

ΣΑΜΑΡΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ,
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
ΥΓΕΙΑΣ**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

Πειραιάς, Έτος 2006

ΣΑΜΑΡΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ,
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
ΥΓΕΙΑΣ**

Επόπτης: Θεοδώρου Μάμας
Τίτλος: Καθηγητής
Μέλη :
Τίτλος:

**Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

Πειραιάς, Έτος 2006

SAMARA EKATERINI

**RESEARCH ABOUT THE PREFERENCES OF THE MEMBERS OF THE
PUBLIC AND HEALTH PROFESSIONALS FOR SETTING PRIORITIES OF
GREEK HEALTH SYSTEM**

Supervisor: Theodorou Mamas

**Graduate Thesis Submitted
for the Degree “Master in Health Management”**

Piraeus, 2006

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην έρευνα αυτή συνέδραμε ένας σημαντικός αριθμός Διοικητών Νοσοκομείων, ιατρών καθώς και οικονομολόγων της υγείας, προς τους οποίους εκφράζονται ευχαριστίες. Είναι αναγκαίο όμως, να σημειωθεί η εξαιρετική συμβολή της κυρίας Ευγενίας Γεωργούση, επιστημονικού συνεργάτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ). Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί η σημαντική βοήθεια, της κυρίας Ζωής Γκαμάλια, οικονομικής διευθύντριας του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου (ΩΚΚ), καθώς και του κυρίου Αντώνη Πολυδώρου, μέλους του Δ.Σ του ΩΚΚ, και διευθυντή του καρδιολογικού τμήματος του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας, ο οποίος είχε την ευθύνη όχι μόνο της διανομής ενός μεγάλου μέρους των ερωτηματολογίων, αλλά και της επεξήγησής τους, σε άτομα που θα αντιμετώπιζαν δυσκολία στη συμπλήρωση τους.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί η υποδειγματική συμμετοχή των απλών πολιτών, καθώς και των ιατρών στην έρευνα, διότι χωρίς τη συμβολή τους δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση αυτού του έργου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να συγκριθούν οι προτεραιότητες των πολιτών-χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, καθώς επίσης και οι απόψεις τους σχετικά με τη συμμετοχή των δύο ομάδων στη λήψη αποφάσεων κατά τη κατανομή κονδυλίων σε διαφορετικά προγράμματα πρόληψης, χειρουργικές επεμβάσεις ή προγράμματα φροντίδας υγείας που απευθύνονται σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Το μεθοδολογικό εργαλείο, που χρησιμοποιήθηκε είναι ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο απευθύνθηκε σε ένα δείγμα 300 χρηστών υπηρεσιών υγείας, και 100 ιατρών. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κυρίως με προσωπική επαφή, με mail ή με fax. Η ανταπόκριση του δείγματος άγγιξε το 100%, δηλαδή δεν επιστράφηκε κανένα αναπάντητο ερωτηματολόγιο. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Υπολογίστηκαν βασικά στατιστικά στοιχεία και κατανομές, για το σύνολο των μεταβλητών. Για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των διαφοροποιήσεων μεταξύ της ομάδας των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, χρησιμοποιήθηκε η t-test ανάλυση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και οι ιατροί, θέτουν τις χειρουργικές επεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας (καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις), τις υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής υγείας, καθώς και τις θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, ως τις τρεις βασικές προτεραιότητες για χρηματοδότηση. Η πλειοψηφία των πολιτών και των ιατρών δηλώνει ότι θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων κατά την κατανομή κονδυλίων σε διαφορετικά προγράμματα πρόληψης, χειρουργικές επεμβάσεις ή προγράμματα φροντίδας υγείας που απευθύνονται σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Στις ερωτήσεις που οι συμμετέχοντες, καλούνται να προσδιορίσουν ποιες ομάδες θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων κατά την κατανομή των οικονομικών πόρων, στα προαναφερθέντα προγράμματα, γίνεται εμφανής η προτίμηση των πολιτών και των ιατρών, προς την ομάδα των ιατρών, και των ασθενών με τις οικογένειές τους, τοποθετώντας στην τελευταία θέση της ιεράρχησης τους Πολιτικούς.

Τέλος στον τρόπο που θα κατένειμαν, τόσο οι πολίτες όσο και ιατροί ένα ποσό 10.000.000€ μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων πρόληψης, παρατηρείται διαφοροποίηση απόψεων: Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας θέτουν ως βασική προτεραιότητα για χρηματοδότηση, ένα Πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας των μαθητών για την αποφυγή ή το κόψιμο του καπνίσματος, ενώ οι ιατροί ένα Πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς. Όσον αφορά την κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τριών χειρουργικών επεμβάσεων, και οι δύο ομάδες θέτουν ως βασική προτεραιότητα τη χειρουργική επέμβαση καρδιάς (bypass). Ταύτιση απόψεων παρατηρείται και στην κατανομή των 10.000.000€ μεταξύ τριών προγραμμάτων φροντίδας υγείας που απευθύνονται σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες, όπου τόσο οι πολίτες όσο και οι ιατροί θέτουν ως προτεραιότητα τα Προγράμματα που απευθύνονται σε οικονομικά ανίσχυρους, σε παιδιά και σε άτομα με χαμηλό προσδόκιμο ζωής (χαμηλό επίπεδο υγείας).

**RESEARCH ABOUT THE PREFERENCES OF THE MEMBERS OF THE
PUBLIC AND HEALTH PROFESSIONALS FOR SETTING PRIORITIES OF
GREEK HEALTH SYSTEM**

Samara Ekaterini

**Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”
University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece.**

Supervisor: Professor Theodorou Mamas

ABSTRACT

The present research reports on a priority-setting exercise involving members of the public and health professionals. The main aim is to compare the healthcare priorities of these two groups, as well as their attitudes towards public involvement in priority setting. A sample of 300 members of the public and 100 health professionals completed an anonymous questionnaire. Both groups were asked whether their preferences should inform priority-setting decisions. Then they had to allocate an amount of 10.000.000€ across three Prevention Programmes, three Surgical Interventions and three Healthcare Programmes for different population groups. Moreover both the members of the public and health professionals were asked about whose preferences they would most like to be used to inform different types of priority-setting choices.

In both groups, the majority expressed a strong preference for using their preferences to inform priority-setting decisions in healthcare. The members of the public expressed a stronger preference for using their preferences to inform priorities across prevention programmes and healthcare programmes for different population groups, than for surgical interventions. On the other hand, health professionals preferred prevention programmes and surgical interventions than population groups. The majority of respondents also felt that the preferences of other groups in society should be elicited. Respondents were asked to rank in order of importance, whose

preferences (doctors, patients and their families, politicians, health managers) should be used to inform different priority-setting decision. Both groups gave doctors and patients with their families, a higher ranking across all levels of priority-setting. The only difference between members of the public and health professionals concerns the surgical interventions, where health professionals gave health managers a higher ranking. Politicians were least to be nominated as the 'most important' contributors to priority-setting in healthcare.

Both groups allocated more funds to cardiac bypass graft, to 10.000 people who had an average monthly household income of 10.000€ and also to 10.000 people who had an average life expectancy of 60 years. The difference between two groups, is about the allocation of 10.000.000€ across three prevention programmes. The members of the public allocated more funds to the anti-smoking campaign. In contrast, the health professionals allocated more funds to the behavioural training programme. Finally both groups 'gave' more funds to children. However members of the public 'gave' babies the second position, while health professionals 'give' the second position to working adults.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κατάλογος πινάκων και διαγραμμάτων

Κατάλογος παραρτημάτων

Εισαγωγή

Κεφάλαιο 1^ο : Μεθοδολογία της έρευνας

- 1.1. Σκοποί και στόχοι της έρευνας
- 1.2. Τα εργαλεία της έρευνας
- 1.3. Επιλογή του δείγματος
- 1.4 Διακίνηση των ερωτηματολογίων και λήψη των απαντήσεων
- 1.5 Καταχώρηση των δεδομένων

Κεφάλαιο 2^ο : Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος

- 2.1. Φύλο, ηλικία και τόπος διαμονής των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών
- 2.2. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών
- 2.3. Ιδιωτική ασφάλιση και οι απόψεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, για το επίπεδο της υγείας τους
- 2.4. Ειδικότητα και φορέας εργασίας της ομάδας των ιατρών

Κεφάλαιο 3^ο : Προτεραιότητα χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας στο Ε.Σ.Υ

3.1. Αποτελέσματα από το δείγμα των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών

Κεφάλαιο 4^ο : Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε διαφορετικά προγράμματα πρόληψης

4.1. Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε τρία διαφορετικά Προγράμματα Πρόληψης

4.2. Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητα τους στη διαδικασία κατανομής χρημάτων σε Προγράμματα Πρόληψης

4.3. Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τριών Προγραμμάτων Πρόληψης

4.4. Χρήση των επιπλέον πληροφοριών

Κεφάλαιο 5^ο : Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις

5.1. Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις

5.2. Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητα τους στη διαδικασία κατανομής χρημάτων σε διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις

5.3. Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ διαφορετικών Χειρουργικών Επεμβάσεων

5.4. Χρήση των επιπλέον πληροφοριών

Κεφάλαιο 6^ο : Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας υγείας, μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού

6.1. Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας υγείας, μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού

6.2. Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητα τους στη διαδικασία κατανομής χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας υγείας, σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες

6.3. Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ προγραμμάτων φροντίδας υγείας ,που απευθύνονται σε δύο ομάδες με διαφορετικό οικονομικό επίπεδο

6.4. Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τεσσάρων προγραμμάτων φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε τέσσερις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, του πληθυσμού

6.5 . Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ δύο προγραμμάτων φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε δύο ομάδες του πληθυσμού οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό επίπεδο υγείας

Κεφάλαιο 7^ο : Συμπεράσματα

7.1. Συζήτηση

7.2. Σχόλια των χρηστών υπηρεσιών υγείας, σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να καθορίζονται οι προτεραιότητες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Παραρτήματα

Πηγές και Βιβλιογραφία

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Κεφάλαιο 2^ο

Πίνακας 2.1: Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της έρευνας

Πίνακας 2.2: Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα των ατόμων του δείγματος της έρευνας

Πίνακας 2.2α: Εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων του δείγματος της έρευνας

Πίνακας 2.3: Ιδιωτική ασφάλιση των ατόμων του δείγματος της έρευνας

Πίνακας 2.3α: Επίπεδο υγείας των ατόμων του δείγματος της έρευνας

Πίνακας 2.3β: Συχνότητα καπνίσματος των ατόμων του δείγματος της έρευνας

Πίνακας 2.3γ: Συχνότητα επισκέψεων των ατόμων του δείγματος σε υπηρεσίες υγείας

Πίνακας 2.4: Ειδικότητα και φορέας εργασίας των ιατρών του δείγματος

Κεφάλαιο 3^ο

Πίνακας 3.1: Ιεράρχηση εννιά (9) υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ με σειρά προτεραιότητας, για χρηματοδότηση

Πίνακας 3.1α: Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας (t-test), στην ιεράρχηση εννιά (9) υπηρεσιών υγείας, με σειρά προτεραιότητας για χρηματοδότηση από το Ε.Σ.Υ

Κεφάλαιο 4^ο

Πίνακας 4.1 – Διάγραμμα Δ.1: Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή χρημάτων σε διαφορετικά προγράμματα πρόληψης

Πίνακας 4.2: Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους στη διαδικασία κατανομής χρημάτων σε Προγράμματα Πρόληψης

Πίνακας 4.3 – Διάγραμμα Δ.2: Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τριών Προγραμμάτων Πρόληψης

Πίνακας 4.3α: Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας (t-test), στην κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τριών Προγραμμάτων Πρόληψης

Πίνακας 4.4: Χρήση των επιπλέον πληροφοριών

Κεφάλαιο 5^ο

Πίνακας 5.1- Διάγραμμα Δ.3: Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή χρημάτων σε διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις

Πίνακας 5.2: Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους στη διαδικασία κατανομής χρημάτων σε διαφορετικές Χειρουργικές Επεμβάσεις

Πίνακας 5.3 – Διάγραμμα Δ.4: Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ διαφορετικών Χειρουργικών Επεμβάσεων

Πίνακας 5.3α: Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας στην κατανομή 10.000.000€ μεταξύ χειρουργικών επεμβάσεων

Πίνακας 5.4: Χρήση των επιπλέον πληροφοριών

Κεφάλαιο 6^ο

Πίνακας 6.1 – Διάγραμμα Δ.5: Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας υγείας, μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού

Πίνακας 6.2: Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους στη διαδικασία κατανομής χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας υγείας σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες

Πίνακας 6.3 – Διάγραμμα Δ.6: Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ προγραμμάτων φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε ομάδες του πληθυσμού οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Πίνακας 6.3α: Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας στην κατανομή 10.000.000€ μεταξύ προγραμμάτων φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε ομάδες του πληθυσμού οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (t-test)

Πίνακας 6.4 – Διάγραμμα Δ.7: Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τεσσάρων προγραμμάτων φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε τέσσερις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού

Πίνακας 6.4α: Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας στην κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τεσσάρων προγραμμάτων φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε τέσσερις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού (t-test)

Πίνακας 6.5 – Διάγραμμα Δ.8: Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ δύο προγραμμάτων φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε δύο ομάδες του πληθυσμού οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό επίπεδο υγείας

Πίνακας 6.5α: Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας στην κατανομή 10.000.000€ μεταξύ δύο προγραμμάτων φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε δύο ομάδες του πληθυσμού οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό επίπεδο υγείας (t-test)

Κεφάλαιο 7

Διάγραμμα Δ.9: Ρυθμοί χρησιμοποίησης της επέμβασης bypass και ο αριθμός καρδιοχειρουργικών μονάδων, ανά 100.000 κατοίκους

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο για τις αντιλήψεις των πολιτών και των ιατρών, σχετικά με τις προτεραιότητες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Παράρτημα Β: Βοηθητική καταχώρηση κωδικοποιημένων δεδομένων σε Πρόγραμμα Excel 2000

Παράρτημα Γ: Ιατρικές Ειδικότητες ανά Τομέα (Πίνακας Α)

Παράρτημα Δ: Δωρεά Οργάνων και Μεταμοσχεύσεις από το Διεθνή χώρο 1999 (Πίνακας Α)

Δωρεά Οργάνων και Μεταμοσχεύσεις από το Διεθνή χώρο 2000 (Πίνακας Β)

Δωρεά Οργάνων και Μεταμοσχεύσεις από το Διεθνή χώρο 2001 (Πίνακας Γ)

Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα (Πίνακας Δ)

Παράρτημα Ε: Θάνατοι ανά αιτία, γυναίκες, Ευρώπη (Διάγραμμα Α)

Θνησιμότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ε.Ε., άνδρες, 0-64 ετών (Χάρτης Α)

Συσχέτιση μεταξύ δαπανών για καρδιαγγειακά νοσήματα και εθνικό εισόδημα (Διάγραμμα Β)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για την υπεράσπιση της υγείας των πολιτών -που είναι θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό αλλά και δικαίωμα- απαραίτητος είναι ο σχεδιασμός της υγειονομικής πολιτικής μιας χώρας, δηλαδή η καταγραφή των αναγκών και με βάση αυτή την καταγραφή, η δημιουργία του υγειονομικού χάρτη κάθε περιοχής. Η προσπάθεια καταγραφής των υγειονομικών αναγκών, δεν προοιωνίζει απλά μια πολιτική αντιμετώπισης των άμεσων αναγκών κάθε περιοχής, αλλά βάζει και τα θεμέλια για ισότιμες, ποιοτικές, αποτελεσματικές και δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες πρόληψης, περίθαλψης και αποκατάστασης της υγείας. Στη σημερινή εποχή, η ανταπόκριση των Υπηρεσιών Υγείας στις ανάγκες των πολιτών καθορίζεται από τους γνωστούς επιδημιολογικούς παράγοντες, αλλά ταυτόχρονα και από κοινωνικούς παράγοντες και δικαιώματα, καθώς και τις συνθήκες εργασίας και διαβίωσης (Βουλγαρίδης Μ., 2003).

Σύμφωνα, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (WHO, 1981) τα κράτη για να καθορίσουν τη πολιτική υγείας που θα ακολουθήσουν ή για να προβούν στη θέσπιση θεσμών, να σχεδιάσουν και να οργανώσουν σχετικούς φορείς, υπηρεσίες και μηχανισμούς, έχουν ανάγκη από την πληροφορία, και ευρύτερα την Έρευνα. Έτσι λοιπόν, η σημασία της έρευνας για τον προσδιορισμό των υγειονομικών προτεραιοτήτων, τη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας και τη λήψη των αποφάσεων, στην υγειονομική πολιτική, είναι προφανής. Τη σημαντικότητα της έρευνας, έρχονται να αναδείξουν ορισμένοι παράγοντες, όπως, η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, η διάχυση της υψηλής τεχνολογίας, η αύξηση των δαπανών υγείας, τα χρηματοδοτικά προβλήματα του υγειονομικού τομέα, καθώς και οι προσδοκίες των πολιτών, που συνεχώς διευρύνονται και αναδεικνύουν θέματα υψηλής προτεραιότητας, που χρήζουν συνεχούς επιστημονικής έρευνας. Αυτός είναι και ένας από τους κύριους λόγους, που αποφασίστηκε η εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας – έρευνας.

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να υπογραμμιστεί, η μεγάλη σημασία που έχει η γνώμη των πολιτών, στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Η κοινή γνώμη θα πρέπει να αποτελεί μια μόνιμη και δυναμική πηγή πληροφοριών, αλλά και παράγοντα επιτυχίας για την αποτελεσματική εφαρμογή και λειτουργία της εκάστοτε πολιτικής υγείας. Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι, σε περίπτωση που κριθεί αναγκαία η υλοποίηση ενός σχεδίου μεταρρύθμισης – στα πλαίσια μιας νέας πολιτικής υγείας – η επιτυχία του, εξαρτάται όχι μόνο από τη βούληση της Πολιτείας και από τα χρηματικά

κονδύλια που διατίθενται, αλλά κυρίως από τη στήριξη και συμμετοχή των πολιτών – χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Όσο πιο σαφή, ρεαλιστικά και μη δογματικά είναι τα μέτρα, που χρησιμοποιούνται, κατά τη διαμόρφωση μιας πολιτικής υγείας τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η συμμετοχή και η στήριξη των πολιτών. Η σημαντικότητα της συμμετοχής των απλών πολιτών, κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης υγειονομικής πολιτικής, έγκειται στο γεγονός ότι αποτελούν τους κύριους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, και είναι αναγκαίο να «ακούγονται» οι δικές τους απόψεις, με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών τους. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι απλοί πολίτες είναι εκείνοι, οι οποίοι γνωρίζουν, καλύτερα από κάθε άλλον τις ελλείψεις του συστήματος υγείας. Γι' αυτό τα λόγιο λοιπόν, κρίνονται αναγκαίες οι έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να γίνονται ευρέως γνωστά τα προβλήματα και οι ελλείψεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Αν και οι περισσότερες χώρες, έχουν εδώ και αρκετά χρόνια, αντιληφθεί τη σημασία των ερευνών, για την υγεία, καθώς και την αξία των συμπερασμάτων, που προκύπτουν απ' αυτές, η Ελλάδα παραμένει μια χώρα, η οποία δεν δαπανά τα απαραίτητα ποσά για να διεξαχθούν τέτοιου είδους έρευνες. Έρευνες οι οποίες φέρνουν στην επιφάνεια, όχι μόνο στοιχεία σχετικά με τους δείκτες υγείας, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα, τις δαπάνες υγείας, αλλά διευκολύνουν και τον καθορισμό της πολιτικής υγείας, μέσω της έκφρασης των προσδοκιών, των απόψεων και γιατί όχι των παραπόνων των πολιτών, οι οποίοι και αποτελούν, τους 'καταναλωτές' των υπηρεσιών υγείας. Παρ' όλα αυτά, στη χώρα μας αρχίζει να παρατηρείται αύξηση της συμμετοχής των πολιτών, στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας, με τη βοήθεια-κυρίως-οργανώσεων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπως είναι η Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ, - **Ένωση Καταναλωτών "Η Ποιότητα της Ζωής"**, η οποία είναι μια μη κυβερνητική οργάνωση, που δραστηριοποιείται στην ενημέρωση, πληροφόρηση, νομική Προστασία και εκπαίδευση του καταναλωτή, τόσο στον τομέα της υγείας, όσο και σε άλλους τομείς. Μέσω αυτών των οργανώσεων, διασφαλίζονται τα δικαιώματα και κυρίως 'ακούγονται' τα παράπονα και οι καταγγελίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Ένας πολύ βασικός παράγοντας, που ενίσχυσε τη συμμετοχή των πολιτών στη διαμόρφωση τόσο της πολιτικής υγείας, όσο και των προτεραιοτήτων στην υγεία, είναι οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών, οι οποίες διεξάγοντα κυρίως από επιστημονικές ομάδες της Πανεπιστημιακής Κοινότητας, φοιτητές στα πλαίσια της διπλωματικής τους εργασίας (Νιάκας Δ., Γναρδέλλης Χ., 2000), διδακτορικής διατριβής (Πασχαλίδης Κ., 1994 – 2005) ή από άλλους φορείς που έχουν ως απώτερο σκοπό, να 'αφουγκραστούν', τις απόψεις των

χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Ένα εξίσου πολύ σημαντικό βήμα, για την ενίσχυση της συμμετοχής των πολιτών στη διαμόρφωση υγειονομικής πολιτικής, είναι η λειτουργία γραφείων παραπόνων, και επικοινωνίας με τον πολίτη, τα οποία συνήθως αποτελούν μέρος του Διοικητικού Τμήματος ενός νοσοκομείου, στα οποία οι χρήστες υπηρεσιών υγείας μπορούν να εκφράσουν τυχόν παράπονα. Επιπλέον, θα πρέπει να αναφερθεί ο πολύ σημαντικός ρόλος του Συνηγούρου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο οποίος θεσπίστηκε με το νόμο Ν.3293/2004, όπου - στα πλαίσια του θεσμού του Συνηγούρου του Πολίτη - εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μέτρα για την αποκατάσταση και την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, την εξάλειψη των φαινομένων ανάρμοστης διοίκησης, και τη βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των φορέων του ΥΥΚΑ και των πολιτών.

Σ' αυτό το σημείο βέβαια, κρίνεται απαραίτητος ο προσδιορισμός των τριών βασικών εννοιών, που έχουν προαναφερθεί και θα μας απασχολήσουν στην πορεία της εργασίας: Υγεία, Πολιτική Υγείας και Σύστημα Υγείας. Η παραδοσιακή αντίληψη θεωρούσε την **Υγεία** ως την απουσία νόσου, ή αναπηρίας. Προορισμός επομένως της ιατρικής επιστήμης, ήταν απλά η διάγνωση και η θεραπεία της ασθένειας (Δοξιάδης Σ., 1998). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία λοιπόν, η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας εξαντλείται στη μελέτη της νοσηρότητας. Παρ' όλα αυτά μετά τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές εξελίξεις οδήγησαν στη σύγχρονη αντίληψη, που θεωρεί την υγεία όχι μόνο ως απουσία νόσου ή αναπηρίας, αλλά ως μια κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας (WHO, 1958).

Όσον αφορά τώρα την έννοια της **Πολιτικής Υγείας**, πρόκειται για ένα πλήθος δραστηριοτήτων, οι οποίες επιδρούν σε μια θεσμική ομάδα, που περιλαμβάνει οργανισμούς φροντίδας υγείας, υπηρεσίες ή προγράμματα υγείας, καθώς και τη χρηματοδότηση αυτών, με στόχο τη βελτίωση της Δημόσιας Υγείας των πολιτών – ασθενών (Walt, 1994). Ως κέντρα παραγωγής πολιτικής υγείας, στην Ελλάδα θα μπορούσαμε να απαριθμήσουμε τα παρακάτω:

- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Τα Πολιτικά Κόμματα, οι Βουλευτές, τα Αυτοδιοικητικά Όργανα

- Τα Εκτελεστικά Όργανα – η Δημόσια Διοίκηση και οι φορείς της
- Μη κυβερνητικοί φορείς
- Διεθνείς Οργανισμοί (ΠΟΥ, ΟΟΣΑ, Ε.Ε κλπ)

Κατά τη διαδικασία καθορισμού πολιτικής υγείας, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ορισμένα μεθοδολογικά εργαλεία και μηχανισμοί. Τα πρωταρχικό στάδιο για την παραγωγή πολιτικής υγείας, είναι η θέσπιση προτεραιοτήτων, οι οποίες φυσικά θα βασίζονται στην παρακολούθηση των επιπέδων και δεικτών υγείας του πληθυσμού, και κατ' επέκταση τη διαμόρφωση στόχων υγείας. Το Σύστημα Υγείας κάθε χώρας λοιπόν, θέτοντας τις προτεραιότητες ανάλογα με τις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και τις δυνατότητές του κράτους, αναπτύσσεται σε τρεις βασικούς άξονες, όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας:

- α. Βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, το οποίο συνεπάγεται όχι μόνο βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας του πληθυσμού, αλλά και ισότιμη διάχυση των υπηρεσιών σε όλους, ανάλογα με τις ανάγκες
- β. Σεβασμό, αξιοπρεπή αντιμετώπιση, και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.
- γ. Δικαιοσύνη στην κατανομή των κονδυλίων, με βάση πάντα την ανταπόκριση στις προσδοκίες και τις ανάγκες των ασθενών.

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να γίνει μια αναφορά στην πολιτική υγείας, όπως αυτή παρουσιάζεται στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια. Παρά τα μέτρα που λήφθηκαν την τελευταία 15ετία, η πολιτική υγείας στην Ελλάδα συνέχιζε να παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Αυτά αφορούσαν κυρίως την χρηματοδότηση και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, τις περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την χωροταξική τους κατανομή, τα προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων και τέλος ένα υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας. Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, είχε

εκτιμηθεί ότι η Ελλάδα δαπανούσε περίπου 9% του ΑΕΠ για ένα προϊόν αμφίβολης ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής.

Αυτή η κατάσταση προφανώς έπρεπε να αλλάξει, εξασφαλίζοντας καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών με ελεγχόμενο κόστος. Οι ελλείψεις, οι αδυναμίες της πλήρους εφαρμογής του Ν.1397/1983 οι συνεχείς 15ετείς διαβουλεύσεις και οι πολιτικές εκτιμήσεις οδήγησαν στην αναγκαία πρόταση μεταρρύθμισης του ΕΣΥ με την ψήφιση του Ν. 2889/2001 και την έγκριση του επιχειρησιακού προγράμματος «Υγεία-Πρόνοια» Γ'ΚΠΣ 2000-2006. Ο Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», επιφέρει σημαντικές μεταβολές στην διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας με την ίδρυση των ΠεΣΥ, την διοικητική αυτονομία των νοσοκομείων, τον διορισμό Διοικητών στα νοσοκομεία, την αλλαγή του τρόπου προμηθειών, την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων, τη δημιουργία γραφείων υποδοχής ασθενών, τμημάτων επειγόντων περιστατικών κ.α. Όσον αφορά στο περιεχόμενο των προτάσεων, διατηρούνται οι βασικές αρχές της καθολικής κάλυψης και της ισότιμης διάθεσης των υπηρεσιών, συνοδευόμενες όμως από καλύτερη ποιότητα και αποτελεσματικότητα.. Τέλος η μεγαλύτερη πρόκληση της υγειονομικής μεταρρύθμισης παραμένει η «μεταρρύθμιση» της νοοτροπίας του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας, με την ανάπτυξη επαγγελματικής λογικής και υπηρεσιακής αξιοκρατίας, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να είναι αξιόπιστες, αποτελεσματικές και να ικανοποιούν τους πολίτες. Η εκσυγχρονιστική στρατηγική στον τομέα της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα είναι μια σημαντική και έγκαιρη πρωτοβουλία, που θα επιτρέψει στην χώρα να διαδραματίσει τον ρόλο της στην Ε.Ε. και να εκφράσει μια αποτελεσματική και ρεαλιστική απάντηση στις θεμιτές προσδοκίες και ανάγκες των πολιτών.

Τέλος, όσον αφορά τον ορισμό του **Συστήματος Υγείας**, πρόκειται για ένα σύνολο ανθρώπινων, χρηματικών και υλικών πόρων, καθώς και το σύνολο των οργανισμών, των ιδρυμάτων και των φορέων, οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση «δράσεων υγείας». Ως «δράση υγείας», ορίζεται οποιαδήποτε δραστηριότητα ή σύνολο δραστηριοτήτων, οι οποίες έχουν ως πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας. Υπό αυτή την έννοια λοιπόν, στο Σύστημα Υγείας, περιλαμβάνεται όχι μόνο το ΕΣΥ, αλλά και όλα τα κοινωφελή και ιδιωτικά ιδρύματα, και γενικότερα οποιοδήποτε φορέα που παρέχει υπηρεσίες υγείας. Έτσι λοιπόν, επανερχόμαστε στον πρωταρχικό στόχο των δράσεων υγείας, ο οποίος δεν είναι άλλος από τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας (WHO,

2000). Φυσικά χρησιμοποιώντας τον όρο «βελτίωση της υγείας», εννοούμε την επίτευξη υψηλής ισότητας, αποδοτικότητας, και αποτελεσματικότητας, του υγειονομικού συστήματος (Varkevisser et.al.1991).

Επίσης θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα αρμόδια όργανα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και οι εποπτευόμενοι φορείς, οι οποίοι συμμετέχουν στη διαμόρφωση μηχανισμών, με σκοπό τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας, έχουν ως βάση τον καθορισμό των προτεραιοτήτων, ανάλογα με τους πόρους και τα κονδύλια που εγκρίνονται ετησίως για τη λειτουργία των Υγειονομικών Περιφερειών. Αυτό συνεπάγεται ότι κατά τη διαδικασία καθορισμού, των προτεραιοτήτων, δεν λαμβάνονται υπόψη, οι απόψεις των πολιτών οι οποίοι είναι οι βασικοί καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας.

Έχοντας λοιπόν, ως δεδομένο ότι δεν 'ακούγεται' η γνώμη των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, και κατ' επέκταση οι ανάγκες τους, είναι φυσικό η ανταποκρισιμότητά τους, να κινείται σε χαμηλά επίπεδα. Φυσικά αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, τη δυσαρέσκεια των πολιτών και κατ' επέκταση τη μείωση της αποδοτικότητας του Συστήματος Υγείας. Γι' αυτό το λόγο λοιπόν, οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει – με τη βοήθεια των ερευνών, ή άλλων μηχανισμών – να 'αφουγκράζονται' τη γνώμη των πολιτών, με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών τους, και κατ' επέκταση την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Έρευνες έχουν δείξει, ότι κρίνεται απαραίτητη και αναγκαία η συμμετοχή των πολιτών στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας, αποσκοπώντας στον δίκαιο καθορισμό των προτεραιοτήτων στην υγεία, με βάση τις ανάγκες των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Wiseman V., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Σκοποί και Στόχοι της Έρευνας

Βασικός στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι, η καταγραφή των απόψεων όχι μόνο των χρηστών υπηρεσιών υγείας, αλλά και των ιατρών, σχετικά με το βαθμό συμμετοχής που πρέπει να έχουν στη διαδικασία καθορισμού των προτεραιοτήτων, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η καταγραφή των απόψεων των πολιτών και των ιατρών, θα μπορούσε να βοηθήσει στην ανάπτυξη ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος για τη δημιουργία του κατάλληλου πλαισίου ενδυνάμωσης του χρήστη υπηρεσιών υγείας, μέσα από μηχανισμούς καταγραφής των παραπόνων και των προσδοκιών, αλλά και μέσα από το κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο αποτελεσματικής διασφάλισης των δικαιωμάτων των ασθενών, και κυρίως πιο ενεργής συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

1.2 Τα εργαλεία της Έρευνας

Το ερευνητικό εργαλείο, που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, είναι ένα ανώνυμο δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο όμως είναι πιστοποιημένο και ήδη δοκιμασμένο από το Πανεπιστήμιο του Σύδνεη (Department of Public Health and Community Medicine, University of Sydney) με μικρές μόνο αλλαγές, που έγιναν και έχουν σχέση με τις ιδιαιτερότητες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Αποτελείται από 25 ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου οι οποίες απευθύνονται σε πολίτες, και ιατρούς, προσθέτοντας δύο επιπλέον ερωτήσεις στις οποίες οι ιατροί καλούνται να απαντήσουν, σχετικά με την ειδικότητά τους, και το φορέα στον οποίο εργάζονται.

Το ερωτηματολόγιο, είναι δομημένο σε 5 ενότητες. Πιο συγκεκριμένα η **πρώτη ενότητα** του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει μία και μόνη ερώτηση (ερώτηση 1), σχετικά με τις προτεραιότητες που θέτουν οι συμμετέχοντες, στην κατανομή οικονομικών πόρων σε 9 διαφορετικούς τομείς - υπηρεσίες υγείας. Η **δεύτερη ενότητα**, περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις (ερώτηση 2 – 5) και αναφέρεται στις απόψεις των χρηστών

των υπηρεσιών υγείας αλλά και των ιατρών σχετικά με το ποιοι θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή των χρημάτων σε τρία διαφορετικά προγράμματα πρόληψης. Η **τρίτη ενότητα**, αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις (ερώτηση 6 – 9) και αναφέρεται στην επιθυμία ή μη, να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή των χρημάτων σε τρεις διαφορετικές ιατρικές επεμβάσεις. Η **τέταρτη ενότητα** αποτελείται από πέντε ερωτήσεις (ερώτηση 10 – 14) οι οποίες περιλαμβάνουν ερωτήσεις, που αφορούν τη συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας αλλά και των ιατρών, στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Η **πέμπτη ενότητα**, αποτελείται από δεκατέσσερις ερωτήσεις (15-27) οι οποίες αφορούν το φύλο, την ηλικία, το εισόδημα, τη περιοχή μόνιμης κατοικίας, το επίπεδο σπουδών, το επίπεδο υγείας, την ασφάλισή τους, τη συχνότητα καπνίσματος, τη συχνότητα επισκέψεων σε οποιοδήποτε φορέα υπηρεσιών υγείας τον τελευταίο μήνα, καθώς και δύο επιπλέον ερωτήσεις που απευθύνονται στους ιατρούς και μόνο, σχετικά με την ειδικότητα και τον φορέα στον οποίο απασχολούνται. Στις δύο τελευταίες ερωτήσεις (ερωτήσεις 24-25), οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σχετικά με το βαθμό δυσκολίας ορισμένων ερωτήσεων, και να κάνουν ορισμένα σχόλια σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να καθορίζονται οι προτεραιότητες στο Ε.Σ.Υ.

Στην αρχή του ερωτηματολογίου ζητείται από τους συμμετέχοντες να ιεραρχήσουν 9 υπηρεσίες υγείας, καθορίζοντας τη σειρά προτεραιότητας για χρηματοδότηση τους στο ΕΣΥ (ερώτηση 1). Συνεχίζοντας στις υπόλοιπες ερωτήσεις, οι ερωτηθέντες καλούνται να διανείμουν ένα ποσό 10.000.000 €, σε τρία διαφορετικά υποθετικά προγράμματα πρόληψης, σε τρεις διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις, και σε τρία προγράμματα φροντίδας υγείας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, αντίστοιχα. Επιπλέον καλούνται να απαντήσουν, αν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους γνώμη κατά τη λήψη αποφάσεων για την κατανομή των κονδυλίων στα προαναφερθέντα προγράμματα υγείας, και αν όχι καλούνται να το αιτιολογήσουν.

Οι ερωτηθέντες καλούνται ακόμη να ιεραρχήσουν ορισμένες ομάδες ατόμων, οι οποίες θα πρέπει να συμμετέχουν – κατά τη γνώμη τους –στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανομή κονδυλίων (ιατροί, Διοικητές Υγειονομικών Περιφερειών, Διοικητές νοσοκομείων, Πολιτικοί, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, γενικά το κοινό). Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου δίνεται η δυνατότητα στον ερωτηθέντα, να προσθέσει οποιοδήποτε άλλο σχόλιο, έχει να κάνει σχετικά με τον τρόπο καθορισμού των προτεραιοτήτων στο ΕΣΥ. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο απαιτούμενος μέσος χρόνος

συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, ήταν 15 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο παρατίθενται στο Παράρτημα Α.

1.3 Επιλογή Δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 400 άτομα, από την ευρύτερη περιοχή της Αττικής, καθώς και ένα μικρό ποσοστό ατόμων που ζουν και εργάζονται στην επαρχία. Από τα 400 άτομα του δείγματος, οι 300 ήταν απλοί πολίτες, και εν δυνάμει χρήστες υπηρεσιών υγείας, και οι 100 ήταν ιατροί. Η επιλογή του δείγματος, έγινε με τυχαία δειγματοληψία, έτσι ώστε να εκπροσωπηθεί το ευρύ κοινό, και όχι συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές-πληθυσμιακές ομάδες και απόψεις. Ο τρόπος διανομής, έγινε κυρίως με προσωπική επαφή με τις πληθυσμιακές ομάδες που θα συμμετείχαν στην έρευνα. Επίσης σε ένα ποσοστό του δείγματος η αποστολή και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, έγινε μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (mail), ή μέσω fax.

Κατά την επιλογή του δείγματος δεν επεκράτησαν κριτήρια αντιπροσωπευτικότητας, αντίθετα βασική επιδίωξη, κατά τη διάρκεια της διανομής των ερωτηματολογίων, ήταν να απευθυνθούμε σε ένα δείγμα το οποίο να έχει ένα ικανοποιητικό εκπαιδευτικό επίπεδο, έτσι ώστε να έχει την ευχέρεια να απαντήσει στις ερωτήσεις. Στην περίπτωση, που κάποιος συμμετέχων, δεν μπορούσε να κατανοήσει μια ερώτηση, ή είχε οποιαδήποτε απορία, υπήρχε η σχετική βοήθεια από την ερευνήτρια και μόνο. Στην ομάδα των ατόμων με ηλικία άνω των 75 ετών, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με προσωπική συνέντευξη, διότι δεν υπήρχε η ανάλογη ευχέρεια ή η απαιτούμενη δυνατότητα κατανόησης, χωρίς ορισμένες επεξηγήσεις. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχαν ενσωματωμένες δύο σελίδες με συμπληρωματικές πληροφορίες, σχετικά με το κόστος και την αποτελεσματικότητα των τριών χειρουργικών επεμβάσεων και των τριών προγραμμάτων πρόληψης, εφόσον ο συμμετέχων επιθυμούσε να λάβει γνώση πριν απαντήσει στις σχετικές ερωτήσεις.

Για την επιλογή του δείγματος των ιατρών, επιδιώξαμε η διανομή των ερωτηματολογίων να περιλαμβάνει ιατρούς οι οποίοι εργάζονταν σε διαφορετικούς φορείς του συστήματος υγείας. Πιο αναλυτικά, κατά τη διάρκεια της διανομής των ερωτηματολογίων, σε Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία, σε Ασφαλιστικά Ταμεία, σε Κέντρα Υγείας, καθώς και στην Ιατρική Σχολή, αποσκοπούσαμε στη συμμετοχή – προσεγγιστικά πάντα – 25 ιατρών του ΕΣΥ, 25 ιατρών του ΙΚΑ, 25 ιατρών που

εργάζονται στον Ιδιωτικό τομέα, και 25 ιατρών οι οποίοι θα προέρχονταν από τον Πανεπιστημιακό χώρο, άνεργοι, ή με κάποια άλλη ιδιότητα (εργαζόμενοι σε άλλο ασφαλιστικό ταμείο, εκτός του ΙΚΑ, ειδικευόμενοι, εργαζόμενοι σε Διαγνωστικό Κέντρο, ή σε μη – κυβερνητικές οργανώσεις).

1.4 Διακίνηση των ερωτηματολογίων και Λήψη των απαντήσεων

Η συνολική διάρκεια διακίνησης των ερωτηματολογίων, και λήψη των απαντήσεων ολοκληρώθηκε σε 3 μήνες. Η επεξεργασία και η διατύπωση των ερωτήσεων απαιτούσε μεγάλη προσοχή, διότι θα απευθυνόταν, όχι μόνο σε άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, αλλά και σε άτομα των οποίων η εκπαιδευτική κατάρτιση περιοριζόταν στο Απολυτήριο Λυκείου ή και σε κατώτερο αυτού. Έτσι λοιπόν, οι ερωτήσεις θα έπρεπε να διατυπώνονται με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να είναι κατανοητές σε όλους. Σ' αυτό, δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα, όχι μόνο για την αποφυγή αναξιόπιστων απαντήσεων, αλλά και την αποφυγή λήψης αναπάντητων ερωτηματολογίων, λόγω ελλιπούς κατανόησης. Πριν ξεκινήσει η τελική διανομή, πραγματοποιήθηκε διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίων 'πιλοτικά', από ένα δείγμα 40 ατόμων, για να διαπιστωθούν τυχόν προβλήματα και δυσκολίες κατανόησης, στις ερωτήσεις. Το μόνο που παρατηρήθηκε ήταν η δυσκολία κατανόησης ορισμένων εννοιών, από άτομα άνω των 75 ετών. Γι' αυτό το λόγο, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από ηλικιωμένους ανθρώπους, γινόταν με την παρουσία της ερευνήτριας για τυχόν διευκρινίσεις. Τον Μάρτιο του 2006, ξεκίνησε η τελική διανομή των ερωτηματολογίων. Το τελευταίο ερωτηματολόγιο ελήφθη στο τέλος του Ιουνίου του 2006. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στόχος της έρευνας ήταν να απευθυνθούμε, σε ομάδες διαφορετικής ηλικιακής ομάδας, διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού και εκπαιδευτικού επιπέδου, έτσι ώστε να έχουμε όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα.

Αρχικά είχε διαμορφωθεί, ένα χρονοδιάγραμμα σχετικά με την διανομή ερωτηματολογίων και τη λήψη των απαντημένων. Το απαιτούμενο χρονικό διάστημα για τη λήψη του συνόλου των ερωτηματολογίων ήταν 2-3 μήνες, από τη στιγμή της διανομής τους. Έτσι λοιπόν, σε κάθε Οργανισμό, Δημόσια Υπηρεσία, εταιρία, που διανείμαμε ερωτηματολόγια, φροντίσαμε να ορίσουμε μια ημερομηνία, κατά την οποία θα φρόντιζε - με τη σειρά του - ο υπεύθυνος του κάθε φορέα (συνήθως η γραμματεία ή

κάποιος υπάλληλος του Τμήματος Ανθρώπινου Δυναμικού) να έχει συλλέξει τα απαντημένα ερωτηματολόγια από τους εργαζομένους του. Φυσικά είχαμε υπόψη την περίπτωση των αναπάντητων ερωτηματολογίων, λόγω αδιαφορίας, λόγω φόρτου εργασίας, ή από αμέλεια των εργαζομένων. Σε αυτή την περίπτωση, ανατροφοδοτούσαμε τον εκάστοτε φορέα με καινούργια ερωτηματολόγια, με σκοπό να απαντηθούν, με προτροπή της ερευνήτριας τη δεύτερη φορά. Σε περίπτωση που και η δεύτερη προσπάθεια συμπλήρωσης των αναπάντητων ερωτηματολογίων, αποτύχαινε, καταγράφονταν ως μη απαντημένα. Μετά από την παραλαβή και του τελευταίου ερωτηματολογίου, ακολούθησε καταμέτρηση των ερωτηματολογίων. Η ανταπόκριση άγγιξε το ποσοστό 100%, συνεπώς απαντήθηκαν και τα 400 ερωτηματολόγια.

1.5 Καταχώρηση των Δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Υπολογίστηκαν βασικά στατιστικά στοιχεία και κατανομές, για το σύνολο των μεταβλητών. Για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των διαφοροποιήσεων μεταξύ της ομάδας των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, χρησιμοποιήθηκε η t-test ανάλυση.

Προς διευκόλυνση της μετέπειτα καταχώρησης των δεδομένων, στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS, έγινε χρήση του υπολογιστικού προγράμματος Excel 2000 (Παράρτημα Β). Η κωδικοποίηση των δεδομένων, στο βοηθητικό πρόγραμμα Excel 2000, έγινε ως εξής: Οι μεταβλητές οι οποίες θα εξέφραζαν την κάθε ομάδα που συμμετείχε στην έρευνα, μετατράπηκαν σε δίτιμες μεταβλητές, όπου το 1, αντιστοιχούσε στους απλούς πολίτες και το 2 στους ιατρούς. Αντίστοιχα, στις ομάδες ερωτήσεων κατά τις οποίες, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν αν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, η προσωπική τους άποψη, ή η άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου κατά τη λήψη αποφάσεων για την κατανομή χρημάτων σε τρία διαφορετικά προγράμματα ΠΦΥ (για παιδιά με συμπεριφορικά προβλήματα, για την εκπαίδευση των μαθητών για την αποφυγή του καπνίσματος, ή για εμβολιασμό των ηλικιωμένων, κατά της γρίπης), η μεταβλητή 1 αντιστοιχούσε στην θετική απάντηση και η μεταβλητή 2 στην αρνητική απάντηση. Με το ίδιο σκεπτικό κωδικοποιήθηκαν και οι απαντήσεις στις ομάδες παρόμοιων ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, στην ερώτηση 1 κατά την οποία οι συμμετέχοντες πρέπει να ιεραρχήσουν με σειρά προτεραιότητας

εννιά υπηρεσίες υγείας ξεκινώντας με το 1 από την πιο σημαντική, για χρηματοδότηση, η κωδικοποίηση, πραγματοποιήθηκε με την καταχώρηση των αντίστοιχων αριθμών ιεράρχησης που είχαν απαντήσει οι συμμετέχοντες, από το 1 έως το 9, καθορίζοντας αρχικά τη πρώτη υπηρεσία υγείας ως a1, τη δεύτερη ως a2 κοκ. Στην ερώτηση 2 κατά την οποία, ο συμμετέχων θα πρέπει να απαντήσει για το αν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η προσωπική του άποψη κατά τη λήψη αποφάσεων, για την κατανομή χρημάτων σε 3 διαφορετικά προγράμματα φροντίδας υγείας, η μεταβλητή 1 αντιστοιχεί στη θετική απάντηση, ενώ η μεταβλητή 2 σε αρνητική απάντηση, ορίζοντας πάντα ως 2a την προσωπική άποψη του συμμετέχοντα, και ως 2b την άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου.

Η ίδια μορφή κωδικοποίησης ακολουθείται, και στις – ίδιου τύπου – ερωτήσεις 6 και 10, με τη διαφορά ότι στην ερώτηση 6 οι επιλογές καθορίζονται ως c6a, και c6b αντίστοιχα. Στην ερώτηση 10, ορίζουμε την επιλογή 10a, ως d10a, και την επιλογή 10b, ως d10b αντίστοιχα.

Όσον αφορά τις ερωτήσεις 3, 7, και 11, στις οποίες οι συμμετέχοντες ιεραρχούν επτά ομάδες του κοινωνικού συνόλου, με σειρά προτεραιότητας όσον αφορά τη σημαντικότητα της συμμετοχής τους, στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τα προαναφερθέντα προγράμματα, η καταχώρηση έγινε ανάλογα με τον αριθμό ιεράρχησης, που είχε θέσει ο συμμετέχων. Με αυτό τον τρόπο, λοιπόν θέτοντας για την ερώτηση 3, την ομάδα των ιατρών ως b31, την ομάδα των Διοικητών Υγειονομικών Περιφερειών ως b32 κοκ, καταχωρούσαμε τις προτιμήσεις των πολιτών ή των ιατρών αντίστοιχα, με τη σειρά προτεραιότητας που είχαν θέσει. Αντίστοιχα στην ερώτηση 7, θέσαμε τις 7 ομάδες του κοινωνικού συνόλου, ως c71, c72 κοκ. Στην ερώτηση 11, ακολουθήσαμε το ίδιο τρόπο κωδικοποίησης θέτοντας ως d111 την ομάδα των ιατρών, d112 την ομάδα των Διοικητών Υγειονομικών Περιφερειών, μέχρι d117 για την επιλογή Άλλος'. Στις ερωτήσεις - ίδιου τύπου – 4, 8, 12, 13 και 14, στις οποίες ο συμμετέχων καλείται να κατανείμει ένα υποτιθέμενο ποσό των 10.000.000€ στα 3 προγράμματα φροντίδας υγείας που προαναφέρονται, στις ερωτήσεις 2, 6 και 10 αντίστοιχα, ορίσαμε ως b41, b42, b43 αντίστοιχα το ποσό που κατανέμεται σε κάθε πρόγραμμα από τα τρία. Ανάλογη τακτική ακολουθήθηκε και στην ερώτηση 8, όπου η αντίστοιχη κατανομή των 10.000.000€, για την κάθε χειρουργική επέμβαση ορίστηκε ως c81, c82, c83.

Τέλος στην ερώτηση 12, το Πρόγραμμα Α ορίστηκε ως d121, και το Πρόγραμμα Β ως d122. Αντίστοιχα τα Προγράμματα Α, Β, Γ και Δ, της ερώτησης 13, ορίστηκαν

ως d131, d132, d133, d134. Επίσης τα Προγράμματα Α, και Β της ερώτησης 14, ορίστηκαν ως d141, και d142 αντίστοιχα. Όσον αφορά την ερώτηση 5, ορίστηκε ως b5, για το αν χρησιμοποιήθηκαν οι σχετικές πληροφορίες, για να απαντηθούν οι ερωτήσεις, και b51 για το υποερώτημα στο οποίο ο συμμετέχων απαντάει σε περίπτωση που δεν χρησιμοποιείσαι τις συμπληρωματικές πληροφορίες, και επεξηγεί τους λόγους. Στο υποερώτημα b51, η κωδικοποίηση είναι αντίστοιχα 1, 2, 3, 4, ανάλογα με την απάντηση. Αντίστοιχη κωδικοποίηση, ακολουθείται και στην ερώτηση 9, η οποία ορίζεται ως c9, και το υποερώτημα ως c91, αντίστοιχα.

Ο συμμετέχων, ολοκληρώνοντας τις ερωτήσεις του βασικού άξονα του ερωτηματολογίου, καλείται να απαντήσει σε ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με τα προσωπικά του στοιχεία, τα οποία θα είναι χρήσιμα για την μετέπειτα ανάλυση και μελέτη. Φυσικά υπάρχει αναφορά στο πάνω μέρος του φύλλου, σχετικά με το απόρρητο και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα. Στις ερωτήσεις 15 έως 23 καλούνται να απαντήσουν, σχετικά με το φύλο τους, την ηλικιακή ομάδα που ανήκουν, το συνολικό μηνιαίο οικογενειακό εισοδήματος, την περιοχή μόνιμης κατοικίας, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την κατάσταση της υγείας τους, αν καπνίζουν, και πόσες φορές έχουν επισκεφτεί οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Οι ερωτήσεις έχουν οριστεί e15, e16, έως e23, αντίστοιχα. Όσον αφορά, την κωδικοποίηση των απαντήσεων, ακολουθούμε την τακτική των μεταβλητών 1, για το ανδρικό φύλο, και 2 για το γυναικείο φύλο. Στην ερώτηση 16, οι 7 ηλικιακές ομάδες, κωδικοποιούνται αντίστοιχα 1 – 7. Στην ερώτηση 17, οι 4 ομάδες εισοδήματος, κωδικοποιούνται από το 1 έως το 4 αντίστοιχα. Όσον αφορά, την περιοχή μόνιμης κατοικίας, στην περίπτωση διαμονής εντός του Νομού Αττικής, χρησιμοποιούμε την μεταβλητή 1, και για κατοίκους εκτός Νομού Αττικής, τη μεταβλητή 2. Για το εκπαιδευτικό επίπεδο ακολουθείται η κωδικοποίηση 1 – 5, ανάλογα με την επιλογή ενός εκ των πέντε επιπέδων. Επίσης η κατοχή ιδιωτικής ασφάλισης, αντιστοιχεί στη μεταβλητή 1, ενώ η μη κατοχή στη μεταβλητή 2. Σχετικά με τις ερωτήσεις 21 και 22, η κάθε απάντηση αντιστοιχεί στις μεταβλητές 1 – 5 και 1 – 4, αντίστοιχα. Στην ερώτηση 23, η απάντηση «καμία φορά», αντιστοιχεί στη μεταβλητή 0, η μία και μοναδική επίσκεψη, κατά τη διάρκεια του μήνα, αντιστοιχεί στη μεταβλητή 1 κοκ.

Όσον αφορά την ερώτηση 24α, τα υποερωτήματα για το ποσοστό δυσκολίας της κάθε ερώτησης, ορίζονται ως e24q1, για την ερώτηση 1, e24q4 για την ερώτηση 4, e24q8 για την ερώτηση 8 και e24q1214 για τις ερωτήσεις 12 – 14. Οι μεταβλητές που

αντιστοιχούν στην κάθε απάντηση από τις 4 επιλογές (καθόλου δύσκολη, όχι πολύ δύσκολη, δύσκολη, πολύ δύσκολη), είναι 1 – 4 αντίστοιχα. Στην ερώτηση 24β, η οποία ορίζεται ως e24b, η θετική απάντηση αντιστοιχεί στη μεταβλητή 1 και η αρνητική απάντηση στη μεταβλητή 2.

Φτάνοντας στο τέλος της καταχώρησης των δεδομένων, θα πρέπει να κωδικοποιηθούν και οι ειδικότητες των ιατρών, στην ερώτηση 26, η οποία ορίζεται ως e26. Η κατηγοριοποίηση των ιατρικών ειδικοτήτων έγινε ως εξής: όσοι συμμετέχοντες ιατροί άνηκαν στον Παθολογικό Τομέα, κωδικοποιούνται με τη μεταβλητή 1, όσοι άνηκαν στον Χειρουργικό Τομέα με τη μεταβλητή 2, στον Εργαστηριακό Τομέα με τη μεταβλητή 3, και όσοι άνηκαν στον Ψυχιατρικό Τομέα με τη μεταβλητή 4. Έχοντας σαν στόχο την ταχύτερη και πιο έγκυρη, κωδικοποίηση, επισκεφτήκαμε σχετικές ιστοσελίδες, και συμβουλευτήκαμε ιατρούς των αντίστοιχων ειδικοτήτων. Οι τομείς καθώς και οι ιατρικές ειδικότητες που περιλαμβάνουν, παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα Γ.

Στην ερώτηση 27, η οποία ορίζεται ως e27, ο ιατρός καλείται να απαντήσει σε ποια ομάδα ανήκει. Αν εργάζεται ως ιδιώτης ιατρός (ιδ. κλινική, ιατρείο), κωδικοποιείται με τη μεταβλητή 1. Αν είναι ιατρός ΕΣΥ, κωδικοποιείται με τη μεταβλητή 2. Αν εργάζεται ως ιατρός στο ΙΚΑ, με τη μεταβλητή 3. Στην περίπτωση που ιατρός είναι Πανεπιστημιακός, κωδικοποιείται με τη μεταβλητή 4. Στην περίπτωση που είναι άνεργος, κωδικοποιείται με τη μεταβλητή 5, και τέλος αν ανήκει σε άλλη κατηγορία εκτός από τις παραπάνω, κωδικοποιείται με τη μεταβλητή 6. Στην περίπτωση που ο συμμετέχων ιατρός επιλέξει την απάντηση 6 (Άλλο), θα πρέπει να προσδιορίσει την ιδιότητά του, αυτό σημαίνει ότι μπορεί να είναι ειδικευόμενος – η, να εργάζεται σε κάποιο άλλο ασφαλιστικό ταμείο εκτός του ΙΚΑ (ΤΥΠΕΤ, ΤΣΑΥ, ΤΑΠ ΟΤΕ κ. α), να εργάζεται σε μη – κερδοσκοπικό φορέα ή σε Ερευνητικό Κέντρο κ.α.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 300 χρήστες υπηρεσιών υγείας, και 100 ιατροί. Έχοντας ως σκοπό όχι μόνο την ανάλυση, αλλά και τη μελέτη των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στην έρευνα, τους ζητήθηκε – στην τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου – να απαντήσουν σε ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με τα προσωπικά τους στοιχεία. Βάσει των στοιχείων που καταγράφηκαν, αναλύονται παρακάτω τα ατομικά στοιχεία, των χρηστών υπηρεσιών υγείας, καθώς και των ιατρών.

2.1. Φύλο, ηλικία και τόπος διαμονής των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών

Όσον αφορά το **φύλο** των **χρηστών υπηρεσιών υγείας** στην έρευνα, παρατηρείται ότι το 38,7% του δείγματος των 300 ατόμων, ήταν άνδρες, το 60% ήταν γυναίκες, ενώ το 1,3% του δείγματος δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Όσον αφορά την **ηλικιακή ομάδα** παρατηρείται ότι το 17% του δείγματος ανήκει στην ομάδα 15- 24 ετών, το 20% του δείγματος είναι 25 – 34 ετών, το 20,3% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα από 35 – 44 ετών. Όσον αφορά τους συμμετέχοντες από 45 – 54 ετών, καλύπτουν ένα ποσοστό του 11,3%, το 15,7% του δείγματος καλύπτει την ηλικιακή ομάδα από 55 – 64 ετών, ενώ αντίστοιχα το 7% είναι από 65 έως 74 ετών. Το 8% του δείγματος είναι άτομα από 75 ετών και άνω, ενώ το 0,7% των χρηστών υπηρεσιών υγείας, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Στην ερώτηση σχετικά με τον **τόπο μόνιμης κατοικίας**, παρατηρείται ότι το 56,7% του δείγματος των χρηστών υπηρεσιών υγείας διαμένει μόνιμα στο Νομό Αττικής, το 39,3% διαμένει στην επαρχία, ενώ το 4% δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Αντίστοιχα σχετικά με το **φύλο**, των συμμετεχόντων στην έρευνα **ιατρών**, βρέθηκε ότι το 62 % ήταν άνδρες και το 38% γυναίκες. Σχετικά με την **ηλικιακή ομάδα** στην οποία ανήκουν, παρατηρούμε εύλογα ότι κανείς δεν ανήκει στην ομάδα

15- 24 ετών, το 17% του δείγματος είναι 25 – 34 ετών, το 16% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα από 35 – 44 ετών. Οι ερωτηθέντες ιατροί από 45 – 54 ετών, καλύπτουν ένα ποσοστό του 31%, το 31% του δείγματος καλύπτει και η ηλικιακή ομάδα από 55 – 64 ετών, ενώ το 4 % είναι από 65 έως 74 ετών. Επίσης παρατηρείται ότι κανείς δεν ανήκει στην ηλικιακή ομάδα από 75 ετών και άνω, ενώ το 1% των χρηστών υπηρεσιών υγείας, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Στην ερώτηση σχετικά με τον **τόπο μόνιμης κατοικίας**, παρατηρούμε ότι το 89% του δείγματος διαμένει μόνιμα στο Νομό Αττικής, το 8% διαμένει στην επαρχία, ενώ το 3% δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Συνοπτικά η πλειοψηφία των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι γυναίκες, από 26 έως 54 ετών, και κατοικεί εντός του Νομού Αττικής. Αντίστοιχα η πλειοψηφία των ιατρών, που συμμετείχαν στην έρευνα είναι άνδρες, από 45 έως 64 ετών, και κατοικούν στην Αττική.

Ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας (Πίνακας 2.1), με τα αποτελέσματα, από την ανάλυση των προσωπικών στοιχείων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, καθώς και των ιατρών σχετικά με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, και την περιοχή μόνιμης κατοικίας τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1

Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της έρευνας

Δημογραφικά στοιχεία	Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας		Ιατροί	
	n	%	n	%
Φύλο				
Ανδρες	116	38,7	62	62,0
Γυναίκες	180	60,0	38	38,0
Δεν απάντησαν	4	1,3	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	300	100	100	100
Ηλικία				
15-24	51	17,0	-	-
25-34	60	20,0	17	17,0
35-44	61	20,3	16	16,0
45-54	34	11,3	31	31,0
55-64	47	15,7	31	31,0
65-74	21	7,0	4	4,0
>75	24	8,0	-	-
Δεν απάντησαν	2	0,7	1	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	300	100	100	100
Περιοχή μόνιμης κατοικίας				
Αττική	170	56,7	89	89,0
Επαρχία	118	39,3	8	8,0
Δεν απάντησαν	12	4,0	3	3,0
ΣΥΝΟΛΟ	300	100	100	100

2.2 Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών

Συνεχίζοντας τη μελέτη των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των **χρηστών υπηρεσιών υγείας**, από την ανάλυση των ερωτηματολογίων βρέθηκε ότι το 5,7% του δείγματος, δήλωσε συνολικό **μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα** έως 500€, το 15% δήλωσε ότι κυμαίνεται από 500 έως 1000€, το 39,6% του δείγματος από 1000 έως 2000€, ενώ το 39% δήλωσε ότι το συνολικό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα του, είναι άνω των 2000€. Τέλος το 0,7% του δείγματος, δεν απάντησε στην ερώτηση σχετικά με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (Πίνακας 2.2).

Μια ιδιαίτερα σημαντική ερώτηση, η οποία θα φανεί χρήσιμη, στην μετέπειτα αξιολόγηση και σχολιασμό των απαντήσεων των συμμετεχόντων, είναι ερώτηση στην οποία οι χρήστες υπηρεσιών υγείας καλούνται να προσδιορίσουν το **εκπαιδευτικό τους επίπεδο**. Πιο συγκεκριμένα λοιπόν, το 13,7% του δείγματος των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Τίτλου, ενώ το 32,3% κατέχει Πτυχίο Πανεπιστημίου. Το 24,4%, έχει Πτυχίο ΤΕΙ, ενώ το 22% κατέχει μόνο Απολυτήριο Λυκείου. Τέλος το εκπαιδευτικό επίπεδο του 6,3% του δείγματος των 300 πολιτών, είναι χαμηλότερο του Απολυτηρίου Λυκείου, ενώ ένα ποσοστό 1,3%, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση (Πίνακας 2.2 α). Όσον αφορά τα αντίστοιχα μεγέθη των **ιατρών**, παρατηρείται ότι κανείς από το δείγμα των 100 συμμετεχόντων, δεν δήλωσε ότι το **συνολικό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα** ανέρχεται στα 500€, το 1% του δείγματος δήλωσε ότι το συνολικό οικογενειακό εισόδημά τους, κυμαίνεται από 500 έως 1000€, το 10% ότι κυμαίνεται από 1000 έως 2000€ και το 87% δήλωσε ότι είναι άνω των 2000€. Τέλος το 2% του δείγματος, δεν απάντησε στην σχετική ερώτηση (Πίνακας 2.2)

Όσον αφορά την ερώτηση στην οποία η ιατροί καλούνται να προσδιορίσουν το **εκπαιδευτικό τους επίπεδο**, τα αποτελέσματα είναι αναμενόμενα και φυσικά δεν διακρίνονται από ποικιλία απαντήσεων, και αυτό γιατί από τη στιγμή που δηλώνουν ιατροί, κατέχουν τουλάχιστον το Πτυχίο Πανεπιστημίου. Έτσι λοιπόν, παρατηρείται ότι το 25% του δείγματος των ιατρών, είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Τίτλου, ενώ το 74% κατέχει Πτυχίου Πανεπιστημίου. Τέλος ένα ποσοστό του 1%, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση (Πίνακας 2.2 α).

Πιο συνοπτικά λοιπόν, το 39,6% των χρηστών υπηρεσιών υγείας έχουν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από 1000€ έως 2000€, και είναι κάτοχοι Πτυχίου Πανεπιστημίου. Αντίστοιχα το 87% των - συμμετεχόντων στη έρευνα – ιατρών, δήλωσε ότι το οικογενειακό μηνιαίο εισόδημά του είναι άνω των 2000€, και φυσικά είναι κάτοχοι Πτυχίου Πανεπιστημίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2

Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα των ατόμων του δείγματος της έρευνας

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Ιατροί</i>	
	n	%	n	%
<i><500€</i>	17	5,7	-	
<i>5000-1000€</i>	60	15	1	1,0
<i>1000-2000€</i>	119	39,6	10	10,0
<i>>2000€</i>	102	39,0	87	87,0
<i>Δεν απάντησαν</i>	2	0,7	2	2,0
ΣΥΝΟΛΟ	300	100	100	100

Ερώτηση 17. Ποιο είναι το συνολικό μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα;

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2α

Εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων του δείγματος

	Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας		Ιατροί	
	n	%	n	%
Μεταπτυχιακές Σπουδές	41	13,7	25	25,0
Πτυχίο Πανεπιστημίου	97	32,3	74	74,0
Πτυχίο ΤΕΙ	73	24,4	-	-
Απολυτήριο Λυκείου	66	22,0	-	-
Λιγότερο από Απολυτήριο Λυκείου	19	6,3	-	-
Δεν απάντησαν	4	1,3	1	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	300	100	100	100

Ερώτηση 19. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

2.3 Ιδιωτική ασφάλιση και οι απόψεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, για το επίπεδο υγείας τους

Από την ανάλυση των στοιχείων βρέθηκε ότι το 30% των χρηστών υπηρεσιών υγείας του δείγματος έχει ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το 68,7% δεν είναι ασφαλισμένο σε κάποιο ιδιωτικό φορέα. Ένα ποσοστό του 1,3% δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση (Πίνακας 2.3). Αντίστοιχα το 28% των **ιατρών** που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν ότι έχουν ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το 60% δεν έχει επιλέξει να είναι ασφαλισμένο και σε κάποιον ιδιωτικό φορέα. Το 12 % των συμμετεχόντων ιατρών, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Σχετικά με το επίπεδο υγείας των χρηστών το 3%, θεωρεί ότι το επίπεδο της υγείας του είναι χαμηλό, το 9,3% θεωρεί ότι το **επίπεδο της υγείας** του είναι μέτριο, ενώ ένα ποσοστό του 48,7% του δείγματος δήλωσε ότι θεωρεί την υγεία του καλή. Το 30%

απάντησε ότι η υγεία του είναι πολύ καλή, ενώ το 7,7% του δείγματος θεωρεί ότι η υγεία του βρίσκεται σε εξαιρετικό επίπεδο. Τέλος ένα ποσοστό του 1,3% δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση (Πίνακας 2.3 α). Όσον αφορά, το επίπεδο της υγείας των ιατρών, το 7% δήλωσε ότι θεωρεί ότι η υγεία του βρίσκεται σε μέτριο επίπεδο, το 16% θεωρεί ότι έχει καλή υγεία, ενώ το 49%, ότι το επίπεδο της υγείας του είναι πολύ καλό. Το 17% των συμμετεχόντων ιατρών, θεωρεί ότι η υγεία του βρίσκεται σε εξαιρετικό επίπεδο, ενώ το 9% δεν απάντησε στη συγκεκριμένη απάντηση.

Μελετώντας τις απαντήσεις των 300 χρηστών υπηρεσιών υγείας, σχετικά με το **αν καπνίζουν**, διαπιστώνουμε ότι το 26,7% του δείγματος καπνίζει καθημερινά, ενώ το 17,3% περιστασιακά. Ένα ποσοστό του 17,3% δήλωσε ότι δεν καπνίζει τώρα, αλλά κάπνιζε στο παρελθόν. Τέλος το 36,7% δηλώνει ότι δεν έχει καπνίσει ποτέ, ενώ ένα ποσοστό του 2% δεν απάντησε στην ερώτηση για το κάπνισμα. Αντίστοιχα το 21% των ιατρών καπνίζει καθημερινά, το 14% καπνίζει περιστασιακά, ενώ το 23% δήλωσε ότι δεν καπνίζει τώρα, αλλά κάπνιζε στο παρελθόν. Τέλος το 33% δήλωσε ότι δεν έχει καπνίσει ποτέ, ενώ το 9% δεν έχει απαντήσει, στη συγκεκριμένη ερώτηση (Πίνακας 2.3 β)

Όσον αφορά τη μελέτη των απαντήσεων που δόθηκαν στην ερώτηση σχετικά με τη **συχνότητα επισκέψεων, σε ιατρό, Νοσοκομείο, ή οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας**, παρατηρείται ότι η συχνότητα των επισκέψεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας στους παραπάνω φορείς κυμαίνεται από καμία έως πέντε φορές, τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (Μ.Ο επισκέψεων=0,92), ενώ για τους ιατρούς κυμαίνεται από καμία έως τέσσερις φορές (Μ.Ο επισκέψεων=0,75). Ακολουθεί συνοπτικός πίνακας (Πίνακας 2.3γ)

Πιο συνοπτικά λοιπόν, η πλειοψηφία των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση, έχουν ένα καλό επίπεδο υγείας, δεν έχουν καπνίσει ποτέ, και η συχνότητα των επισκέψεών τους, σε οποιοδήποτε φορέα υγείας, τον τελευταίο μήνα είναι μέχρι πέντε φορές. Αντίστοιχα η πλειοψηφία των ιατρών, δεν έχει ιδιωτική ασφάλιση, έχει ένα πολύ καλό επίπεδο υγείας, δεν έχει καπνίσει ποτέ, και η συχνότητα των επισκέψεών τους, σε οποιοδήποτε φορέα υγείας, τον τελευταίο μήνα είναι μέχρι τέσσερις φορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3

Ιδιωτική ασφάλιση των ατόμων του δείγματος της έρευνας

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Ιατροί</i>	
	n	%	n	%
<i>Ναι</i>	90	30,0	28	28,0
<i>Όχι</i>	206	68,7	60	60,0
<i>Δεν απάντησαν</i>	4	1,3	12	12,0
ΣΥΝΟΛΟ	300	100	100	100

Ερώτηση 20. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση;

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3α

Επίπεδο υγείας των ατόμων του δείγματος της έρευνας

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Ιατροί</i>	
	n	%	n	%
<i>Κακή</i>	9	3,0	-	-
<i>Μέτρια</i>	28	9,3	7	7,0
<i>Καλή</i>	146	48,7	16	16,0
<i>Πολύ καλή</i>	90	30,0	49	49,0
<i>Εξαιρετική</i>	23	7,7	17	17,0
<i>Δεν απάντησαν</i>	4	1,3	9	9,0
ΣΥΝΟΛΟ	300	100	100	100

Ερώτηση 21. Πως θα κρίνατε την υγεία σας, γενικά;

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3β

Συχνότητα καπνίσματος των ατόμων του δείγματος της έρευνας

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Ιατροί</i>	
	n	%	n	%
<i>Καθημερινά</i>	80	26,7	21	21,0
<i>Περιστασιακά</i>	52	17,3	14	14,0
<i>Όχι τώρα, αλλά στο παρελθόν</i>	52	17,3	23	23,0
<i>Ποτέ</i>	110	36,7	33	33,0
<i>Δεν απάντησαν</i>	6	2,0	9	9,0
ΣΥΝΟΛΟ	300	100	100	100

Ερώτηση 22. Καπνίζετε;

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3γ

Συχνότητα επισκέψεων των ατόμων του δείγματος σε υπηρεσίες υγείας

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>	<i>Ιατροί</i>
<i>Μέσος Όρος</i>	0,92	0,75
<i>MIN</i>	0	0
<i>MAX</i>	5	4

Ερώτηση 23. Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, πόσες φορές επισκεφθήκατε κάποιο γιατρό, νοσοκομείο, ή οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας;

2.4 Ειδικότητα και φορέας εργασίας της ομάδας των ιατρών

Όσον αφορά τις ειδικότητες των ιατρών του δείγματος, αυτές έχουν κατηγοριοποιηθεί – όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενη ενότητα – σε τέσσερις ομάδες: Παθολογικός, Χειρουργικός, Εργαστηριακός, και Ψυχιατρικός Τομέας. Σύμφωνα με την ανωτέρω κατηγοριοποίηση, ένα ποσοστό 22% ανήκει στον Παθολογικό Τομέα, ενώ το 38% του δείγματος των 100 ιατρών ανήκει στον Χειρουργικό Τομέα. Το 22% εργάζεται ως Εργαστηριακός ιατρός, ενώ ένα ποσοστό του 18%, ανήκει στον Ψυχιατρικό Τομέα. Οι ιατρικές ειδικότητες που ανήκουν σε κάθε ένα από τους τέσσερις τομείς, αναγράφονται αναλυτικά σε σχετικό πίνακα (Παράρτημα Γ-Πίνακας Α).

Πιο συγκεκριμένα το 25% του δείγματος εργάζεται σε Ιδιωτική Κλινική, ή διατηρεί δικό του ιατρείο, ενώ το 33% ανήκει στους ιατρούς του ΕΣΥ. Ένα ποσοστό 24%, εργάζεται στο ΙΚΑ, ενώ ορισμένοι διατηρούν παράλληλα και ιδιωτικό ιατρείο. Το 6% δηλώνει ότι κατέχει τον τίτλο του Πανεπιστημιακού ιατρού, ενώ το 1% του δείγματος δηλώνει ότι είναι άνεργο. Τέλος ένα ποσοστό του 11%, δήλωσε ότι ανήκει σε άλλη κατηγορία, από αυτές που αναγράφονται (Πίνακας 2.4). Πιο συνοπτικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η πλειοψηφία των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα ανήκει στον Χειρουργικό τομέα, και εργάζεται στο Ε.Σ.Υ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4

Ειδικότητα και φορέας εργασίας των ιατρών του δείγματος

Ειδικότητα	n	%
Παθολογικός	22	22,0
Χειρουργικός	38	38,0
Εργαστηριακός	22	22,0
Ψυχιατρικός	18	18,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
Φορέας Εργασίας		
Ιδιώτης (ιατρείο, ιδ.κλινική)	25	25,0
Ιατρός ΕΣΥ	33	33,0
Ιατρός ΙΚΑ	24	24,0
Πανεπιστημιακός	6	6,0
Άνεργος	1	1,0
Άλλο	11	11,0
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Ερώτηση 26: Ποια είναι η ειδικότητά σας;

Ερώτηση 27: Εργάζεστε ως:

Όσον αφορά την επιλογή 'Άλλο', οι ερωτηθέντες ιατροί προσδιόρισαν ότι είναι ειδικευόμενοι ή εργάζονται σε Φαρμακευτική Εταιρεία, ή σε Διαγνωστικό Κέντρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΣΥ

3.1 Αποτελέσματα από το δείγμα των χρηστών υπηρεσιών και των ιατρών

Στη συγκεκριμένη ερώτηση (ερώτηση 1), οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι ιατροί, καλούνται να ιεραρχήσουν με σειρά προτεραιότητας από το 1 έως το 9, εννιά διαφορετικές υπηρεσίες υγείας στο Ε.Σ.Υ. Είναι προφανές ότι οι ερωτώμενοι πρέπει να σταθμίσουν τις εννιά διαφορετικές υπηρεσίες υγείας με βάση τη δική τους κρίση, τις δικές τους προτιμήσεις και ευαισθησίες. Πρόκειται για μια πρώτη γενική, εισαγωγική ερώτηση, που κρίναμε ότι μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες για τη συνέχεια. Οι εννιά υπηρεσίες υγείας, αναγράφονται σε σχετικό πίνακα (Πίνακας 3.1).

Ομάδα των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας

Από την ανάλυση των στοιχείων παρατηρείται ότι οι χρήστες υπηρεσιών υγείας, είναι αρκετά ευαισθητοποιημένοι στο θέμα των χειρουργικών επεμβάσεων, και θεραπευτικών παρεμβάσεων υψηλής τεχνολογίας, με τις οποίες αντιμετωπίζονται καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών (καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.α). Αντίστοιχα τη δεύτερη θέση, στη διαβάθμιση των προτεραιοτήτων, καταλαμβάνουν οι θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά, με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους. Ακολουθούν, στην τρίτη θέση, οι υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής της υγείας, καθώς και προληπτικές δράσεις (διατροφή, οικογενειακός προγραμματισμός, εμβολιασμοί κ.α), ενώ την τέταρτη θέση, καταλαμβάνουν οι χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων (αντικατάσταση ισχίου, γλαύκωμα, καταρράχτης). Στην πέμπτη θέση βρίσκονται οι μονάδες εντατικής θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω

των 680 gr, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης, ενώ αντίστοιχα στην έκτη θέση βρίσκονται οι υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον και υπηρεσίες αποκατάστασης.

Τέλος στις τρεις τελευταίες θέσεις, βρίσκονται οι ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα, καταλαμβάνοντας την έβδομη θέση, στις προτεραιότητες για χρηματοδότηση, η μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους και υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν, βρίσκεται στην όγδοη θέση, ενώ τελευταίες στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, καταλαμβάνοντας την ενάτη θέση είναι οι θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας, ανω των 75 ετών με ασθένειες οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους.

Ομάδα των ιατρών

Αντίστοιχα και το δείγμα των ιατρών είναι πιο ευαισθητοποιημένο στο θέμα των χειρουργικών επεμβάσεων, και θεραπευτικών παρεμβάσεων υψηλής τεχνολογίας, με τις οποίες αντιμετωπίζονται καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών (καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.α). Στη δεύτερη θέση όμως, οι ιατροί ιεραρχούν τις υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής της υγείας, σε αντίθεση με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι σε αυτή τη θέση έχουν τις θεραπευτικές αγωγές για τα παιδιά. Αντίστοιχα την τρίτη θέση καταλαμβάνουν οι θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά, με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους. Την τέταρτη θέση, καταλαμβάνουν οι χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων (αντικατάσταση ισχίου, γλαύκωμα, καταρράχτης). Συνεχίζοντας τη μελέτη της ιεράρχησης των εννιά υπηρεσιών υγείας, διαπιστώνουμε ότι στην πέμπτη θέση βρίσκονται οι ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα, ενώ αντίστοιχα στην έκτη θέση βρίσκονται οι υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον και υπηρεσίες αποκατάστασης. Τέλος στις τρεις τελευταίες θέσεις, συναντάμε την μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους και υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν, η οποία καταλαμβάνει την έβδομη θέση, ενώ οι θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας, ανω των 75 ετών με ασθένειες οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη

ζωή τους, καταλαμβάνουν την όγδοη θέση. Τελευταίες στην προτίμηση των ιατρών, για χρηματοδότηση, έρχονται οι μονάδες εντατικής θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω των 680 gr, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης(Πίνακας 3.1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1

Ιεράρχηση εννιά (9) υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ με σειρά προτεραιότητας, για χρηματοδότηση

Υπηρεσίες Υγείας	Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας		Ιατροί	
	Μ.Ο*	Ιεράρχηση	Μ.Ο*	Ιεράρχηση
Υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής της υγείας, καθώς και προληπτικές δράσεις (διατροφή, οικογ. προγραμματισμός, εμβολιασμοί κ.α)	4,16	3η	3,11	2η
Χειρουργικές επεμβάσεις, και θεραπευτικές παρεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, με τις οποίες αντιμετωπίζονται καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών (καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.α)	2,84	1η	2,8	1η
Υπηρεσίες φροντίδας κατ'οίκον και υπηρεσίες αποκατάστασης	6,07	6η	6,17	6η
Μονάδες εντατικής θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω των 680 gr, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης.	5,04	5η	6,6	9η
Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα	6,25	7η	5,9	5η

Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους και υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν	6,31	8η	6,38	7η
Χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων (αντικατάσταση ισχίου, γλαύκωμα, καταρράχης)	4,29	4η	3,95	4η
Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά, με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους.	2,85	2η	3,44	3η
Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας, ανω των 75 ετών με ασθένειες οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους	7,20	9η	6,63	8η

* Ο Μέσος Όρος προκύπτει από το άθροισμα των τιμών που έχει επιλέξει το σύνολο των ερωτηθέντων, δια του 300 για τους απλούς πολίτες, και δια του 100 για τους ιατρούς. Η ιεράρχηση είναι εσωτερική, γι' αυτό το λόγο η μικρότερη μέση τιμή αντιστοιχεί στην πρώτη θέση στην ιεράρχηση, ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή αντιστοιχεί στην ένατη θέση.

Όσον αφορά τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας (t-test), στις διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στην ιεράρχηση των προαναφερθέντων υπηρεσιών υγείας παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ της ομάδας των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, για: α) τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών αγωγής και προαγωγής της υγείας, καθώς και προληπτικές δράσεις ($p=0,000$).

β) τη χρηματοδότηση των μονάδων εντατικής θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω των 680 gr, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης ($p=0,000$).

γ) τη χρηματοδότηση των θεραπευτικών αγωγών σε παιδιά, με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους ($p=0,010$).

δ) τη χρηματοδότηση των θεραπευτικών αγωγών για άτομα ηλικίας, άνω των 75 ετών με ασθένειες οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους ($p=0,021$). Για να υπάρχει στατιστική σημαντικότητα, δηλαδή διαφοροποίηση στις απόψεις μεταξύ των δύο ομάδων θα πρέπει $p < 0,050$. Σε περίπτωση που οι απόψεις ταυτίζονται άρα δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα τότε $p=NS$. Ακολουθεί σχετικός πίνακας με τα αποτελέσματα, της t-test ανάλυσης (Πίνακας 3.1 α).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1α

Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας (t-test) στην ιεράρχηση εννιά (9) υπηρεσιών υγείας, με σειρά προτεραιότητας, για χρηματοδότηση από το Ε.Σ.Υ

Υπηρεσίες Υγείας	Ομάδες	Mean*	SD	t	df	ρ
Υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής της υγείας, καθώς και προληπτικές δράσεις (διατροφή, οικογ. προγραμματισμός, εμβολιασμοί κ.α)	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	4,16	2,50	3,752	396	0,000
	Ιατροί	3,11	2,30			
Χειρουργικές επεμβάσεις, και θεραπευτικές	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	2,84	1,96	0,182	396	NS

παρεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, με τις οποίες αντιμετωπίζονται καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών (καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.α.)	Ιατροί	2,80	2,15			
Υπηρεσίες φροντίδας κατ'οίκον και υπηρεσίες αποκατάστασης	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	6,07	1,96	-0,373	396	NS
	Ιατροί	6,17	2,11			
Μονάδες εντατικής θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω των 680 gr, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης.	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	5,04	2,51	-5,294	396	0,000
	Ιατροί	6,60	2,67			
Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	6,25	1,62	1,776	395	NS
	Ιατροί	5,90	1,8			
Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους και υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης πόνου, για άτομα	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	6,31	2,24	-0,330	395	NS
	Ιατροί	6,38	1,63			

τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν						
Χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων (αντικατάσταση ισχίου, γλαύκωμα, καταρράχτης)	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	4,29	2,12	1,354	396	NS
	Ιατροί	3,95	1,97			
Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά, με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους.	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	2,85	1,90	-2,596	396	0,010
	Ιατροί	3,44	2,00			
Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας, άνω των 75 ετών με ασθένειες οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	7,20	2,12	2,323	396	0,021
	Ιατροί	6,63	1,88			

*Mean: Μέση τιμή των προτιμήσεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών αντίστοιχα

t: Τιμή t-test

df: Βαθμός ελευθερίας

p: η τιμή με την οποία αποδεικνύεται ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας (significant)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ, ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

4.1 Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε τρία διαφορετικά Προγράμματα Πρόληψης

Στη συγκεκριμένη ερώτηση (ερώτηση 2), οι συμμετέχοντες χρήστες των υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι ιατροί καλούνται να απαντήσουν για το αν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους άποψη ή η άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου, κατά τη διαδικασία κατανομής χρημάτων σε τρία υποθετικά προγράμματα φροντίδας υγείας: Πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν συμπεριφορικά προβλήματα, Πρόγραμμα εμβολιασμού ηλικιωμένων κατά της γρίπης, Πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας μαθητών για την αποφυγή ή το κόψιμο του καπνίσματος.

Βάσει των καταγεγραμμένων δεδομένων, και μετά από ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων, διαπιστώνεται ότι το 82,7% του δείγματος των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρεί ότι θα πρέπει να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία κατανομής των χρημάτων, στα προαναφερθέντα Προγράμματα Πρόληψης, ενώ το 16,3% θεωρεί ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους γνώμη. Το 1% του δείγματος των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Αντίστοιχα το 92,7% των συμμετεχόντων χρηστών των υπηρεσιών υγείας, δηλώνει ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, οι απόψεις άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου, σχετικά με την κατανομή των χρημάτων, ενώ το 7% απάντησε ότι δεν θα πρέπει να συμμετέχουν άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου, στη διαδικασία κατανομής των χρημάτων. Το 0,3% των χρηστών υπηρεσιών υγείας, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Αντίστοιχα το 87% του δείγματος των 100 ιατρών, που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρεί ότι θα πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία κατανομής των χρημάτων, στα προαναφερθέντα Προγράμματα Πρόληψης, ενώ το 13% θεωρεί ότι δεν θα πρέπει

να λαμβάνεται υπόψη η δική τους γνώμη. Το 96% των συμμετεχόντων ιατρών, δηλώνει ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, οι απόψεις άλλων μελών των κοινωνικού συνόλου, σχετικά με την κατανομή των χρημάτων, ενώ το 4% απάντησε ότι δεν θα πρέπει να συμμετέχουν άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου, στη διαδικασία κατανομής των χρημάτων (Πίνακας 4.1 – Διάγραμμα Δ.1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1

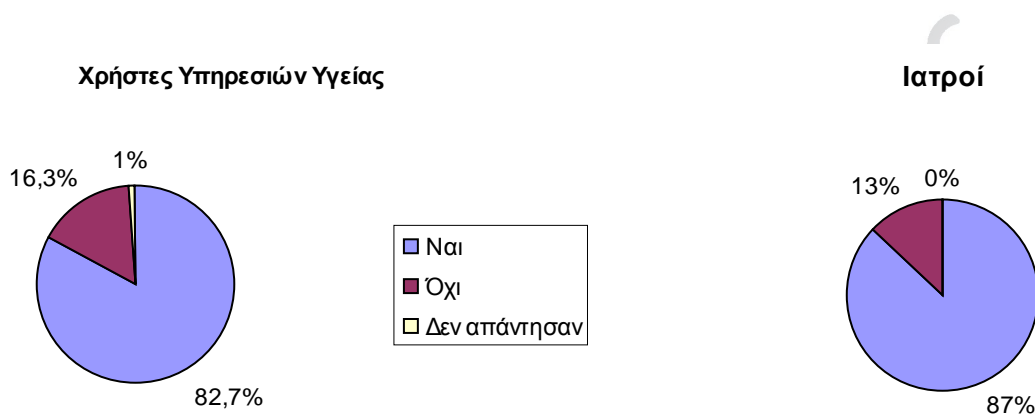
Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή χρημάτων σε διαφορετικά προγράμματα πρόληψης

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Ιατροί</i>	
	n	%	n	%
<i>Η δική σας άποψη</i>				
<i>Ναι</i>	248	82,7	87	87,0
<i>Όχι</i>	49	16,3	13	13,0
<i>Δεν απάντησαν</i>	3	1,0	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	300	100	100	100
<i>Η άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου</i>				
<i>Ναι</i>	278	92,7	96	96,0
<i>Όχι</i>	21	7,0	4	4,0
<i>Δεν απάντησαν</i>	1	0,3	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	300	100	100	100

Ερώτηση 2. Πιστεύετε ότι κατά τη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε διαφορετικά προγράμματα φροντίδας υγείας, όπως: Προγράμματα για παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, Προγράμματα για τη μείωση του καπνίσματος, Προγράμματα εμβολιασμού των ηλικιωμένων, κατά της γρίπης. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Δ.1

Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή χρημάτων σε διαφορετικά προγράμματα πρόληψης



Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας, που συμμετείχαν στην έρευνα, καλούνται στη συνέχεια να προσδιορίσουν το λόγο, σε περίπτωση που απάντησαν αρνητικά στις ερωτήσεις 2 α και 2β. Δηλαδή καλούνται να εξηγήσουν, για ποιο λόγο θεωρούν ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους άποψη ή άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου, κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων στα προαναφερθέντα Προγράμματα Πρόληψης. Οι λόγοι για του οποίους, ορισμένοι χρήστες υπηρεσιών υγείας, απάντησαν αρνητικά, στις ερωτήσεις 2 α ή 2β, είναι πολλοί και ποικίλοι. Αρκετοί δήλωσαν ότι δεν έχουν την κατάλληλη κατάρτιση, καθώς και τις κατάλληλες γνώσεις έτσι ώστε να μπορούν να έχουν μια τεκμηριωμένη και προπάντων αντικειμενική άποψη. Κατά τη γνώμη τους, εκείνοι οι οποίοι θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή των κονδυλίων, στα τρία προγράμματα πρόληψης, είναι οι αρμόδιοι φορείς του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Οικονομικών, οι οποίοι με τις εξειδικευμένες γνώσεις που έχουν τόσο για την αναγκαιότητα των τριών προγραμμάτων πρόληψης, όσο και για τα οικονομικά δεδομένα, θα μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή χρημάτων.

Όσον αφορά το ποσοστό των ιατρών που απάντησαν αρνητικά σε μία από τις δύο ερωτήσεις, δήλωσαν ότι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των ειδικών και κατάλληλα καταρτισμένων κοινωνικών λειτουργών και ιατρών που έχουν εξειδικευτεί στην επιδημιολογία και όχι η γνώμη του κοινού γενικότερα ή όλων των ιατρών, οι οποίοι δεν έχουν τις κατάλληλες εξειδικευμένες γνώσεις.

4.2 Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους, στη διαδικασία κατανομής χρημάτων σε Προγράμματα Πρόληψης.

Στην ερώτηση 3, οι συμμετέχοντες καλούνται να ιεραρχήσουν από το 1 -7, έξι διαφορετικές ομάδες του κοινωνικού συνόλου ή την επιλογή 'Άλλος': Ιατρούς, Διοικητές υγειονομικών Περιφερειών, Διοικητές Νοσοκομείου, Πολιτικούς, ασθενείς και τις οικογένειές τους, γενικά το κοινό, ή κάποιον άλλο, με κριτήριο την καταλληλότητά και τη χρησιμότητά τους, κατά τη διαδικασία κατανομής των κονδυλίων, μεταξύ των τριών προαναφερθέντων προγραμμάτων φροντίδα υγείας.

Από τις απαντήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας, διαπιστώνεται ότι την πρώτη θέση στην ιεράρχηση, για την χρησιμότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία κατανομής χρημάτων στα προγράμματα πρόληψης, καταλαμβάνει η ομάδα των ιατρών, τη δεύτερη θέση οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, την τρίτη θέση οι Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) και την τέταρτη θέση οι Διοικητές των Νοσοκομείων. Την πέμπτη θέση καταλαμβάνει το κοινό, στη έκτη θέση συναντάμε την επιλογή «άλλος», το οποίο συνεπάγεται ότι ο συμμετέχων θεωρεί ότι θα πρέπει να συμμετέχει κάποιος άλλος - εκτός από τις έξι προαναφερθείσες ομάδες - στην κατανομή των χρημάτων. Την τελευταία θέση στην ιεράρχηση, καταλαμβάνουν οι Πολιτικοί (Πίνακας 4.2).

Όσον αφορά το δείγμα των 100 ιατρών, οι απόψεις τους ταυτίζονται με εκείνες των πολιτών σχετικά με την πρώτη, τη δεύτερη, την πέμπτη, την έκτη και την έβδομη θέση στην ιεράρχηση. Την πρώτη θέση λοιπόν, καταλαμβάνει και πάλι η ομάδα των ιατρών, τη δεύτερη θέση οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, στην τρίτη θέση συναντάμε τους Διοικητές των Νοσοκομείων και την τέταρτη θέση οι Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών. Την πέμπτη θέση καταλαμβάνει το κοινό και στην έκτη θέση συναντάμε την επιλογή «άλλος». Την τελευταία θέση στην ιεράρχηση, καταλαμβάνουν και πάλι οι Πολιτικοί (Πίνακας 4.2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2

Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους, στη διαδικασία κατανομής χρημάτων, σε Προγράμματα Πρόληψης

	Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας		Ιατροί	
	Μ.Ο*	%	Μ.Ο*	%
Ιατροί	2,32	1	1,42	1
Διοικητές Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ)	2,99	3	3,13	4
Διοικητές Νοσοκομείων	3,01	4	2,81	3
Πολιτικοί	3,97	7	4,00	7
Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους	2,25	2	2,53	2
Γενικά το κοινό	3,21	5	3,55	5
Άλλος	3,64	6	3,86	6

Ερώτηση 3.Ιεραρχίστε τις παρακάτω ομάδες ατόμων, αρχίζοντας από το 1, καθορίζοντας έτσι ποιας ομάδας οι απόψεις θα ήταν χρήσιμες στη διαδικασία κατανομής κονδυλίων μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων φροντίδας υγείας(αριθμήστε μόνο εκείνες τις ομάδες που εσείς κρίνετε ότι οι απόψεις τους θα είναι χρήσιμες στην εν λόγω κατανομή

*Ο Μέσος Όρος προκύπτει από το άθροισμα των τιμών που έχει επιλέξει το σύνολο των ερωτηθέντων, δια του 300 για τους απλούς πολίτες, και δια του 100 για τους ιατρούς. Η ιεράρχηση είναι εσωτερική, γι' αυτό το λόγο, η μικρότερη μέση τιμή, αντιστοιχεί στην πρώτη θέση στην ιεράρχης ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή αντιστοιχεί στην έβδομη θέση

Όσοι από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας απάντησαν στην ερώτηση με τη επιλογή 'Άλλος', προσδιόρισαν ότι οι απόψεις των μη – κερδοσκοπικών οργανώσεων, των ερευνητών της Πανεπιστημιακής Κοινότητας, καθώς και των κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων, θα ήταν χρήσιμες κατά τη διαδικασία κατανομής κονδυλίων.

Αντίστοιχα οι 100 ιατροί που απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση ότι θα προτιμούσαν κάποιον 'Άλλο', να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων, για την κατανομή των κονδυλίων, προσδιόρισαν ότι η γνώμη των Κοινωνικών Φορέων που ασχολούνται με σχετικά προγράμματα, των κοινωνικών λειτουργών, καθώς και του παραϊατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της ΠΦΥ, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

4.3 Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τριών Προγραμμάτων Πρόληψης

Στη συγκεκριμένη ερώτηση (ερώτηση 4), οι συμμετέχοντες καλούνται να κατανεύμουν ένα ποσό 10.000.000€ σε τρία υποθετικά προγράμματα φροντίδας υγείας και πιο συγκεκριμένα σε προγράμματα για παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, σε προγράμματα εμβολιασμού κατά της γρίπης και σε προγράμματα καταπολέμησης του καπνίσματος.

Όσον αφορά τους 248 χρήστες υπηρεσιών υγείας (όσοι απάντησαν θετικά στην ερώτηση 2 α), που κλήθηκαν να απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση, κατανεύμουν τα 10.000.000€ ως εξής:

3,64 εκατομμύρια ευρώ, στο Πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς, 2,38 εκατομμύρια ευρώ για το Πρόγραμμα εμβολιασμού των ηλικιωμένων κατά της γρίπης και τέλος 4,12 εκατομμύρια ευρώ για το Πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας μαθητών για την αποφυγή ή το κόψιμο του καπνίσματος.

Αντίστοιχα οι 87 ιατροί που απάντησαν θετικά στην ερώτηση 2^α, κατανεύμουν τα 10.000.000€ ως εξής: 4,41 εκατομμύρια ευρώ, στο Πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς, 1,98 εκατομμύρια ευρώ για το Πρόγραμμα εμβολιασμού των ηλικιωμένων, κατά της γρίπης, και τέλος 3,59 εκατομμύρια ευρώ για το Πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας μαθητών για την αποφυγή ή το κόψιμο του κάπνισμα (Πίνακας 4.3 – Διάγραμμα Δ.2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3

Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τριών Προγραμμάτων Πρόληψης

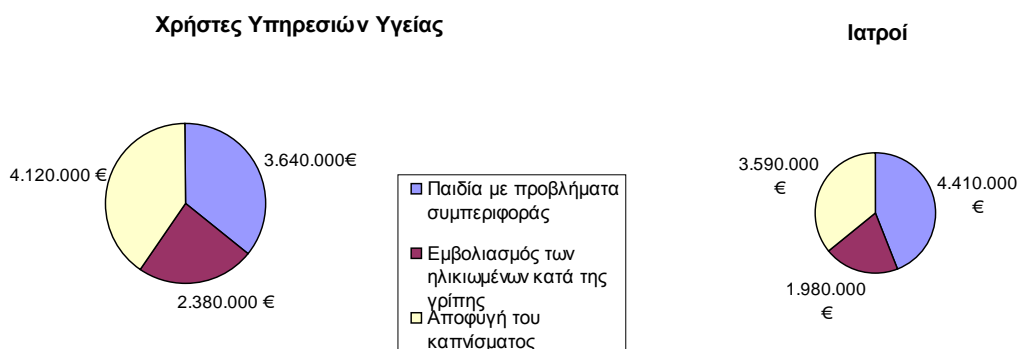
	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>	<i>Ιατροί</i>
	n	%
<i>Πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς,</i>	3,64 εκ.€	4,41 εκ.€
<i>Πρόγραμμα εμβολιασμού των ηλικιωμένων, κατά της γρίπης</i>	2,38 εκ.€	1,98 εκ.€
<i>Πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας μαθητών για την αποφυγή ή το κόψιμο του καπνίσματος</i>	4,12 εκ.€	3,59 εκ.€
ΣΥΝΟΛΟ	10,14 εκ.€*	9,98 εκ.€*

Ερώτηση 4. Κατανείμειτε το ποσό των 10.000.000€ μεταξύ των τριών διαφορετικών προγραμμάτων (Να θυμάστε ότι το συνολικό ποσό που θα μοιράσετε πρέπει να είναι ίσο με 10 εκατομμύρια ευρώ)

*Οι αποκλίσεις οφείλονται στην απροσεξία ορισμένων από τους ερωτηθέντες, οι οποίοι κάνοντας την κατανομή μεταξύ των τριών προγραμμάτων, δεν φρόντισαν το άθροισμα να είναι ίσο με 10.000.000€, όπως έπρεπε

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Δ.2

Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τριών Προγραμμάτων Πρόληψης



Από τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας, στις παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις στην κατανομή 10.000.000€ στα προαναφερθέντα προγράμματα πρόληψης, παρατηρείται ότι η διαφοροποίηση μεταξύ χρηστών και ιατρών επιβεβαιώνεται για: α) την κατανομή των 10.000.000€ σε προγράμματα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς ($p=0,000$).

β) την κατανομή των 10.000.000€ σε προγράμματα εκπαίδευσης μαθητών για την αποφυγή ή το κόψιμο του καπνίσματος ($p=0,014$). Για να υπάρχει στατιστική σημαντικότητα, δηλαδή διαφοροποίηση στις απόψεις μεταξύ των δύο ομάδων θα πρέπει $p < 0,050$. Σε περίπτωση που οι απόψεις ταυτίζονται άρα δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα, τότε $p=NS$. (Πίνακας 4.3 α).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3α

Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας (*t-test*) στην κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τριών Προγραμμάτων Πρόληψης

	Ομάδες	Mean*	SD	t	df	ρ
Πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς,	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	3,64εκ€	1,55	-3,946	335	0,000
	Ιατροί	4,41	1,57			
Πρόγραμμα εμβολιασμού των ηλικιωμένων, κατά της γρίπης	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	2,38εκ€	1,48	2,464	335	NS
	Ιατροί	1,98	0,86			
Πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας μαθητών για την αποφυγή ή το κόψιμο του καπνίσματος	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	4,12	2,51	1,28	335	0,014
	Ιατροί	3,59	2,37			

Ερώτηση 4. Καταναίμετε το ποσό των 10.000.000€ μεταξύ τριών διαφορετικών προγραμμάτων

*Mean: Μέση τιμή των προτιμήσεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών αντίστοιχα

t: Τιμή t-test

df: Βαθμός ελευθερίας

ρ: η τιμή με την οποία αποδεικνύεται ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας (significant)

4.4 Χρήση επιπλέον πληροφοριών

Στην ερώτηση πέντε του παρόντος ερωτηματολογίου, όσοι χρήστες υπηρεσιών υγείας και ιατροί είχαν απαντήσει θετικά στην ερώτηση 2 α, κλήθηκαν να δηλώσουν αν χρησιμοποίησαν ή όχι τις συμπληρωματικές πληροφορίες, σχετικά με τα τρία προαναφερθέντα προγράμματα πρόληψης. Στην περίπτωση που ο συμμετέχων στην έρευνα, απαντήσει αρνητικά καλείται να προσδιορίσει το λόγο.

Το 53,8% του δείγματος των χρηστών υπηρεσιών υγείας που κλήθηκαν να απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση, δήλωσε ότι χρησιμοποίησε τις επιπλέον πληροφορίες. Αντίθετα το 46,2% απάντησε ότι δεν έκανε χρήση των επιπλέον πληροφοριών. Όσον αφορά το δείγμα των ιατρών, το 17,6% δήλωσε ότι χρησιμοποίησε τις επιπλέον πληροφορίες, για να απαντήσει την ερώτηση 4. Αντίθετα το 82,4% του δείγματος των ιατρών, απάντησε ότι δεν έκανε χρήση των επιπλέον πληροφοριών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι λόγω απροσεξίας ενός χρήστη υπηρεσιών υγείας, το σύνολο των ερωτηθέντων στη συγκεκριμένη ερώτηση είναι 249, ενώ θα έπρεπε να είναι 248. Αντίστοιχα και στο σύνολο των ερωτηθέντων ιατρών, διαπιστώνεται απόκλιση δύο ατόμων. Ενώ το σύνολο των ιατρών που κλήθηκαν να απαντήσουν την ερώτηση 5, ήταν 87 στον παρακάτω Πίνακα (Πίνακας 4.4), διαπιστώνεται ότι 85 ιατροί απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος της ερώτησης 5, λειτουργεί ως προσδιοριστική ερώτηση, για όσους δεν χρησιμοποίησαν τις επιπλέον πληροφορίες. Συνεπώς καλούνται να προσδιορίσουν το λόγο που δεν χρησιμοποίησαν τις πληροφορίες της επόμενης σελίδας. Πιο συγκεκριμένα από τους 115 χρήστες υπηρεσιών υγείας, που δεν χρησιμοποίησαν τις επιπλέον πληροφορίες, οι 97 δήλωσαν ότι ο λόγος ήταν η επαρκής πληροφόρηση, οι 15 για άλλους λόγους, και οι υπόλοιποι τρεις, δεν προσδιόρισαν το λόγο που δεν έκαναν χρήση των πληροφοριών, γι' αυτό το λόγο παρατηρείται απόκλιση στο σύνολο. Γι' αυτό το λόγο παρά το γεγονός ότι οι χρήστες υπηρεσιών υγείας που απάντησαν αρνητικά, ήταν 115, στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι απάντησαν μόνο οι 112. Αντίστοιχα από τους 70 ιατρούς που δεν χρησιμοποίησαν τις επιπλέον πληροφορίες, οι 68 δήλωσαν ότι ο λόγος ήταν η επαρκής πληροφόρηση, μόνο ένας ιατρός δήλωσε ότι οι πληροφορίες δεν του φάνηκαν σχετικές και ένας δεν έκανε χρήση των πληροφοριών, για άλλους λόγους(Πίνακας 4.4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4

Χρήση των επιπλέον πληροφοριών

<i>Χρησιμοποιήσατε τις επιπλέον πληροφορίες της επόμενης σελίδας, για να απαντήσετε στην ερώτηση 4;</i>	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Επαγγελματίες Υγείας</i>	
	n	%	n	%
<i>Ναι</i>	134	53,8	15	17,6
<i>Όχι</i>	115	46,2	70	82,4
ΣΥΝΟΛΟ	249	100	85	100
<i>Αν όχι, προσδιορίστε το λόγο που δεν τις χρησιμοποιήσατε</i>				
<i>Είχα αρκετές πληροφορίες για να απαντήσω</i>	97	86,6	68	68,0
<i>Οι πληροφορίες δεν μου φάνηκαν σχετικές</i>	-	-	1	1,0
<i>Δεν μπορούσα να καταλάβω τις πληροφορίες</i>	-	-	-	-
<i>Άλλοι λόγοι</i>	15	13,4	1	1,0
ΣΥΝΟΛΟ	112	100	70	70

Πανεπιστήμιο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ, ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

5.1 Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε διαφορετικές ιατρικές επεμβάσεις

Στη συγκεκριμένη ερώτηση (ερώτηση 6), οι συμμετέχοντες χρήστες των υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι ιατροί καλούνται να απαντήσουν για το αν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους άποψη ή η άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου, κατά τη διαδικασία κατανομής χρημάτων σε τρεις υποθετικές ιατρικές επεμβάσεις, αυτή της Αντικατάστασης Ισχίου, της Εγχείρησης Γλαυκώματος και της Επέμβασης Καρδιάς (bypass).

Μετά από ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων, διαπιστώνεται ότι το 70% του δείγματος των 300 χρηστών των υπηρεσιών υγείας, που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρεί ότι θα πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία κατανομής των χρημάτων, στις προαναφερθείσες ιατρικές επεμβάσεις, ενώ το 30% θεωρεί ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους γνώμη. Αντίστοιχα το 89,7% των συμμετεχόντων χρηστών των υπηρεσιών υγείας, δηλώνει ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, οι απόψεις άλλων μελών των κοινωνικού συνόλου, σχετικά με την κατανομή των χρημάτων, ενώ το 14% απάντησε ότι δεν θα πρέπει να συμμετέχουν άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου, στη διαδικασία κατανομής των χρημάτων. Το 1,3% του δείγματος των χρηστών υπηρεσιών υγείας, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Αντίστοιχα το 81% του δείγματος των 100 ιατρών, που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρεί ότι η θα πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία κατανομής των χρημάτων, στις προαναφερθείσες χειρουργικές επεμβάσεις, ενώ το 18% θεωρεί ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους γνώμη. Ένα ποσοστό 1%, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το 87% των συμμετεχόντων ιατρών, δηλώνει ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, οι απόψεις

άλλων μελών των κοινωνικού συνόλου, σχετικά με την κατανομή των χρημάτων, το 12% απάντησε ότι δεν θα πρέπει να συμμετέχουν άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου, ενώ το 1% δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση (Πίνακας 5.1 – Διάγραμμα Δ.3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1

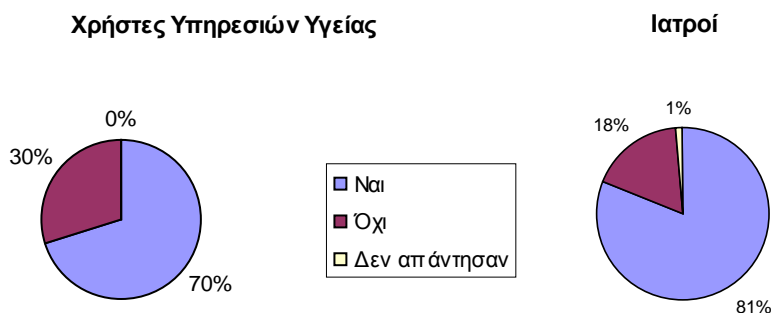
Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε τρεις διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Ιατροί</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Η δική σας άποψη;</i>				
<i>Ναι</i>	210	70,0	81	81,0
<i>Όχι</i>	90	30,0	18	18,0
<i>Δεν απάντησαν</i>	-	-	1	1,0
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	300	100	100	100
<i>Η άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου;</i>				
<i>Ναι</i>	254	89,7	87	87,0
<i>Όχι</i>	42	14,0	12	12,0
<i>Δεν απάντησαν</i>	4	1,3	1	1,0
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	300	100	100	100

Ερώτηση 6. Πιστεύετε ότι κατά τη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε διαφορετικές ιατρικές επεμβάσεις, όπως: Αντικατάσταση Ισχίου, Εγχείρηση Γλαυκώματος, Επέμβαση καρδιάς(bypass). Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Δ.3

Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε τρεις διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις



Στη συνέχεια καλούνται να προσδιορίσουν το λόγο, σε περίπτωση που απάντησαν αρνητικά στις ερωτήσεις 6 α και 6 β. Δηλαδή καλούνται να εξηγήσουν, για πιο λόγο θεωρούν ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους άποψη ή άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου, κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων στις τρεις προαναφερθείσες ιατρικές επεμβάσεις. Η πλειοψηφία των χρηστών υπηρεσιών υγείας, που απάντησαν αρνητικά σε μια τουλάχιστον από τις δύο ερωτήσεις, δήλωσαν ότι δεν θα πρέπει να συμμετέχουν οι ίδιοι ή άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου, στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή χρημάτων στις τρεις χειρουργικές επεμβάσεις, διότι δεν έχουν την κατάλληλη κατάρτιση, καθώς και τις κατάλληλες γνώσεις έτσι ώστε να μπορούν να έχουν μια άποψη, για το οικονομικό υπόβαθρο και τη σημαντικότητα των χειρουργικών επεμβάσεων. Εκτός των άλλων, πρόκειται για τρεις χειρουργικές επεμβάσεις, για τις οποίες θα πρέπει να ερωτώνται μόνο οι ιατροί των αντίστοιχων ειδικοτήτων, και όχι οι απλοί πολίτες. Θα πρέπει λοιπόν, κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων στις προαναφερθείσες χειρουργικές επεμβάσεις, να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη των αντίστοιχων ιατρών χειρουργών, καθώς και των ερευνητικών ομάδων ιατρών, οι οποίοι γνωρίζουν τις εξελίξεις στην τεχνολογία και τα ιατρικά δρώμενα.

Όσον αφορά την ομάδα των ιατρών οι οποίοι δήλωσαν ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους άποψη ή η άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου προσδιόρισαν ότι πρόκειται για ένα ιατρικό θέμα με οικονομικές παραμέτρους. Αυτό συνεπάγεται ότι χρειάζονται άτομα με κατάλληλες και εξειδικευμένες γνώσεις, όπως ιατροί αντίστοιχων ειδικοτήτων (καρδιοχειρουργοί, χειρουργοί οφθαλμιάτροι, ορθοπεδικοί), και οικονομολόγοι της υγείας, που να έχουν τη δυνατότητα να εκτιμήσουν το κόστος και την αποτελεσματικότητα της κάθε χειρουργικής επέμβασης.

5.2 Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους, στη διαδικασία κατανομής χρημάτων, σε διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις.

Συνεχίζοντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων της τρίτης ενότητας του ερωτηματολογίου, σχετικά με τις τρεις διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις, φτάνουμε στην ερώτηση 7, στην οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να ιεραρχήσουν από το 1 -7, έξι ομάδες του κοινωνικού συνόλου ή την επιλογή 'Άλλος': Ιατρούς, Διοικητές υγειονομικών Περιφερειών, Διοικητές Νοσοκομείου, Πολιτικούς, ασθενείς και τις οικογένειές τους, γενικά το κοινό, ή οποιοδήποτε άλλο φορέα, με κριτήριο την καταλληλότητά και τη χρησιμότητά τους, στη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία κατανομής των κονδυλίων, μεταξύ των τριών προαναφερθέντων προγραμμάτων χειρουργικών επεμβάσεων.

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι την πρώτη θέση στην ιεράρχηση, καταλαμβάνει η ομάδα των ιατρών, τη δεύτερη θέση οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, στην τρίτη θέση συναντάμε τους Διοικητές των Νοσοκομείων. Συνεχίζοντας την ανάλυση, διαπιστώνουμε ότι οι 300 χρήστες των υπηρεσιών υγείας, πιστεύουν ότι οι Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ), θα πρέπει να καταλαμβάνουν την τέταρτη θέση στη συγκεκριμένη ιεράρχηση. Την πέμπτη θέση καταλαμβάνει κάποιος άλλος φορέας εκτός των προαναφερθέντων (οι οποίοι θα αναλυθούν παρακάτω), στην έκτη θέση συναντάμε το κοινό, και τελευταία θέση στην ιεράρχηση, καταλαμβάνουν οι Πολιτικοί.

Το ίδιο αποτέλεσμα - όσον αφορά την πρώτη, την τρίτη, την πέμπτη, την έκτη και την έβδομη θέση στην ιεράρχηση - συναντάμε και στις απαντήσεις των ιατρών. Την

πρώτη θέση λοιπόν, καταλαμβάνει η ομάδα των ιατρών, στη δεύτερη θέση όμως συναντάμε τους Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ), ενώ στην τρίτη θέση τους Διοικητές των Νοσοκομείων. Οι 100 ιατροί, πιστεύουν ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, θα πρέπει να καταλάβουν την τέταρτη θέση στην συγκεκριμένη ιεράρχηση. Την πέμπτη θέση καταλαμβάνει η επιλογή «άλλος», το οποίο συνεπάγεται ότι ο συμμετέχων θεωρεί ότι θα πρέπει να συμμετέχει κάποιος άλλος εκτός από τις έξι προαναφερθείσες ομάδες. Στην έκτη θέση βρίσκεται το κοινό, και στην τελευταία θέση στην ιεράρχηση, συναντάμε και πάλι τους Πολιτικούς (Πίνακας 5.2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2

Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους, στη διαδικασία κατανομής χρημάτων, σε διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις.

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Ιατροί</i>	
	<i>Μ.Ο*</i>	<i>Ιεράρχηση</i>	<i>Μ.Ο*</i>	<i>Ιεράρχηση</i>
<i>Ιατροί</i>	1,40	1η	1,15	1η
<i>Διοικητές Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ)</i>	2,90	4η	2,78	2η
<i>Διοικητές Νοσοκομείων</i>	2,84	3η	2,79	3η
<i>Πολιτικοί</i>	3,89	7η	3,96	7η
<i>Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους</i>	2,59	2η	2,86	4η
<i>Γενικά το κοινό</i>	3,49	6η	3,70	6η
<i>Άλλος</i>	3,04	5η	3,22	5η

Ερώτηση 7. Ιεραρχείστε τις παρακάτω ομάδες ατόμων, αρχίζοντας από το 1, καθορίζοντας έτσι ποιας ομάδας οι απόψεις θεωρείτε ότι θα ήταν χρήσιμες στη διαδικασία κατανομής κονδυλίων μεταξύ διαφορετικών ιατρικών επεμβάσεων

**Ο Μέσος Όρος προκύπτει από το άθροισμα των τιμών που έχει επιλέξει το σύνολο των ερωτηθέντων, δια του 300 για τους απλούς πολίτες, και δια του 100 για τους ιατρούς. Η ιεράρχηση είναι εσωτερική, γι' αυτό το λόγο, η μικρότερη μέση τιμή, αντιστοιχεί στην πρώτη θέση στην ιεράρχηση, ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή αντιστοιχεί στην έβδομη θέση.*

Σε περίπτωση που οι ερωτηθέντες δεν έχουν επιλέξει κάποια από τις αναφερόμενες ομάδες (ιατροί, διοικητές κ.α), καλούνται να προσδιορίσουν ποιόν θα προτιμούσαν να συμμετέχει κατά τη διάρκεια κατανομής κονδυλίων μεταξύ των προαναφερθείσων ιατρικών επεμβάσεων. Πιο συγκεκριμένα λοιπόν, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας οι οποίοι απάντησαν στην ερώτηση με τη επιλογή 'Άλλος', προσδιόρισαν ότι οι απόψεις των οικονομολόγων υγείας σε συνεργασία με ειδικούς εκπροσώπους των αρμόδιων Υπουργείων Υγείας και Οικονομικών, θα ήταν χρήσιμες στη διαδικασία κατανομής κονδυλίων.

Αντίστοιχα οι ιατροί που κλήθηκαν να απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση, δήλωσαν ότι η άποψη ειδικών επιτροπών από την Ευρωπαϊκή Ένωση, οι οποίοι θα ελέγχουν και θα εποπτεύουν τη λειτουργία και την κατανομή των κονδυλίων, καθώς και ειδικών ερευνητών από την Πανεπιστημιακή Κοινότητα, που θα ελέγχουν το κόστος και την ωφέλεια των επεμβάσεων, θα ήταν χρήσιμη για την αποδοτικότερη κατανομή των κονδυλίων.

5.3 Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ διαφορετικών Χειρουργικών Επεμβάσεων

Στη συγκεκριμένη ερώτηση (ερώτηση 8), οι συμμετέχοντες καλούνται να διανείμουν ένα ποσό των 10.000.000€ στις τρεις υποθετικές ιατρικές επεμβάσεις, που έχουν προαναφερθεί.

Όσον αφορά τους 210 χρήστες υπηρεσιών υγείας που απάντησαν θετικά στην ερώτηση 6 α, παρατηρείται ότι κατά μέσο όρο, κατανείμουν τα 10.000.000€ ως εξής: 2,41 εκατομμύρια ευρώ, στη Μερική ή Ολική Αντικατάσταση Ισχίου, 2,09 εκατομμύρια ευρώ για την Εγχείρηση Θεραπείας Γλαυκώματος του οφθαλμού, και τέλος 5,50 εκατομμύρια ευρώ για τη Χειρουργικά Επέμβαση Καρδιάς (bypass).

Αντίστοιχα οι 81 ιατροί που είχαν απαντήσει θετικά στην ερώτηση 6^α, παρατηρείται ότι κατά μέσο όρο, κατανείμουν τα 10.000.000€ ως εξής: 2,44 εκατομμύρια ευρώ, στη Μερική ή Ολική Αντικατάσταση Ισχίου, 2,05 εκατομμύρια ευρώ για την Εγχείρηση Θεραπείας Γλαυκώματος του οφθαλμού, και τέλος 5,51 εκατομμύρια ευρώ για τη Χειρουργικά Επέμβαση Καρδιάς (bypass). Ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας (Πίνακας 5.3 – Διάγραμμα Δ.4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3

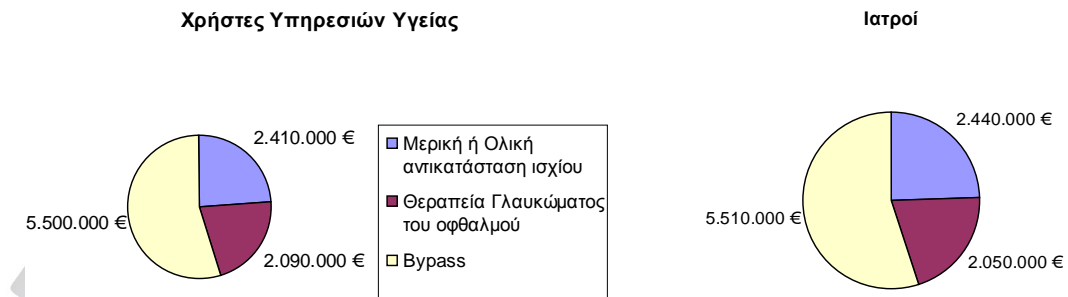
Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ διαφορετικών Χειρουργικών Επεμβάσεων

	Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας	Ιατροί
Μερική ή Ολική Αντικατάσταση Ισχίου	2,41 εκ.€	2,44 εκ.€
Εγχείρηση Θεραπείας Γλαυκώματος του οφθαλμού	2,09 εκ.€	2,05 εκ.€
Χειρουργική Επέμβαση Καρδιάς (bypass)	5,50 εκ.€	5,51 εκ.€
ΣΥΝΟΛΟ	10 εκ.€	10 εκ.€

Ερώτηση 8. Κατανείμειτε το ποσό των 10.000.000€ μεταξύ των τριών διαφορετικών προγραμμάτων (Να θυμάστε ότι το συνολικό ποσό που θα μοιράσετε πρέπει να είναι ίσο με 10 εκατομμύρια ευρώ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Δ.4

Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ Χειρουργικών Επεμβάσεων



Απο τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας, στις παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις μεταξύ της ομάδας των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, για την κατανομή 10.000.000€, μεταξύ των προαναφερθέντων χειρουργικών επεμβάσεων, έχουμε να επισημάνουμε ότι για καμία χειρουργική επέμβαση δεν επιβεβαιώνεται στατιστική σημαντικότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3α

Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας στην κατανομή 10.000.000€ μεταξύ διαφορετικών Χειρουργικών Επεμβάσεων(*t-test*)

		<i>Mean*</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>ρ</i>
Μερική ή Ολική Αντικατάσταση Ισχίου	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	2,41εκ€	0,96	-0,527	292	NS
	Ιατροί	2,44	0,87			
Εγχείρηση Θεραπείας Γλαυκώματος του οφθαλμού	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	2,09εκ€	0,97	-0,234	292	NS
	Ιατροί	2,05	0,84			
Χειρουργική Επέμβαση Καρδιάς (by pass)	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	5,50εκ€	1,51	-1,499	292	NS
	Ιατροί	5,51	1,27			

Κατανείμειτε το ποσό των 10.000.000€ μεταξύ τριών διαφορετικών προγραμμάτων

*Mean: Μέση τιμή των προτιμήσεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών αντίστοιχα

t: Τιμή t-test

df: Βαθμός ελευθερίας

p: η τιμή με την οποία αποδεικνύεται ο βαθμός στατιστικής σημαντικότητας (significant)

5.4 Χρήση των επιπλέον πληροφοριών

Στην ερώτηση εννιά του παρόντος ερωτηματολογίου, οι 210 χρήστες υπηρεσιών υγείας και οι 81 ιατροί οι οποίοι απάντησαν θετικά στην ερώτηση 6 α, κλήθηκαν να δηλώσουν αν χρησιμοποίησαν ή όχι τις συμπληρωματικές πληροφορίες του ερωτηματολογίου σχετικά με το κόστος και την αποτελεσματικότητα των προαναφερθέντων χειρουργικών επεμβάσεων. Στην περίπτωση που οποιοσδήποτε συμμετέχων στην έρευνα, απαντήσει αρνητικά καλείται να προσδιορίσει το λόγο.

Το 67,6% του δείγματος των χρηστών υπηρεσιών υγείας που κλήθηκαν να απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση, δήλωσε ότι χρησιμοποίησε τις επιπλέον πληροφορίες. Αντίθετα το 32,4% δεν έκανε χρήση των επιπλέον πληροφοριών. Αντίστοιχα, το 91,8% από το δείγμα των χρηστών υπηρεσιών υγείας, που δήλωσε ότι δεν χρησιμοποίησε τις επιπλέον πληροφορίες, προσδιόρισε ότι ο λόγος ήταν η επαρκής πληροφόρηση, το 1% επειδή οι πληροφορίες δεν του φάνηκαν σχετικές, ένα ποσοστό 1% επειδή δεν μπορούσε να καταλάβει τις πληροφορίες, ενώ το 5,5% απάντησε ότι για άλλους λόγους δεν χρησιμοποίησε τις πληροφορίες. Το παράδοξο στη συγκεκριμένη ερώτηση είναι ότι, ενώ οι χρήστες υπηρεσιών υγείας που απάντησαν ότι δεν χρησιμοποίησαν τις επιπλέον πληροφορίες ήταν 68, στο δεύτερο σκέλος της ερώτησης, όπου καλούνται να προσδιορίσουν το λόγο, ανακαλύπτουμε ότι 67 χρήστες υπηρεσιών υγείας, δεν έκαναν χρήση των επιπλέον πληροφοριών λόγω επαρκούς πληροφόρησης, ένας γιατί οι πληροφορίες δεν του φάνηκαν σχετικές, ένας επειδή δεν μπορούσε να καταλάβει τις πληροφορίες και τέσσερις για άλλους λόγους. Συνεπώς αυτό οφείλεται στην απροσεξία ορισμένων πολιτών οι οποίοι, ενώ αρχικά είχαν απαντήσει ότι έκαναν χρήση των πληροφοριών, μετά απάντησαν και το δεύτερο προσδιοριστικό σκέλος της ερώτησης, χωρίς να πρέπει. Γι' αυτό το λόγο ενώ θα έπρεπε να έχουν απαντήσει 68 χρήστες υπηρεσιών υγείας, διαπιστώνεται ότι έχουν απαντήσει 73.

Όσον αφορά το δείγμα των 81 ιατρών, το 22% δήλωσε ότι χρησιμοποίησε τις επιπλέον πληροφορίες, ενώ το 78% του δείγματος των ιατρών, απάντησε ότι δεν έκανε χρήση των επιπλέον πληροφοριών λόγω επαρκούς πληροφόρησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ θα έπρεπε να έχουν απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση 81 ιατροί, παρατηρείται ότι έχουν απαντήσει μόνο 77. Αυτό ίσως να οφείλεται σε απροσεξία τεσσάρων ιατρών οι οποίοι αμέλησαν να απαντήσουν. Το παράδοξο στην προσδιοριστική ερώτηση που αφορά τον λόγο που δεν χρησιμοποίησαν τις επιπλέον

πληροφορίες, είναι ότι ενώ οι ιατροί που δεν έκαναν χρήση των πληροφοριών είναι 60, στον παρακάτω Πίνακα (Πίνακας 5.4), διαπιστώνεται ότι το σύνολο είναι 62, πράγμα το οποίο οφείλεται στην απροσεξία δύο ιατρών οι οποίοι απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση, ενώ δεν έπρεπε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4

Χρήση των επιπλέον πληροφοριών

<i>Χρησιμοποιήσατε τις επιπλέον πληροφορίες της επόμενης σελίδας, για να απαντήσετε στην ερώτηση 8;</i>	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Ιατροί</i>	
	n	%	n	%
<i>Ναι</i>	142	67,6	17	22,0
<i>Όχι</i>	68	32,4	60	78,0
ΣΥΝΟΛΟ	210	100	77	100
<i>Αν όχι, προσδιορίστε το λόγο που δεν τις χρησιμοποιήσατε</i>				
<i>Είχα αρκετές πληροφορίες για να απαντήσω</i>	67	91,8	62	100,0
<i>Οι πληροφορίες δεν μου φάνηκαν σχετικές</i>	1	1,36	-	-
<i>Δεν μπορούσα να καταλάβω τις πληροφορίες</i>	1	1,36	-	-
<i>Άλλοι λόγοι</i>	4	5,5	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	73	100	62	100

Στη συγκεκριμένη ερώτηση, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας καλούνται, σε περίπτωση που απάντησαν ότι δεν χρησιμοποίησαν τις επιπλέον πληροφορίες, να προσδιορίσουν το λόγο. Στην περίπτωση που απάντησαν ότι άλλοι ήταν οι λόγοι, που δεν διάβασαν τις επιπλέον πληροφορίες, προσδιόρισαν ποιοι ήταν αυτοί οι λόγοι. Οι τέσσερις χρήστες υπηρεσιών υγείας οι οποίοι δήλωσαν ότι για ‘άλλους λόγους’ δεν έκαναν χρήση των επιπλέον πληροφοριών, προσδιόρισαν ότι απάντησαν με βάση την προσωπική τους άποψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ, ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΧΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

6.1 Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού

Στη συγκεκριμένη ερώτηση (ερώτηση 10), οι συμμετέχοντες χρήστες των υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι ιατροί καλούνται να απαντήσουν για το αν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους άποψη καθώς και η άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου, κατά τη διαδικασία κατανομής χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, όπως μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων, ομάδων με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, και ομάδες με διαφορετικό επίπεδο υγείας.

Μετά από ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων, διαπιστώνεται ότι το 83% του δείγματος των 300 χρηστών των υπηρεσιών υγείας, θεωρεί ότι θα πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία κατανομής των χρημάτων, στα προαναφερθέντα προγράμματα φροντίδας υγείας, ενώ το 17% θεωρεί ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους γνώμη. Αντίστοιχα το 89,7% των συμμετεχόντων χρηστών των υπηρεσιών υγείας, δηλώνει ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, οι απόψεις άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου, σχετικά με την κατανομή των χρημάτων, ενώ το 10,3% απάντησε ότι δεν θα πρέπει να συμμετέχουν άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου στη συγκεκριμένη διαδικασία.

Αντίστοιχα το 65% του δείγματος των 100 ιατρών, που συμμετείχαν στην έρευνα, θεωρεί ότι θα πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία κατανομής των χρημάτων, στα προγράμματα φροντίδας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, ενώ το 33% θεωρεί ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους γνώμη. Ένα ποσοστό του 2%, δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το 93% των συμμετεχόντων ιατρών,

δηλώνει ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, οι απόψεις άλλων μελών των κοινωνικού συνόλου ενώ το 3% δήλωσε ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Τέλος ένα ποσοστό του 4%, δεν απάντησε στο συγκεκριμένο ερώτημα (Πίνακας 6.1 – Διάγραμμα Δ.5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1

Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Ιατροί</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Η δική σας άποψη;</i>				
<i>Ναι</i>	249	83,0	65	65,0
<i>Όχι</i>	51	17,0	33	33,0
<i>Δεν απάντησαν</i>	-	-	2	2,0
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	300	100	100	100
<i>Η άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου</i>				
<i>Ναι</i>	269	89,7	93	93,0
<i>Όχι</i>	31	10,3	3	3,0
<i>Δεν απάντησαν</i>	-	-	4	4,0
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	300	100	100	100

Ερώτηση 10. Πιστεύετε ότι κατά τη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τα κριτήρια, βάσει των οποίων θα κατανεμηθούν χρήματα σε προγράμματα φροντίδας υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, όπως: π.χ διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, ομάδες με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, και ομάδες με διαφορετικό επίπεδο υγείας, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Δ.5

Συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού



Όπως έχει προαναφερθεί τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και οι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα, καλούνται να προσδιορίσουν το λόγο, σε περίπτωση που απάντησαν αρνητικά στις ερωτήσεις 10 α και 10β. Δηλαδή καλούνται να εξηγήσουν, για πιο λόγο θεωρούν ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους άποψη ή άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου, κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε προγράμματα φροντίδας για τρεις διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας που δήλωσαν ότι δεν θα πρέπει να συμμετέχουν, οι ίδιοι ή άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή χρημάτων στα προαναφερθέντα προγράμματα φροντίδας, προσδιόρισαν ότι δεν έχουν την κατάλληλη κατάρτιση, καθώς και τις κατάλληλες γνώσεις έτσι ώστε να μπορούν να έχουν μια αντικειμενική και τεκμηριωμένη άποψη. Θα πρέπει λοιπόν, κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων στα προαναφερθέντα προγράμματα, να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη ειδικών και αρμόδιων φορέων, καθώς και οργανώσεων οι οποίες δραστηριοποιούνται στο χώρο της προστασίας ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων. Αντίστοιχα όσοι από τους ιατρούς απάντησαν ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η δική τους άποψη ή η άποψη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου, προσδιόρισαν ότι δεν είναι ειδικοί και ότι δεν έχουν σχέση με το συγκεκριμένο αντικείμενο, για να μπορούν να αναπτύξουν μια τεκμηριωμένη και σωστή άποψη.

6.2 Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους, στη διαδικασία κατανομής χρημάτων, σε προγράμματα φροντίδας σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες

Συνεχίζοντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων, της ενότητας 4 του ερωτηματολογίου, σχετικά με τις τρεις διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού, φτάνουμε στην ερώτηση 11, στην οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να ιεραρχήσουν από το 1 -7, έξι ομάδες του κοινωνικού συνόλου ή την επιλογή 'Άλλος': Ιατρούς, Διοικητές υγειονομικών Περιφερειών, Διοικητές Νοσοκομείου, Πολιτικούς, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, γενικά το κοινό, ή οποιοδήποτε άλλο φορέα, με κριτήριο την καταλληλότητά και τη χρησιμότητά τους στη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία κατανομής των κονδυλίων, μεταξύ προγραμμάτων φροντίδας υγείας, για τρεις υποθετικές διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού.

Από τις απαντήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας διαπιστώνεται ότι την πρώτη θέση στην ιεράρχηση, καταλαμβάνει η ομάδα των ιατρών, τη δεύτερη θέση οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, την τρίτη κάποιος άλλος φορέας εκτός των προαναφερθέντων (οι οποίοι θα αναλυθούν παρακάτω). Οι Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ), καταλαμβάνουν την τέταρτη θέση στη συγκεκριμένη ιεράρχηση. Οι Διοικητές των Νοσοκομείων την πέμπτη ενώ στην έκτη θέση συναντάμε το κοινό. Οι Πολιτικοί και πάλι καταλαμβάνουν τη τελευταία θέση.

Το ίδιο αποτέλεσμα - όσον αφορά τις δύο πρώτες θέσεις στην ιεράρχηση - συναντάμε και στα αποτελέσματα των απαντήσεων των ιατρών. Την πρώτη θέση λοιπόν, καταλαμβάνει η ομάδα των ιατρών, τη δεύτερη θέση οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, την τρίτη οι Διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ), και την τέταρτη θέση οι Διοικητές των Νοσοκομείων. Το κοινό γενικότερα βρίσκεται στην πέμπτη θέση, στην έκτη θέση οι Πολιτικοί, και στην τελευταία θέση συναντάμε την επιλογή «άλλος» (Πίνακας 6.2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2

Ιεράρχηση ομάδων του κοινωνικού συνόλου, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους, στη διαδικασία κατανομής χρημάτων, σε προγράμματα φροντίδας σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>		<i>Ιατροί</i>	
	<i>Μ.Ο*</i>	<i>Ιεράρχηση</i>	<i>Μ.Ο*</i>	<i>Ιεράρχηση</i>
<i>Ιατροί</i>	2,39	1η	2,04	1η
<i>Διοικητές Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ)</i>	2,78	4η	2,84	3η
<i>Διοικητές Νοσοκομείων</i>	2,96	5η	2,89	4η
<i>Πολιτικοί</i>	3,57	7η	3,33	6η
<i>Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους</i>	2,24	2η	2,51	2η
<i>Γενικά το κοινό</i>	3,12	6η	3,07	5η
<i>Άλλος</i>	2,61	3η	3,50	7η

Ερώτηση 11. Ιεραρχείστε τις παρακάτω ομάδες ατόμων, αρχίζοντας από το 1, καθορίζοντας έτσι ποιας ομάδας οι απόψεις θεωρείτε ότι θα ήταν χρήσιμες στη διαδικασία κατανομής κονδυλίων μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων

**Ο Μέσος Όρος προκύπτει από το άθροισμα των τιμών που έχει επιλέξει το σύνολο των ερωτηθέντων, δια του 300 για τους απλούς πολίτες, και δια του 100 για τους ιατρούς. Η ιεράρχηση είναι εσωτερική, γι' αυτό το λόγο, η μικρότερη μέση τιμή, αντιστοιχεί στην πρώτη θέση στην ιεράρχηση ενώ η μεγαλύτερη μέση τιμή αντιστοιχεί στην έβδομη θέση*

Όσοι από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας απάντησαν στην ερώτηση με τη επιλογή 'Άλλος', προσδιόρισαν ότι οι απόψεις των κοινωνικών φορέων προνοιακού χαρακτήρα, των ερευνητικών ομάδων κοινωνιολογικών θεμάτων, καθώς και της τοπικής αυτοδιοίκησης, θα ήταν χρήσιμες στη διαδικασία κατανομής κονδυλίων.

6.3 Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Στη συγκεκριμένη ερώτηση (ερώτηση 12), οι 249 χρήστες υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι 65 ιατροί οι οποίοι είχαν απαντήσει θετικά στην ερώτηση 10 α, καλούνται να διανείμουν ένα υποθετικό ποσό 10.000.000€, σε δύο προγράμματα φροντίδας υγείας, εκ των οποίων το ένα απευθύνεται σε μια ομάδα ατόμων που αποτελείται από 10.000 άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, με μέσο όρο ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος 10.000€ (Πρόγραμμα Α), ενώ το άλλο πρόγραμμα φροντίδας υγείας (Πρόγραμμα Β), απευθύνεται σε 10.000 άτομα υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με μέσο όρο ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος 40.000€.

Όσον αφορά λοιπόν, την ομάδα των χρηστών υπηρεσιών υγείας, ένα ποσό των 7.570.000€, θα πρέπει να δαπανηθεί για το Πρόγραμμα Α, ενώ ένα ποσό των 2.430.000€, θα πρέπει να δαπανηθεί για το Πρόγραμμα Β. Αντίστοιχα η ομάδα των 65 ιατρών δήλωσε ότι ένα ποσό 7.610.000€ θα πρέπει να αποδοθεί, για την υλοποίηση του Προγράμματος Α, και 2.390.000€ για την υλοποίηση του Προγράμματος Β. Τα αποτελέσματα εμφανίζονται σε συνοπτικό πίνακα (Πίνακας 6.3 – Διάγραμμα Δ.6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3

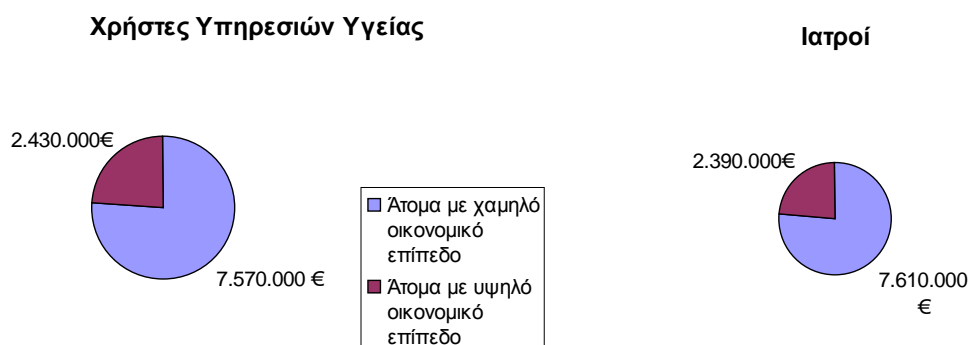
Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

	Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας	Ιατροί
Πρόγραμμα Α	7,57 εκ.€	7,61 εκ.€
Πρόγραμμα Β	2,43 εκ.€	2,39 εκ.€
ΣΥΝΟΛΟ	10 εκ.€	10 εκ.€

Ερώτηση 12. Προσδιορίστε πώς θα μοιράσετε ένα επιπλέον ποσό 10.000.000€, μεταξύ των δύο παρακάτω προγραμμάτων (θεωρείστε ότι το όφελος για την υγεία είναι το ίδιο, και η μόνη διαφορά μεταξύ τους είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των δύο πληθυσμιακών ομάδων)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Δ.6

Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο



Από τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας στις παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις μεταξύ της ομάδας των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, για την κατανομή 10.000.000€, σε προγράμματα τα οποία απευθύνονται σε δύο ομάδες με διαφορετικό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, έχουμε να επισημάνουμε ότι για κανένα πρόγραμμα, δεν επιβεβαιώθηκε στατιστική σημαντικότητα (Πίνακας 6.3α).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3α

Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας στην κατανομή 10.000.000€ μεταξύ προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (t-test)

		Mean*	SD	t	df	ρ
Πρόγραμμα Α	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	7,57εκ€	1,20	-0,124	309	NS
	Ιατροί	7,61εκ€	1,63			
Πρόγραμμα Β	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	2,43εκ€	1,20	-0,104	309	NS
	Ιατροί	2,39	1,19			

Προσδιορίστε πώς θα μοιράσετε ένα επιπλέον ποσό 10.000.000€, μεταξύ των δύο παρακάτω προγραμμάτων (θεωρείστε ότι το όφελος για την υγεία είναι το ίδιο, και η μόνη διαφορά μεταξύ τους είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των δύο πληθυσμιακών ομάδων)

6.4 Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τεσσάρων προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε τέσσερις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού

Στη συγκεκριμένη ερώτηση (ερώτηση 13), οι 249 χρήστες υπηρεσιών υγείας καθώς και οι 65 ιατροί που απάντησαν θετικά στην ερώτηση 10 α, καλούνται να διανείμουν ένα υποθετικό ποσό των 10.000.000€, σε τέσσερα προγράμματα φροντίδας υγείας, εκ των οποίων το ένα απευθύνεται σε ομάδα 10.000 νεογέννητων μωρών (Πρόγραμμα Α), το δεύτερο (Πρόγραμμα Β) σε 10.000 παιδιά, το τρίτο σε 10.000 ενήλικες εργαζομένους (Πρόγραμμα Γ) και το Πρόγραμμα Δ, σε 10.000 ηλικιωμένους.

Όσον αφορά λοιπόν, την ομάδα των χρηστών υπηρεσιών υγείας, το ποσό των 2.750.000€, θα πρέπει να δαπανηθεί για τη λειτουργία του Προγράμματος Α, το ποσό των 3.110.000€, θα πρέπει να δαπανηθεί για το Πρόγραμμα Β, το οποίο απευθύνεται σε 10.000 παιδιά, για το Πρόγραμμα Γ, θα πρέπει να δαπανηθούν 2.600.000€ και για το Πρόγραμμα Δ, το οποίο απευθύνεται σε 10.000 ηλικιωμένους, θα πρέπει να δαπανηθούν 1.780.000€

Αντίστοιχα οι 65 ιατροί που απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση δήλωσαν ότι τα 1.860.000€ θα πρέπει να δαπανηθούν, για την υλοποίηση του Προγράμματος Α, τα 3.450.000€ για την υλοποίηση του Προγράμματος Β. Για το Πρόγραμμα Γ, θα πρέπει να δαπανηθούν 2.890.000€, και τέλος για το Πρόγραμμα Δ, θα πρέπει να δαπανηθούν 1.800.000€ (Πίνακας 6.4 – Διάγραμμα Δ.7)

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4

Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τεσσάρων προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε τέσσερις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού

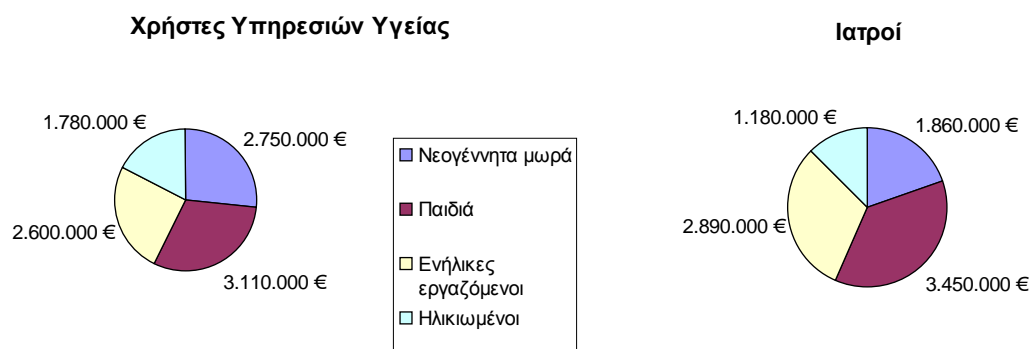
	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>	<i>Ιατροί</i>
<i>Πρόγραμμα Α</i>	<i>2,75 εκ.€</i>	<i>1,86 εκ.€</i>
<i>Πρόγραμμα Β</i>	<i>3,11 εκ.€</i>	<i>3,45 εκ.€</i>
<i>Πρόγραμμα Γ</i>	<i>2,60 εκ.€</i>	<i>2,89 εκ.€</i>
<i>Πρόγραμμα Δ</i>	<i>1,78 εκ.€</i>	<i>1,80 εκ.€</i>
ΣΥΝΟΛΟ	10,24 εκ.€*	10 εκ.€

Ερώτηση 13. Προσδιορίστε πώς θα μοιράσετε ένα επιπλέον ποσό 10.000.000€, μεταξύ των τεσσάρων προγραμμάτων που ακολουθούν (θεωρείστε ότι το όφελος για την υγεία είναι το ίδιο, και η μόνη διαφορά μεταξύ τους είναι η ηλικία των πληθυσμιακών ομάδων)

*Το πλεόνασμα που εμφανίζεται οφείλεται στην απροσεξία ορισμένων από τους ερωτηθέντες χρήστες υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι κάνοντας την κατανομή μεταξύ των τριών προγραμμάτων, δεν φρόντισαν το άθροισμα να είναι ίσο με 10.000.000€, όπως έπρεπε

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Δ.7

Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τεσσάρων προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε τέσσερις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού



Από τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας στις παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις στην κατανομή 10.000.000€, στα τέσσερα προγράμματα τα οποία απευθύνονται σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού, έχουμε να παρατηρήσουμε ότι η διαφοροποίηση επιβεβαιώθηκε για: α) την κατανομή των 10.000.000€, στο πρόγραμμα Α, το οποίο απευθύνεται σε 10.000 νεογέννητα μωρά ($\rho=0,000$), β) την κατανομή των 10.000.000€, στο πρόγραμμα Β, το οποίο απευθύνεται σε 10.000 παιδιά ($\rho=0,012$) (Πίνακας 6.4 α).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4α

Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας στην κατανομή 10.000.000€ μεταξύ τεσσάρων προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε τέσσερις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού (*t*-test)

		<i>Mean*</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>ρ</i>
Πρόγραμμα Α	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	2,75εκ.€	11,15	4,365	308	0,000
	Ιατροί	1,86εκ.€	1,05			
Πρόγραμμα Β	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	3,11εκ.€	2,78	-2,542	308	0,012
	Ιατροί	3,45εκ.€	1,41			
Πρόγραμμα Γ	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	2,60εκ.€	2,05	-0,640	308	NS
	Ιατροί	2,80εκ.€	1,61			
Πρόγραμμα Δ	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	1,78εκ.€	1,71	-0,242	308	NS
	Ιατροί	1,80εκ.€	1,35			

Προσδιορίστε πώς θα μοιράσετε ένα επιπλέον ποσό 10.000.000€, μεταξύ των δύο παρακάτω προγραμμάτων (θεωρείστε ότι το όφελος για την υγεία είναι το ίδιο, και η μόνη διαφορά μεταξύ τους είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των δύο πληθυσμιακών ομάδων)

6.5 Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ δύο προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε δύο ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό επίπεδο υγείας

Στη συγκεκριμένη ερώτηση (ερώτηση 14), οι 249 χρήστες υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι 65 ιατροί οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, καλούνται να διανείμουν ένα υποθετικό ποσό των 10.000.000€, σε δύο προγράμματα φροντίδας υγείας, εκ των οποίων το ένα απευθύνεται σε μια ομάδα ατόμων που αποτελείται από 10.000 άτομα με χαμηλό επίπεδο υγείας, με μέσο όρο προσδόκιμου ζωής τα 60 χρόνια (Πρόγραμμα Α), ενώ το άλλο (Πρόγραμμα Β), απευθύνεται σε 10.000 άτομα με υψηλό επίπεδο υγείας και με μέσο όρο προσδόκιμου ζωής τα 80 χρόνια.

Όσον αφορά λοιπόν, τους 249 χρήστες υπηρεσιών υγείας, ένα ποσό των 7.070.000€, θα πρέπει να δαπανηθεί για τη λειτουργία του Προγράμματος Α, ενώ ένα ποσό των 2.930.000€, θα πρέπει να δαπανηθεί για το Πρόγραμμα Β, το οποίο απευθύνεται σε 10.000 άτομα με υψηλό επίπεδο υγείας.

Αντίστοιχα η ομάδα των 65 ιατρών, δήλωσαν ότι τα 6.980.000€, από τα 10.000.000€, θα πρέπει να αποδοθούν, για την υλοποίηση του Προγράμματος Α, και 3.020.000€ για την υλοποίηση του Προγράμματος Β (Πίνακας 6.5 – Διάγραμμα Δ.8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5

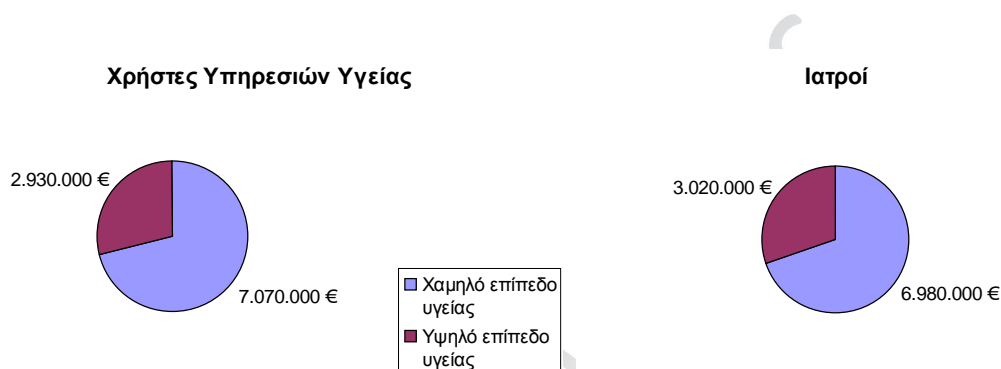
Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ δύο προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε δύο ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό επίπεδο υγείας

	<i>Χρήστες Υπηρεσιών Υγείας</i>	<i>Ιατροί</i>
<i>Πρόγραμμα Α</i>	<i>7,07 εκ.€</i>	<i>6,98 εκ.€</i>
<i>Πρόγραμμα Β</i>	<i>2,93 εκ.€</i>	<i>3,02 εκ.€</i>
ΣΥΝΟΛΟ	10 εκ.€	10 εκ.€

Ερώτηση 14: Προσδιορίστε πως θα κατανείματε το ποσό των 10.000.000€, μεταξύ των δύο προγραμμάτων που ακολουθούν (θεωρείστε ότι το όφελος για την υγεία θα είναι το ίδιο και η μόνη διαφορά μεταξύ τους θα είναι το επίπεδο υγείας των πληθυσμιακών ομάδων)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Δ.8

Κατανομή 10.000.000€ μεταξύ δύο προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε δύο ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό επίπεδο υγείας



Από τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας στις παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις μεταξύ της ομάδας των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, για την κατανομή 10.000.000€, σε προγράμματα τα οποία απευθύνονται σε δύο ομάδες με διαφορετικό προσδόκιμο ζωής, διαπιστώνεται ότι για κανένα πρόγραμμα, δεν επιβεβαιώθηκε στατιστική σημαντικότητα. Επομένως μιλάμε για ταύτιση απόψεων, στη συγκεκριμένη ενότητα προγραμμάτων φροντίδας υγείας (Πίνακας 6.5α).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5α

Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας στην κατανομή 10.000.000€ μεταξύ δύο προγραμμάτων φροντίδας υγείας, τα οποία απευθύνονται σε δύο ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαφορετικό επίπεδο υγείας (*t*-test)

		<i>Mean*</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>ρ</i>
Πρόγραμμα Α	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	7,07εκ.€	3,70	-0,640	308	NS
	Ιατροί	6,98εκ.€	1,80			
Πρόγραμμα Β	Χρήστες Υπηρεσιών υγείας	2,93εκ.€	1,52	-0,242	308	NS
	Ιατροί	3,02εκ.€	1,80			

Προσδιορίστε πως θα κατανείμαστε το ποσό των 10.000.000€, μεταξύ των δύο προγραμμάτων που ακολουθούν (θεωρείστε ότι το όφελος για την υγεία θα είναι το ίδιο και η μόνη διαφορά μεταξύ τους θα είναι το επίπεδο υγείας των πληθυσμιακών ομάδων)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

7.1. Συζήτηση

Αρχικά θα πρέπει να γίνει μια αναφορά, στα δημογραφικά στοιχεία των δύο ερωτηθέντων ομάδων. Πιο συγκεκριμένα λοιπόν, παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία του δείγματος των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι γυναίκες και αυτό είναι απόλυτα λογικό διότι σύμφωνα με την Απογραφή του 2001, της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσία η πλειοψηφία του πληθυσμού της Ελλάδας είναι γυναίκες (ΕΣΥΕ, 2001). Αντίστοιχα η πλειοψηφία του δείγματος των ιατρών είναι άνδρες, πράγμα το οποίο είναι και πάλι λογικό, διότι στη χώρα μας –ίσως λόγω κοινωνικών ιδεολογιών- το επάγγελμα του ιατρού είναι κυρίως ‘γένους αρσενικού’. Συνεχίζοντας τη μελέτη των δημογραφικών στοιχείων των δύο ομάδων, διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των πολιτών δηλώνει ως οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα 1000-2000€ και αυτό είναι φυσικό διότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι από 35-44 ετών που σημαίνει ότι μπορεί να είναι παντρεμένοι. Άρα με την εισαγωγή στο ‘νοικοκυριό’ δύο μισθών μηνιαίως, το συνολικό οικογενειακό εισόδημα ανέρχεται στα 2000€. Αντίστοιχα είναι απόλυτα λογικό οι ιατροί να δηλώνουν εισόδημα άνω των 2000€, διότι η πλειοψηφία είναι από 46-64 ετών, άρα πρόκειται για ιατρούς με εμπειρία και ίσως με δικό τους ιατρείο. Παράδοξο για τα δεδομένα της Ελλάδας φαίνεται το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό τόσο των πολιτών όσο και των ιατρών έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Σε αντίθεση με το ποσοστό του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα, σύμφωνα με το οποίο μόλις το 10% των ελλήνων πολιτών έχει ιδιωτική ασφάλιση. Επίσης διαπιστώνουμε ότι ενώ οι περισσότεροι χρήστες υπηρεσιών υγείας θεωρούν ότι η υγεία τους βρίσκεται σε ένα καλό επίπεδο, οι ιατροί δηλώνουν ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι λόγω επαγγέλματος, οι ιατροί κάνουν συχνότερα ιατρικές εξετάσεις και είναι πιο προσεκτικοί, σε αντίθεση με τους απλούς πολίτες. Τέλος είναι ιδιαίτερα παράδοξο το ότι η πλειοψηφία των πολιτών και των ιατρών, δηλώνουν ότι δεν έχουν καπνίσει ποτέ, σε αντίθεση με μελέτες που δείχνουν ότι ο ένας στους τρεις ενήλικες καπνίζει συστηματικά ενώ το 36,8% των ατόμων από 15 έως 24 ετών καπνίζουν επίσης συστηματικά (Αντικαρκινική Εταιρία, 1998).

Από την ανάλυση των κύριων ευρημάτων της μελέτης αυτής, διαπιστώνεται ότι τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας, όσο και οι ιατροί θέτουν ως βασική προτεραιότητα, για χρηματοδότηση, τις χειρουργικές επεμβάσεις, και θεραπευτικές παρεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, με τις οποίες αντιμετωπίζονται καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών (καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.α). Σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των προτιμήσεων των δύο ομάδων, παρατηρείται στη δεύτερη και τρίτη θέση της ιεράρχησης, όπου οι πολίτες θέτουν ως βασική προτεραιότητα για χρηματοδότηση τις θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά, με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους, σε αντίθεση με την ομάδα των ιατρών οι οποίοι δίνουν προτεραιότητα στις υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής της υγείας, καθώς και προληπτικές δράσεις (διατροφή, οικογενειακός προγραμματισμός, εμβολιασμοί κ.α). Ίσως αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ιατροί γνωρίζουν καλύτερα την αποτελεσματικότητα και τη σπουδαιότητα των προληπτικών δράσεων, σε αντίθεση με τους πολίτες. Ανάγκη για προαγωγή της υγείας, και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής, παρατηρείται και σε ανάλογη έρευνα, για τον τρόπο κατανομής των κονδυλίων του Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (Lees A. et.al, March 2002). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι διαφοροποίηση απόψεων, μεταξύ χρηστών υπηρεσιών υγείας και ιατρών παρατηρείται και στην τελευταία θέση στην ιεράρχηση. Οι πολίτες θέτουν ως τελευταία προτεραιότητα τις θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας, άνω των 75 ετών με ασθένειες οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους, σε αντίθεση με ανάλογη έρευνα στην οποία υποστηρίζεται ότι θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στις ανάγκες των ηλικιωμένων και όχι των νέων (Lees A., et.al 2002). Αντίστοιχα οι ιατροί στην τελευταία θέση 'τοποθετούν' τις μονάδες εντατικής θεραπείας για πρόωρα νεογνά. Σε ένα γενικό πλαίσιο, θα τολμούσαμε να πούμε, ότι οι απόψεις των ιατρών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας, ταυτίζονται, όσον αφορά και θεραπευτικές παρεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας (μεταμοσχεύσεις κ.α), τις υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον και υπηρεσίες αποκατάστασης, τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, τη μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν και τις χειρουργικές επεμβάσεις, για την υποβοήθηση ατόμων (αντικατάσταση ισχίου κ.α). Είναι προφανές λοιπόν ότι οι υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον και αποκατάστασης, οι ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα, η μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών, καθώς και οι θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών καταλαμβάνουν τις τελευταίες θέσεις. Αυτό ίσως να οφείλεται στη χαμηλή εκπροσώπηση των συγκεκριμένων ομάδων

στο δείγμα. Από την άλλη όμως γίνεται εμφανής η μειωμένη αλληλεγγύη καθώς και η περιορισμένη ευαισθησία του δείγματος για τους συνανθρώπους μας που βρίσκονται σε δύσκολη θέση από άποψη υγείας. Ανάλογη συμπεριφορά εκδηλώνουν, σύμφωνα με έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Λονδίνου, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στη Μεγάλη Βρετανία, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι βασική προτεραιότητα για χρηματοδότηση, αποτελούν οι θεραπευτικές αγωγές για παιδιά με σοβαρά νοσήματα, και αντίστοιχα στη τελευταία θέση της ‘πυραμίδας’, τοποθετούν τη μακροχρόνια φροντίδα για άτομα άνω των 75 ετών (Bowling A., 1996). Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι στην ίδια έρευνα, η ειδική νοσοκομειακή φροντίδα και η ανακούφιση από τον πόνο σε άτομα που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν, αποτελεί βασική προτεραιότητα, σε αντίθεση με τα δικά μας ευρήματα, τα οποία κατατάσσουν τη συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας στην όγδοη (χρήστες υπηρεσιών υγείας) και έβδομη θέση(ιατροί), αντίστοιχα.

Πιο αναλυτικά, λοιπόν θα μπορούσαμε να πούμε ότι διακρίνεται ανάγκη για χρηματοδότησή των χειρουργικών επεμβάσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων υψηλής τεχνολογίας (καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.α), όχι μόνο επειδή αποτελούν βασικούς παράγοντες, αντιμετώπισης σοβαρών καταστάσεων, που είναι επικίνδυνες για τη ζωή των ασθενών, αλλά κυρίως επειδή στην Ελλάδα, δεν έχει δοθεί η πρέπουσα σημασία, και κατ’ επέκταση η αναγκαία χρηματοδότηση για την υλοποίησή και την ανάπτυξη τους. Είναι εύλογο λοιπόν, να υπάρχει άμεση ανάγκη για χρηματοδότησης τους, ακριβώς επειδή υπάρχει έλλειψη πληροφόρησης για τη σπουδαιότητα των συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας. Είναι εύκολο να κατανοήσουμε το αποτέλεσμα της έρευνας αν λάβουμε υπόψη μας, το γεγονός ότι η χώρα μας είναι η τελευταία για σειρά ετών, ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα των μεταμοσχεύσεων (Newsletter Transplant, 2000). Παρατηρείται μεγάλη δυσκολία στην εύρεση μοσχεύματος και στην προοπτική της μεταμόσχευσης στην πατρίδα μας (Παράρτημα Δ-Πίνακας Δ). Σύμφωνα με μελέτες αυτό που είναι άξιο αναφοράς είναι, ότι έχουμε το υψηλότερο ποσοστό θανάτων από τροχαία ατυχήματα, αλλά είμαστε η τελευταία χώρα της Ευρώπης όσον αφορά τη δωρεά οργάνων, με αποτέλεσμα σήμερα οι μεταμοσχεύσεις να βρίσκονται σε οριακό σημείο. Το 1997 έγιναν 1.892 θανατηφόρα ατυχήματα στην Ελλάδα με 2.141 νεκρούς και το 1998 έγιναν 1.980 θανατηφόρα ατυχήματα με 2.229 νεκρούς. Το 1997 αναφέρθηκαν 77 πτωματικοί δότες από τους οποίους αξιοποιήθηκαν μόνο οι 38 κυρίως λόγω αρνήσεως των εγγύτερων συγγενών. Το 1998 αναφέρθηκαν 74 πτωματικοί δότες και αξιοποιήθηκαν οι 57. Οι 17 πτωματικοί

δότες δεν αξιοποιήθηκαν λόγω αρνήσεως των εγγύτερων συγγενών ή ιατρικών αντενδείξεων (EOM).

Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν άτομα που περιμένουν 10-15 και 20 χρόνια για ένα μόσχευμα, ενώ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης(Γαλλία) το χρονικό διάστημα των 10-15 μηνών είναι πάρα πολύ μεγάλο (OECD, 1999). Τα αίτια της έλλειψης μοσχευμάτων ανάγονται κυρίως στην μη ενημέρωση, σχετικά με το νόημα και τη σπουδαιότητα της ιδέας της δωρεάς οργάνων. Μια ιδέα που δοκιμάζεται λόγω της παραπληροφόρησης, της αδιαφορίας, της καχυποψίας ,και γιατί όχι και λόγω των θρησκευτικών αντιλήψεων του ελληνικού κοινού.

Ένας άλλος βασικός παράγοντας είναι το γεγονός ότι στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στην Αθήνα, δεν υπάρχουν οργανωμένα μεταμοσχεύτηκα κέντρα. Απλά, γίνονται χειρουργικές επεμβάσεις και οι χειρουργημένοι μεταφέρονται σε κάποιο χώρο για ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Η κατάσταση αυτή και η θέση στην οποία βρίσκεται η χώρα μας, στον τομέα των μεταμοσχεύσεων , φαίνεται σε αντίστοιχους πίνακες (Παράρτημα Δ-Πίνακας Α,Β,Γ), με στατιστικά και κατ' επέκταση συγκριτικά στοιχεία, για τη διεξαγωγή μεταμοσχεύσεων σε Ελλάδα και σε εξωτερικό. Πιο συγκεκριμένα, παρατίθενται, τα ποσοστά πτωτικών ,δοτών πολλαπλών οργάνων, των μεταμοσχεύσεων νεφρού, καρδιάς, πνευμόνων, ήπατος , παγκρέατος, συγκριτικά με Γαλλία, ΗΠΑ , Ισπανία, Κύπρο, Μ. Βρετανία, Πορτογαλία, Βέλγιο, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Αυστρία, για τη χρονική περίοδο 1999-2001.

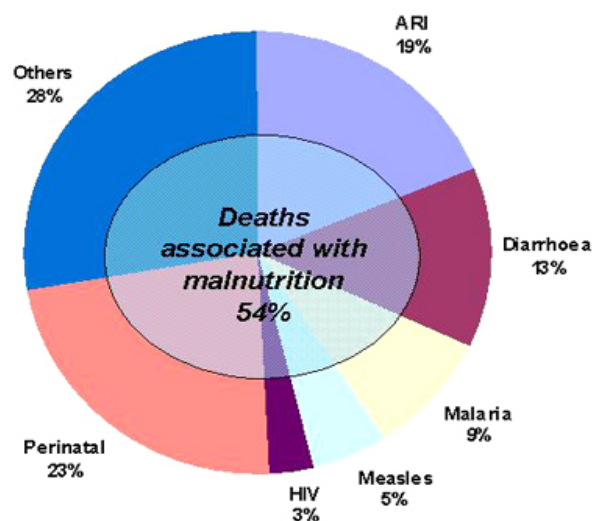
Φυσικά άξια λόγου είναι η συνεισφορά και το αξιόπαινο έργο που διεξάγει ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ).Πρόκειται για ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ιδρύθηκε με τον Ν. 2737/1999, και έχει ως νομοθετημένη αρμοδιότητα τη χάραξη της στρατηγικής της χώρας μας για την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων. Εκτός των άλλων, ο Ε.Ο.Μ. εισηγείται τα ανάλογα μέτρα για την επίτευξη του σκοπού του καθώς επίσης ηγείται και της παρακολούθησης της μεταμοσχευτικής δραστηριότητας στην πατρίδα μας αλλά και παρακολουθεί τις αντίστοιχες εξελίξεις στο διεθνή χώρο μέσω των εκπροσώπων και της παρουσίας του.

Παρά τις προσπάθειες, για ενημέρωση και πληροφόρηση για τη σπουδαιότητα των μεταμοσχεύσεων, παρατηρείται μια στασιμότητα στην πορεία των συγκεκριμένων χειρουργικών επεμβάσεων, στην Ελλάδα Οι αιτίες της στασιμότητας αυτής είναι, σίγουρα, πολλές αλλά οι σημαντικότερες πρέπει να αναζητηθούν:

- στην ελλιπή και εσφαλμένη ενημέρωση ή παραπληροφόρηση του πληθυσμού που συχνά πέφτει θύμα διογκωμένης φημολογίας
- στις διάφορες προλήψεις που συνοδεύουν το τέλος της ζωής και
- φυσικά, στην άγνοια και το φόβο που σχετίζονται με κάθε τι άγνωστο και πρωτόγνωρο.

Συνεχίζοντας την επισκόπηση των αποτελεσμάτων, σχετικά με τις προτεραιότητες για χρηματοδότηση γίνεται άμεσα αντιληπτή η ανάγκη για χρηματοδότηση των θεραπευτικών αγωγών σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους. Παγκοσμίως, τα παιδιά σήμερα έχουν τις μισές πιθανότητες να πεθάνουν πριν από τα πέντε τους χρόνια από ότι πριν από 40 χρόνια. Στις αρχές της δεκαετίας του 60 σχεδόν 1 στα 5 παιδιά πέθαινε πριν φτάσει τα πέντε του χρόνια. Το 2002, το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε λιγότερο από το 1 στα 12, ένα ποσοστό που εξακολουθεί να είναι απαράδεκτα υψηλό, καθώς αντιπροσωπεύει 11.000.000 θανάτους παιδιών που θα μπορούσαν να προληφθούν (EIP/WHO, 2000). Το γράφημα που ακολουθεί δείχνει τα κυριότερα αίτια θανάτου των παιδιών, παγκοσμίως, για το έτος 2002.

Major causes of death among children under five, worldwide, 2000



Sources:

For cause-specific mortality: EIP/WHO

For malnutrition: Pelletier DL, et al.. AMJ Public Health 1998; 88:1130-3.

Ο κόσμος γνωρίζει τι χρειάζεται για να βελτιωθεί η παιδική υγεία και επιβίωση και ότι εκατομμύρια μικρά παιδιά μπορούν να σωθούν με βασικές ,οικονομικές παρεμβάσεις όπως εμβόλια, αντιβιοτικά συμπληρώματα διατροφής, προώθηση μητρικού θηλασμού. Ήδη έχει διαπιστωθεί πως η παροχή συμπληρωμάτων διατροφής μπορεί να προλάβει 250.000 ζωές κάθε χρόνο ,η θεραπεία ενυδάτωσης από το στόμα μπορεί να προλάβει 1.000.000 θανάτους ,προγράμματα εμβολιασμών μπορούν να προστατέψουν τη ζωή σχεδόν 4.000.000 παιδιών.

Το 1990 η χώρα μας είχε δείκτη παιδικής θνησιμότητας κάτω των 5 ετών, 11 στα 1.000 τον οποίο βελτίωσε το 2002 στο, 5 στα 1.000 πετυχαίνοντας μέσο ετήσιο ρυθμό προόδου για την περίοδο 1990-2015, 2,3%. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η Ελλάδα να συμπεριλαμβάνεται μέσα στις πρώτες δέκα χώρες που παρουσίασαν την μεγαλύτερη βελτίωση στα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας των ετών από το 1990 (Unicef, 2000).

Πιο συγκεκριμένα :

	ΧΩΡΑ	ΜΕΣΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΕΤΗΣΙΑΣ ΠΡΟΟΔΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ (%)
1	Μάλτα	8.6
2	Μαλαισία	8.0
3	Αίγυπτος	7.8
4	Πορτογαλία	7.6
5	Ομάν	7.0
6	Δανία	6.8
7	Νορβηγία	6.8
8	Τσεχία	6.6
9	Ελλάδα	6.6
10	Λιβύη	6.6

Πηγή: ΚΕΠΠΑ, 2002

Μία από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς, υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης. Γι' αυτό το λόγο τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και οι ιατροί, θέτουν τις υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής υγείας, μέσα στις τρεις πρώτες προτεραιότητες, για χρηματοδότηση, στο Ε.Σ.Υ. Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής - νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα

ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και πρόσφατα το AIDS. Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται ή αδυνατούν ακόμα να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καταναλώνονται από το θεραπευτικό - νοσοκομειακό τομέα.

Αυτά τα δύο φαινόμενα, των υψηλών δαπανών και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας, που συνιστούν την πολυσυζητημένη κρίση της σύγχρονης ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη της Πρόληψης, μια που όλα σχεδόν τα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας είναι αιτιολογικά συνυφασμένα με το σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Η προαγωγή υγείας επικεντρώνεται περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής, παρά στα μεμονωμένα άτομα που διατρέχουν κάποιο συγκεκριμένο κίνδυνο να αρρωστήσουν. Καθιστά τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνη δράση για την υγεία τους, που αποτελεί σημαντικό συντελεστή της καθημερινής τους ζωής. Η επιδίωξη αυτή απαιτεί πλήρη και συνεχή πρόσβαση στην πληροφόρηση για θέματα υγείας και τη μέγιστη δυνατή κοινοποίηση όλων των σχετικών πληροφοριών στο σύνολο του πληθυσμού. Ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά, τα ατυχήματα, τα ψυχικά νοσήματα, τα χρόνια εκφυλιστικά και ορισμένα σύγχρονα λοιμώδη (π.χ. AIDS), θα μπορούσαν να καταπολεμηθούν σε μεγάλο βαθμό αν ο άνθρωπος τροποποιούσε ορισμένες ανθυγιεινές καθημερινές του συνήθειες και βελτίωνε το περιβάλλον του. Γι' αυτό και η αποτελεσματικότητα κάθε πολιτικής υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το επίπεδο συνειδητότητας του πληθυσμού στα θέματα που αφορούν την υγεία του και από την ετοιμότητα και την αποφασιστικότητα του καθένα ατομικά και όλων μαζί συλλογικά για εποικοδομητική δράση στην υπόθεση της υγείας.

Όσον αφορά τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία κατανομής χρημάτων, σε Προγράμματα Πρόληψης, τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και το δείγμα των ιατρών, θεωρούν ότι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο η γνώμη η δική τους όσο και η γνώμη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου, όπως των κοινωνικών λειτουργών, των ιατρών οι οποίοι είναι εξειδικευμένοι στην επιδημιολογία, των αρμόδιων φορέων του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Οικονομικών και ατόμων με εξειδικευμένες γνώσεις, αντικειμενική και τεκμηριωμένη άποψη. Εύλογα λοιπόν, δημιουργείται η εντύπωση ότι οι πολίτες νιώθουν την ανάγκη να συμμετέχουν, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με προγράμματα πρόληψης, και κυρίως επιζητούν

να 'ακούγεται', η άποψή τους, για τέτοιου είδους θέματα. Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα, είναι αναγκαίο η Πολιτεία να 'αφουγκράζεται', τη γνώμη και τους προβληματισμούς των πολιτών, έτσι ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, να βελτιώνονται και να ανταποκρίνονται όλο και περισσότερο στις απαιτήσεις τους, διότι πολύ απλά, αυτοί είναι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Συγκρίνοντας τα στοιχεία της παρούσας έρευνας, με αντίστοιχη έρευνα σε πολίτες και ιατρούς στην Αυστραλία (Wiseman V., 2005), διαπιστώνεται ότι ενώ και στις δύο χώρες επιζητάτε η συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας αλλά και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων, οι Αυστραλιανοί πολίτες επιθυμούν να συμμετέχουν κατά πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από τους ιατρούς (78%), ενώ οι Έλληνες πολίτες φαίνονται να επιθυμούν τη συμμετοχή τους κατά τη λήψη αποφάσεων για την κατανομή κονδυλίων σε προγράμματα πρόληψης σε λίγο χαμηλότερο βαθμό, απ' ότι οι ιατροί. Βέβαια θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, και η άποψη ορισμένων χρηστών υπηρεσιών υγείας και ιατρών, οι οποίοι θεωρούν ότι δεν είναι δυνατόν να ερωτώνται οι απλοί πολίτες ή οι ιατροί, για θέματα σχετικά με την κατανομή κονδυλίων, σε προγράμματα πρόληψης, λόγω έλλειψης κατάλληλης κατάρτισης, και εξειδίκευσης, και αυτό είναι απόλυτα λογικό, διότι ένας απλός πολίτης δεν μπορεί να είναι ούτε αντικειμενικός, ούτε να έχει τις κατάλληλες γνώσεις, σχετικά με την κατανομή οικονομικών πόρων, σε προληπτικά προγράμματα, παρόμοιες απόψεις αναφέρονται και στην προαναφερθείσα έρευνα στην Αυστραλία (Wiseman V., 2005). Αντίστοιχα, ένας ιατρός ο οποίος δεν εργάζεται σε μονάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ή δεν παρακολουθεί τα δρώμενα, και τις εξελίξεις στο χώρο της πρόληψης, δεν είναι σε θέση να έχει τεκμηριωμένη άποψη, για την κατανομή των κονδυλίων μεταξύ αντίστοιχων προγραμμάτων. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι λογικό οι πολίτες και οι ιατροί να επιθυμούν να συμμετέχουν, στην κατανομή χρημάτων μεταξύ προληπτικών προγραμμάτων, δεν θα πρέπει να αγνοείται όμως η έλλειψη αντικειμενικής άποψης και καταρτισμένης γνώσης.

Όσον αφορά τις ομάδες ατόμων οι οποίες θα πρέπει να συμμετέχουν κατά τη διαδικασία κατανομής χρημάτων στα προγράμματα πρόληψης, οι απόψεις των πολιτών και των ιατρών ταυτίζονται. Πιο συγκεκριμένα, τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και οι ιατροί, έχουν ιεραρχήσει στην πρώτη θέση, την ομάδα των ιατρών, στη δεύτερη τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, στην τρίτη θέση τους Διοικητές Νοσοκομείων και στην τελευταία θέση τους πολιτικούς. Εύλογα βγαίνει το συμπέρασμα ότι οι πολίτες εκτιμούν και εμπιστεύονται ιδιαίτερα την ομάδα των ιατρών, λόγω κύρους, μόρφωσης, κοινωνικής θέσης και γιατί όχι λόγω εκτέλεσης κοινωνικού λειτουργήματος. Επίσης

είναι φυσικό οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, να πρέπει να συμμετέχουν κατά τη διαδικασία κατανομής κονδυλίων στα προαναφερθέντα προγράμματα πρόληψης, διότι αποτελούν τους κύριους ενδιαφερόμενους και χρήστες των συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας, όπως αναφέρεται και σε ανάλογη έρευνα (Dicker A., Armstrong D., October 1995).

Παράδοξο αλλά ελπιδοφόρο, είναι το γεγονός ότι και οι δύο ομάδες των ερωτηθέντων φαίνεται να εμπιστεύονται τους Διοικητές Νοσοκομείων, αναγνωρίζοντας τη σημαντική συμβολή τους στην οικονομική -κυρίως-διάσταση των προγραμμάτων πρόληψης. Ανάλογα αποτελέσματα εμφανίζονται στην έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής Ιατρικής του Ακαδημαϊκού Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Άμστερνταμ, όπου οι ερωτηθέντες υποστήριξαν ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις των ειδικών επιστημόνων, των ιατρών και των Διοικητών των Νοσοκομείων, σε θέματα φροντίδας υγείας (Stronks K. et.al, July 1997). Φτάνοντας στην τελευταία θέση της ιεράρχησης, διαπιστώνεται ότι ο θεσμός του Πολιτικού, έχει απαξιωθεί. Τόσο οι πολίτες, όσο και οι ιατροί φαίνεται ότι δεν εμπιστεύονται τη γνώμη των πολιτικών, και αυτό φυσικά είναι αποτέλεσμα της μη αποδοτικής και αναποτελεσματικής διακυβέρνησης. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με εκείνα της Αυστραλίας, διαπιστώνονται αρκετές διαφοροποιήσεις. Ενώ και οι δύο χώρες τοποθετούν τους ιατρούς στην πρώτη θέση της ιεράρχησης, για συμμετοχή στην κατανομή κονδυλίων σε προγράμματα πρόληψης, οι Αυστραλιανοί στη δεύτερη θέση τοποθετούν τους οικονομολόγους υγείας και τους Διοικητές και όχι τους ασθενείς και τις οικογένειές τους όπως δηλώνει το ελληνικό δείγμα. Η συγκεκριμένη διαφοροποίηση απόψεων, ίσως οφείλεται στην αυξημένη αξιοπιστία και ικανότητα των Διοικητών Νοσοκομείων, καθώς και στην καθιέρωση του θεσμού του οικονομολόγου υγείας στην Αυστραλία, σε αντίθεση με την Ελλάδα.

Όσον αφορά την κατανομή 10.000.000€, μεταξύ των τριών προγραμμάτων πρόληψης, διαπιστώνεται μια διαφοροποίηση στις απόψεις των δύο συμμετεχόντων ομάδων. Πιο συγκεκριμένα οι χρήστες υπηρεσιών υγείας, θέτουν ως προτεραιότητα για χρηματοδότηση το Πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας των μαθητών για την αποφυγή ή το κόψιμο του καπνίσματος, σε αντίθεση με έρευνα του Πανεπιστημίου McMaster του Καναδά, σύμφωνα με την οποία οι ερωτηθέντες εμφανίζονται σχεδόν αδιάφοροι, για τα προγράμματα πρόληψης κατά του καπνίσματος (Abelson J. et.all, October 2003). Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι το συγκεκριμένο πρόβλημα δεν έχει πάρει τόσο μεγάλες διαστάσεις όσο στην Ελλάδα, όπου το 57% των μαθητών έχει καπνίσει έστω και

μια φορά ενώ το 20,8% καπνίζει συστηματικά (Αντικαρκινική Εταιρία, 1998). Αντίστοιχα οι ιατροί θέτουν ως βασική προτεραιότητα το Πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς. Αντιθέτως τόσο οι απλοί πολίτες όσο και οι ιατροί της αντίστοιχής έρευνας στην Αυστραλία, θέτουν ως βασική προτεραιότητα για χρηματοδότηση το πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι στο Αυστραλιανό δείγμα, τη δεύτερη θέση καταλαμβάνει το πρόγραμμα εμβολιασμού, με σημαντική διαφορά χρηματοδότησης από τις δύο ομάδες των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα η ομάδα των πολιτών 'δίνει' πολύ περισσότερα χρήματα για το πρόγραμμα εμβολιασμού, προφανώς λόγω μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης προς το συγκεκριμένο πρόβλημα.

Στη συγκεκριμένη ερώτηση είναι φυσικό οι απλοί πολίτες να απάντησαν με βάση τις δικές τους εμπειρίες και βιώματα. Επίσης παίζει ρόλο το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων κυμαίνεται ηλικιακά από 35 έως 44 ετών (20,3%), πράγμα το οποίο σημαίνει ότι έχουν παιδιά σε ηλικία επικίνδυνη, για να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Όσον αφορά τους ιατρούς, ίσως να έκριναν με βάση άλλους παράγοντες, και κριτήρια. Η έξαρση του φαινομένου των παιδιών μικρής ηλικίας με ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία εκδηλώνονται με αντικοινωνική συμπεριφορά, καθώς και η κατάρριψη της θεωρίας ότι τέτοιου είδους αντιδράσεις αποτελούν 'προβλήματα πολυτελείας', ίσως να οδήγησαν τους ερωτηθέντες ιατρούς στην επιλογή του συγκεκριμένου προγράμματος πρόληψης, ως πιο αναγκαίο. Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να 'έστρεψε' τους ιατρούς στην επιλογή του Προγράμματος εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς ως βασική προτεραιότητα, είναι το γεγονός ότι πολλά παιδιά με αντικοινωνική συμπεριφορά, υπάρχει περίπτωση να προσπαθήσουν να κοινωνικοποιηθούν μέσω του καπνίσματος. Σκεπτόμενοι λοιπόν την παραπάνω παραδοχή, επέλεξαν να λύσουν το πρόβλημα από τη 'ρίζα', και όχι να γίνεται ενημέρωση στους μαθητές αφού έχουν ξεκινήσει το κάπνισμα. Παρ' όλα αυτά παρατηρείται ταύτιση απόψεων μόνο στο Πρόγραμμα εμβολιασμού των ηλικιωμένων κατά της γρίπης, το οποίο καταλαμβάνει την τρίτη θέση στην κατανομή των κονδυλίων, και για τις δύο ομάδες των ερωτηθέντων.

Όσον αφορά τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία κατανομής των χρημάτων, σε χειρουργικές επεμβάσεις, όπως είναι η αντικατάσταση ισχίου, η θεραπεία γλαυκώματος στο μάτι, και το bypass, διαπιστώνεται ότι τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και το δείγμα των ιατρών, θεωρούν ότι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο η δική τους γνώμη, όσο και των άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου. Στη

συγκεκριμένη ομάδα χειρουργικών επεμβάσεων, διαπιστώνεται ταύτιση απόψεων με το δείγμα της αντίστοιχης έρευνας στην Αυστραλία, εκείνοι δηλαδή που επιζητούν περισσότερο τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων κατά την κατανομή κονδυλίων σε χειρουργικές επεμβάσεις είναι οι ιατροί. Κατά τη γνώμη των ιατρών, λοιπόν κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή των αντίστοιχων ιατρών χειρουργών, καθώς και των ερευνητικών ομάδων ιατρών, οι οποίοι γνωρίζουν τις εξελίξεις στην τεχνολογία και τα ιατρικά δρώμενα. Ανάλογη έρευνα αναφέρει ότι οι ιατροί είναι εκείνοι οι οποίοι θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων όταν πρόκειται για ιατρικά θέματα, όμως θα πρέπει να ακούγεται και η γνώμη των χρηστών των χειρουργικών επεμβάσεων, διότι είναι εκείνοι οι οποίοι πληρώνουν τους φόρους, για τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος (Cookson R., et.al, 2000). Επιπλέον, τόσο οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας όσο και οι ιατροί, θεωρούν απαραίτητη τη συμμετοχή όσων έχουν την κατάλληλη κατάρτιση, καθώς και τις κατάλληλες γνώσεις έτσι ώστε να μπορούν να έχουν άποψη, για το οικονομικό υπόβαθρο και τη σημαντικότητα των χειρουργικών επεμβάσεων (οικονομολόγοι υγείας). Παρ' όλα αυτά υπάρχει και ένα ποσοστό πολιτών, οι οποίοι, θεωρούν ότι δεν θα πρέπει να ερωτώνται οι ίδιοι, κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανομή κονδυλίων μεταξύ χειρουργικών επεμβάσεων διότι, πρόκειται για ένα καθαρά ιατρικό θέμα με οικονομικές παραμέτρους, για το οποίο θα πρέπει να ερωτώνται οι ιατροί που πραγματοποιούν τις συγκεκριμένες επεμβάσεις, και όχι οι απλοί πολίτες.

Όσον αφορά την ιεράρχηση των έξι ομάδων, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους κατά τη διαδικασία κατανομής των κονδυλίων, στις προαναφερθείσες χειρουργικές επεμβάσεις, διαπιστώνεται ότι υπάρχει διαφοροποίηση απόψεων, μεταξύ των ιατρών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας, όσον αφορά τη θέση των Διοικητών Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) και τη θέση των ασθενών. Τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και οι ιατροί θεωρούν ότι την πρώτη θέση στην ιεράρχηση θα πρέπει να καταλαμβάνουν οι ιατροί και την τελευταία θέση οι Πολιτικοί, όπως διαπιστώνεται και στην έρευνα στην Αυστραλία. Εύλογα βγαίνει το συμπέρασμα ότι οι πολίτες εκτιμούν και εμπιστεύονται ιδιαίτερα τη γνώμη των ιατρών όχι μόνο λόγω κύρους, μόρφωσης, κοινωνικής θέσης, αλλά και γιατί πρόκειται για ένα θέμα καθαρά ιατρικής φύσης. Η διαφοροποίηση των απόψεων διαπιστώνεται στη δεύτερη θέση της ιεράρχησης, όπου οι πολίτες θεωρούν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ως τη δεύτερη πιο σημαντική ομάδα για να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων, ενώ οι ιατροί επιλέγουν τους Διοικητές Υγειονομικών Περιφερειών. Σε αντίθεση με τα προαναφερθέντα αποτέλεσμα, το δείγμα των Αυστραλιανών χρηστών υπηρεσιών υγείας τοποθετεί μεν τους ιατρούς στην πρώτη

θέση της ιεράρχησης, αλλά τη δεύτερη θέση καταλαμβάνουν οι Διοικητές των Νοσοκομείων, αντίστοιχα οι ιατροί θεωρούν κατά πρώτο λόγο τους Διοικητές ως πιο σημαντικούς, τοποθετώντας το ευρύτερο κοινό και τους ιατρούς στη δεύτερη θέση της ιεράρχησης. Όσον αφορά την παρούσα έρευνα είναι πολύ φυσικό οι πολίτες κρίνοντας με βάση τον συναισθηματικό παράγοντα και τη προσωπικά τους βιώματα, να επέλεξαν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, για να συμμετέχουν κατά τη διαδικασία κατανομής κονδυλίων στα προαναφερθείσες χειρουργικές επεμβάσεις, διότι αποτελούν τους κύριους ενδιαφερόμενους και χρήστες των συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα οι ιατροί, προφανώς έκριναν και απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση με γνώμονα την οικονομικά διάσταση των χειρουργικών επεμβάσεων, και γι' αυτό το λόγο θεωρούν πιο κατάλληλους-κατά τη διαδικασία κατανομής κονδυλίων μεταξύ χειρουργικών επεμβάσεων- τους Διοικητές Υγειονομικών Περιφερειών, οι οποίοι έχουν γνώση τόσο για την αποδοτικότητα, όσο και για το κόστος των τριών επεμβάσεων, σε αντίθεση με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οι οποίοι είναι απλά οι άμεσα ενδιαφερόμενοι χρήστες.

Φτάνοντας στην τελευταία θέση της ιεράρχησης, διαπιστώνεται ότι ο θεσμός του Πολιτικού, έχει απαξιωθεί. Τόσο οι πολίτες, όσο και οι ιατροί φαίνεται ότι δεν εμπιστεύονται τη γνώμη των πολιτικών, και αυτό φυσικά είναι αποτέλεσμα της μη αποδοτικής και αναποτελεσματικής διαχείρισης των κονδυλίων, στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας τις τελευταίες δεκαετίες.

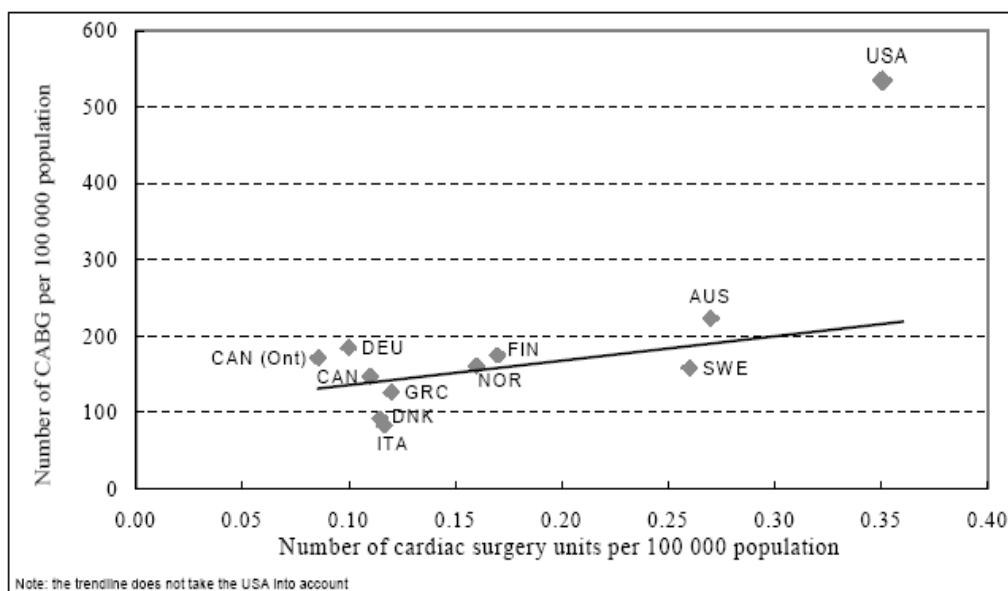
Σχετικά με την κατανομή των 10.000.000€, μεταξύ των τριών χειρουργικών επεμβάσεων, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τόσο οι απλοί πολίτες όσο και οι ιατροί, αποδίδουν το μεγαλύτερο ποσοστό των κονδυλίων, στη χειρουργική επέμβαση καρδιάς (bypass), και κατά δεύτερον, στην μερική ή ολική αντικατάσταση ισχίου. Αντίστοιχα και στην έρευνα στην Αυστραλία, παρατηρείται ότι οι πολίτες αποδίδουν το μεγαλύτερο ποσοστό των κονδυλίων στο bypass, ενώ η ομάδα των ιατρών κατανέμει ισότιμα το ποσό των 10.000.000\$, και στις τρεις χειρουργικές επεμβάσεις. Επίσης διαπιστώνεται η σημαντική διαφορά που υπάρχει μεταξύ του ποσού που αποδίδουν οι ιατροί στην αντικατάσταση ισχίου, και εκείνου που αποδίδουν οι απλοί πολίτες. Η ομάδα των Αυστραλών ιατρών θεωρεί ότι θα πρέπει να αποδοθούν 3.300.000\$, στην αντικατάσταση ισχίου, σε αντίθεση με τους απλούς πολίτες οι οποίοι αποδίδουν μόνο 2.900.000\$ στη συγκεκριμένη επέμβαση. Όσον αφορά την παρούσα έρευνα, παρατηρείται ταύτιση απόψεων, των δύο ομάδων του δείγματος. Η ταύτιση απόψεων των δύο ερωτηθέντων ομάδων, ίσως να οφείλεται στο γεγονός 30.000 άνθρωποι κάθε χρόνο πεθαίνουν

αιφνιδίως στην Ελλάδα εξ' αιτίας των καρδιαγγειακών νοσημάτων, ενώ σύμφωνα με επίσημα στοιχεία, στην Ελλάδα καταγράφονται κάθε χρόνο περίπου 7.000 εμφράγματα σε γυναίκες και 17.000 σε άντρες (Ελληνική Καρδιολογική Εταιρία). Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ελλάδα, για το έτος 1998, η στεφανιαία νόσος αποτελούσε τη δεύτερη αιτία θανάτου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (Παράρτημα Ε-Διάγραμμα Α). Η επίπτωση θανατηφόρων επεισοδίων στεφανιαίας νόσου κατανέμεται σε 79 θανάτους/100.000 γυναίκες (Moon L., et.al, OECD 2003). Ταυτόχρονα, ο επιπολασμός της νόσου αυξάνεται ετησίως και εκτιμάται πως το 2010 οι θάνατοι από καρδιαγγειακή νόσο θα αποτελούν το συχνότερο αίτιο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Δ.9

Ρυθμοί χρησιμοποίησης της επέμβασης bypass και ο αριθμός καρδιοχειρουργικών μονάδων, ανά 100.000 κατοίκους

Chart 2. Utilisation rates for CABG and number of cardiac surgery units, per 100 000 inhabitants



Note: the trendline does not take the USA into account
 Note: Canada, Denmark, Sweden (1995); United States (1996); Italy (1997); Australia (1998). For Ontario, Finland, Greece and Norway: CABG (1998), cardiac surgery units (2000). Refer to Chart 4 for additional notes.
 Source: CABG per 100,000 population - see Table 4. Cardiac surgery units per 100,000 population - Responses to OECD questionnaire "Core set of indicators for ischaemic heart disease" and ARD country reports

Όσον αφορά τις Ευρωπαϊκές χώρες, οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου για άτομα ηλικίας κάτω των 75 ετών για τους άνδρες σε 7 χώρες: Αυστρία, Φινλανδία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Σουηδία και Μεγάλη Βρετανία. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου στην Ευρώπη (Παράρτημα Ε-Χάρτης Α). Περισσότεροι από τέσσερα εκατομμύρια Ευρωπαίοι χάνουν τη ζωή τους από νόσους της καρδιάς και των αγγείων, παρ' όλα αυτά προκαλεί αίσθηση το γεγονός ότι αρκετές από τις χώρες του ΟΕCD, δεν δαπανούν το ανάλογο ποσοστό του εθνικού εισοδήματος τους, για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Παράρτημα Ε-Διάγραμμα Β). Είναι απόλυτα φυσικό λοιπόν, τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και οι ιατροί να θέτουν ως βασική προτεραιότητα για χρηματοδότηση το bypass, αναλογιζόμενοι ότι το ποσοστό παχυσαρκίας, χοληστερίνης, καπνιστών καθώς και η πίεση στην καθημερινή ζωή των Ελλήνων, είναι σε υψηλό επίπεδο.

Όσον αφορά τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία κατανομής των χρημάτων, σε Προγράμματα φροντίδας υγείας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και οι ιατροί, θεωρούν ότι θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη τους, αλλά να λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με εκείνα της έρευνας στην Αυστραλία, παρατηρείται ότι εκείνοι που επιθυμούν κατά μεγαλύτερο ποσοστό να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων κατά την κατανομή κονδυλίων στα προαναφερθέντα προγράμματα, είναι οι ιατροί, σε αντίθεση με το δείγμα των Ελλήνων, όπου οι χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι εκείνοι οι οποίοι φαίνεται να είναι πιο απαραίτητοι στην συγκεκριμένη κατανομή κονδυλίων. Φυσικά υπάρχει ένα ποσοστό πολιτών και ιατρών, οι οποίοι θεωρούν ότι δεν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, η δική τους γνώμη, λόγω έλλειψης πληροφόρησης, γύρω από τα προγράμματα προνοιακού χαρακτήρα, τα οποία απευθύνονται σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες, και αυτό είναι λογικό διότι δεν πρόκειται για ιατρικό θέμα, έτσι ώστε οι ιατροί να έχουν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν ενεργά. Επίσης είναι λογικό, ορισμένοι χρήστες υπηρεσιών υγείας να μην επιθυμούν τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, για την κατανομή κονδυλίων σε τέτοιου είδους προγράμματα διότι δεν έχουν ούτε την ανάλογη ενημέρωση, ούτε τις κατάλληλες γνώσεις για την διαχείριση των οικονομικών πόρων, σε προνοιακά προγράμματα. Φτάνοντας στην ιεράρχηση των έξι ομάδων, ανάλογα με τη χρησιμότητά τους στη λήψη αποφάσεων για την κατανομή κονδυλίων, στα προαναφερθέντα προγράμματα, διαπιστώνεται η εκτίμηση και η εμπιστοσύνη των πολιτών προς την ομάδα των ιατρών, ακολουθώντας οι ασθενείς με τις οικογένειές τους. Αντίστοιχα στην έρευνα

στην Αυστραλία ενώ οι απλοί πολίτες τοποθετούν τους ιατρούς στην πρώτη θέση της ιεράρχησης, στη δεύτερη θέση συναντάμε την επιλογή ‘άλλος’. Σε αντίθεση με τους Έλληνες, οι αυστραλοί ιατροί θέτουν στην πρώτη θέση της ιεράρχησης το ευρύ κοινό, ενώ τη δεύτερη θέση καταλαμβάνουν οι Διοικητές Νοσοκομείων. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους Διοικητές των Νοσοκομείων, στην Αυστραλία σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου ο θεσμός του διοικητή αντιμετωπίζεται με καχυποψία. Όσον αφορά την παρούσα έρευνα παρατηρείται ταύτιση απόψεων των δύο ομάδων, όσον αφορά τις δύο πρώτες θέσεις. Διαφοροποίηση απόψεων, διαπιστώνεται στη θέση των Πολιτικών και της επιλογής ‘Άλλος’. Πιο συγκεκριμένα, οι πολίτες θέτουν και πάλι τους Πολιτικούς στην τελευταία θέση της ιεράρχησης, ενώ οι ιατροί θεωρούν ότι απόψεις των κοινωνικών φορέων προνοιακού χαρακτήρα, των ερευνητικών ομάδων κοινωνιολογικών θεμάτων, καθώς και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, τα οποία αντιστοιχούν στην επιλογή ‘Άλλος’, δεν θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, πράγμα το οποίο δεν είναι λογικό, διότι αν είναι κάποιοι οι οποίοι έχουν το κατάλληλο υπόβαθρο, για την κατανομή κονδυλίων σε προγράμματα προνοιακού χαρακτήρα, αυτοί είναι οι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις ανάλογου χαρακτήρα, οι ομάδες επιστημόνων που ασχολούνται με κοινωνικοοικονομικά θέματα, και γιατί όχι και η Τοπική Αυτοδιοίκηση. Όπως αναφέρεται και σε ανάλογη έρευνα, οι πολίτες θα πρέπει μιν να συμμετέχουν στη διαμόρφωση των προτεραιοτήτων στην υγεία, αλλά θα ήταν ακόμα πιο αποτελεσματική η συμμετοχή τους αν λειτουργούσαν σε τοπικό επίπεδο (Lenaghan J., New B., Mitchell E., 1996).

Τέλος, σχετικά με την κατανομή 10.000.000€, σε προγράμματα φροντίδας υγείας τα οποία απευθύνονται σε διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού, διαπιστώνεται ότι τόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας όσο και οι ιατροί, αποδίδουν το μεγαλύτερο ποσό, στα προγράμματα που απευθύνονται σε άτομα χαμηλού οικονομικού επιπέδου, και με χαμηλό επίπεδο υγείας, όπως διαπιστώνεται και σε αντίστοιχη έρευνα στην Αυστραλία (Wisema V., 2005). Ανάλογες αναφορές υπάρχουν στην έρευνα του Πανεπιστημίου του Άμστερνταμ, για το ποιος θα πρέπει να αποφασίζει για τις προτεραιότητες στη φροντίδα υγείας (Stronks K., et.al. 1997). Στην περίπτωση, όμως της κατανομής των 10.000.000€ σε τέσσερα προγράμματα, τα οποία απευθύνονται σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, ενώ και οι δύο ερωτηθείσες ομάδες επέλεξαν ως πρώτη προτεραιότητα για χρηματοδότηση, το πρόγραμμα φροντίδας υγείας για τα 10.000 παιδιά, στη δεύτερη θέση οι απόψεις τους διαφοροποιούνται. Οι πολίτες επιλέγουν ως βασική προτεραιότητα για χρηματοδότηση, μετά την ομάδα των παιδιών, την ομάδα

των νεογέννητων μωρών, ενώ οι ιατροί την ομάδα των εργαζομένων ενηλίκων. Αυτή η διαφοροποίηση, ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι χρήστες υπηρεσιών υγείας απάντησαν με βάση τον συναισθηματικό παράγοντα, και σκεπτόμενοι, ότι έχει μεγαλύτερη ανάγκη ένα νεογέννητο μωρό, από φροντίδα και στήριξη για να επιζήσει παρά ένας ενήλικας ή ηλικιωμένος. Αντίθετα οι ιατροί ίσως θεωρούν ότι είναι προτιμότερο να βοηθηθούν οι ενήλικες εργαζόμενοι, παρά τα νεογέννητα μωρά, διότι ίσως και από επιστημονικής άποψης είναι πιο αποδοτικό και πιο χρήσιμο ένα πρόγραμμα φροντίδας υγείας για τους ενήλικες εργαζομένους παρά ένα πρόγραμμα που θα 'σώζει' νεογέννητα μωρά, τα οποία στην πορεία υπάρχει περίπτωση να μην επιζήσουν. Άλλωστε δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι σε γενικές γραμμές η ομάδα των ιατρών δεν θέτει ως βασική προτεραιότητα τις θεραπευτικές αγωγές για τα νεογνά, πράγμα το οποίο διαπιστώνεται και από τη θέση στην οποία τοποθετεί στην ιεράρχηση τις εν λόγω αγωγές, στην ερώτηση 1.

7.2 Σχόλια των χρηστών υπηρεσιών υγείας και των ιατρών, σχετικά με τον τρόπο καθορισμού προτεραιοτήτων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Στην ερώτηση 25, της πέμπτης ενότητας του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες καλούνται να κάνουν ορισμένα σχόλια, και να προτείνουν τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να καθορίζονται οι προτεραιότητες στο Ε.Σ.Υ. Μέσα από τα σχόλια των συμμετεχόντων στην έρευνα, διακρίνεται η διαφορετικότητα των αναγκών και των προσδοκιών όχι μόνο των χρηστών υπηρεσιών υγείας, αλλά και των ιατρών.

Μελετώντας τα σχόλια των χρηστών υπηρεσιών υγείας, παρατηρείται ότι είναι ιδιαίτερα έντονο το αίσθημα της αδικίας, όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ομάδες διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι 300 χρήστες υπηρεσιών υγείας, υποστηρίζουν ότι οι προτεραιότητες στο Ε.Σ.Υ, θα πρέπει να καθορίζονται με βάση την ανταποκρισιμότητά τους στις ανάγκες των χρηστών. Οι προτεραιότητες λοιπόν, θα πρέπει να καθορίζονται μετά από έρευνα και μελέτη των αναγκών των πολιτών, έτσι ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών της χώρας. Επιπλέον, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας, έδωσαν μεγάλη έμφαση στην πρόληψη και στην ενημέρωση των πολιτών, σχετικά με ανίατες νόσους, καρδιαγγειακά νοσήματα κ.α, διότι μέσω της προληπτικής ιατρικής θα αναβαθμιστεί η ποιότητα ζωής. Ένας παράγοντας, ο οποίος θεωρείται ότι θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, κατά τη διαδικασία προσδιορισμού των προτεραιοτήτων στο Ε.Σ.Υ, είναι η ισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας. Πιο συγκεκριμένα οι χρήστες υπηρεσιών υγείας, εξέφρασαν την αναγκαιότητα της στελέχωσης των Νοσοκομείων και κέντρων υγείας, της περιφέρειας με καταρτισμένο και εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και της εισαγωγής εκσυγχρονισμένου εξοπλισμού, και υλικοτεχνικής υποδομής, με σκοπό την πιο ποιοτική και πιο αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών στους κατοίκους της περιφέρειας. Ένας άλλος πολύ βασικός παράγοντας, για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων είναι διοίκηση και η διαχείριση των οικονομικών πόρων, να διεξάγεται από managers υγείας, σε συνεργασία με οικονομολόγους υγείας, και όχι από Προσωπάρχες ή ιατρούς οι οποίοι δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στην οικονομική διαχείριση. Παράλληλα με τη διοίκηση ‘στα χέρια’ των managers, είναι απαραίτητο να υπάρξει ένα οργανωμένο

σύστημα τοπικού ελέγχου των οργάνων που θα αποφασίζουν για την κατανομή των πόρων. Μ' αυτό τον τρόπο θα αποφευχθεί η διαφθορά και η σπατάλη των δημόσιων πόρων.

Όσον αφορά την ομάδα των 100 ιατρών, που συμμετείχαν στην έρευνα, ο τρόπος με τον οποίο θα πρέπει να καθορίζονται οι προτεραιότητες στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, είναι με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα, καθώς και τη συχνότητα ορισμένων νοσημάτων, στη χώρα μας. Ανάλογα λοιπόν, με την επιδημιολογική κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι χρήστες υπηρεσιών μιας χώρας, θα πρέπει να προσδιορίζονται και οι προτεραιότητες. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας προσδιορισμού, των προτεραιοτήτων στο Ε.Σ.Υ, οι φορείς οι οποίοι λαμβάνουν τις αποφάσεις, θα πρέπει να έχουν ως βάση τη γνώμη των ιατρών του Ε.Σ.Υ, διότι είναι εκείνοι οι οποίοι γνωρίζουν καλύτερα απ' όλους τα προβλήματα και τις ελλείψεις του Συστήματος Υγείας. Έτσι λοιπόν, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ιατροί δήλωσαν ότι θα πρέπει να δοθούν περισσότερα δικαιώματα στα χέρια των ιατρών, έτσι ώστε να είναι πιο αποδοτική η διαδικασία προσδιορισμού των προτεραιοτήτων. Επιπλέον - κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων ιατρών - θα πρέπει να γίνονται συνεχείς συγκρίσεις με τα εθνικά συστήματα υγείας άλλων χωρών, έτσι ώστε να 'υιοθετούνται', στρατηγικές οργάνωσης ή εργαλεία και μέθοδοι οικονομικής διαχείρισης, άλλων κρατών με αποδοτικότερο σύστημα υγείας. Επίσης οι ιατροί φαίνεται να επιζητούν την αύξηση των χαμηλών αμοιβών του ιατρικού προσωπικού, το οποίο αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την ανάπτυξη πρωτοβουλιών και την αύξηση της παραγωγικότητας του συστήματος υγείας. Επιπλέον επιζητούν την υλοποίηση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού με συγκεκριμένες αρμοδιότητες και λειτουργίες.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, είναι η μείωση της ανορθόδοξης παρέμβασης του Κράτους στον έλεγχο των τιμών, με αποτέλεσμα να μην μένουν περιθώρια για άσκηση ευέλικτης πολιτικής υγείας, πράγμα το οποίο είναι απόλυτα λογικό να μη συμφέρει τους ιατρούς, διότι με αυτό τον τρόπο ελέγχονται και δεν έχουν τη δυνατότητα να παρατυπήσουν. Τέλος οι 100 ιατροί, υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να στελεχωθούν με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, και με ανάλογο υλικοτεχνικό εξοπλισμό τα κέντρα και οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), με απώτερο σκοπό την αποσυμφόρηση των Νοσοκομείων, καθώς και την ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.

Η παρούσα έρευνα λοιπόν, μέσα από τα σχόλια και τις παρατηρήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας αλλά και των ιατρών, επιβεβαιώνει τα ήδη υπάρχοντα

προβλήματα του Ε.Σ.Υ. Προβλήματα και ελλείψεις που διαιωνίζονται την τελευταία 15 ετία χωρίς να βρίσκεται μια λύση, για να ικανοποιηθεί επιτέλους η ανάγκη για ισότιμες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Συνεπώς κατά τη διαδικασία καθορισμού των προτεραιοτήτων στο χώρο της υγείας, και κατ' επέκταση της διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη-κατά βάση-η γνώμη των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Οι αρμόδιοι φορείς καθώς και τα μέλη του κοινωνικού συνόλου (decision makers), θα πρέπει να λαμβάνουν τις αποφάσεις τους σχετικά με την κατανομή κονδυλίων σε προγράμματα φροντίδας υγείας, μετά από έρευνες και μελέτες σχετικά με το ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών και με τέτοιο τρόπο ώστε να αυξάνεται η ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών, να βελτιώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και κυρίως να εξαλείφεται η αδικία και ανισότητα τόσο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όσο και στην παροχή αυτών. Συνεπώς ο καθορισμός προτεραιοτήτων στο Ε.Σ.Υ θα πρέπει να πραγματοποιείται μέσω της προσέγγισης των σημαντικότερων προβλημάτων, στη συνέχεια μέσω της εκτίμησης της σοβαρότητάς του και τέλος εκτιμώντας τις δυνατότητες για χρηματοδότηση. Ένας άλλος παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διαδικασία καθορισμού των προτεραιοτήτων στο Ε.Σ.Υ, είναι η αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Όπως διαπιστώνεται και από τα σχόλια των χρηστών υπηρεσιών υγείας καθώς και των ιατρών, η προαγωγή υγείας μέσω προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης του κοινού αποτελεί βασική προτεραιότητα για χρηματοδότηση ελπίζοντας στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής καθώς και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Επίσης κατά τη διαδικασία καθορισμού προτεραιοτήτων στο Ε.Σ.Υ, θα πρέπει να θεωρούνται ως βάση οι ανάγκες ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, οι ελλείψεις που χαρακτηρίζουν συνήθως τα κέντρα υγείας της επαρχίας και η κάλυψή τους, καθώς και οργάνωση των Νοσοκομείων της Περιφέρειας με τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνεται τόσο η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όσο και η ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.

Όσον αφορά τη γνώμη των ιατρών, ο τρόπος καθορισμού των προτεραιοτήτων στο Ε.Σ.Υ, διαφοροποιείται από εκείνον των πολιτών, ίσως λόγω διαφορετικών συμφερόντων, ή και διαφορετικής προσέγγισής του θέματος. Η ομάδα των ιατρών υποστηρίζει ότι κατά τη διαδικασία καθορισμού προτεραιοτήτων, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη τα επιδημιολογικά δεδομένα της χώρας, πράγμα το οποίο είναι απόλυτα λογικό διότι ανάλογα με τη συχνότητα των νοσημάτων ή των αιτιών θανάτου θα κινητοποιούνται οι αντίστοιχοι φορείς υπηρεσιών υγείας με σκοπό την

καταπολέμησή τους. Παρ' όλα αυτά οι ιατροί επικεντρώνουν στην ιατρική και θεραπευτική διάσταση των προβλήματος, αδιαφορώντας για τους θεσμούς της ισότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον οι ιατροί πιστεύουν ότι πριν ξεκινήσει η διαδικασία καθορισμού των προτεραιοτήτων στο χώρο της υγείας, είναι απαραίτητη η σύγκριση του συστήματος υγείας της χώρας μας, με πιο αποδοτικά συστήματα υγείας άλλων χωρών με απώτερο σκοπό όχι μόνο την εύρεση τυχόν ελλείψεων, αλλά και την 'υιοθέτηση' αποδοτικότερων στρατηγικών λειτουργίας και οργάνωσης. Δεδομένων των προβλημάτων του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας, κάτι τέτοιο δεν θα βοηθούσε ούτε θα βελτίωνε την κατάσταση, λόγω της διαφοροποίησης τόσο των υγειονομικών αναγκών όσο και των οικονομικών δυνατοτήτων της κάθε χώρας. Πιο συγκεκριμένα, αν ορισμένα μεθοδολογικά εργαλεία διαμόρφωσης πολιτικής υγείας, είχαν ικανοποιητικά αποτελέσματα στο σύστημα υγείας της Γαλλίας, αυτό δεν συνεπάγεται ότι μπορούν να λύσουν και τα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας, διότι πολύ απλά πρόκειται για δύο χώρες με διαφορετικά δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα, και φυσικά με διαφορετικής φύσης προτεραιότητες και ανάγκες. Τέλος είναι απόλυτα λογικό το δείγμα των ερωτηθέντων ιατρών, να υποστηρίζει ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις των ιατρών του Ε.Σ.Υ, διότι είναι εκείνοι οι οποίοι γνωρίζουν καλύτερα από κάθε άλλον τις ελλείψεις και τα προβλήματα του συστήματος εφόσον εργάζονται μέσα σε αυτό. Η παραπάνω άποψη, θα γινόταν αποδεκτή, υπό προϋποθέσεις και φυσικά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι το 33% των ερωτηθέντων ιατρών εργάζονται στο Ε.Σ.Υ. Εάν και εφόσον η πλειοψηφία των ιατρών του Ε.Σ.Υ, προσδιόριζαν τα πραγματικά προβλήματα που πλήττουν το σύστημα με μοναδικό κίνητρο τη βέλτιστη εξυπηρέτηση των ασθενών, και όχι με απώτερο σκοπό την εξυπηρέτηση δικών τους συμφερόντων, τότε η συμμετοχή τους κατά τη διαδικασία καθορισμού προτεραιοτήτων, θα ήταν καταλυτική. Επειδή όμως, ένα μεγάλο ποσοστό των ιατρών δρα με βάση το οικονομικό του συμφέρον και μόνο, αδιαφορώντας για το κοινωνικό λειτούργημα που εκτελεί, θα ήταν προτιμότερη η γνώμη των αδύναμων -κυρίως-πληθυσμιακών ομάδων ,κατά τη διαδικασία διαμόρφωσης των προτεραιοτήτων στο Ε.Σ.Υ.

Σύμφωνα με τις παραπάνω διαπιστώσεις, οι οποίες τονίζουν την έντονη επιθυμία των πολιτών για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων κατά τη διαδικασία κατανομής κονδυλίων σε διαφορετικά προγράμματα φροντίδας, η πολιτική υγείας που θα ικανοποιούσε τις ανάγκες των πολιτών αλλά και θα πληρούσε τις προϋποθέσεις για παροχή ισότιμων και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να βασίζεται σε τρεις άξονες:

- Συμμετοχή τόσο των χρηστών υπηρεσιών υγείας, όσο και των ιατρών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη χρηματοδότηση διαφορετικών προγραμμάτων φροντίδας υγείας, κυρίως με συμβουλευτικό χαρακτήρα εφόσον οι πολίτες είναι εκείνοι που γνωρίζουν καλύτερα τις ελλείψεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας
- Την συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας καθώς και των ιατρών θα πρέπει να «συμπληρώνει», η συμμετοχή και άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου με κατάλληλες και εξειδικευμένες γνώσεις όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και το κόστος των εκάστοτε προγραμμάτων φροντίδας υγείας.
- Μεταρρύθμιση του τρόπου χρηματοδότησης και διαμόρφωσης των προτεραιοτήτων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και ταυτόχρονος προσανατολισμός προς στις πραγματικές ανάγκες και προτεραιότητες που θέτουν οι χρήστες υπηρεσιών υγείας
- Έμφαση στη δίκαιη και ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



Πανεπιστήμιο Πειραιώς
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης



ΤΕΙ Πειραιώς
Τμήμα Λογιστικής

--	--	--

Έρευνα για τις αντιλήψεις των πολιτών και των ιατρών, σχετικά με τις προτεραιότητες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Με το ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας, καλείστε να προσδιορίσετε ποια ομάδα ατόμων θα πρέπει να παίρνει μέρος στη λήψη αποφάσεων για θέματα φροντίδας υγείας. Καλείστε επίσης να προσδιορίσετε με ποιόν τρόπο θα κατανείματε το ποσό των 10.000.000 ευρώ, μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων, θεραπειών ή πληθυσμιακών ομάδων.

Να μη χρησιμοποιείται χωρίς την άδεια του ερευνητή

1. Ιεραρχείστε από το 1 έως το 9- στο δεξί μέρος του πίνακα - τις παρακάτω υπηρεσίες υγείας, καθορίζοντας τη σειρά προτεραιότητας για χρηματοδότησή τους, στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, ξεκινώντας από εκείνη με την υψηλότερη προτεραιότητα.

1	Υπηρεσίες αγωγής και προαγωγής της υγείας, καθώς και προληπτικές δράσεις (διατροφή, οικογενειακός προγραμματισμός, εμβολιασμοί κλπ.)	
2	Χειρουργικές επεμβάσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, με τις οποίες αντιμετωπίζονται καταστάσεις που απειλούν άμεσα τη ζωή των ασθενών, (καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κλπ.)	
3	Υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον και υπηρεσίες αποκατάστασης.	
4	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για πρόωρα νεογνά, τα οποία γεννήθηκαν με βάρος κάτω από 680 gr, με πολύ μικρή πιθανότητα επιβίωσης.	
5	Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα.	
6	Μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα σε ηλικιωμένους και υπηρεσίες ειδικής φροντίδας και αντιμετώπισης του πόνου, για άτομα τα οποία βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ασθενειών ή πεθαίνουν.	
7	Χειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες έχουν ως στόχο την υποβοήθηση των ασθενών στη διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, (αντικατάσταση ισχίου, γλαύκωμα, καταρράχτης κλπ)	
8	Θεραπευτικές αγωγές σε παιδιά με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους.	
9	Θεραπευτικές αγωγές για άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με ασθένειες, οι οποίες είναι άμεσα απειλητικές για τη ζωή τους.	

2. Πιστεύετε ότι, κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε διαφορετικά προγράμματα φροντίδας υγείας όπως:

-προγράμματα για παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς,

-προγράμματα για τη μείωση του καπνίσματος,

-προγράμματα εμβολιασμού κατά της γρίπης,

Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

2α. Η δική σας άποψη Ναι []
 Όχι []

2β. Οι απόψεις άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου.

Ναι []

Όχι []

Αν απαντήσετε «όχι» σε κάποια από τις δύο περιπτώσεις, εξηγήστε το λόγο.

3. Ίεραρχήστε τις παρακάτω ομάδες ατόμων, αρχίζοντας από το 1, καθορίζοντας έτσι ποιας ομάδας οι απόψεις θεωρείτε ότι θα ήταν χρήσιμες στη διαδικασία κατανομής κονδυλίων μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων φροντίδας υγείας. (Αριθμήστε μόνο εκείνες τις ομάδες που εσείς κρίνετε ότι οι απόψεις τους θα είναι χρήσιμες στην εν λόγω κατανομή).

•Ιατροί []

•Διοικητές Υγειονομικών Περ/ρειών (ΔΥΠΕ) []

•Διοικητές Νοσοκομείων []

•Πολιτικοί []

•Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους []

•Γενικά το κοινό []

•Άλλος []

Αν αριθμήσατε και την επιλογή 'άλλος', προσδιορίστε ποιόν θα προτιμούσατε.

4 Αν απαντήσατε 'Όχι', στην ερώτηση 2α, τότε πηγαίνετε στη ερώτηση 6.

Αν απαντήσατε 'Ναι' στην ερώτηση 2α, παρακαλώ προσπαθήστε να μοιράσετε ένα επιπλέον ποσό 10 εκατομμυρίων ευρώ, μεταξύ των 3 διαφορετικών προγραμμάτων. (Να θυμάστε ότι το συνολικό ποσό που θα μοιράσετε πρέπει να είναι ίσο με 10 εκατομμύρια ευρώ)

Αν χρειάζεστε επιπλέον πληροφορίες για το κόστος και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών, μπορείτε να ανατρέξετε στην επόμενη σελίδα του ερωτηματολογίου.

Πρόγραμμα εκπαίδευσης γονέων με παιδιά που έχουν προβλήματα συμπεριφοράς

=ΕΥΡΩ _____

Πρόγραμμα Εμβολιασμού ηλικιωμένων κατά της γρίπης

=ΕΥΡΩ _____

Πρόγραμμα εκπαίδευσης και βοήθειας μαθητών για την αποφυγή ή το κόψιμο του καπνίσματος.

= ΕΥΡΩ _____

ΣΥΝΟΛΟ

10 εκατομμύρια
ΕΥΡΩ

5. Χρησιμοποιήσατε τις επιπλέον πληροφορίες της επόμενης σελίδας, για να απαντήσετε στην ερώτηση 4; Ναι [] Όχι []

Αν έχετε απαντήσει 'Όχι', προσδιορίστε το λόγο που δεν τις χρησιμοποιήσατε.

Είχα αρκετές πληροφορίες για να απαντήσω []

Οι πληροφορίες δεν μου φάνηκαν σχετικές []

Δεν μπορούσα να καταλάβω τις πληροφορίες []

Άλλοι λόγοι []

Αν απαντήσατε 'Άλλοι λόγοι', εξηγήστε τους.

Πληροφορίες σχετικά με την ερώτηση 4

Πρόγραμμα για Γονείς με Παιδιά που έχουν Προβλήματα Συμπεριφοράς

•Περίπου 10%-15% των παιδιών προσχολικής ηλικίας, αντιμετωπίζουν ήπια ή σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε διανοητικές διαταραχές, μειωμένη απόδοση στο σχολείο, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις και μελλοντικά σε ανεργία, προβλήματα στο γάμο, αντικοινωνική ή και εγκληματική συμπεριφορά.

•Αυτό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα απευθύνεται σε γονείς παιδιών από 3 - 8 ετών, με προβλήματα συμπεριφοράς. Το πρόγραμμα έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό αφού επιφέρει σημαντικές βελτιώσεις στη συμπεριφορά των παιδιών.

•Υποθέστε ότι 10 χιλιάδες οικογένειες βρίσκονται στη λίστα αναμονής, για το συγκεκριμένο πρόγραμμα, και το κόστος για την κυβέρνηση είναι περίπου 1.000 ευρώ ανά οικογένεια.

(Το απαιτούμενο κόστος για την κάλυψη όλων των οικογενειών που βρίσκονται στη λίστα αναμονής, ανέρχεται στα 10 εκατομμύρια ευρώ).

Πρόγραμμα Εμβολιασμού Ηλικιωμένων κατά της Γρίπης

•Η γρίπη είναι συνήθως μικρής σοβαρότητας ασθένεια, αλλά για τους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πολύ σοβαρή ή ακόμα και θανατηφόρα.

•Έρευνες έδειξαν ότι το εμβόλιο μπορεί να είναι αποτελεσματικό, αφού περιορίζει κατά 56% τα αναπνευστικά προβλήματα, μειώνει την πνευμονία κατά 53%, περιορίζει την νοσοκομειακή νοσηλεία κατά 50% και τέλος σε περίπτωση πανδημίας μειώνει τον αριθμό θανάτων κατά 68%.

•Οι παρενέργειες από το εμβόλιο είναι περιορισμένες.

•Υποθέστε 800 χιλιάδες ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών, είναι υποψήφιοι για το εμβόλιο, το οποίο κοστίζει περίπου 10 ευρώ, ανά άτομο.

(Το απαιτούμενο κόστος για τον εμβολιασμό και των 800.000 ηλικιωμένων ανέρχεται σε 8 εκατομμύρια ευρώ).

Πρόγραμμα για τη Μείωση του Καπνίσματος

•Το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες μορφές καρκίνου κα σε καρδιαγγειακά νοσήματα, δύο από τις πρώτες αιτίες θανάτου στη χώρα μας.

•Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, τα παιδιά και οι έφηβοι εκπαιδεύονται και βοηθούνται πρακτικά, για να μην ξεκινήσουν ή να σταματήσουν το κάπνισμα.

•Το πρόγραμμα έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό, αφού οδηγεί στη μείωση του αριθμού των καπνιστών μεταξύ των εφήβων κατά 4% - 10%.

•Υποθέστε ότι 200 σχολεία βρίσκονται στη λίστα αναμονής, για να εφαρμόσουν το συγκεκριμένο 12μηνο πρόγραμμα, το οποίο θα κοστίσει στο κράτος περίπου 100 χιλιάδες ευρώ ανά σχολείο.

(Το απαιτούμενο κόστος για την κάλυψη όλων των σχολείων που βρίσκονται στη λίστα αναμονής, ανέρχεται σε 20 εκατομμύρια ευρώ).

6. Πιστεύετε ότι κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο κατανομής χρημάτων σε διαφορετικές ιατρικές επεμβάσεις όπως:

- αντικατάσταση ισχίου,
- εγχείρηση γλαυκώματος,
- Επέμβαση καρδιάς bypass,

Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

6α. Η δική σας άποψη Ναι[]
Όχι[]

6β. Οι απόψεις άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου Ναι[] Όχι[]

Αν απαντήσατε «όχι» σε κάποια από τις δύο περιπτώσεις, εξηγήστε το λόγο.

7. Ιεραρχείστε τις παρακάτω ομάδες ατόμων, αρχίζοντας από το 1, καθορίζοντας έτσι ποιας ομάδας οι απόψεις θεωρείτε ότι θα ήταν χρήσιμες στη διαδικασία κατανομής κονδυλίων μεταξύ διαφορετικών ιατρικών επεμβάσεων. (Αριθμήστε μόνο εκείνες τις ομάδες που εσείς κρίνετε ότι οι απόψεις τους θα είναι χρήσιμες στην εν λόγω κατανομή).

- Ιατροί []
- Διοικητές Υγειονομικών Περ/ρειών (ΔΥΠΕ) []
- Διοικητές Νοσοκομείων []
- Πολιτικοί []
- Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους []
- Γενικά το κοινό []
- Άλλος []

Αν αριθμήσατε και την επιλογή 'άλλος', προσδιορίστε ποιόν θα προτιμούσατε.

8. Αν απαντήσατε 'Όχι', στην ερώτηση 6α, τότε πηγαίnete στην ερώτηση 10.

Αν απαντήσατε 'Ναι' στην ερώτηση 6α, παρακαλώ προσπαθήστε να μοιράσετε ένα επιπλέον ποσό 10 εκατομμυρίων ευρώ, μεταξύ των 3 διαφορετικών επεμβάσεων. (Να θυμάστε ότι το συνολικό ποσό που θα μοιράσετε πρέπει να είναι ίσο με 10 εκατομμύρια ευρώ)

Αν χρειάζεστε επιπλέον πληροφορίες για το κόστος και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών, μπορείτε να ανατρέξετε στην επόμενη σελίδα του ερωτηματολογίου.

Μερική ή Ολική Αντικατάσταση του Ισχίου

ΕΥΡΩ _____

Εγχείρηση Θεραπείας Γλαυκώματος Οφθαλμού

ΕΥΡΩ _____

Χειρουργική Επέμβαση Καρδιάς[bypass]

ΕΥΡΩ _____

ΣΥΝΟΛΟ

10 εκατομμύρια ΕΥΡΩ

9. Χρησιμοποιήσατε τις επιπλέον πληροφορίες της επόμενης σελίδας, για να απαντήσετε στην ερώτηση 8; Ναι [] Όχι []

Αν έχετε απαντήσει 'Όχι', προσδιορίστε το λόγο που δεν τις χρησιμοποιήσατε.

Είχα αρκετές πληροφορίες για να απαντήσω []

Οι πληροφορίες δεν μου φάνηκαν σχετικές []

Δεν μπορούσα να καταλάβω τις πληροφορίες []

Άλλοι λόγοι []

Αν απαντήσατε 'Άλλοι λόγοι', εξηγήστε τους.

Μερική ή Ολική Αντικατάσταση του Ισχίου

- Η επέμβαση αυτή αντικαθιστά ολόκληρο ή ένα μέρος του ισχίου, με μια τεχνητή άρθρωση. Και αφορά άτομα, κυρίως ηλικιωμένα, που έχουν έντονους πόνους στο ισχίο, αρθρίτιδα, σπασμένο ισχίο, ή όγκο στην άρθρωση του ισχίου.
 - Στην Ελλάδα το 60% του συνόλου των ορθοπεδικών χειρουργικών επεμβάσεων, αφορά αρθροπλαστική ολική ή μερική αντικατάσταση ισχίου.
 - Οι ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο από 5 – 8 μέρες μετά την επέμβαση. Μερικά άτομα μετά την επέμβαση, μπορεί να χρειαστούν περαιτέρω θεραπεία αποκατάστασης.
 - Η επέμβαση είναι συνήθως επιτυχής και επιτρέπει στους ασθενείς να ζουν πιο άνετα. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν χρειάζονται βοήθεια για να περπατήσουν και κυρίως εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες ικανοποιητικά.
 - Υποθέστε ότι 2.000 άτομα βρίσκονται στη λίστα αναμονής, και ότι κάθε επέμβαση κοστίζει συνολικά 3 χιλιάδες ευρώ, για πλήρη αποκατάσταση του ασθενούς.
- (Το συνολικό κόστος για να καλυφθούν όλα τα άτομα που βρίσκονται στη λίστα αναμονής, ανέρχεται στα 6 εκατομμύρια ευρώ).*

Εγχείρηση Θεραπείας Γλαυκώματος Οφθαλμού

- Η συγκεκριμένη ασθένεια του οπτικού νεύρου συνήθως συνδέεται με υψηλή πίεση στο μάτι και από αυτή υποφέρουν κυρίως ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών.
 - Τα συμπτώματα είναι συνήθως ήπια, αλλά αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση. Η συγκεκριμένη επέμβαση είναι απαραίτητη όταν, η φαρμακευτική αγωγή που έχει δοθεί είναι αναποτελεσματική ή ανεπαρκής.
 - Η επέμβαση γενικά είναι ασφαλής, με μικρά ποσοστά λοιμώξεων ή αιμορραγίας, που έχουν ως συνέπεια να χαθεί η όραση.
 - Υποθέστε ότι 2.000 άτομα βρίσκονται στη λίστα αναμονής για τη συγκεκριμένη επέμβαση, η οποία κοστίζει περίπου 2 χιλιάδες ευρώ, για να θεραπευτεί ένα άτομο.
- (Το συνολικό κόστος για να καλυφθούν όλα τα άτομα που βρίσκονται στη λίστα αναμονής, ανέρχεται στα 4 εκατομμύρια ευρώ).*

Καρδιοχειρουργική Επέμβαση (bypass)

- Η συγκεκριμένη επέμβαση θεραπεύει άτομα με σοβαρή στεφανιαία νόσο, η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά κυρίως σε μεγάλες ηλικίες. Είναι πιο διαδεδομένη στους άντρες παρά στις γυναίκες.
 - Οι ασθενείς παραμένουν στο νοσοκομείο περίπου για μια εβδομάδα μετά την εγχείρηση, και αναρρώνουν πλήρως μετά από 1 – 2 μήνες. Επιπλοκές εμφανίζονται σπάνια.
 - Το bypass έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών, μειώνοντας τον πόνο στο στήθος και την ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή και επιτρέποντας στους ασθενείς κανονική δραστηριότητα. Τα παραπάνω οφέλη διαρκούν για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Πολλά άτομα δεν εμφανίζουν συμπτώματα για τουλάχιστον 5 χρόνια.
 - Υποθέστε ότι 1.000 άτομα βρίσκονται στη λίστα αναμονής, για τη συγκεκριμένη επέμβαση, η οποία κοστίζει περίπου 15 χιλιάδες ευρώ ανά άτομο.
- (Το συνολικό κόστος για να καλυφθούν όλα τα άτομα που βρίσκονται στη λίστα αναμονής, ανέρχεται στα 15 εκατομμύρια ευρώ).*

10. Πιστεύετε ότι κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τα κριτήρια, βάσει των οποίων θα κατανεμηθούν χρήματα σε προγράμματα φροντίδας υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού όπως π.χ.:

- διαφορετικές ηλικιακές ομάδες,
 - Ομάδες με διαφορετικό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο,
 - Ομάδες με διαφορετικό επίπεδο υγείας,
- θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:**

10α. Η δική σας άποψη Ναι[]
 Όχι[]

10β. Οι απόψεις άλλων μελών του κοινωνικού συνόλου Ναι[] Όχι[]

Αν απαντήσατε «όχι» σε κάποια από τις δύο περιπτώσεις, εξηγήστε το λόγο.

11. Ιεραρχήστε τις παρακάτω ομάδες ατόμων, αρχίζοντας από το 1, καθορίζοντας έτσι ποιās ομάδας οι απόψεις θεωρείτε ότι θα ήταν χρήσιμες στη διαδικασία κατανομής κονδυλίων μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων. (Αριθμήσετε μόνο εκείνες τις ομάδες που εσείς κρίνετε ότι οι απόψεις τους θα είναι χρήσιμες στην εν λόγω κατανομή).

- Ιατροί []
- Διοικητές Υγειονομικών Περ/ρειών(ΔΥΠΕ) []
- Διοικητές Νοσοκομείων []
- Πολιτικοί []
- Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους []
- Γενικά το κοινό []
- Άλλος []

Αν αριθμήσατε και την επιλογή 'άλλος', προσδιορίστε ποιόν θα προτιμούσατε.

12. Αν απαντήσατε "Όχι" στην ερώτηση 10α, τότε πηγαίνετε στην ερώτηση 15.

Αν απαντήσατε "Ναι" στην ερώτηση 10α, παρακαλώ προσδιορίστε πώς θα μοιράσετε ένα επιπλέον ποσό 10 εκατομμυρίων ευρώ, μεταξύ των δύο παρακάτω προγραμμάτων (θεωρείστε ότι το όφελος για την υγεία θα είναι το ίδιο, και η μόνη διαφορά μεταξύ τους είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των δύο πληθυσμιακών ομάδων}

Πρόγραμμα Α	Πρόγραμμα Β
Απευθύνεται σε 10.000 άτομα <u>χαμηλού</u> κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. {Μέσος Όρος ετησίου οικογενειακού εισοδήματος=10.000 ευρώ}	Απευθύνεται σε 10.000 άτομα <u>υψηλού</u> κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. {Μέσος Όρος ετησίου οικογενειακού εισοδήματος=40.000 ευρώ}

Ευρώ _____ + Ευρώ _____ = 10 εκατ. ευρώ

13. 'Αν απαντήσατε "Ναι" ,στην ερώτηση 10α, παρακαλώ προσδιορίστε πώς θα μοιράσετε το ποσό των 10.000.000€, μεταξύ των τεσσάρων προγραμμάτων που ακολουθούν. {θεωρείστε ότι το όφελος για την υγεία, θα είναι το ίδιο, και η μόνη διαφορά μεταξύ τους είναι η ηλικία των πληθυσμιακών ομάδων}

Πρόγραμμα Α	Πρόγραμμα Β	Πρόγραμμα Γ	Πρόγραμμα Δ
Απευθύνεται σε 10.000 νεογέννητα μωρά	Απευθύνεται σε 10.000 παιδιά	Απευθύνεται σε 10.000 ενηλίκους εργαζόμενους	Απευθύνεται σε 10.000 ηλικιωμένους

_____ + _____ + _____ + _____ = 10 εκατ. ευρώ

14. Αν απαντήσατε "Ναι" στην ερώτηση 10α, παρακαλώ προσδιορίστε πως θα κατανείματε το ποσό των 10.000.000€, μεταξύ των δύο προγραμμάτων που ακολουθούν. {θεωρείστε ότι το όφελος για την υγεία, θα είναι το ίδιο, και η μόνη διαφορά μεταξύ τους είναι το επίπεδο της υγείας των πληθυσμιακών ομάδων}.

Πρόγραμμα Α	Πρόγραμμα Β
Απευθύνεται σε 10.000 άτομα με χαμηλό επίπεδο υγείας {Μέσος Όρος προσδόκιμου ζωής τα 60 χρόνια}	Απευθύνεται σε 10.000 άτομα με υψηλό επίπεδο υγείας {Μέσος Όρος προσδόκιμου ζωής τα 80 χρόνια}

_____ + _____ = 10 εκατ. ευρώ

15. Είστε άνδρας ή γυναίκα:

Άνδρας []
Γυναίκα []

16. Πόσο χρονών είστε:

15-24 []
25-34 []
35-44 []
45-54 []
55-64 []
65-74 []
75 και άνω []

17. Ποιο είναι το συνολικό μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα:

Λιγότερο από 500€ []
Μεταξύ 500 και 1.000 € []
Μεταξύ 1.000 και 2.000 € []
Πάνω από 2.000€ []

18. Ποια είναι η περιοχή μόνιμης κατοικίας σας:

19. Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο:

Μεταπτυχιακές Σπουδές []
Πτυχίο Πανεπιστημίου []
Πτυχίο ΤΕΙ []
Απολυτήριο Λυκείου []
Λιγότερο από Απολυτήριο Λυκείου []

20. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας:

Ναι []
Όχι []

21. Πώς θα κρίνατε την υγεία σας, γενικά:

Κακή []
Μέτρια []
Καλή []
Πολύ καλή []
Εξαιρετική []

22. Καπνίζετε:

Καπνίζω καθημερινά []
Καπνίζω περιστασιακά []
Δεν καπνίζω τώρα, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν []
Δεν έχω καπνίσει ποτέ []

23. Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, πόσες φορές επισκεφθήκατε κάποιο γιατρό, νοσοκομείο, ή οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία υγείας: _____

24α. Συνολικά πόσο δύσκολες σας φάνηκαν οι παρακάτω ερωτήσεις

Ερώτηση 1 Καθόλου δύσκολη []
Όχι πολύ δύσκολη []
Δύσκολη []
Πολύ δύσκολη []

Ερώτηση 4 Καθόλου δύσκολη []
Όχι πολύ δύσκολη []
Δύσκολη []
Πολύ δύσκολη []

Ερώτηση 8 Καθόλου δύσκολη []
Όχι πολύ δύσκολη []
Δύσκολη []
Πολύ δύσκολη []

Ερωτήσεις 12-14 Καθόλου δύσκολες []
Όχι πολύ δύσκολες []
Δύσκολες []
Πολύ δύσκολες []

24β. Πιστεύετε ότι είχατε αρκετές πληροφορίες για να απαντήσετε στις ερωτήσεις:

Ναι [] Όχι []

Αν απαντήσατε 'Όχι', τι είδους πληροφορίες θα θέλατε να είχατε:

25. Έχετε να προσθέσετε κάποιο άλλο σχόλιο, σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να καθορίζονται οι προτεραιότητες στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας:

Αν είστε γιατρός στο επάγγελμα παρακαλώ, απαντήστε επιπλέον στις παρακάτω ερωτήσεις:

26. Ποια είναι η ειδικότητά σας;

27. Εργάζεστε ως:

Ιδιώτης (ιατρείο, ιδιωτική κλινική) []

Γιατρός ΕΣΥ []

Γιατρός ΙΚΑ []

Πανεπιστημιακός []

Άνεργος []

Άλλο []

Αν απαντήσατε "Άλλο", παρακαλώ προσδιορίστε.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΠΙΝΑΚΑΣ Α

Ιατρικές Ειδικότητες ανά Τομέα

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
<i>Αιματολόγος</i>	<i>Ορθοπαιδικός</i>	<i>Ψυχίατρος</i>	<i>Αιματολόγος</i>
<i>Γαστρεντερολόγος</i>	<i>Αναισθησιολόγος</i>	<i>Παιδοψυχολόγος</i>	<i>Αιμοπαθολογοανατόμος</i>
<i>Νεφρολόγος</i>	<i>Μαιευτήρας- Γυναικολόγος</i>	<i>Παιδοψυχίατρος κ.α</i>	<i>Μικροβιολόγος</i>
<i>Πνευμονολόγος</i>	<i>Καρδιοχειρουργός</i>		<i>Πυρηνική Ιατρική</i>
<i>Ρευματολόγος</i>	<i>Νευροχειρουργός</i>		<i>Ακτινολόγος κ.α</i>
<i>Ενδοκρινολόγος</i>	<i>Ουρολόγος</i>		
<i>Νευρολόγος</i>	<i>Γναθοχειρουργός</i>		
<i>Ογκολόγος</i>	<i>ΩΡΛ</i>		
<i>Παθολόγος</i>	<i>Πλαστικός Χειρουργός</i>		
<i>Επιδημιολόγος</i>	<i>Αγγειοχειρουργός κ.α</i>		
<i>Παιδίατρος</i>			

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

ΠΙΝΑΚΑΣ Α

Δωρεά Οργάνων και Μεταμοσχεύσεις από το Διεθνή χώρο 1999

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 1999								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant**	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	59,9	10	114,5	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πτωματικοί δότες	970	45	1704	-	1334	6	816	190
Δότες πολλαπλών οργάνων (%)	77,4%	80%	70,6%	-	85,3%	83,3%	83,8%	77,9%
Α.Ε.Π.*	16,2	4,5	14,9	-	33,6	10,0	13,0	19,1
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1760	69	3055	8087	2006	12	1432	358
Α.Ε.Π.	29,4	6,9	26,7	30,2	50,6	20,0	22,8	35,9
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	77	85	579	4430	17	29	269	9
Α.Ε.Π.	1,3	8,5	5,1	16,5	0,4	48,3	4,3	0,9
Μετ. ήπατος	699	12	1194	4700	960	-	703	159
Α.Ε.Π.	11,7	1,2	10,4	17,5	24,2	-	11,2	16,0
Μετ. καρδιάς	349	7	736	2233	336	-	289	12
Α.Ε.Π.	5,8	0,7	6,4	8,3	8,5	-	4,6	1,2
Μετ. καρδιάς – πνευμόνων	28	-	28	48	4	-	50	-
Α.Ε.Π.	0,5	-	0,2	0,2	0,1	-	0,8	-
Μετ. παγκρέατος	50	-	309	1556	25	-	40	-
Α.Ε.Π.	0,8	-	2,7	5,8	0,6	-	0,6	-

Πηγή: NEWSLETTER, ** ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ Β

Δωρεά Οργάνων και Μεταμοσχεύσεις από το Διεθνή χώρο 2000

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 2000								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant**	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	60	10,5	118,4	268	39,66	0,6	62,88	9,96
Πτωματικοί δότες	1016	20	1678	-	1345	5	845	194
Δότες πολλαπλών οργάνων (%)	77,6%	-	72,0%	-	81,3%	40,0%	83,8%	81,4%
Α.Ε.Π.*	17,0	1,9	14,2	-	33,9	8,3	13,4	19,5
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1840	32	2867	-	1919	10	1442	346
Α.Ε.Π.	30,7	3,0	24,2	-	48,4	16,7	22,9	34,7
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	84	72	563	-	19	29	336	10
Α.Ε.Π.	1,4	6,9	4,8	-	0,5	48,3	5,3	1,0
Μετ. ήπατος	806	10	1285	-	954	-	710	162
Α.Ε.Π.	13,4	1,0	10,9	-	24,1	-	11,3	16,3
Μετ. καρδιάς	353	2	642	-	353	-	251	15
Α.Ε.Π.	5,9	0,2	5,4	-	8,9	-	4,0	1,5
Μετ. καρδιάς – πνευμόνων	25	-	20	-	5	-	33	-
Α.Ε.Π.	0,4	-	0,2	-	0,1	-	0,5	-
Μετ. παγκρέατος	54	-	330	-	48	-	41	3
Α.Ε.Π.	0,9	-	2,8	-	1,2	-	0,7	0,3

ΠΙΝΑΚΑΣ Γ

Δωρεά Οργάνων και Μεταμοσχεύσεις από το Διεθνή χώρο 2001

ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ 2001								
ΧΩΡΕΣ	Γαλλία	Ελλάδα	Euro Transplant**	Η.Π.Α.	Ισπανία	Κύπρος	Μ. Βρετανία	Πορτογαλία
Πληθυσμός (εκατ.)	60	11	100,95	268	41,1	0,65	59,1	10
Πτωματικοί δότες	1066	32	1491	6081	1335	2	777	202
Α.Ε.Π.*	17,8	2,9	14,8	22,6	32,5	3	13,1	20,2
Μετ. νεφρού (πτωμ. δότης)	1921	74	2693	8859	1893	4	1333	359
Α.Ε.Π.	32	6,7	26,7	33	46	6	22,5	35,9
Μετ. νεφρού (ζων δότης)	101	89	447	5293	31	26	358	10
Α.Ε.Π.	1,7	8,1	4,4	19,7	0,75	40	6,1	1,0
Μετ. ήπατος	803	18	1086	5177	972	-	675	184
Α.Ε.Π.	13,4	1,6	10,8	19,3	23,6	-	11,4	18,4
Μετ. καρδιάς	342	5	559	2202	341	-	198	17
Α.Ε.Π.	5,7	0,5	5,5	8,2	8,3	-	3,4	1,7
Μετ. καρδιάς – πνευμόνων	26	-	19	27	4	-	32	-
Α.Ε.Π.	0,4	-	0,2	0,1	-	-	0,5	-
Μετ. παγκρέατος	53	-	240	884	56	-	41	4
Α.Ε.Π.	0,9	-	2,4	3,2	1,3	-	0,7	0,4

ΠΙΝΑΚΑΣ Δ

Μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα

ΟΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1985 - 2002)													
ΕΤΟΣ	α	β	γ	δ	ε	στ	ζ	η	θ	ι	ια	ιβ	ιγ
1985	18	22	40	-	-	-	-	-	-	-	98	-	-
1986	35	20	55	-	-	-	-	-	-	-	101	-	-
1987	48	18	66	-	-	-	-	-	-	-	101	-	-
1988	55	19	74	-	-	-	-	-	-	-	74	-	-
1989	58	35	93	-	-	-	-	1	-	-	108	-	-
1990	64	83	147	3	5	-	-	2	-	-	135	-	-
1991	70	104	174	7	10	-	-	6	-	-	132	-	-
1992	68	92	160	8	12	2	1	-	-	1	111	-	-
1993	55	86	141	13	10	-	-	1	1	-	101	-	1366
1994	67	46	113	7	13	4	-	2	-	-	64	-	1489
1995	89	42	131	7	10	1	-	-	-	-	52	-	1423
1996	60	46	106	10	7	3	1	-	-	2	57	-	1627
1997	90	55	145	18	8	1	-	1	-	-	78	-	1200
1998	82	87	169	18	13	-	-	-	-	-	83	-	-
1999	85	69	154	12	7	-	-	-	-	1	52	1	-
2000	72	32	104	10	2	-	-	-	-	-	-	-	-
2001	89	74	163	18	5	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	85	107	192	21	9	-	-	1	-	-	-	-	-

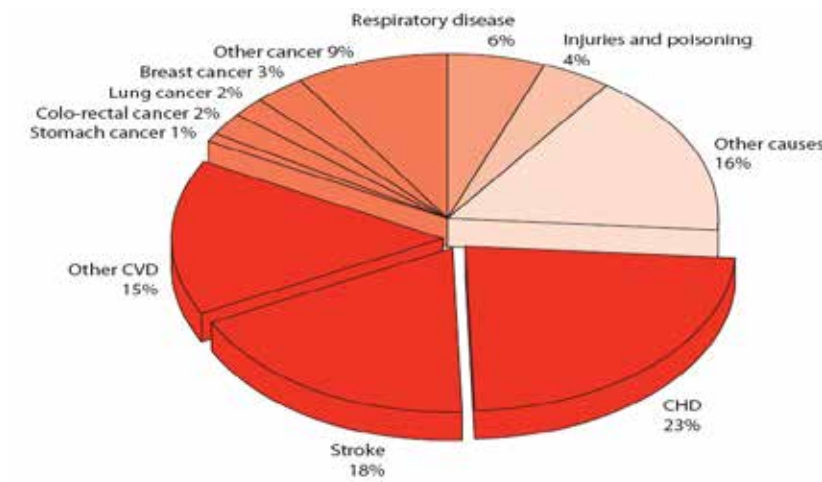
α = ζώσες μεταμοσχεύσεις νεφρού, β = πτωματικές μετ. νεφρού, γ = σύνολο μετ. νεφρού, δ = μετ. ήπατος, ε = μετ. καρδιάς, στ = μετ. πνευμόνων, ζ = μετ. νεφρών + ήπατος, η = μετ. νεφρών + παγκρέατος, θ = μετ. ήπατος + παγκρέατος, ι = μετ. καρδιάς + πνευμόνων, ια = μετ. κερατοειδούς, ιβ = μετ. παγκρέατος, ιγ = υποψήφιοι λήπτες νεφρού.

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

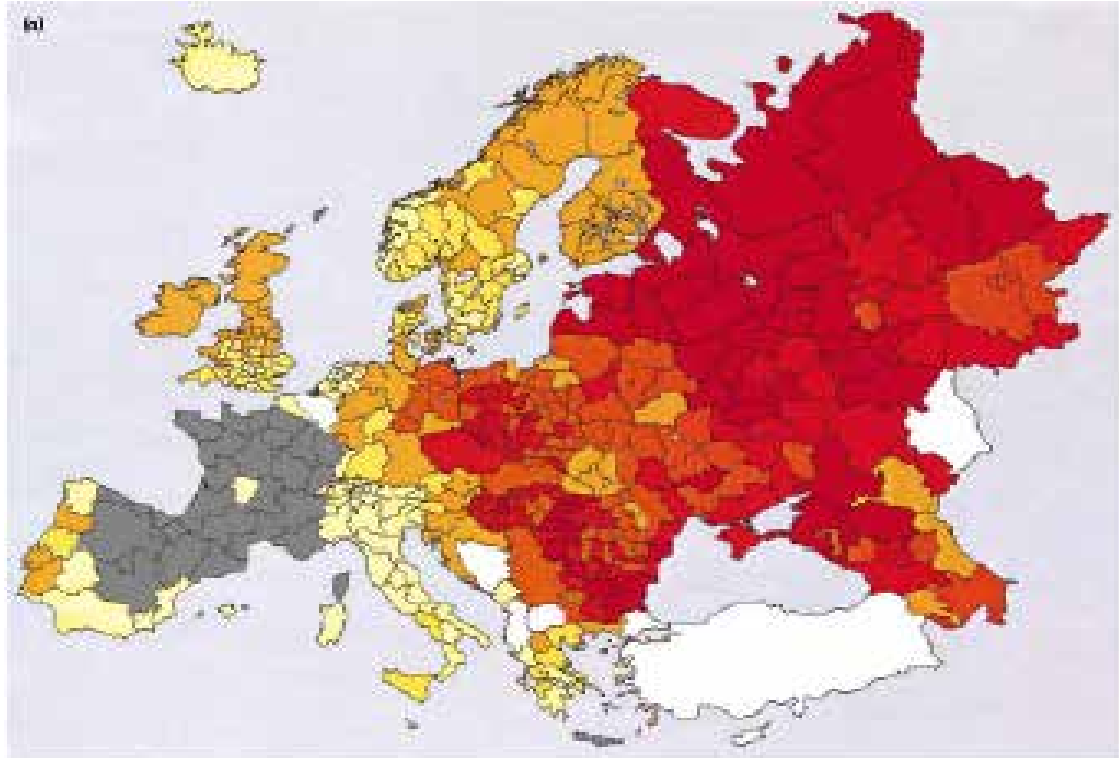
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Α

Θάνατοι ανά αιτία, γυναίκες, Ευρώπη



ΧΑΡΤΗΣ Α

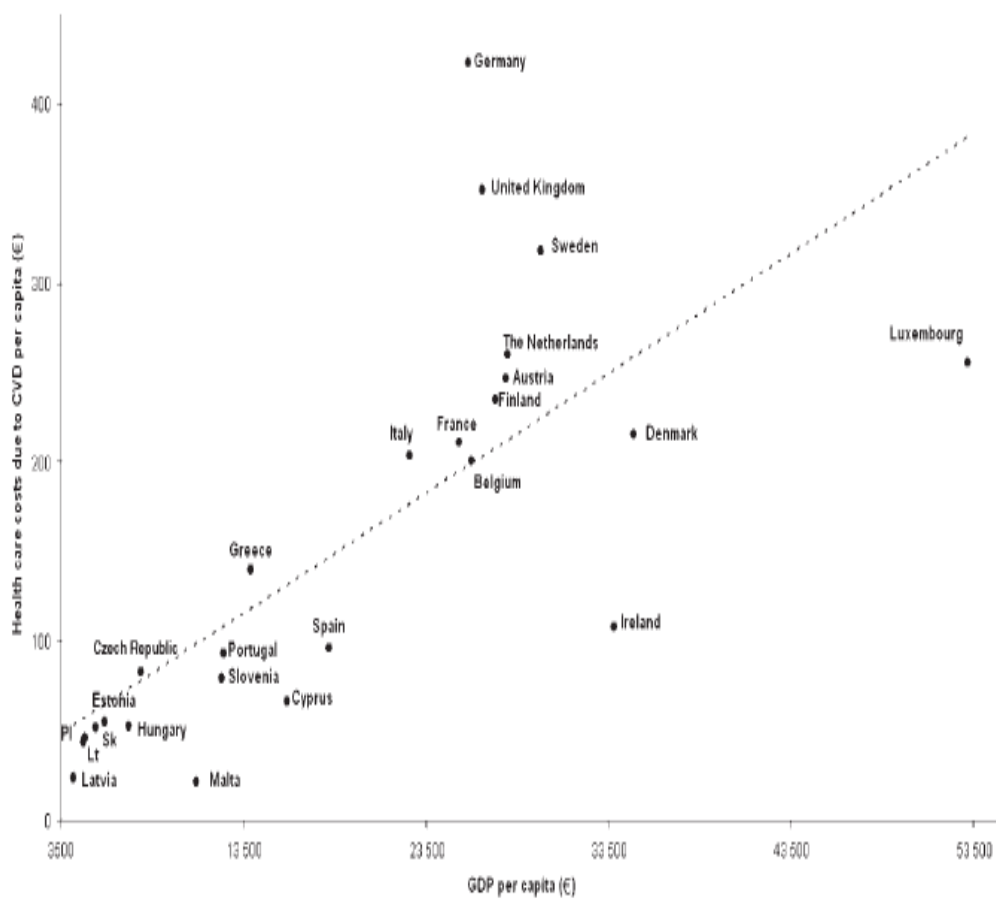
Θνησιμότητα καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ε.Ε., άνδρες, 0-64 ετών.



Πανεπι

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ Β

Συσχέτιση μεταξύ δαπανών για καρδιαγγειακά νοσήματα και εθνικό εισόδημα.



Πανεπιστ.

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη βιβλιογραφία

WHO, 1981. Global strategy for health for all by the year 2000, Geneva

WHO, 1958. The first ten years of WHO, Annex constitution of the WHO, Geneva

WHO, 2000. The world health report 2000. Health systems: Improving performance, Geneva

Varkevisser C.M, Pathmanathan I., Brownlee A., 1991. Designing and conducting health systems research projects: Health systems research training services, WHO, International Development Research Centre, Geneva

OECD, “ An assessment of health system performance across OECD countries”, 1999

Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικού Ατυχήματος (ΚΕΠΠΑ), Workshop, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, 1998

Annual Report of Onasseio Card. Center, 2000

OECD , “ Core set of indicators for ischemic heart disease” and ARD country reports, 2000

Newsletter Transplant, September 2000, Vol.5, N.1, P.18-19

Newsletter Transplant, September 2002, Vol.7, N.1, P.16-18

Επιστημονικά άρθρα

K.Sronks, A. Strijbis, F. Wendte, L. J Gunning-Schepers, “Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, healthcare professionals, and insurers on priorities in health care”, BMJ, July12, 1997; 315(7100): 92-96

A. Dicker, D. Armstrong, “Patients’ views of priority setting in health care: an interview survey in one practice”, BMJ, October 28, 1995; 311:1137-1139

V. Wiseman, “Comparing the preferences of health professionals and members of the public for setting healthcare priorities”, Appl. Health Econ. Health Policy, 2005: 129-137

A. Lees, N. Scott, S. Scott, S. MacDonald & C. Campbell, "Deciding how NHS money is spent: a survey of general public and medical views", *Health Expectations*, March 2002, Vol.5, Issue 1

A. Bowling, "Health care rationing: the public's debate", *BMJ*, March 16, 1996;312:670-674

Palletier DL., *Public Health* 1993;83:1130-3

A. Bowling, B. Jacobson, L. Southgate, "Exploration in consultation of the public and health professionals on priority setting in an inner London health district", *PubMed*, October 1993;37:851-7

E. Mossialos, S. Allin, K. Davaki, "Analyzing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia", *Health Econ.*, 2005, 14:S151-S168

M. R. Reich, "Applied political analysis for health policy reform", *Rapid Science Publishers*, 1996, 2:186-191

J. Abelson, J. Eyles, C. McLeod, P. Collins, C. McMullan, P. Forest, "Does deliberation make a difference? Results from a citizens panel study of health goals priority setting", *PubMed*, October 2003;66(1):95-106

P. Dolan, R. Cookson, "Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study", *BMJ*, April 1999;318(7188):916-919

J. Lenaghan, B. New, E. Mitchell, "Setting priorities: is there a role for citizens' juries?", *BMJ*, June 1996;312(7046): 1591-1593

R. Cookson, P. Dolan, J. Ford, L. Cook, D. Torgerson, T. Gosden, "Priority setting in health care", *BMJ*, October 2000;321(7266): 954-955

L. Moon, P. Moise, S. Jacobson and the ARD-Stroke Experts Group, "Stroke Care in OECD countries: A comparison of treatment, costs and outcomes in 17 countries", Paper N.5, June 2003

Ελληνική βιβλιογραφία

Γ. Κυριόπουλος, Σ. Γκρέγκορ, Χ. Οικονόμου, «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό», Μελέτη με την υποστήριξη του ΠΟΥ, Αθήνα 2002, ΕΣΔΥ

Δ. Ζάβρας, «Στατιστικά υποδείγματα μελέτης της χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα», Διδακτορική διατριβή του τμήματος Στατιστικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, 2003

Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, «Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα», Αθήνα 1997

Ε. Μωραΐτης, Σημειώσεις διδασκαλίας για το μάθημα «Επισκόπηση του Ελληνικού συστήματος υγείας», Νοέμβριος 2004

Μ. Θεοδώρου, Ν. Πολύζος, Μ. Οικονόμου, Σημειώσεις διδασκαλίας για το μάθημα «Πολιτικές υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα και την Ε.Ε», Αθήνα 2006

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (2001), Πραγματικός Πληθυσμός της Ελλάδος

Ετήσια Αναφορά (Report), της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, 1999

Διαδίκτυο

- ◉ www.who.int
- ◉ www.archieve.gr
- ◉ www.tovima.dolnet.gr
- ◉ www.asclepieion.mpl.uoa.gr
- ◉ www.neahygeia.gr
- ◉ www.pi-schools.gr
- ◉ www.unicef.gr
- ◉ www.msf.gr
- ◉ www.healthellas.gr
- ◉ www.oenge.gr
- ◉ www.eom.gr
- ◉ www.onasseio.gr
- ◉ www.mednet.com
- ◉ www.paschalidis.gr
- ◉ www.stat.athens.aueb.gr
- ◉ www.incardiology.gr
- ◉ www.bmj.bmjournals.com
- ◉ www.pubmed.gov
- ◉ www.blackwell-synergy.com
- ◉ www.esdy.gr
- ◉ www.unicef.org
- ◉ www.oecd.org

- ◉ www.onasseio.gr
- ◉ www.mohaw.gr
- ◉ www.healthypeople.gov
- ◉ www.nidcr.nih.gov
- ◉ www.bmjournals.com
- ◉ www.statistics.gr
- ◉ www.boulgaridis.gr
- ◉ www.cc.uoa.gr/health/socmed/hygien.htm
- ◉ www.hcs.gr
- ◉ www.cancer-society.gr
- ◉ www.pepagh.gr

Πανεπιστήμιο Πειραιώς