΡΑΦΗΜΑ 23: % Ποσοστιαία κατανομή του συνολικού επιπέδου ικανοποίησης του δείγματος των ερωτηθέντων για το έτος 2010

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Συμπεράσματα

Με βάση τα στοιχεία της έρευνας και την επεξεργασία των δεδομένων μπορεί να παρατηρηθεί ότι η πλειονότητα του δείγματος ανήκε στο γυναικείο φύλο (53%) και αυτό εξηγείται γιατί γενικότερα επικρατεί ότι οι γυναίκες υιοθετούν περισσότερο τις αρχές της προαγωγής της υγείας και συνηθίζουν να επισκέπτονται πιο συχνά το γιατρό. Αναφορικά με την ηλικία τώρα, η ηλικιακή ομάδα που επικρατεί είναι 55-64 ετών, γεγονός που δείχνει την αυξημένη ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε αυτό το ηλικιακό φάσμα. Είναι γνωστό, ότι τα περισσότερα προβλήματα υγείας (καρδιαγγειακά, νεοπλασματικές νόσοι, κ.ά.) εμφανίζονται με την πάροδο της ηλικίας (άνω των 45 ετών) και όσο πλησιάζει κανείς στη συνταξιοδότηση, συνεπώς είναι μεγαλύτερη η ανάγκη για ιατρική κάλυψη.

Σχετικά με τον τόπο κατοικίας, η μεγαλύτερη μερίδα του κόσμου διαμένει στο Ολυμπιακό Χωριό και στο Δήμο Αχαρνών εξαιτίας της μικρής κοντινής απόστασης και της εύκολης πρόσβασης. Επιπλέον, ο πληθυσμός της περιοχής είναι μεγάλος και δεν επαρκούν οι αντίστοιχες μονάδες υγείας για να καλύψουν τις ανάγκες των χρηστών σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην περιοχή τη μοναδική δομή κρατικών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας αποτελεί το υποκατάστημα του ΙΚΑ Αχαρνών, που όμως αδυνατεί να καλύψει τις απαιτήσεις των πολιτών καθώς οι αναμονές για διαθέσιμα ραντεβού είναι πολύ μεγάλες.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχαν ως ασφαλιστικό φορέα το ΙΚΑ (65%), γεγονός που εξηγείται καθώς το Ολυμπιακό Χωριό και ο Δήμος Αχαρνών, που αποτελούν κυρίως τον πληθυσμό αναφοράς της Πολυκλινικής, θεωρούνται περιοχές της εργατικής τάξης με χαμηλά ως μεσαία εισοδηματικά προφίλ των κατοίκων. Αντίστοιχα και τα ποσοστά του επιπέδου εκπαίδευσης επικεντρώνονται στη μέση εκπαίδευση (44%), αφού όπως έχει αναφερθεί είναι λογικό οι προερχόμενοι από την εργατική τάξη να μην έχουν το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η πλειονότητα του δείγματος 68,04%, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, κατοικίας, ασφαλιστικού φορέα και επιπέδου εκπαίδευσης, δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις υγειονομικές φροντίδες της Πολυκλινικής. Το παραπάνω σημαντικό ποσοστό εκφράζει μεν σαφώς την ικανοποίηση των πολιτών, αλλά από την άλλη επιδέχεται και βελτίωση επισημαίνοντας την ανάγκη των χρηστών για διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας και την ανάπτυξη και άλλων παρόμοιων δομών με αυτή της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού.

Επίσης, παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας (9,17%) σχετίζεται με την επάρκεια των διαθέσιμων ιατρικών ειδικοτήτων. Μπροστά στο φόβο και αντιμέτωποι με το άγνωστο όλοι ζητούν την καλύτερη και αρτιότερη ποιότητα φροντίδας. Ειδικά στις μέρες μας, που η οικονομική κρίση βαθαίνει όλο και περισσότερο και τα ποσοστά της ανεργίας παρουσιάζουν μεγάλη αύξηση, οι πολίτες αναγκάζονται να μειώσουν τις ιδιωτικές δαπάνες που απέδιδαν για υγειονομική φροντίδα, με αποτέλεσμα να αδυνατούν να αντεπεξέλθουν οικονομικά. Υποχρεώνονται λοιπόν, να απευθύνονται στο ΕΣΥ, το οποίο υπολειπεται και νοσεί, αδυνατώντας να καλύψει την ανάγκη για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επομένως, ενώ σε γενικές γραμμές οι πολίτες φαίνονται ικανοποιημένοι από το έργο της Πολυκλινικής, ωστόσο επιζητούν την ύπαρξη περισσότερων ιατρικών ειδικοτήτων για μια ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας.

Όσον αφορά στο μεγαλύτερο μέσο όρο ικανοποίησης (3,85) που διακρίνεται στα αποτελέσματα της έρευνας, αυτό εντοπίζεται στην ερώτηση 16 που αφορά τη συμπεριφορά του προσωπικού της γραμματείας. Όπως γνωρίζουμε, η υποδοχή και το καλοσώρισμα σε ένα νέο χώρο που επισκεπτόμαστε πρώτη φορά, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο σχηματισμό της συνολικής γνώμης για αυτό το χώρο. Η πρώτη εντύπωση είναι εκείνη που αποτυπώνεται περισσότερο στο μυαλό μας και συμβάλλει έντονα στη θετική ή μη εικόνα ενός χώρου. Η συμπεριφορά λοιπόν του προσωπικού της γραμματείας ίσως να δικαιολογεί τον τρόπο βαθμολόγησης των ατόμων του δείγματος στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Μια άλλη ερώτηση που συγκεντρώνει εξίσου μεγάλο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών είναι η ερώτηση που αφορά την κατάσταση ησυχίας που επικρατούσε στο χώρο αναμονής. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, καθώς κατά τη διάρκεια αναμονής για μια ιατρική επίσκεψη ή εξέταση είναι λογικό ότι ο ανθρώπινος οργανισμός υποβάλλεται σε συνθήκες stress για το αποτέλεσμα και την κατάσταση της υγείας του και συνεπώς αυτό που έχει ανάγκη είναι ένα ήσυχο και ήρεμο περιβάλλον.

Επίσης θετικά απάντησαν τα άτομα του δείγματος στην ερώτηση 17, που αφορά τη συμπεριφορά του προσωπικού των εργαστηρίων, με μέσο βαθμό ικανοποίησης 3,83. Το συγκεκριμένο προσωπικό, αναλαμβάνει τη διεξαγωγή των αιμοληψιών για πραγματοποίηση μικροβιολογικών εξετάσεων και όπως όλοι γνωρίζουμε αυτό αποτελεί μια επώδυνη διαδικασία για τους ασθενείς, που πολλές φορές τους είναι αρκετά δυσάρεστη και απωθητική με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να αποφεύγουν τον εργαστηριακό έλεγχο εξαιτίας της έντονης φοβίας τους στη θέα και μόνο της βελόνας. Όπως φαίνεται λοιπόν, το προσωπικό των εργαστηρίων με τη συμπεριφορά του κατάφερε

να κερδίσει την εμπιστοσύνη των συμμετεχόντων και να νικήσει τους όποιους φόβους τους, γεγονός που πιθανόν ερμηνεύει τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών.

Όσον αφορά τώρα τη γνώμη των ερωτηθέντων σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες της Πολυκλινικής συνολικά, ο μέσος όρος ικανοποίησης τους ήταν 3,80 και συγκεκριμένα 5,83% αυτών δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι, ενώ η πλειοψηφία που αντιστοιχεί στο 70% αυτών, έμειναν ικανοποιημένοι. Τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης δικαιολογούνται από το νέο μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Πολυκλινικής, καθώς αποτελεί πρότυπη μονάδα για την Ελλάδα και ακολουθεί τις διεθνείς αρχές και οδηγίες για την αγωγή και προαγωγή της υγείας των πολιτών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Μια ακόμη παράμετρος που ερμηνεύει τα αποτελέσματα της έρευνας είναι η εύρυθμη λειτουργία της Πολυκλινικής, με γρήγορη εξυπηρέτηση των ασθενών και χωρίς πολώρες αναμονές, σε υποδειγματικές συνθήκες ασφάλειας, ησυχίας, κλιματισμού και καθαριότητας. Εξίσου σημαντικός παράγοντας, που συμβάλλει στη θετική άποψη των ερωτηθέντων για το έργο της συγκεκριμένης μονάδας υγείας, είναι και οι τιμολογήσεις που εφαρμόζει η Πολυκλινική, η οποία ως επί το πλείστον τιμολογεί με τιμές ΦΕΚ όλη τη γκάμα των διαγνωστικών (εργαστηριακές και απεικονιστικές) εξετάσεων, ενώ χρεώνει τις ιατρικές επισκέψεις με το λογικό ποσό των 20 ευρώ, με δωρεάν την πιθανή επανεξέταση για το ίδιο πρόβλημα υγείας.

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι περίπου 8 στους 10 ερωτηθέντες παρουσιάζονται ικανοποιημένοι και αξιολογούν θετικά τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Πολυκλινικής, γεγονός που έρχεται σε αντίφαση με τη κοινή γνώμη που κατά καιρούς εκφράζεται αρνητικά. Στις περισσότερες έρευνες που μελετούν την ικανοποίηση των πολιτών, όπως αναφέρεται και σε προηγούμενο κεφάλαιο του γενικού μέρους, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν την εμφανή δυσαρέσκεια τους από τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και εν γένει από το σύστημα υγείας της χώρας μας. Μια ανάλογη έρευνα που επιβεβαιώνει τα παραπάνω είναι και η δημοσκόπηση της εταιρίας MRB Hellas AE το Δεκέμβριο του 2003, η οποία κατέγραψε ότι οι δύο στους τρεις Έλληνες είναι απογοητευμένοι από την παροχή υπηρεσιών του ΕΣΥ[78].

Στην τελευταία ανοιχτού τύπου ερώτηση του ερωτηματολογίου, τα συμπεράσματα που εξάγονται επικεντρώνονται στην ανάγκη των χρηστών για σύναψη ολικής σύμβασης με τα ασφαλιστικά ταμεία, και τώρα πια με τον ΕΟΠΥΥ, ώστε να περιλαμβάνονται και οι ιατρικές επισκέψεις, πέρα από τις διαγνωστικές εξετάσεις. Η καθολική αυτή απαίτηση των ατόμων του δείγματος ερμηνεύεται από τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν πια τα ελληνικά νοικοκυριά, λόγω της οικονομικής κρίσης, να πληρώσουν ακόμη και τα 20

ευρώ που συνήθιζε να χρεώνει η Πολυκλινική για κάθε ιατρική επίσκεψη. Σαν επακόλουθο, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αρκούνται πλέον στην απολύτως αναγκαία φροντίδα η οποία να καλύπτεται από τον ασφαλιστικό τους οργανισμό και όταν αυτή κρίνεται σκόπιμη, αφού αδυνατούν να αποδώσουν το ίδιο ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Λαμβάνοντας υπόψη τη παράμετρο αυτή, η Πολυκλινική εισήγαγε νέα τιμολόγηση για τις ιατρικές επισκέψεις, όπου ανέρχεται πια στο λογικό ποσό των 10 ευρώ μόνο για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, ενώ ιδιωτικά παραμένει στα 20 ευρώ για κάθε επίσκεψη.

Επιπροσθέτως, σημαντικό μέρος των αιτημάτων των συμμετεχόντων αποτελεί η ανάγκη αύξησης των διαθέσιμων ιατρικών ειδικοτήτων και η διεύρυνση των μικροβιολογικών εξετάσεων, γεγονός που αντανακλάται και από τα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης που εξέφρασαν οι ερωτηθέντες στα ανάλογα ερωτήματα. Κάτι τέτοιο δικαιολογείται, καθώς σε γενικές γραμμές το δείγμα φαίνεται ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες της Πολυκλινικής και σε συνδυασμό με την ευκολία πρόσβασης, οι χρήστες θα επιθυμούσαν περισσότερες υπηρεσίες για μια ολοκληρωμένη υγειονομική φροντίδα που προσφέρεται με τις καλύτερες προοπτικές και αποτελεί πρότυπη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενώ ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις ανάγκες τους. Στο πλαίσιο αυτό έγκειται και η βούληση των ατόμων του δείγματος για δημιουργία νευρολογικού – ψυχιατρικού ιατρείου, μια σημαντική ειδικότητα που στις μέρες μας λόγω των στρεσογόνων καταστάσεων που βιώνουμε, ανθίζει όλο και περισσότερο.

Όσον αφορά στο βαθμό ικανοποίησης των ατόμων του δείγματος με κριτήριο τις υπό μελέτη μεταβλητές, αν και αυτές δεν φαίνεται να συσχετίζονται ισχυρά με τα αποτελέσματα όπως έχει ήδη αναφερθεί, παρατηρείται ότι ο βαθμός ικανοποίησης δεν επηρεάζεται από το φύλο των ερωτηθέντων, καθώς αυτός είναι με μικρή διαφορά εξίσου σημαντικός και για τα δύο φύλα (3,73 για τους άνδρες, 3,70 για τις γυναίκες). Επιπροσθέτως, μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριοποιήσεων, το μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης (3,74) εξέφρασαν τόσο οι ηλικίες 18 – 24, όσο και άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, διακρίνεται μικρή αυξητική τάση και αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνονται και οι απαιτήσεις για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Με γνώμονα τώρα τον τόπο κατοικίας των ερωτηθέντων, διακρίνεται ότι οι περισσότερο ικανοποιημένοι χρήστες διέμεναν στο Δήμο Αχαρνών – Θρακομακεδόνες (3,76) και στο Ολυμπιακό Χωριό (3,74), ενώ ακολουθούν οι κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής (Κηφισιά, Ν. Ερυθραία, Εκάλη, Πολιτεία) με βαθμό 3,73 και τέλος οι κάτοικοι

από το υπόλοιπο Αττικής με 3,54. Συμπεραίνεται επομένως, ότι καθώς απομακρυνόμαστε από την έδρα της Πολυκλινικής, αντίστοιχα τόσο μειώνεται και ο βαθμός ικανοποίησης των κατοίκων. Σχετικά με τον ασφαλιστικό οργανισμό, δεν φαίνεται να μπορεί να εξαχθεί ένα ασφαλές συμπέρασμα για το βαθμό ικανοποίησης των ατόμων του δείγματος με βάση τον ασφαλιστικό τους φορέα, αφού το επίπεδο ικανοποίησης τους ποικίλει πέρα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Το ενδιαφέρον όμως επικεντρώνεται στο βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων με κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης. Παρατηρείται λοιπόν, μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και της μεταβλητής του επιπέδου εκπαίδευσης. Συνεπώς, διακρίνεται ότι όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μειώνεται και ο βαθμός ικανοποίησης των ατόμων του δείγματος. Αναλυτικότερα, περισσότερο ικανοποιημένοι φαίνονται τα άτομα βασικής εκπαίδευσης (3,80) και αντίστοιχα λιγότερο ικανοποιημένοι όσοι είχαν ανώτερη εκπαίδευση (3,69). Ανάλογα ευρήματα έχουν παρουσιαστεί και από άλλες έρευνες ικανοποίησης ασθενών. Κάτι τέτοιο εξηγείται γιατί όσο αυξημένο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης ενός ατόμου, τόσο περισσότερο ανικανοποίητο είναι, αφού η υψηλή μόρφωσή του δικαιολογεί τις υψηλές απαιτήσεις του για άρτια και ποιοτική υγειονομική φροντίδα..

Συγκρίνοντας τώρα τα αποτελέσματα αυτής της ερευνητικής προσπάθειας με τις αντίστοιχες των δύο προηγούμενων ετών, εξάγεται το συμπέρασμα ότι με την πάροδο του χρόνου τα ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών παρουσιάζουν μικρή αυξητική τάξη. Το μεν 2009, ο γενικός μέσος όρος ικανοποίησης ανέρχεται στο 3,59 ενώ το 2010 στο 3,65 και τελικά το 2011 φτάνει στο 3,71. Η σταδιακή αυτή άνοδος πιθανώς να ερμηνεύεται από το γεγονός ότι η Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού βελτίωσε τη διαδικασία παραγωγής και παροχής της υγειονομικής της φροντίδας με τη πάροδο του χρόνου, ικανοποιώντας τις ανάγκες και προσδοκίες των χρηστών της. Έτσι, ενώ αρχικά διέθετε τις βασικές ιατρικές ειδικότητες στη συνέχεια προχώρησε και στην εκχώρηση και άλλων με ταυτόχρονη δημιουργία εξειδικευμένων ιατρείων όπως αυτό του ιατρείου παχυσαρκίας και διακοπής καπνίσματος. Επιπλέον, η σύναψη συμβάσεων με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς έγινε σταδιακά για την ολοκληρωμένη κάλυψη των ασθενών με απώτερο σκοπό την εξυπηρέτηση και ικανοποίησή τους.

Μελετώντας προσεκτικά τα αποτελέσματα, γίνεται εμφανές ότι ο μεγαλύτερος βαθμός δυσαρέσκειας των ατόμων του δείγματος επικεντρώνεται και για τα 3 έτη στην ίδια ερώτηση, που αφορά την επάρκεια των διαθέσιμων ιατρικών ειδικοτήτων. Έτσι, ενώ το 2009 ο μέσος όρος ικανοποίησης από τις προσφερόμενες ιατρικές ειδικότητες ήταν

3,01, το 2010 3,10 και τέλος το 2011 ανέρχεται στο 3,27. Με λίγα λόγια, παρατηρείται σταδιακή βελτίωση της γνώμης των συμμετεχόντων για τις υπάρχουσες ειδικότητες, με τα ποσοστά να παραμένουν παρ' όλα αυτά σε χαμηλά επίπεδα. Το γεγονός αυτό, δείχνει ότι οι αρμόδιοι φορείς της Πολυκλινικής έλαβαν σοβαρά υπόψη τους τις επιθυμίες και ανάγκες των χρηστών και κινούνται προς αυτή τη κατεύθυνση με τα νούμερα να παρουσιάζουν σταδιακή άνοδο, με μεγάλα ωστόσο περιθώρια βελτίωσης.

Από την άλλη πλευρά, ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης παρουσιάζει διαφορές για το 2009 και 2010. Για το μεν 2009, οι συμμετέχοντες έμειναν περισσότερο ικανοποιημένοι από τα δομικά κριτήρια και πιο συγκεκριμένα από τις συνθήκες ησυχίας και καθαριότητας που επικρατούσαν στο χώρο αναμονής της ΠΟΧ, αποτέλεσμα που ερμηνεύεται όπως και προηγούμενα. Όσον αφορά το 2010, οι ερωτηθέντες εξέφρασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των γιατρών της Πολυκλινικής. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται από τη σχέση εξάρτησης που αναπτύσσει ο ασθενής με το γιατρό. Στη χώρα μας ο γιατρός έχει εξαιρετικά περίοπτη θέση μέσα στην ελληνική κοινωνία και χαίρει υψηλού σεβασμού και εμπιστοσύνης, με συνέπεια ο ασθενής να φτάνει στο σημείο να θεοποιεί την ιδιότητα του γιατρού. Οι ασθενείς έχουν ανάγκη τη βοήθεια των γιατρών και αντίστοιχα οι γιατροί είναι εκείνοι που διαθέτουν και διαχειρίζονται τις γνώσεις τους, που επιτρέπουν την επίτευξη του κοινού στόχου ασθενούς – ιατρού, που δεν είναι άλλος από τη θεραπεία. Συνίσταται λοιπόν σχέση συναινετική αλλά και ασύμμετρης πληροφόρησης.

Εν κατακλείδι, την τελευταία 20ετία, παρά τις συνεχείς διακηρύξεις των κυβερνητικών μηχανισμών για βελτίωση και αναβάθμιση των δομών της ΠΦΥ, δεν αναπτύχθηκαν ικανοποιητικά το ανθρώπινο δυναμικό, καθώς και τα προγράμματα στήριξης και χρηματοδότησης τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές και ημιαστικές περιοχές. Τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ παρουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό σειρά λειτουργικών προβλημάτων, που οφείλονται στην ελλιπή στελέχωση, στον υποτυπώδη υλικοτεχνικό εξοπλισμό καθώς και σε εγγενείς αδυναμίες υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Παρατηρείται λοιπόν, το φαινόμενο τα Κέντρα Υγείας να επικεντρώνονται κυρίως στη συνταγογράφηση, αμελώντας τον ουσιαστικό ρόλο τους καθώς καλούνται να εξυπηρετήσουν μεγάλη μερίδα του πληθυσμού και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους για ισότιμη και αξιόλογη υγειονομική φροντίδα.

Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντική επιδίωξη ενός συστήματος υγείας. Στα πλαίσια αυτά, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών-

χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί μια ουσιαστική μέθοδο αποτύπωσης της γνώμης τους, προσφέροντας σημαντική βοήθεια στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των ασθενών. Στο μελανό αυτό κλίμα αμφισβήτησης και ανασφάλειας που επικρατεί στις μέρες μας, σε συνδυασμό με τα νέα δεδομένα στο χώρο της υγείας που επέφερε η οικονομική κρίση που διανύουμε, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού έρχεται σαν άξιο και φωτεινό παράδειγμα προς μίμηση να δώσει λάμψη στη σκοτεινή και αδιέξοδη πλευρά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας μας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

Προτάσεις

Το όραμα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο 2007-2013 επικεντρώνεται στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού της χώρας, μέσω της προώθησης του οργανωτικού, λειτουργικού και οικονομικού εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Με βάση το όραμα αυτό τίθενται οι παρακάτω στρατηγικοί στόχοι:

1. **Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού** μέσω της δημιουργίας των κατάλληλων προϋποθέσεων για την προστασία και προαγωγή της υγείας ώστε να αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής.
2. **Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**, ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητά του και να καταστεί περισσότερο ανταγωνιστικό.
3. **Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών** μέσω της προώθησης ενεργητικών πολιτικών κοινωνικής ενσωμάτωσης έναντι των παθητικών πολιτικών πρόνοιας.
4. **Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – e-Health & Health Care**, ο οποίος αφορά στην ηλεκτρονική διοίκηση και την οργανωτική αναδιάρθρωση του συστήματος, στην αναβάθμιση – προώθηση σύγχρονων και ποιοτικών ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών με έμφαση στις ανάγκες του πολίτη και στη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας με άλλους συμπληρωματικούς τομείς.
5. **Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας** στην κατεύθυνση της αποασυλοποίησης και κοινωνικο-οικονομικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, με τη δημιουργία κατάλληλων δομών και υπηρεσιών και την ενεργοποίηση άριστα καταρτισμένου προσωπικού.
6. **Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και εκπαίδευση, συνεχής κατάρτιση και προσαρμογή του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης** ως προς τις απαιτήσεις των μεταρρυθμίσεων.
7. **Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας** στον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ώστε να ενισχυθεί η παραγωγή προηγμένων προϊόντων και εφαρμογών.
8. **Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα.**

9. Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας, ώστε να εδραιωθεί ο τουρισμός υγείας και να αναπτυχθούν νέες χρηματοδοτικές εισροές[79].

Παρ' ότι λοιπόν το υπουργείο υγείας είχε θέσει τους παραπάνω στόχους, το όραμα παρέμεινε μόνο ένα απατηλό όνειρο, αφού η πράξη έρχεται να διαψεύσει τη βούληση της πολιτείας για εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας, καθώς πολλά ακόμα απομένουν να εφαρμοστούν για την επίτευξη των παραπάνω. Η οικονομική κρίση έπαιξε σημαντικό ρόλο, χωρίς ουσιαστικά να έχει γίνει κανένα βήμα ανάπτυξης και προόδου στον τομέα της υγείας, με εξαίρεση τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και την καθιέρωση του μέτρου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Γίνεται αντιληπτό, πως και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμελιώδες κομμάτι του ΕΣΥ, χρήζει υποστήριξης και ουσιαστικής ανασυγκρότησης. Προς την κατεύθυνση αυτή, παρατίθενται διάφορες προτάσεις αναδιάρθρωσης της ΠΦΥ της χώρας μας.

Αρχικά, οι παρεμβάσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορούν στην ανάπτυξη Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου, ανάλογων με αυτόν της Πολυκλινικής Ολυμπιακού Χωριού, στα μεγάλα αστικά κέντρα και σε υποβαθμισμένες με χαμηλό βιοτικό επίπεδο περιοχές, καθώς και στη βελτίωση των συνθηκών φροντίδας των αγροτικών κέντρων υγείας. Επιπλέον, κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να ενδυναμωθεί με το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό, καλύπτοντας παράλληλα τις ανάγκες για υλικοτεχνικό εξοπλισμό.

Η μετακύλιση της ΠΦΥ που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στη νοσοκομειακή περίθαλψη, υπερφορτώνει τα εξωτερικά ιατρεία και τα αποπροσανατολίζει από τον αρχικό τους στόχο, που δεν είναι άλλος από την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας. Η θέσπιση Αστικού Τύπου Κέντρων Υγείας ή η μετατροπή των ήδη υπαρχόντων πολυϊατρείων των αστικών κέντρων σε μονάδες προαγωγής υγείας είναι επιβεβλημένη και θα συμβάλλει στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων.

Επίσης, η ανασυγκρότηση της ΠΦΥ θα πρέπει να στηριχτεί στην υλοποίηση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στηρίζεται και προωθείται από το σώμα των οικογενειακών γιατρών, που αποτελούν βασικό κρίκο στην αλυσίδα της φροντίδας υγείας. Οι γιατροί, με τις γνώσεις και τον κυρίαρχο ρόλο τους στην ελληνική κοινωνία, μπορούν να κερδίσουν την εμπιστοσύνη του πολίτη και να τον κατευθύνουν σε θέματα υγείας, με απώτερο στόχο την κάλυψη των αναγκών υγείας και κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους. Μια ιδανική πρόταση θα αποτελούσε η ανάπτυξη ισότιμης

«συνεταιριστικής» σχέσης γιατρού και ασθενούς που να βασίζεται στον αλληλοσεβασμό, στη συνέργεια και συνεκμετάλλευση και των δύο μερών, με τελικό σκοπό την επίτευξη της πιο επιτυχημένης έκβασης. Συνεπώς, ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού είναι εξαιρετικά σημαντικός και θα πρέπει να αναδειχτεί πρωτοπόρος στη πολιτική υγείας σε τοπικό επίπεδο, όπου σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία και την υπόλοιπη ομάδα υγείας, θα αναπτύξει ολοκληρωμένες και αποτελεσματικές υπηρεσίες με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

Σε συνέργεια με τη θέσπιση του οικογενειακού γιατρού, έρχεται να προστεθεί και η χρήση νέων τεχνολογικών μεθόδων με την καθιέρωση του ενιαίου ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή και την ηλεκτρονική καταχώρηση σε αυτόν διαγνωστικών εξετάσεων, που θα συνοδεύουν τον ασθενή σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης, με ταυτόχρονη σαφή τήρηση του ιατρικού απορρήτου.

Αναγκαίος κρίνεται και ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, ο οποίος αφορά τον εκσυγχρονισμό των διαθέσιμων και την ανάπτυξη νέων πληροφοριακών συστημάτων που θα συνδράμουν στην ηλεκτρονική διοίκηση και στην οργανωτική αναδιάρθρωση, καθώς και στην ανάπτυξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας μεταξύ των διαφόρων φορέων υγείας.

Εξίσου σημαντική είναι και η αναβάθμιση της ποιότητας όλου του υγειονομικού προσωπικού μέσα από προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης, με σκοπό την αύξηση της παραγωγικότητας του ιατρικού κλάδου, για τη μέγιστη απόδοση των υπηρεσιών. Επιπροσθέτως, απαιτείται η ανάπτυξη μηχανισμών μετάδοσης της γνώσης και διάχυσης των ερευνητικών αποτελεσμάτων με σκοπό την αξιοποίηση και συγκριτική αξιολόγησή τους για τη βελτίωση της διοίκησης και των υπηρεσιών του συστήματος υγείας.

Η πρόταση αναδιάρθρωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βασίζεται στην ενδυνάμωση της σχέσης δημοσίου - ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) που κρίνεται αναγκαία και στην ενίσχυση του ρόλου της αυτοδιοίκησης. Η επίτευξη Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα δεν αναιρεί τον δημόσιο χαρακτήρα της εκμετάλλευσης των έργων στον τομέα της υγείας, καθώς οι υποψήφιοι επενδυτές έχουν μόνο υποστηρικτικό ρόλο, αναλαμβάνοντας δευτερεύουσες δραστηριότητες (ασφάλεια, σίτιση, καθαριότητα, συντήρηση εγκαταστάσεων), που σήμερα ήδη εκχωρούνται σε ιδιώτες. Η έλλειψη κεφαλαίων και η ανάγκη διατήρησης των ελλειμμάτων σε μηδενικά επίπεδα στο δημόσιο τομέα, καθώς και η επιδίωξη κερδοφόρων επενδύσεων από το ιδιωτικό κεφάλαιο,

καθιστούν τη συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών αμοιβαία αποδοτική. Κατά αυτό τον τρόπο, μειώνεται αισθητά το λειτουργικό κόστος των έργων.

Μείζονος σημασίας κρίνεται και η αξιολόγηση του έργου των νεοσύστατων και υφιστάμενων κέντρων υγείας ανά υγειονομική περιφέρεια, διαμέσου ομάδας εμπειρογνομόνων, μετά από συνεργασία με το προσωπικό και τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις τοπικές και περιφερειακές ανάγκες, μέσω συστηματικών ερευνών ικανοποίησης για την αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Τέλος, ο συντονισμός της παροχής και η διασύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη νοσοκομειακή περίθαλψη διασφαλίζει την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, εξομαλύνοντας πιθανά προβλήματα πρόσβασης και συντείνει στον περιορισμό των δαπανών στο χώρο της υγείας, εκπληρώνοντας το στόχο της πολιτείας για μείωση των συνολικών δαπανών, με σκοπό τον εξορθολογισμό του δημόσιου χρέους.

Τα οφέλη που θα προκύψουν από την υλοποίηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, με πρωταρχικό βήμα τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου και τη θεμελίωση του οικογενειακού γιατρού είναι ιδιαίτερα σημαντικά με ποιοτικό, κοινωνικό και οικονομικό χαρακτήρα, καθώς προβλέπεται ότι θα μεγιστοποιηθεί η αποδοτικότητα των υπηρεσιών και επομένως η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας, με τελικό αποδέκτη τον πολίτη και τη μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους.

Στηριζόμενοι στα παραπάνω, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δύναται να αποτελέσει τον κύριο μοχλό στη διαδικασία επαναπροσανατολισμού των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την υπέρβαση της κρίσης και την ανάπτυξη αποτελεσματικών δημόσιων υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, οι οποίες να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. Με άλλα λόγια, η ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορεί να αποτελέσει θεμέλιο λίθο για τη μετεξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε ένα σύγχρονο, ισότιμο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας, αντάξιο των απαιτήσεων του πολίτη για υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Τα παραπάνω αποτελούν προτάσεις – πιθανές λύσεις, στην προσπάθεια βελτίωσης και αναβάθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην χώρα μας. Ωστόσο, θα πρέπει να υπάρξει ανάλογη πολιτική βούληση για την υλοποίηση του οράματος δημιουργίας ενός ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χωρίς πρόχειρες και αποσπασματικές κινήσεις και με συνυπολογισμό της τεράστιας αξίας ενός τέτοιου εγχειρήματος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών



Ημερομηνία:.....

Τμήμα:.....

Αγαπητέ κύριε, Αγαπητή κυρία,

Στην προσπάθειά μας να βελτιώσουμε το επίπεδο εξυπηρέτησης αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών που σας παρέχουμε, μας ενδιαφέρει η γνώμη σας και θα θέλαμε να μας βοηθήσετε συμπληρώνοντας το παρακάτω ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι όλες οι πληροφορίες θα παραμείνουν εμπιστευτικές.

Ο χρόνος που θα απαιτηθεί από εσάς να το συμπληρώσετε θα είναι μικρός, αλλά η συμμετοχή σας στην παραπάνω προσπάθεια θα είναι μεγάλη και πολύτιμη για εμάς.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

ΦΥΛΟ:	ΑΝΔΡΑΣ	<input type="checkbox"/>	ΓΥΝΑΙΚΑ	<input type="checkbox"/>	
ΗΛΙΚΙΑ:	ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:				
ΕΙΣΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ;	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	
ΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΑΜΕΙΟ;	ΙΚΑ <input type="checkbox"/>	ΤΕΒΕ <input type="checkbox"/>	ΔΗΜΟΣΙΟ <input type="checkbox"/>	ΟΓΑ <input type="checkbox"/>	ΑΛΛΟ
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ <input type="checkbox"/>	ΓΥΜΝΑΣΙΟ <input type="checkbox"/>	ΛΥΚΕΙΟ <input type="checkbox"/>	ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/>	ΑΛΛΟ

Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από:
(παρακαλούμε σημειώστε με «X» την απάντηση που εκφράζει τον βαθμό ικανοποίησης ή δυσαρέσκειάς σας)

		Πολύ δυσανεστημένος	Δυσανεστημένος	Μέτρια ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
1.	Τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Την ενημέρωσή σας για τα απαραίτητα έντυπα που θα έπρεπε να έχετε μαζί σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Την εξυπηρέτησή σας από τη Γραμματεία μας κατά την προσέλευσή σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Την επάρκεια των διαθέσιμων ιατρικών ειδικοτήτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Την επάρκεια των εξετάσεων που παρέχονται από τα διαγνωστικά εργαστήρια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Το χρόνο που μεσολαβεί από το κλείσιμο έως την πραγματοποίηση του ραντεβού σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Την ενημέρωσή σας στην περίπτωση που υπήρξε καθυστέρηση εξυπηρέτησή σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Την κατάσταση που επικρατούσε στο χώρο αναμονής σε θέματα: Ασφάλειας Ήσυχίας Κλιματισμού Καθαριότητας	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Τη σήμανση των χώρων (σας βοήθησαν οι πινακίδες να κινηθείτε με ευκολία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Τον χρόνο που σας διέθεσε ο ιατρός στην επίσκεψή σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Την ενημέρωση που σας δόθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Την εξήγηση της χρησιμότητας των προτεινόμενων εξετάσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Τις συμβουλές και οδηγίες του Ιατρού για θέματα πρόληψης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών



		Πολύ δυσανεστημένος	Δυσανεστημένος	Μέτρια ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
14	Τη συμπεριφορά των ιατρών μας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Τη συμπεριφορά των νοσηλευτών μας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Τη συμπεριφορά του προσωπικού της γραμματείας μας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Τη συμπεριφορά του προσωπικού των εργαστηρίων μας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Τον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων των εξετάσεών σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Την τήρηση του ιατρικού απορρήτου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Τον τρόπο που χρεώνονται οι υπηρεσίες μας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Τη συμπεριφορά του προσωπικού του λογιστηρίου μας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Την προσοχή που σας δόθηκε στη διατύπωση των αιτημάτων σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Την επιστημονική επάρκεια του προσωπικού μας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Τη συνολική αντιμετώπιση που είχατε από το προσωπικό μας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Τις υπηρεσίες που σας παρείχαμε συνολικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλούμε αναφέρετε σημεία στα οποία πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να γίνουν βελτιώσεις:

.....

Εάν θέλετε να σας απαντήσουμε, παρακαλούμε να μας αφήσετε τα στοιχεία σας:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α., «Το Οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα», Νοσηλευτική, 2008, 47(3), σσ. 320-333.
2. Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ., Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική: ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.), Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Πάτρα, ΕΑΠ, 1999. ΔΜΥ51, Τόμος Β, σσ. 233-260.
3. Ζαβιτσάνος Θ., Δημόσια - Κοινωνική Υγιεινή (Προληπτική-Κοινωνική Ιατρική). Αθήνα, 1977.
4. Singerist H.E., Medicine and Human welfare. New Heaven, Yale University Press, 1941.
5. WHO (α), «Constitution of the World Health Organization» in WHO Basic Documents, Geneva, WHO, thirty seventh ed., 1988.
6. Ιωαννίδη Ε., Λοπαταντζίδης Α., Μάντη Π., Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (Υγεία : Οριοθετήσεις και προοπτικές). Πάτρα, Εκδόσεις ΕΑΠ, 1999. Τόμος Α', Θ.Ε. 51.
7. <http://el.wikipedia.org/wiki/Σύστημα>
8. Αλεξιάδης Α.-Δ., Σιγάλας Ι., Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομεία, Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Πάτρα, Εκδόσεις ΕΑΠ, 1999. Τόμος Δ'.
9. Πεντόγαλος Γ., Εισαγωγή στην Ιστορία της Ιατρικής. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Παρατηρητής, 1983.
10. Τούντας Γ., «Τι μας λέει ο ΟΟΣΑ για το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα». Βήμα των ιδεών, 2009. Διαθέσιμο από: <http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=940> [πρόσβαση στις 8 Αυγούστου 2011].
11. Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας – ΚΕΠΕ, Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987. Προκαταρκτικά, Τελική Εισήγηση. Αθήνα, 1985, σ. 187.

12. Μακαρώνης Ν., Μπικικίνα Α., Παπαγεωργίου Ρ., Σωτηρίου Α., Ανισότητες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, εργασία για το μάθημα: Ανάλυση Κοινωνικής Πολιτικής Π. Κομοτηνή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, 2010. Διαθέσιμο από: utoria.duth.gr/~nikomakas/files/xrhsima/ergPetmezTeliko08022010.doc [πρόσβαση στις 8 Αυγούστου 2011].
13. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης: <http://www.yyka.gov.gr/>
14. Βοζίκης Α., Λοπατατζίδης Α., Κοινωνική Ασφάλιση και Διαχείριση Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2007, σσ. 311-337.
15. Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ., «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα – Το ελληνικό παράδοξο». Αρχές Ελληνικής Ιατρικής, 2008, 25 (5), σσ. 663-672.
16. Οικονόμου Χ., Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες. Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, 2004.
17. Liaropoulos L, Tragakes E., «Public/private financing in Greek health care system: Implications for equity». Health Policy, 2008, 43, pp. 153-169.
18. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Souliotis K., «The “unexpected” growth of the private health sector in Greece». Health Policy, 2005, 74, pp.167-180.
19. Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α., «Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα». Νοσηλευτική, 2009, 48 (1), σσ. 37-49.
20. WHO-UNICEF, Primary Health Care: Joint Report. International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR, Geneva-New York, 6-12 September 1978.
21. WHO, Global Strategy for Health for All by the year 2000. Geneva, 1981.
22. WHO, Intersectoral Action for Health. Background Document for the Technical Discussions, 39th World Assembly, May 1986.
23. Νικητίδης Ν., Οργανωτικές και λειτουργικές παράμετροι μονάδων παροχής Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας. Διπλωματική εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας. Πάτρα, Εκδόσεις ΕΑΠ, 2006.

24. Νόμος 3235/2004, «Διατάξεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2004, αρ. φύλλου 53, άρθρο 1.
25. Τούντας Γ. και συνεργάτες, Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2008.
26. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Ε., Συστήματα Υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001, σσ. 109-110.
27. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα “ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ” 2000-2006. «Ανάπτυξη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Ιατρικό Βήμα, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2006.
- Διαθέσιμο από:
http://www.ygeiapronoia.gr/uploads/drases_dhmosiothtas_ep/EPIXEIR_PROGRAMMA_105.pdf [πρόσβαση στις 12 Αυγούστου 2011].
28. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001.
29. Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Πάτρα, Εκδόσεις ΕΑΠ, 1999. Τόμος Γ’.
30. Θεοδώρου Μ., Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ. και συνεργάτες (2005), Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Στο: Τούντας Γ. και συνεργάτες, Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2008.
31. Γιαννόπουλος Γ., ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ και ΝΟΜΟΣ: «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας». Διαθέσιμο από: http://www.eina.gr/oenge/oenge_pfy2011.pdf [πρόσβαση στις 15 Οκτωβρίου 2011].
32. Σουλιώτης Κ., Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2000.

33. Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ. και συνεργάτες, Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2001.
34. ICAP Group, Κλαδική Μελέτη της Διεύθυνσης Μελετών Οικονομικού Περιβάλλοντος. ICAP ΑΕ Ερευνών και Επενδύσεων, Αθήνα, 2006.
35. Νιάκας Δ., Ροδάκη Χ., Γκογκόσης Χ. και συνεργάτες, Αξιολόγηση της Λειτουργικής-Διοικητικής Ικανότητας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ). Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Αθήνα, 2004.
36. Θεοδώρου Μ., Κωνσταντακοπούλου Ο., «Αξιολόγηση της λειτουργίας των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων σε πέντε νοσοκομεία της Αττικής». Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2004, 16(4), σσ. 157-165.
37. Μωραΐτης Ε, Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεωδώρου Μ, Πολύζος Ν., Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα, 1995.
38. Saltman R., Rico A., Boerma W., Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care. London, Open University Press, 2003.
39. Kohn R., The health center concept in primary health care, Copenhagen. WHO, 1983: pp. 31-54.
40. Μωραΐτης Ε., Πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σημειώσεις για το μάθημα “Πολιτική Υγείας” του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: Διοίκηση Υγείας, Αθήνα, 2009.
41. Sokolow D. K., Asvall J. E., Zollner H., The Gabrovo Health Services. Model in the people's Republic of Bulgaria. Report of a study, Copenhagen, WHO, 1980. Στο: Μωραΐτης Ε., Πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σημειώσεις για το μάθημα “Πολιτική Υγείας” του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: Διοίκηση Υγείας, Αθήνα, 2009.
42. Kaser M., Health care of the Soviet Union and Eastern Europe, London, Croom Helm, 1976. Στο: Μωραΐτης Ε., Πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σημειώσεις για το μάθημα “Πολιτική Υγείας” του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: Διοίκηση Υγείας. Αθήνα, 2009.

43. WHO, Health Services of Europe. Copenhagen, Regional office for Europe, 1980.
44. Ministry of Social affairs and health, national board of health: Primary care in Finland. Helsinki, 1978.
45. Institut national de la statistique et de erudes économiques, Annuaire statistique de la France, 1985:13.
46. Weiler B., Έγγραφο Εργασίας της Επιτροπής Εσωτερικής Αγοράς και Προστασίας των Καταναλωτών, για το Πράσινο Βιβλίο της Επιτροπής σχετικά με τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, 2006.
47. European Commission. Green paper on public private partnerships and community law on public contracts and concessions. Brussel, Commission of the European Communities, 2004:3–4.
48. ΕΓΣΔΙΤ, Εγχειρίδιο για την υλοποίηση έργων και υπηρεσιών μέσω ΣΔΙΤ. Αθήνα, 2006. Διαθέσιμο από: <http://www.sdit.mnec.gr/el> [πρόσβαση στις 18 Ιανουαρίου 2012].
49. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Πράσινο Βιβλίο για τις Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα. 2005. Διαθέσιμο από: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0569:FIN:EL:HTML> [πρόσβαση στις 18 Ιανουαρίου 2012].
50. Σουλιώτης Κ., διάλεξη με θέμα: Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία: Ευκαιρίες και Προοπτικές. Αθήνα, Ιδιωτικό Νοσοκομείο Μητέρα, Μάρτιος 2007.
51. European Investment Bank, The EIB's role in public-privatepartnerships. 2004. Διαθέσιμο από: <http://Swww.eib.europa.eu/publications> [πρόσβαση στις 20 Ιανουαρίου 2012].
52. <http://www.sdit.mnec.gr/el/sectors/sector/sector0002.html>
53. Zeithaml VA., Parasuraman A., Berry LL. Delivering quality service. New York, The Free Press, 1990.
54. Οικονομοπούλου Χ., Η Έννοια της Ποιότητας στην Υγεία, εκπαιδευτικές σημειώσεις. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, 2001.

55. Donabedian A., «The quality of care: how can it be assessed». J Am Med Inform Ass, 1988, 260:1743–1748 στο: Τούντας Γ., «Η Έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και στις Υπηρεσίες Υγείας». Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. 2003, 20(5), σσ. 532-546.
56. Nelson A., Measuring performance and improving quality. Sterling, London, 1996 στο: Τούντας Γ., «Η Έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και στις Υπηρεσίες Υγείας». Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. 2003, 20(5), σσ. 532-546.
57. WHO, Continuous quality development: a proposal national policy. Copenhagen, Regional Office for Europe, 1993.
58. Τσιότρα Δ., Βελτίωση Ποιότητας. Αθήνα, Εκδόσεις Μπένου, 2002.
59. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. To Err is human: Building a safer health care system. USA, National Academy Press, 2000.
60. Berwick D., «Continuous improvement as an ideal in healthcare». N Engl J Med, 1989, 330, pp. 53–56.
61. Τούντας Γ., «Η Έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και στις Υπηρεσίες Υγείας». Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. 2003, 20(5), σσ. 532-546.
62. Αδαμαντίδου Τ., «Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας». Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος – Αύγουστος 2004.
63. Palmer HR., Donabedian A., Povar GJ., et al. Striving for quality in health care. An inquiry into policy and practice. Health Administration Press, Ann Arbor, 1991.
64. Wilson L., Goldschmidt P., Quality management in healthcare. New York, McGraw-Hill, 1995.
65. Plsek P., «Introduction to control charts». Qual Man HealthCare, 1992, 1, pp. 65–74.
66. Μπασιούρη Φ., Έλεγχος αξιοπιστίας & Εγκυρότητας Ερωτηματολογίου Έρευνας Ικανοποίησης Εσωτερικών Ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας. Διπλωματική Εργασία. Πάτρα, ΕΑΠ, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, 2005.
67. Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Παπασωτηρίου, 2007.

68. Evason E., Whittington D., «Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study». International Journal of Health Care Quality Assurance. 1997, 10, pp. 7–19.
69. Σιγάλας Ι., «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας». Επιθεώρηση Υγείας, 1999, 10, σσ. 45-50.
70. Sitzia J., Wood N., «Patient satisfaction: a review of issues and concepts». Soc Sci Med. 1997, 45, pp. 1829–1843.
71. Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Λ., «Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2003, 20 (5), σσ. 497-503.
72. Σουλιώτης Κ., Παπανικολάου Β., Κυριόπουλος Γ., Κριτική ανασκόπηση των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα. Θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο. Στο: Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Λ., «Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2003, 20 (5), σσ. 497-503.
73. Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια. Στο: Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Λ., «Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2003, 20 (5), σσ. 497-503.
74. European Commission. Special Eurobarometer: Patient Safety and Quality of Healthcare. April, 2010.
75. <http://www.aemy.gr/web/guest/home>
76. Flynn B., Ray D., Current perspectives in quality assurance and community health nursing, J. Community Health Nurse, 1987.
77. Αγιακλόγλου Χ., Οικονόμου Γ., Μέθοδοι προβλέψεων και ανάλυσης αποφάσεων, Αθήνα, Εκδόσεις Μπένου, 2004.
78. Κρεμαστινός Δ., «Τα αδιέξοδα του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Επιθεώρηση Υγείας, 2003, τομ.14, τευχ.85.

79. http://www.urbact.eu/fileadmin/Projects/Building_Healthy_Communities__BHC_/outputs_media/Stratigiki_tomeaYKA07-13_VERSIONB_31.1.07_FINAL.pdf

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ