



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ



ΘΕΜΑ:

**«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση Μεταπτυχιακού
Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2010



ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ



ΘΕΜΑ:

**«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»**

Επιβλέπων Καθηγητής:
Δρ. ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΑΠΑΗΛΙΑΣ, Καθηγητής

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2010



Master of Science
in
“HEALTH MANAGEMENT”



PAPADOPOULOS IOANNIS



Title: “PRIMARY HEALTH CARE AND THE THIRD AGE”

Supervisor Professor: Dr. Theodoros Papailias

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

Piraeus, 2010

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα τη διπλωματική αυτή εργασία Καθηγητή κ. Θεόδωρο Παπαηλία, για την αμέριστη καθοδήγηση, συμπαράσταση και συνεργασία κατά την εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Η συμβολή του μέχρι την ολοκλήρωσή της ήταν ουσιαστική και καθοριστική για την οργάνωση και την τελική εικόνα της.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» γιατί συνέβαλαν στην εκπαιδευτική αυτή εμπειρία, με γνώσεις που θα αποτελέσουν αφετηρία για την προσωπική και την επαγγελματική μου εξέλιξη και την καλύτερευση του επαγγελματικού ρόλου μου.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στον Δήμο Περιστερίου για την ευκαιρία που μου έδωσε να συμμετάσχω στο Μεταπτυχιακό αυτό Πρόγραμμα, για την εκπόνηση της έρευνάς μου, καθώς και στους συναδέλφους μου για την συμπαράστασή τους.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην σύζυγό μου για την υποστήριξή της στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η έρευνα αυτή έχει σαν σκοπό να μελετήσει την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας σε τοπικό επίπεδο. Επίσης διερευνά τις αντιλήψεις των μεγαλύτερων ατόμων για την αποτελεσματικότητα και την παροχή φροντίδας μέσα από τους ασφαλιστικούς τους οργανισμούς. Καθώς η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως στις μεγάλες πόλεις, οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας όταν τις χρειάζονται. Επιπλέον, προσπαθεί να απαντήσει στις ακόλουθες ερωτήσεις: τι είδους υπηρεσίες συνήθως χρησιμοποιούν και αν είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν.

Μέθοδος: Η ποσοτική αυτή έρευνα διεξήχθη για να αναδείξει τα θέματα που αφορούν στην φροντίδα των μεγαλύτερων στην ηλικία στην κοινότητά τους. Οι υπηρεσίες και η επαφή με τους γιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες αξιολογήθηκε. Πεντακόσια άτομα από τα οκτώ ΚΑΠΗ του Δήμου Περιστερίου συμμετείχαν στην ποσοτική αυτή έρευνα. Το στατιστικό πακέτο SPSS χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα: Τα άτομα ήταν ικανοποιημένα από την φροντίδα που λαμβάνουν από τους γιατρούς τους σε τακτική βάση σαν μία σχέση εμπιστοσύνης που έχει αναπτυχθεί μέσα στο χρόνο. Από την άλλη πλευρά, εξέφρασαν λιγότερη ικανοποίηση για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες γενικά, καθώς και τις συντάξεις τους. Επίσης εξέφρασαν την ανάγκη για μεγαλύτερη ποικιλία υπηρεσιών να παρέχονται στην κοινότητα, βελτιώσεις στους χρόνους αναμονής για ραντεβού και την εισαγωγή των οικογενειακών γιατρών.

Συμπεράσματα: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) και οι ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται σε τοπικό επίπεδο έχουν παράλληλους ρόλους. Η ανάγκη να ξεπεραστούν παραδοσιακά εμπόδια και να αναπτυχθεί η διασύνδεση των υπηρεσιών και η εισαγωγή των οικογενειακών γιατρών, είναι τα σημαντικά θέματα για την βελτίωση των υπηρεσιών και την υιοθέτηση καλών πρακτικών για την φροντίδα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), Δημογραφική γήρανση, φροντίδα για την Τρίτη Ηλικία, οικογενειακός γιατρός, Ικανοποίηση ασθενή, Τοπική Αυτοδιοίκηση

Title: “PRIMARY HEALTH CARE AND THE THIRD AGE”

By Ioannis Papadopoulos

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

University of Piraeus-TEI of Piraeus, Greece

Supervisor Professor:Dr. PAPAILIAS THEODOROS

ABSTRACT

Objectives: This research aims at studying the provision of primary health care for the elderly at the local level. It explores the perceptions of older people on the effectiveness and care provision, through social security organisations. As primary health care is not well developed in large cities, people are facing with difficulties to access primary care settings when they are in need. Moreover, it targets to address the following questions: what type of services they use on a regular basis and if they are satisfied from the services received.

Methods: A quantitative research conducted to highlight issues concerning the care of older people in their community. Services and contact with doctors and other professionals were assessed. Five hundred people of the eight KAPI'S of Peristeri county council participated in the quantitative research. The SPSS programme has been used for analysing the results.

Results: People were satisfied by the care they received by their doctors on a regular basis as a trusted relationship developed overtime. On the other hand, they expressed less satisfaction on the primary services in general, as well as the sum of money they receive as pensioners. They also expressed the need of a variety of services to be provided in their community, improvements in waiting times, and the implementation of GP's.

Conclusions: Primary Health Care (PHC) and Medical Services at a local level have parallel roles. The need to overcome traditional barriers and develop more integrated services and the implementation of General Practitioners, are the key issues to improve best practices for the older people.

KEY WORDS

Primary Health Care, Health Services for the Third Age, Demographic Trends, Community Services, Family Doctor (GP), patients satisfaction, Local Government

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κατάλογος Πινάκων, Διαγραμμάτων ,Σχημάτων & Εικόνων.....	viii
Συνοτμεύσεις.....	xii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	01
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
1.1.Εισαγωγή.....	06
1.2.Ιστορική αναδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	07
1.3.Ιστορική Αναδρομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	11
1.4.Διοικητική Οργάνωση της Π.Φ.Υ στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	14
1.5.Η εικόνα της Π.Φ.Υ. όσον αφορά την Οργάνωση - Παροχή και χρηματοδότηση των Υπηρεσιών	15
1.6.Προβλήματα στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	19
1.7.Επίλογος.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ	
ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	
2.1.Εισαγωγή.....	26
2.2.Η δημογραφική γήρανση	26
2.3.Δημογραφικό πρόβλημα και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	30
2.4.Οι ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας.....	32
2.5.Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην Τοπική Αυτοδιοίκηση για την Τρίτη Ηλικία.....	34
2.6.Επίλογος.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ	
3.1.Υπόβαθρο της Έρευνας	41
3.2.Σκοπός της έρευνας.....	41
3.3.Στόχος της έρευνας	41
3.4.Μεταβλητές.....	42
3.5.Τόπος Διεξαγωγής της Έρευνας	43

3.6.Δείγμα	44
3.7.Μέθοδος Δειγματοληψίας.....	44
3.8.Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων	45
3.9.Τήρηση κανόνων εχεμυθείας.....	45
3.10.Δυσκολίες κατά την διεξαγωγή της έρευνας	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
4.1.Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας	47
4.2.Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	47
4.3.Συγκριτικά στοιχεία μεταβλητών	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	
Συμπεράσματα	86
Προτάσεις	90
Επίλογος.....	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
Παράρτημα Α Ερωτηματολόγιο	100
Παράρτημα Β Στατιστικά αποτελέσματα.....	103
Παράρτημα Γ Χρονολογική αναδρομή της νομοθεσίας.....	106
Παράρτημα Δ Ανάπτυξη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία Πρόνοια» 2000-2006	108
Παράρτημα Ε Διατάξεις Νόμων των Τμημάτων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	117

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Φύλο	47
Πίνακας 2. Οικογενειακή Κατάσταση	48
Πίνακας 3. Μορφωτικό Επίπεδο	49
Πίνακας 4. Το εισόδημα σας κατά το προηγούμενο έτος ήταν	50
Πίνακας 5. Ασφαλιστικός φορέας	51
Πίνακας 6. Πόσα έτη συνολικά είστε συνταξιούχος	52
Πίνακας 7. Έχετε πάρει ποτέ αναπηρική σύνταξη	53
Πίνακας 8. Είστε ικανοποιημένος/η από το ποσό της σύνταξης που παίρνετε	54
Πίνακας 9. Είστε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει το ταμείο σας;	55
Ποιες είναι οι υπηρεσίες που συνήθως κάνετε χρήση	
Πίνακας 10. Εξωτερικά ιατρεία	56
Πίνακας 11. Ιδιωτικούς γιατρούς	57
Πίνακας 12. Συνταγές φαρμάκων	58
Πίνακας 13. Γενικές -ειδικές εξετάσεις	59
Πίνακας 14. Νοσηλεία στο σπίτι	60
Όταν κάνετε χρήση των υπηρεσιών υγείας	
Πίνακας 15. Υπάρχει προγραμματισμός για ραντεβού	61
Πίνακας 16. Υπάρχει μεγάλος χρόνος αναμονής για ραντεβού	62
Πίνακας 17. Είναι ευγενικό το ιατρικό προσωπικό	63
Πίνακας 18. Είναι ευγενικοί οι διοικητικοί υπάλληλοι	64
Πίνακας 19. Είναι ευγενικοί οι νοσηλευτές	65
Πίνακας 20. Το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων σας ικανοποιεί	66
Πίνακας 21. Οι χώροι είναι κατάλληλοι και καθαροί για την φροντίδα	67
Πίνακας 22. Είστε ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας	68
Πίνακας 23. Οι εισφορές που δώσατε στο ταμείο σας πιστεύετε ότι ανταποκρίνονται στην Παροχή υγείας	69
Πίνακας 24. Θεωρείτε ότι η ιατρική υπηρεσία του ασφαλιστικού σας ταμείου βρίσκεται σε λογική απόσταση από το σπίτι σας	70

Ποιο κατά την γνώμη σας είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζετε;	
Πίνακας 25. Έλλειψη γιατρών	71
Πίνακας 26. Έλλειψη νοσηλευτών	72
Πίνακας 27. Μη διαθέσιμα ραντεβού	73
Πίνακας 28. Ακατάλληλοι χώροι νοσηλείας	74
Πίνακας 29. Έλλειψη φαρμακευτικού υλικού	75
Πίνακας 30. Αδιαφορία.....	76
Πίνακας 31. Έχετε οικογενειακό γιατρό.....	77
Πίνακας 32. Θα προτιμούσατε να είστε συμβεβλημένος με κάποιον οικογενειακό γιατρό	78
Πίνακας 33. Πως θα χαρακτηρίζατε το σύστημα υγείας	79
Πίνακας 34. Πιστεύετε ότι τα χρήματα που έχετε συνεισφέρει ως εργαζόμενος ήταν αρκετά ώστε να έχετε καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	80
Πίνακας 35. Συγκριτικά στοιχεία μεταβλητών (1-8).....	82
Πίνακας 36. Συγκριτικά στοιχεία μεταβλητών (1-9).....	82
Πίνακας 37. Συγκριτικά στοιχεία μεταβλητών (3-9).....	83
Πίνακας 38. Συγκριτικά στοιχεία μεταβλητών (5-8).....	83
Πίνακας 39. Συγκριτικά στοιχεία μεταβλητών (9-11,6).....	84
Πίνακας 40. Συγκριτικά στοιχεία μεταβλητών (1-14).....	84
Πίνακας 41. Συγκριτικά στοιχεία μεταβλητών (1-14,1).....	85

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1. Φύλο.....	47
Διάγραμμα 2. Οικογενειακή κατάσταση	48
Διάγραμμα 3. Μορφωτικό επίπεδο	49
Διάγραμμα 4. Το Εισόδημα σας κατά το προηγούμενο έτος ήταν	50
Διάγραμμα 5. Ασφαλιστικός φορέας.....	51
Διάγραμμα 6. Πόσα έτη συνολικά είστε συνταξιούχος.....	52
Διάγραμμα 7. Έχετε πάρει ποτέ αναπηρική σύνταξη.....	53
Διάγραμμα 8. Είστε ικανοποιημένος/η από το ποσό της σύνταξης που παίρνετε...54	
Διάγραμμα 9. Είστε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει το ταμείο σας.....	55
Ποιες είναι οι υπηρεσίες που συνήθως κάνετε χρήση	
Διάγραμμα 10. Εξωτερικά ιατρεία.....	56

Διάγραμμα 11. Ιδιωτικούς γιατρούς	57
Διάγραμμα 12. Συνταγές φαρμάκων.....	58
Διάγραμμα 13. Γενικές -ειδικές εξετάσεις.....	59
Διάγραμμα 14. Νοσηλεία στο σπίτι.....	60
Όταν κάνετε χρήση των υπηρεσιών υγείας:	
Διάγραμμα 15. Υπάρχει προγραμματισμός για ραντεβού	61
Διάγραμμα 16. Υπάρχει μεγάλος χρόνος αναμονής για ραντεβού.....	62
Διάγραμμα 17. Είναι ευγενικό το ιατρικό προσωπικό.....	63
Διάγραμμα 18. Είναι ευγενικοί οι διοικητικοί υπάλληλοι.....	64
Διάγραμμα 19. Είναι ευγενικοί οι νοσηλευτές	65
Διάγραμμα 20. Το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων σας ικανοποιεί.....	66
Διάγραμμα 21. Οι χώροι είναι κατάλληλοι και καθαροί για την φροντίδα.....	67
Διάγραμμα 22. Είστε ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση του προβλήματος Υγείας	68
Διάγραμμα 23. Οι εισφορές που δώσατε στο ταμείο σας πιστεύετε ότι ανταποκρίνονται στην παροχή υγείας.....	69
Διάγραμμα 24. Θεωρείτε ότι η ιατρική υπηρεσία του ασφαλιστικού σας ταμείου βρίσκεται σε λογική απόσταση από το σπίτι σας	70
Ποιο κατά την γνώμη σας είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα που Αντιμετωπίζετε;	
Διάγραμμα 25. Έλλειψη γιατρών.....	71
Διάγραμμα 26. Έλλειψη νοσηλευτών.....	72
Διάγραμμα 27. Μη διαθέσιμα ραντεβού.....	73
Διάγραμμα 28. Ακατάλληλοι χώροι νοσηλείας.....	74
Διάγραμμα 29. Έλλειψη φαρμακευτικού υλικού.....	75
Διάγραμμα 30. Αδιαφορία	76
Διάγραμμα 31. Έχετε οικογενειακό γιατρό	77
Διάγραμμα 32. Θα προτιμούσατε να είστε συμβεβλημένος με κάποιον οικογενειακό γιατρό.....	78
Διάγραμμα 33. Πως θα χαρακτηρίζατε το σύστημα υγείας.....	79
Διάγραμμα 34. Πιστεύετε ότι τα χρήματα που έχετε συνεισφέρει ως εργαζόμενος ήταν αρκετά ώστε να έχετε καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη..	80
Διάγραμμα 35. Τι θα προτεινάτε για τη βελτίωση του συστήματος ασφάλισης.....	81

ΕΙΚΟΝΑ

Εικόνα 1. Δομές Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Πηγή: Θεοδώρου και συν. (2005) 16

ΣΧΗΜΑ

Σχήμα 1. Ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών ,στοιχεία της Ε.Ε.,DG INFSO, Paul Timmers 28

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

- Π.Φ.Υ. > Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Ε.Σ.Υ. > Εθνικό Σύστημα Υγείας
Π.Ο.Υ.> Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Κ.Α.Π.Η.> Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΕΠΕ> Κέντρο Προγραμματισμού και Ερευνών
ΚΕΣΥ> Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΙΚΑ> Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ε.Ε.> Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΑΒ> Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΟΓΑ> Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΝΑΤ> Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
ΟΑΕΕ> Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΠΑΔ> Οργανισμός Πρόνοιας Ασφαλισμένων Δημοσίου
Ε.Σ.Υ.Ε> Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος
- WHO> World Health Organization
IT> Information Technology
OECD> Organization for Economic Cooperation and Development
GP> General Practitioner
SPSS> Statistical Package for Social Sciences

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Επιλέξαμε να μελετήσουμε τις παροχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την Τρίτη Ηλικία καθώς πιστεύουμε ότι η Τρίτη Ηλικία είναι αυτή που περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ομάδα του πληθυσμού κάνει χρήση των υπηρεσιών αυτών. Αφορμή για τη μελέτη του θέματος αυτού αποτέλεσε η επαγγελματική μας απασχόληση στο Δήμο Περιστερίου, που μας έδωσε την ευκαιρία να αποκτήσουμε σημαντική εμπειρία στα προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας, να γνωρίσουμε τις ανάγκες και την φροντίδα που απαιτείται για την καλύτερη διαβίωση των ατόμων στο πλαίσιο της κοινότητας, καθώς και να αξιολογήσουμε τις ανάγκες τους για περίθαλψη, όπως οι ίδιοι θεωρούν ότι θα επιθυμούσαν να τους παρέχεται.

Ταυτόχρονα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, βρισκόταν στο κέντρο των ενδιαφερόντων μας, καθώς είναι ένας τομέας που ειδικά στις αστικές περιοχές προσφέρεται ελλιπώς και ενώ πολλές συζητήσεις έχουν γίνει για την πλήρη ανάπτυξη και διασύνδεσή της σε τοπικό επίπεδο με άλλες υπηρεσίες, εν τούτοις σημαντική πρόοδος δεν έχει επιτευχθεί.

Με αφορμή λοιπόν τα ανωτέρω αποφασίσαμε να εξετάσουμε στη διπλωματική αυτή εργασία την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε συνδυασμό με τις ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας για περίθαλψη που προκύπτουν εξ αιτίας της δημογραφικής γήρανσης και πως αυτές καλύπτονται σε τοπικό επίπεδο.

Τα τελευταία χρόνια η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας αυξάνονται συνεχώς, ενώ ταυτόχρονα τα Συστήματα Υγείας έρχονται αντιμέτωπα με τη μείωση των δαπανών για περίθαλψη, καθώς οι πολιτικές για την υγεία στρέφονται στη μείωση του κόστους, στη συγκράτηση των δαπανών και στην αύξηση της παραγωγικότητας (Τσάκος, 2000:81). Μία από τις αιτίες της πίεσης προς το Σύστημα Υγείας, αποτελεί η γήρανση του πληθυσμού. Τα μεγαλύτερα άτομα λόγω των προβλημάτων υγείας τους επιβαρύνουν οικονομικά το Σύστημα Υγείας και αποσπούν μεγάλο αριθμό πόρων στη θεραπεία και αποκατάσταση. Ταυτόχρονα, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, έχει άμεση σχέση με τη δομή και τη διάθρωση των υπηρεσιών, οι οποίες έχουν ως πρώτο επίπεδο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (εφεξής: Π.Φ.Υ) (Μποστανίτης και Τσαλίδου 2008). Η Π.Φ.Υ. διαφαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει τον πυλώνα εκείνον που θα βοηθήσει ιατρικά και κοινωνικά τον πληθυσμό και θα προσφέρει καλύτερες συνθήκες πρόληψης, περίθαλψης και φροντίδας.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το 1946 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναθεωρεί τον κλασικό ορισμό της υγείας, την οποία πλέον αποδέχεται ως την «...πλήρη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή σωματικής αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός ενσωματώνεται στο καταστατικό του Π.Ο.Υ. σύμφωνα με τον οποίο επισημαίνεται

ότι «... η υγεία όλων των λαών είναι θεμελιώδης στην επίτευξη της ειρήνης και της ασφάλειας...» και ότι «...η απόλαυση των υψηλότερων εφικτών προτύπων της υγείας αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα...» (Μωραϊτης, 2006α:3).

Παρά τις παραινέσεις του Π.Ο.Υ., την δεκαετία του '70 τα συστήματα υγείας αρχίζουν να εισέρχονται σταδιακά σε κρίση, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα νέο επιστημολογικό κίνημα προκειμένου να ξεπεραστεί το πρόβλημα.

Το κίνημα αυτό αφορούσε ανθρωποκεντρικές και βιώσιμες λύσεις για τα θέματα υγείας (Κουτής,1992). Τότε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) προβαίνει στη Διακήρυξη της Alma-Ata και τονίζει τη σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σαν μία στρατηγική που έπρεπε να υλοποιηθεί μέχρι το 2000 (WHO,1978). Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. «η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα της υγείας που παρέχεται με επιστημονικές, κοινωνικά αποδεκτές πρακτικές και εφαρμόσιμες μεθόδους και τεχνολογίες». Περιλαμβάνει υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης (Γεωργούση και άλλοι, 2002α:138-163).

Η Διακήρυξη αυτή του Π.Ο.Υ. συνέβαλε στην ανάπτυξη μίας νέας κουλτούρας στον τομέα της υγείας με πολιτικές που τα κράτη προσπάθησαν να εφαρμόσουν άλλοτε με επιτυχία και άλλοτε όχι. Η διακήρυξη στις βασικές της αρχές δημιούργησε ένα νέο ιδεολογικό κίνημα, αναδεικνύοντας τις ανισότητες που χαρακτηρίζουν τα επίπεδα υγείας των λαών. Επιπλέον, τόνισε την ανάγκη οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, το δικαίωμα των λαών για συλλογική και ατομική συμμετοχή στο σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων φροντίδας υγείας. Το πεδίο εφαρμογής των πρακτικών αυτών με κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και με κόστος που θα συμβαδίζει με τις οικονομικές δυνατότητες του κάθε κράτους αποτέλεσε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Τσαλίκης, 1996:60). Επομένως, η Π.Φ.Υ. αποτελεί μία νέα αντίληψη για τη φροντίδα υγείας και αρρώστιας, μία προσπάθεια αλλαγής του τρόπου ζωής των ανθρώπων, μία νέα πιο ανθρωποκεντρική προσέγγιση (Μωραϊτης, 2006α:13).

Επιπλέον, ο Π.Ο.Υ. (WHO,1983) τόνισε την κοινωνική διάσταση της υγείας σαν θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, καθώς, οι υπηρεσίες που παρέχονται από ένα κράτος πρέπει να καλύπτουν όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από τα κοινωνικά, οικονομικά,

θηρσκευτικά ή φυλετικά χαρακτηριστικά τους. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έγινε στόχος για ανάπτυξη σε πολλά κράτη, ενώ της ανατέθηκαν νέοι ρόλοι και λειτουργίες. Τρεις θεωρούνται ότι είναι οι λειτουργίες της μέσα σε ένα σύγχρονο σύστημα υγείας: α) πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα (διάγνωση, θεραπεία, φαρμακευτική αγωγή), β) προληπτικές υπηρεσίες (αγωγή και προαγωγή υγείας, εμβολιασμοί, προσυμπτωματικός έλεγχος) και γ) κοινωνική φροντίδα και αποκατάσταση (Θεοδώρου, και άλλοι, 1996) επίσης (Μωραϊτης 2006β). Επίσης περιλαμβάνει τις εξής υπηρεσίες: ενημέρωση πάνω σε θέματα υγείας, διατροφής, εξασφάλιση υγιεινών συνθηκών διαβίωσης, οικογενειακό προγραμματισμό, φροντίδα μητέρας-παιδιού, εμβολιασμό, καταπολέμηση ενδημικών νόσων, κοινών νόσων και τραυματισμών, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (WHO, 1978).

Μία ομάδα του πληθυσμού που κάνει χρήση των υπηρεσιών αυτών είναι η Τρίτη Ηλικία. Προβλήματα που έχουν σχέση με την υγεία προκύπτουν και έχουν πιο έντονο χαρακτήρα στις μεγαλύτερες ηλικίες, χωρίς να σημαίνει ότι πρέπει να παραμελούνται θέματα που έχουν σχέση με την πρόληψη της υγείας. Συνήθη προβλήματα υγείας, που απασχολούν τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, είναι η άνοια (και στην ειδικότερη μορφή της η νόσος του Alzheimer), η ακράτεια, η οστεοπόρωση, η οστεοαρθρίτιδα, οι παθήσεις οι σχετιζόμενες με τη μειωμένη δυνατότητα όρασης, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και η μειωμένη δυνατότητα μεταβολισμού της ενέργειας λόγω της απώλειας της λειτουργικής ικανότητας των οργάνων (Γκόλνα και Σουλιώτης, 2006:37). Η πλειοψηφία των ασθενών είναι ασφαλισμένοι για παροχές υγείας, όπως αυτές έχουν καθοριστεί από τον ασφαλιστικό φορέα που ανήκουν. Οι φορείς αυτοί, πέρα από την παροχή συνταξιοδότησης, καλύπτουν τα άτομα με παροχές υγείας. Μία από τις σημαντικότερες παροχές είναι οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που συνήθως παρέχονται είτε από γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με ταμεία, είτε από τα ίδια τα ταμεία όπως π.χ. το ΙΚΑ που παρέχει δικές του ιατρικές υπηρεσίες.

Προκειμένου να μελετήσουμε την ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας σαν εξωτερικών ασθενών και τις υπηρεσίες όπως παρέχονται από τα ταμεία τους, καθώς και την εμπειρία τους από το Σύστημα Υγείας, οργανώσαμε μία ποσοτική έρευνα με την χρήση ερωτηματολογίου που δόθηκε σε άτομα της Τρίτης Ηλικίας που κάνουν χρήση των υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Περιστερίου. Ο Δήμος Περιστερίου, θεωρείται ένας από τους μεγαλύτερους Δήμους της Αττικής και όλης της Ελλάδας, ενώ ταυτόχρονα ο πληθυσμός των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας κάνει

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

σε μεγάλο βαθμό χρήση των δημόσιων φορέων παροχής υπηρεσιών. Πέραν των υπηρεσιών υγείας, θέματα γενικά φροντίδας απαιτούν λύσεις, όπως η φροντίδα αυτών που πάσχουν από σοβαρά προβλήματα τα οποία ήδη αναφέραμε. Ταυτόχρονα, είναι ασφαλισμένοι διαφόρων ταμείων και κάνουν χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Η εργασία αυτή προσπαθεί να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

- *Κατά πόσο τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας απολαμβάνουν ποιοτικές ιατρικές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. από τα ταμεία τους*
- *Κατά πόσο οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται επαρκώς σε τοπικό επίπεδο*
- *Ποιοι τομείς της περίθαλψης πιστεύουν ότι έχουν μεγαλύτερες αδυναμίες*

Η διπλωματική αυτή εργασία είναι μία προσπάθεια που έχει ως στόχο να παρουσιάσει την εμπειρία των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην συγκεκριμένη περιοχή της Αττικής. Πιστεύουμε ότι θα αναδείξει ευρύτερα, την εντύπωση των ατόμων από το Σύστημα των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και θα επισημάνει τη σημασία συνεργασίας μεταξύ Τοπικής Αυτοδιοίκησης και υπηρεσιών υγείας. Θέματα όπως η ικανοποίηση των ασθενών από τους γιατρούς τους, από τις υποδομές, από την αντιμετώπιση γιατρών και νοσηλευτών, αλλά και θέματα που θα αναδείξουν τις γνώσεις τους πάνω στην χρήση των υπηρεσιών υγείας θα συμπεριληφθούν. Επίσης θα αναλύσουμε την Π.Φ.Υ. ιστορικά, θεωρητικά και δομικά καθώς και θα παρουσιάσουμε το σχεδιασμό, την ανάπτυξη της και τις αδυναμίες που παρουσιάζει μέσα στο Σύστημα Υγείας. Επιπλέον, θα αναφερθούμε στην γήρανση του πληθυσμού σαν παράγοντα επιβάρυνσης του Συστήματος Υγείας, αφού η συνεχής αύξηση του αριθμού των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας αναδεικνύει την ανάγκη για δημιουργία υπηρεσιών, καθώς επίσης δημιουργεί τις πιέσεις για πόρους που αναμένονται να αντιμετωπίσουν τα ασφαλιστικά ταμεία στο μέλλον, προκειμένου να καλύψουν ταυτόχρονα τις ανάγκες για συνταξιοδότηση, αλλά και την ανάπτυξη ιατρικών υπηρεσιών.

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε 5 κεφάλαια. Στο *Πρώτο* κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην Θεωρητική Ανασκόπηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, στην Οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών καθώς και στα προβλήματα που υπάρχουν, στο *Δεύτερο* θα αναφερθούμε στην Π.Φ.Υ. όσο αφορά την κάλυψη των αναγκών των ατόμων της *Τρίτης* Ηλικίας, τη δημογραφική γήρανση και την επιβάρυνση που δημιουργεί στο Σύστημα Υγείας και τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. που προσφέρονται στην κοινότητα. Στο *Τρίτο* θα παραθέσουμε την Μεθοδολογία της έρευνας μας η οποία βασίζεται σε ποσοτική έρευνα που διεξήχθη στο Δήμο Περιστερίου και αναλύθηκε με το στατιστικό πακέτο

SPSS. Στο *Τέταρτο* θα αναλύσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας με πίνακες, ραβδογράμματα και πίτες, θα σχολιάσουμε τα αποτελέσματα και θα συγκρίνουμε τις μεταβλητές μας, και στη συνέχεια στο *Πέμπτο* Κεφάλαιο θα παραθέσουμε τα συμπεράσματα και τις προτάσεις μας. Τέλος, η εργασία μας θα ολοκληρωθεί με τον επίλογο.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Εισαγωγή

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο επίπεδο στην παροχή υπηρεσιών σε ένα σύστημα υγείας και ένα πρώτο φίλτρο των ασθενών πριν κάνουν χρήση των υπηρεσιών της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των νοσοκομείων. Επίσης είναι η πρώτη επαφή κάθε ατόμου που πάσχει, με τις παροχές περίθαλψης του κράτους και γι αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία να παρέχεται με τρόπο που να καλύπτει τις πραγματικές ανάγκες των πολιτών (Κυριόπουλος, 1996). Περιλαμβάνει το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών που αφορούν την προαγωγή υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την παρακολούθηση, την αποκατάσταση και επανένταξη των ατόμων (Μπένος, 2000).

Τα τελευταία χρόνια γίνονται συνεχώς αναφορές για τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων Π.Φ.Υ. προσανατολισμένων στις ανάγκες των τοπικών κοινωνιών. Αυτό, αν το αναλύσουμε, σημαίνει ουσιαστικά την αποκέντρωση της ΠΦΥ ανά περιοχή και τομείς φροντίδας οι οποίοι θα συνεργάζονται και δεν θα επικαλύπτονται. Ο Π.Ο.Υ. αναφέρθηκε στην διασύνδεση υπηρεσιών εδώ και 30 χρόνια. Η διασύνδεση υπηρεσιών όμως, παραμένει μία δύσκολη έννοια να οριστεί και να αναπτυχθεί σ' ένα σύστημα υγείας, παρόλο που σε γενικές γραμμές αναμένεται ότι θα βελτιώσει την αποτελεσματικότητα στην παροχή υπηρεσιών. Οι χώρες με υψηλή παροχή Π.Φ.Υ. είχαν καλύτερους δείκτες υγείας και εκείνες που είχαν ασθενή Π.Φ.Υ. είχαν μεγαλύτερο κόστος και φτωχά αποτελέσματα.

Ο Π.Ο.Υ. (WHO, 1994) ορίζει την ενιαία φροντίδα υγείας σαν *«την οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας με τρόπο που τα άτομα θα λαμβάνουν την φροντίδα που χρειάζονται, όταν την χρειάζονται, με τρόπους που θα είναι φιλικούς στους χρήστες, θα πετυχαίνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα και θα αξίζουν για τα χρήματα που δαπανώνται»*.

Ο Van Ree (Van Ree, 2004) αναφέρει ότι η Διακήρυξη της Alma Ata δεν πέτυχε τον σκοπό της γιατί υπήρχε η ανάγκη για περισσότερο διασυνδεδεμένες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και υπηρεσιών δημόσιας υγείας για να πετύχει τους σκοπούς της που όμως δεν έφτασαν ποτέ στα επιθυμητά επίπεδα. Η δημιουργία ενός ενιαίου Συστήματος Υγείας όπως αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας πρέπει να βασίζεται σε μία

στρατηγική που να χωρίζεται ανά περιφερειακό διαμέρισμα. Από τη δεκαετία του '70 και μετά, διάφορες προσεγγίσεις που αφορούσαν τη διασύνδεση των υπηρεσιών προτάθηκαν, με φτωχά όμως αποτελέσματα. Η ανάγκη για σύσταση ενός ενιαιοποιημένου συστήματος υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα έχει ήδη επισημανθεί από το ΚΕΠΕ στην έκθεση του, όπου ανέφερε τους ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες, την ανάγκη καταγραφής της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού και πρότεινε επίσης τη «δημιουργία μίας ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας». Από τότε έχουν περάσει 40 χρόνια και εξακολουθούμε να συζητάμε για την ενιαιοποίηση του Συστήματος Υγείας (Υφαντόπουλος 2006).

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε αρχικά στην ιστορική αναδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στη διοικητική οργάνωση της Π.Φ.Υ., στο σύστημα παροχής, στα προβλήματα που έχουν προκύψει και τέλος θα ολοκληρώσουμε το κεφάλαιο μας με τον επίλογο.

1.2.Ιστορική αναδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει τις υγειονομικές υπηρεσίες που έχουν ως σκοπό την διατήρηση της καλής υγείας και τη φροντίδα του πληθυσμού για τα θέματα υγείας που τον απασχολούν. Προϋπόθεση για να επιτευχθεί αυτό, είναι ο συντονισμός και η συνεργασία των υπηρεσιών, η ενημέρωση των πολιτών και το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον που λειτουργεί αυτό, δηλαδή η δυνατότητα του κράτους να χρηματοδοτεί και να υποστηρίζει με προσωπικό και υποδομές την λειτουργία του (Σούλης 1999, στο Πιερράκος 2008:19).

Το Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται από την πλευρά της Κυβέρνησης, από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Υπουργείο Εργασίας και το Υπουργείο Οικονομικών (Geitona et al., 2008). Πιο συγκεκριμένα, η χρηματοδότηση του προέρχεται από ένα μείγμα που βασίζεται από την μία στους φόρους και από την άλλη στις εισφορές των εργαζομένων στους ασφαλιστικούς τους φορείς. Επιπλέον, ένα μέρος καλύπτεται από ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης καθώς και από τις ιδιωτικές δαπάνες των ατόμων. Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας γίνεται από ένα μείγμα «συμβολαιακού» τύπου ή και τύπου «αποζημίωσης» Bismark και ενός «ολοκληρωμένου» συστήματος τύπου Beveridge (Κυριόπουλος και άλλοι, 2000). Πιο συγκεκριμένα, από την φορολογία (Μοντέλο του Beveridge) και από την κοινωνική ασφάλιση (Μοντέλο του Bismark) (Βλάσσης, 2008). Το μεικτό αυτό σύστημα

χαρακτηρίζεται από το δημόσιο-ιδιωτικό μείγμα τόσο στη χρηματοδότηση όσο και στην παροχή υπηρεσιών. Η παροχή υπηρεσιών στον πληθυσμό παρέχεται από:

1. το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ),
2. τα ταμεία ασφάλισης υγείας (ασφάλιση με βάση το επάγγελμα) και
3. τη ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει ένα δυνατό νοσοκομειακό προσανατολισμό. Η διαχωριστική γραμμή μεταξύ του επείγοντος περιστατικού και αυτού που χρειάζεται την παροχή Α' βοήθειών δεν είναι σαφής στους ασθενείς. Η προσφυγή των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία σχετίζεται με την ασφάλεια που νιώθουν εκεί και με την νοοτροπία που επικράτησε λόγω της περίθαλψης που λάμβαναν τα άτομα από τα νοσοκομεία, μετά τον πόλεμο του 1940. Αυτή η νοοτροπία παραμένει μέχρι σήμερα (WHO, 1996). Επίσης σχετίζεται με το γεγονός ότι αφού παρασχεθούν οι Α' βοήθειες στο νοσοκομείο, υπάρχει μία σειρά από εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται στον ίδιο χώρο (π.χ. αιματολογικές εξετάσεις και ακτινολογικές) (Αλεβίζος και άλλοι, 2007). Το ΕΣΥ προσφέρει μόνο νοσοκομειακή και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω των αγροτικών ιατρείων και των Κέντρων Υγείας στον αγροτικό και ημιαστικό πληθυσμό και εγγυάται την καθολική κάλυψη όσο αφορά αυτές τις παροχές υγείας (Μόσιαλος, στο Οικονόμου 2004:19).

Μέχρι την ανάληψη της διακυβέρνησης από την σοσιαλιστική κυβέρνηση το 1981, σοβαρές προσπάθειες είχαν γίνει:

- α) με το Ν.Δ. 2592/53 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως» μέρος του οποίου αποτελούσε και η δημιουργία μονάδων ΠΦΥ στην περιφέρεια που ονομάζονταν «Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί»
- β) με το νόμο 3487/1955 «Περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών» που προέβλεπε την ίδρυση δικτύου «κοινοτικών και αγροτικών ιατρείων» σε όλη τη χώρα, η προσπάθεια καθιέρωσης οικογενειακού γιατρού στα πρότυπα του βρετανικού συστήματος από το ΙΚΑ και
- γ) πολύ αργότερα επί Υπουργίας Δοξιάδη προτάθηκε ένα νέο Σχέδιο για την βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης. Οι Νόμοι (και τα Σχέδια Νόμων) όμως δεν εφαρμόστηκαν στην πράξη.

Η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας συνδέεται με τον Νόμο 1397/83 «περί Ε.Σ.Υ.». Ο Νόμος αυτός καθιερώνει τον δημόσιο χαρακτήρα της περίθαλψης καθώς επίσης αναφέρεται στην υποχρέωση του κράτους να παρέχει ισότιμα υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνική, οικονομική και

επαγγελματική τους κατάσταση (Νιάκας 1993 και Υφαντόπουλος 2006). Προβλέπει τη δημιουργία ενός αποκεντρωμένου διοικητικά συστήματος λειτουργίας, ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, εκσυγχρονισμό και αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, ενίσχυση των εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων και κίνητρα για την ανάπτυξη του προσωπικού (Σιγάλας,1996).

Ο Νόμος «Περί Ε.Σ.Υ.» θεωρήθηκε πρωτοποριακός και ακόμα και σήμερα οποιαδήποτε αλλαγή βασίζεται στους άξονες του. Το 1985 άρχισε η υλοποίηση των διατάξεων του με εμφανή την πολιτική βούληση για στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην προαγωγή της υγείας. Η προσπάθεια όμως αυτή ατόνησε, ιδιαίτερα μετά το 1988, και δεν υλοποιήθηκαν οι διατάξεις για τη διασύνδεση των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου, παρά την ομόφωνη αποδοχή από την ολομέλεια του ΚΕΣΥ των προτάσεων της ειδικής επιτροπής «για την επέκταση του προγράμματος στα αστικά κέντρα, και την ένταξη των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ στο ΕΣΥ» (Μωραΐτης,1996:174). Παρόλα αυτά η ίδρυση των Κέντρων Υγείας στην επαρχία γίνεται πλέον μία πραγματικότητα.

Στη συνέχεια, ο Νόμος 2071/92 περιλαμβάνει την Π.Φ.Υ. και προτείνει την σύσταση κινητών μονάδων φροντίδας και την απεξάρτηση των Κέντρων Υγείας από τα Νοσοκομεία. Αυτός ο νόμος δεν εφαρμόστηκε. Ακολουθεί ο Νόμος 2194/94 και ο Νόμος 2519/97 (άρθρα 31-33) «Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των Υγειονομικών Υπηρεσιών», στον οποίο ως Κέντρα Υγείας ορίζονται οι αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Νοσοκομείων ενός Νομού (Θηραΐος και άλλοι, 2003). Για την Π.Φ.Υ. προέβλεπε εκτός των Κέντρων Υγείας, τη δημιουργία των Δικτύων Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ, και την προσφορά υπηρεσιών υγείας από τον οικογενειακό γιατρό στις αστικές και ημιαστικές περιοχές (Αλτάνης,1998), όπως επίσης και ο Νόμος 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», ο οποίος έμεινε ανενεργός λόγω προκήρυξης εκλογών.

Πολλά όμως από τα σχέδια αναδιοργάνωσης που είχαν προταθεί, παρέμειναν απραγματοποίητα είτε γιατί συνάντησαν έντονες αντιδράσεις, είτε γιατί δεν υπήρχαν περιθώρια οικονομικής αρωγής (Παράρτημα Γ). Κάτω από τις προσπάθειες για αναβάθμιση του Συστήματος Υγείας, όπως προέβλεπε ο Ν. 1397/83 «Περί ΕΣΥ» επιδιώκονται τα εξής:

- α) η συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας
- β) η εξασφάλιση ισότητας και καθολικότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- γ) η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας

δ) Η σύνδεση όλων των φορέων Π.Φ.Υ.

Με βάση λοιπόν, τους άξονες ανάπτυξης που έθεσε ο Νόμος «Περί Ε.Σ.Υ.» δημιουργήθηκαν μία σειρά από Κέντρα Υγείας Αγροτικού Τύπου στους νομούς της Ελλάδας. Ο αριθμός τους αρχικά ήταν 190. Ταυτόχρονα ιδρύθηκαν 1311 περιφερειακά ιατρεία που στελεχώθηκαν κυρίως από γιατρούς που έκαναν την υπηρεσία τους στην ύπαιθρο. Παρόλη την προσπάθεια που αγκαλιάστηκε θετικά από τον πληθυσμό της επαρχίας, δημιουργήθηκαν κάποια προβλήματα στην υποδομή, στην στελέχωση, ενώ άλλα προέκυψαν από την σύνδεση τους με τα Νοσοκομεία. Τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν αφορούσαν επίσης την οργάνωση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας, την χρηματοδότηση, την αποτελεσματικότητα, την ανισότητα στην πρόσβαση και παροχή, τον ελλιπή εξοπλισμό, την συγκέντρωση γιατρών στις αστικές περιοχές και την ταυτόχρονη έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Οικονόμου, 1994). Τα Κέντρα Υγείας σύμφωνα με το Ν.1397/83 στις αγροτικές περιοχές ιδρύθηκαν με σκοπό να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, ισότιμα και χωρίς οικονομική επιβάρυνση του πληθυσμού. Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα, με γιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (κυρίως παθολόγους, παιδίατρους οδοντιάτρους και γενικούς γιατρούς), νοσηλευτικό, μαιευτικό διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, ο αριθμός των οποίων ποικίλει ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς. Στόχος τους ήταν να αυξήσουν την πρόσβαση του αγροτικού πληθυσμού στην ΠΦΥ. Όμως, λόγω των προβλημάτων που εμφάνισαν δεν ανταποκρίθηκαν στο ρόλο τους ως προαγωγών της δημόσιας υγείας, δεδομένου του χαμηλού βαθμού διενέργειας από αυτά επιδημιολογικών μελετών, της μικρής ανάπτυξης προγραμμάτων έλεγχου της υγείας του πληθυσμού και ανίχνευσης μειζόνων παραγόντων κινδύνου και της ανεπαρκούς συμμετοχής σε προγράμματα αγωγής υγείας (Γεωργούση, και άλλοι, 2002α:138-163, Οικονόμου, 2004). Επιπλέον πολλά παρέμειναν υποστελεχωμένα ενώ η διασύνδεσή τους με τα νοσοκομεία κάθε άλλο παρά διευκόλυνε τη λειτουργία τους.

Σε αντίθεση με την ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας Αγροτικού Τύπου, στις μεγάλες πόλεις η Π.Φ.Υ. εξακολουθεί να παρέχεται από ένα μεγάλο αριθμό φορέων. Το ΙΚΑ, τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων, οι ιδιώτες γιατροί και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα εμπλέκονται στην κάλυψη των αναγκών του αστικού πληθυσμού. Το γεγονός ότι δεν αναπτύχθηκαν Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου οδηγεί ένα μεγάλο αριθμό ατόμων που δεν έχουν πραγματική ανάγκη, στους δευτεροβάθμιους φορείς υγείας. Ταυτόχρονα οι παροχές μέσα από τους ιδιωτικούς φορείς αυξάνονται μαζί με την δυσαρέσκεια των πολιτών απέναντι στο Σύστημα Υγείας.

Μία σοβαρή αδυναμία του Συστήματος Υγείας είναι η απουσία οικογενειακού γιατρού και η έλλειψη συστήματος παραπομπών που έχουν ως αποτέλεσμα ο χρήστης των υπηρεσιών, να μην έχει σταθερό σημείο αναφοράς, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Αποτέλεσμα αυτού είναι να μην υπάρχει συνέχεια στην φροντίδα, ο ασθενής να καταφεύγει σε άσκοπη περιπλάνηση εντός του συστήματος υγείας, προκαλώντας έτσι συμφόρηση του συστήματος, πληθωρισμό επισκέψεων και οδηγώντας όλο το σύστημα σε αναποτελεσματικότητα και περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Αποτέλεσμα τούτου είναι οι ασθενείς να αναγκάζονται να κατακλύζουν στα εξωτερικά ιατρεία των εφημερευόντων νοσοκομείων ή να καταφεύγουν στα ιδιωτικά ιατρεία (Θεοδωράκης (2007).

1.3.Ιστορική Αναδρομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στην Ελλάδα όλες οι πολιτικές για την υγεία συγκλίνουν ότι ο πυλώνας πάνω στον οποίο πρέπει να στηριχτούν οι βελτιώσεις στο σύστημα υγείας προϋποθέτουν την οργάνωση και ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.

Η Συνθήκη του Μάαστριχτ το 1993 θέτει τα θεμέλια για ένα ενιαίο πλαίσιο δράσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας για όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. Τον Μάρτιο του 2000 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισσαβόνας δημιούργησε το πλαίσιο μεταρρύθμισης των Συστημάτων Κοινωνικής προστασίας στις χώρες –μέλη μέσα από την «ανοιχτή μέθοδο συντονισμού» που προέβλεπε τη δημιουργία εταιρικών σχέσεων μεταξύ όλων των οργανισμών που προσφέρουν φροντίδα υγείας και κοινωνικής προστασίας.

Επίσης, η Συνθήκη του Άμστερνταμ το 2000, στο άρθρο 152 αναφέρεται στις δράσεις που πρέπει να προχωρήσουν τα Ευρωπαϊκά κράτη προκειμένου να επιτύχουν ένα υψηλό επίπεδο υγείας. Οι δράσεις αυτές είναι: η βελτίωση της δημόσιας υγείας, η πρόληψη, η αγωγή υγείας, η αποτροπή των κινδύνων και η δημιουργία στρατηγικών οργάνωσης των εθνικών πολιτικών για την υγεία (Υφαντόπουλος, 2006). Είναι φανερό ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο τομέας εκείνος που μπορεί να ενσωματώσει τις δράσεις αυτές με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Γενικότερα, οι κατευθύνσεις της Ε.Ε. στο τομέα της υγείας αναφέρονται στο πρόγραμμα δράσης 2008-13, το οποίο βασίζεται στην απόφαση υπ. Αριθ. 1350/2007/ΕΚ/23/10/2007 και σύμφωνα με το οποίο καλούνται όλα τα κράτη να οργανώσουν κοινά προγράμματα προστασίας της υγείας, ακόμα δε προάγει και την συνεργασία μεταξύ κρατών.

Η μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας είναι πολιτική και κοινωνική προτεραιότητα και παρόλα αυτά τα τελευταία είκοσι χρόνια χάνει συνεχώς την αξιοπιστία, την αποτελεσματικότητα και τον ενθουσιασμό που έτυχε τα πρώτα χρόνια προσπαθειών. Η μετάβαση σε ένα ανανεωμένο Σύστημα Υγείας, με καλύτερες συνθήκες περίθαλψης, ώστε να αποφευχθεί η διόγκωση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αποτελεί ανάγκη για τον κάθε πολίτη. Η απαίτηση αυτή του πολίτη μπορεί με τον καλύτερο τρόπο να εξυπηρετηθεί μέσα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κυριόπουλος, 1996:39).

Η ανάγκη για αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει αναφερθεί από πολλούς συγγραφείς του τομέα αυτού (Σολωμός, 1996:160), τονίζοντας ότι όλοι όσοι ασχολούνται με την αναβάθμιση του συστήματος υγείας θα πρέπει να παρέμβουν μέσα από την ανάπτυξη υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο.

Η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. προχώρησε μέχρι κάποιο σημείο με την δημιουργία των Κέντρων Υγείας στην επαρχία. Όμως στα μεγάλα αστικά κέντρα και κυρίως στην Αθήνα που συγκεντρώνεται και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. παρέμεινε μέχρι σήμερα αποσπασματική και χωρίς κάποια βελτίωση στο βαθμό που να μπορεί να ανταποκριθεί στις πραγματικές ανάγκες. Αποτέλεσμα αυτού είναι οι Δευτεροβάθμιοι Φορείς να σηκώνουν το βάρος των περιστατικών που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε τοπικό επίπεδο, όταν δεν συνέτρεχαν σοβαροί λόγοι διακομιδής στο νοσοκομείο. Υπάρχουν όμως πολλοί προβληματισμοί σχετικά με την επιτυχία των νομοθετικών προσπαθειών, αφού η εφαρμογή τους προϋποθέτει σε μεγάλο βαθμό την συνεργασία πολλών εμπλεκόμενων φορέων, την έξοδο από την εσωστρέφεια των υπηρεσιών και των ανθρώπινων πόρων, την εξεύρεση οικονομικών πόρων καθώς και πολλές διοικητικού τύπου οργανωτικές αλλαγές και το άνοιγμα στην κοινωνία και στις συνεργασίες.

Ένα ακόμα πιο σοβαρό θέμα που αφορά την οργάνωση της Π.Φ.Υ. σχετίζεται με τον κατακερματισμό των υπηρεσιών της, οι οποίες διαχέονται μεταξύ φορέων που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ., στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, στους ασφαλιστικούς φορείς και στον ιδιωτικό τομέα. Η Ελλάδα αναφέρεται ότι έχει το πιο ιδιωτικοποιημένο σύστημα στην Ευρώπη (Λιαρόπουλος, 2008).

Άρα, όσο αφορά την Π.Φ.Υ. στις αστικές περιοχές, ο νόμος «Περί Ε.Σ.Υ.» δεν βρήκε έδαφος να ολοκληρωθεί και έτσι η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέμεινε και παραμένει η ίδια για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό σημαίνει ότι εξακολουθούν να λειτουργούν υπηρεσίες που παρέχονται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα με σημαντικές ανισότητες στην εξάπλωση τους ανά περιοχές αλλά και με

αμφίβολη ποιότητα υπηρεσιών. Εν τούτοις μεγάλο ποσοστό πληθυσμού που ανέρχεται στο 85% έχει ασφάλιση για την παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Geitona et al., 2008).

Τα Κέντρα Υγείας Αστικών Περιοχών προβλέπεται να έχουν σαν σκοπό να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού για ΠΦΥ και Κοινωνική Φροντίδα. Οι υπηρεσίες εστιάζουν στην προληπτική ιατρική και την προαγωγή της υγείας. Στόχος των Κέντρων Υγείας Αστικών Περιοχών είναι να καλύψουν 100.000 κατοίκους ανά περιοχή. (Παράρτημα Δ). Με αυτόν τον τρόπο προσδοκάται ότι θα μειωθεί σημαντικά η ροή ασθενών προς το νοσοκομείο με αποτέλεσμα τη μείωση του όγκου εργασίας και την ταλαιπωρία των πολιτών. Η πρόσβαση επίσης θα διευκολύνει τους κατοίκους μίας περιοχής να μην περιθάλπονται μακριά από την κοινότητά τους (Ιατρικό Βήμα, 2006).

Το πρώτο Κέντρο Υγείας που λειτούργησε σε Αστική Περιοχή είναι αυτό του Βύρωνα. Επίσης το Κέντρο Υγείας Καλυβίων λειτουργεί από το 2006. Τα νέα Κέντρα Υγείας που πρόκειται να λειτουργήσουν στην Αττική είναι στις περιοχές: Αχαρνών, Περιστερίου, Κερατσινίου και Φράγκων, Ευόσμου στη Θεσσαλονίκη και επιπλέον στην Καλλικράτεια και στα Καμένα Βούρλα (Ιατρικό Βήμα, 2006). Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη από το 2004-06 μεταξύ του Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου του Βύρωνα και του Κέντρου Υγείας της Νέας Μαδυτού στη Θεσσαλονίκη, διαπιστώθηκε ότι οι ανάγκες για περίθαλψη ήταν διαφορετικές στην αστική από την επαρχιακή περιοχή. Η προσέλευση στην αστική περιοχή ήταν μεγαλύτερη, κυρίως γιατί οι ασθενείς το προτιμούσαν από τη μακροχρόνια καθυστέρηση για εξέταση στα ιατρεία των νοσοκομείων. Επίσης οι χρήστες και των δύο Κέντρων αξιολογούσαν σαν σημαντικό ότι δεν χρειαζόταν να φύγουν από την περιοχή τους για να επισκεφτούν ένα γιατρό στο νοσοκομείο (Mariolis, et al., 2008).

Οι αυξανόμενες δαπάνες και η φθίνουσα αποτελεσματικότητα στον τομέα της Υγείας, οδήγησε στην ανάγκη να αναζητηθούν νέες πολιτικές για την υγεία (Τούντας, 2006). Τον Οκτώβριο του 2007 ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έφερε στη Βουλή το Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση Συστήματος Π.Φ.Υ. το οποίο θα αποτελούσε τον βασικό πυλώνα του νέου Ε.Σ.Υ. Με το σχέδιο νόμου το Υπουργείο επιχειρούσε να δημιουργήσει ένα δίκτυο ΠΦΥ κάτω από το οποίο όλοι οι χρήστες θα συνδιαλέγονται με τις υπηρεσίες μέσα από την Ηλεκτρονική Κάρτα. Επιπλέον, προβλεπόταν ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος θα έχει την ευθύνη παρακολούθησης και παροχής άμεσης φροντίδας υγείας σε κάθε πολίτη, αλλά και καθοδήγησης του ασθενούς στην κατάλληλη εξειδικευμένη υπηρεσία υγείας. Απώτερος στόχος του Σχεδίου Νόμου ήταν,

όπως και τα άλλα νομοσχέδια που κατά καιρούς έχουν προταθεί, η Π.Φ.Υ. να ανακόψει την ροή ασθενών που δεν χρήζουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη προς τα νοσοκομεία (Μπουλουτζά, 2007). Το Σχέδιο Νόμου δεν υλοποιήθηκε.

Ολοκληρώνοντας, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι η δημιουργία ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να βασίζεται στις ακόλουθες παραμέτρους:

- Τη δημιουργία υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο με προτεραιότητα στη δημιουργία Κέντρων Υγείας στις Αστικές περιοχές, αλλά και την καλύτερη επάνδρωση των υπαρχόντων,
- Τη διασύνδεση με τις άλλες υπηρεσίες ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια στην φροντίδα με την αλληλοϋποστήριξη και το σύστημα παραπομπών
- Τη μελέτη του πληθυσμού και των αναγκών του ώστε η φροντίδα να καλύπτει τις ιδιαιτερότητες της κάθε περιοχής
- Τη δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων εστιασμένων στην εκπαίδευση του προσωπικού
- Την ανάπτυξη της πληροφόρησης με την χρήση τεχνολογικών μέσων και διοικητικών και οικονομικών υποστηρικτικών συστημάτων
- Την οργάνωση και το σωστό προγραμματισμό καθώς και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό και τοπικό επίπεδο (Μωραϊτης,2006α:13-14).

1.4.Η Διοικητική Οργάνωση της Π.Φ.Υ. στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Η Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποτελείται από 3 τμήματα, το τμήμα Οργάνωσης και Λειτουργίας Μονάδων, το τμήμα Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ιδιωτικού Τομέα και το τμήμα Κατάρτισης Προγραμμάτων(Παράρτημα Ε).

Α) Τμήμα Οργάνωσης και Λειτουργίας Μονάδων

Ο τομέας αυτός ασχολείται με την μελέτη, αξιολόγηση στοιχείων, χωροταξική κατανομή, κανονισμούς λειτουργίας και προγραμματισμό των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σ' αυτόν περιλαμβάνονται τα Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Κέντρα Υγείας και λοιπές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επίσης ορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων αυτών,

όπως εγκρίσεις σκοπιμότητας, λήψη μέτρων, υλοποίηση προγραμμάτων, εξοπλισμός, κατάργηση υπηρεσιών, διοικητικά και οικονομικά θέματα και διασύνδεση τους με άλλες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ή και νοσοκομεία.

Β) Τμήμα Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ιδιωτικού Τομέα

Ο τομέας αυτός καθορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις για χορήγηση άδειας και λειτουργίας διαγνωστικών μονάδων υγείας, μονάδων χρόνιας αιμοκάθαρσης, ιατρείων, εργαστηρίων φυσικοθεραπείας, φυσικοθεραπευτηρίων, αισθητικών, οδοντοτεχνιτών, καταστημάτων οπτικών και γραφείων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας. Επίσης καθορίζει τις προδιαγραφές λειτουργίας, εγκατάστασης, χορήγησης αδειών, κλπ.

Γ) Τμήμα Κατάρτισης Προγραμμάτων

Ο τρίτος αυτός τομέας αφορά την μελέτη εφαρμογής προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ειδικές μονάδες πληθυσμού, καθώς και την παρακολούθηση της εφαρμογής των διαφόρων προγραμμάτων, καθώς και της κατ' οίκον νοσηλείας. Επίσης την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης πολιτών, συλλογή δεδομένων, οικογενειακού προγραμματισμού, φροντίδα για το παιδί, αγωγή υγείας, κλπ..(Βλάσσης 2008 και Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας 2000).

Η μεταρρύθμιση πρέπει να συνεπάγεται και αναβάθμιση της Διεύθυνσης Π.Φ.Υ. του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έτσι ώστε να μην είναι αποκομμένη από την υλοποίηση αποφάσεων, να συμμετέχει στις διαδικασίες και να βοηθά προς την κατεύθυνση επίλυσης προβλημάτων. Γι αυτό και πρέπει να είναι στελεχωμένη με ικανό και έμπειρο προσωπικό που να συντονίζει και να διευκολύνει στην λύση προβλημάτων.

1.5. Η εικόνα της Π.Φ.Υ. όσον αφορά την Οργάνωση - Παροχή και χρηματοδότηση των Υπηρεσιών

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η Π.Φ.Υ. παρέχεται: α) από το Ε.Σ.Υ. μέσω των Κέντρων Υγείας, τα περιφερειακά τους ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, β) το ΙΚΑ, γ) τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία που συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς, δ) την τοπική αυτοδιοίκηση και ε) τον ιδιωτικό τομέα (Μωραΐτης και άλλοι , 1995).

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ			ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΕΣΥ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ	ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ	
-Πρωινά εξωτερικά ιατρεία: 132 νοσοκομείων ΕΣΥ & απογευματινά ιατρεία -201 Κέντρα Υγείας -1478 Περιφ. Ιατρεία	- 350 Πολυϊατρεία -Συμβεβλημένοι Ιδιώτες ιατροί -Συμβεβλημένα Διαγνωστικά κέντρα & εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα	-ΚΑΠΗ -Δημοτικά Πολυϊατρεία -Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι	-Διαγνωστικά Κέντρα -Ιδιωτικά Ιατρεία -Ιδιωτικά Εργαστήρια

Εικόνα 1: Δομές Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Πηγή: Θεοδώρου και συν. (2005)

Η ποικιλία των υπηρεσιών που προσφέρονται στο πλαίσιο της Π.Φ.Υ. μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως εξής:

- ΠΦΥ*

που παρέχεται από το Ε.Σ.Υ.: Αυτή περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές, επαρχιακά ιατρεία, δημόσια εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και το ΕΚΑΒ (Οικονόμου, 2004). Αυτές οι υπηρεσίες υποστηρίζονται οικονομικά από το κράτος και σε μικρό βαθμό από ασφαλιστικές εισφορές. 201 Κέντρα Υγείας επαρχιακού τύπου δημιουργήθηκαν με σκοπό να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης στις περιοχές τους που συνήθως κάλυπταν 14.000-15.000 πληθυσμό. Η παροχές αυτές καλύπτουν το 15% περίπου της συνολικής φροντίδας (Κυριόπουλος και άλλοι, 2000). Η αρχική ιδέα ήταν να ανακόπτουν τον αριθμό των εξυπηρετούμενων που απευθύνονταν στα Νοσοκομεία. Στην πραγματικότητα πέτυχαν μερικώς τον σκοπό αυτό. Τα Κέντρα στελεχώνονταν από γιατρούς ανάλογα με τον πληθυσμό της περιοχής (παθολόγο, παιδίατρο και κάποιους γενικής ιατρικής), νοσοκόμες και άλλες ειδικότητες. Συνήθως είχαν περίπου επτά κρεβάτια για μία μέρα παρακολούθησης. Αρχικά στελεχώθηκαν με ικανό αριθμό προσωπικού αλλά και κατάλληλο εξοπλισμό, γρήγορα όμως εξ αιτίας άρνησης αριθμού γιατρών να πάει στην επαρχία να

εργαστεί, καθώς και οικονομικών και διοικητικών δυσκολιών, τον αρχικό ενθουσιασμό τον διαδέχτηκε η απογοήτευση. Τα Κέντρα Υγείας καλύπτουν σήμερα πολλές από τις ανάγκες τους από τους αγροτικούς ιατρούς που τοποθετούνται μετά την αποφοίτησή τους από το Πανεπιστήμιο. Παρά τις δυσκολίες που προέκυψαν τα Κέντρα Υγείας παρέμειναν δημοφιλή στους πολίτες, αλλά μονάδες δεύτερης κατηγορίας για τα νοσοκομεία που ανήκουν. Ένας άλλος χώρος που παρέχεται η Π.Φ.Υ. είναι τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, που επίσης ανήκουν στις υπηρεσίες που παρέχονται από το δημόσιο. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται κυρίως στις αστικές περιοχές όπου υπάρχει νοσοκομείο. Όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από τον ασφαλιστικό τους φορέα έχουν δικαίωμα να κάνουν χρήση των υπηρεσιών αυτών.

- *ΠΦΥ που παρέχεται μέσα από την κοινωνική ασφάλιση:* Αυτή περιλαμβάνει πολυκλινικές (πολυϊατρεία) που είναι ιδιοκτησία και λειτουργούν με την συμβολή των ασφαλιστικών εισφορών (κυρίως του ΙΚΑ). Αυτές οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης και καλύπτουν το 40% περίπου της περίθαλψης (Κυριόπουλος και άλλοι, 2000). Το ΙΚΑ έχει τις δικές του ιατρικές υπηρεσίες ΠΦΥ κατά τις οποίες ένας αριθμός γιατρών όλων των ειδικοτήτων παρέχουν περίθαλψη. Το ΙΚΑ παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας. Για υπηρεσίες που δεν μπορούν να προσφερθούν γίνεται παραπομπή στα κρατικά νοσοκομεία και στους ιδιωτικούς φορείς που έχουν συνάψει σύμβαση με το ΙΚΑ και πληρώνονται από αυτό. Προβλήματα που αντιμετωπίζει το ΙΚΑ σχετίζονται με τον μεγάλο αριθμό ασφαλισμένων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του πολλές φορές χωρίς ουσιαστικά προβλήματα υγείας, ενώ οι γιατροί του συμβαίνει σε μεγάλη έκταση να συνταγογραφούν φαρμακευτικές αγωγές που έχουν προτείνει ιδιώτες συνάδελφοι τους. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού είναι περιορισμένος και έτσι δεν υπάρχει κάποιος για να λειτουργεί σαν φίλτρο των ασθενών. Η ποιότητα των υπηρεσιών επίσης πολλές φορές τίθεται σε αμφιβολία ενώ δεν υπάρχει συνεργασία μεταξύ των γιατρών για να λειτουργήσει το σύστημα επαρκώς. Γι αυτό πολλοί ασφαλισμένοι του ΙΚΑ έχουν συνάψει συμβόλαια με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς. Πρόσφατα ένας αριθμός ταμείων έχει ενταχθεί στο ΙΚΑ με αποτέλεσμα να εντείνεται ο συνωστισμός στα ιατρεία.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ένας άλλος οργανισμός είναι αυτός του ΟΓΑ που ασφαρίζει κυρίως τους αγρότες και χρηματοδοτείται από το κράτος. Το ΝΑΤ που είναι Ταμείο για τους ναυτικούς, ΟΑΕΕ για τους ελεύθερους επαγγελματίες κ.α.

- *ΠΦΥ που παρέχεται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση:* Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει λίγα πολυιατρεία και προνοιακές υπηρεσίες που καλύπτουν το 5% περίπου των αναγκών. Αυτές οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από το κράτος με χρήματα που διαβιβάζονται από το Υπουργείο Εσωτερικών. Τέτοιες υπηρεσίες είναι οι κοινωνικές υπηρεσίες για την Τρίτη Ηλικία (Κ.Α.Π.Η. «Βοήθεια στο Σπίτι»), οι μονάδες πρόληψης και τα κέντρα φροντίδας. Αυτοί οι φορείς πέρα από την προνοιακή τους συνεισφορά προσφέρουν υπηρεσίες πρόληψης (π.χ. εξέταση πίεσης ή έλεγχος σακχάρου) και χορήγηση ιατρικών συνταγών.
- *ΠΦΥ που παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα:* Αυτή περιλαμβάνει τα ιδιωτικά ιατρεία των γιατρών που συνάπτουν συμβόλαια με ένα ή περισσότερους φορείς ασφάλισης, τα ιατρεία των ιδιωτών γιατρών που δεν έχουν κάποιο συμβόλαιο με κάποιο ασφαλιστικό φορέα και πληρώνονται κατευθείαν από τους πελάτες τους ή τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς, και τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών νοσοκομείων που επίσης χρηματοδοτούνται από τους πελάτες τους ή από την ιδιωτική ασφάλιση των πελατών τους. Το ποσοστό προσφοράς υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα ξεπερνά το 45%. Ένας μεγάλος αριθμός των ασφαλισμένων του ΙΚΑ φαίνεται ότι καταφεύγει σε ιδιώτες γιατρούς (Κυριόπουλος και άλλοι, 2000). Ο μεγάλος αριθμός γιατρών σε αναλογία με τον πληθυσμό οδηγεί πολλούς γιατρούς να λειτουργούν ιδιωτικά ιατρεία. Συγκεκριμένα, οι γιατροί που απασχολούνται εντός του Συστήματος Υγείας είναι είκοσι χιλιάδες, ενώ αυτοί που απασχολούνται εκτός είναι 35 με 40 χιλιάδες. Επιπλέον, η μη ικανοποίηση του πληθυσμού από τις υπηρεσίες που παρέχονται στο δημόσιο οδηγεί στα ιδιωτικά ιατρεία και υπηρεσίες καθώς και στα μαύρα χρήματα που καταβάλλονται από τους εξυπηρετούμενους. Υπάρχουν γιατροί που εργάζονται σε δημόσιους φορείς και διατηρούν παράνομα ιατρείο, υπάρχουν γιατροί που εργάζονται με μερική απασχόληση στο Ε.Σ.Υ. και διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία ταυτόχρονα, ιατροί που εργάζονται σε πολυιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών που μπορούν να εργάζονται και ιδιωτικά και να αντλούν την πελατεία τους από τον ασφαλιστικό οργανισμό π.χ. ΙΚΑ. Επίσης υπάρχουν γιατροί που εργάζονται με ιδιωτική σύμβαση σε ένα ή περισσότερους φορείς πληρώνονται ανάλογα με τις υπηρεσίες

τους δηλαδή με ένα τιμολόγιο συγκεκριμένο και επίσης διατηρούν ιατρεία. Σε αυτή την περίπτωση όλο το κόστος καλύπτεται από τους πελάτες τους (WHO 1996 και Οικονόμου 2004).

- *ΠΦΥ που παρέχεται από μη Κυβερνητικές Οργανώσεις:* Οι μη Κυβερνητικές-μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις εξυπηρετούν ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού που μπορεί να ανήκουν στον γενικό πληθυσμό, όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, ή μετανάστες και πρόσφυγες στα πολυιατρεία τους, όπως οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Γιατροί του Κόσμου και άλλες οργανώσεις (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

1.6. Προβλήματα στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει ένα αριθμό προβλημάτων που θα είναι δύσκολο να ξεπεραστούν. Χρειάζεται αποφασιστικότητα εκ μέρους των Κυβερνήσεων, κυρίως γιατί τα διάφορα συντεχνιακά συμφέροντα έχουν μέχρι σήμερα μπλοκάρει οποιαδήποτε προσπάθεια μεταρρύθμισης. Σε αυτό προστίθεται και η ατολμία των εκάστοτε Κυβερνήσεων να επιβάλλουν μία καθαρή πολιτική για την υγεία. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν θα μπορέσει να αναβαθμιστεί αν δεν ξεκινήσουμε από την βάση του, που είναι η ΠΦΥ. Η Διεύθυνση ΠΦΥ πρέπει να μην στηρίζεται μόνο σε διοικητικού τύπου αρμοδιότητες αλλά να στελεχωθεί με άτομα που θα προτείνουν καινοτομίες στο Σύστημα υγείας. Ο νέος σχεδιασμός για την υγεία απαιτείται να είναι βασισμένος στον Χάρτη Υγείας. Η δημιουργία του δεν έχει προχωρήσει με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες να σχεδιάζονται χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού για περίθαλψη. Επίσης το όλο σύστημα πάσχει από οργάνωση, χρηματοδότηση και υποδομή (κτιριακή και τεχνολογική). Οι κύριες ανισότητες που χαρακτηρίζουν το Σύστημα Υγείας μας είναι:

1. Δεν έχει αναπτυχθεί η ΠΦΥ με ισόρροπο τρόπο μεταξύ επαρχίας και αστικών κέντρων
2. Υπάρχει άνιση κατανομή των πόρων, επειδή η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται κυρίως στα αστικά κέντρα, με την Αθήνα να κρατά τον κύριο όγκο της περίθαλψης.
3. Η παραγωγικότητα των δημόσιων φορέων είναι χαμηλή και κοστίζει ακριβά σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα.
4. Υπάρχει μεγάλος αριθμός γιατρών σε σχέση με την ζήτηση υπηρεσιών, ενώ

ταυτόχρονα υπάρχει μικρός αριθμός Γενικών Γιατρών ή αλλιώς Οικογενειακών Γιατρών.

5. Το Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από συντεχνιακά συμφέροντα που εμποδίζουν την υλοποίηση νομοσχεδίων λόγω των συμφερόντων τους.

Οι ανισότητες που χαρακτηρίζουν τις παροχές υγειονομικής φροντίδας, κυρίως μεταξύ αστικού και αγροτικού χώρου απαιτούν μία ενιαία οργάνωση της ασφάλισης υγείας του πληθυσμού, διάθεση επαρκών πόρων και ορθολογιστικότερη κατανομή των υπηρεσιών υγείας (Ζηλίδης, 1988). Αν και ένας αριθμός Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου έχουν ήδη λειτουργήσει, εν τούτοις η πλήρης ανάπτυξη τους δεν έχει ολοκληρωθεί. Γι αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η προσεκτική ανάπτυξη του αποκεντρωμένου αυτού συστήματος φροντίδας, καθώς και η πιθανή λειτουργία του μέσα από ένα ενιαίο φορέα Π.Φ.Υ.

Μέχρι σήμερα όλος ο δημόσιος τομέας είναι ανεπαρκώς στελεχωμένος και ακατάλληλα προετοιμασμένος για να ανταποκριθεί στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Στην επαρχία ειδικά, υπάρχει έντονο θέμα έλλειψης ιατρών και άλλων ειδικοτήτων. Τα Κέντρα Υγείας στελεχώθηκαν από προσωπικό που δεν ήταν κατάλληλα εκπαιδευμένο για τις ανάγκες μίας τέτοιας δομής (Φιορέτος, και άλλοι 1994). Οι κυβερνήσεις πρέπει να μεριμνήσουν τουλάχιστον, για την κάλυψη των θέσεων σύμφωνα με τις αρχικές προβλέψεις για προσωπικό. Συχνά η έλλειψη προσωπικού δημιουργεί συγκρούσεις. Επίσης παρουσιάζονται πολλές διενέξεις μεταξύ διοικητικού και ιατρικού προσωπικού, αλλά και μεταξύ ασθενών και γιατρών. Αιτία γιαυτό αποτελεί η μη τήρηση των ραντεβού αλλά και η ελλιπής ενημέρωση που έχουν από τα ασφαλιστικά τους ταμεία (Θηραίος και άλλοι, 2003).

Ένας άλλος τομέας που δημιουργεί προβλήματα στην υλοποίηση πολιτικών είναι τα συμφέροντα των διαφόρων επαγγελματικών κλάδων και ιδιωτικών φορέων τα οποία μπορούν να αποτελέσουν τροχοπέδη στις εξελίξεις, καθώς έχουν τη δυνατότητα να ελέγχουν, να περιορίζουν και να αντιτίθενται σε αλλαγές με τον τρόπο που μέχρι τώρα έχουν συνηθίσει να ενεργούν (Nikolentzos, 2008). Η απουσία του οικογενειακού γιατρού και του συστήματος καταγραφής, ειδικά στις αστικές περιοχές, διακόπτει τη συνέχεια της φροντίδας και αυξάνει την αναποτελεσματικότητα του συστήματος. Είναι συνηθισμένο οι ασθενείς να επισκέπτονται τον ίδιο παθολόγο επί σειρά ετών και αυτό θα μπορούσε να βοηθήσει προς την κατεύθυνση της συνέχειας της φροντίδας μέσα από τον οικογενειακό γιατρό. Η χαμηλή εμπιστοσύνη όμως στο σύστημα υγείας οδηγεί πολλούς ασθενείς να ζητήσουν και δεύτερη γνώμη, πολύ συχνά από ιδιώτες γιατρούς. Αυτό δημιουργεί

επιπλέον έξοδα, μπλοκάρει το σύστημα και μερικώς ακυρώνει τον χαρακτήρα της δωρεάν παροχής φροντίδας.

Οι κυβερνήσεις αδυνατούν να χρηματοδοτήσουν αρκετά από τα προγράμματα φροντίδας που λειτουργούν στην παρούσα φάση και αυτό γεννά ανησυχία κατά πόσο μία νέα μεταρρύθμιση θα μπορούσε να εφαρμοστεί. Η έλλειψη οικονομικής αξιολόγησης (Γείτονα, 1996), σημαίνει και την έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης. Επίσης οι πόροι που το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο διέθετε για την Ελλάδα ολοκληρώθηκαν και ήδη διάφορα προγράμματα έχουν βρεθεί στο κενό και αδυνατούν να λάβουν την οικονομική στήριξη του Υπουργείου ή κωλυσιοεργούν στην παροχή χρηματοδότησης.

Ένα αρνητικό χαρακτηριστικό της ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σχετίζεται με την έλλειψη προγραμματισμού και χρονοδιαγραμμάτων. Τα χρονοδιαγράμματα τίθενται, ενώ ποτέ σχεδόν δεν τηρούνται. Αυτό σημαίνει ανισότητες στην ανάπτυξη υπηρεσιών με αποτέλεσμα να υπάρχουν περιοχές στις οποίες λειτουργούν δομές Π.Φ.Υ. και σε άλλες όχι. Άρα οι κάτοικοι τους δεν έχουν άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες.

Μία άλλη αδυναμία της παροχής Π.Φ.Υ. συνδέεται με τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών κατά τις νυχτερινές ώρες. Αυτή η δυσλειτουργία γίνεται πιο έντονη στα αστικά κέντρα, αφού πιέζει τους ασθενείς να ζητήσουν βοήθεια στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων που εφημερεύουν, πιο σπάνια δε, σε ιδιώτες ιατρούς.

Η έλλειψη στατιστικής καταγραφής των νοσημάτων του πληθυσμού, που κατ'επέκταση θα διευκόλυνε και τον σχεδιασμό σωστών υπηρεσιών βασισμένων στον αριθμό των κατοίκων ανά περιοχή, η έλλειψη ελέγχου των φαρμακευτικών δαπανών και η αλόγιστη και επαναλαμβανόμενη χρήση των υπηρεσιών από τον ίδιο ασθενή, θα μπορούσε να εντοπιστεί και να περιοριστεί. Η πιθανότητα να αναπτυχθεί σύντομα ένα σύστημα ηλεκτρονικών πληροφοριών (IT) και Ηλεκτρονικού Μητρώου Ασθενών θεωρείται δύσκολη όχι μόνο για οικονομικούς λόγους αλλά και γιατί οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν χρήση Η/Υ, ώστε να χειριστούν ένα τέτοιο αρχείο. Η ανάπτυξη νέων και προηγμένων υπηρεσιών διαδικτύου και η ανανέωση των τεχνολογικών δυνατοτήτων, θα συνέβαλε ουσιαστικά στην διασύνδεση των φορέων υγείας (Lampsas et al, 2002). Η έλλειψη προγραμμάτων αξιολόγησης ποιότητας, ειδικά στην συνταγογράφηση και η στροφή προς τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τις υψηλούς κόστους εξετάσεις, βαραίνει τους ασφαλιστικούς οργανισμούς με απρόβλεπτες δαπάνες για εξετάσεις και φάρμακα που είναι συνήθως άχρηστα και ίσως και επικίνδυνα για την ζωή των ασθενών (WHO, 1996).

Στον Μωραϊτή (1996) αναφέρεται ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για δημιουργία επιμορφωτικών προγραμμάτων εκπαίδευσης για το προσωπικό της Π.Φ.Υ. Επίσης αναδεικνύεται η έλλειψη ικανού αριθμού μεταπτυχιακών προγραμμάτων που θα μπορούσαν να παρακολουθήσουν στελέχη της Π.Φ.Υ. Αυτό έχει ως επίπτωση την έλλειψη εξειδικευμένων στελεχών γενικότερα στους χώρους της υγείας (Λιονής και Μερκούρης, 2000). Υπάρχει επίσης σοβαρή έλλειψη σωστής εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και έλλειψη προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού (Συμεωνίδης, 2000). Εξ αιτίας της έλλειψης αυτής, η απασχόληση των εργαζομένων στις δομές ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών και εξειδίκευσης σε διάφορα νοσήματα που χρήζουν άμεση φροντίδα, ενώ η παροχή υπηρεσιών συχνά περιορίζεται στην συνταγογράφηση ή την φαρμακοθεραπεία (Τερζή, 2000). Επιπλέον, έμφαση δίνεται στις ιατρικές υπηρεσίες και όχι στην δημόσια υγεία που περιλαμβάνει θέματα γενετικής (οικογενειακού προγραμματισμού), βελτίωση του τρόπου ζωής (διακοπή καπνίσματος, αλλαγή διατροφικών συνηθειών, κα) καθώς και θέματα προστασίας του κοινωνικού και οικολογικού περιβάλλοντος (ρύπανση, υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών κλπ.). Παρόλα αυτά οι εμβολιασμοί αποτελούν ένα τομέα που τυγχάνει προσοχής και έτσι ο πληθυσμός καλύπτεται συστηματικά για ορισμένα χρόνια νοσήματα με σοβαρές επιπτώσεις (Λιονής και Μερκούρης, 2000).

Η ειδικότητα του Γενικού Ιατρού, που θα ονομάζεται οικογενειακός γιατρός μέσα στο Σύστημα Υγείας δεν είναι δημοφιλής γιατί έχει λιγότερη αίγλη και γι αυτό δεν επιλέγεται από τους γιατρούς. Ταυτόχρονα, υπάρχει αδιαφορία στην ανάπτυξη της ειδικότητας αυτής (Συμεωνίδης, 2000). Η χαμηλή αμοιβή και η έλλειψη κινήτρων έχουν σαν αποτέλεσμα την απροθυμία των γιατρών και των άλλων ειδικοτήτων να εργαστούν στα κέντρα υγείας κυρίως απομακρυσμένων περιοχών της επαρχίας, πράγμα που οδηγεί στην κακή ποιότητα υπηρεσιών αλλά και στις παραπομπές στα νοσοκομεία που υπάρχουν στις πρωτεύουσες των νομών. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού θα μείωνε τη δυνατότητα των χρηστών να μετακινούνται σε διάφορες υπηρεσίες του συστήματος υγείας, όπως για παράδειγμα από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ, σε αυτές του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών οργανισμών ή και του ιδιωτικού τομέα και το αντίθετο, με αποτέλεσμα της αύξησης της παραοικονομικής δραστηριότητας (Κυριόπουλος, 1997).

Υπάρχει μεγάλος αριθμός ασφαλιστικών οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες κυρίως στις αστικές περιοχές με διαφορετικές οργανωτικές και διοικητικές δομές, που δεν συνεργάζονται μεταξύ τους ή επικαλύπτονται. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην χρηματοδότηση αλλά και στην ποικιλία των υπηρεσιών που παρέχονται

(WHO, 1996). Την τελευταία πενταετία έχει γίνει μεγάλη συζήτηση για την συγχώνευση διαφόρων ταμείων. Πολλά από αυτά υπήχθησαν στο ΙΚΑ με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν δυσκολίες στην εξυπηρέτηση των ασθενών στο ΙΚΑ. Ένας μεγάλος αριθμός ταμείων εξακολουθεί να μην έχει μπει στην φάση της ενοποίησης. Το ΙΚΑ σαν ταμείο ανήκει στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και όχι στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης πράγμα που δημιουργεί δυσλειτουργίες στην παροχή περίθαλψης. Η διασύνδεση της Π.Φ.Υ. πρέπει να συμπεριλάβει και το ΙΚΑ γιατί με τον τρόπο που λειτουργεί έχει ενθαρρύνει την ανάπτυξη παραοικονομικής δραστηριότητας με τις ευλογίες του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ δεν υπάρχουν ρυθμιστικοί κανόνες λειτουργίας (Γεωργούση και Κυριόπουλος, 2000).

Η αυξημένη ζήτηση για φροντίδα έχει δημιουργήσει ένα μεγάλο ιδιωτικό τομέα ο οποίος προσφέρει ποιοτικά καλύτερες υπηρεσίες σε λιγότερο χρόνο από τους κρατικούς φορείς. Αποτέλεσμα τούτου είναι ότι, επειδή το κράτος συχνά δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της κοινωνίας για περίθαλψη, καθώς οι υπηρεσίες δεν είναι ανεπτυγμένες επαρκώς (Κοντιάδης και Σουλιώτης, 2005), το κοινό στρέφεται προς τους ιδιωτικούς φορείς και επομένως αντίστοιχα πόροι που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν προς όφελος του πολίτη να πηγαίνουν στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, οι ίδιοι οι δημόσιοι οργανισμοί παραπέμπουν κυρίως για διαγνωστικές εξετάσεις στον ιδιωτικό τομέα. Ο ιδιωτικός τομέας είναι γεγονός ότι καλύπτει μεγάλο μέρος των υπηρεσιών αυτών (Σουλιώτης, 2000), καθώς στο δημόσιο οι διαδικασίες εξετάσεων είναι χρονοβόρες ή δεν παρέχονται με επάρκεια. Υπάρχουν σοβαρές δυσλειτουργίες στις υπηρεσίες υγείας και μία αδύναμη ανταπόκριση του δημόσιου τομέα όσον αφορά τις σύγχρονες ανάγκες της ιατρικής επιστήμης. Αυτές οι δυσλειτουργίες έχουν σαν αποτέλεσμα την περιορισμένη παροχή υπηρεσιών και άρα την υπογραφή συμβολαίων με ιδιώτες για υπηρεσίες που δεν προσφέρονται από το δημόσιο ή που δεν επαρκούν. Στο θέμα των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις. Από την μία ο ιδιωτικός τομέας έχει πάρει το μεγαλύτερο μέρος της Π.Φ.Υ. με υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται πιο άμεσα με λιγότερο κόστος (Λιαρόπουλος, 2008), από την άλλη όμως υπάρχουν αυτοί που υποστηρίζουν ότι πρέπει να υπάρξει μείωση του ιδιωτικού τομέα, καθώς η υγεία είναι δημόσιο αγαθό και σύμφωνα με το Σύνταγμα παρέχεται από το κράτος.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό της περίθαλψης είναι ότι το εξειδικευμένο προσωπικό ασχολείται κυρίως με τις ιατρικές υπηρεσίες, δηλαδή με θέματα θεραπείας, συνταγογράφησης και περίθαλψης, ενώ ο άλλος τομέας της ενημέρωσης του πληθυσμού,

της πρόληψης και της αγωγής υγείας, παραμένει ανενεργός, με εξαίρεση τους εμβολιασμούς και το test Pap (Κυριόπουλος και άλλοι, 2000).

Με την αναφορά που έγινε σε όλες τις δυσλειτουργίες του Συστήματος της Π.Φ.Υ. γίνεται τώρα όσο ποτέ άλλοτε φανερή η ανάγκη για δημιουργία ενός σταθερού, αξιόπιστου και παραγωγικού συστήματος Π.Φ.Υ. Όμως επί σειρά ετών τα νομοσχέδια αποσύρονται ή όταν ψηφίζονται δεν υλοποιούνται. Η λειτουργική ανασυγκρότηση της Π.Φ.Υ. είναι μία πρόκληση, που πρέπει πλέον μέσα από σημαντικές κοινοτικές πρωτοβουλίες να αρθεί το αδιέξοδο (Σουλιώτης και Λιονής, 2003).

Η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. στην τοπική κοινωνία με την συνεργασία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης θα συμβάλλει αποφασιστικά στην ανασυγκρότησή της μέσα στο χρόνο και θα δώσει λύσεις στην κρίση λειτουργικότητας και στόχων των υπηρεσιών υγείας (Μπένος, 1995).

1.7. Επίλογος

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάσαμε την οργάνωση, λειτουργία, χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ. καθώς και το νομοθετικό περιεχόμενο των διαφόρων προσπαθειών που έγιναν κατά καιρούς για την βελτίωση της Π.Φ.Υ, αλλά και του μεγάλου αριθμού των δυσκολιών που προέκυψαν στην εφαρμογή πολιτικών και νόμων. Επίσης αναφερθήκαμε στις δυσλειτουργίες που έχουν σαν αποτέλεσμα τις συνεχείς καθυστερήσεις στην πρόοδο και την αναζήτηση νέων μεθόδων ανάπτυξης της φροντίδας και της συνεργασίας των φορέων.

Συνοψίζοντας, θεωρούμε ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει τα εξής κύρια χαρακτηριστικά: την πρόσβαση του ασθενή και την χρήση των υπηρεσιών της, την συνέχεια στη παρακολούθηση της υγείας του, και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Όλα αυτά, που απαιτούν διασύνδεση υπηρεσιών πρωτοβάθμιων φορέων αλλά και σύστημα παραπομπών προς την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Μία πρωτοβουλία διασύνδεσης αποτελεί το Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ΟΤΑ (www.ddy.gr), στο οποίο συμμετέχουν Δήμοι που είναι μέλη και που παρέχουν υπηρεσίες υγείας (Πατούλης, 2007).

Εφόσον οι ανωτέρω συνθήκες ισχύουν τότε θα μπορούσαμε να αξιολογήσουμε την Π.Φ.Υ. σαν ένα χώρο της υγείας που λειτουργεί ικανοποιητικά. Όμως η εντύπωση που δίνει το σύστημα περίθαλψης είναι ότι βρίσκεται σε μία συνεχή μετάβαση, σε μία μεταρρύθμιση που δεν έρχεται ποτέ. Μία σειρά από νομοθετικές ρυθμίσεις από τον

εκάστοτε υπουργό που δεν υλοποιούνται καθώς και προβλήματα χρηματοδότησης, σηματοδοτούν την κρίση που διανύει.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, είναι η μη σωστή ανάπτυξη της ΠΦΥ, αφού τα νοσοκομεία και τα εξωτερικά ιατρεία του ΙΚΑ καλύπτουν σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες για περίθαλψη. Αποτέλεσμα τούτου είναι να θεωρείται ότι δεν υπάρχει οργανωμένο πλαίσιο λειτουργίας, αλλά αποσπασματικό, με τον ιδιωτικό τομέα να διογκώνεται συνεχώς. Η απουσία οικογενειακού γιατρού, η μη λειτουργία της ομάδας υγείας σαν εργαλείο άμεσης παρέμβασης βασισμένο στο ολιστικό πρότυπο αντιμετώπισης του ασθενή, η μη συμμετοχή των ασθενών στο να αρθρώσουν λόγο για το πώς οι υπηρεσίες που τους προσφέρονται πρέπει να διαμορφωθούν, καθώς επίσης μία σειρά μη υλοποιημένων προτάσεων για την ΠΦΥ που προσκρούουν σε συμφέροντα, φανερώνουν την πλήρη αδυναμία του συστήματος να ανταποκριθεί στις ανάγκες. Αυτά τα προβλήματα σε συνδυασμό με την έλλειψη πόρων, δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την προσφορά υπηρεσιών. Μέσα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας γίνεται προσπάθεια να δοθεί απάντηση στις σύγχρονες ανάγκες υγείας, έτσι όπως αυτές σήμερα εκδηλώνονται. Οι ανάγκες αυτές περιλαμβάνουν πέρα από την προσπάθεια διατήρησης της καλής υγείας του πληθυσμού και προσπάθειες να ανταποκριθούν στις διάφορες πιέσεις που δέχεται ήδη και πρόκειται να δεχτεί στο μέλλον το Σύστημα Υγείας. Οι πιέσεις αυτές περιλαμβάνουν κυρίως την ανάγκη για υπηρεσίες για την Τρίτη Ηλικία, αφού ο πληθυσμός των μεγαλύτερων ατόμων αυξάνεται λόγω της υπογεννητικότητας αλλά και των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν και χρειάζονται περίθαλψη. Στην ομάδα αυτή του πληθυσμού θα αναφερθούμε στην συνέχεια στο Δεύτερο Κεφάλαιο της εργασίας μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

2.1. Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στην Τρίτη Ηλικία και στις ανάγκες για περίθαλψη που προκύπτουν εξ αιτίας σωματικών και ψυχικών αδυναμιών και την συμβολή της ΠΦΥ στην κάλυψη αυτών. Καθώς η γήρανση του πληθυσμού και η υπογεννητικότητα είναι γεγονότα που απασχολούν τις Κυβερνήσεις, οι πιέσεις στα ασφαλιστικά και υγειονομικά συστήματα για υπηρεσίες φροντίδας αυξάνονται. Στις περιπτώσεις λοιπόν που η κατάσταση υγείας ενός ατόμου δεν είναι ικανοποιητική, το κράτος παρέχει υπηρεσίες υγείας και φροντίδας γενικότερα, προκειμένου το άτομο να μπορέσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του.

Οι υπηρεσίες περίθαλψης για την Τρίτη Ηλικία αφορούν την νοσοκομειακή περίθαλψη, την περίθαλψη από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης. Σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα παίζουν οι υπηρεσίες ΠΦΥ που παρέχουν τα ΚΑΠΗ και στις οποίες θα αναφερθούμε στο Κεφάλαιο αυτό αφού περιγράψουμε την δημογραφική γήρανση και τις ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας για περίθαλψη.

2.2. Η δημογραφική γήρανση

Η δημογραφική γήρανση είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που επηρεάζει την κοινωνική, πολιτιστική και οικονομική ζωή των χωρών. Ο πληθυσμός που γηράσκει επιβαρύνει την χρηματοδότηση της ασφάλισης, την φροντίδα υγείας και τη μακροχρόνια φροντίδα, ενώ φέρνει στο προσκήνιο νέες πολιτικές που έχουν σαν σκοπό να βελτιώσουν τις υπηρεσίες και να παρατείνουν την διαμονή του ατόμου στην κοινότητα (Drennan et al., 2005). Τα τελευταία 50 χρόνια η αύξηση του πληθυσμού της γης, είχε ως αποτέλεσμα τον τριπλασιασμό των ατόμων, την αύξηση της φτώχειας και την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής σε όλο τον πλανήτη. Οι ηλικίες πάνω από τα 60 χρόνια αυξάνονται ραγδαία την ίδια περίοδο (Δαρδαβέσης, 1999). Επίσης το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων το ίδιο

χρονικό διάστημα αυξήθηκε από 7% σε 17% και ταυτόχρονα ο αριθμός εργαζομένων σε σχέση με τους ηλικιωμένους μεταβλήθηκε σε 10 ηλικιωμένους προς 4 εργαζόμενους (Ρομπόλης και συν. 2003). Σύμφωνα με την Γενική Γραμματεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας ο πληθυσμός της Ελλάδας την 1^η Ιανουαρίου 2008 ήταν 11.213.785 άτομα εκ των οποίων 5.553.895 ήταν άντρες και 5.659.890 γυναίκες. Ταυτόχρονα, ο δείκτης γονιμότητας μεταξύ 1980 και 2006 έπεσε από 2,2 σε 1,3 παιδιά ανά ζευγάρι (ΕΣΥΕ, 2009). Σημαντικό επίσης ρόλο στον αριθμό του πληθυσμού έχει διαδραματίσει το κύμα των μεταναστών.

Η δημογραφική γήρανση αποτελεί τη σημαντικότερη ίσως πρόκληση για το μέλλον των συστημάτων υγείας, καθώς τα κράτη καλούνται να λάβουν ορισμένες πολύ δύσκολες αποφάσεις αναφορικά με την ποιότητα και την ποσότητα της φροντίδας υγείας των ηλικιωμένων. Το κύριο πρόβλημα που θα προκύψει αφορά τη χρηματοδότηση της φροντίδας τους, ενώ τα συστήματα κοινωνικής προστασίας έχουν αρχίσει ήδη να δέχονται πιέσεις να ανταποκριθούν στο μέλλον στην ζήτηση υπηρεσιών (Γκόλνα και Σουλιώτης, 2006:42). Και ενώ από τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα, υπάρχει σχετική επάρκεια των κλινών των γενικών νοσοκομείων, εν τούτοις υπάρχει πλήρης ανεπάρκεια σε νοσηλευτήρια για χρονίως πάσχοντες και ηλικιωμένους, φυσικής ιατρικής αποκατάστασης, ψυχιατρικές δομές κ.α. (Κυριόπουλος και άλλοι, 2000).

Το 1982 ο ΟΗΕ στη σύνοδό του που πραγματοποιήθηκε στην Βιέννη, συζήτησε για τις τάσεις της δημογραφικής γήρανσης και τις επιπτώσεις της σε παγκόσμιο επίπεδο, δίνοντας στη δημοσιότητα μία σειρά από στοιχεία, που παραθέτουμε εδώ:

α) Τα άτομα άνω των 65 ετών το 2025 θα είναι 1.121.000.000 από 214.000.000 που ήταν το 1950,

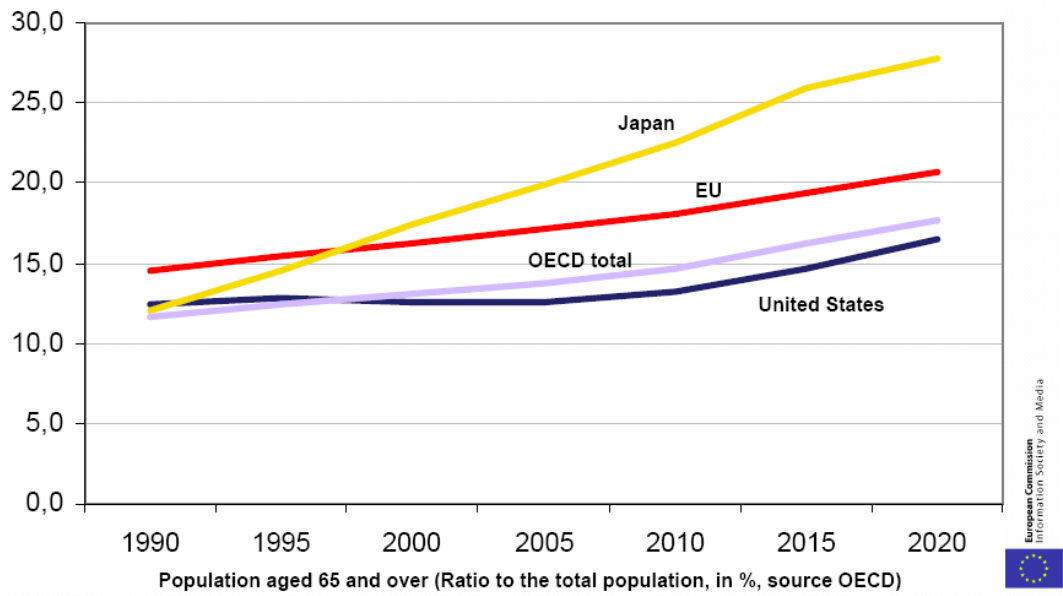
β) από το 1975 μέχρι το 2050 ο πληθυσμός της γης θα τριπλασιαστεί, ο αριθμός των ατόμων πάνω από 60 ετών θα πενταπλασιαστεί και πληθυσμός των ατόμων πάνω από 80 ετών να επταπλασιαστεί,

γ) η δημογραφική πυραμίδα των αναπτυσσόμενων χωρών σταδιακά θα τείνει να παρουσιάζει την εικόνα των αναπτυσσόμενων χωρών (Δαρδαβέσης, 1999).

Τον Ιούνιο του 2001 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο που έγινε στο Γκέτεμποργκ εξέδωσε μια κοινή ανακοίνωση της Οικονομικής, της Κοινωνικής Επιτροπής και της Επιτροπής των Περιφερειών με θέμα «Το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους». Η ανακοίνωση αυτή επισημαίνει τα εξής χαρακτηριστικά που περιγράφουν τις ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας: Συγκεκριμένα επεσήμανε: α) την γήρανση του πληθυσμού, β) την ανάγκη για μακροχρόνια περίθαλψη, σε συνδυασμό με την

ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας και γ) το αυξανόμενο κόστος περίθαλψης (Πιεράκος,2008:17).

Στο παρακάτω σχήμα 1 φαίνεται η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων, η οποία όπως έχει αναφερθεί οδηγεί τα συστήματα ασφάλισης, υγείας και πρόνοιας σε νέους δρόμους.



Σχήμα 1 ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών, στοιχεία της Ε.Ε., DG INFSO, Paul Timmers.

Πηγή: www.observatory.gr/files/meletes ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, Έκδοση 5, 2007

Η μείωση των γεννήσεων και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης όπως έχουμε αναφέρει έχουν επηρεάσει την εικόνα της ηλικιακής πυραμίδας, η οποία φαίνεται ότι θα αλλάξει τα δεδομένα σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο συνολικά. Ήδη αυτές οι παρενέργειες φαίνονται μέσα από τις συνεχείς αναμορφώσεις του ασφαλιστικού, την αύξηση των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης και την εξίσωση των ορίων αυτών μεταξύ αντρών και γυναικών. Κατά συνέπεια και το σύστημα υγείας αναμένεται ότι θα δεχτεί πιέσεις να ανταποκριθεί τόσο οργανωτικά, όσο και λειτουργικά στις ποικίλες και αυξημένες ανάγκες που θα προκύψουν και μεγάλη επιβάρυνση στην οικονομική λειτουργία του (Γκόλνα και Σουλιώτης, 2006:27).

Σύμφωνα με τον Χανιώτη (1999), οι παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων συνοψίζονται ως εξής: α) η ελάττωση της θνησιμότητας λόγω βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, υγιεινής και της καλύτερης ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών, που οδήγησε στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής β) Η άνοδος του

βιοτικού επιπέδου σαν σύνολο, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικοοικονομικών και πολιτισμικών παραμέτρων που επέφεραν τη μείωση των γεννήσεων και γ) Η μετανάστευση πολλών νεαρών Ελλήνων για αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό κατά την πιο παραγωγική περίοδο της ζωής τους στέρησε τα ασφαλιστικά ταμεία από έσοδα και την Ελλάδα από εργατικά χέρια και φυσικά από νέες γεννήσεις. Η ταυτόχρονη μετανάστευση προς τα αστικά κέντρα μεγάλου αριθμού ατόμων, δημιούργησε μεγάλο συνωστισμό κατοίκων και μετά την παραγωγική τους ηλικία άτομα της Τρίτης Ηλικίας και όπως αυτό συνεπάγεται την ανάγκη δημιουργίας υπηρεσιών περίθαλψης στις μεγάλες πόλεις, για την αντιμετώπιση των ιατροκοινωνικών προβλημάτων και συμπτωμάτων διαφόρων νόσων. Η υπογεννητικότητα επίσης είναι ένα από τα προβλήματα που αυξήθηκαν με την αστικοποίηση του πληθυσμού, την εργασία της γυναίκας, την έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών/υποδομών για την υποστήριξη της, όπως είναι οι βρεφονηπιακοί σταθμοί και τέλος η ανεπάρκεια των επιδομάτων που υποστηρίζουν την επιβίωση της οικογένειας. Αποτέλεσμα τούτου είναι η μη ανανέωση του πληθυσμού. Αναλυτικότερα κατά την δεκαετία 1950-1980 οι γεννήσεις ετησίως ήταν μεταξύ 140.000 και 160.000, όμως από εκείνη την περίοδο και μετά παρουσιάστηκε σημαντική μείωση με αποτέλεσμα στο τέλος του 1990 οι γεννήσεις να φτάσουν τις 100.000 το χρόνο. Η βρεφική θνησιμότητα μειώθηκε, αλλά και η θνησιμότητα στις μεγάλες ηλικίες μειώθηκε γενικά δε, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα είναι υψηλότερο από τις άλλες χώρες της Ε.Ε. Το μεταναστευτικό κύμα από τις ανατολικές χώρες συνέβαλε στην αλλαγή της σύνθεσης του πληθυσμού, αφού κατά την απογραφή του 2001 διαπιστώθηκε αύξηση του πληθυσμού που δεν οφειλόταν στις γεννήσεις αλλά στους μετανάστες (Ρομπόλης και συν. 2003).

Οι δημογραφικές αλλαγές θα δημιουργήσουν και έχουν ήδη δημιουργήσει ερωτήματα για τη βιωσιμότητα της κοινωνικής ασφάλισης λόγω των σοβαρών ελλειμμάτων, αύξηση των δαπανών για συντάξεις, για υπηρεσίες υγείας και για φαρμακευτική περίθαλψη (Ρομπόλης και συν. 2003). Επίσης προδιαγράφουν και καθορίζουν σε ένα βαθμό τη σημαντική δέσμευση των υγειονομικών πόρων για τις επόμενες δεκαετίες.

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας για την Τρίτη Ηλικία επικεντρώνονται κυρίως στη θεραπεία και στη περίθαλψη και λιγότερο στην πρόληψη. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν επιτελέστηκε ποτέ ικανοποιητικά, ενώ κατά το παρελθόν έμφαση δόθηκε στην θεραπεία όποτε προέκυπτε πρόβλημα υγείας. Έτσι, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας για την Τρίτη Ηλικία στρέφεται στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, αντίθετα με ότι συμβαίνει στις

νεότερες συνήθως ηλικίες, για τις οποίες το ενδιαφέρον για προληπτικούς ελέγχους της υγείας αυξάνεται συνεχώς (Γεωργούση και άλλοι, 2002β:167).

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα που θα αντιμετωπίσει η κοινωνική πρόνοια και η κοινωνική ασφάλιση στο μέλλον, καθώς οι συντάξεις γήρατος, η ανάγκη για ιατρική φροντίδα και κοινωνικές υπηρεσίες θα εντείνονται. Για τα επόμενα 50 χρόνια αναμένεται ότι ο πληθυσμός στην Ελλάδα θα παραμείνει σχεδόν σταθερός δηλαδή θα συνεχίσει να μειώνεται μεν αλλά με μικρότερη ένταση. Η δημογραφική εξάρτηση θα αυξηθεί, δηλαδή ο λόγος μεταξύ του πληθυσμού των ηλικιωμένων και των ατόμων σε ηλικία εργασίας, και αυτό θα συμβεί επειδή οι εργαζόμενοι θα είναι πιο λίγοι ενώ τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας που θα αυξηθούν, ενώ το κράτος φαίνεται ανίσχυρο να επηρεάσει αυτές τις εξελίξεις (Ρομπόλης, και συν. 2003). Φαίνεται η μετανάστευση που αφορά κυρίως άτομα που εισέρχονται στην αγορά εργασίας μπορεί να βοηθήσει προς την κατεύθυνση να διατηρηθεί η ισορροπία εργαζομένων-ηλικιωμένων και άρα να διατηρηθεί η υποστήριξη του συστήματος ασφάλισης και περίθαλψης. .

Γιαυτό η διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών σε τοπικό επίπεδο είναι απολύτως αναγκαία για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα. Οι εναλλακτικές μορφές φροντίδας όπως η φροντίδα στο σπίτι, η νοσηλεία, τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» πρέπει να επεκταθούν και να διασφαλίσουν την συνεργασία και την βοήθεια όλης της κοινότητας. Στην συνέχεια θα αναφερθούμε στις ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας που πρέπει να καλύπτονται στην κοινότητα.

2.3. Δημογραφικό πρόβλημα και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι δημογραφικές εξελίξεις οδηγούν στην αλλαγή της ηλικιακής σύνθεσης του πληθυσμού μιας χώρας και κατ'επέκταση σε αλλαγές στην ανάγκη για υπηρεσίες υγείας, διαμορφώνουν επιδημιολογικά και νοσολογικά πρότυπα, αυξάνουν την ένταση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και την ανάγκη χρηματοδότησης υπηρεσιών και εξοπλισμού (OECD, 1996).

Σύμφωνα με τις προβλέψεις των Ηνωμένων Εθνών από το 2001 έως το 2015 θα προκύψει μείωση της ηλικιακής κατηγορίας των ατόμων μέχρι 15 ετών σαν ποσοστό στο σύνολο του πληθυσμού των μελών κρατών, ενώ θα παρατηρηθεί αύξηση της ηλικιακής κατηγορίας άνω των 65 ετών, γεγονός που θα επιβαρύνει σημαντικά τον δείκτη εξάρτησης από τις κρατικές υπηρεσίες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1998). Τα θέματα της

Τρίτης Ηλικίας έχουν απασχολήσει χρόνια τώρα τα κράτη και τους ειδικούς στην σύνταξη προγραμμάτων κοινωνικής ασφάλισης. Στην Ελλάδα το πρόβλημα αυτό φαίνεται ότι γίνεται συνεχώς οξύτερο (Μερκούρης, 1995, Κανδυλάκη και Καραγκούνης, 2005:330).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης μας επηρεάζει μεν σήμερα, αλλά στο μέλλον είναι δύσκολο να υπολογιστούν οι διαστάσεις που θα πάρει. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η μείωση της γεννητικότητας, η εισροή μεταναστών αποτελούν δραματικές αλλαγές για τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης των δυτικών κοινωνιών. Η γήρανση του πληθυσμού επηρεάζει την ζωή του ατόμου αλλά και την λειτουργία της κοινωνίας και της οικονομίας, συμπεριλαμβανομένων της κλινικής ιατρικής, της κοινωνικής ασφάλισης, της απασχόλησης, της εθνικής οικονομίας ενώ εγείρει θέματα ηθικής και κοινωνικής δικαιοσύνης (Γκόλνα και Σουλιώτης, 2006). Οι νέες προκλήσεις προκύπτουν από μία σειρά παράγοντες που δοκιμάζουν τις δυνατότητες του συστήματος υγείας να ανταποκριθεί. Συγκεκριμένα, α) οι νόσοι του πολιτισμού (καρδιοπάθειες, καρκίνος, ατυχήματα, ψυχολογικά προβλήματα, εγκεφαλικά επεισόδια), β) η κατανάλωση εξωνοσοκομειακών και νοσοκομειακών υπηρεσιών λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης, γ) η αύξηση των επιπτώσεων των ασθενειών που σχετίζονται με την Τρίτη Ηλικία, δ) τα οικονομικά οφέλη από την κατ'οίκον φροντίδα, αλλά και την οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας για την φροντίδα, ε) η αύξηση της κατά κεφαλήν δαπάνης για τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας σε σχέση με τα νεώτερα άτομα, και στ) η χρήση ακριβών τεχνολογιών για τη θεραπεία και αποκατάσταση κλπ. (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Ήδη μία σειρά από μέτρα έχουν ληφθεί μέσα από το νέο ασφαλιστικό που ψηφίστηκε τον Ιούλιο του 2010, όπως η αύξηση των ετών εργασίας προκειμένου να δικαιούται κάποιος συνταξιοδότησης, η εξίσωση αντρών και γυναικών στην ηλικία συνταξιοδότησης καθώς και σχετικές μειώσεις στο ποσό της τελικής σύνταξης, που θα δικαιούται ο εργαζόμενος, μείωση επιδομάτων και ποσών των επικουρικών ταμείων και άλλα ανάλογα μέτρα.

Κατόπιν τούτων, γίνεται φανερό ότι τα μεγαλύτερα άτομα έχοντας στην πλειοψηφία τους ανάγκη για περίθαλψη δημιουργούν πιέσεις στο ασφαλιστικό και υγειονομικό σύστημα. Οι ανάγκες αυτές μπορεί να περιορίζονται από μία συνταγογράφηση φαρμάκων, σε τακτικές εξετάσεις και παρακολούθηση προβλημάτων υγείας και να φτάνουν μέχρι υπηρεσίες αποκατάστασης. Σε αυτά πρέπει να προστεθούν και η κοινωνική φροντίδα, κυρίως προς άτομα μοναχικά που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Ο ιδανικότερος τομέας της υγείας που θα μπορούσε να καταγράψει

και παρέμβει άμεσα σε μία κοινότητα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σήμερα όσο ποτέ άλλοτε η προσαρμογή της Π.Φ.Υ. στις ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας και η παροχή μεγάλου αριθμού υπηρεσιών προσαρμοσμένου και εξειδικευμένου στα κύρια προβλήματα υγείας της Τρίτης Ηλικίας πρέπει να αποτελεί το ζητούμενο, όταν δημιουργούνται και οργανώνονται υπηρεσίες Π.Φ.Υ.

2.4. Οι ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας

Η Τρίτη Ηλικία αποτελεί την τρίτη περίοδο στην ζωή ενός ανθρώπου που εξελίσσεται και μεγαλώνει αφού έχει περάσει δημιουργικές περιόδους στη ζωή του. Χαρακτηρίζεται από την έννοια του γήρατος που σαν γεγονός διαφέρει από άτομο σε άτομο, αφού η εικόνα που συνδέεται με αυτό και αφορά κυρίως την κατάσταση της υγείας του ατόμου, χωρίς όμως να εξαιρεί τα άτομα που διαθέτουν μία καλή υγεία και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η Τρίτη ηλικία δεν είναι μία ομοιογενής ομάδα, αλλά μία ομάδα που μπορεί να διαφέρει ηλικιακά, δεδομένου ότι μπορεί να συμπεριλάβει άτομα από την ηλικία των 65 χρόνων μέχρι και υπεραιωνόβιους.

Ταυτόχρονα οι όροι που αποτελούν διάκριση τείνουν να απαλειφθούν στην εποχή μας, με την χρήση όρων όπως μεγαλύτερα άτομα ή πολύ μεγαλύτερα άτομα. Το άτομο μπορεί να συνεχίζει να είναι κοινωνικά ενεργό και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Παρόλα αυτά η Τρίτη Ηλικία αποτελεί την φυσική-βιολογική εξέλιξη του ανθρώπου που συνδυάζει την έκπτωση του οργανισμού σαν αποτέλεσμα του τρόπου ζωής, καθώς και κληρονομικών παραγόντων. Επιπλέον, η ηλικία εγείρει τον σεβασμό στην συμπεριφορά των άλλων και την αναγνώριση στο πρόσωπο των μεγαλύτερων της πείρας της ζωής (Μωυσίδης, και άλλοι, 2002, Δαρδαβέσης, 2009).

Οι ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας αποτελούν το πεδίο απασχόλησης για ένα μεγάλο αριθμό ειδικών όπως είναι οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσικοθεραπευτές, οι τεχνολόγοι, οι εργοθεραπευτές, οι επιχειρηματίες που δραστηριοποιούνται στην προμήθεια οργάνων και υπηρεσιών, ακόμα και οι ερευνητές. Οι συνηθέστερες παθήσεις που ταυτίζονται με την προχωρημένη ηλικία είναι : η άνοια (και στην ειδικότερη μορφή η νόσος του Alzheimer), η ακράτεια, η οστεοπόρωση, η οστεοαρθρίτιδα, οι παθήσεις οι σχετιζόμενες με τη μειωμένη δυνατότητα όρασης, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και η μειωμένη δυνατότητα μεταβολισμού της ενέργειας λόγω της απώλειας της λειτουργικής ικανότητας των οργάνων (Γκόλνα και Σουλιώτης, 2006:37). Γιαυτό η αναφορά των επαγγελματιών στον

όρο «διαχείριση περιστατικού» και στις τεχνικές που συνεπάγεται αυτός, γίνεται όλο και πιο δημοφιλής και αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική φροντίδα και την αποφυγή αλληπάλληλων εισαγωγών στα νοσοκομεία, (Drennan et al,2005), αφού το άτομο αντιμετωπίζεται σύμφωνα με την ιδιαιτερότητα του προβλήματός του (ιατρικά και κοινωνικά) στην κοινότητά του. Το κόστος επίσης, της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής φροντίδας για την Τρίτη Ηλικία είναι κατά πολύ μεγαλύτερο από τις δαπάνες για υπηρεσίες πρόληψης. Επιπλέον, σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, η Τρίτη Ηλικία χαρακτηρίζεται από νοσήματα που έχουν χρόνια χαρακτήρα, ή έχουν εκφυλιστικά χαρακτηριστικά, ενώ η θεραπεία τους απαιτεί υψηλό κόστος θεραπείας και σύγχρονο εξοπλισμό βιοιατρικής τεχνολογίας καθώς και φαρμακευτικά μέσα. Επιπροσθέτως, η συχνότητα που παρουσιάζονται τα νοσήματα, απαιτούν οι ιατρικές επισκέψεις και η ιατρική περίθαλψη να αυξάνεται σταδιακά μέσα στο χρόνο (Γεωργούση και άλλοι, 2002:167). Στα νοσήματα που αφορούν την σωματική υγεία που εμποδίζει την διεκπεραίωση των αναγκών του, προστίθενται και οι γνωσιολογικές δυσλειτουργίες και τα προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη. Άλλα προβλήματα δημιουργούνται από την μειωμένη όραση και ακοή, καθώς αποκόπτουν το άτομο από την επικοινωνία με το περιβάλλον του, ενώ σταδιακά χάνει την δυνατότητα για διαπροσωπικές σχέσεις και κατανόηση της πρόσφατης πραγματικότητας που ζει (Παγοροπούλου, 2000).

Μία σειρά από δεξιότητες φαίνεται ότι σταδιακά εγκαταλείπουν το άτομο και αυτές έχουν σχέση με τη φυσική δύναμη, τη ψυχική υγεία, την εμπιστοσύνη στον εαυτό και στους άλλους, τις φοβίες, την ικανότητα να βρίσκει λύσεις κα. Όταν σε αυτές τις δεξιότητες δεν μπορεί να ανταποκριθεί, τότε η παραμονή του στον χώρο του πρέπει αξιολογηθεί αν θα πρέπει να συνεχιστεί. Επιπλέον, θέματα όπως η ποιότητα ζωής που του παρέχει η κατοικία του θεωρούνται σοβαρά, καθώς μπορούν να αποτελούν εμπόδια στην κίνηση του ή να τίθενται θέματα υγιεινής. Τα άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας μπορεί να εξαρτώνται από τρίτα άτομα προκειμένου να τραφούν, να πάρουν τα φάρμακά τους, να αλλάξουν ρούχα, να κάνουν μπάνιο, να έχουν κοινωνικές υπηρεσίες, να βοηθηθούν σε θέματα ακοής, και όρασης. Σημαντικές επίσης είναι οι δεξιότητες που αφορούν τη προετοιμασία της τροφής, την υγιεινή του στόματος, τη κίνηση, τη ψυχική υγεία, τα ενδιαφέροντα όπως τα χόμπι, οι θρησκευτικές και οι πολιτισμικές ανάγκες, η ασφάλεια από κινδύνους, η φροντίδα, η ιδιωτικότητα, η ανικανότητα κα. (Witton, 2005).

Οι αντιλήψεις για την περίθαλψη των ηλικιωμένων στην Ελλάδα βασίζονται στο μεγαλύτερο βαθμό τους στην φροντίδα των μεγαλύτερων από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας και κυρίως την οικογένεια η οποία σηκώνει το βάρος αυτό, ενώ γίνεται εμφανής η

απουσία του κράτους. Η επικρατούσα νοοτροπία της φροντίδας των μεγαλύτερων ατόμων στην οικογένεια σαν το «ηθικό καθήκον» της ανταποδοτικότητας της φροντίδας των παιδιών τους κυρίως, αποτελεί μία υποχρέωση εκ μέρους τους και ένα βόλεμα για το κράτος που δεν δαπανά για υπηρεσίες και νοσηλευτικές υπηρεσίες (Δούκα & Παπαδόπουλος, 2008). Επιπλέον έξοδα καλύπτονται μέσα από την οικογένεια, αλλά και μέρος της φροντίδας και θεραπείας επιτελείται από αυτή.

Η απουσία οικογένειας αυξάνει το αίσθημα της μοναξιάς και δημιουργεί πιέσεις μεγαλύτερες για το σύστημα φροντίδας του οποίου οι αδυναμίες στις υποδομές γίνονται φανερές. Οι απαιτήσεις για γηροκομεία και μονάδες φροντίδας αυξάνονται συνεχώς, κυρίως γιατί οι γυναίκες αδυνατούν να φροντίσουν τα συγγενικά τους πρόσωπα, λόγω του γεγονότος ότι εργάζονται. Η διαδικασία της ιδρυματοποίησης είναι επώδυνη για το άτομο, καθώς πρέπει να αποχωριστεί το χώρο του και να ζήσει σε έναν άλλο χώρο με άλλα άτομα ίδιας ηλικίας. Επειδή ο αριθμός των μοναχικών ανθρώπων αυξάνεται, η ανάγκη για υπηρεσίες αντίστοιχα αυξάνεται, γιατί πολλοί εγκαταλείπονται και ζουν με τεράστιες δυσκολίες επιβίωσης (Καραχάλιου, 1992). Άρα το κράτος πρέπει να αναλάβει την φροντίδα τους με οργανωμένες υπηρεσίες, ένα κράτος όμως που φαίνεται ότι δεν μπορεί να αναλάβει μία τέτοια ευθύνη λόγω του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται.

Η επικρατέστερη αντίληψη λοιπόν για τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας είναι η παραμονή τους στο σπίτι και η διατήρηση της αυτονομίας τους. Είναι γεγονός ότι η πλειοψηφία των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν και έχουν την δυνατότητα να παρακολουθήσουν μικρά ή μεγαλύτερα προβλήματα της υγείας τους μόνοι. Άρα ο στόχος δεν είναι να δημιουργηθούν μονάδες ασυλιακής μορφής, αλλά με μία καλή παρακολούθηση της υγείας που μπορεί να παρέχεται μέσω της Π.Φ.Υ. το άτομο να διατηρήσει την αυτονομία του, τις δραστηριότητές του και τον τρόπο ζωής του όπως το ίδιο επιθυμεί να απολαμβάνει.

2.5. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην Τοπική Αυτοδιοίκηση για την Τρίτη Ηλικία

Παραδοσιακά, υπήρχε ένας αριθμός υπηρεσιών στην κοινότητα όπου η έμφαση δινόταν σε θέματα δημόσιας υγείας, που επικεντρώνονταν σε στοχοποιημένες δράσεις όπως οι εμβολιασμοί, η φροντίδα των παιδιών και η υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών. Σήμερα, υπάρχει μεγάλη στροφή προς υπηρεσίες στην κοινότητα, αντί των δαπανηρών νοσοκομειακών και ασυλιακών παροχών. Το 1997 ο Ν. 2539 Α', 244 «Συγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης» ή το Σχέδιο Καποδίστριας, όπως έγινε γνωστό

δημιούργησε 900 Δήμους και 133 Κοινότητες στην Ελλάδα, οι οποίες αναμένονται να συρρικνωθούν περαιτέρω μετά την ψήφιση του Ν. 3852/7-6-10, ΦΕΚ 87 Α με τίτλο «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης-Πρόγραμμα Καλλικράτης». Ο Νόμος αυτός, προβλέπει τη δημιουργία 325 Δήμων και 13 Περιφερειών με βάση τον οποίο θα αναπτυχθούν οι υπηρεσίες.

Τα προγράμματα και οι δράσεις που έχουν μέχρι τώρα αναπτυχθεί στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και μάλιστα χαίρουν δημοφιλίας είναι τα ακόλουθα:

1. Προγράμματα προστασίας των ηλικιωμένων όπως είναι η φροντίδα υγείας, η κατ' οίκον νοσηλεία-βοήθεια, δραστηριότητες αναψυχής κα. Αυτά παρέχονται από τα ΚΑΠΗ και από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»
2. Παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας μέσω των δημοτικών ιατρείων
3. Προγράμματα στήριξης της οικογένειας με τη λειτουργία βρεφονηπιακών και παιδικών σταθμών και μέτρα στήριξης της μητρότητας
4. Προγράμματα για την προστασία των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, όπως τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, νοητικής υστέρησης κα. (Κοντιάδης και άλλοι, 2006)

Οι υπηρεσίες φροντίδας για την Τρίτη Ηλικία, αναγνωρίζονται τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο, ενώ συνεπάγονται μία ποικιλία δραστηριοτήτων που απαιτούν μεγάλο αριθμό πόρων και υποδομών. Οι υπηρεσίες αυτές παρά το γεγονός ότι έχουν αναλάβει να φέρουν εις πέρας την ευθύνη για την φροντίδα των μεγαλύτερων ανθρώπων που μένουν στην κοινότητα, δεν έχουν δυστυχώς αναπτυχθεί σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο και δεν έχουν αξιολογηθεί. Ταυτόχρονα η διασύνδεση των ιατρικών με τις κοινωνικές υπηρεσίες δεν έχει προχωρήσει, ώστε να προσφερθούν ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα (Bernabei, et al., 1998).

Ιδιαίτερα αποτελεσματικά φαίνεται ότι είναι τα προγράμματα που έχουν ως σκοπό την κατ' οίκον φροντίδα, αφού βοηθούν στην μείωση της θνησιμότητας και της εισαγωγής στην κλειστή περίθαλψη (Elkan et al., 2001). Διαθέσιμες υπηρεσίες που προσφέρονται μέχρι σήμερα στην Ελλάδα είναι τα ΚΑΠΗ και τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», οι στέγες ηλικιωμένων, τα γηροκομεία, τα άσυλα, η τηλεϊεδοποίηση, η τηλεματική κλπ.. Πέραν της Τοπικής Αυτοδιοίκησης ένας αριθμός άλλων φορέων όπως η εκκλησία, οι εθελοντές, η γειτονιά, οι φίλοι και συγγενείς διαδραματίζουν ρόλους στην προσφορά

φροντίδας. Όσον αφορά την συνεργασία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης με τα ασφαλιστικά ταμεία, υπάρχει έλλειψη θεσμικού πλαισίου συνεργασίας μεταξύ Δήμων και ασφαλιστικών ταμείων, με αποτέλεσμα η συνεργασία αυτή να γίνεται μέσα από μεμονωμένες πρωτοβουλίες (Αθανασάκης και άλλοι, 2009). Στην Ελλάδα εκτός του ΕΣΥ λειτουργούν αυτόνομα τρεις αγορές στην υγεία: του ΙΚΑ, των άλλων ασφαλιστικών ταμείων και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών με αποτέλεσμα τον πολυκερματισμό στην προσφορά (Θεοδώρου, 2000).

Ανά περιοχές παρέχεται και ένας αριθμός ιατρικών υπηρεσιών από τα ταμεία που το κάθε άτομο είναι ασφαλισμένο. Οι δικαιούχοι των ασφαλιστικών φορέων καλύπτονται μέσω συμβάσεων με ιδιώτες για εξετάσεις και ιατρική περίθαλψη, επειδή τα ταμεία δεν διαθέτουν ιατρικές υπηρεσίες, καθώς επίσης δεν παρέχουν προληπτική και μετανοσοκομειακή φροντίδα (Σουλιώτης και Μαριόλης, 2004). Εξαίρεση αποτελεί το ΙΚΑ, γιατί είναι ένα από τα ταμεία που διαθέτει δικό του ιατρικό προσωπικό που αμείβεται με μισθό και παρέχει χωρίς οικονομική επιβάρυνση του ασφαλισμένου, υπηρεσίες προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές.

Τέσσερα είναι τα ταμεία που καλύπτουν το 95% του πληθυσμού της χώρας και που έχουν αυτή τη δυνατότητα δηλαδή το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ, ο ΟΑΕΕ (ελεύθεροι επαγγελματίες), ΟΠΑΔ (Δημόσιοι Υπάλληλοι). Το ΙΚΑ έχει 5.500.000 ασφαλισμένους, και ταυτόχρονα παρέχει υπηρεσίες υγείας, διαγνωστικές, οικογενειακού προγραμματισμού κα. (Αντωνοπούλου, 1997). Παρόλα αυτά η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει διαπιστώνεται ότι βρίσκεται σε μέτρια επίπεδα και χρειάζεται βελτίωση (Τούντας και άλλοι, 2003).

Ο ΟΓΑ παρέχει στους ασφαλισμένους του που ήταν 2.150.000 άτομα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των αγροτικών ιατρείων, των κέντρων υγείας και των εξωτερικών ιατρείων των κρατικών νοσοκομείων (Μάτης και Δρακόπουλος, 1999). Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει ιατρική φροντίδα, μικροβιολογικές εξετάσεις και θεραπείες, χορήγηση συνταγών φαρμάκων, χορήγηση φαρμάκων για αντιμετώπιση ορισμένων χρόνιων παθήσεων και διενέργεια εξετάσεων σε ιδιωτικά εργαστήρια.

Ο ΟΑΕΕ παρέχει στους 1.442.000 ασφαλισμένους του ιατρικές υπηρεσίες προληπτική ιατρική καθώς και μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις. (<http://oae.gr>). Οι 1.289.000 ασφαλισμένοι του ΟΠΑΔ επίσης, έχουν δικαίωμα να επισκεφθούν ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο και σε εξαιρετική περίπτωση να τον καλέσουν σπίτι τους (Δόλγερας, 2000).

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση, είναι σε θέση να αναλάβει πρωτοβουλίες για τη μείωση του ολοένα αυξανόμενου κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης μέσα από την ανάπτυξη δομών θεραπείας και πρόληψης (Σουλιώτης, 2007). Για να γίνει αυτό απαιτείται η μέτρηση του επιπέδου υγείας των κατοίκων μιας περιοχής, μέσα από αντικειμενικούς δείκτες. Αυτή η δυνατότητα θα μειώσει το κόστος των δαπανών της υγείας, που φαίνεται ότι αυξάνεται συνεχώς και ταυτόχρονα θα αποσυμφορήσει τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Αυτό σημαίνει την σταδιακή μετάβαση του Συστήματος Υγείας από τις θεραπευτικές υπηρεσίες στις υπηρεσίες πρόληψης (Πιερράκος 2008:88).

Στους δήμους έχουν αναπτυχθεί πρωτοβουλίες για την δημιουργία τοπικών μονάδων παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Πολλές από αυτές οφείλονται σε εθελοντική πρωτοβουλία και λειτουργούν με βασικές ιατρικές ειδικότητες όπως παθολόγο, καρδιολόγο, παιδίατρο, γυναικολόγο, οφθαλμίατρο. Μέσω των δημοτικών επιχειρήσεων, αν και θεωρούνται υποστελεχωμένες υπηρεσίες, προσλήφθηκε και ένας αριθμός άλλων ειδικοτήτων όπως τα παραϊατρικά επαγγέλματα και συγκεκριμένα κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές καθώς και ο αναγκαίος εξοπλισμός προκειμένου να παρασχεθούν υπηρεσίες στους πολίτες. Τα ιατρεία αυτά που ονομάζονται Δημοτικά Ιατρεία, λειτουργούν ορισμένες ώρες την βδομάδα και παρέχουν κυρίως υπηρεσίες πρόληψης, συνταγογράφηση, εμβολιασμούς κλπ. δωρεάν για τους Δημότες. Στην πραγματικότητα καλύπτουν τις ανάγκες ατόμων που βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας, μετανάστες και ανασφάλιστους, δηλαδή τις ευπαθείς οικονομικά ομάδες που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να αγοράσουν ιατρικές υπηρεσίες ή που δεν είναι ασφαλισμένοι σε κάποιο ταμείο και επομένως δεν μπορούν να απευθυνθούν σε κάποιον από τους φορείς υγείας. Εκτός των Ιατρείων σημαντικό ρόλο στην φροντίδα της Τρίτης Ηλικίας διαδραματίζουν άλλοι θεσμοί κοινωνικής προστασίας όπως είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) στα οποία επικεντρώνεται το ενδιαφέρον της εργασίας αυτής.

Αν και η εγρήγορση για τις ανάγκες που θα προκύψουν για τους μεγαλύτερους στις κοινότητες τους έχει αρχίσει εδώ και δεκαετίες, φαίνεται ότι η επάρκεια των υπηρεσιών δεν είναι ποτέ ικανή να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες. Η ανάγκη παροχής ιατρικής και κοινωνικής υποστήριξης για τους ηλικιωμένους, με τον ταυτόχρονο περιορισμό της ιδρυματοποίησης αυτών, αναγνωρίστηκε από την πολιτεία στα μέσα της δεκαετίας του 70. Για το σκοπό αυτό ιδρύθηκαν τα Κέντρα Ανοιχτής προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) τα οποία έθεσαν τις βάσεις για νέες προοπτικές σε θέματα κοινωνικής πολιτικής για την Τρίτη Ηλικία. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ άρχισε να λειτουργεί το 1984 και εξελίχτηκε

σε όλους τους Δήμους σχεδόν, με 900 ΚΑΠΗ να λειτουργούν στην επικράτεια. Επικεφαλής των ΚΑΠΗ είναι Κοινωνικοί Λειτουργοί, ενώ μια σειρά από ειδικούς εργάζονται σε αυτά, όπως γιατροί, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλεύτριες, οικογενειακοί βοηθοί και άλλοι (Αθανασάκης, 2009).

Σκοπός των ΚΑΠΗ σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ.39/89, είναι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου .
- Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η έρευνα σχετικών θεμάτων που αφορούν τους ηλικιωμένους (Γεωργούση και άλλοι, 2002β:167-168).

Στα ΚΑΠΗ υπάρχει ένας αριθμός δραστηριοτήτων που προάγουν την υγεία όπως η αγωγή υγείας και η προαγωγή υγείας. Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν μέτρηση αρτηριακής πίεσης, μέτρηση σακχάρου και εμβολιασμοί σε ποσοστό 80 τοις εκατό και άνω, ενώ σε ένα ποσοστό 40 τοις εκατό και πάνω γίνεται έλεγχος χοληστερίνης και καρδιογραφήματα. Επιπλέον, γίνονται ομιλίες στα ΚΑΠΗ για θέματα υγείας, για την σωστή διατροφή και ένδυση, την αποφυγή ατυχημάτων, την ατομική υγιεινή, την διακοπή καπνίσματος και αλκοόλ. Επίσης προσφέρονται προγράμματα φυσικοθεραπείας καθώς και προγράμματα εργοθεραπείας (Γεωργούση και συν. 2002β). Άρα τα ΚΑΠΗ φροντίζουν την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.

Μία σημαντική παράμετρος στις παροχές ΠΦΥ από τα ΚΑΠΗ αποτελεί η συνταγογράφηση φαρμάκων που γίνεται από γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων οι οποίοι επισκέπτονται τον χώρο του ΚΑΠΗ. Αυτή η υπηρεσία παρέχεται στα μέλη του ΚΑΠΗ, με θετικά αποτελέσματα την αποσυμφόρηση των εξωτερικών ιατρείων των ταμείων καθώς και την άμεση εξυπηρέτηση και επαφή των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας με ένα γιατρό που γνωρίζει το πρόβλημά τους. Έχει αποδειχτεί ότι αυτή η προσφορά υπηρεσιών έχει αγκαλιαστεί θετικά από τους έχοντες χρόνια νοσήματα, αφού βοηθά στην κάλυψη των αναγκών τους μέσα στην κοινότητά τους. Η παροχή αυτή δεν συμβαίνει σε καθημερινή βάση αλλά συνήθως ο γιατρός επισκέπτεται τα ΚΑΠΗ μία φορά την εβδομάδα συγκεκριμένη μέρα και ώρα.

Άλλη μορφή κοινοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ είναι η λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και « η κατ' οίκον νοσηλεία». Τα προγράμματα αυτά αποσκοπούν στην παροχή βοήθειας σε άτομα με δυσκολίες αυτοεξυπηρέτησης, ενώ υποστηρίζουν την παραμονή του ατόμου στο σπίτι του διασφαλίζοντας ένα καλύτερο επίπεδο ζωής. Οι εργαζόμενοι στα προγράμματα αυτά δραστηριοποιούνται στην Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική Φροντίδα (συμβουλές για την πρόληψη και αποφυγή ασθενειών), στην παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του ηλικιωμένου κατ' οίκον αλλά και εκτός σπιτιού (μικρο- εξυπηρετήσεις, σίτιση, ατομική υγιεινή) και στην έγκαιρη επέμβαση για θέματα υγείας, στην ψυχολογική στήριξη του και στη διατήρηση της καθαριότητας του χώρου του (Κυριόπουλος και συν. 1995).

Αναλυτικότερα, τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» καθώς και «Κοινωνικής Μέριμνας» είναι προγράμματα κοινωνικής προστασίας που έχουν στόχο την παροχή συστηματικής και οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας για τα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας καθώς και ατόμων με κινητικά και άλλα ειδικά προβλήματα και οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι:

- ❖ συμβουλευτική και συναισθηματική στήριξη,
- ❖ ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι ,
- ❖ νοσηλευτική μέριμνα και φυσικοθεραπεία,
- ❖ οικογενειακή-οικιακή φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης μικροαγορές,
- ❖ πληρωμή λογαριασμών
- ❖ συνοδεία στις διάφορες υπηρεσίες (<http://www.50plus.gr/kifi>)

Μια άλλη μορφή εμπλοκής της κοινότητας στην προαγωγή Κοινωνικών Φροντίδων είναι και τα ΚΗΦΗ, που είναι σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα. Επίσης το περιβάλλον τους που έχει αναλάβει την φροντίδα τους, αδυνατεί να τα φροντίζει όλη την μέρα επειδή εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας αδυνατώντας να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Ο σκοπός των ΚΗΦΗ είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Αν και σε πολλούς Δήμους δεν έχουν λειτουργήσει οι συγκεκριμένες δομές, οι υπηρεσίες που παρέχονται στο πλαίσιο των ΚΗΦΗ είναι:

- ❖ νοσηλευτική φροντίδα
- ❖ φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης

- ❖ ατομική υγιεινή
- ❖ προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (<http://www.50plus.gr/kifi>)

Τα ανωτέρω προγράμματα συμβάλλουν σημαντικά στην παροχή Π.Φ.Υ. γιατί διατηρούν την επαφή του ατόμου με τις ιατρικές αλλά και τις κοινωνικές υπηρεσίες που προσφέρονται στην κοινότητα του. Άρα συμβάλλουν στην ολιστική αντιμετώπιση προβλημάτων, καθώς οι ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας δεν αφορούν μόνο την ιατρική φροντίδα, αλλά και την κοινωνική, δηλαδή την ανάγκη για επικοινωνία, επαφή, δραστηριότητες και την εξεύρεση λύσεων σε προβλήματα που προκύπτουν. Αφού λοιπόν, το άτομο διασφαλίσει στην κοινότητά του τις ιατρικές υπηρεσίες που του αρμόζουν μαζί με τις κοινωνικές υπηρεσίες, τότε πιστεύουμε ότι το επίπεδο φροντίδας θα είναι απόλυτα ικανοποιητικό.

2.6. Επίλογος

Στο κεφάλαιο αυτό αναφερθήκαμε στη γήρανση του πληθυσμού και στην ανάγκη για δημιουργία υπηρεσιών που θα καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού των μεγαλύτερων ατόμων στην κοινότητα. Η Τρίτη Ηλικία λόγω των προβλημάτων υγείας επιβαρύνει σημαντικά το σύστημα υγείας και απαιτεί υπηρεσίες και περίθαλψη για απλά και πολύπλοκα προβλήματα υγείας. Η παραμονή στον τόπο κατοικίας τους και η δυνατότητα να απολαμβάνουν ποιοτική φροντίδα αποτελεί σημαντική παράμετρο για τη διατήρηση της καλής υγείας. Τα ασφαλιστικά ταμεία τους αποτελούν τους φορείς που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες σε συνδυασμό με τις υπηρεσίες των Δήμων συμβάλλουν στην ολοκληρωμένη προσφορά υπηρεσιών. Δυστυχώς οι υπηρεσίες αυτές δεν συνεργάζονται μεταξύ τους σε επίπεδο που να μην επικαλύπτονται με αποτέλεσμα οι ασθενείς να κάνουν χρήση πολλών παρόχων φροντίδας προκειμένου να βρουν λύσεις στο πρόβλημά τους. Από την πλευρά των Δήμων ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας παρέχεται μέσα από τα ΚΑΠΗ και τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι». Οι οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι πιο κοντά στον πολίτη και μπορούν ευκολότερα να αναγνωρίσουν τα προβλήματα υγείας και να αντιδράσουν αποτελεσματικά.

Με βάση την εμπειρία μας από τις υπηρεσίες στην κοινότητα, στο επόμενο κεφάλαιο θα παραθέσουμε την Μεθοδολογία της έρευνάς μας, που έχει σαν σκοπό να αναδείξει τις εντυπώσεις των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας από την φροντίδα που λαμβάνουν μέσω της Π.Φ.Υ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΘΕΜΑ: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Τρίτη Ηλικία»

3.1.Υπόβαθρο της Έρευνας

Η μελέτη αυτή αφορά τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας και την εμπειρία τους από την παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην κοινότητά τους. Μελετώντας τις απόψεις τους για την προσφορά υπηρεσιών καθώς και τις ανάγκες τους για χρήση αυτών των υπηρεσιών, θα αναδειχθεί η ανάγκη για βελτίωση, η καλύτερη οργάνωση του συστήματος υγείας, καθώς και η επιβάρυνση και η ανάγκες για υπηρεσίες που θα προκύψουν στο μέλλον.

3.2. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να αναδείξουμε θετικές και αρνητικές πλευρές στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας. Επίσης να δώσει την ευκαιρία στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας να εκφράσουν τις εντυπώσεις από την εμπειρία τους σαν χρήστες των υπηρεσιών.

3.3. Στόχος της έρευνας

Ο στόχος της έρευνας αυτής περιλαμβάνει τις ακόλουθες παραμέτρους:

- Να διερευνηθεί η ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από τα ταμεία τους.
- Να διερευνηθεί ποιες είναι οι υπηρεσίες που συνήθως κάνουν χρήση όπως τα εξωτερικά ιατρεία, ιδιωτικοί γιατροί, συνταγογράφηση, γενικές εξετάσεις, νοσηλεία στο σπίτι.
- Να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό οι υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζονται από άριστο επίπεδο παροχών προς τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, συμπεριλαμβανομένων του προγραμματισμού στα ραντεβού, του χρόνου αναμονής, της συμπεριφοράς του προσωπικού, του ωραρίου λειτουργίας, της καθαριότητας και καταλληλότητας των χώρων και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας.

- Να διερευνηθεί κατά πόσο οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. των ταμείων τους παρέχονται σε επαρκή απόσταση και μέσα στην κοινότητα τους.
- Να αναγνωριστούν τα προβλήματα που υπάρχουν, όπως η έλλειψη γιατρών, νοσηλευτών, τα διαθέσιμα ραντεβού, οι ακατάλληλοι χώροι νοσηλείας, η έλλειψη φαρμακευτικού υλικού, η αδιαφορία κλπ.
- Να διερευνηθεί κατά πόσο πιστεύουν στον θεσμό του οικογενειακού γιατρού και πόσο τον θεωρούν απαραίτητο.
- Να διερευνηθεί η ικανοποίηση τους από το Σύστημα Υγείας γενικότερα και αν οι εισφορές τους αντιστοιχούν στο επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών που λαμβάνουν.

3.4. Μεταβλητές

Στην έρευνα αυτή γίνεται προσπάθεια να αποτυπωθούν οι διάφορες παράμετροι που περιλαμβάνει έτσι ώστε να προκύψουν συγκρίσιμα στοιχεία. Τα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας μας επιτρέπουν να τα διασταυρώσουμε με τις απαντήσεις τους, ορισμένα από τα οποία αναλύονται στην σύγκριση των μεταβλητών, όπως αναφέρεται στο επόμενο Κεφάλαιο Τέταρτο. Συγκεκριμένα: Η ανεξάρτητη μεταβλητή της έρευνας είναι: 'Ατομο της Τρίτης Ηλικίας που είναι χρήστης των υπηρεσιών υγείας του φορέα που είναι ασφαλισμένο, ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές οι οποίες αναφέρονται στην περίπτωση αυτή διαστημικές (Υφαντόπουλος και Νικολαΐδου, 2008), γιατί βασίζονται σε κλίμακα που προκύπτει από τις επιλογές των ατόμων και είναι οι ακόλουθες:

1. Τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα κατά το προηγούμενο έτος, ασφαλιστικός φορέας, έτη συνταξιοδότησης και αν έχουν λάβει ποτέ αναπηρική σύνταξη).
2. Η ικανοποίηση από την σύνταξη του σαν σημαντικό στοιχείο για τη δυνατότητα να επιλέγει υπηρεσίες υγείας.
3. Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που καλύπτει το ταμείο του σαν επισήμανση ότι τα ταμεία πρέπει να καλύπτουν μεγαλύτερο αριθμό αιτημάτων-προβλημάτων.
4. Η καταγραφή του είδους των υπηρεσιών που κάνει συνήθως χρήση (εξωτερικά ιατρεία, ιδιωτικοί γιατροί, συνταγές φαρμάκων, γενικές-ειδικές εξετάσεις, νοσηλεία στο σπίτι).
5. Η οργάνωση, η λειτουργία του φορέα και η συνεργασία του με το προσωπικό (προγραμματισμός για ραντεβού, χρόνος αναμονής, ευγενική συμπεριφορά των

διοικητικών υπαλλήλων, των νοσηλευτών, το ωράριο λειτουργίας, η καταλληλότητα και καθαριότητα των χώρων, η επαρκής αντιμετώπιση του προβλήματος, καθώς και κατά πόσο οι εισφορές που έχουν δώσει ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που λαμβάνουν).

6. Η απόσταση των υπηρεσιών από το σπίτι τους αν είναι λογική.
7. Τα προβλήματα που κυρίως αντιμετωπίζουν (έλλειψη γιατρών, έλλειψη νοσηλευτών, μη διαθέσιμα ραντεβού, ακατάλληλοι χώροι νοσηλείας, έλλειψη φαρμακευτικού υλικού, αδιαφορία).
8. Αν είναι συμβεβλημένοι με οικογενειακό γιατρό και αν όχι θα επιθυμούσαν να συμβληθούν.
9. Η εικόνα τους για την επάρκεια του Συστήματος Υγείας.
10. Αν ανταποκρίνονται οι εισφορές τους όταν ήταν εργαζόμενοι στη φροντίδα που λαμβάνουν σήμερα.

3.5. Τύπος Διεξαγωγής της Έρευνας

Η έρευνα αυτή διεξήχθη στα 8 Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) του Δήμου Περιστερίου. Ο Δήμος Περιστερίου είναι ο μεγαλύτερος από τους 9 Δήμους της Δυτικής Αθήνας και ο τέταρτος της χώρας σε πληθυσμό. Το Περιστερί συνορεύει με τους Δήμους Ιλίου (βόρεια) Αθηναίων (ανατολικά) Αιγάλεω (ανατολικά) Χαιδαρίου (δυτικά) και Πετρούπολης (βορειοδυτικά).

Διαθέτει συνολική έκταση 1.100τμ. και η επίσημη απογραφή της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας για το έτος 2001 εκτιμά τον πληθυσμό 146.743 κατοίκους με σύνολο 60.519 κατοικιών.

Το 1934 το Περιστερί αποσπάστηκε από το Δήμο Αθηναίων στον οποίο ανήκε και αναγνωρίστηκε ως Δήμος λόγω του μεγάλου πληθυσμού του, ενώ το 1934 διεξάγονται οι πρώτες δημοτικές εκλογές. Στο Δήμο εκείνης της εποχής προσαρτήθηκαν οι οικισμοί Περιστερί, Χρυσαλλίδα Άνω και Κάτω Γερμανικά, Κτιστά και ο Οικισμός Ποντίων και Αρμενίων.

Όμως η ιστορία του Περιστερίου ξεκινά πολύ παλιά. Ευρήματα πιστοποιούν την ανθρώπινη παρουσία πριν από 25 αιώνες. Το φανερώνει η μεγάλη συγκομιδή αρχαίων ευρημάτων, σαρκοφάγοι, αγγεία, μαρμάρινες επιτύμβιες πλάκες, αρχαία νομίσματα

κτηρίσματα. Ευρήματα που σήμερα μετά από πολλά χρόνια γύρισαν πίσω στη γη που ανήκαν. <http://www.egov-peristeri.gr>

Στο Δήμο Περιστερίου κατοικεί μεγάλος αριθμός ατόμων που ανήκουν στην εργατική τάξη, ενώ οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι μεγάλες, καθώς πολλά άτομα πάσχουν από αναπηρίες. Αυτό συνεπάγεται μεγάλη ανάγκη για υπηρεσίες υγείας και κυρίως για υπηρεσίες ΠΦΥ. Η δημιουργία του νέου Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου έχει ολοκληρωθεί και εξοπλιστεί, αλλά δεν έχει προσληφθεί το προσωπικό που θα στελεχώσει τις υπηρεσίες. Ταυτόχρονα αυτή την περίοδο παρέχονται υπηρεσίες σε κάθε ΚΑΠΗ από γιατρούς του ΙΚΑ, καλύπτοντας τις ανάγκες ενός μεγάλου αριθμού πληθυσμού και αποσυμφορίζοντας τα ιατρεία του ΙΚΑ από ραντεβού καθώς επίσης και από άτομα που κλείνουν ραντεβού και δεν προσέρχονται. Το κάθε άτομο της Τρίτης Ηλικίας μπορεί να έχει την παρακολούθησή του στην περιοχή του, έγκαιρα και ανάλογα με το πρόβλημα της υγείας του. Σημαντικό επίσης θεωρείται το γεγονός ότι το ΙΚΑ Περιστερίου παρέχει υπηρεσίες με τον Σταθμό Πρώτων Βοηθειών που λειτουργεί κατά τις νυχτερινές ώρες.

3.6. Δείγμα

Το δείγμα μας αποτέλεσαν 500 (n=500), τα οποία περιγράφονται σαν άτομα της Τρίτης Ηλικίας, μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου Περιστερίου. Τα άτομα αυτά κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήματα σχετικά με τις ανάγκες τους για περίθαλψη και την αντίληψή τους για την παροχή φροντίδας υγείας στην περιοχή τους. Η ηλικία τους ήταν από 65 και άνω, 267 άντρες και 233 γυναίκες. Το δείγμα μας χαρακτηρίζεται ως διαθέσιμο δείγμα αφού συλλέχτηκε από τα μέλη που βρίσκονταν στο χώρο των ΚΑΠΗ συγκεκριμένες μέρες της εβδομάδας. Η επιλογή του αντιπροσωπευτικού δείγματος έγινε από άτομα (μονάδες) που αποτελούν γνωστούς πληθυσμούς, καθώς είναι εγγεγραμμένα μέλη των ΚΑΠΗ συγκεκριμένη χρονική στιγμή, δηλαδή μεταξύ των μηνών Σεπτεμβρίου – Οκτωβρίου 2009.

3.7. Μέθοδος Δειγματοληψίας

Οι δειγματοληπτικές έρευνες αποτελούν ένα σημαντικό εργαλείο που δίνει την ευκαιρία στους ερευνητές να συγκεντρώσουν στοιχεία για να ελέγξουν μία πραγματικότητα. Η έρευνα μας είναι ποσοτική με την χρήση ερωτηματολογίου

(Παράρτημα Α) το οποίο αποτελείται από δεκαέξι (16) ερωτήσεις κλειστού τύπου όπου ο ερευνητής θέτει τα ερωτήματά του βασισμένα στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και της εμπειρίας από την εργασία του στο συγκεκριμένο χώρο και μια (1) ανοιχτού τύπου που επιτρέπει στους ερωτώμενους να εκφράσουν εφόσον το επιθυμούν ελεύθερα την άποψή τους. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί μία ποσοτική μέθοδο συλλογής δεδομένων, ενώ επιτρέπει σε ένα μεγάλο αριθμό ερωτηθέντων να απαντήσουν στο προς μελέτη θέμα σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα (Robson, 2007). Οι απαντήσεις συμπληρώθηκαν με άμεση προσέγγιση του ερευνητή με τους ερωτώμενους, ενώ λόγω του μεγάλου αριθμού των συμμετεχόντων οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν μπορούν να γενικευτούν σε όλο τον πληθυσμό. Οι ερωτήσεις που συμπεριελήφθησαν στο ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκαν ώστε να επιτραπεί η ανάλυσή τους.

3.8. Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων

Για την ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS που αποτελεί αξιόλογο εργαλείο στις κοινωνικές επιστήμες. Τα δεδομένα καταγράφηκαν κωδικοποιήθηκαν με αριθμούς και στη συνέχεια με τη μέθοδο SPSS προέκυψαν τα αποτελέσματα σε αριθμητικούς συντελεστές, ώστε να μας επιτρέψουν στο επόμενο Κεφάλαιο να κάνουμε σχολιασμό των αποτελεσμάτων καθώς και συσχετίσεις μεταξύ αυτών.

3.9. Τήρηση κανόνων εχεμυθείας

Το κάθε άτομο συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο το οποίο ήταν ανώνυμο και το παρέδιδε στον ερευνητή. Στις περιπτώσεις που υπήρχαν θέματα κατανόησης γλώσσας, λόγω του γεγονότος ότι πολλά άτομα δεν γνώριζαν γραφή και ανάγνωση, ο ερευνητής έδινε τις αναγκαίες επεξηγήσεις. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν σε χώρο που ο καθένας δεν επηρεαζόταν από άλλους και ταυτόχρονα μπορούσε να διατυπώνει ελεύθερα τις θέσεις του. Όπως προκύπτει και στην ανάλυση της έρευνας, ένας μεγάλος αριθμός δεν είχαν τελειώσει το δημοτικό και απόφευγαν να συμπληρώσουν ή να γράψουν γιατί δεν γνώριζαν ανάγνωση. Σε αυτή την περίπτωση ο ερευνητής χρειάστηκε ο ίδιος να προσφωνεί και να συμπληρώνει τις επιλογές τους.

3.10. Δυσκολίες κατά την διεξαγωγή της έρευνας

Οι δυσκολίες που προέκυψαν κατά την έρευνα δεν οφείλονταν σε αβλεψίες του ερευνητή, αλλά κυρίως σε δυσπιστία που εκφράστηκε εκ μέρους των ηλικιωμένων σχετικά με στερεότυπα και εντυπώσεις που είχαν οι ίδιοι διαμορφώσει. Για παράδειγμα, όσον αφορά την ηλικία του ερευνητή εξέφρασαν τη δυσπιστία, πως κάνει μεταπτυχιακό ενώ είναι μεγαλύτερης ηλικίας, άλλοι επίσης φοβήθηκαν ότι είναι κάποιος που ρωτάει για να μάθει τις προσωπικές τους θέσεις κ.α. Αφού δίνονταν οι σχετικές εξηγήσεις κάποιοι προέβησαν στην συμπλήρωση, αν και υπήρξαν κάποιοι που το απέφυγαν. Έτσι ένας αριθμός ατόμων δημιούργησαν κλίμα αμφιβολίας με αποτέλεσμα ένας αριθμός ερωτηματολογίων να μην είναι δυνατόν να συμπληρωθεί. Ένας μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων δίστασαν να εκφράσουν ελεύθερα την γνώμη τους στην τελευταία ερώτηση, κάποιοι γιατί δεν είχαν θέματα να σχολιάσουν και άλλοι γιατί είχαν δυσκολία στο να εκφράσουν προσωπικές απόψεις. Επίσης όπως προαναφέραμε ο ερευνητής χρειάστηκε να προσφωνεί ο ίδιος τις ερωτήσεις, με αποτέλεσμα να χρειάζεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Μετά την παρουσίαση της μεθοδολογίας της έρευνάς μας στο προηγούμενο κεφάλαιο, στο συγκεκριμένο Κεφάλαιο Τέταρτο θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματά της έρευνάς μας που διεξήχθη στα ΚΑΠΗ του Δήμου Περιστερίου σε δείγμα 500 ατόμων. Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας παρέθεσαν την γνώμη τους για τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. που λαμβάνουν από τα ασφαλιστικά τους ταμεία και από τις Υπηρεσίες του Δήμου σε τοπικό επίπεδο. Η ανάλυση ανά ερώτηση έγινε με το πακέτο SPSS, καθώς και την αντίστοιχη απεικονιστική εικόνα των ερωτήσεων με πίτες και ραβδογράμματα. Η τυπική απόκλιση κυμάνθηκε μεταξύ του 0,226 και του 1,204, ενώ το επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,109$ (Παράρτημα Α). Τα αποτελέσματα αυτά φανερώνουν την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, καθώς δεν υπήρχαν χαμένες τιμές στο συγκεκριμένο δείγμα και όλα τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με ακρίβεια. Παραθέτουμε στη συνέχεια τις, μετά από την επεξεργασία, απαντήσεις καθώς και τον σχολιασμό των αποτελεσμάτων από διασταυρώσεις που έγιναν σε διάφορα στατιστικά στοιχεία.

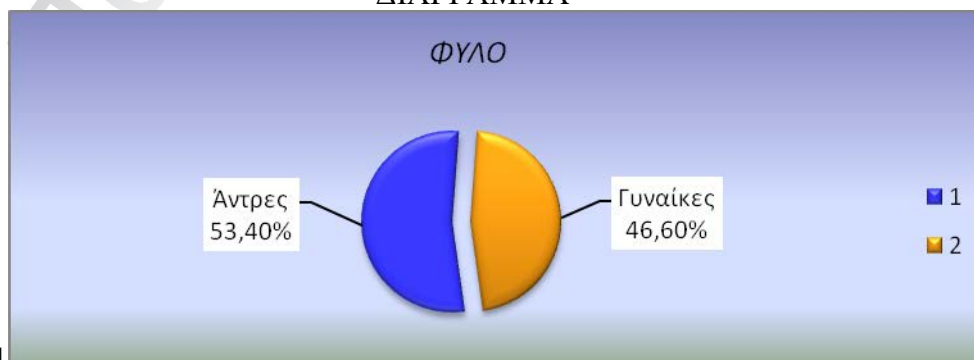
4.2. Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Στη συνέχεια παρατίθενται τα στατιστικά αποτελέσματα ανά ερώτηση καθώς και η γραφική απεικόνισή τους:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

1. ΦΥΛΟ					
	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοιας εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική κατανομή	
ΑΝΤΡΑΣ	267	53,4	53,4	53,4	
ΓΥΝΑΙΚΑ	233	46,6	46,6	100,0	
Σύνολο	500	100,0	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ



1

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στην έρευνά όπως βλέπουμε και στον Πίνακα (1) έλαβαν μέρος 500 άτομα που χαρακτηρίζονται ως διαθέσιμο δείγμα κατά την διεξαγωγή της έρευνας, εκ των οποίων οι άντρες ήταν 53,40% και οι γυναίκες ήταν 46,60%. Σε καθημερινή βάση η παρουσία των αντρών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τις γυναίκες, και αυτό απεικονίζεται στο συγκεκριμένο δείγμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Παντρεμένος/η	273	54,6	54,6	54,6
Ανύπαντρος/η	32	6,4	6,4	61,0
Χήρος/α	155	31,0	31,0	92,0
Σε διάσταση	13	2,6	2,6	94,6
Διαζευγμένος/η	27	5,4	5,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

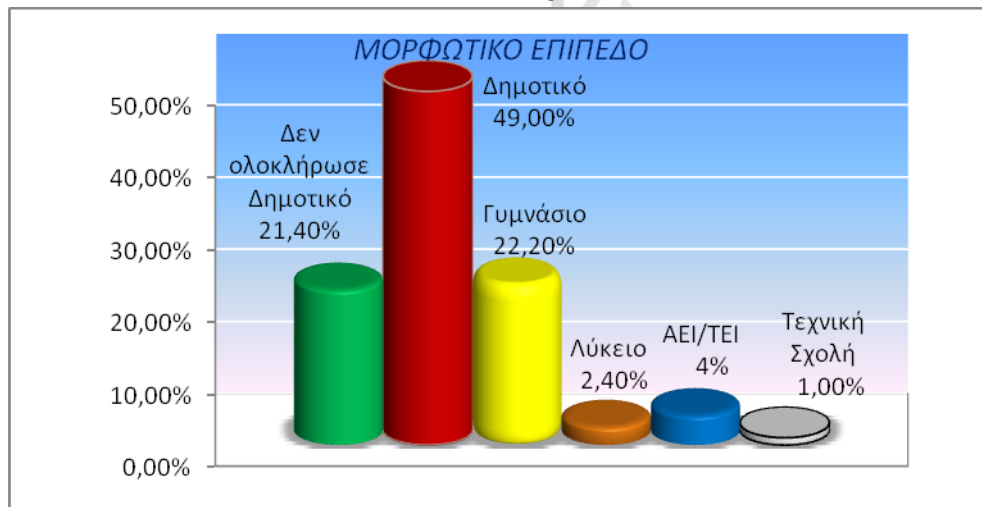


Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας ήταν παντρεμένοι (54,6%) με τους συζύγους τους εν ζωή, ενώ χήροι/ες ήταν ένα ποσοστό (31%). Πολύ μικρότερο αριθμό αποτελούσαν οι ανύπαντροι (6,4%), οι διαζευγμένοι (5,4%) και οι σε διάσταση (2,6%) (Πίνακας 2)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3
3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική κατανομή
Δεν ολοκλήρωσε το Δημοτικό	107	21,4	21,4	21,4
Δημοτικό	245	49,0	49,0	70,4
Γυμνάσιο	111	22,2	22,2	92,6
Λύκειο	12	2,4	2,4	95,0
ΑΕΙ-ΤΕΙ	20	4,0	4,0	99,0
ΑΛΛΟ:ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ	5	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3



Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από άτομα με σχετικά χαμηλή μόρφωση και συγκεκριμένα (49%) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (21,4%) δεν είχε ολοκληρώσει το Δημοτικό. Τα δύο αυτά ποσοστά μαζί αν προστεθούν μας δίνουν ένα ποσοστό 70,4% που δεν έχει καλό επίπεδο μόρφωσης. Το υπόλοιπο 22,2% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, 2,4% απόφοιτοι Λυκείου και ένα 4% απόφοιτοι Πανεπιστημίου-ΤΕΙ όπως χαρακτηριστικά απεικονίζεται και στο Διάγραμμα (3). Επίσης ένα ποσοστό 1% ήταν απόφοιτοι Τεχνικών Σχολών. Μέσα από την έρευνα φάνηκαν δύο συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Το ένα φανερώνει ότι στην Περιοχή του Περιστερίου μεγάλο ποσοστό των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας έχει στερηθεί ευκαιριών για εκπαίδευση ή δεν έχει επιλέξει να πάει σχολείο ή διέκοψε το σχολείο, καθώς επίσης ότι πολλοί ανήκουν στην γενιά που λόγω του Β΄ Παγκόσμιου πολέμου εγκατέλειψε το σχολείο.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Επομένως, είναι μία περιοχή που περισσότερο ίσως από άλλες χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και εκπαίδευση του πληθυσμού σε θέματα υγείας και αγωγής υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

4. ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΗΤΑΝ:

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοίς εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
0-4500	35	7,0	7,0	7,0
4500-12000	383	76,6	76,6	83,6
12000-18000	69	13,8	13,8	97,4
18000 και άνω	1	0,2	0,2	97,6
Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	12	2,4	2,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4



Το εισόδημα των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας, αφορά άτομα που είναι κυρίως συνταξιούχοι κάποιου ασφαλιστικού οργανισμού. Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος έχουν εισόδημα από 4.500 έως 12.000 € σε ποσοστό 76,6%, (7%) έχουν εισόδημα από 0-4500 €, ενώ ένα ποσοστό 13,8% έχουν εισόδημα από 12.000 έως 18.000 € (Πίνακας 4). Εισόδημα πάνω από 18.000 € και άνω είχε μόνο ένα (0,2%), ενώ υπήρχαν 12 άτομα που αρνήθηκαν να απαντήσουν για προσωπικούς λόγους (2,4%). Παρατηρούμε ότι αντίστοιχα με το χαμηλό επίπεδο της μόρφωσης είναι και η χαμηλή εισοδηματική κλίμακα που βρίσκονται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5
5. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
ΙΚΑ	357	71,4	71,4	71,4
ΔΗΜΟΣΙΟ	44	8,8	8,8	80,2
ΟΓΑ	33	6,6	6,6	86,8
ΟΑΕΕ	52	10,4	10,4	97,2
ΑΛΛΟ	14	2,8	2,8	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5



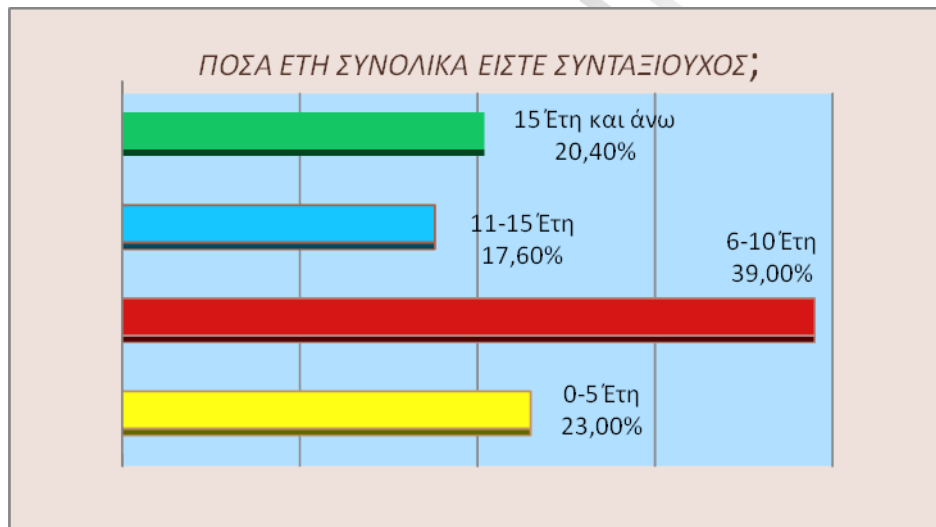
Στον Πίνακα(5) βλέπουμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ασφαλισμένων είχαν ως φορέα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης το ΙΚΑ σε ποσοστό (71,4%), δηλαδή εργάστηκαν με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή ήταν έμμεσα ασφαλισμένοι λόγω συζύγου. Ένα ποσοστό (10,4%) ήταν ασφαλισμένοι του ΟΑΕΕ, του Δημοσίου 8,8%, ενώ σε ποσοστό (6,6%) ήταν ασφαλισμένοι του ΟΓΑ. Τέλος, ένα ποσοστό 2,8% ήταν ασφαλισμένοι σε άλλα ταμεία. Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων καλύπτονται από το ΙΚΑ σηματοδοτεί το είδος των παροχών που λαμβάνουν από τον συγκεκριμένο φορέα. Και στατιστικά στον γενικό πληθυσμό το ΙΚΑ καλύπτει το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Άρα και στο δείγμα μας καθοριστικό ρόλο παίζει η εμπειρία των ατόμων από τον συγκεκριμένο φορέα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

6. ΠΟΣΑ ΕΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΙΣΤΕ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
0-5	115	23,0	23,0	23,0
6-10	195	39,0	39,0	62,0
11-15	88	17,6	17,6	79,6
15 και άνω	102	20,4	20,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6



Η πλειοψηφία του δείγματός σε ποσοστό (39%) είναι συνταξιούχοι τα τελευταία 6-10 χρόνια, ενώ ένα ποσοστό (23%) είναι συνταξιούχοι τα τελευταία 0-5 χρόνια(Πίνακας 6). Αυτό δείχνει ότι το 62% του δείγματός μας αποτελείται από σχετικά νέους συνταξιούχους. Ένας αριθμός ατόμων είναι συνταξιούχος από 11-15 χρόνια (17,6%), ενώ ένας αριθμός ατόμων, είναι συνταξιούχοι από 15 χρόνια και πάνω (20,4%). Στα ποσοστά αυτά συμπεριλαμβάνονται και οι έμμεσα ασφαλισμένοι που είναι κυρίως γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

7. ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΠΟΤΕ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
ΝΑΙ	38	7,6	7,6	7,6
ΟΧΙ	462	92,4	92,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7



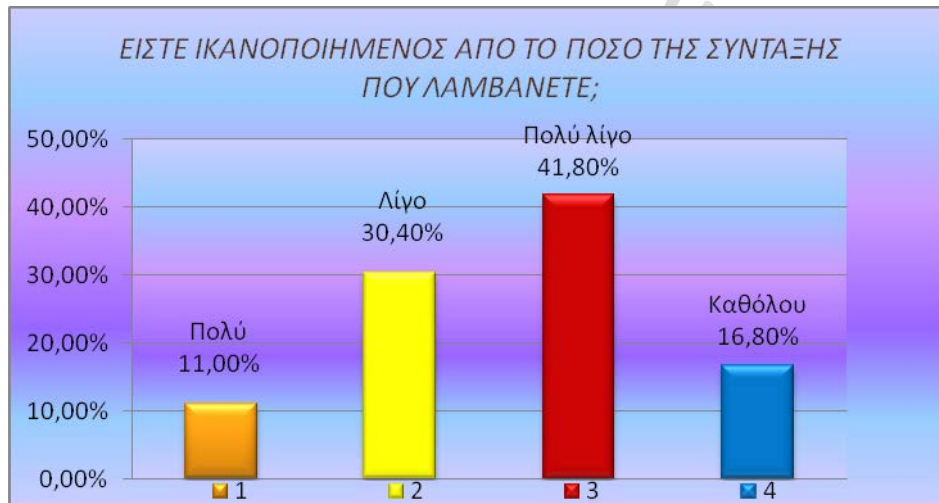
Στο Διάγραμμα (7) παρατηρούμε όσον αφορά τις περιπτώσεις που είχαν πάρει αναπηρικές συντάξεις, ο αριθμός τους ανέρχεται στο ποσοστό 7,6%, οι υπόλοιπες περιπτώσεις ποσοστό 92,4% δεν είχαν πάρει αναπηρική σύνταξη. Η ερώτηση αυτή κρίθηκε σημαντική για να διαπιστωθεί κατά πόσο είχαν κάνει χρήση των υπηρεσιών του ΕΣΥ για υπηρεσίες και φροντίδα, σε νεαρότερες προ της συνταξιοδότησης ηλικίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

8. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Πολύ	55	11,0	11,0	11,0
Λίγο	152	30,4	30,4	41,4
Πολύ λίγο	209	41,8	41,8	83,2
Καθόλου	84	16,8	16,8	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8



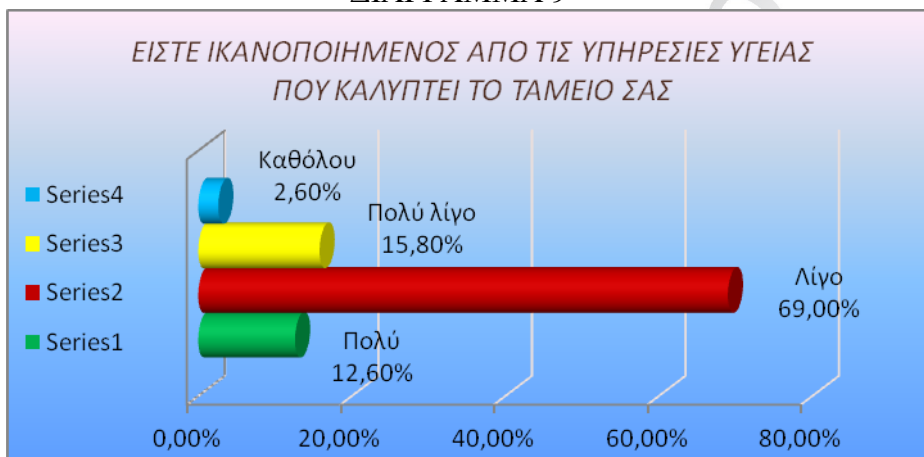
Όσο αφορά την ικανοποίηση τους από την σύνταξη που λαμβάνουν και η οποία χαρακτηρίζει το βιοτικό επίπεδο το οποίο οι ίδιοι αισθάνονται ότι απολαμβάνουν σε ποσοστό 41,8% δήλωσαν ότι είναι πολύ λίγο ικανοποιημένοι, ενώ 30,4% δήλωσαν ότι είναι λίγο ικανοποιημένοι. Επίσης ένα ποσοστό 16,8% δήλωσε καθόλου, ενώ υπήρξε και ένα ποσοστό 11% που δήλωσε πολύ ικανοποιημένο. Αυτό δείχνει στον Πίνακα(8) ότι η πλειοψηφία σε ποσοστό 89% δεν είναι ικανοποιημένη από την σύνταξη που λαμβάνει και αυτό σαν γεγονός αναμένεται να επιδεινωθεί με τις περαιτέρω μειώσεις εισοδήματος που θα προκύψουν λόγω της πίεσης του ασφαλιστικού συστήματος, λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και επιπροσθέτως λόγω της οικονομικής συγκυρίας. Βέβαια, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε το ποσοστό 11% που αφορά αυτούς που είναι πολύ ικανοποιημένοι από την σύνταξή τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

9. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΣΑΣ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Πολύ	63	12,6	12,6	12,6
Λίγο	345	69,0	69,0	81,6
Πολύ λίγο	79	15,8	15,8	97,4
Καθόλου	13	2,6	2,6	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9



Στην ερώτηση κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει το ταμείο τους, οι περισσότεροι ποσοστό 69% απάντησαν λίγο, ενώ ένα ποσοστό 15,8% απάντησαν πολύ λίγο, με αποτέλεσμα ο βαθμός μη ικανοποίησης να ανέρχεται στο ποσοστό των 84,8%. Αν σε αυτό το ποσοστό προστεθεί και ο αριθμός αυτών που απάντησαν καθόλου ικανοποιημένοι ποσοστό 2,6%, το συνολικό ποσοστό των μη ικανοποιημένων από τις υπηρεσίες υγείας είναι 87,4%. Παρά αυτό το απογοητευτικό ποσοστό υπήρξαν άτομα σε ποσοστό 12,6% που εξέφρασε ότι ήταν πολύ ικανοποιημένο από το ταμείο του (Πίνακας 9).

Αυτό το υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας φανερώνει την εικόνα και την εντύπωση που έχει πολίτης για το επίπεδο υπηρεσιών υγείας που λαμβάνει από το κράτος, αλλά ταυτόχρονα αναδεικνύει την ανάγκη για βελτιώσεις, τουλάχιστον σε τοπικό επίπεδο, αφού η έρευνα αφορά συγκεκριμένη περιοχή του Νομού Αττικής.

10. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΗΘΩΣ ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ;

ΠΙΝΑΚΑΣ 10
10.1. ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	136	27,2	27,2	27,2
Σπάνια	215	43,0	43,0	70,2
Πολύ Σπάνια	109	21,8	21,8	92,0
Συχνά	30	6,0	6,0	98,0
Πολύ Συχνά	10	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10



Η πλειονότητα του δείγματος μας όπως φαίνεται και στον Πίνακα(10) κάνει σπάνια χρήση εξωτερικών ιατρικών νοσοκομείων ποσοστό 43%, ένα 21,8% κάνει πολύ σπάνια χρήση των υπηρεσιών, ενώ ένα 27,2% δεν έχει κάνει καθόλου χρήση. Αντιθέτως, υπάρχει ένα 6% ή που κάνει συχνά χρήση, και ένα ποσοστό 2% που κάνουν πολύ συχνά χρήση. Παρατηρούμε, ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 92% χρησιμοποιούν τα εξωτερικά ιατρεία για τα θέματα της υγείας τους είτε καθόλου, είτε πολύ σπάνια. Αυτό είναι θετικό όσο αφορά την λειτουργία υπηρεσιών στην κοινότητα. Εξ άλλου η πλειοψηφία των ερωτηθέντων πάσχει από νοσήματα που μπορεί να έχουν χρόνια χαρακτήρα αλλά μπορούν να ελεγχθούν στα ιατρεία που βρίσκονται στην κοινότητά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11
10.2. ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	115	23,0	23,0	23,0
Σπάνια	174	34,8	34,8	57,8
Πολύ σπάνια	90	18,0	18,0	75,8
Συχνά	103	20,6	20,6	96,4
Πολύ συχνά	18	3,6	3,6	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11

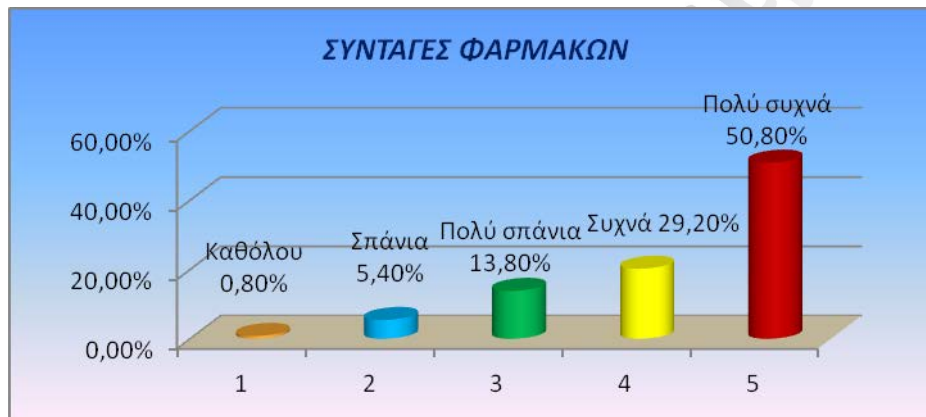


Οι περισσότεροι δεν κάνουν χρήση των υπηρεσιών των ιδιωτών ιατρών αφού φαίνεται ότι τους καλύπτουν τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 75,8% και αναλύεται ως εξής: το 23% δεν κάνουν καθόλου χρήση ιδιωτών ιατρών, το 34,8% κάνει χρήση σπάνια, ενώ το 18% πολύ σπάνια. Αντίθετα, ένα ποσοστό 20,6% κάνει χρήση συχνά και ένα 3,6% κάνει πολύ συχνά χρήση Διάγραμμα (11). Τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι ο μεγάλος αριθμός των συνταξιούχων απευθύνεται στα ασφαλιστικά του ταμεία, παρά το γεγονός ότι εξέφρασε δυσαρέσκεια για τις υπηρεσίες, αλλά αυτό μπορεί να συνδέεται με το γεγονός ότι δεν έχει ικανοποιητικά εισοδήματα για να απευθυνθεί στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης θα είχε ενδιαφέρον για μελέτη για ποιους λόγους το υπόλοιπο ποσοστό απευθύνεται σε ιδιώτες γιατρούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12
10.3. ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	4	0,8	0,8	0,8
Σπάνια	27	5,4	5,4	6,2
Πολύ Σπάνια	69	13,8	13,8	20,0
Συχνά	146	29,2	29,2	49,2
Πολύ συχνά	254	50,8	50,8	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12



Όσον αφορά την συνταγογράφηση φαρμάκων το 80% απευθύνεται για συνταγογράφηση στο γιατρό του. Συγκεκριμένα ένα ποσοστό 50,8% απευθύνονται στους γιατρούς για την συνταγογράφηση φαρμάκων, ενώ ένα 29,2% απευθύνονται συχνά. Ένα ποσοστό 13,8% απευθύνονται πολύ σπάνια, ένα 5,4% απευθύνονται σπάνια, ενώ 0,8% δεν χρειάζονται καθόλου χορήγηση φαρμάκων (Πίνακας 12). Ο αριθμός των ατόμων που απευθύνεται στο Σύστημα Υγείας για συνταγογράφηση είναι αρκετά μεγάλος, γιατί θεωρούμε ότι το δείγμα μας έχει την εμπειρία των ιατρικών υπηρεσιών που του προσφέρονται. Ταυτόχρονα τα ποσοστά αυτά καταδεικνύουν ότι υπάρχουν προβλήματα υγείας στον πληθυσμό που πρέπει να αντιμετωπίζονται με οργανωμένο πλαίσιο υπηρεσιών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

10.4. ΓΕΝΙΚΕΣ-ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	5	1,0	1,0	1,0
Σπάνια	27	5,4	5,4	6,4
Πολύ Σπάνια	90	18,0	18,0	24,4
Συχνά	205	41,0	41,0	65,4
Πολύ Συχνά	173	34,6	34,6	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13

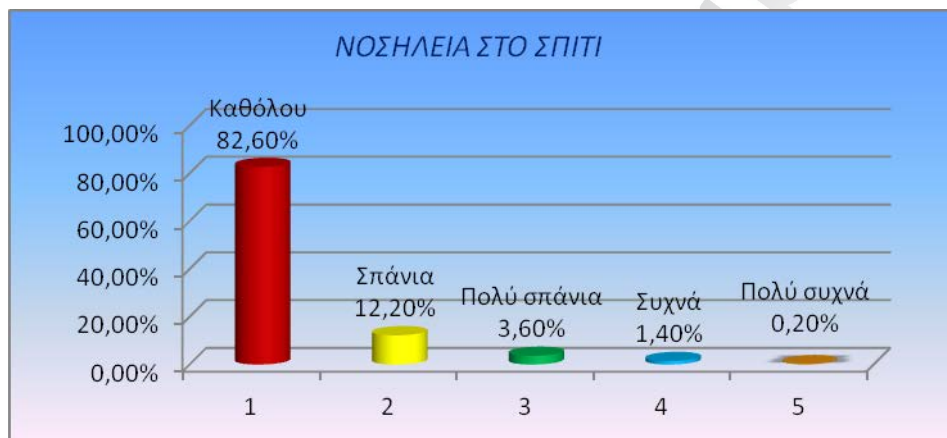


Για γενικές και ειδικές εξετάσεις απευθύνεται αντίστοιχα με την προηγούμενη ερώτηση ένα συνολικό ποσοστό 75,6%. Αναλυτικά αυτό το ποσοστό περιλαμβάνει το 41% που απευθύνονται συχνά για εξετάσεις και αυτούς που απευθύνονται πολύ συχνά 34,6%. Αυτοί που απευθύνονται πολύ σπάνια ήταν σε ποσοστό 18%, σπάνια 5,4% και καθόλου σε ποσοστό 1% (Πίνακας 13). Τα ποσοστά που απευθύνονται για εξετάσεις φανερώνουν την ανάγκη για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας, ενώ όπως έχουμε αναφέρει στο θεωρητικό μέρος της εργασίας μας πολλοί απευθύνονται με την συνεργασία των ταμείων τους σε ιδιωτικά κέντρα προκειμένου να κάνουν έλεγχο της υγείας τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14
10.5. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	413	82,6	82,6	82,6
Σπάνια	61	12,2	12,2	94,8
Πολύ σπάνια	18	3,6	3,6	98,4
Συχνά	7	1,4	1,4	99,8
Πολύ συχνά	1	0,2	0,2	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14



Στον Πίνακα (14) που αφορά τις κατ'οίκον υπηρεσίες μόνο ένα ποσοστό 0,2%, βρέθηκε να κάνει χρήση των υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλείας που προσφέρονται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία πολύ συχνά ενώ ένα ποσοστό 1,4% έχει κάνει συχνά χρήση των υπηρεσιών αυτών. Επιπλέον, ενώ ένα 3,6% έχει κάνει χρήση των υπηρεσιών πολύ σπάνια, ενώ ένα ποσοστό 12,2% έχει κάνει σπάνια χρήση των υπηρεσιών. Η πλειοψηφία, ποσοστό 82,6%, δεν έχει κάνει χρήση των υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, όπως έχει αναφερθεί στο θεωρητικό μέρος της εργασίας μας, σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας διαδραματίζει η οικογένεια που η προσφορά της είναι σταθερή και συνεχής στο σύστημα κοινωνικής προστασίας των πολιτών.

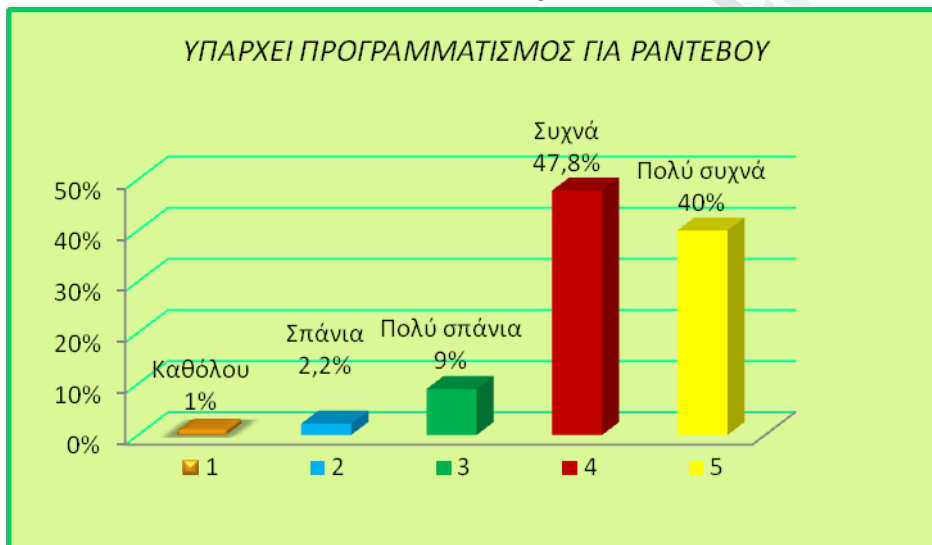
11 ΟΤΑΝ ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

11.1. ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	5	1,0	1,0	1,0
Σπάνια	11	2,2	2,2	3,2
Πολύ σπάνια	45	9,0	9,0	12,2
Συχνά	239	47,8	47,8	60,0
Πολύ συχνά	200	40,0	40,0	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15



Σημαντικό παράγοντα κατά την χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί η ύπαρξη και η τήρηση των ραντεβού. Από το δείγμα μας προκύπτει ότι πράγματι η ύπαρξη των ραντεβού και ο προγραμματισμός αυτών αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ικανοποίησης των συνταξιούχων. Συγκεκριμένα, τα άτομα έχουν την ευκαιρία να απολαμβάνουν υπηρεσίες με ραντεβού σε ποσοστό 87,8%, εκ των οποίων το 40% κάνουν χρήση των ραντεβού πολύ συχνά και ένα ποσοστό 47,8% συχνά (Πίνακας15).

Το υπόλοιπο 12,2%,μοιράζεται μεταξύ αυτών που επέλεξαν να απαντήσουν πολύ σπάνια ποσοστό 9%, σπάνια 2,2% και καθόλου 1%. Προφανώς σε σύνολο το 12,2% είναι δυσαρεστημένο από την λειτουργία των ραντεβού είτε γιατί δεν βρίσκουν διαθέσιμα ραντεβού, είτε γιατί όταν έχουν βρεθεί σε επείγουσα ανάγκη για γιατρό ήταν δύσκολο να

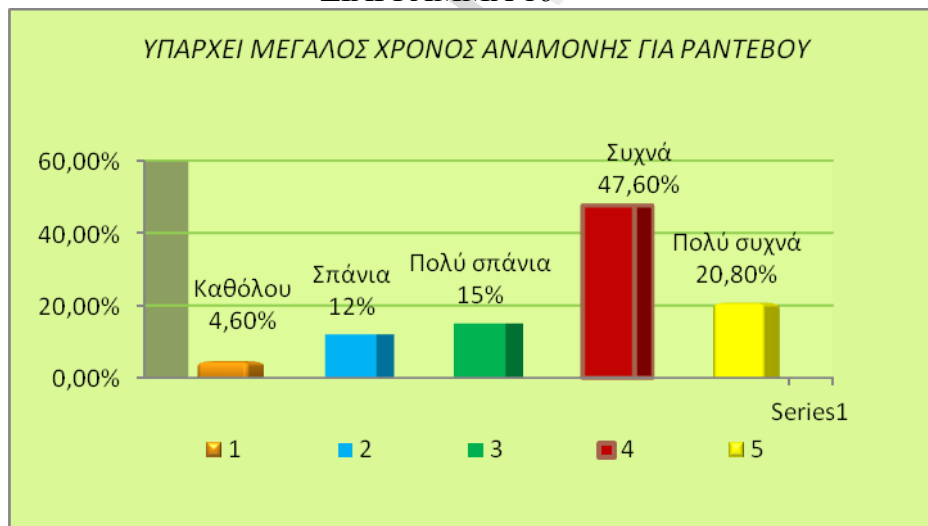
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

εξυπηρετηθούν. Παρόλα αυτά το γεγονός ότι 87,8% κάνουν χρήση της δυνατότητας για ραντεβού, φανερώνει ότι είναι πετυχημένο σαν τακτική εξυπηρέτησης του ασθενή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16
11.2. ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕΓΑΛΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	23	4,6	4,6	4,6
Σπάνια	60	12,0	12,0	16,6
Πολύ σπάνια	75	15,0	15,0	31,6
Συχνά	238	47,6	47,6	79,2
Πολύ συχνά	104	20,8	20,8	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16



Παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της προηγούμενης ερώτησης αναγνώρισε την χρησιμότητα των ραντεβού, σε αυτή την ερώτηση εμφανίζεται ο χρόνος αναμονής σαν ένα σημαντικό πρόβλημα. Γιαυτό το 68,4% απάντησε ότι αυτό αποτελεί πρόβλημα. Συγκεκριμένα, το 47,6% απάντησε ότι ο χρόνος αναμονής είναι συχνά μεγάλος, το 20,8% είναι πολύ συχνά μεγάλος. Αντίστοιχα, το 15% απάντησε πολύ σπάνια, 12% απάντησε σπάνια, ενώ 4,6% απάντησε καθόλου (Διάγραμμα 16). Ο χρόνος αναμονής των ραντεβού γίνεται φανερό από τα αποτελέσματα αυτά ότι δεν ικανοποιεί τους συνταξιούχους και θα πρέπει να βελτιωθεί προκειμένου να εξυπηρετήσει τους ασθενείς. Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Φροντίδας μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην

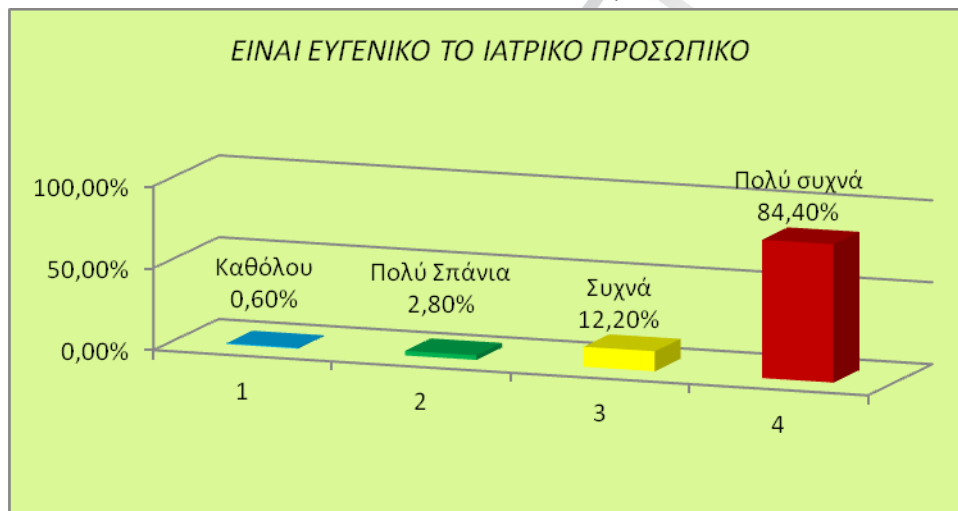
μείωση του χρόνου αναμονής. Επίσης το γεγονός ότι το ΙΚΑ ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός, διαθέτει γιατρούς του στα κατά τόπους ΚΑΠΗ βοηθά στην αποσυμφόρηση των ραντεβού και στην εξυπηρέτηση των ασθενών στην κοινότητά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

11.3. ΕΙΝΑΙ ΕΥΓΕΝΙΚΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	3	0,6	0,6	0,6
Πολύ σπάνια	14	2,8	2,8	3,4
Συχνά	61	12,2	12,2	15,6
Πολύ συχνά	422	84,4	84,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17



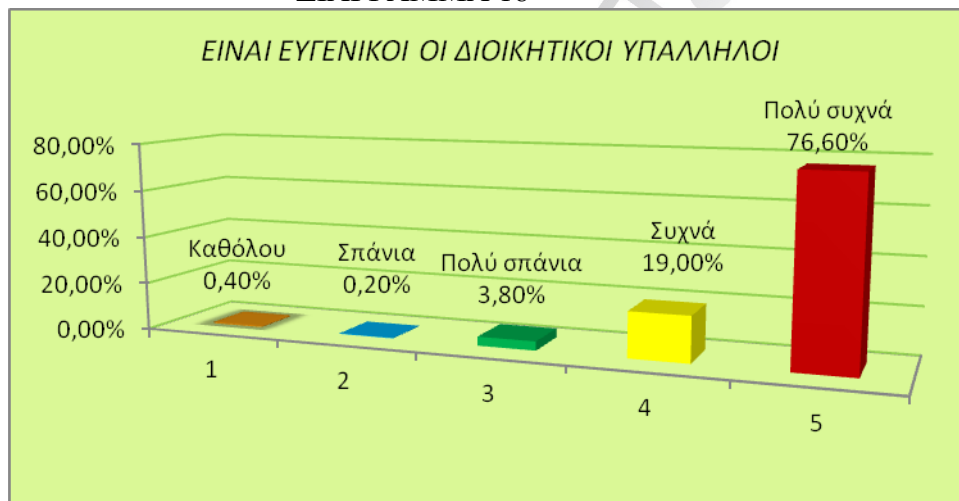
Η συμπεριφορά των ιατρών απέναντι στους συνταξιούχους που αποτελεί σημαντικό σημείο της ικανοποίησης τους από το Σύστημα Υγείας, αλλά και σοβαρό χαρακτηριστικό της ποιότητας των υπηρεσιών και της συνεργασίας και εμπιστοσύνης του ασθενή προς τον γιατρό του, το 84,4% απάντησε ότι πολύ συχνά είναι ευγενικό, το 12,2% απάντησε ότι είναι συχνά ευγενικό, το 2,8% απάντησε ότι είναι πολύ σπάνια ευγενικό, ενώ το 0,6% απάντησε καθόλου ευγενικό (Πίνακας 17). Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (84,4%) παρέμεινε ευχαριστημένο από την συμπεριφορά είναι ενθαρρυντικό στοιχείο για την παροχή περίθαλψης, αφού η ποιότητα της εξαρτάται εκτός από τα μέσα και από την μοναδική σχέση εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή-γιατρού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

11.4. ΕΙΝΑΙ ΕΥΓΕΝΙΚΟΙ ΟΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	2	0,4	0,4	0,4
Σπάνια	1	0,2	0,2	0,6
Πολύ σπάνια	19	3,8	3,8	4,4
Συχνά	95	19,0	19,0	23,4
Πολύ συχνά	383	76,6	76,6	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18



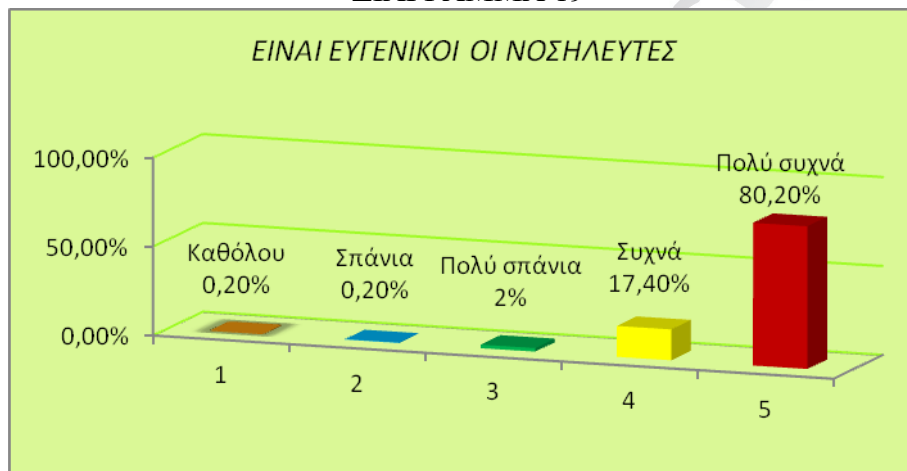
Μέρος των υπηρεσιών που προσφέρονται από τα ταμεία αφορούν υπηρεσίες όπως η επιστροφή χρημάτων ή παροχές σε είδος ή η έκδοση πιστοποιητικών, και άλλα θέματα διεκπεραίωσης. Σε αυτές τις υπηρεσίες σημαντικό ρόλο παίζουν οι διοικητικοί υπάλληλοι. Οι συνταξιούχοι στο δείγμα μας όπως φαίνεται και στον Πίνακα(18) ήταν πολύ συχνά ικανοποιημένοι από την ευγενική συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων σε ποσοστό 76,6%, ενώ συχνά ευγενικοί απάντησε σε ποσοστό το 19%. Πολύ σπάνια ευγενικοί απάντησε το 3,8%, σπάνια απάντησε ποσοστό 0,2% και καθόλου ευγενικοί 0,4%. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα φάνηκε ότι ήταν ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19

11.5. ΕΙΝΑΙ ΕΥΓΕΝΙΚΟΙ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	1	0,2	0,2	0,2
Σπάνια	1	0,2	0,2	0,4
Πολύ σπάνια	10	2,0	2,0	2,4
Συχνά	87	17,4	17,4	19,8
Πολύ συχνά	401	80,2	80,2	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19

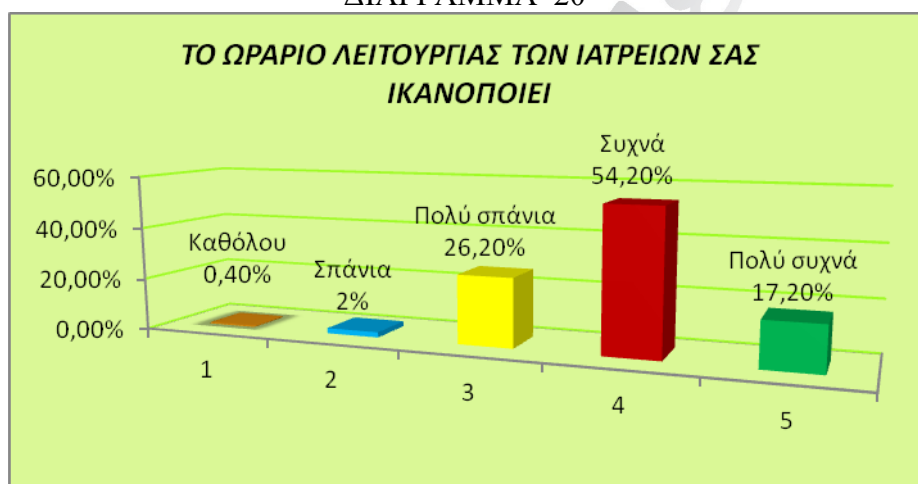


Στο ερώτημα αυτό βλέπουμε την καθολική αποδοχή των υπηρεσιών που δέχονται από τους νοσηλευτές. Σχεδόν η πλειοψηφία των συνταξιούχων με ποσοστό που φτάνει 97,6% δήλωσε ότι οι νοσηλευτές είναι συχνά και πολύ συχνά ευγενικοί. Πιο αναλυτικά, το 80,2% απάντησε ότι είναι ευγενικοί πολύ συχνά, το 17,4% απάντησε συχνά ευγενικοί. Το υπόλοιπο ποσοστό 2,4% εξέφρασε κάποια δυσαρέσκεια και συγκεκριμένα 2% απάντησε πολύ σπάνια, 0,2% απάντησε σπάνια και 0,2% καθόλου (Πίνακας 19). Η εμπιστοσύνη αυτή θα πρέπει να διατηρηθεί, κυρίως γιατί υποστηρίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η οποία βασίζεται σε μεγάλο ποσοστό στο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και στις υπηρεσίες στην κοινότητα, ξεκινώντας από τους εμβολιασμούς και την ενημέρωση του κοινού, μέχρι την κατ' οίκον νοσηλεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20
11.6. ΤΟ ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΣΑΣ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	2	0,4	0,4	0,4
Σπάνια	10	2,0	2,0	2,4
Πολύ σπάνια	131	26,2	26,2	28,6
Συχνά	271	54,2	54,2	82,8
Πολύ συχνά	86	17,2	17,2	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20



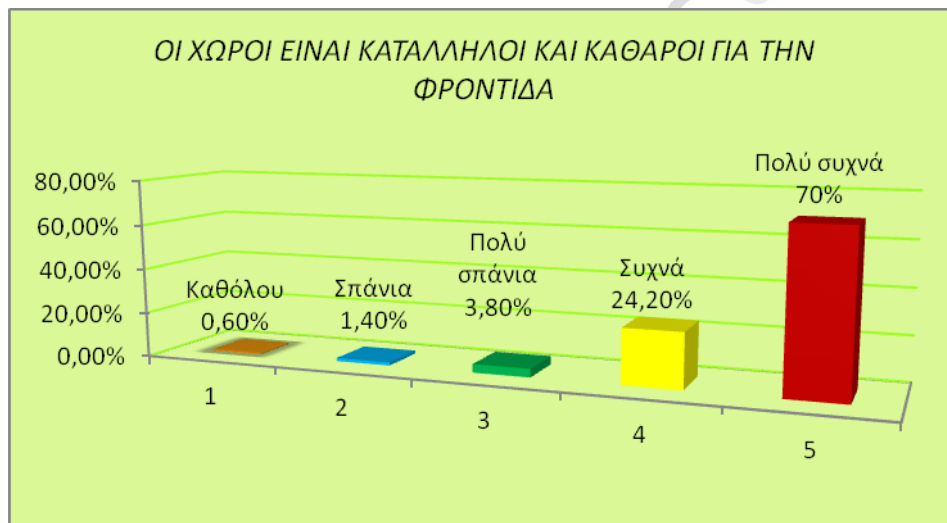
Το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων γενικά, αν και έχει αναγνωριστεί ότι υπάρχει πρόβλημα κατά τις απογευματινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα, γεγονός που οδηγεί τους ασθενείς στα νοσοκομεία, στην περίπτωση του δείγματός μας φαίνεται ότι τα ποσοστά μοιράζονται, μεταξύ αυτών που ανέφεραν ότι το ωράριο τους ικανοποιεί συχνά και αυτών που απάντησαν πολύ σπάνια. Το ότι το ωράριο λειτουργίας τους ικανοποιεί συχνά απάντησε το 54,2%, το 17,2% απάντησε πολύ συχνά, το 26,2% απάντησαν πολύ σπάνια τους ικανοποιεί, ποσοστό 2% απάντησε σπάνια και το 0,4% απάντησε καθόλου (Πίνακας 20). Το γεγονός ότι ποσοστό 28,6 των ερωτηθέντων εξέφρασε δυσκολία στην εξυπηρέτηση των ιατρείων μέσα σε συγκεκριμένο ωράριο επιβεβαιώνει την ανάγκη για ανάπτυξη υπηρεσιών πλέον των συμβατικών ωρών εργασίας και μάλιστα σε τοπικό επίπεδο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21

11.7. ΟΙ ΧΩΡΟΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΙ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	3	0,6	0,6	0,6
Σπάνια	7	1,4	1,4	2,0
Πολύ σπάνια	19	3,8	3,8	5,8
Συχνά	121	24,2	24,2	30,0
Πολύ συχνά	350	70,0	70,0	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21



Οι χώροι που παρέχεται η φροντίδα απαιτείται να είναι ευχάριστοι, περιποιημένοι και καθαροί. Η εμπειρία από τους χώρους παροχής υπηρεσιών και κυρίως των νοσοκομείων είναι συχνά απογοητευτική, αφού η χωροταξική διάταξη, ο φωτισμός, ακόμα και το πάτωμα είναι βρώμικο και πολυκαιρισμένο. Σε αντίθεση με την εικόνα αυτή που κυρίως παρουσιάζουν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων όπου παρέχεται και η Π.Φ.Υ. φαίνεται ότι τα ασφαλιστικά ταμεία κατορθώνουν να παρέχουν καλύτερης ποιότητας χώρους φροντίδας. Γιαυτό οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι στους φορείς που επισκέπτονται πολύ συχνά οι χώροι είναι κατάλληλοι και καθαροί σε ποσοστό 70%, συχνά απάντησαν 24%, ενώ αυτοί που είχαν αντίθετη άποψη ανέφεραν πολύ σπάνια σε ποσοστό 3,8%, σπάνια 1,4% και καθόλου απάντησε το 0,6% (Πίνακας 21). Πολλοί από τους ασφαλισμένους απευθύνονται στα ιατρεία του ΙΚΑ που φαίνεται ότι έχουν γίνει

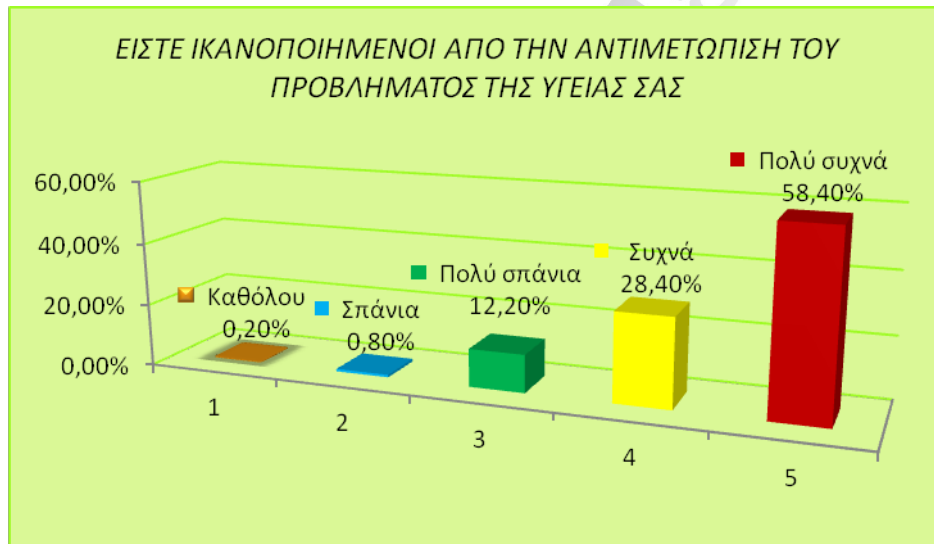
βελτιώσεις στην υποδομή, ή σε ιδιωτικά ιατρεία που καλύπτει το ταμείο τους και επομένως οι χώροι είναι περισσότερο φροντισμένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22

11.8. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	1	0,2	0,2	0,2
Σπάνια	4	0,8	0,8	1,0
Πολύ σπάνια	61	12,2	12,2	13,2
Συχνά	142	28,4	28,4	41,6
Πολύ συχνά	292	58,4	58,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22



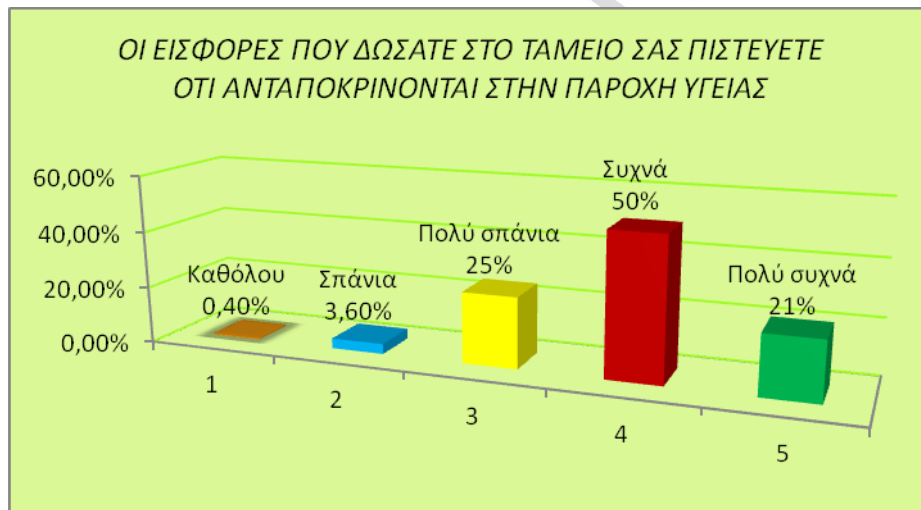
Όσο αφορά τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο κάθε ασθενής ζητάει ή επιθυμεί να λάβει την καλύτερη δυνατή θεραπεία με ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Έτσι λοιπόν ένα ποσοστό 58,4% σημείωσε ότι πολύ συχνά είναι ικανοποιημένο από την αντιμετώπιση και ένα επίσης ποσοστό 28,4% ανέφερε συχνά. Το σύνολο αυτών των δύο ποσοστών ανέρχεται στο 86,8%, ενώ οι υπόλοιποι 12,2% απάντησαν πολύ σπάνια, 0,8% απάντησαν σπάνια και ποσοστό 0,2% απάντησε καθόλου(Πίνακας 22). Στόχος κάθε προσφοράς υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη θα πρέπει να είναι το εκατό τοις εκατό να είναι ικανοποιημένοι, ενώ θα είχε ενδιαφέρον στο δείγμα μας να διερευνηθεί γιατί το ποσοστό 12,2% δεν είναι ικανοποιημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23

11.9. ΟΙ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΔΩΣΑΤΕ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΣΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	2	0,4	0,4	0,4
Σπάνια	18	3,6	3,6	4,0
Πολύ σπάνια	125	25,0	25,0	29,0
Συχνά	250	50,0	50,0	79,0
Πολύ συχνά	105	21,0	21,0	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23



Στο ερώτημα κατά πόσο πιστεύουν ότι οι εισφορές που έδωσαν στο ταμείο τους για να απολαμβάνουν παροχές υγείας κατά την συνταξιοδότηση τους, ένα ποσοστό 50% απάντησαν συχνά, ένα ποσοστό 21% απάντησε πολύ συχνά, ενώ 25% απάντησαν πολύ σπάνια, 3,6% απάντησε σπάνια και 0,4% απάντησε καθόλου. Το 71% του δείγματος μας απάντησε ότι οι εισφορές που έχει δώσει ανταποκρίνονται στις παροχές υγείας, ποσοστό που δείχνει ότι είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν για τις εισφορές που έδωσαν κατά τον εργασιακό τους βίο, αλλά και σήμερα (Πίνακας 23). Φυσικά δεν είναι καθόλου αδιάφορο το ποσοστό 29% που πιστεύει ότι δεν ανταποκρίνονται οι υπηρεσίες στις εισφορές που έδωσαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

12. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΑΣ ΤΑΜΕΙΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική κατανομή
Κοντά	349	69,8	69,8	69,8
Μακριά	109	21,8	21,8	91,6
Πολύ μακριά	40	8,0	8,0	99,6
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	2	0,4	0,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ.24



Στο ερώτημα κατά πόσο θεωρούν ότι η ιατρική υπηρεσία που κάνουν χρήση μέσω του ασφαλιστικού τους ταμείου βρίσκεται σε λογική απόσταση από το σπίτι τους οι περισσότεροι απάντησαν κοντά σε ποσοστό 69,8%, ένα ποσοστό 21,8% απάντησε μακριά, ένα 8% απάντησε πολύ μακριά και 0,4% δεν απάντησε (Πίνακας 24). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το ποσοστό 29,8% που βρίσκεται μακριά από τις υπηρεσίες που κάνει χρήση. Πιστεύεται ότι αυτό θα λυθεί με το νέο Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου που πρόκειται να λειτουργήσει στο Περιστερί ή με την συνταγογράφηση που επιχειρείται ανά περιοχή στα ΚΑΠΗ μέσω των ιατρών του ΙΚΑ. Φυσικά όλα τα ταμεία δεν καλύπτονται από αυτή την παροχή.

13. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ;

ΠΙΝΑΚΑΣ 25

13.1. ΈΛΛΕΙΨΗ ΓΙΑΤΡΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	138	27,6	27,6	27,6
Σπάνια	222	44,4	44,4	72,0
Πολύ σπάνια	66	13,2	13,2	85,2
Συχνά	62	12,4	12,4	97,6
Πολύ συχνά	12	2,4	2,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25



Η έλλειψη γιατρών δεν απασχολεί τους ερωτηθέντες. Αυτό συμβαίνει γιατί στην Ελλάδα υπάρχει πληθώρα γιατρών σε σχέση με τις ανάγκες, με αποτέλεσμα τα άτομα να έχουν πολλές επιλογές για το που θα απευθυνθούν για να λύσουν το πρόβλημά τους. Συγκεκριμένα όπως φαίνεται και στον Πίνακα (25), καθόλου απάντησε ποσοστό 27,6%, σπάνια απάντησε το 44,4%, πολύ σπάνια απάντησε 13,2%, συχνά απάντησε το 12,4% και πολύ συχνά απάντησε το 2,4%. Παρόλα αυτά, ένα ποσοστό 14,8% δεν φαίνεται ευχαριστημένο με τις διαθέσιμες ειδικότητες από το ασφαλιστικό τους ταμείο. Αυτό συχνά συμβαίνει όταν απαιτούνται πολύ ειδικευμένοι κλάδοι για πολύπλοκα ή σπάνια νοσήματα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26
13.2. ΈΛΛΕΙΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	89	17,8	17,8	17,8
Σπάνια	197	39,4	39,4	57,2
Πολύ Σπάνια	136	27,2	27,2	84,4
Συχνά	71	14,2	14,2	98,6
Πολύ συχνά	7	1,4	1,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26

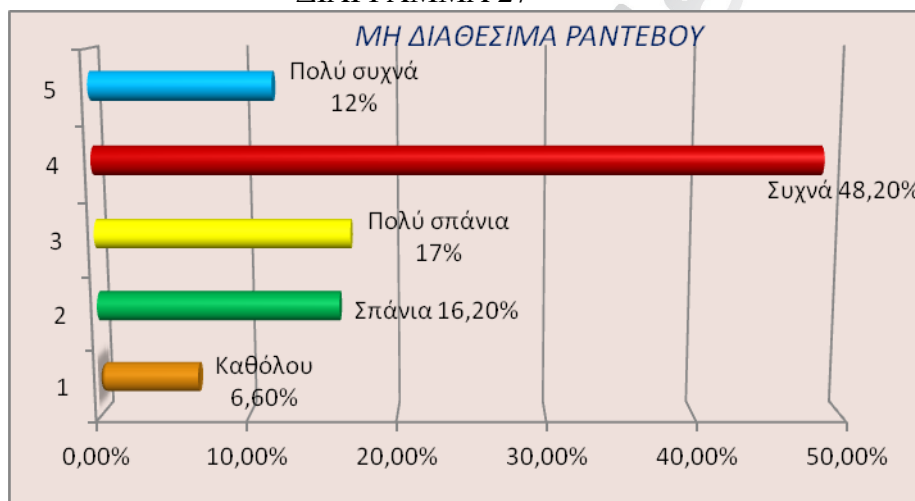


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν διέκριναν έλλειψη νοσηλευτών στις υπηρεσίες που συνεργάζονται. Σε ποσοστό 84,4% δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες ελλείψεις. Συγκεκριμένα, ποσοστό 17,8% απάντησε καθόλου, 39,4% απάντησε σπάνια, 27,2% απάντησε πολύ σπάνια. Αντίθετα, ένα ποσοστό 14,2% απάντησαν συχνά και 1,4% απάντησε πολύ συχνά(Πίνακας 26). Το ποσοστό 15,6% διαπίστωσε έλλειψη νοσηλευτών και πράγματι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτών, αφού ο αριθμός των προσλήψεων δεν συμβαδίζει με τις ανάγκες για περίθαλψη, θέμα που έχει επανειλημμένα αναδειχθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27
13.3. ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική κατανομή
Καθόλου	33	6,6	6,6	6,6
Σπάνια	81	16,2	16,2	22,8
Πολύ σπάνια	85	17,0	17,0	39,8
Συχνά	241	48,2	48,2	88,0
Πολύ συχνά	60	12,0	12,0	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27

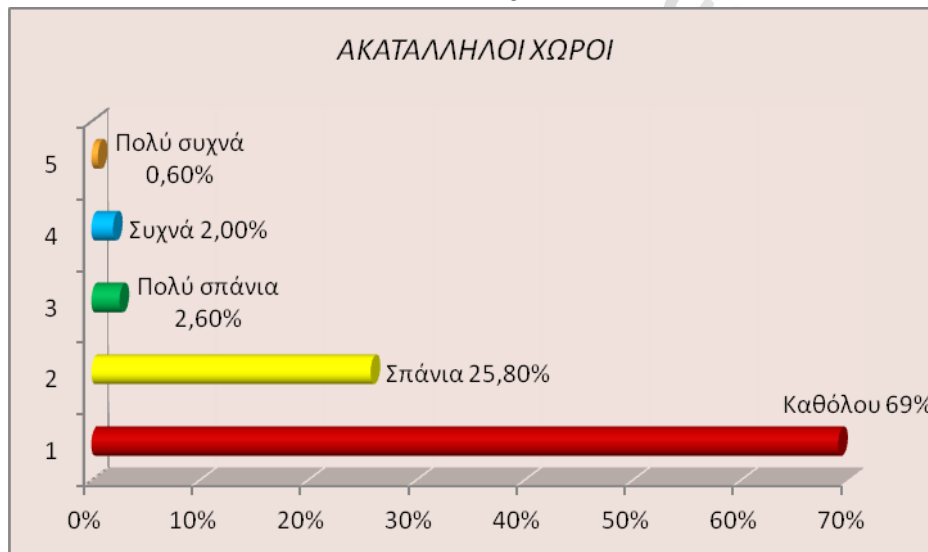


Αναλύοντας το θέμα των ραντεβού σαν πρόβλημα στην παροχή υπηρεσιών, διαπιστώσαμε ότι το 48,2% ανέφεραν ότι συχνά δεν υπάρχουν διαθέσιμα ραντεβού, ενώ 12% ανέφεραν ότι πολύ συχνά δεν υπάρχουν διαθέσιμα ραντεβού. Αντίθετα, απάντησαν σε ποσοστό 17% ότι πολύ σπάνια συμβαίνει αυτό, σε ποσοστό 16,2% ότι αυτό συμβαίνει σπάνια, ενώ ένα ποσοστό 6,6% απάντησε ότι αυτό συμβαίνει σπάνια (Διάγραμμα 27). Αν και το συνολικό ποσοστό αυτών που δεν είναι προβληματισμένοι με την διαθεσιμότητα των ραντεβού είναι ικανοποιητικό, εν τούτοις πιστεύουμε ότι το σύστημα των ραντεβού χρειάζεται συνεχή βελτίωση και προσοχή γιατί μειώνει την αρνητική εικόνα των ασθενών απέναντι στο σύστημα περίθαλψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28
13.4. ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΟΙ ΧΩΡΟΙ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	345	69,0	69,0	69,0
Σπάνια	129	25,8	25,8	94,8
Πολύ σπάνια	13	2,6	2,6	97,4
Συχνά	10	2,0	2,0	99,4
Πολύ συχνά	3	0,6	0,6	100,0
Σύνολοι	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28



Όσο αφορά την ακαταλληλότητα των χώρων η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ανέφερε ότι δεν συμφωνεί με αυτό, και ότι είναι ικανοποιημένοι από τους χώρους που παρέχεται η νοσηλεία. Αναλυτικά, ποσοστό 69% θεωρούν ότι οι χώροι δεν είναι ακατάλληλοι, ένα 25,8% θεωρούν ότι σπάνια συμβαίνει αυτό, ενώ ένα ποσοστό 2,6% πιστεύει ότι αυτό συμβαίνει πολύ σπάνια. Αντίθετα, ακατάλληλους θεωρεί τους χώρους συχνά το 2%, και πολύ συχνά ποσοστό 0,6% (Πίνακας 28). Αυτό αποτελεί θετικό συμπέρασμα για την ποιότητα των χώρων. Φυσικά αυτό πρέπει να αποτελεί στόχο και για το μέλλον.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29

13.5. ΈΛΛΕΙΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	339	67,8	67,8	67,8
Σπάνια	128	25,6	25,6	93,4
Πολύ σπάνια	21	4,2	4,2	97,6
Συχνά	11	2,2	2,2	99,8
Πολύ συχνά	1	0,2	0,2	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29

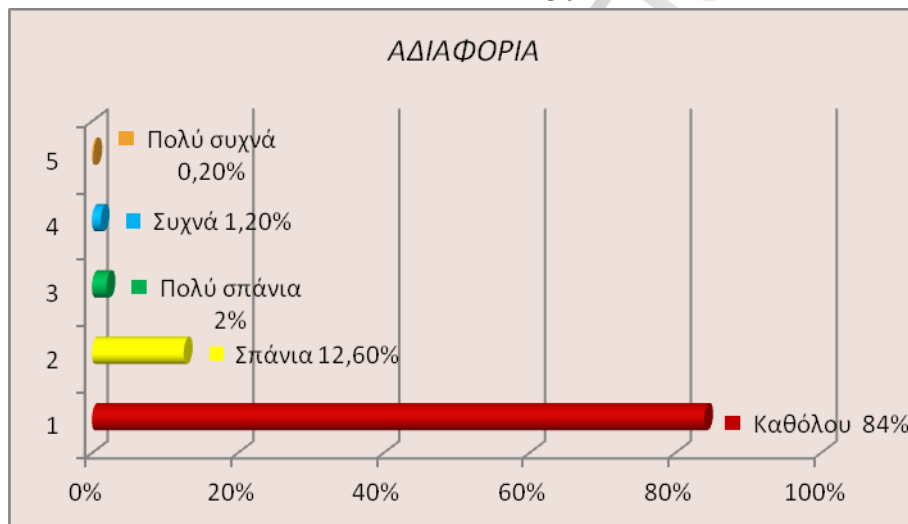


Και για την έλλειψη φαρμακευτικού υλικού ανέφεραν ότι δεν υπάρχει έλλειψη. Αυτό φυσικά έχει σχέση με την εμπειρία τους από προβλήματα υγείας, από την έκταση της χρήσης των υπηρεσιών και τις γνώσεις πάνω στις νοσηλευτικές ανάγκες. Συγκεκριμένα όπως φαίνεται και στον Πίνακα (29), ένα ποσοστό 67,8% απάντησαν ότι δεν υπάρχει καθόλου έλλειψη φαρμακευτικού υλικού, 25,6% απάντησαν σπάνια, ενώ 4,2% απάντησαν πολύ σπάνια. Αντίθετα, ένα ποσοστό 2,2% απάντησαν ότι αυτό συμβαίνει συχνά και 0,2% απάντησε πολύ συχνά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30
13.6. ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	420	84,0	84,0	84,0
Σπάνια	63	12,6	12,6	96,6
Πολύ σπάνια	10	2,0	2,0	98,6
Συχνά	6	1,2	1,2	99,8
Πολύ συχνά	1	0,2	0,2	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30



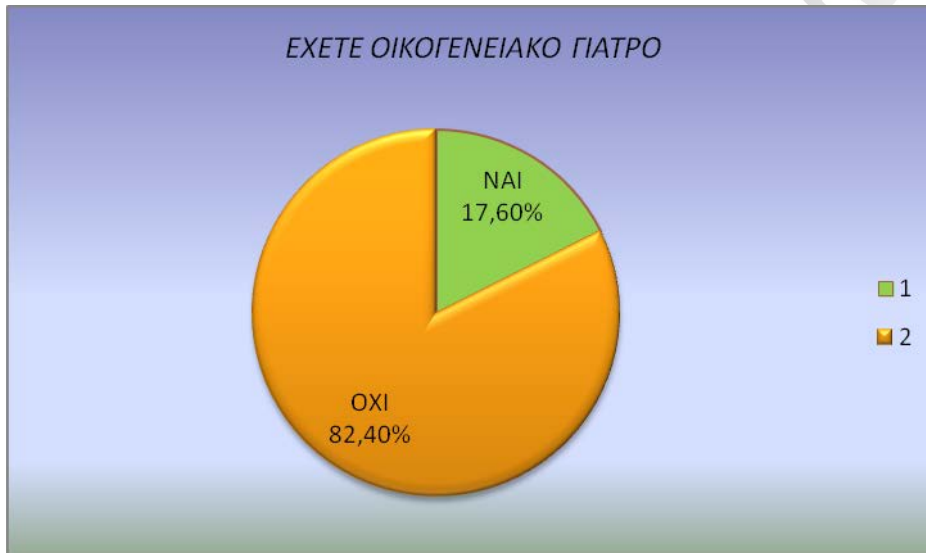
Η αδιαφορία αναφέρεται συχνά σαν παράγοντας που χαρακτηρίζει την επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας. Στην περίπτωση όμως αυτή επειδή τα άτομα λαμβάνουν ιατροφαρμακευτική φροντίδα από τους γιατρούς των ταμείων τους και από τις τοπικές κοινότητες, αισθάνονται περισσότερο την φροντίδα του κράτους και φυσικά των παρόχων της βοήθειας. Επομένως, σε ποσοστό 84% επέλεξαν ότι δεν αντιμετωπίζουν καθόλου αδιαφορία, 12,6% επέλεξαν σπάνια, 2% επέλεξαν πολύ σπάνια, ενώ συχνά επέλεξαν 1,2%, και πολύ συχνά μόνο το 0,2% (Πίνακας 30).

ΠΙΝΑΚΑΣ 31

14. ΕΧΕΤΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
ΝΑΙ	88	17,6	17,6	17,6
ΟΧΙ	412	82,4	82,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31



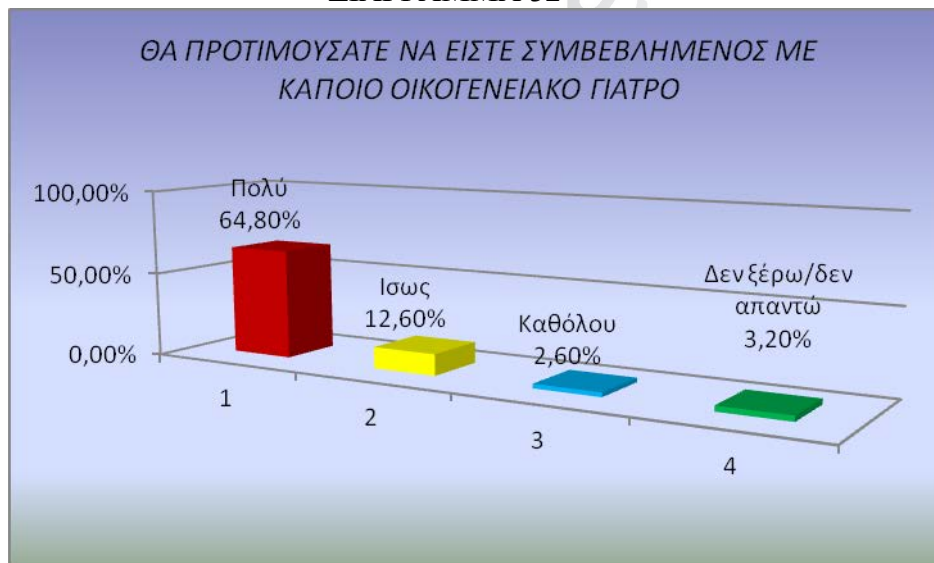
Η σημασία του οικογενειακού γιατρού για την κάλυψη της φροντίδας μέσω της Π.Φ.Υ. αποτελεί ίσως τον πιο σημαντικό παράγοντα στην βελτίωση της ποιότητας των παροχών υγείας. Ορισμένες περιοχές καλύπτονται από το κράτος με την παροχή οικογενειακού γιατρού, ενώ ένας αριθμός θεωρεί οικογενειακό γιατρό τον γιατρό που συνεργάζεται μαζί του επί σειρά ετών και γνωρίζει θέματα του δικού τους ιστορικού αλλά και όλης της οικογένειάς τους. Με αυτή την έννοια ο γιατρός του ΙΚΑ που κλείνουν ραντεβού μαζί του για όποιο θέμα υγείας τους απασχολεί έχει αυτή την θέση, όχι όμως σαν επίσημος θεσμός που ο κάθε πολίτης έχει καταχωρηθεί στη λίστα ασθενών ενός γιατρού. Στην ερώτηση αυτή το 82,4% απάντησε ότι δεν έχει οικογενειακό γιατρό, ενώ το 17,6% απάντησαν ότι έχουν οικογενειακό γιατρό (Διάγραμμα 31).

ΠΙΝΑΚΑΣ 32

14.1. ΘΑ ΠΡΟΤΙΜΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Πολύ	324	64,8	77,9	77,9
Ίσως	63	12,6	15,1	93,0
Καθόλου	13	2,6	3,1	96,2
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	16	3,2	3,8	100,0
Σύνολο	416	83,2	100,0	
Χαμένες τιμές	84	16,8		
Σύνολο	500	100,0		

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32



Σε αυτούς που απάντησαν ότι δεν είναι συμβεβλημένοι με κάποιον οικογενειακό γιατρό το ερώτημα που τους έγινε στην συνέχεια ήταν αν θα προτιμούσαν να είναι συμβεβλημένοι και οι απαντήσεις των 416 ατόμων που απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση ΟΧΙ, είναι ως εξής σε αυτή την ερώτηση. Αυτοί που απάντησαν πολύ, ότι δηλαδή θα επιθυμούσαν να ήταν συμβεβλημένοι αποτελούν το ποσοστό 64,8%, ίσως σε ποσοστό 12,6%, Καθόλου 2,6%, ενώ απάντησαν δεν ξέρω/δεν απαντώ 3,2%(Πίνακας 32).

ΠΙΝΑΚΑΣ 33

15. ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Ικανοποιητικό	54	10,8	10,8	10,8
Καλό	169	33,8	33,8	44,6
Μέτριο	259	51,8	51,8	96,4
Κακό	18	3,6	3,6	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33



Στο ερώτημα αν είναι ικανοποιημένοι συνολικά από το σύστημα υγείας οι ερωτώμενοι απάντησαν σε ποσοστό 10,8% ότι είναι ικανοποιητικό, σε ποσοστό 33% ότι είναι καλό, σε ποσοστό 51,8% ότι είναι μέτριο και τέλος ένα ποσοστό 3,6% θεωρεί ότι το σύστημα υγείας είναι κακό (Διάγραμμα 33). Πέραν αυτού του μικρού ποσοστού που το θεωρεί κακό, οι υπόλοιποι επέλεξαν να υποστηρίξουν το σύστημα υγείας μας και σαν κάτι που θεωρούν ότι κατά καιρούς έχει συμβάλει είτε με το προσωπικό του είτε με τις υπηρεσίες τους στο σημερινό επίπεδο της υγείας τους ή των συγγενικών τους προσώπων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34

16. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΧΡΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΣΥΝΕΙΣΦΕΡΕΙ ΣΑΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ ΗΤΑΝ ΑΡΚΕΤΑ ΩΣΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
1 ΝΑΙ	473	94,6	94,6	94,6
2 ΟΧΙ	27	5,4	5,4	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34



Στο ερώτημα αν πιστεύουν ότι τα χρήματα που έχουν συνεισφέρει σαν εργαζόμενοι ήταν αρκετά ώστε να έχουν καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από αυτή που έχουν λάβει μέχρι σήμερα, η πλειοψηφία δηλαδή το 94,6% απάντησε ΝΑΙ, ενώ το 5,4% απάντησε ΟΧΙ(Πίνακας 34). Το ποσοστό που απάντησε ΟΧΙ μάλλον θεωρεί ότι οι ανάγκες της ασθένειάς του ήταν πολύ περισσότερες από αυτά τα ποσά που ο ίδιος έχει συνεισφέρει στο ταμείο του.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35



Στην ερώτηση αυτή η οποία ήταν ανοιχτή ώστε να επιτρέψει στους ερωτώμενους να εκφράσουν ελεύθερα ποιο θεωρούν σαν το μεγαλύτερο πρόβλημα που κατά την γνώμη τους πρέπει να βελτιωθεί, αφού έγινε κατηγοριοποίηση των απαντήσεων διαπιστώθηκε ότι, 208 άτομα δεν απάντησαν ούτε έκαναν κάποια πρόταση, ενώ 97 απάντησαν να βελτιωθεί το σύστημα των ραντεβού. 57 άτομα αναφέρθηκαν στην ανάγκη να αυξηθούν οι συντάξεις τους, 43 να γίνουν προσλήψεις προσωπικού και 20 ανέφεραν την 24ωρη λειτουργία των υπηρεσιών στην κοινότητα. Επίσης όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα (35) άλλα 20 άτομα αναφέρθηκαν στην ανάγκη ανάπτυξης υπηρεσιών κοντά στην περιοχή τους, 15 αναφέρθηκαν στο φακελάκι που δίνουν στους γιατρούς όταν κάνουν χρήση των ιατρικών υπηρεσιών, ενώ δεν έλειψαν και 11 που αναφέρθηκαν στην συμπεριφορά των ιατρών και του προσωπικού γενικότερα. Τέλος, 7 υποστήριξαν ότι θα ήθελαν να είχαν οικογενειακό γιατρό. Ένας επιπλέον αριθμός ατόμων απάντησε τα εξής: 6 άτομα ανέφεραν την δημιουργία των Κέντρων Υγείας, 6 ανέφεραν να αγοράζουν φθηνότερα φάρμακα, 4 απάντησαν ανέφεραν βελτίωση του ΕΣΥ γενικά, 3 ανέφεραν ότι οι εισφορές είναι υψηλές, 2 εντόπισαν θέματα καθαριότητας και χώρων και 1 άτομο αναφέρθηκε στην εμπορευματοποίηση της υγείας. Το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός ατόμων δεν απάντησαν πιθανόν να συνδέεται με την έλλειψη ενημέρωσης, ενώ φαίνεται ότι τα ραντεβού αποτελούν την βάση της καλής εικόνας του συστήματος υγείας. Η αύξηση επίσης των συντάξεων αποτελεί ένα από τα θέματα που τους απασχολεί, καθώς πολλά άτομα της Τρίτης Ηλικίας στερούνται επαρκών πόρων για την διαβίωσή τους.

4.3. Συγκριτικά στοιχεία μεταβλητών

ΠΙΝΑΚΑΣ 35

1. ΦΥΛΟ	8. Είστε ευχαριστημένος από το ποσό της σύνταξης που λαμβάνετε;				Σύνολο
	Πολύ	Λίγο	Πολύ λίγο	Καθόλου	
ΑΝΤΡΑΣ	40	87	98	42	267
ΓΥΝΑΙΚΑ	15	65	111	42	233
Σύνολο	55	152	209	84	500

Η σύνταξη σαν εισόδημα που επιτρέπει στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας να καλύπτουν τις ανάγκες της επιβίωσης τους αλλά και τις ανάγκες για περίθαλψη, όπως διαφάνηκε και στην ερώτηση 17 αποτελεί ένα στοιχείο ανησυχίας γιατί σε μεγάλο ποσοστό δεν ανταποκρίνεται στις συνθήκες που τα μεγαλύτερα άτομα θα ήθελαν να διαβιούν (Πίνακας 35). Σε σχέση λοιπόν με το πόσο ικανοποιημένοι είναι από την σύνταξή τους οι άντρες φάνηκαν περισσότερο ευχαριστημένοι αφού τα ποσοστά τους διαχέονται μεταξύ του Πολύ και του Καθόλου με την πλειονότητα να απαντά πολύ λίγο. Σε αντίθεση οι γυναίκες απάντησαν στην συντριπτική πλειοψηφία τους πολύ λίγο που δείχνει ότι είναι περισσότερο δυσαρεστημένες από την σύνταξή τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36

1. ΦΥΛΟ	9. Είστε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει το ταμείο σας;				Σύνολο
	Πολύ	Λίγο	Πολύ λίγο	Καθόλου	
ΑΝΤΡΑΣ	34	194	32	7	267
ΓΥΝΑΙΚΑ	29	151	47	6	233
Σύνολο	63	345	79	13	500

Στον Πίνακα (36) στο ερώτημα αν είστε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει το ταμείο σας, οι άντρες αλλά και οι γυναίκες απάντησαν λίγο στην πλειοψηφία τους. Θετικό είναι το γεγονός ότι καθόλου απάντησαν 7 άντρες και 6 γυναίκες που σημαίνει ότι σε γενικές γραμμές δεν τοποθετήθηκαν αρνητικά. Αντίθετα, αυτοί που απάντησαν πολύ ήταν λίγοι αλλά είναι ένας αριθμός που επιτρέπει να εξαγάγουμε το συμπέρασμα ότι υπάρχουν και άτομα που έχουν εξυπηρετηθεί και είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του ταμείου τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.Μορφωτικό επίπεδο	9. Είστε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει το ταμείο σας;				Σύνολο
	Πολύ	Λίγο	Πολύ λίγο	Καθόλου	
Δεν ολοκλήρωσε το Δημοτικό	10	71	24	2	107
Δημοτικό	22	172	42	9	245
Γυμνάσιο	19	81	9	2	111
Λύκειο	1	10	1	0	12
ΑΕΙ/ΤΕΙ	10	9	1	0	20
Τεχνική Σχολή	1	2	2	0	5
Σύνολο	63	345	79	13	500

Όπως βλέπουμε και στον Πίνακα (37) το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα διαφάνηκε ότι ήταν κατά το ήμισυ απόφοιτοι δημοτικού με 245 άτομα. Καθόλου αδιάφορο δεν είναι το ποσοστό των ατόμων που δεν ολοκλήρωσε το δημοτικό 107 και αντίστοιχα αυτών που τελείωσαν το Γυμνάσιο 111 άτομα. Το μορφωτικό επίπεδο συγκρινόμενο με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που καλύπτει το ταμείο τους φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία (345 άτομα) απάντησε Λίγο, ενώ 79 απάντησαν Πολύ Λίγο. Καθόλου απάντησαν 13, ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει ο αριθμός των 63 που απάντησαν Πολύ. Η απάντηση της πλειοψηφίας δείχνει την επιθυμία τους να εκφράσουν την δυσαρέσκειά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38

5. Ασφαλιστικός Φορέας	8. Είστε ικανοποιημένος/η από το ποσό της σύνταξης που λαμβάνετε:				Σύνολο
	Πολύ	Λίγο	Πολύ λίγο	Καθόλου	
ΙΚΑ	28	97	181	51	357
Δημόσιο	17	17	5	5	44
ΟΓΑ	0	2	9	22	33
ΤΕΒΕ	8	30	10	4	52
ΑΛΛΟ	2	6	4	2	14
Σύνολο	55	152	209	84	500

Η συσχέτιση μεταξύ ασφαλιστικού φορέα και της σύνταξης που λαμβάνουν κατέδειξε ότι 209 άτομα απάντησαν Πολύ Λίγο, 152 Λίγο και 84 Καθόλου. Στον Πίνακα(38) φαίνεται ότι μόνο 55 ήταν ευχαριστημένοι. Οι συντάξεις των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας, είναι πράγματι σχετικά μικρές, είτε γιατί δεν κόλλαγαν ένσημα, είτε γιατί επέλεξαν να

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

μην πληρώνουν υψηλές εισφορές, είτε γιατί ήταν χαμηλά αμειβόμενοι κατά τον εργασιακό τους βίο. Αυτό συμβαίνει σε συνδυασμό με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και το γεγονός ότι ένας αριθμός ήταν συνταξιούχοι χηρείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 39

9. Είστε ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει το ταμείο σας;	11.6. Το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων σας ικανοποιεί;					Σύνολο
	Καθόλου	Σπάνια	Πολύ σπάνια	Συχνά	Πολύ συχνά	
Πολύ	0	0	7	34	22	63
Λίγο	1	3	81	204	56	345
Πολύ λίγο	0	5	37	29	8	79
Καθόλου	1	2	6	4	0	13
Σύνολο	2	10	131	271	86	500

Η συσχέτιση μεταξύ υπηρεσιών που προσφέρει το ταμείο τους με το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων, όπως βλέπουμε και στον Πίνακα (39) είχε σαν αποτέλεσμα ότι αυτοί που τους ικανοποιούσαν οι υπηρεσίες Λίγο να απαντήσουν ότι Συχνά είναι ευχαριστημένοι από το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων, άρα ενώ δεν ήταν ιδιαίτερα ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες υγείας, εν τούτοις ήταν ευχαριστημένοι από το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 40

1. ΦΥΛΟ	14. Έχετε Οικογενειακό Γιατρό		Σύνολο
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΝΤΡΑΣ	49	218	267
ΓΥΝΑΙΚΑ	39	194	233
Σύνολο	88	412	500

Σύμφωνα με το δείγμα μας 49 άντρες και 39 γυναίκες έχουν οικογενειακό γιατρό ενώ οι υπόλοιποι 218 άντρες και 194 γυναίκες δεν έχουν (Πίνακας 40). Σύμφωνα με τις προτάσεις που έχουν γίνει για την αναμόρφωση της Π.Φ.Υ. ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού είναι κεντρικός στην ανάπτυξη υπηρεσιών. Όμως όπως και η Νομοθεσία για βελτίωση της Π.Φ.Υ. δεν έχει προχωρήσει, έτσι και η εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού παραμένει ανεκπλήρωτος στόχος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.ΦΥΛΟ	14.1.Θα προτιμούσατε να είστε συμβεβλημένος με κάποιον οικογενειακό γιατρό;				Σύνολο
	Πολύ	Ίσως	Καθόλου	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	
ΑΝΤΡΑΣ	178	28	6	8	220
ΓΥΝΑΙΚΑ	146	35	7	8	196
Σύνολο	324	63	13	16	416

Σε συνέχεια του προηγούμενου ερωτήματος φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ατόμων δηλαδή 324 από αυτούς που απάντησαν ότι δεν έχουν οικογενειακό γιατρό, θα επιθυμούσαν να έχουν. Οι αριθμοί όπως βλέπουμε και στον Πίνακα(41)είναι συντριπτικοί και φανερόνουν την ανάγκη των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας για σταθερότητα στην φροντίδα, η οποία πέρα από το ιατρικό μέρος, εμπεριέχει και την έννοια της φροντίδας από το κράτος για την υγεία τους.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

1. Συμπεράσματα

Από την έρευνά μας προέκυψε ένας αριθμός συμπερασμάτων καθώς και προβληματισμοί για την επάρκεια και την οργάνωση των υπηρεσιών. Κατ'αρχάς επιδιώχθηκε να συγκεντρωθούν ερωτηματολόγια από τα οκτώ (8) ΚΑΠΗ του Δήμου Περιστερίου, έτσι ώστε το δείγμα μας να αντιπροσωπεύει όλη την περιοχή. Στα ΚΑΠΗ του Δήμου συμμετέχουν άντρες και γυναίκες. Διαφάνηκε ότι οι περισσότεροι ήταν παντρεμένοι και λειτουργούσαν σαν ζευγάρια, όμως θεωρούμε ότι πολύ πιο σημαντική είναι η συνεισφορά των ΚΑΠΗ στα μοναχικά άτομα λόγω χηρείας ή διαζυγίου, αφού αποτελούν και ένα χώρο συναναστροφής και περίθαλψης όταν υπάρχει ανάγκη.

Στην έρευνα μας διαπιστώσαμε το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας και αυτό μας προβλημάτισε, αλλά δεν εξάγαμε σταθερά συμπεράσματα. Η μία περίπτωση σχετίζεται με το γεγονός ότι τα άτομα αυτά έτυχε να γεννηθούν ή να μεγαλώσουν την περίοδο του Β' Παγκόσμιου πολέμου, ενώ η άλλη περίπτωση μπορεί να αφορά το γεγονός ότι το Περιστέρι συγκεντρώνει μεγάλο αριθμό ατόμων που ανήκουν στην εργατική τάξη, οπότε οι σπουδές δεν αποτέλεσαν στόχο ζωής, αλλά η επιβίωση μέσα από οικονομικά αντίξοες καταστάσεις. Το μορφωτικό επίπεδο συνδέεται επίσης με το εισόδημα, αφού οι ευκαιρίες για εργασία περιόριζαν αντίστοιχα τις αμοιβές τους, αλλά και τις ασφαλιστικές τους εισφορές, ώστε να έχουν μία ικανοποιητική σύνταξη. Αυτό αντίστοιχα φάνηκε στο δείγμα μας αφού η πλειοψηφία των ατόμων αυτών (83,6%) είχαν εισόδημα κάτω από τα 12.000 €. Το ποσό αυτό φυσικά περιορίζει τις δυνατότητες των ατόμων να καλύψουν ανάγκες πέραν της επιβίωσης, πόσο μάλλον να πληρώσουν ιδιώτες γιατρούς για θεραπείες.

Η πλειοψηφία δήλωσε ότι είναι πολύ λίγο ικανοποιημένη από την σύνταξή της, όχι από διάθεση κριτικής ή συνηθισμένης διαμαρτυρίας, αλλά για αντικειμενικούς λόγους. Γιατούς οι παροχές των ασφαλιστικών τους ταμείων και των Υπηρεσιών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης αποτελούν μονόδρομο στη φροντίδα τους. Ταυτόχρονα, είναι οι άνθρωποι που περισσότερο από όλους γνωρίζουν τα προβλήματα αυτών των υπηρεσιών φροντίδας, με κυρίαρχο ασφαλιστικό ταμείο το ΙΚΑ που ανήκουν στην συντριπτική πλειοψηφία τους ενώ λιγότεροι ανήκουν στα άλλα ταμεία όπως Δημόσιο, ΟΑΕΕ και ΟΓΑ. Το ΙΚΑ παρέχει υπηρεσίες Π.Φ.Υ. ακόμα και τις νυχτερινές ώρες στη συγκεκριμένη περιοχή και έτσι η πίεση λόγω του μη ανεπτυγμένου δικτύου Π.Φ.Υ. απαλύνεται, ενώ ανακόπτεται μερικώς η ροή προς τα νοσοκομεία. Τα άλλα ταμεία αντίστοιχα παρέχουν υπηρεσίες, έχοντας συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς.

Οι ερωτηθέντες ήταν συνταξιούχοι οι περισσότεροι λάμβαναν σύνταξη από 6 έως 10 έτη, ενώ μεγάλος ήταν ο αριθμός αυτών που ήταν συνταξιούχοι πάνω από 15 έτη. Φυσικά, σύμφωνα με τους δείκτες και το προσδόκιμο ζωής που είναι αρκετά υψηλό, τα άτομα απολαμβάνουν την σύνταξή τους για πολλά χρόνια και αυτό έχει αποτελέσει θέμα για την αναμόρφωση του ασφαλιστικού και των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης προς μεγαλύτερες ηλικίες με τα 65 χρόνια να αποτελούν το όριο εξόδου από την εργασία που βασίζεται ακριβώς στη δημογραφική γήρανση και την μείωση της γεννητικότητας. Ένας αριθμός εξ αυτών (38 άτομα) είχε πάρει αναπηρική σύνταξη, μικρός μεν αλλά σημαντικός για την ανάγκη λειτουργίας και ανάπτυξης υπηρεσιών όχι μόνο για άτομα της Τρίτης Ηλικίας αλλά ευρύτερα για την παρακολούθηση του πληθυσμού σε θέματα αναπηρίας.

Όσον αφορά υπηρεσίες που καλύπτει το ταμείο τους οι περισσότεροι δήλωσαν λίγο ικανοποιημένοι, καθώς θα ήθελαν και άλλες υπηρεσίες να συμπεριληφθούν. Γνωρίζουμε ότι ανάλογα με το ταμείο που ανήκει κάποιος, λαμβάνει και υπηρεσίες που έχει αποφασίσει το ταμείο του. Έτσι ο κάθε ασφαλισμένος εμπλέκεται σε ένα κυκλώνα αναζήτησης των δικαιωμάτων του και μία ατέλειωτη γραφειοκρατία και συγκέντρωση δικαιολογητικών - τα οποία πολλές φορές ανακαλύπτει συμπτωματικά - ενώ επίσης ανακαλύπτει ότι καλύπτονται π.χ. οι μισές παροχές. Αντίθετα, υπάρχουν ταμεία με καλύτερες καλύψεις τα λεγόμενα «ευγενή» και λόγω των παροχών τους διαγωνίζονται τις διακρίσεις μεταξύ ατόμων.

Για τις υπηρεσίες που κάνουν συνήθως χρήση, η συντριπτική πλειοψηφία αναφέρθηκαν στην συνταγογράφηση, με δεύτερη επιλογή τις γενικές-ειδικές εξετάσεις. Οι υπόλοιποι επισκέπτονται σπάνια ιδιωτικούς γιατρούς, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων ή χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι. Το γεγονός ότι η συνταγογράφηση αποτελεί την πιο σημαντική ανάγκη μαζί με τις εξετάσεις, φανερώνει την ανάγκη για ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. Είναι ένας χώρος που καλύτερα από όλες τις υπηρεσίες μπορεί να υπηρετήσει η Π.Φ.Υ. ή μάλλον είναι το αντικείμενο της Π.Φ.Υ. στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και στην πρόληψη των συνεπειών μικρών δυσκολιών στην υγεία που μπορεί να εξελιχθούν σε σοβαρές νόσους.

Όσο αφορά την εικόνα των υπηρεσιών και το επίπεδο εξυπηρέτησης, τα περισσότερα άτομα έδειξαν την εμπιστοσύνη τους στον γιατρό τους, στους νοσηλευτές και στους διοικητικούς υπαλλήλους, θεωρώντας ότι είναι ευγενικοί απέναντί τους. Η προσωπική σχέση που έχουν με τον κάθε ένα από αυτούς διαμορφώνει την θέση τους αυτή, αναδεικνύοντας, πόσο σημαντική είναι η συνέχεια στη φροντίδα στη δημιουργία θετικών

αποτελεσμάτων στην θεραπευτική αντιμετώπιση. Επίσης οι χώροι τους ικανοποιούν σαν κατάλληλοι και καθαροί για την νοσηλεία και αυτό αντανακλά την προσπάθεια των τελευταίων δεκαετιών να βελτιωθεί η εικόνα των χώρων, που διακρινόταν από γκρίζους τοίχους και χώρους κατεστραμμένους, με κακό φωτισμό που δημιουργούσε συναισθήματα δυσφορίας στους εξυπηρετούμενους.

Ένα άλλο συστατικό της ικανοποίησής τους αποτελούν τα ραντεβού, όπου απάλλαξε τα άτομα από να περιμένουν νυχτερινές ώρες για ένα νούμερο εξυπηρέτησης, επέτρεψε τον προγραμματισμό για την υγεία τους και αποκατάστησε όχι μόνο την εξυπηρέτησή τους αλλά και την αξιοπρέπειά τους. Όμως υπάρχει ακόμα ένα θέμα που πρέπει να λυθεί και αυτό είναι ο χρόνος αναμονής για ραντεβού που θεωρούν ότι είναι μεγάλος, καθώς επίσης και η μη διαθεσιμότητα ραντεβού, συχνά λόγω έλλειψης γιατρών. Πράγματι, αυτό είναι γνωστό, αλλά φαίνεται ότι κανένα σύστημα υγείας δεν έχει κατορθώσει να μειώσει τους χρόνους των ραντεβού, αλλά φυσικά ούτε την αδημονία του καθενός να πάρει απαντήσεις για το πρόβλημά του. Φυσικά στις περισσότερες περιπτώσεις που αφορούν συνταγογράφηση, αυτή συνδέεται με τον τρόπο το ίδιο το άτομο της Τρίτης Ηλικίας διευθετεί και προγραμματίζει τα θέματα της υγείας του.

Το ωράριο λειτουργίας των υπηρεσιών επίσης απάντησαν ότι τους ικανοποιεί, θεωρώντας ότι υπηρεσίες, όπως είναι η συνταγογράφηση μέσω των ταμείων τους ή μία επίσκεψη ρουτίνας στον γιατρό εξυπηρετείται καλύτερα πρωινές ή απογευματινές ώρες. Φυσικά δεν υπολόγισαν την περίπτωση του έκτακτου ιατρικού γεγονότος ή μίας κατάστασης κρίσης που μπορεί να προκύψει νυχτερινές ώρες. Όπως είναι γνωστό υπηρεσίες Π.Φ.Υ. κατά τις νυχτερινές ώρες δεν υπάρχουν σε τοπικό επίπεδο και γιαυτό καταφεύγουν σε εφημερεύοντα νοσοκομεία, με εξαίρεση τον Δήμο Περιστερίου που λειτουργεί κατά τις νυχτερινές ώρες ο Σταθμός Πρώτων Βοηθειών, χωρίς όμως να έχει πολλές δυνατότητες παρέμβασης. Η δημιουργία Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου θα βελτίωνε σημαντικά την κατάσταση αυτή και θα απάλλασσε τους ασθενείς από περαιτέρω ταλαιπωρία.

Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας δήλωσαν ικανοποιημένα από την μέχρι τώρα αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας τους, ενώ πιστεύουν ότι οι εισφορές τους σαν εργαζόμενοι ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Επίσης πιστεύουν ότι αξίζουν περισσότερων ιατροφαρμακευτικών παροχών σύμφωνα με τις εισφορές τους.

Όσον αφορά κατά πόσο θεωρούν ότι η ιατρική υπηρεσία που χρησιμοποιούν βρίσκεται σε λογική απόσταση από το σπίτι τους, οι περισσότεροι απάντησαν ότι βρίσκεται κοντά. Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας επιλέγουν υπηρεσίες που βρίσκονται στην κοινότητά τους,

όχι μόνο για λόγους πρακτικούς, αλλά και γιατί τα ταμεία τους, τους υποχρεώνουν σε αυτή την επιλογή. Φυσικά υπήρχε ένας αριθμός 149 ατόμων που μένουν στις παρυφές του Δήμου Περιστερίου ή μακριά από τα γραφεία που στεγάζονται οι υπηρεσίες και η πρόσβαση τους απαιτεί την χρήση συγκοινωνίας, οπότε για αυτούς υπάρχει σοβαρό πρόβλημα στην προσέγγιση των υπηρεσιών.

Θεωρούν τις υπηρεσίες πολύ καλά στελεχωμένες σε γιατρούς, νοσηλευτές/τριες και γενικά ότι δεν υπάρχει έλλειψη προσωπικού, παρά το γεγονός ότι γνωρίζουμε ότι οι υπηρεσίες είναι υποστελεχωμένες. Επίσης νοιώθουν ότι δεν αντιμετωπίζονται με αδιαφορία, πράγμα που παραπέμπει για μία ακόμη φορά στις θετικές επαφές μεταξύ ασθενή και θεράποντα που δημιουργεί η Π.Φ.Υ. Επίσης δεν νοιώθουν ότι υπάρχει έλλειψη φαρμακευτικού και νοσηλευτικού υλικού.

Στο ερώτημα αν έχουν οικογενειακό γιατρό η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε Όχι όπως πραγματικά ισχύει. Ένας αριθμός όμως 88 ατόμων απάντησε Ναι. Στην πραγματικότητα λίγοι από αυτούς έχουν οικογενειακό γιατρό, όπως περιγράφεται από την οδηγία του Π.Ο.Υ. ή έχει εφαρμοστεί σε άλλα κράτη. Αυτοί που απάντησαν Ναι έχουν συνεργαστεί με τον ίδιο γιατρό για μεγάλα διαστήματα της ζωής τους, είτε για τους ίδιους είτε για τους γονείς τους ή τα παιδιά τους. Αυτή η μακροχρόνια παρακολούθηση της οικογένειας από ένα συγκεκριμένο γιατρό, κυρίως παθολόγο τους επιτρέπει να τον θεωρούν οικογενειακό γιατρό, σαν το πρόσωπο αναφοράς για κάθε πρόβλημα υγείας που παρουσιάζεται στην οικογένεια. Ο δεσμός αυτός αποτελεί ανάγκη για τον πολίτη και τον υποστηρίζει με μεγάλη θέρμη. Ο γιατρός γνωρίζοντας το ιστορικό του ασθενή, μπορεί με ασφάλεια να προχωρήσει στην θεραπεία, ενώ ταυτόχρονα ο ασθενής αποφεύγει την ταλαιπωρία να επαναλαμβάνει το ιατρικό του ιστορικό σε διαφορετικούς γιατρούς, με τον κίνδυνο να ξεχάσει σημαντικές για την θεραπεία του λεπτομέρειες. Αυτοί που απάντησαν Όχι είπαν ότι θα ήθελαν να είναι συμβεβλημένοι με κάποιον οικογενειακό γιατρό. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αυτό είναι ένα πάγιο αίτημα που είναι καιρός να ικανοποιηθεί και να μην μένει στα χαρτιά σαν υπόσχεση χωρίς αντίκρισμα.

Όσο αφορά την γενικότερη ικανοποίηση τους από το Σύστημα Υγείας, η πλειοψηφία το θεωρεί μέτριο, δηλαδή φαίνεται ότι δεν παραβλέπει τις θετικές του πλευρές, όπως είναι η δωρεάν περίθαλψη και η καθολικότητα. Όμως ταυτόχρονα, εκφράζει την αμφιβολία για κάποιες υπηρεσίες και ενισχύει την αρνητική εικόνα που εμφανίζει το σύστημα υγείας. Τέλος, όταν τους ζητήθηκε να κάνουν προτάσεις για την βελτίωση των παροχών των ασφαλιστικών τους ταμείων, ένα μεγάλο ποσοστό δεν απάντησε ή δεν γνώριζε τι να απαντήσει, ενώ οι υπόλοιποι ανέφεραν κατά σειρά προτεραιότητας, ότι θα επιθυμούσαν

βελτίωση της αναμονής στα ραντεβού τους με γιατρούς, αύξηση των συντάξεών τους, αύξηση του προσωπικού, 24ωρη λειτουργία υπηρεσιών, δημιουργία υπηρεσιών σε κοντινή απόσταση από τον χώρο της κατοικίας τους, να καταπολεμηθεί το «φακελάκι», να βελτιωθεί η συμπεριφορά του προσωπικού των υπηρεσιών, καθώς ένας μικρός αριθμός ερωτώμενων που είχε απαντήσει ότι δεν είναι ικανοποιημένος από την συμπεριφορά του προσωπικού, επανέλαβε την θέση του αυτή και στην τελική ερώτηση. Μικρός αριθμός ατόμων εξέφρασε σαν κυρίαρχη πρόταση να γίνει πραγματικότητα ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, καθώς θεώρησαν ότι η συνέπεια στην τήρηση των ραντεβού και η αύξηση της σύνταξης τους αποτελεί γι αυτούς προτεραιότητα.

2. Προτάσεις

Πριν φτάσουμε στις τελικές προτάσεις μας πιστεύουμε ότι μία σειρά από βήματα απαιτούνται που θα βοηθήσουν στην ολοκληρωμένη ανάπτυξη των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Φροντίδας. Στην προκειμένη περίπτωση, αναφερόμαστε στην Τρίτη Ηλικία που αναμένεται ο πληθυσμός της να αυξάνεται συνεχώς, καθώς αυτοί που γεννήθηκαν μετά τον δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, θα ζουν περισσότερα χρόνια, ενώ η τεχνολογική πρόοδος της ιατρικής θα διατηρεί τα άτομα περισσότερα χρόνια στη ζωή. Παρόλα αυτά τα επιπλέον έτη ζωής δεν σημαίνουν ότι θα έχουν ένα καλό επίπεδο υγείας. Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας που βρίσκονται σε μεγαλύτερο επίπεδο επικινδυνότητας να νοσήσουν, έχουν σύνθετα προβλήματα υγείας και κοινωνικά προβλήματα και απαιτείται μία συστηματική προσφορά υπηρεσιών υγείας, υποστηριζόμενη και χρονοβόρα. Το άτομο βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο για αιφνίδια ή επαναλαμβανόμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο είτε λόγω της χρόνιας κατάστασής του, είτε λόγω της μείωσης των μηχανισμών υποστήριξης (Boaden et al., 2005). Η περίοδος διαμονής στο νοσοκομείο συχνά αυξάνεται ή είναι πιο συχνή, γιατί η συνθετότητα των προβλημάτων της Τρίτης Ηλικίας απαιτεί συνεργασία πολλών ειδικών. Αυτή η επαναλαμβανόμενη εισαγωγή, επιβαρύνει τις μονάδες οξέων περιστατικών, αλλά και τον αριθμό των κρεβατιών που κρατούνται για περίθαλψη. Σαν αποτέλεσμα, η κατάσταση αυξάνει τις ώρες αναμονής άλλων ασθενών και δημιουργεί προβλήματα στην επάρκεια και τον αριθμό του προσωπικού των νοσοκομείων.

Κατόπιν τούτων, η ανάγκη για εξειδικευμένη φροντίδα για τα άτομα αυτά είναι μονόδρομος για τα συστήματα υγείας. Μία λύση που δόθηκε στην Αγγλία ήταν η αύξηση

του αριθμού των νοσηλευτριών στην κοινότητα (Hudson and Moore, 2006), με παρόμοια προγράμματα όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι» που έχουμε στην Ελλάδα. Η αλήθεια είναι ότι οι υπηρεσίες στην κοινότητα στην Ελλάδα δεν είναι αρκούντως αναπτυγμένες, ενώ η μεταξύ τους συνεργασία πάσχει ή δεν υπάρχει καθόλου. Επίσης λείπουν οι πόροι που θα μπορούσαν να διατεθούν και να βοηθήσουν τα άτομα να αποφύγουν την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Γιαυτό προτείνουμε να υπάρξουν Προγράμματα Ανάπτυξης Υπηρεσιών Π.Φ.Υ., που πιστεύουμε ότι θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε ένα δήμο. Κατ' αρχάς προτείνουμε την εισαγωγή νέων τρόπων συνεργασίας που θα διευκολύνουν την διασύνδεση των υπηρεσιών, π.χ. την λειτουργία συστήματος Η/Υ μέσα από το οποίο θα μπορούν να παρακολουθούνται οι ασθενείς. Δεύτερον, την εμπλοκή διαφόρων ειδικοτήτων που θα αξιολογήσουν τις ανάγκες μιας περιοχής και θα καταγράψουν τις περιπτώσεις των ατόμων που χρειάζονται περίθαλψη και σε συνεργασία με τους γιατρούς, να διαγνωστούν, να επανεξεταστούν και να συνταγογραφηθούν κατάλληλα φάρμακα, έτσι ώστε να μειωθεί η ανάγκη για εισαγωγή στα νοσοκομεία. Η αξιολόγηση των σωματικών και νοητικών ικανοτήτων των κατοίκων, σε συνδυασμό με την δημιουργία προγραμμάτων που θα έχουν σχεδιαστεί πάνω στις γνώσεις και στις δυνατότητες τους για εκπαίδευση στην αγωγή υγείας, μπορούν να αποτελέσουν την αφετηρία για ένα καλύτερο επίπεδο υγείας. Αυτή η οργάνωση της κοινότητας θα βοηθήσει στην ποιότητα ζωής των μεγαλύτερων ανθρώπων στην κατοικία τους. Το σχέδιο αυτό θα καταλήγει στον σχεδιασμό και την προσφορά εξατομικευμένης φροντίδας για κάθε ασθενή. Ανάλογα με το πρόβλημα, οι ειδικοί θα παρέχουν τη βοήθεια που θα οδηγήσει τον ασθενή στο ταξίδι του μεταξύ των ιατρικών και των κοινωνικών υπηρεσιών, λειτουργώντας σαν σημαντικοί διάμεσοι και διασφαλίζοντας μία συλλογική προσέγγιση στην υγεία του. Σε αυτό το επίπεδο θα χρειαζόταν να προηγηθεί κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού σε γνώσεις και δεξιότητες γηριατρικής και γεροντολογίας.

Επομένως, η Π.Φ.Υ. θα αποτελέσει το επίκεντρο των υπηρεσιών, ενώ η εφαρμογή της ολιστικής προσέγγισης του ασθενή θα βοηθήσει να παραμείνουν εκτός νοσοκομείου τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας. Θα πρέπει επίσης να γίνει σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση των ασθενών για το θέμα της υγείας τους, ώστε να διασφαλίζονται τα δικαιώματά τους και να αποφεύγεται η γραφειοκρατία που τους ταλαιπωρεί.

Είναι φανερό ότι η ανάπτυξη τέτοιων μεθόδων εργασίας και συνεργασίας, η διαδικασία σχεδίασης των υπηρεσιών εκ νέου, η δημιουργία νέων επαγγελματικών ρόλων για τους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα, θα μπορούσε να μειώσει τις αμφισβητήσεις που δέχεται το όλο σύστημα υγείας για την λειτουργία του. Γιαυτό η καλύτερη

υποστήριξη των οργανισμών εμπεριέχει την διάθεση των πόρων με ορθολογικό τρόπο και την αξιοποίηση του προσωπικού. Τέτοιες προτάσεις θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε κοινοτικό επίπεδο αφού οι Δήμοι λόγω των κοινοτήτων που διοικούν θα μπορούσαν πιλοτικά να αναπτύξουν αυτές τις πρωτοβουλίες. Φυσικά η υποστήριξη των κοινωνικών δικτύων της περιοχής, η συνεργασία των γιατρών και των άλλων ειδικών θα μπορούσε να βοηθήσει στην μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των παροχών. Ιδιαίτερα θα βοηθούσε την οικογένεια η οποία επωμίζεται το δύσκολο ρόλο της στήριξης και φροντίδας των μεγαλύτερων ανθρώπων.

Στην πραγματικότητα αυτός είναι δύσκολος στόχος και απαιτείται ένας αριθμός από μανάτζερς υγείας, ώστε να οργανώσουν τις δραστηριότητες αυτές στην κοινότητα και να παρακολουθήσουν την εξέλιξη της προσπάθειας.

Συμπερασματικά, από την μελέτη και την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, προέκυψαν τα εξής: α) η ανάγκη συνεργασίας μεταξύ των ιατρικών, των κοινωνικών και των τοπικών υπηρεσιών, ώστε να δημιουργηθεί ένα δίκτυο προστασίας του πολίτη. Ο συνδυασμός των υπηρεσιών των ασφαλιστικών ταμείων με τις υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης μόνο θετικά αποτελέσματα θα μπορούσε να αποδώσει, β) η καταγραφή των ιατρικών προβλημάτων, η ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής υγείας και θεραπευτικής αντιμετώπισης θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσα από την συνεργασία, την κινητοποίηση των πολιτών και την ανάπτυξη κατά τόπους κοινωνικών δικτύων, γ) υπάρχει μία ομάδα ασθενών που πηγαίνουν σε διαφορετικές υπηρεσίες ταυτόχρονα για το ίδιο πρόβλημα και έτσι «ανακυκλώνεται» ο ίδιος ασθενής, ενώ χρησιμοποιούνται πόροι που θα ήταν χρήσιμοι σε άλλους τομείς της υγείας. Προς την κατεύθυνση αυτή θα βοηθούσε ο Φάκελος του Ασθενή που θα περιέχει το ιστορικό του και φυσικά η παρακολούθηση από τον οικογενειακό του γιατρό που θα διατηρεί τον φάκελο αυτό, με την διασφάλιση του απορρήτου του ιατρικού ιστορικού ο οποίος θα διαθέτει μία λίστα με ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στους καταλόγους του σαν ασθενείς του. Αν κρίνει αναγκαίο να γίνουν εξετάσεις ή εξέταση από ειδικό γιατρό θα παραπέμπει ανάλογα. Αυτή η οργάνωση της Π.Φ.Υ. θα επιτρέψει να μπει μία τάξη στην φροντίδα και γενικότερα στο κόστος των υπηρεσιών της..

Γιαυτό πιστεύουμε ότι είναι καιρός η διασύνδεση των υπηρεσιών να επιτευχθεί και να εκλείψουν τα παραδοσιακά στεγανά στη φροντίδα, σαν στοιχειώδης σεβασμός προς τον πολίτη και τα δικαιώματά του να τύχει της καλύτερης δυνατής αντιμετώπισης και θεραπείας.

Η κάθε κοινότητα πρέπει να αφουγκραστεί τις φωνές των ατόμων που η παροχή υγείας τα αφορά και να αναπτύξει προγράμματα σχεδιασμένα στα μέτρα τους, προγράμματα που να μπορούν να κατανοήσουν και να συμμετέχουν.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εργασία μας αυτή αποτελεί μία προσπάθεια να καταγράψουμε την χρήση των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας σε τοπικό επίπεδο. Από την έρευνα

που διεξήχθη προέκυψε ότι η συνεργασία μεταξύ φορέων Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ασφαλιστικών ταμείων είναι μονόδρομος. Αν και οι τρεις υπηρεσίες διανύουν παράλληλους δρόμους στην φροντίδα, εν τούτοις το γεγονός ότι παρέχουν και ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες τις φέρνει θεσμικά κοντά. Οι Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας είναι απαραίτητες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση γιατί βοηθούν στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, στην εκτίμηση και καταγραφή αναγκών, στην τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων βασισμένων σε στατιστικά δεδομένα, στην εφαρμογή διαφόρων στρατηγικών και διατομεακή συνεργασία, στη λειτουργία μηχανισμών προαγωγής της συμμετοχής του κοινού με την προσέλκυση του ενδιαφέροντος του και την παροχή πληροφοριών και συστημάτων αξιολόγησης δράσεων και παρεμβάσεων. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση επίσης είναι απαραίτητη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθώς γνωρίζει τον πληθυσμό που απευθύνεται, έχει την εξουσία να δημιουργεί υπηρεσίες και δομές, να διαθέτει χώρους για την ανάπτυξη αυτών, καθώς επίσης να παρέχει προσωπικό που θα συνεργαστεί για στην οργάνωση και τον προγραμματισμό και την δημιουργία προγραμμάτων. Τα ασφαλιστικά ταμεία επίσης έχουν την ανάγκη των φορέων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης γιατί κυρίως με τα κοινωνικο-προνοιακά τους προγράμματα καλύπτουν το κενό στην φροντίδα που παρουσιάζουν τα ταμεία.

Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας λόγω της χρονιότητας των νοσημάτων τους χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. για να προμηθευτούν κυρίως τις φαρμακευτικές αγωγές που λαμβάνουν για να αντιμετωπίσουν προβλήματα όπως αυτό της χοληστερίνης, του σακχαρώδη διαβήτη, των αρθρικών κλπ. και άλλα πιο σοβαρά. Οι υπηρεσίες αυτές είναι κυρίως ιατρικές και νοσηλευτικές, ενώ μέσω των Δήμων λαμβάνουν φροντίδα σε θέματα ενημέρωσης και εξυπηρέτησης, αλλά και κοινωνικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες. Στο Δήμο Περιστερίου για παράδειγμα, ο/η Γιατρός του ΙΚΑ επισκέπτεται μία φορά την εβδομάδα τα ΚΑΠΗ και παρακολουθεί την υγεία των ατόμων αλλά και συνταγογραφεί. Στην περίπτωση αυτή βλέπουμε πόσο καλά λειτουργεί η διασύνδεση των υπηρεσιών του Δήμου με το ΙΚΑ. Δυστυχώς, αυτή η πρωτοβουλία δεν είναι συνεχής και κατά καιρούς διακόπτεται. Η ενσωμάτωση του ΙΚΑ σε ένα Ενιαίο Φορέα Π.Φ.Υ. μαζί με τις άλλες υπηρεσίες, θεωρούμε ότι θα συνέβαλε σημαντικά προς την κατεύθυνση αυτή.

Όπως προκύπτει από την έρευνά μας σχεδόν όλοι όσοι έλαβαν μέρος κάνουν χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. είτε για τους ίδιους είτε για προσφιλή τους πρόσωπα. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται μέσα από τους ασφαλιστικούς τους φορείς, αφού η ένταξη

τους σε ένα ταμείο κατά την διάρκεια του εργασιακού τους βίου τους επιτρέπει να έχουν στις μεγαλύτερες ηλικίες ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Η Τρίτη Ηλικία περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ομάδα του πληθυσμού έχει ανάγκη των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. και μάλιστα έχει ανάγκη από καλά οργανωμένες και διασυνδεδεμένες μεταξύ τους υπηρεσίες.

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα από τα εργαλεία εφαρμογής της Δημόσιας Υγείας, ενώ το άλλο είναι η Προαγωγή Υγείας. Απώτερος σκοπός της είναι η δημιουργία υγιών δημόσιων πολιτικών, κοινοτική συμμετοχή, δράση και ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων, ενώ περιλαμβάνει ακόμα και την προστασία του περιβάλλοντος (Αθανασάκης και άλλοι, 2009). Παρά το γεγονός ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα από τους βασικούς πυλώνες του Συστήματος Υγείας μας, εν τούτοις φαίνεται ότι έχει λειτουργήσει κάτω από μία σειρά νόμων που δεν έχουν επιφέρει ένα σοβαρό μεταρρυθμιστικό πλαίσιο. Αξίζει να αναφερθούμε στις κύριες ανισότητες που χαρακτηρίζουν το Σύστημα Υγείας μας, στις οποίες περιλαμβάνεται και η Π.Φ.Υ.:

1. Δεν έχει αναπτυχθεί η ΠΦΥ με ισόρροπο τρόπο μεταξύ επαρχίας και αστικών κέντρων
2. Υπάρχει άνιση κατανομή των πόρων, επειδή η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται κυρίως στα αστικά κέντρα, με την Αθήνα να κρατά τον κύριο όγκο της περίθαλψης.
3. Η παραγωγικότητα των δημόσιων φορέων είναι χαμηλή και κοστίζει ακριβά σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα, που υπάρχει μεγαλύτερος έλεγχος στις δαπάνες.
4. Υπάρχει μεγάλος αριθμός γιατρών σε σχέση με την ζήτηση υπηρεσιών, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει μικρός αριθμός οικογενειακών γιατρών.
5. Το Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από συντεχνιακά συμφέροντα που εμποδίζουν την υλοποίηση νομοσχεδίων λόγω των συμφερόντων τους.

Η οργάνωση και λειτουργία βρίσκεται σε κατάσταση συνεχούς μεταρρύθμισης η οποία προκύπτει κυρίως μέσα από θέματα οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών, όπως η ανισότητα μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών στην παροχή περίθαλψης. Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών είναι χαμηλή και δεν έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη των χρηστών. Προσπάθειες βελτίωσης που έγιναν κατά καιρούς, συνήθως με την εισαγωγή κάποιου νομοσχεδίου, δεν καρποφόρησαν. Όλα αυτά διαδραματίζονται σε εποχή, που η Ελλάδα διαθέτει όσο ποτέ άλλοτε πολυάριθμο αξιόλογο ανθρώπινο δυναμικό τόσο σε γιατρούς, όσο και σε νοσηλευτές και ειδικούς επιστήμονες τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό που θα μπορούσε να αξιοποιηθεί προς αναβάθμιση

όλων των υπηρεσιών.

Το νοικοκύρεμα της Π.Φ.Υ. δεν πρόκειται να επέλθει αν όλοι οι φορείς που την παρέχουν δεν συνεργαστούν, ώστε οι υπηρεσίες τους να ενταχθούν κάτω από ένα οργανωτικό και διοικητικό φορέα που θα ελέγχει θέματα παροχών, φροντίδας, οικονομικά θέματα και θέματα στελέχωσης των υπηρεσιών με προσωπικό. Σε αυτά προστίθεται και η δημιουργία επιμορφωτικών προγραμμάτων και ενημέρωσης με σκοπό να επέλθει η αλλαγή στάσεων των πολιτών απέναντι στους κανόνες φροντίδας της υγείας τους, ώστε να στραφούν για υπηρεσίες περίθαλψης από το νοσοκομείο στην κοινότητα. Η Π.Φ.Υ. που παρέχεται στην τοπική κοινότητα, δίνει την δυνατότητα στον πολίτη να συμμετέχει και να συνεισφέρει στην προστασία της υγείας του (Μωραϊτης, 2006α).

Οι περισσότερες προσπάθειες αναβάθμισης της Π.Φ.Υ., υποκρύπτουν την οικονομική διάσταση του θέματος, καθώς στις σύγχρονες κοινωνίες, η Π.Φ.Υ. βοηθά στην μείωση των εξόδων που συνεπάγεται για το κράτος η πολυδάπανη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Για να πετύχει η μεταρρύθμιση στην Π.Φ.Υ. πρέπει να επιλύσουμε μία σειρά από προβλήματα όπως είναι ο τρόπος χρηματοδότησης, η έλλειψη συντονισμού, η οργάνωση και διοίκηση προσωπικού, καθώς και η αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών με νέο σύγχρονο εξοπλισμό.

Τα νομοσχέδια τα οποία αφορούν θέματα σχεδιασμού και υποδομής απαιτούν μεγαλύτερη προετοιμασία του προσωπικού για τις αλλαγές. Φαίνεται ότι οι νόμοι προηγούνται των εξελίξεων που οι φορείς είναι προετοιμασμένοι να αποδεχτούν, γι αυτό και στην περίπτωση του Ν. 1397/83 πολλές από τις προτάσεις που περιελάμβανε παρέμειναν αδρανείς.

Πρέπει επίσης οι πολιτικοί μας να αποφασίσουν αν θέλουν να έχουμε ένα δημόσιο σύστημα υγείας σύμφωνα με το άρθρο του Συντάγματος που προβλέπει ότι η φροντίδα παρέχεται από το κράτος σε όλους τους πολίτες ισότιμα ή αν θέλουν να έχουν ένα ιδιωτικό Σύστημα Υγείας.. Οι διάφοροι ιδιωτικοί φορείς επίσης θα μπορούσαν με βάσει τα παραπάνω να δείξουν το κοινωνικό τους πρόσωπο χρηματοδοτώντας προγράμματα πρόληψης και θεραπείας, ενώ η ερευνητική δραστηριότητα θα μπορούσε να αναπτυχθεί μέσα από ολοκληρωμένα ερευνητικά σχέδια που θα προκύψουν από την συνεργασία Δημόσιου-Ιδιωτικού τομέα.

Η διασύνδεση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. πρέπει να γίνει μέσα από ένα ηλεκτρονικό σύστημα που θα συμπεριλάβει όλους τους τομείς παροχής της Π.Φ.Υ. δημόσιους και ιδιωτικούς. Αυτά μπορεί να είναι τα IDS (Integrated Delivery Systems) (Πολλάλης, 2007). Επίσης, θα πρέπει να οργανωθεί ο ηλεκτρονικός Φάκελος του Ασθενή, ο οποίος

θα περιλαμβάνει το ιατρικό ιστορικό του κάθε ατόμου, από την γέννησή του μέχρι τον θάνατό του. Αυτό προϋποθέτει να απευθύνεται στον οικογενειακό του γιατρό, ο οποίος θα τηρεί αυτόν τον φάκελο όπως συμβαίνει με το Αγγλικό Σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο Π.Ο.Υ. θεωρεί ότι ο οικογενειακός γιατρός μαζί με την ομάδα των ειδικών που πλαισιώνεται είναι το κλειδί για την επιτυχία της «Υγείας για Όλους» (Montegut 2007).

Η διασύνδεση των υπηρεσιών που αναφερθήκαμε πιστεύουμε ότι στην πραγματικότητα είναι ένα δύσκολο στην εφαρμογή του εγχείρημα. Η διασύνδεση προϋποθέτει να έρθουν κοντά κοινές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν τους οργανισμούς, προκειμένου να λύσουν κοινά προβλήματα με την ανάπτυξη μίας στρατηγικής μοιράσματος κοινών στόχων και την χρήση κοινής τεχνολογίας και μέσων για την επίτευξη των σκοπών αυτών. Γι αυτό προτείνουμε και φαίνεται ότι μπορεί να είναι πιο εφικτό να διασυνδεθούν οι υπηρεσίες μέσα από ένα σύστημα IT (Information Technology) που θα επιτρέπει οι επαγγελματίες ανά πάσα στιγμή να το χρησιμοποιούν, να καταγράφουν τα προβλήματα υγείας της περιοχής τους, να γνωρίζουν που υπάρχουν οι υπηρεσίες που χρειάζονται οι πολίτες, είτε είναι ιατρικές, είτε είναι κοινωνικές και να προτείνουν λύσεις. Θέματα εχεμύθειας του Ηλεκτρονικού Φακέλου του Ασθενή που πιθανόν τίθενται, θα μπορούσαν να επιλυθούν με ένα σύστημα απαγόρευσης στην πρόσβαση του αρχείου μέσω ειδικών κωδικών. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η προσπάθεια που γίνεται μέσω του Διαδημοτικού Δικτύου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης των ΟΤΑ είναι προς την σωστή κατεύθυνση, καθώς ενθαρρύνει κοινές δράσεις για την υγεία με την συνεργασία πολλών δήμων.

Επίσης ο Θεσμός του οικογενειακού γιατρού συνδυαζόμενος με τον Ηλεκτρονικό Φάκελο του Ασθενή (EPR) (Kounalakis et al, 2003), θα έλυνε πολλά από τα προβλήματα κατακερματισμού υπηρεσιών του συστήματος, ενώ ταυτόχρονα θα βοηθούσε στην κατεύθυνση συγκέντρωσης πληροφοριών για την υγεία των πολιτών. Αυτά τα στοιχεία θα μας επέτρεπαν να έχουμε ένα σχεδιασμό υπηρεσιών που θα είχε αντίκρισμα στις δαπάνες για την υγεία.

Από την έρευνά μας αναδείχτηκε μεν μέχρι ένα σημείο η δυσαρέσκεια των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας από την ποιότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ., όμως μεγαλύτερη αγωνία εξέφρασαν για την διατήρηση των υπηρεσιών, λόγω της δύσκολης οικονομικής συγκυρίας, της διατήρησης της σύνταξής τους, που θα τους επιτρέπει να αγοράζουν να φάρμακα τους και θα τους διασφαλίζει ένα στοιχειώδες επίπεδο ζωής. Επίσης διαφάνηκε η ανάγκη τους να προστατεύσουν τις υπηρεσίες αυτές, αφού δεν ήταν ιδιαίτερα αρνητικοί απέναντι στις υπηρεσίες. Φυσικά, δεν έλειψαν και αυτοί που ήταν ευχαριστημένοι με τις παροχές που λάμβαναν. Επίσης όλοι σχεδόν θα ήθελαν να είχαν οικογενειακό γιατρό και

αυτό φανερώνει μία ανάγκη που θα πρέπει να λάβει υπόψη της η εκάστοτε Κυβέρνηση και να υλοποιήσει αυτή την υπόσχεση που έχει δώσει εδώ και χρόνια. Γενικά, ήταν ευχαριστημένοι περισσότερο από τις υπηρεσίες που παρέχονται σε τοπικό επίπεδο και περικλείουν προσωπικές επαφές και επικοινωνία με τον γιατρό τους, αλλά λίγο ευχαριστημένοι από την γενική εικόνα του Ε.Σ.Υ. Προβληματική θεωρούν την έλλειψη προσωπικού, ενώ οι χώροι νοσηλείας έχουν βελτιωθεί κατά την γνώμη τους αρκετά.

Περαιτέρω θέματα για διερεύνηση αποτελούν, η διασύνδεση μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων και Δήμων, η αποτελεσματικότητα στη φροντίδα και η ικανοποίηση του ασθενή από το μέτρο της παρουσίας γιατρού στα ΚΑΠΗ, καθώς και η συνέχεια στην φροντίδα από το νοσοκομείο στην κοινότητα, ή η συνέχεια της συνεργασίας μέσα στο χρόνο ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών με το άτομο της Τρίτης Ηλικίας και η έκταση των θετικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν από αυτή.

Η Ελλάδα δεν στερείται επιστημονικού προσωπικού ούτε ιδεών και θα μπορούσε να αναπτύξει το δικό της Σύστημα Υγείας προσαρμοσμένο στις δικές της ανάγκες, ένα δικό της σύστημα που να ταιριάζει στον λαό της και στις προσδοκίες του. Φυσικά δεν αναμένεται να αποκτήσουμε ένα τέλειο σύστημα παροχής υπηρεσιών. Ούτε αναμένεται η οργανωτική του δομή και η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών να βελτιωθούν χωρίς επίπονη προσπάθεια. Χρειάζεται συντονισμένη δουλειά, αποφασιστικότητα εκ μέρους των διοικούντων και ενημέρωση της κοινότητας ώστε να αλλάξει νοοτροπίες χρόνων. Τα πολιτικά, βιομηχανικά, φαρμακευτικά, συνδικαλιστικά συμφέροντα πρέπει ταυτόχρονα να περιοριστούν.

Η κατάσταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει άμεσα να βελτιωθεί και κυρίως να αποτελέσει ένα μέρος ενός ευρύτερου και οργανωμένου πλαισίου του πληθυσμού. Η Π.Φ.Υ. συνάδει με τον σεβασμό του πολίτη και τα ανθρώπινα δικαιώματα του. Γιατί δίνει αξία στο άτομο, δημιουργεί την αίσθηση της ασφάλειας και το αίσθημα της φροντίδας από το κράτος του. Το να κρατάει τους ανθρώπους υγιείς μέσα από προληπτικές εξετάσεις, ενημερωτικές δραστηριότητες, φροντίδα μέσα στην κοινότητά τους και κάλυψη για οποιοδήποτε θέμα υγείας παρουσιαστεί, είναι η πιο σημαντική λειτουργία του Συστήματος Υγείας και αυτή βρίσκεται στα χέρια της Π.Φ.Υ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

(Παρακαλούμε σημειώστε με √ όσα ισχύουν)

1. ΦΥΛΟ

- 1 Άντρας 2 Γυναίκα

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- 1 Παντρεμένος/η 2 Ανύπαντρος/η 3 Χήρος/α
4 Σε διάσταση 5 Διαζευγμένος/η

3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

- 1 Δεν ολοκλήρωσε το Δημοτικό 2 Δημοτικό 3 Γυμνάσιο
4 Λύκειο 5 ΑΕΙ – ΤΕΙ 6 Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό
7 Άλλο, αναφέρατε.....

4. ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΗΤΑΝ :

- 1 0- 4500 € 2 4500-12000 € 3 12000-18000
4 18000 και άνω 5 Δεν ξέρω/δεν απαντώ

5. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:

- 1 ΙΚΑ 2 ΔΗΜΟΣΙΟ 3 ΟΓΑ 4 ΤΕΒΕ
5 ΑΛΛΟ

6. ΠΟΣΑ ΕΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΙΣΤΕ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ;

- 1 0-5 2 6-10 3 11-15 4 15 και άνω

7. ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΠΟΤΕ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΗ;

- 1 ΝΑΙ 2 ΟΧΙ

8. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΤΕ;

- 1 Πολύ 2 Λίγο 3 Πολύ λίγο 4 Καθόλου

9. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΣΑΣ;

- 1 Πολύ 2 Λίγο 3 Πολύ Λίγο 4 Καθόλου

10. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΗΘΩΣ ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ;

(Παρακαλούμε απαντήστε σημειώνοντας με √)

		Πολύ συχνά	Συχνά	Πολύ σπάνια	Σπάνια	Καθόλου
--	--	------------	-------	-------------	--------	---------

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

		4	3	2	1	0
10.1	Εξωτερικά Ιατρεία					
10.2	Ιδιωτικούς Γιατρούς					
10.3	Συνταγές Φαρμάκων					
10.4	Γενικές - Ειδικές Εξετάσεις					
10.5	Νοσηλεία στο σπίτι					

11 . ΟΤΑΝ ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:

(Παρακαλούμε απαντήστε σημειώνοντας με √)

		Πολύ συχνά	Συχνά	Πολύ σπάνια	Σπάνια	Καθόλου
		4	3	2	1	0
11.1	Υπάρχει προγραμματισμός για ραντεβού					
11.2	Υπάρχει μεγάλος χρόνος αναμονής για ραντεβού					
11.3	Είναι ευγενικό το ιατρικό προσωπικό					
11.4	Είναι ευγενικοί οι διοικητικοί υπάλληλοι					
11.5	Είναι ευγενικοί οι νοσηλευτές					
11.6	Το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων σας ικανοποιεί					
11.7	Οι χώροι είναι κατάλληλοι και καθαροί για την φροντίδα					
11.8	Είστε ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας					
11.9	Οι εισφορές που δώσατε στο ταμείο σας πιστεύετε ότι ανταποκρίνονται στην παροχή υγείας					

12. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΑΣ ΤΑΜΕΙΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ;

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

13. ΠΟΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ;

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

14. ΕΧΕΤΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ;

1 ΝΑΙ 2 ΟΧΙ



14.1 Θα προτιμούσατε να είστε συμβεβλημένος με κάποιον Οικογενειακό Γιατρό;

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

15. Πως θα χαρακτηρίζατε το σύστημα υγείας ;

1.Κατανοητικό 2.Καλό 3.Μέτριο 4.Κακό

16. Πιστεύετε ότι τα χρήματα που έχετε συνεισφέρει ως εργαζόμενος ήταν αρκετά ώστε να έχετε καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ;

1 ΝΑΙ 2 ΟΧΙ

17. Τι θα προτεινάτε για τη βελτίωση του συστήματος ασφάλισης σας

.....

.....

.....

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Descriptive Statistics

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Variables	Statistics												
	N	Range	Median	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation	Varian	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
ΦΥΛΟ	500	1	1	2	733	1,47	,022	,499	,249	,137	,109	-1,989	,218
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	500	4	1	5	989	1,98	,054	1,204	1,448	,880	,109	-,226	,218
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	500	6	1	7	1,Ε3	2,23	,047	1,046	1,093	1,566	,109	4,081	,218
ΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΑΣ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΗΤΑΝ:	500	4	1	5	1,Ε3	2,14	,029	,642	,412	2,097	,109	7,820	,218
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	500	4	1	5	822	1,64	,051	1,151	1,324	1,583	,109	1,092	,218
ΠΟΣΑ ΕΤΗ ΕΙΣΤΕ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	500	3	1	4	1,Ε3	2,35	,047	1,048	1,099	,322	,109	-1,080	,218
ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΗ	500	1	1	2	962	1,92	,012	,265	,070	-3,210	,109	8,335	,218
ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΣΑΣ	500	3	1	4	1,Ε3	2,64	,040	,887	,787	-,191	,109	-,675	,218
ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΣΑΣ	500	3	1	4	1,Ε3	2,08	,028	,618	,382	,612	,109	1,406	,218
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	500	4	0	4	563	1,13	,042	,947	,896	,743	,109	,354	,218
ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ	500	4	0	4	735	1,47	,052	1,157	1,340	,377	,109	-,923	,218
ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	500	4	0	4	2,Ε3	3,24	,042	,938	,879	-1,120	,109	,565	,218
ΓΕΝΙΚΕΣ-ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	500	4	0	4	2,Ε3	3,03	,041	,913	,833	-,802	,109	,292	,218
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	500	4	0	4	122	,24	,027	,604	,365	2,893	,109	9,078	,218
ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	500	4	0	4	2,Ε3	3,24	,035	,783	,614	-1,220	,109	2,355	,218

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕΓΑΛΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	500	4	0	4	1,Ε3	2,68	,048	1,073	1,152	-,820	,109	,037	,218
ΕΙΝΑΙ ΕΥΓΕΝΙΚΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	500	4	0	4	2,Ε3	3,80	,024	,538	,290	-3,525	,109	16,208	,218
ΕΙΝΑΙ ΕΥΓΕΝΙΚΟΙ ΟΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	500	4	0	4	2,Ε3	3,71	,026	,585	,342	-2,445	,109	7,820	,218
ΕΙΝΑΙ ΕΥΓΕΝΙΚΟΙ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	500	4	0	4	2,Ε3	3,77	,022	,503	,253	-2,630	,109	9,452	,218
ΤΟ ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΩΝ ΣΑΣ	500	4	0	4	1,Ε3	2,86	,033	,729	,531	-,337	,109	,364	,218
ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ ΟΙ ΧΩΡΟΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΙ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	500	4	0	4	2,Ε3	3,62	,031	,685	,469	-2,225	,109	6,141	,218
ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ	500	4	0	4	2,Ε3	3,44	,034	,751	,564	-1,150	,109	,674	,218
ΟΙ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΔΩΣΑΤΕ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΣΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΑΣ	500	4	0	4	1,Ε3	2,88	,035	,791	,626	-,410	,109	,094	,218
ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΑΣ ΤΑΜΕΙΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ;	500	3	1	4	695	1,39	,029	,650	,423	1,512	,109	1,348	,218
ΕΛΛΕΙΨΗ ΓΙΑΤΡΩΝ	500	4	0	4	588	1,18	,047	1,045	1,091	,808	,109	-,047	,218
ΕΛΛΕΙΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	500	4	0	4	710	1,42	,044	,985	,970	,332	,109	-,567	,218
ΜΗ ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	500	4	0	4	1,Ε3	2,43	,049	1,099	1,207	-,662	,109	-,404	,218

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΟΙ ΧΩΡΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	500	4	0	4	197	,39	,031	,696	,484	2,267	,109	6,349	,218
ΕΛΛΕΙΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	500	4	0	4	207	,41	,031	,695	,484	1,926	,109	4,053	,218
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	500	4	0	4	105	,21	,025	,550	,303	3,256	,109	12,450	,218
ΕΧΕΤΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ	500	1	1	2	912	1,82	,017	,381	,145	-1,707	,109	,917	,218
ΑΝ ΟΧΙ, ΘΑ ΠΡΟΤΙΜΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΟΙΚ.ΓΙΑΤΡΟ;	416	3	1	4	553	1,33	,035	,718	,515	2,440	,120	5,554	,239
ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	500	3	1	4	1,Ε3	2,48	,033	,734	,539	-,487	,109	-,336	,218
ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΧΡΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΣΥΝΕΙΣΦΕΡΕΙ ΩΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ ΗΤΑΝ ΑΡΚΕΤΑ ΩΣΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	500	1	1	2	527	1,05	,010	,226	,051	3,958	,109	13,724	,218
Valid N (listwise)	416												

-Ο μέσος όρος (mean) ο οποίος προκύπτει από τον λόγο των τιμών που έχει λάβει μία ερώτηση προς τον συνολικό αριθμό των ατόμων που απάντησαν κυμαίνεται μεταξύ 0,21 και 3,80.

-Η διάμεσος (median) σαν μέτρο κεντρική τάσης, χωρίζει μία μεταβλητή σε δύο ομάδες κατά αύξουσα ή φθίνουσα σειρά, δηλαδή βρίσκεται στην κεντρική θέση ή στο 50% των τιμών. Η διάμεσος στην εργασία μας κυμαίνεται μεταξύ 0 και 7 δηλαδή 3,5.

-Το εύρος (range) που προκύπτει από την αφαίρεση από την μεγαλύτερη τιμή της μικρότερης τοποθετείται μεταξύ 1 και 6.

-Η διακύμανση μεταβλητής (variance) αφορά τις τιμές που παίρνει μία μεταβλητή δηλαδή τον βαθμό διασποράς από τον αριθμητικό μέσο όρο και στην συγκεκριμένη εργασία κυμαίνεται μεταξύ 0,51 έως 1,448.

-Η τυπική απόκλιση (standard deviation) σαν μέτρο υπολογισμού διασποράς μίας μεταβλητής κυμαίνεται από 0,226 έως 1,204.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ

Συγκριμένα, οι πιο σημαντικές περιόδους ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα είναι οι εξής:

1953: Νόμος 2592/53: «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως». Δημιουργία των κοινοτικών σταθμών υγείας στις αγροτικές περιοχές, θεσμοθέτηση υγειονομικών περιφερειών.

1955: Νόμος 3487/55: «Περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών» Δημιουργία των κοινοτικών και αγροτικών ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις

1960: Νόμος 1204/60: «Περί του τρόπου παροχής ιατρικών φροντίδων υπό του ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ»

1961: Νόμος 4169/61: Η ίδρυση του σχήματος ασφάλισης του ΟΓΑ για τους αγρότες και τις οικογένειές τους

1968: Αποφασίζεται οι γιατροί να υπηρετούν υποχρεωτικά για 1-2 χρόνια σε αγροτικές περιοχές.

1978: Νόμος 828/78: Στελέχωση αγροτικών ιατρείων που παρουσίαζαν δυσλειτουργίες.

1980: Πρόταση Νόμου από τον τότε Υπουργό Υγείας κ. Δοξιάδη «Μέτρα για την προστασία της Υγείας» .

1983: Νόμος 1397/83: Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η λειτουργία Κέντρων Υγείας που κάλυπταν τον αγροτικό πληθυσμό, εξωτερικά ιατρεία στα νοσοκομεία και τις Πολυκλινικές του ΙΚΑ που κάλυπταν τον αστικό πληθυσμό.

1988: Π.Δ 376/1988 «Οργανισμός του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας(ΕΚΑΒ).

1992: Νόμος 2071/92. «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας» Διαχωρισμός (διοικητικός και οικονομικός) των Κέντρων Υγείας από τα μητροπολιτικά νοσοκομεία.

1994: Νόμος 2194/94 «Για την αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας» Συζήτηση για νέες βελτιώσεις . Προτάσεις από επιτροπές Εμπειρογνομόνων.

1995: Μεταφορά των Κοινωνικών Ασφαλίσεων από το Υγείας στο Εργασίας το οποίο μετονομάστηκε σε Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

1997: Ν.2519/1997 Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ. (προέβλεπε Αναδιοργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης με την θεσμοθέτηση του οικογενειακού γιατρού μέσα στα «Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»).

2000-1: Πρόγραμμα μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη»

Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».-Σύσταση των ΠΕ.Σ.Υ.

2003: Νόμος 3106/2003 Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις»

2004: Νόμος 3235/04 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2005: Νόμος 3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» τα Πε.Σ.Υ.Π μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας(Δ.Υ.Π.Ε)

2007: Σχέδιο Νόμου για την Π.Φ.Υ.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Ανάπτυξη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,

**Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία Πρόνοια» 2000-2006,
Ιατρικό Βήμα (2006)**

Οι προδιαγραφές των Αστικών Κέντρων Υγείας είναι τρεις:

- **Πολεοδομικές** (αφορούν θέματα γεωγραφικά, δημογραφικά, συγκοινωνιακά, κοινωνιο-οικονομικά, περιβαλλοντικά, επιδημιολογικά κ.α.)
- **Κτιριολογίες-Κτιριοδομικές** (κριτήρια για τους χώρους, τον εξοπλισμό, το κόστος κατασκευής, χώρος για εξεταστήρια, γραφεία ιατρών, χώροι υποδοχής,-αναμονής κλπ. Όσο αφορά τις Α΄βοήθειες, τμήμα βραχείας νοσηλείας, εργαστήρια (μικροβιολογικό, ακτινολογικό), χώρους παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, γραφεία προσωπικού, γραφεία συναφών επαγγελματιών, όπως φυσιοθεραπευτή κλπ. γραφεία τεχνικού προσωπικού, βοηθητικούς χώρους (αποθήκες, αποθήκες αναλώσιμων, ιατρικών μηχανημάτων, φαρμακείου, ιματισμού, θέρμανσης, εγκαταστάσεις πυρόσβεσης κλπ.)
- **Λειτουργικές** (αφορούν την στελέχωση των υπηρεσιών σε προσωπικό που να σχετίζεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, κατάλληλες ειδικότητες, αριθμός προσωπικού, διοικητική οργάνωση).

Οι υπηρεσίες που θα προσφέρονται στα Κέντρα Υγείας Αστικών Περιοχών είναι απαραίτητο να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια πρόληψη και κοινωνική φροντίδα. Αυτές είναι:

A. Ιατρικές Υπηρεσίες

- α) Πρόληψη (ενημέρωση του πληθυσμού, διάγνωση, υγιεινή στο χώρο εργασίας, σχολική υγιεινή, εμβολιασμοί, οδοντιατρικός έλεγχος, αισθητηριακός έλεγχος, καρδιολογικός έλεγχος, βιβλιάρια υγείας)
- β) Διάγνωση και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη (συνέντευξη, κλινική εξέταση διάγνωση και θεραπεία απλών περιπτώσεων, οικογενειακός και προσωπικός γιατρούς, γιατρούς ειδικοτήτων, εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικές, ακτινολογικές υπέρηχοι, οδοντοπροσθετική)).
- γ) Α΄Βοήθειες (μικροεπεμβάσεις, προετοιμασία ασθενή για εισαγωγή σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα)
- δ) Φυσική Ιατρική – Αποκατάσταση (φυσιοθεραπεία, υδροθεραπεία κλπ., ασκήσεις)

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ε) Οικογενειακή Ιατρική με εφαρμογές Πληροφορικής (εκπαίδευση μέσω διαδικτύου, τήρηση αρχείου ιατρικών ιστορικών, εφαρμογή λογισμικού για τα φάρμακα, κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεικτών υγείας, χρήση εφαρμογών όπως η τηλεματική, τηλεδιάσκεψη και τηλεϊατρική.

στ) Εκπαίδευση Γιατρών και λοιπού Προσωπικού (ομιλίες, επιστημονικές προβολές κα.)

Β. Νοσηλευτικές Υπηρεσίες

α) Βραχεία Νοσηλεία για ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς σε έκτακτες περιπτώσεις ή για παρακολούθηση κατά την ανάρρωση

β) Θάλαμος μόνωσης για ειδικά περιστατικά

Γ. Κοινωνικές και Συμβουλευτικές Υπηρεσίες

α) Πληροφόρηση και συμβουλές για θέματα αγωγής υγείας, αντισύλληψη, αλκοολισμό, ναρκωτικά, αιμοδοσία, κάπνισμα κα.

β) Οικογενειακός προγραμματισμός

γ) Κοινωνική φροντίδα των νέων

Δ. Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες

α) Παροχή φαρμάκων

β) Νοσηλεία στο σπίτι

γ) Προστασία μητρότητας

δ) Παράδοση μαθημάτων ανώδυνου τοκετού

ε) Διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού

στ) Οργάνωση τράπεζας αίματος

ζ) Τηλεφωνική Συμβουλευτική Υπηρεσία

Ε. Διοικητικές Υπηρεσίες

α) Υπηρεσία προγραμματισμένων επισκέψεων δικαιούχων

β) Γραφείο πληροφοριών και Προσανατολισμού των προσερχόμενων επισκεπτών-ασθενών

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ Α΄ ΤΜΗΜΑΤΟΣ:

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΩΝ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΝΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΚΥ&Π Ι

1. Ν. 1397/83/ΦΕΚ 143 Α΄/1983

Άρθρα : 14 (Σύσταση ΚΥ και ΠΙ , 15(Σκοπός),17 (ΚΥ αστικών περιοχών), 18 (Οργάνωση και λειτουργία ΚΥ μη αστικών περιοχών),19(Σύνδεση ΚΥ με Νοσοκομεία)

2. Ν.1579/85/ΦΕΚ 217 Α΄/1985

3. Ν.1759/88/ΦΕΚ 50 Α΄/1988

4. Ν. 2071/92/ΦΕΚ 123 Α΄/1992

Άρθρα: 15 (ΚΥ και Υγειονομικοί Σταθμοί)Τα ΚΥ μεταφέρονται από τα νοσοκομεία στις Δ/νσεις Υγείας των νομαρχιών

5. Ν. 2194/94/ ΦΕΚ 34 Α΄/1994

Άρθρα :1 και 5 (Επιαναφορά των ΚΥ και των ΠΙ στην αρμοδιότητα των νοσοκομείων) Επιαναφορά των διατάξεων του Ν.1397/83 σε ισχύ, για τα ΚΥ

6. Ν .2345 /95 / ΦΕΚ 213 Α΄/1995

Άρθρο 6(Ειδικά ΚΥ και ΠΙ)

7. Ν. 2519/ 97/ ΦΕΚ 165 Α΄/1997

Άρθρο 27 (Πολυδύναμα ΠΙ – Ομάδες και Κέντρα εφημερίας ΠΙ)

8. Ν. 2646/ 98/ΦΚ 236 Α΄ 1998

9. Ν . 2889/ 01/ ΦΕΚ 37 Α΄/2001

Άρθρα :1,παρ.4 (Μετατροπή των ΚΥ και των ΠΙ τους σε μονάδες των ΠεΣΥΠ),

15, παρ.4 και 5 (Μεταβατικές διατάξεις αναφορικά και με την έναρξη λειτουργίας των ΚΥ ως μονάδων του ΠεΣΥΠ)

10 . Ν3172 /03 /ΦΕΚ 197 Α΄/2003

Άρθρα :23 (Πολυδύναμα ΠΙ), **24** (Δ/ντες-προϊστάμενοι των ΚΥ)

11 . Ν. 3209/ 03/ΦΕΚ 304 Α΄/2003

Άρθρο 24(κάλυψη ΚΥ σε φάρμακα από τα νοσοκομεία)

12.Ν.3106/03/φεκ 30 α/10.2.03

Άρθρο 9 (Συγχώνευση των ΙΑΚ σε Κέντρα Υγείας)

13.Ν.3235/04/ΦΕΚ 53 Α΄/2004

Άρθρα :1 (Σκοπός ,έννοια, περιεχόμενο ΠΦΥ) , **2**(Παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ),

3(Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα ΚΥ),**4**(Ίδρυση ΚΥ),**5**(Οργανισμός των ΚΥ

Ο.Κ.Α)κ.τ.λ

14.N.3329/2005ΦΕΚ81Α΄/2005

Άρθρο :4,10,13

15.N.3370/2005ΦΕΚ 176 Α΄/2005

Άρθρο:50

16.N.3527/2007 ΦΕΚ 25/Α

Τρίτο άρθρο

17.N,3293/04/ΦΕΚ 231 Α/04(σύσταση και λειτουργία «ΑΕΜΥ ΑΕ»).

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ Β' ΤΜΗΜΑΤΟΣ :
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

**Α. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΡΟΥΣ ΚΑΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ Ι.Δ. ΦΟΡΕΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

1. Β.Δ. 521/1963 Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως του υπ. αριθμ 451) 62 Β.Δ. «περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως των διατάξεων περί ιδιωτικών κλινικών, εργαστηρίων και οδοντιατρείων»
2. Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ /Α/1992) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας
3. Ν. 2256/1994 (ΦΕΚ 196/Α/1994) άρθρο 4 «Συμβούλια κρίσης και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού και άλλες διατάξεις»
4. Π. Δ 84/2001(ΦΕΚ 70/Α/2001) «Όροι και προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας(Π.Φ.Υ.)»
5. Ν.3106/2003 (ΦΕΚ 30/Α/2003) άρθρο 19 « Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις»
6. Π/Δ 228/2004 (ΦΕΚ212/Α/2004) «Τροποποίηση του Π. Δ/τος 84/2001(ΦΕΚ 70/Α/2001) «Όροι και προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας(Π.Φ.Υ.)»
7. Ν.3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α/2003) άρθρο 43 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνική Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
8. Ν. 3370/2005 (ΦΕΚ 176/Α/2005) «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» (κατάργηση του άρθρου 3 Π. Δ/τος 228/2004).
9. Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ 287/Α/2005) «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας»
10. Ν.3627/2007 (ΦΕΚ 292/Α/2007) άρθρο 6 παρ. 3 παράταση της προθεσμίας προσαρμογής των Ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

**Γ. ΜΟΝΑΔΕΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (Μ.Χ.Α.) ΕΚΤΟΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ**

1. Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/1998) άρθρο 31 «Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις»
2. Π.Δ. 225/2000 (ΦΕΚ 194/Α/2000) «Καθορισμός κριτηρίων κατά περιφέρεια και περιοχή όρων, προϋποθέσεων, τεχνικών προδιαγραφών, απαραίτητου εξοπλισμού, επιστημονικού και λοιπού προσωπικού για την έγκριση σκοπιμότητας και την ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης εκτός Νοσοκομείων και Κλινικών»
3. Συμβάσεις με ασφαλιστικούς οργανισμούς
 - α) Κ.Υ.Α. Υ3β/Γ.Π. 555522002 (ΦΕΚ 741/Β/2002) « Ρύθμιση θεμάτων που αφορούν τη σύναψη συμβάσεων των Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης εκτός Νοσοκομείων και Κλινικών με φυσικά ή νομικά πρόσωπα και ασφαλιστικούς οργανισμούς και ταμεία για την κοστολόγηση της αιμοκάθαρσης»
 - β) Υ3β/Γ.Π.οικ. 64381/2003 (ΦΕΚ 930/Β/2003) «Τροποποίηση και συμπλήρωση της Υ3β/Γ.Π.οικ 55552/2002 (ΦΕΚ 741/Β/2002) Κ.Υ.Α. «Ρύθμιση θεμάτων που αφορούν τη σύναψη συμβάσεων».
4. Απόφαση Υ3β/Γ.Π./οικ.37564 (ΦΕΚ 423/Β/2007) «Κοστολόγηση Αιμοκάθαρσης».
5. Ν. 3527/2007 (ΦΕΚ 25/Α/2007) άρθρο 6 παρ. 3 τροποποίηση της πρώτης παραγράφου του άρθρου 31 του Ν. 2646/1998

Β. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΟΠΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΩΝ

1. Ν. 971/1979 (ΦΕΚ 223/Α/1979) «Περί ασκήσεως του επαγγέλματος του οπτικού και καταστημάτων οπτικών ειδών»
2. Υπουργική απόφαση Α4β/1492/1980 «Καθορισμός εξοπλισμού εργαστηρίων οπτικών καταστημάτων»
3. Υπουργική Απόφαση 949/1981 (ΦΕΚ 388/Β/1981) «Περί όρων και διαδικασίας χορηγήσεως άδειας διαθέσεως και εφαρμογής οπτικών φακών επαφής»
4. Υπουργική απόφαση Α4/οικ.2503/1982 (ΦΕΚ 717/Β/29-9-1982) «Τροποποίηση της αριθμ. 249/22.6.1981 αποφάσεως του Υπουργού

Κοινων. Υπηρεσιών, περί όρων διαδικασίας χορηγήσεως αδείας διαθέσεως και εφαρμογής οπτικών φακών επαφής»

5. Υπουργική Απόφαση αριθ. Α2δ/5294/1985 (ΦΕΚ 710/Β/1985) «Κυκλοφορία υγρών φακών επαφής»
6. Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α/1992) άρθρο 128 «Κατάργηση χορηγήσεως τίτλου προσωπικής ικανότητας οπτικού»
7. Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α/1998) άρθρο 27 «Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις»
8. Ν. 3204/2004 (ΦΕΚ 296/Α/2003) άρθρο 21 «Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το ΕΣΥ και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας».
9. Ν. 3661/2008 (ΦΕΚ 89/Α/2008) άρθρο 14 τροποποίηση της παρ. 3 του άρθρου 21 του Ν. 3204/2004

Δ. ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑΤΟΣ- ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

1. Ν. 2519/97(ΦΕΚ 165 τ.Α΄) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».
2. οικ.3215/98 Υπουργική απόφαση «προϋποθέσεις εγκατάστασης και λειτουργίας Μονάδων αδυνατίσματος και Διαιτολογικών μονάδων».
3. Α5 οικ.4564/98(ΦΕΚ 919 τ.Β΄) Τροποποίηση και συμπλήρωση της οικ. 3215/98 Υπουργικής απόφασης «προϋποθέσεις εγκατάστασης και λειτουργίας Μονάδων αδυνατίσματος και διαιτολογικών μονάδων».
4. Υ3β/14185/04(ΦΕΚ 246 τ.Β΄) «Τροποποίηση και συμπλήρωση της οικ.3215/98)» (δεν ισχύει).
5. Υ3β οικ. 107718/22-8-07 (ΦΕΚ 1698 τ.Β΄) «Συμπλήρωση της αριθ.3215/98 Υ.Α. ...και κατάργηση της Υ3β/οικ.14185/04».

Ε. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ

1. Ν.Δ. 361/69(ΦΕΚ 244 τ.Α) « περί ασκήσεως του επαγγέλματος του αισθητικού».
2. Γ4ε/5258/70(ΦΕΚ 426 τ.Β΄) «περί ρυθμίσεως λεπτομερειών εφαρμογής» του αριθ. 361/69 Ν.Δ/τος «περί ασκήσεως του επαγγέλματος του αισθητικού».
3. Υ7οικ.3971/94 (ΦΕΚ 433 τ.Β΄) «Τροποποίηση της Γ4ε/5258/70...»
4. Α5/2005/99 (ΦΕΚ 749 τ.Β΄) Υπουργική απόφαση «Τροποποίηση ρυθμίσεως λεπτομερειών εφαρμογής του 361/69 ...
5. Υ3β/οικ.15543/1-2-08(ΦΕΚ 230 τ.Β΄) «Τροποποίηση και συμπλήρωση της αριθ.Α5/2005...»

Ζ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Π.Δ. 29/897(ΦΕΚ τ.Α). «Εργαστήρια φυσικοθεραπείας».

ΣΤ. ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

1. Ν.Δ. 1666/86 (ΦΕΚ 200 τ.Α) «Οδοντοτεχνικό επάγγελμα-Οδοντοτεχνικά εργαστήρια κα άλλες διατάξεις».
1. Α4β/1016/88 (ΦΕΚ 214 τ. Β΄) Υπουργική απόφαση «Προδιαγραφές χώρου εγκατάστασης οδοντοτεχνικού εργαστηρίου και εξοπλισμός» .
2. Α4β/οικ.2352/88 Υπουργική απόφαση «Καθορισμός δικαιολογητικών για τη χορήγηση άδειας ιδρύσεως και λειτουργίας οδοντοτεχνικού εργαστηρίου » .

ΤΜΗΜΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΤΜΗΜΑ Γ΄

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Ν. 1036/1980 (ΦΕΚ 66 Α΄/1980) Άρθρο 3
Τροποποιήθηκε συμπληρώθηκε με:
Ν. 1278/1982 (ΦΕΚ 105 Α΄/1982) Άρθρο 3
Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α΄/1983) Άρθρο 22
Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α΄/1992) Άρθρο 16

ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ

Ν. 1609/1986 (ΦΕΚ 86 Α΄/1986)
Ερμηνευτική Νόμου:Υπουργική Απόφαση Α3Β/ οικ. 2799/1987 (ΦΕΚ 103 Β΄/1987)

ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Υπουργική Απόφαση Α2α/οικ. 5648/1976 (ΦΕΚ 1425 Β΄/1976)

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Π.Δ. 867/1979 (ΦΕΚ 249 Α΄/1979)

ΣΥΣΤΑΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΒΡΕΦΩΝ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ:

ΠΔ 534/1979 (ΦΕΚ 164 Α΄/1979)

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Ν. 2619/98 (ΦΕΚ 132 Α΄/1998) Σύμβαση ΟΒΙΕΔΟ
«Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της ιατρικής».
Άρθρο 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 30, 31
Το άρθρο 31 του εν λόγω Νόμου προβλέπει την έκδοση σχετικού Πρωτοκόλλου.
Φ 0546/1/ΑΣ 723/Μ. 4898 (ΦΕΚ 244 Α΄/1998)
«Έγκριση πρωτοκόλλου στην Σύμβαση για την προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του ανθρώπινου όντος». [Απαγόρευση Κλωνοποίησης]
Ν. 2667/1998 (ΦΕΚ 281 Α΄/1998)
«Σύσταση Εθνικής Επιτροπής για τα δικαιώματα του ανθρώπου και Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής».
Ν. 2101/1992 (ΦΕΚ 192 Α΄/1992)
«Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού»

ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α΄/1992)
Άρθρο 59 «Σύσταση και λειτουργία μονάδων Τεχνητής Γονιμοποίησης »
Ν. 3089/2002 (ΦΕΚ 327 Α΄/2002)
«Ιατρική Υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή».
Ν. 3305/2005 (ΦΕΚ 17 Α΄/2005)
«Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής».
Π.Δ. 26/2008 (ΦΕΚ 51 Α΄/2008)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνικές Βιβλιογραφικές Αναφορές

Αδαμάκη Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., (2008), Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, Νοσηλευτική, 47(3):320-333

Αθανασάκης Κ., Καρέλα Α, Καραμπλή Ε, Κυριόπουλος Ι, Λιονής Χ., Μυλωνά Κ., Σουλιώτης Κ., Τριτάκη Γ, Τσιάκου Β., (2009), Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία, Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

Αλεβίζος Α, Ανδριώτη Δ., Ασκερίδης Κ., Γκρέγκορ Σ., Ηλίαση Π., Καραμπλή Ε., Κορνάρο Ε., Κουρέα-Κρεμαστινού Τ., Κτενάς Ε., Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Μαραγιάννης Κ., Μαριόλης Α., Μερικού Κ., Μίχας Κ., Μπέλλος Γ., Ολλανδέζος Μ., Ρουμελιώτη Α., Σαμανίδου Α., Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α., (2007), Η δημόσια υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Αθήνα Παπαζήσης

Αλτάνης, Π., (1998), Εκτίμηση των αναγκών στην Α΄Βάθμια Φροντίδα Υγείας, Πτυχιακή Εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τομέας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα

Αντωνοπούλου Μ, (1997) στο Οικονόμου Χ. (2004:228), Πολιτικές Υγείας Στην Ελλάδα &Τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Διόνικος, Αθήνα

Βλάσσης Γ., (2008), Σημειώσεις από το μάθημα Συστήματα Υγείας Κεφ. 2, σελ. 13, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην «Διοίκηση Υγείας», Πανεπιστήμιο Πειραιά

Γείτονα, Μ., (1996), Πολιτικές Ελέγχου του Κόστους, στο Πρακτικά Ημερίδας: Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Παρ. Μακεδονίας-Θράκης, Θεσσαλονίκη

Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος, Γ., (2002α), Η δημόσια υγεία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαλήθης Τ., (2002), Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα, Αθήνα, Θεμέλιο

Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Δανηλίδου Ν., Κυριόπουλος Γ., (2002β) «Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας από τα ΚΑΠΗ» στο Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαλήθης Τ., 2002:164-182), Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα, Αθήνα, Θεμέλιο

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (2000), Τα δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία: Συγκλίσεις προς μία ενιαία υγειονομική αγορά, στο Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου, Τ., Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Θεμέλιο, Αθήνα

Γκόλνα, Χ., Σουλιώτης Κ. (2006:42), Δημογραφική Γήρανση και Πολιτική Υγείας, στο Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Αθήνα, Παπαζήσης

Δαρδαβέσης Ι., (2009), Δημόσια Υγεία και Κοινωνική πολιτική Πρακτικά Συνεδρίου (επιμέλεια Γ. Κυριόπουλος) Αθήνα Παπαζήσης

Δαρδαβέσης Ι. (1999), Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

Δόλγερας Α., (2000) στο Οικονόμου Πολιτικές Υγείας Στην Ελλάδα & Τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Αθήνα, Διόνικος, 2004:229)

Δούκα Μ, Παπαδόπουλος Ι., (2008), Φροντιστές, μια ξεχασμένη Ομάδα του Πληθυσμού, Περιοδικό ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ, Τεύχος 61:12, Ιούλιος –Αύγουστος –Σεπτέμβριος

Ζηλίδης Χ., (1988β), Αξιολόγηση των πρωτοβαθμίων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού, Αθήνα

Θεοδωράκης Π. (2007) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: εννοιολογική προσέγγιση στο Σουλιώτης (2007:453), Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Αθήνα, Παπαζήσης

Θεοδώρου Μ., Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Φαρατσέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ., (2005), Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, στο: Υπουργείο Υγείας και Κοιν. Αλληλεγγύης, Γ' Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (επιμ.) Θεωρία και πρακτική της Π.Φ.Υ., Πειραιάς, σελ. 23-44

Θεοδώρου Μ., (2000), Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Λύση ή Υπεκφυγή;, στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου, Τ., Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Θεμέλιο, Αθήνα

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1996), Συστήματα Υγείας και ελληνική πραγματικότητα, Ελληνικό Τμήμα Ευρωπαϊκής Ένωσης Νέων Managers Υγείας, Αθήνα

Θηραίος Ε, Γιαμαλάκης Ν., Λύκου Ε., Πύλλη Μ., Μπέλος Γ., Οικονομοπούλου Χ., Μωραϊτης Ε., (2003), Λειτουργική Διασύνδεση και συνεργασία του προσωπικού των Κέντρων Υγείας του Β' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 15, Τεύχος 3, 176-183

Ιατρικό Βήμα, (2006), Ανάπτυξη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία Πρόνοια» 2000-2006, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2006

Κανδυλάκη Α. και Καραγκούνης, (2005:330), Φροντίδα στην κοινότητα και «Βοήθεια στο Σπίτι» μια πρόκληση για την τοπική αυτοδιοίκηση στο Ζαϊμάκης –Κανδυλάκη, Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας εκδόσεις Κριτική

Καραχάλιου Ε. (1992), Πρακτικά 3^{ου} Γεροντολογικού Συνεδρίου, της Ελληνικής Γεροντολογικής Εταιρείας, Περιοδικό Νοσηλευτικά Χρονικά, Αθήνα

Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Κ., (2005), Σύγχρονες προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας, Τέσσερις κρίσιμες νομοθετικές παρεμβάσεις, εκδ. Σάκκουλας Α., Αθήνα

Κοντιάδης Ξ, Καλατζής Ν, Μίχος Λ., Μπιτσάνη Ε., Τσέκος Θ., (2006), Κοινωνική Πολιτική και Τοπική Αυτοδιοίκηση, www.ita.org.gr,

Κουτής Α., (1992), Αλλαγή παραδείγματος στην Ιατρική: Η εισαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεύχος 4, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ., Ανδριώτη Δ., Boerma, W. (1995) «Υπηρεσίες Φροντίδας στο σπίτι στην Ελλάδα» στο Κοινωνική Εργασία ,τχ.38,σ.79-89

Κυριόπουλος, Γ., (1996), Η πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: το Πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του, στο Κυριόπουλος Γ., και Φιλαλήθης, Τ., (επιμ.), Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ., (1997), Ισότητα ή Ελευθερία στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας: Το Πραγματικό Πολιτικό Δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, στο Κυριόπουλος Γ, Σισσούρας Α. (επιμ.), Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη, Θεμέλιο, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Μ.Π., Οικονόμου Χ, Τσάκος Γ., Φιλαλήθης Α. κα. (2000), Η πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 12, Τεύχος 4, 169-188

Λιαρόπουλος, Λ., (2008), Οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ομιλία σε Ημερίδα του Ψ.Ν.Α. (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, Δαφνί)

Λιονής Χ., Μερκούρης, Μ.Π. (2000), Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 12, Τεύχος 1, 7-9

Μάτης Α, Δρακόπουλος Β,(1999) Απασχόληση και Ασφάλιση στον Αγροτικό Τομέα της Ελλάδος, στο Οικονόμου Πολιτικές Υγείας Στην Ελλάδα & Τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες Διονικος,2004:228)

Μερκούρης ΠΜ., (1995), Η Γενική Ιατρική στην Τρίτη ηλικία, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Τόμος 7, 3:135

Μόσιαλος, Η. Πρόλογος, στο Οικονόμου (2004:19) Πολιτικές Υγείας Στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες. Αθήνα, Διόνικος,

Μπένος, Α., (2000), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000, Ιατρικά Θέματα, τευχ. 16, Θεσσαλονίκη

Μπένος Α., (1995), Ανταγωνισμός ή Αλληλεγγύη, Η πρόταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών, Θεμέλιο, Αθήνα

Μποστανίτης Ι, Τσαλίδου Μ., (2008), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από τη Μεταπολίτευση μέχρι Σήμερα, Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 19, Τεύχος 114, 18-22

Μπουλουτζά Π., (2007), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο «νέο Ε.Σ.Υ.», Εφημερίδα Καθημερινή, 25-9-07

Μωυσίδης, Α., Ανθοπούλου Θ, ΝΤΥΚΙΝ,Μ .Ν. (2002),Οι ηλικιωμένοι στον Αγροτικό χώρο στην Ύπαιθρο χώρα: Μετασχηματισμοί και Σύγχρονα Δεδομένα του Αγροτικού Κόσμου στην Ελλάδα, Αθήνα, ΚΕΚΜΟΚΟΠ, Gutenberg.

Μωραΐτης Ε., (2006α), Πολιτική για την Π.Φ.Υ., Σημειώσεις Μαθήματος, Παν/μιο Θεσσαλίας

Μωραΐτης Ε., (2006β), Οι Σύγχρονες Τάσεις Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας»

Μωραΐτης Ε., (1996), Μία ρεαλιστική πρόταση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα, στο Κυριόπουλος Γ., και Φιλαλήτης, Τ., (επιμ.), Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα

Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν. (1995), Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα

Νιάκας Δ., (1993), Η Οργάνωση και Ανάπτυξη του ΕΣΥ ως Πλαίσιο Περιφερειακής Πολιτικής Υγείας, στο Νιάκας Δ., Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη, Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

Οικονόμου Χ. (2004:225), Πολιτικές Υγείας Στην Ελλάδα & Τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες Διόνικος, Αθήνα

Οικονόμου Χ., (1994), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Η Εφαρμογή του Θεσμού των Κέντρων Υγείας, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Έκδοση Επιστημών και Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος 3, Τεύχος 2:83-95

Παγοροπούλου Α.(2000), Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας , Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα

Πατούλης Γ., (2007), Τοπικά Κέντρα Πρόληψης στους Δήμους: Μία νέα πρόκληση για τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 19(4):164-169

Περάκος, Γ. (2008:17), Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας &Τοπική κοινωνία, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση

Πολλάλης, Γ., (2007), Διαχείριση της Ζήτησης Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και Ολοκληρωμένα Συστήματα Παροχής Φροντίδας Υγείας, ΑΩ Ενημερωτικό Δελτίο, Τεύχος 36, Ιούνιος 2007

Ρομπόλης Σ. Μπάγκαβος Χ., Ρωμανιάς, Γ., (2003), Δημογραφικές εξελίξεις και Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα στο Βενιέρης Δ, Παπαθεοδώρου Χ, Η Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα, Προκλήσεις, Προοπτικές, Ελληνικά Γράμματα

Σιγάλας, Ι., (1996), Προσφώνηση στα Πρακτικά Ημερίδας με θέμα: Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας-Πρόνοιας, Παράρτημα Μακεδονίας Θράκης, Θεσσαλονίκη

Σολωμός, Γ., (1996), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα, στο Κυριόπουλος Γ., και Φιλαλήθης, Τ., (1996:160), (επιμ.), Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα

Σούλης Σ. (1999) όπως αναφέρεται στο Πιερράκος Γ. (2008:19), Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας & Τοπική κοινωνία, Αθήνα εκδόσεις Παπαζήση

Σουλιώτης Κ., (2007), Η παροχή Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, η Αναγκαιότητα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 19(4):170-177

Σουλιώτης Κ., Λιονής Χ., (2003), Λειτουργική ανασυγκρότηση της Π.Φ.Υ.: Μία πρόταση για την άρση του αδιεξόδου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 20, τεύχος 5.

Σουλιώτης Κ., Μαριόλης Α. (2004), Η διαμόρφωση ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 16, Τεύχος 2, 87-93

Σουλιώτης, Κ. (2000), Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα

Συμεωνίδης Α., (2000), Ανθρώπινοι πόροι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου, Τ., Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Θεμέλιο, Αθήνα

Τερζή Γ. (2000), Κατανάλωση φαρμάκων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Τάσεις, Μέθοδοι Αξιολόγησης, Προτάσεις, στο Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου, Τ., Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Θεμέλιο, Αθήνα

Τούντας, Γ., (2006), Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, Οδυσσέας/Νέα Υγεία

Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ, Χουλιάρα Λ., (2003), Έρευνα γνώμης και ικανοποίηση των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5):497-503

Τσάκος Γ. (2000), Μέτρηση Αποτελεσματικότητας και Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμασίες :Φιλοσοφία και Χαρακτηριστικά , στο Δόλγερας Α. -Κυριόπουλος Γ, (επιμ.), Ισότητα ,Αποτελεσματικότητα στις υπηρεσίες υγείας, Θεμέλιο, Αθήνα

Τσαλίκης Γ., (1996), Η αμφιδέξια πολιτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στο βιβλίο Κυριόπουλος Γ., και Φιλαλήθης, Τ., (επιμ.), Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα

Υφαντόπουλος Γ., Νικολαΐδου Κ.Ε. (2008), Η στατιστική στην κοινωνική έρευνα, εκδ. Gutenberg, Αθήνα

Υφαντόπουλος Γ., (2006), Τα Οικονομικά της Υγείας, Αθήνα, Τυπωθώτο

Φιορέτος Μ., Διαμαντόπουλος Θ., Σαββάκη Μ., Λιονής Χ., (1994), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Σημερινή κατάσταση και προϋποθέσεις μελλοντικής ανάπτυξης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 6, 3:31:13

Χανιώτης Φ.Ι., (1999:22-25), Εγχειρίδιο Γηριατρικής, Αθήνα, εκδ. Λίτσα

Αγγλικές Βιβλιογραφικές Αναφορές

Bernabei R., Landi F., Gambassi G., Sgadari A., Zuccala G., Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P., (1998), Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community, British Medical Journal, 316:1348-51

Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H., (2005), Evercare Evaluation Interim Report: Implications for Supporting People with Long-term Conditions in the NHS. Executive Summary, www.npcrdc.ac.uk

Drennan V., Lliffe S., Haworth D, Tal S.S., Lenlhan P., Deave T., (2005), The feasibility and acceptability of a specialist health and social care team for the promotion of health and independence in “at risk” older adults, Health and Social Care in the Community, 13(2), 136-144

Elkan R, Kendrick D, Dewey M., (2001), Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal, 323, 719

Geitona M., Petsetaki, E., Kyriopoulos J., (2008), Health Reform in Greece: conflicting values in the political and social arena, Παρουσίαση, Assessed 20/11/08

Hudson AJ, Moore LJ, (2006), A new way of caring for older people in the community, Nursing Standard, 20, 46, 41-47

Kounalakis D.K., Lionis, C., Okkes, I., Lamberts H., (2003), Developing an Appropriate EPR System for the Greek Primary Care Setting, Journal of Medical Systems, Vol. 27, No 3, 239-246

Lampsas P., Vidalis I., Papanikolaou C., Vagelatos A., (2002), Implementation and Integration of Regional Health Care Data Networks in the Hellenic National Health Service, Journal of Medical Internet Research, Vol. 4, No 3

Mariolis, A., Mihas K., Alevizos A., Mariolis-Sapsakos T., Marayiannis, K., Papathanasiou M., Gizlis V., Karanasios D., Bodossakis M., (2008), Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece, BMC Health Services Research, 8:124.

Montegut A. J., (2007), To Achieve “Health for All” we must shift the World’s Paradigm to “Primary Care Access for All”. The Journal of the American Board of Family Medicine, 20 (6), 514-517

Nikolentzos A., (2008), Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983-2001)?, Journal of European Social Policy, vol. 18, no 2, 163-176

OECD,(1996), Ageing in OECD countries. A critical policy challenge, Paris,pp.51-64

Robson, C., (2007), Η έρευνα του πραγματικού κόσμου, Αθήνα, εκδ. Gutenberg

Van Ree J. (2004), The Role of Primary Care in Public Health. In R. Jones et al. Eds. Oxford Textbook of Primary Medical Care, vol. I, pp. 43-50, OUP

Witton M. (2005), Meeting the holistic needs of dependent older people, Nursing Standard, 20, 13, 41-50

World Health Organization (WHO), (1996), Health Systems in Transition, Greece, Regional Office for Europe

World Health Organization (WHO), (1994), Making Medical Practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor, Geneva

World Health Organization (WHO), (1983), *The Principles of Quality Assurance*. Regional Office for Europe:3-7, Copenhagen

World Health Organization (WHO), UNISEF, Alma-Ata (1978), Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, WHO, Geneva

Ιστοσελίδες

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2000), Πρόγραμμα «Υγεία για τον Πολίτη», Συνοπτική παρουσίαση, Αθήνα, Ιούλιος 2000, ή www.yyp.gr/GR/YGEIA/yegeia.HTM

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (1998), Δημογραφική Έκθεση 1997, COM (97) 361, Λουξεμβούργο, www.europarl.europa.eu

<http://oae.gr>

<http://www.50plus.gr/kifi>

www.observatory.gr/files/meletes ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, Έκδοση 5, 2007

<http://www.egov-peristeri.gr>

Ε.Σ.Υ.Ε. (2009), www.statistics.gr

Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης των ΟΤΑ, www.dgy.gr