

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ  
ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

***Αναστασία Λιούτα***

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2021

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ  
ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

**Αναστασία Λιούτα, Α.Μ.: ΟΔΥ/1820**

Επιβλέπουσα: Σταματίνα Χατζηδήμα, καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2021

---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONERS IN  
PRIMARY HEALTH CARE**

**Anastasia Liouta**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2021

*Στην οικογένειά μου*

## Ευχαριστίες

Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια και διευθύντρια του μεταπτυχιακού προγράμματος Σταματίνα Χατζηδήμα για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζω και στην κυρία Πολυξένη Δράκου, οικογενειακό ιατρό στην 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Νίκαιας-Αγ. Ιωάννη Ρέντη, καθώς και στην κυρία Ελίνα Δημητριάδη, οικογενειακό ιατρό στην 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κορυδαλλού, για την βοήθειά τους στη διανομή και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τέλος θα ήθελα επίσης να εκφράσω την ευγνωμοσύνη στους γονείς μου για τη στήριξη που μου παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια, που βρίσκονται πάντα δίπλα μου, επικροτώντας και στηρίζοντας κάθε μου θετική επιλογή και προσπάθεια.

# Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

**Σημαντικοί Όροι:** Σύστημα Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Οικογενειακός Ιατρός, Τοπική Μονάδα Υγείας

## Περίληψη

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί αναμφισβήτητα τον πυλώνα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) τόσο στην Ελλάδα όσο και σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίον όλα τα Συστήματα Υγείας δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην κατά το δυνατόν άψογη εφαρμογή και λειτουργία της ΠΦΥ. Ύστερα από μια σύντομη περιγραφή και ανάλυση της δομής και λειτουργίας της ΠΦΥ στην Ελλάδα και σε μερικές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η διερεύνησή μας επικεντρώνεται στην σημασία του γενικού – οικογενειακού ιατρού για την διασφάλιση της άριστης ποιότητας παροχής της ΠΦΥ στους Έλληνες πολίτες και ασθενείς. Η σύντομη επισκόπηση της κατάστασης σε επιλεγμένα Συστήματα Υγείας άλλων χωρών επιβεβαιώνει την διαπίστωση αυτή.

Πιστεύοντας ωστόσο ότι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας της ΠΦΥ δεν πρέπει να περιορίζεται στην καθημερινή εμπειρική εντύπωση της λειτουργίας των δομών της ΠΦΥ από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει τις δομές αυτές, αναλάβαμε τη διεξαγωγή μιας εμπειρικής έρευνας μικρής έκτασης, ώστε να αξιολογήσουμε με την βοήθεια ενός ερωτηματολογίου την ποιότητα της παρεχόμενης ΠΦΥ με βάση τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών (ασθενών). Κατ' αυτόν τον τρόπο πιστεύουμε ότι η αξιολόγηση δεν περιορίζεται στην υποκειμενική αντίληψη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά προκύπτει ως αποτέλεσμα χρήσης εργαλείων και εφαρμογής μεθόδων, μέσω των οποίων διασφαλίζεται η αντικειμενικότητα, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των δεδομένων. Οι αναλύσεις της Περιγραφικής και της Επαγωγικής Στατιστικής, που εφαρμόσαμε, επιβεβαίωσαν τις υποθέσεις μας. Σε γενικές γραμμές δηλαδή οι χρήστες των υπηρεσιών της ΠΦΥ είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των

παρεχόμενων υπηρεσιών. Για αυτό πιστεύουμε ότι τόσο το θεωρητικό μέρος της εργασίας όσο και το εμπειρικό αποτελούν μικρή (στο μέτρο των δυνατοτήτων μιας τέτοιας εργασίας) αλλά σημαντική συμβολή στην μελέτη του θέματος.





# THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONERS IN PRIMARY HEALTH CARE

**Keywords:** Healthcare System, Primary Health Care, General Practitioner, Local Health Structures

## Abstract

Primary Health Care (PHC) is undoubtedly the pillar of the National Health System not only in Greece but also in almost all developed countries in the world. This is the reason why all Health Systems put special emphasis on the perfect implementation and operation of PHC. After a brief description and analysis of the structure and operation of PHC in Greece and some other European countries as well, our investigation focuses on the importance of the general practitioner to ensure the high quality of the PHC services to Greek citizens and patients. A brief overview of the situation in Health Systems of some other countries confirms this finding.

However, believing that the evaluation of the effectiveness and quality of PHC should not be limited to the daily empirical impression of the operation of PHC structures from the medical and nursing staff who staff these structures, we undertook a small scale research, in order to evaluate, with the help via a questionnaire, the quality of the provided services of PHC based on the degree of satisfaction of the users (patients).

In this way, we believe that evaluation is not limited to the subjective perception of medical and nursing staff, but arises as a result of the use of tools and methods that ensure objectivity, reliability and the data validity.

The analyses of Descriptive and Inferential Statistics that we applied, confirmed our hypotheses. In general terms PHC users are satisfied with the quality of the services provided. That is why we believe that both the theoretical part of the work and the empirical one are small (to the extent of the possibilities of such a dissertation) but an important contribution to the study of the subject.



## **Περιεχόμενα**

<b>Ευχαριστίες</b>	<b>V</b>
<b>Περίληψη</b>	<b>VI</b>
<b>Abstract</b>	<b>IX</b>
<b>Κατάλογος Πινάκων</b>	<b>XIII</b>
<b>Κατάλογος Διαγραμμάτων</b>	<b>XV</b>
<b>Εισαγωγή</b>	<b>XIX</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Έννοιες και ορισμοί</b>	<b>1</b>
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Υγεία	1
1.3 Συστήματα υγείας	5
1.3.1 Δομή συστημάτων υγείας	7
1.3.1.1 Το μοντέλο Beveridge	7
1.3.1.2 Το μοντέλο Bismarck	8
1.3.1.3 Το φιλελεύθερο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης	9
1.4 Ανακεφαλαίωση	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)</b>	<b>11</b>
2.1 Εισαγωγή	11
2.2 Έννοια, σκοπός, χαρακτηριστικά, περιεχόμενο και ρόλος της ΠΦΥ	11
2.3 Μεταρρυθμίσεις και αλλαγές στην ΠΦΥ	13
2.3.1 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση	14
2.3.2 Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας	16
2.3.3 Τηλεϊατρική	16
2.4 Η παροχή ΠΦΥ στην Ελλάδα	17
2.5 Προβλήματα της ΠΦΥ στην Ελλάδα και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες	21
2.6 Ανακεφαλαίωση	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο γενικός - οικογενειακός ιατρός</b>	<b>27</b>
3.1 Εισαγωγή	27
3.2 Ο επιστημονικός κλάδος της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής	27
3.3 Ιστορική εξέλιξη	33

3.4 Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού στην ΠΦΥ	37
3.5 Συστήματα υγείας και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού σε Ευρωπαϊκές χώρες	39
3.5.1 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός στο Ηνωμένο Βασίλειο	39
3.5.2 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός στη Γερμανία	40
3.5.3 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός στην Ολλανδία	41
3.5.4 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός στη Σουηδία	42
3.5.5 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός στη Δανία	42
3.5.6 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός-γενικές παρατηρήσεις	44
3.6 Ανακεφαλαίωση	44
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας</b>	<b>47</b>
4.1 Εισαγωγή	47
4.2 Η έννοια της αξιολόγησης	47
4.3 Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας	48
4.4 Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας	51
4.5 Ανακεφαλαίωση	53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Έρευνα για την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των μονάδων ΤΟΜΥ</b>	<b>55</b>
5.1 Εισαγωγή	55
5.2 Δείγμα της έρευνας και στατιστικές μέθοδοι	55
5.3 Αποτελέσματα της έρευνας	56
5.4 Ανακεφαλαίωση	91
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συμπεράσματα και Προτάσεις</b>	<b>93</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ερωτηματολόγιο της έρευνας</b>	<b>99</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>105</b>

## Κατάλογος Πινάκων

5.1 Φύλο	57
5.2 Ηλικία στο σύνολο και ανά φύλο	58
5.3 Επίπεδο εκπαίδευσης	59
5.4 Ασφάλιση	60
5.5 Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ	61
5.6 Έχετε εγγραφεί σε οικογενειακό ιατρό	62
5.7 Λόγοι μη εγγραφής σε οικογενειακό ιατρό	63
5.8 Λόγοι επίσκεψης στις ΤΟΜΥ	64
5.9 Πού σας παρέπεμψε ο ιατρός	65
5.10 Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την υποδοχή και το περιβάλλον	66
5.11 Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την ταχύτητα εξυπηρέτησης	67
5.12 Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την ιατρική φροντίδα	69
5.13 Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα	70
5.14 Συσχέτιση φύλου και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	71
5.15 Συσχέτιση ηλικίας και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	72
5.16 Συσχέτιση επιπέδου εκπαίδευσης και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	74
5.17 Συσχέτιση προγραμματισμένης επίσκεψης για ιατρικό έλεγχο και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	75
5.18 Συσχέτιση συνταγογράφησης φαρμάκων/ παραπεμπτικού εξετάσεων και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	76
5.19 Συσχέτιση εμβολιασμού και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	77



## **Κατάλογος Διαγραμμάτων**

5.1 Φύλο	57
5.2 Ηλικία στο σύνολο ανά φύλο	58
5.3 Επίπεδο εκπαίδευσης	59
5.4 Ασφάλιση	60
5.5 Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ	61
5.6 Έχετε εγγραφεί σε οικογενειακό ιατρό	62
5.7 Λόγοι μη εγγραφής στον οικογενειακό ιατρό	63
5.8 Λόγοι επίσκεψης στις ΤΟΜΥ	64
5.9 Πού σας παρέπεμψε ο ιατρός	65
5.10 Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την υποδοχή και το περιβάλλον	66
5.11 Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την ταχύτητα εξυπηρέτησης	68
5.12 Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την ιατρική φροντίδα	69
5.13 Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα	70
5.14 Συσχέτιση φύλου και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	72
5.15 Συσχέτιση ηλικίας και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	73
5.16 Συσχέτιση επιπέδου εκπαίδευσης και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	74
5.17 Συσχέτιση προγραμματισμένης επίσκεψης για ιατρικό έλεγχο και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	75
5.18 Συσχέτιση συνταγογράφησης φαρμάκων/ παραπεμπτικού εξετάσεων και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	77
5.19 Συσχέτιση εμβολιασμού και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	78
5.20 Συσχέτιση ικανοποίησης από την τηλεφωνική εξυπηρέτηση και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	79
5.21 Συσχέτιση ικανοποίησης από την παροχή πληροφοριών και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	79
5.22 Συσχέτιση ικανοποίησης από τη συμπεριφορά προσωπικού και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	80

5.23 Συσχέτιση ικανοποίησης από την καθαριότητα-λειτουργικότητα και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	80
5.24 Συσχέτιση ικανοποίησης από τους διαθέσιμους χώρους αναμονής και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	81
5.25 Συσχέτιση ικανοποίησης από την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	81
5.26 Συσχέτιση ικανοποίησης από την υποδοχή-περιβάλλον και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	82
5.27 Συσχέτιση ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής για ραντεβού και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	83
5.28 Συσχέτιση ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον ιατρό και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	83
5.29 Συσχέτιση ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής για διενέργεια εξετάσεων και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	84
5.30 Συσχέτιση ικανοποίησης από το χρόνο έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	84
5.31 Συσχέτιση συνολικής ικανοποίησης από την ταχύτητα εξυπηρέτησης και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	85
5.32 Συσχέτιση ικανοποίησης από την ποιότητα ιατρικής φροντίδας και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	86
5.33 Συσχέτιση ικανοποίησης από τη συμπεριφορά ιατρών και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	86
5.34 Συσχέτιση ικανοποίησης από το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για εξέταση και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	87
5.35 Συσχέτιση ικανοποίησης από τις ερωτήσεις του ιατρού για το ιατρικό ιστορικό και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	87
5.36 Συσχέτιση ικανοποίησης από την ενημέρωση σχετικά με την πορεία της ασθένειας και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	88
5.37 Συσχέτιση ικανοποίησης από την παροχή συμβουλών από τον ιατρό και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	88
5.38 Συσχέτιση συνολικής ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	89
5.39 Συσχέτιση ικανοποίησης από την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	90



5.40 Συσχέτιση ικανοποίησης από τη συμπεριφορά νοσηλευτών και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	90
5.41 Συσχέτιση συνολικής ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ	91



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία συγκροτείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το εμπειρικό. Το θεωρητικό αποτελείται από τα πρώτα τέσσερα κεφάλαια και το εμπειρικό από τα δύο τελευταία. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται κατ' αρχάς μια πρώτη προσέγγιση στις βασικές έννοιες, δηλαδή στην Υγεία και το Σύστημα Υγείας. Ως μια γενικότερα αποδεκτή έννοια αλλά και προσέγγιση της υγείας αποδεχόμαστε τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), σύμφωνα με τον οποίον «υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου». Ως σύστημα υγείας ορίσαμε τον συντονισμό όλων των παραγόντων (ανθρώπινου δυναμικού, υποδομών, οικονομικών πόρων κλπ.), οι οποίοι διασφαλίζουν την καλύτερη δυνατή ποιότητα της φροντίδας υγείας. Το κεφάλαιο αυτό ολοκληρώνεται με μια σύντομη παρουσίαση των τριών βασικότερων μοντέλων συστημάτων υγείας (Beveridge, Bismarck και φιλελεύθερο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης).

Καθώς ως αφετηρία της εργασίας μας έχουμε πάρει την αξιωματική αρχή ότι η υγεία αποτελεί το υπέρτατο αγαθό και παράλληλα δικαίωμα κάθε ανθρώπου οποιασδήποτε σύγχρονης κοινωνίας, διαπιστώνουμε στο δεύτερο κεφάλαιο ότι η αρχή αυτή δεν αμφισβητείται σχεδόν από κανέναν και για τον λόγο αυτόν όλες οι χώρες του κόσμου καταβάλλουν ιδιαίτερες προσπάθειες και δαπανούν μεγάλα ποσά για την συγκρότηση των συστημάτων υγείας τους και την συνεχή βελτίωσή τους, έτσι ώστε να διασφαλίζεται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο η βέλτιστη ποιότητα της παροχής φροντίδας υγείας στους πολίτες τους. Στην χώρα μας, όπως και σε πολλές άλλες αναπτυγμένες χώρες, η ΠΦΥ αποτελεί τον πυλώνα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Για αυτό στο κεφάλαιο αυτό αναφερόμαστε στις δομές της ΠΦΥ και τον τρόπο λειτουργίας τους και επιχειρούμε σύντομες συγκριτικές ματιές στην κατάσταση της ΠΦΥ σε άλλες χώρες, έτσι ώστε να αποκομίσουμε ερεθίσματα για προτάσεις βελτίωσης της ΠΦΥ στην χώρα μας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στον γενικό - οικογενειακό ιατρό, τον στυλοβάτη της ΠΦΥ. Ότι η διαπίστωση αυτή δεν ενέχει στοιχεία υπερβολής προκύπτει από το γεγονός ότι παράλληλα με την θέσπιση της ΠΦΥ καθιερώθηκε ένας νέος κλάδος στο σώμα των Επιστημών Υγείας, ο κλάδος της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής. Η ιδιαίτερη συμβολή του γενικού – οικογενειακού ιατρού στην στήριξη της ΠΦΥ εντοπίζεται σε δύο κυρίως άξονες των δραστηριοτήτων του: α. στην θεραπευτική σχέση του με τον ασθενή, η οποία διαποτίζει την ποιότητα της επικοινωνίας ιατρού και ασθενούς και

β. στην λειτουργία του ως gatekeeper του συστήματος, η οποία διασφαλίζει την συντονισμένη λειτουργία όλων των παραγόντων που συμβάλλουν στην αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας σε όλους τους πολίτες. Στο κεφάλαιο αυτό αναφερόμαστε επίσης στον ρόλο του ιατρού της συγκεκριμένης ειδικότητας σε διάφορα συστήματα υγείας ευρωπαϊκών χωρών. Στο υπόβαθρο της κατάστασης αυτής διαπιστώνεται ότι ο θεσμός του γενικού - οικογενειακού ιατρού καθιερώθηκε στην χώρα μας το 2017, δεν προχωρεί ωστόσο η γενίκευσή του, ενώ διαπιστώνεται ότι στα συστήματα υγείας άλλων χωρών λειτουργεί με πολύ καλά αποτελέσματα.

Το τέταρτο κεφάλαιο εκκινεί από την παραδοχή ότι η αξιολόγηση αποτελεί συστατικό στοιχείο κάθε σοβαρής προσπάθειας του ανθρώπου (μαζί με τον σχεδιασμό και την εκτέλεση) και κανείς ασφαλώς δεν μπορεί να ισχυρισθεί ότι η φροντίδα υγείας δεν αποτελεί σοβαρή προσπάθεια ούτε ότι η αξιολόγηση δεν είναι σημαντική, κυρίως με την επανατροφοδοτική της λειτουργία και τον προσανατολισμό της στο μέλλον, στις παρεπόμενες αλλαγές και μεταρρυθμίσεις. Η αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους. Αποτελεί κοινή διαπίστωση ωστόσο ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποτελέσει την κοινή συνισταμένη της αξιολόγησης. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίον αποτελεί το κυριότερο κριτήριο της αξιολόγησης στον χώρο της φροντίδας υγείας. Είναι προφανές ότι το τέταρτο κεφάλαιο αποτελεί το μεταβατικό όχημα στα κεφάλαια του εμπειρικού μέρους (πέμπτο και έκτο).

Η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας» και έχει ως στόχο να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των νέων δομών Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που έχουν αναπτυχθεί στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια δηλαδή των Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY).

Τα δύο τελευταία κεφάλαια της εργασίας αποτελούν την παρουσίαση της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων, τα οποία προέκυψαν από τις απαντήσεις σε ένα ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε σε ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών υγείας σε δύο TOMY της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, την 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> TOMY Κορυδαλλού και την 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> TOMY Αγ. Ιωάννη Ρέντη-Νίκαιας. Κατ' αρχάς δίνονται πληροφορίες για τον χρόνο και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, για το πλήθος των υποκειμένων και για το Στατιστικό Πακέτο για Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS), το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση. Ύστερα από την ενημέρωση για τους σχετικούς στατιστικούς ελέγχους παρου-

σιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των υποκειμένων (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, ασφάλεια κλπ.) και η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ στις δύο ανωτέρω αντιπροσωπευτικές ΤΟΜΥ, καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από αυτές. Πιο αναλυτικά, η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως στόχο να διερευνήσει τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών σχετικά με την υποδοχή και το περιβάλλον των συγκεκριμένων δομών υγείας (όσον αφορά την τηλεφωνική εξυπηρέτηση, τη συμπεριφορά του προσωπικού, τις εγκαταστάσεις και γενικότερα την πρόσβαση), την ταχύτητα εξυπηρέτησης (όσον αφορά τον χρόνο αναμονής για ραντεβού με ιατρό ή για διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων), τους λόγους επίσκεψης (όπως επίσκεψη για ιατρικό έλεγχο, πρώτες βοήθειες, εμβολιασμό, συνταγογράφηση ή έκδοση παραπεμπτικού εξετάσεων, συμβουλευτική υποστήριξη), την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα (ποιότητα φροντίδας, συμπεριφορά ιατρονοσηλευτικού προσωπικού). Ακολουθούν συσχετίσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών με τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ στις συγκεκριμένες δύο ΤΟΜΥ και επισημαίνονται ζητήματα προς περαιτέρω διερεύνηση. Ένα ακόμα ζήτημα που επιχειρεί να μελετήσει η παρούσα εργασία είναι κατά πόσο οι πολίτες είναι ενημερωμένοι για τον οικογενειακό ιατρό, ο οποίος εντάσσεται στο πλαίσιο λειτουργίας των ΤΟΜΥ και αποτελεί μια εξίσου πρόσφατη μεταρρυθμιστική προσπάθεια της ΠΦΥ στο εθνικό σύστημα υγείας.

Η εργασία κλείνει με τα συμπεράσματα της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων αλλά και τις γενικότερες διαπιστώσεις της εργασίας και με μερικές προτάσεις για ενίσχυση των ΤΟΜΥ και των ιατρών που υπηρετούν σε αυτές, όπως η εφαρμογή του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου, η συνεχής αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, η αποτελεσματική διασύνδεση της ΠΦΥ με τις άλλες βαθμίδες φροντίδας, η ανάπτυξη προγραμμάτων κινήτρων και συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ, η συστηματική και αποτελεσματική ενημέρωση των πολιτών για τις δυνατότητες της ΠΦΥ και του ρόλου του οικογενειακού ιατρού από την Πολιτεία κ.ά. Παρουσιάζονται επιπλέον ορισμένες ερευνητικές προτάσεις για το μέλλον ώστε να διερευνηθεί αν οι ΤΟΜΥ μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην ΠΦΥ και να συμπεριληφθούν στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας μας. Πιο συγκεκριμένα προτείνεται να πραγματοποιηθεί η ίδια έρευνα και μετά το πέρας της πανδημίας Covid-19, ώστε να μπορέσει να συμμετέχει περισσότερος πληθυσμός στο στατιστικό δείγμα της έρευνας, αλλά και να διεξαχθούν μελέτες σε περισσότερες ΤΟΜΥ και άλλων Υγειονομικών Περιφερειών, ώστε να προκύψουν συγκρίσεις μεταξύ των δομών υγείας και να εξαχθούν αποτελέσματα σε μεγαλύτερο εύρος. Τα αποτελέσματα τόσο της συγκεκριμένης έρευνας όσο και των παραπάνω

μελλοντικών ερευνών θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τις περιφερειακές ΥΠΕ και το Υπουργείο υγείας ώστε να υπάρξει καλύτερος στρατηγικός σχεδιασμός των υπηρεσιών ΠΦΥ στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Αφορμή για τη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη αποτελεί η πρόσφατη θεσμοθέτηση του νόμου 4486/2017 που αφορά την ένταξη του οικογενειακού ιατρού στο πλαίσιο λειτουργίας των νέων δομών ΤΟΜΥ. Οι νέες αυτές δομές βρίσκονται σε πιλοτικό στάδιο λειτουργίας και δεν έχουν πραγματοποιηθεί ιδιαίτερες έρευνες για τον πρόσφατο αυτό θεσμό ακόμα στη χώρα μας. Έτσι δημιουργήθηκε η ανάγκη να αξιολογήσουμε κατά πόσο αυτός ο νέος θεσμός ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών και εναρμονίζεται με τις αρχές της Άλμα Άτα και της Αστάνα όπως αυτές ορίζουν για την ΠΦΥ, όπως επίσης και αν μέσω των νέων αυτών δομών μπορεί να αναδειχθεί και να ενισχυθεί ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού στο σύστημα υγείας της χώρας μας, όπως προκύπτει από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι συμβαίνει και στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

### ΥΓΕΙΑ – ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.1 Εισαγωγή

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται μια πρώτη προσέγγιση στις βασικές έννοιες, δηλ. στην Υγεία και το Σύστημα Υγείας. Στην κοινότοπη χρήση της η έννοια της υγείας χρησιμοποιείται με την αρνητική προσδιοριστική της σημασία ως έλλειψη ασθένειας. Η χρήση αυτή προφανώς δεν αποδίδει πλήρως το περιεχόμενο της έννοιας και από την άλλη πλευρά δεν επιτρέπει την συστηματική προσέγγισή της. Ως μια γενικότερα αποδεκτή έννοια αλλά και προσέγγιση της υγείας αποδεχθήκαμε τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), σύμφωνα με τον οποίον «υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου». Ο ορισμός αυτός διευρύνει τις προϋποθέσεις της κατάστασης της υγείας με την σωστή και συντονισμένη λειτουργία τριών διαστάσεων της ανθρώπινης ύπαρξης, του ανθρώπου δηλαδή ως α. σώματος, β. ψυχής και γ. κοινωνικής οντότητας.

Η υγεία αναγνωρίζεται σε όλες τις χώρες ως θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα του ανθρώπου και η βελτίωση του επιπέδου της σε όλον πληθυσμό αποτελεί βασική επιδίωξη του συστήματος υγείας κάθε χώρας. Ως σύστημα υγείας ορίσαμε τον συντονισμό όλων των παραγόντων (ανθρώπινου δυναμικού, υποδομών, οικονομικών πόρων κλπ.), οι οποίοι διασφαλίζουν την καλύτερη δυνατή ποιότητα της φροντίδας υγείας.

Στο κεφάλαιο αυτό προσπαθήσαμε επίσης να παρουσιάσουμε σύντομα τα τρία βασικότερα μοντέλα συστημάτων υγείας (Beveridge, Bismarck και φιλελεύθερο), να τονίσουμε τις βασικές αρχές της λειτουργίας τους, να διακρίνουμε τους διαφορετικούς τρόπους χρηματοδότησής τους και να επισκοπήσουμε σύντομα τον τρόπο λειτουργίας τους στις τρεις χώρες αντίστοιχα (Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία και ΗΠΑ), στις οποίες εφαρμόζονται με τον πλέον ορθόδοξο τρόπο.

#### 1.2 Υγεία

Η υγεία αποτελεί το υπέρτατο κοινωνικό αγαθό και από την άλλη μεριά αποτελεί δικαίωμα κάθε ανθρώπου. Παρόλο που έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί για την υγεία μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός. Εξάλλου η υγεία είναι μια έννοια πολυδιάστατη και από το γεγονός αυτό προκύπτει η διαφορετική για τον καθένα

θεώρηση και προσέγγισή της. Ο επικρατέστερος μέχρι σήμερα εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας διατυπώθηκε ιστορικά για πρώτη φορά από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO) στις 7 Απριλίου του 1948 και σύμφωνα μ' αυτόν «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αδυναμίας». Ο ορισμός αυτός έχει το πλεονέκτημα ότι δεν ορίζει την κατάσταση της υγείας απλώς και μόνο σε αντιδιαστολή προς την νόσο, αλλά διευρύνει τις προϋποθέσεις της κατάστασης της υγείας με την σωστή και συντονισμένη λειτουργία τριών διαστάσεων της ανθρώπινης ύπαρξης, του ανθρώπου δηλαδή ως α. σώματος, β. ψυχής και γ. κοινωνικής οντότητας. Με άλλα λόγια, για να θεωρείται υγιής ένας άνθρωπος, πρέπει να πληρούνται και τα τρία αυτά κριτήρια, τα οποία αντιστοιχούν στις τρεις διαστάσεις τις οντότητάς του.

Πέρα από αυτόν έχουν διατυπωθεί ασφαλώς πολλοί και διάφοροι άλλοι ορισμοί, ανάλογα με τις «σχολές» και τα μοντέλα υγείας, τα οποία συζητούνται και εφαρμόζονται. Ο Sartorius (2006) π.χ. αποδέχεται κατά βάση τον ορισμό υγείας του ΠΟΥ, τον συμπληρώνει ωστόσο κατά έναν τρόπο, ώστε να καλύπτει τρεις τουλάχιστον διαστάσεις:

- (α) Η πρώτη διάσταση καλύπτει το πρώτο μισό του ορισμού του ΠΟΥ, σύμφωνα με τον οποίο ως υγεία θεωρείται η απουσία οποιασδήποτε ασθένειας, αδυναμίας ή αναπηρίας.
- (β) Μια δεύτερη διάσταση έχει περισσότερο λειτουργικό χαρακτήρα και ανταποκρίνεται καλύτερα σε πρακτικό επίπεδο: Η διάσταση αυτή θεωρεί την υγεία ως την κατάσταση η οποία επιτρέπει στο άτομο να αντεπεξέρχεται κατά τρόπον ενεργό και ικανοποιητικό σε όλες τις απαιτήσεις της σύγχρονης ζωής.
- (γ) Η τρίτη διάσταση δεν δίνει βαρύτητα στην ασθένεια αλλά στη φυσιολογικότητα. Σύμφωνα με αυτήν, η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση ισορροπίας που υπάρχει αφενός μέσα στον ίδιο τον άνθρωπο με τον εαυτό του (το να νιώθει δηλαδή κανείς πλήρης και ήρεμος με τον εαυτό του) και αφετέρου μεταξύ του εαυτού του και του κοινωνικού και φυσικού του περιβάλλοντος.

Από τις τρεις αυτές διαστάσεις του ορισμού του Sartorius η πρώτη και η δεύτερη παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα. Υπάρχουν π.χ. άνθρωποι οι οποίοι πάσχουν από συνήθως εγγενείς ασθένειες, και, παρόλο που εμφανίζουν ενοχλήσεις οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως συμπτώματα νόσου, εντούτοις δεν αισθάνονται άρρωστοι. Άλλοι πάλι άνθρωποι δεν παρουσιάζουν κάποια κλινική ένδειξη ότι πάσχουν από κάτι, παρ' όλα αυτά αισθάνονται άρρωστοι και η απόδοσή τους στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Και στον τομέα της ψυχικής υγείας επίσης υπάρχουν



πολλοί άνθρωποι οι οποίοι λόγω των συμπτωμάτων τους θα κατατάσσονταν σε περιστατικά χρίζοντα ψυχιατρικής παρακολούθησης, ωστόσο λειτουργούν καλά στην καθημερινότητά τους, έχουν δηλαδή μεγάλη προσαρμοστικότητα και κατ' αυτόν τον τρόπο δεν καταλήγουν ποτέ στο να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια, ενώ και από συνανθρώπους του περιβάλλοντός τους θεωρούνται ως υγιείς. Υπάρχουν επίσης άνθρωποι οι οποίοι πάσχουν συνήθως από νοσήματα ήσσονος σημασίας, τα οποία εύκολα τα προσπερνά κανείς ή θεωρεί τις ενοχλήσεις τους ως «φυσιολογικές» (π.χ. έλκος στομάχου, οσφυαλγία, ελαφράς μορφής κατάθλιψη κτλ.), ώστε δεν αντιλαμβάνονται ποτέ την παρουσία της ασθένειας και δεν αναζητούν ποτέ για τα προβλήματα αυτά ιατρική παρακολούθηση ή/και θεραπευτική παρέμβαση.

Η πρώτη διάσταση καλύπτει σημαντικό εύρος του φάσματος της υγείας και επομένως ένας ορισμός υγείας, ο οποίος στηρίζεται σε αυτήν, είναι πληρέστερος, μολονότι φαίνεται απλούστερος. Είναι ωστόσο προφανές ότι, αν τα κράτη υιοθετούσαν αυτόν τον συγκεκριμένο ορισμό υγείας, τότε οι αντίστοιχες πολιτικές υγείας θα βασίζονταν στην εξάλειψη ή/και στον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου για κάθε νόσο -με έμφαση στην ΠΦΥ, που βασίζεται στο ρητό του Ιπποκράτη «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν». Με άλλα λόγια, ένα Σύστημα Υγείας που θα στηριζόταν θεωρητικά στον ορισμό αυτόν θα έδινε όλη του τη βαρύτητα στην ενημέρωση του κοινού για τους παράγοντες κινδύνου των σοβαρότερων νόσων και στον τρόπο με τον οποίον μπορούμε να τους αποφύγουμε, ακολουθώντας μια ήρεμη και υγιεινή ζωή, όπως π.χ. με την αποφυγή του καπνίσματος, της καθιστικής ζωής ή της υπερβολικής πρόσληψης θερμίδων που οδηγεί στην παχυσαρκία, με το σωστό πλύσιμο των χεριών μας πριν από κάθε γεύμα κλπ.

Η δεύτερη διάσταση καλύπτει ένα στενότερο μέρος του φάσματος της υγείας. Αν π.χ. ένα άτομο – παρά το πρόβλημα της υγείας του - λειτουργεί καλά για την ηλικία του και την κοινωνική και επαγγελματική του θέση, δεν κατατάσσεται στα άτομα με προβλήματα υγείας (π.χ. ένας ηλικιωμένος με ισχιαλγία δεν περιμένει κανείς ότι θα είναι ιδιαίτερα κινητικός), οπότε το «πρόβλημα» αυτό της υγείας του δεν απασχολεί ούτε το άτομο το ίδιο ούτε το σύστημα υγείας.

Η τρίτη διάσταση, τέλος, περιορίζει πολύ το φάσμα της νόσου και μετατοπίζει το κέντρο του ενδιαφέροντος ασθενούς και ιατρού στο θέμα της ισορροπίας που νιώθει κανείς μέσα του, με τον εαυτό του. Το μεγαλύτερο συνεπώς πλεονέκτημα της διάστασης αυτής είναι ότι στην περίπτωση αυτή η ασθένεια δεν ισοδυναμεί με άρση της υγείας του ατόμου, διότι το άτομο αυτό μπορεί να συνυπάρχει με την ασθένειά του. Ανεξαρτήτως δηλαδή των ασθενειών από τις οποίες μπορεί να πάσχει κανείς (σοβαρές ή λιγότερο σοβαρές),

μπορεί να αισθάνεται υγιής, εφόσον ο ίδιος διατηρεί την ισορροπία και την ηρεμία με τον εαυτό του. Η διάσταση αυτή βοήθησε επίσης σημαντικά στη μάχη κατά του στιγματισμού ορισμένων (συνήθως σοβαρών και χρόνιων) νόσων- και του συνοδού κοινωνικού αποκλεισμού των ανθρώπων που πάσχουν από αυτές. Αντί π.χ. για «έναν διαβητικό» λέμε σήμερα «έναν άνθρωπο που πάσχει από διαβήτη». Κατ' αυτόν τον τρόπο μετατοπίζεται το κέντρο του ενδιαφέροντος από τον άνθρωπο που πάσχει, στην ίδια την ασθένεια, η οποία αποτελεί και το βασικό ιατρικό μας πρόβλημα. Είναι προφανές ότι η ωφέλεια που προσφέρει η διάσταση αυτή του ορισμού υγείας είναι πολύ μεγαλύτερης σημασίας στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αναφερόμαστε σε ασθένειες σοβαρές ή θανατηφόρες ή σε ασθένειες που μπορούν να προσβάλουν ακόμα και τον τρόπο ζωής ενός ανθρώπου, καθώς τον καθιστούν θύμα της κατάκρισης και του κοινωνικού ρατσισμού (π.χ. AIDS, ηπατίτιδες κτλ.), χωρίς πολλές φορές να έχει την ευκαιρία να συνειδητοποιήσει πλήρως την κατάσταση και να αντιδράσει αποτελεσματικά απέναντι στις συνέπειές της.

Σύμφωνα με την τρίτη αυτή διάσταση του ορισμού υγείας του ΠΟΥ, όπως συμπληρώθηκε από τον Sartorius, ασθενής και γιατρός εργάζονται συνεχώς πάνω σε μια κοινή πορεία που έχει διπλό σκοπό: πρώτον, να εξαλειφθεί ή να περιοριστεί η νόσος και δεύτερον, να αποκτήσει ο ασθενής μια κατάσταση ισορροπίας και ηρεμίας τόσο με τον εαυτό του όσο και με το περιβάλλον του. Επιπλέον, η διάσταση αυτή δίνει μια νέα κατεύθυνση στην διάγνωση της νόσου, αφού για να γίνει σωστά η διάγνωση, δεν απαιτείται μόνον η εργαστηριακή και κλινική τεκμηρίωση, στην οποία στηρίζεται η θεραπευτική στρατηγική κάθε θεραπείας, αλλά εξίσου απαραίτητη είναι και η συμπληρωματική διερεύνηση των συναισθημάτων κάθε ασθενούς, προκειμένου να διαπιστώσει ο γιατρός την όλη ατμόσφαιρα μέσα στην οποία ζει και βιώνει ο ασθενής τη νόσο του, να αντιληφθεί τον τρόπο με τον οποίον η νόσος επηρεάζει τη ζωή του και να κατανοήσει τον τρόπο σκέψης του ασθενούς σχετικά με τη στρατηγική του για την αντιμετώπιση της νόσου, έτσι ώστε να την κατανοήσει ή έστω να μάθει να ζει με αυτήν.

Αυτή η τρίτη διάσταση του ορισμού υγείας δεν περιορίζεται φυσικά στις προσπάθειες να εξαλείψει κανείς τις ασθένειες ή να περιορίσει τους παράγοντες κινδύνου πρόκλησής τους, αλλά εντάσσει σε οποιαδήποτε στρατηγική θεραπευτικής αγωγής και τον τρόπο με τον οποίον ο ασθενής θα προσπαθήσει να βελτιώσει και με την δική του συμμετοχή την υγεία του. Αυτό βέβαια μπορεί να επιτευχθεί, εφόσον ο ίδιος ο ασθενής με την ενεργό συμμετοχή του στην διαδικασία της θεραπείας του καθώς και την υποστήριξη της κοινότητας μέσα στην οποία ζει τοποθετούν το αγαθό της υγείας πολύ υψηλά στον κατάλογο

των προτεραιοτήτων και των αξιών τους. Η διαμόρφωση των αξιών ωστόσο είναι το αποτέλεσμα της συνεπίδρασης πολλών παραγόντων αγωγής και κοινωνικοποίησης, οι οποίοι λειτουργούν έξω και πέρα από τα κρατικά Συστήματα Υγείας και περιλαμβάνουν το σχολείο, τους φίλους, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τους νόμους αλλά και την ίδια την εμπειρία κάθε ανθρώπου από το πέρασμά του μέσα από τη ζωή. Είναι συνεπώς πολύ σημαντικό η αξία του αγαθού της υγείας να μην τονίζεται μόνο μέσα από τα Συστήματα Υγείας, αλλά και από άλλες κοινωνικές δομές. Είναι προφανές ότι η προσπάθεια αυτή είναι επίπονη και κοπιώδης, διότι οι αξίες τοποθετούνται από κάθε άτομο σε μια συγκεκριμένη ιεραρχική θέση, έτσι ώστε να διευκολύνεται η απόφαση για τις επιλογές και τις προτεραιότητές του. Με άλλα λόγια, δύσκολα γίνονται ανακατατάξεις στην ιεραρχία αξιών ενός ατόμου. Αν λοιπόν η υγεία δεν αποτελεί προτεραιότητα στη ζωή ενός ανθρώπου, η κατάσταση αυτή πολύ δύσκολα μπορεί να αλλάξει και για τον λόγο αυτόν απαιτείται συντονισμένη προσπάθεια όχι μόνο των Φορέων Υγείας, αλλά και όλων των άλλων δομών και υπηρεσιών της κοινωνίας στην οποία το άτομο ανήκει.

Οποιοδήποτε λοιπόν από τα παραπάνω τρία μοντέλα υγείας και να ακολουθήσει κανείς για την μελέτη των σχετικών προβλημάτων είναι βέβαιο ότι τον αναμένουν προκλήσεις και δυσκολίες. Θεμελιώδη ανάγκη αποτελεί προφανώς η αλλαγή νοοτροπιών και η συνειδητοποίηση της διαχωριστικής γραμμής ανάμεσα στην υγεία και στην νόσο, όπως την αντιλαμβάνεται η κοινωνία στην οποία ζούμε. Όλα αυτά μπορούν να οδηγήσουν σε ανασχεδιασμό των στρατηγικών περίθαλψης και σε αναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας, έτσι ώστε να μπορέσουν να γίνουν πράξη νέες αντιλήψεις και νέες προσεγγίσεις. Έτσι θα πάψει π.χ. να θεωρείται υγιές πρότυπο η καθιστική ζωή και θα μπορέσει η κοινωνία να επενδύσει χρόνο, χρήμα και εκπαιδευτικές προσπάθειες, προκειμένου να πεισθούν οι άνθρωποι για την αναγκαιότητα και την ωφελιμότητα των ανασχεδιασμών και των αναπροσανατολισμών.

### **1.3 Συστήματα Υγείας**

Σύστημα υγείας είναι η οργάνωση και ο συντονισμός των προσπαθειών, των ανθρώπων, των υποδομών και των πόρων για την εξασφάλιση των βέλτιστων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες μιας χώρας. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι μαζί με τα συστήματα της άμυνας και της εκπαίδευσης το σύστημα υγείας διεκδικεί σε όλες τις χώρες του κόσμου ένα πολύ μεγάλο μερίδιο του κρατικού προϋπολογισμού. Μπορεί μάλιστα να ισχυριστεί κανείς ότι το ύψος του μεριδίου αυτού καθορίζει και τον νομιμοποιητικό βαθμό του χαρακτηρισμού ενός κράτους ως κράτους πρόνοιας.

Οι Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007) ορίζουν το σύστημα υγείας ως «το σύνολο ορισμένων επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται διαρκώς σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους, ώστε να επιτευχθεί ο σκοπός του εκάστοτε συστήματος, που είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τον Σούλη (1999), το σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί με τρεις τρόπους:

Ως σύστημα πολλών μεταβλητών που περιλαμβάνει διαδικασίες όπως:

- Διερεύνηση των πιθανών παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.
- Παραγωγή και παροχή υπηρεσιών και αγαθών υγείας.
- Κάλυψη των δαπανών.

Ως σύστημα που περιλαμβάνει ένα σύνολο κύκλου εργασιών όπως:

- Μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, όπως κέντρα υγείας, ιδιωτικές κλινικές, αγροτικά ιατρεία, ΕΚΑΒ κ.α
- Μονάδες παροχής περίθαλψης σε άτομα με προβλήματα κοινωνικής παθολογίας όπως ιδρύματα για άτομα με ειδικές ανάγκες και γηροκομεία.
- Διασφάλιση της δημόσιας υγείας, της υγιεινής και της ασφάλειας στους εργασιακούς χώρους, τα σχολεία και το περιβάλλον.
- Εναλλακτικές μορφές φροντίδας όπως κατ' οίκον νοσηλεία και υποστήριξη των συμβουλευτικών σταθμών που αφορούν κοινωνικά φαινόμενα.
- Ερευνητικά κέντρα, όπως το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο κ.α.
- Εναλλακτικές μορφές θεραπείας, όπως ιατρεία βελονισμού, ομοιοπαθητικά κέντρα, κέντρα οστεοπαθολογίας κ.α.
- Παραγωγή βίο-ιατρικής τεχνολογίας, μονάδες αναλώσιμων ιατρικών υλικών κ.α.
- Υπηρεσίες από επαγγελματίες υγείας σε διάφορα κέντρα αισθητικής, κέντρα διατροφικής κ.α.

Ως παραγωγική διαδικασία που περιλαμβάνει:

- Τις εισροές (ανθρώπινους πόρους, εγκαταστάσεις, τεχνολογικό εξοπλισμό κ.α)
- Τη διαδικασία (που αφορά την προσφορά υπηρεσιών υγείας όπως ιατρικών επισκέψεων, εξετάσεων κ.α.)
- Τις εκροές (το αποτέλεσμα της παραγωγικής διαδικασίας, μετριέται με μέρες νοσηλείας, με αριθμό και είδος εξετάσεων κ.α.)

- Τα αποτελέσματα, τα οποία αφορούν την βελτίωση του επιπέδου υγείας και γενικότερα της ποιότητας ζωής.

Το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως ένα ανοικτό σύστημα το οποίο επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι πολιτικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, οικολογικοί και πολιτισμικοί, επηρεάζοντας το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Θεοδώρου *et al.*, 2001).

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) το σύστημα υγείας αποτελεί ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων με σκοπό την κάλυψη αναγκών περίθαλψης του πληθυσμού. Βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν κάθε σύστημα υγείας είναι η αρχή της αποτελεσματικότητας (όσον αφορά την επίτευξη του κυριότερου στόχου ενός συστήματος υγείας δηλαδή τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού), την αρχή της αποδοτικότητας (που αφορά τη σχέση μεταξύ εισροών και εκροών για την ορθή και αποτελεσματική κατανομή των πόρων, ώστε να ωφελούνται τόσο οι ασθενείς όσο και το σύνολο του πληθυσμού) και την αρχή της ισότητας στην πρόσβαση και την χρήση των υπηρεσιών υγείας για όλες τις κοινωνικές ομάδες ανεξαρτήτως κριτηρίων (που σχετίζεται με την κοινωνική δικαιοσύνη και την περαιτέρω δίκαιη κατανομή των φορολογικών βαρών που έχουν οι πολίτες). Ωστόσο το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται και από ορισμένες ιδιαιτερότητες, όπως για παράδειγμα το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης και του ηθικού κινδύνου, τις κοινωνικές ανισότητες κ.α.

### **1.3.1 Δομή των συστημάτων υγείας**

Όλα σχεδόν τα συστήματα υγείας είναι σχεδιασμένα για να καλύπτουν ολόκληρο τον πληθυσμό και να προσφέρουν όλες τις θεραπείες, ωστόσο διαφέρουν ως προς τη φιλοσοφία τους και τον τρόπο λειτουργίας τους. Παρακάτω παρουσιάζονται τα βασικότερα μοντέλα Εθνικών Σχεδίων Υγείας, το αγγλοσαξονικό μοντέλο (Beveridge), το ηπειρωτικό μοντέλο (Bismarck) και το αμερικανικό σύστημα, που αντιπροσωπεύει το φιλελεύθερο μοντέλο.

#### **1.3.1.1 Το μοντέλο Beveridge**

Το εθνικό σύστημα υγείας τύπου Beveridge εφαρμόζεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας (National Healthcare System, NHS) και αναπτύχθηκε στη βάση των αρχών του βρετανού οικονομολόγου William Beveridge (1879-1963). Κύρια αρχή της

φιλοσοφίας του εθνικού συστήματος υγείας είναι η παραδοχή ότι οι ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας καλύπτονται με βάση τη λογική του σχετικού κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών. Η κοινωνική αλληλεγγύη και η κάλυψη των αναγκών των πολιτών με ισότιμο τρόπο και ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης αποτελούν χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης τύπου Beveridge. Στα συστήματα υγείας αυτού του τύπου η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από την κυβέρνηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και η κάλυψη που παρέχεται στον πληθυσμό είναι πλήρης. Τέλος τα επίπεδα υγείας διακρίνονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Στις χώρες που χρησιμοποιούν τον τύπο ή παραλλαγές του τύπου Beveridge περιλαμβάνονται η Ισπανία, οι Σκανδιναβικές χώρες και η Νέα Ζηλανδία. Η Κούβα αντιπροσωπεύει την πιο ακραία εφαρμογή της προσέγγισης Beveridge. Είναι ίσως το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα συνολικού κυβερνητικού ελέγχου των υπηρεσιών υγείας στον κόσμο.

#### **1.3.1.2 Το μοντέλο Bismarck**

Ονομάστηκε έτσι από τον πρώτο καγκελάριο της Γερμανίας Otto von Bismarck (1815-1898), ο οποίος οργάνωσε και καθιέρωσε το κράτος πρόνοιας ως μέρος της ενοποίησης της Γερμανίας τον 19ο αιώνα και εισήγαγε τον θεσμό των κοινωνικών ασφαλίσεων. Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007), βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης του μοντέλου Bismarck είναι η συλλογική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού και η χρηματοδότησή της προέρχεται από τις εισφορές που καταβάλλουν τόσο οι εργοδότες όσο και οι εργαζόμενοι. Το ύψος των εισφορών είναι ανάλογο με το ύψος του εισοδήματος, πράγμα που σημαίνει ότι σχετίζεται περαιτέρω με τις δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι επίσης η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η υποχρεωτική φύση της ασφαλιστικής κάλυψης για το σύνολο του πληθυσμού και η έντονη κρατική παρέμβαση. Τέλος, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος και οι παραγωγικοί συντελεστές ελέγχονται από το κράτος και δύνανται να ανήκουν είτε σε ιδιωτικούς φορείς είτε στο δημόσιο. Το μοντέλο Bismarck επηρέασε και επηρεάζει τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και περίθαλψης της Γαλλίας, του Βελγίου και σε κάποιο βαθμό των χωρών της Λατινικής Αμερικής.

### **1.3.1.3 Το φιλελεύθερο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης**

Το φιλελεύθερο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης χαρακτηρίζεται από την περιορισμένη συμμετοχή του κράτους στις δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης. Οι ΗΠΑ αποτελούν τον σημαντικότερο εκπρόσωπο αυτού του μοντέλου. Στις ΗΠΑ τα  $\frac{3}{4}$  του πληθυσμού καταφεύγουν σε ιδιωτικές εταιρείες για την κοινωνική τους ασφάλιση. Αυτό σημαίνει ότι η κρατική παρέμβαση στο χώρο της Υγείας είναι περιορισμένη και για όσους δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα σύναψης ιδιωτικής ασφάλισης το κράτος έχει θεσμοθετήσει ανάλογα χρηματοδοτικά εργαλεία για την κάλυψη των σχετικών αναγκών, τα προγράμματα Medicare για τους φτωχούς και Medicaid για τους ηλικιωμένους (Χλέτσος, 2011). Πιο συγκεκριμένα, το φιλελεύθερο σύστημα υγείας λειτουργεί με βάση την λογική ότι όπως οι τιμές στην ελεύθερη αγορά διαμορφώνονται με βάση τον νόμο της προσφοράς και της ζήτησης, έτσι και στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας οι τιμές πρέπει να διαμορφώνονται με κριτήριο τη ζήτηση που εκδηλώνεται. Ο καταναλωτής έχει πλήρη ελευθερία να αγοράσει την ασφαλιστική κάλυψη που επιθυμεί με την προϋπόθεση να μπορεί να καταβάλλει την απαιτούμενη δαπάνη που έχει διαμορφωθεί στην ελεύθερη αγορά από τη ζήτηση και την προσφορά των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007) το φιλελεύθερο σύστημα υγείας δημιουργεί αναγκαστικά έντονες ανισότητες σε διάφορες κοινωνικές ομάδες όσον αφορά την εξασφάλιση υπηρεσιών υγείας, απότοκες του φαινομένου της ασύμμετρης πληροφόρησης και της εμφάνισης προκλητής ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας. Καθώς λοιπόν το φιλελεύθερο σύστημα υγείας στηρίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης, είναι προφανές ότι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παραμένει ανασφάλιστο. Από την άλλη μεριά το κράτος είναι βεβαίως υπεύθυνο για τη διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου για την ομαλή λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών υγείας – όπως και κάθε αγοράς – αποφεύγει ωστόσο να παρεμβαίνει στις συναλλαγές ανάμεσα σε καταναλωτές και παρόχους.

## **1.4 Ανακεφαλαίωση**

Στο κεφάλαιο αυτό εκκινήσαμε από την αξιωματική αρχή ότι η υγεία είναι το ύψιστο αγαθό του ανθρώπου και κάθε κράτος, το οποίο θέλει να παρουσιάζεται ως κράτος δικαίου και ως κράτος πρόνοιας, οφείλει να διασφαλίζει το αγαθό αυτό στους πολίτες του κατά τον βέλτιστο τρόπο. Για αυτό έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα συστημάτων υγείας, με κυριότερα το μοντέλο του Beveridge (του Ηνωμένου Βασιλείου), του Bismarck

(της Γερμανίας) και ένα ενδιάμεσο μοντέλο, το οποίο αναφέρεται συνήθως ως «φιλελεύθερο» (ΗΠΑ). Εννοείται ότι κάθε χώρα εφαρμόζει το πιο κατάλληλο για τις συνθήκες της μοντέλο, ανάλογα δηλ. με τις προτεραιότητες, τις επιλογές και τις πολιτικές της.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ)**

#### **2.1 Εισαγωγή**

Ως αφετηρία της εργασίας μας έχουμε πάρει την αξιωματική αρχή ότι η υγεία αποτελεί το υπέρτατο αγαθό και παράλληλα δικαίωμα κάθε ανθρώπου οποιασδήποτε σύγχρονης κοινωνίας. Είχαμε επίσης την ευκαιρία να σημειώσουμε ότι η αρχή αυτή δεν αμφισβητείται σχεδόν από κανέναν και για τον λόγο αυτόν όλες οι χώρες του κόσμου καταβάλλουν ιδιαίτερες προσπάθειες και δαπανούν μεγάλα ποσά για την συγκρότηση των συστημάτων υγείας τους και την συνεχή βελτίωσή τους, έτσι ώστε να διασφαλίζεται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο η βέλτιστη ποιότητα της παροχής φροντίδας υγείας στους πολίτες τους.

Δεν αρκεί ωστόσο να θεσπισθούν δομές και κανόνες λειτουργίας τους και να προσδιορισθούν η έννοια, ο σκοπός, τα χαρακτηριστικά, το περιεχόμενο και ο ρόλος τους, αλλά θα πρέπει να καθιερωθούν δυνατότητες επανατροφοδότησης, ώστε το σύστημα να υφίσταται εγκαίρως μεταρρυθμίσεις και αλλαγές. Για τον σκοπό αυτόν πρέπει πάντοτε να είναι το σύστημα ανοιχτό, να βλέπει τι γίνεται και αλλού και να παίρνει τα κατάλληλα μέτρα.

Στο κεφάλαιο αυτό συνεπώς θα προσπαθήσουμε να θεμελιώσουμε κατ' αρχάς την άποψη ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί τον πυλώνα όλων των σύγχρονων συστημάτων υγείας και παράλληλα θα αναφερθούμε στις δομές της ΠΦΥ και τον τρόπο λειτουργίας τους και θα επιχειρήσουμε σύντομες συγκριτικές ματιές στην κατάσταση της ΠΦΥ σε άλλες χώρες, έτσι ώστε να αποκομίσουμε ερεθίσματα για προτάσεις βελτίωσης της ΠΦΥ στην χώρα μας.

#### **2.2 Έννοια, σκοπός, χαρακτηριστικά, περιεχόμενο και ρόλος της ΠΦΥ**

Έχουμε ορίσει παραπάνω ως σύστημα υγείας την οργάνωση και τον συντονισμό των προσπαθειών, του ανθρώπινου δυναμικού, των υποδομών και των πόρων για την εξασφάλιση των βέλτιστων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες μιας χώρας. Έχουμε επίσης διαπιστώσει ότι δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι μαζί με τα συστήματα της άμυνας και της εκπαίδευσης το σύστημα υγείας διεκδικεί σε όλες τις χώρες του κόσμου ένα πολύ μεγάλο μερίδιο του κρατικού προϋπολογισμού. Στην άποψη αυτή στηρίξαμε και τον ισχυρισμό

μας ότι το ύψος του μεριδίου αυτού καθορίζει και τον νομιμοποιητικό βαθμό του χαρακτηρισμού ενός κράτους ως κράτους πρόνοιας.

Στην συνέχεια θα προσπαθήσουμε να δούμε με έναν τρόπο κάπως γενικευτικό –καθάρια για συστηματικούς λόγους βέβαια- την συμβολή της ΠΦΥ στην αποτελεσματικότητα και στην ποιότητα κάθε συστήματος υγείας. Ως αφετηρία της προσέγγισής μας παίρνουμε την έννοια του συστήματος περίθαλψης ως του συνόλου των παρεμβάσεων της πολιτείας, μέσω των οποίων ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων παροχής, το ανθρώπινο δυναμικό και οι υλικοί πόροι του συστήματος, ο ωφελούμενος πληθυσμός κλπ. Εννοείται ότι σε κάθε περίπτωση από τα στάδια της περίθαλψης η πρόληψη είναι το στάδιο το οποίο όχι μόνον από χρονική άποψη έρχεται πρώτο, αλλά προφανώς διαδραματίζει και τον σημαντικότερο ρόλο στην όλη διαδικασία της περίθαλψης, ενώ ακολουθεί η διάγνωση, έπεται η θεραπεία και η παροχή φροντίδας ολοκληρώνεται με την μετα-φροντίδα του ασθενούς. Σύμφωνα με όλα αυτά, έχουμε συνεπώς μια τριεπίπεδη διαβάθμιση της παροχής φροντίδας υγείας και περίθαλψης:

- Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο εντάσσεται η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη η οποία αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής και επικοινωνίας του ασθενούς με το σύστημα υγείας. Στο επίπεδο αυτό η φροντίδα επικεντρώνεται στην διάγνωση και την θεραπεία νοσημάτων, για τα οποία δεν κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή του ασθενούς και η νοσηλεία του στο νοσοκομείο. Εντάσσονται επίσης στο επίπεδο αυτό η αγωγή υγείας καθώς και οι τρόποι και οι μέθοδοι πρόληψης, όπως η ενημέρωση για την σωστή διατροφή και ο οικογενειακός προγραμματισμός. Εννοείται ότι στο επίπεδο αυτό εντάσσεται και η ΠΦΥ.
- Στο δευτεροβάθμιο επίπεδο εντάσσεται η νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία επικεντρώνεται στην θεραπεία και την αποκατάσταση.
- Στο τριτοβάθμιο επίπεδο παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες κυρίως από πανεπιστημιακά νοσοκομεία και εξειδικευμένα νοσηλευτικά κέντρα.

Προκειμένου να διερευνήσουμε τον σκοπό και τον ρόλο της ΠΦΥ, θα πρέπει να καταφύγουμε σε δύο σταθμούς της ιστορικής της εξέλιξης. Ο πρώτος σταθμός είναι η «διακήρυξη της Alma Ata 1978», στην οποία προέβη ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στο πλαίσιο μιας διεθνούς συνδιάσκεψης για την ΠΦΥ. Στην διακήρυξη αυτή, η οποία υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών-μελών του ΠΟΥ, προσδιορίστηκε εννοιολογικά η έννοια της ΠΦΥ και ετέθησαν τα θεμέλια μιας παγκόσμιας στρατηγικής με σύνθημα «Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000». Η ΠΦΥ αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη

του σκοπού αυτού ως μέρους μιας «ανάπτυξης στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης» (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2011).

Στο άρθρο 6 της Διακήρυξης της Alma Ata η ΠΦΥ ορίζεται ως «ουσιαστική φροντίδα η οποία βασίζεται σε τεκμηριωμένες ιατρικά και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και αξιοποιεί κατάλληλα την σύγχρονη τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας και παρέχεται πλήρως σε όλους και σε κόστος το οποίο η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της. Η ΠΦΥ αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει την φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους στους οποίους ζουν και εργάζονται οι πολίτες και αποτελεί το πρώτο σημείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας και αντιμετώπισης των βασικών προβλημάτων υγείας της κοινότητας μέσω των υπηρεσιών πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης, τις οποίες προσφέρει» (WHO, 1978).

Από τον παραπάνω ορισμό και τον προσδιορισμό της σκοποθεσίας της καθίσταται σαφές ότι η ΠΦΥ συνιστά μια πολύπλευρη δραστηριότητα με ευρύτατο πλέγμα δράσεων, η οποία συγκροτεί όχι απλώς μια νέα αντίληψη για την υγεία (και αντιστοίχως και για την ασθένεια), αλλά διαμορφώνει κυρίως ένα νέο κοινωνικό ρεύμα για την οικοδόμηση ενός διαφορετικού τρόπου ζωής και μιας νέας κουλτούρας υγείας. Η νέα φιλοσοφία βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας, στην ισότητα, στην αλληλεγγύη, στην κοινωνική δικαιοσύνη και στην αντίληψη ότι η διατήρηση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την ΠΦΥ και πιο συγκεκριμένα μέσα από τις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη στην λήψη των αποφάσεων που επηρεάζουν την υγεία (Βραχνέλη, 2017).

### **2.3 Μεταρρυθμίσεις και αλλαγές στην ΠΦΥ**

Σαράντα χρόνια μετά από την συνδιάσκεψη του ΠΟΥ στην Alma-Ata και την αντίστοιχη διακήρυξη, έγινε το 2018 μια επικαιροποιημένη συνδιάσκεψη στην γειτονική πόλη του Καζακστάν Astana με σύνθημα «από την υγεία για όλους στην υγεία και βιώσιμη ανάπτυξη», η οποία εξέδωσε την ομώνυμη Διακήρυξη, σύμφωνα με την οποία επαναβεβαιώνεται η σημασία της ΠΦΥ μέσω των υπηρεσιών υψηλού επιπέδου, που (πρέπει να) πα-

ρέχονται από επαγγελματίες με την κατάλληλη εκπαίδευση και με σεβασμό στον άνθρωπο και τις ανάγκες του (Ζερβέα *et al.*, 2020). Μέσα από το όραμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η οποία συμβάλλει αποτελεσματικά στην διασφάλιση της πραγμάτωσης του αιτήματος «υγεία για όλους», τονίζεται ότι δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για την υγεία και την κοινωνική δικαιοσύνη και προσεγγίζονται παράλληλα οι βασικοί σκοποί της βιώσιμης ανάπτυξης, όπως π.χ. ο περιορισμός της φτώχειας και της πείνας και η εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγιεινή, στην ενέργεια και στην εκπαίδευση, ενώ παράλληλα υπηρετείται αποτελεσματικότερα η υπόθεση προστασίας του περιβάλλοντος από τις επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής.

Η Διακήρυξη της Astana επανέρχεται στην ενίσχυση της ΠΦΥ με όρους οι οποίοι περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίον πρέπει να οργανωθούν οι αντίστοιχες υπηρεσίες κάθε κράτους και τις δυνατότητες οι οποίες πρέπει να παρέχονται στους πολίτες. Ως μέσα επίτευξης του σκοπού «υγεία για όλους και βιώσιμη ανάπτυξη» συζητείται η διαμόρφωση των απαιτούμενων προϋποθέσεων στους τομείς α) της γνώσης, β) του ανθρώπινου δυναμικού, γ) της τεχνολογίας και δ) των οικονομικών (Ζερβέα *et al.*, 2020).

Στην Ελλάδα μπορούμε να πούμε ότι έγιναν αποδεκτές και οι δύο διακηρύξεις του ΠΟΥ και το πνεύμα τους πέρασε σε μεγάλο βαθμό στις βασικές νομοθετικές παρεμβάσεις των τελευταίων ετών, τις σχετικές με την υγεία. Δεν θα αναφερθούμε στο σημείο αυτό στις διάφορες δομές υγείας που δημιουργήθηκαν κατά τα τελευταία χρόνια και στον τρόπο λειτουργίας τους, διότι αυτό γίνεται αμέσως παρακάτω (υποκεφάλαιο 2.3 «Η παροχή ΠΦΥ στην Ελλάδα»). Θα περιοριστούμε απλώς στην αναφορά τριών καινοτομιών στην περιοχή της ΠΦΥ, οι οποίες θεμελιώνουν την ως άνω άποψή μας.

### **2.3.1 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση**

Πρόκειται για μια ρηξικέλευθη μεταρρύθμιση στους τομείς της Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης και ταυτόχρονα αποτελεί μια κοινωνική υπηρεσία, η οποία κατέστη εφικτό να αναπτυχθεί χάρη στην αξιοποίηση των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών. Εφαρμόστηκε για τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ στο πλαίσιο της εθνικής στρατηγικής για την ηλεκτρονική υγεία και του Ψηφιακού Θεματολογίου για την Ευρώπη ("Digital Agenda for Europe") (Greene *et al.*, 2010). Η υλοποίηση του έργου πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψηφιακή Σύγκλιση» και συγχρηματοδοτήθηκε από εθνικούς πόρους και από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης της (Μανίκας, 2012).

Η μετάβαση από το χειρόγραφο στο ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης συμβάλλει αφενός στην εξάλειψη της γεωγραφικής διασποράς των σημείων δημιουργίας και εκτέλεσης συνταγών και αφετέρου στην ανάπτυξη ενός σταθερού ηλεκτρονικού συστήματος, το οποίο προσφέρει ποιότητα και ασφάλεια στην περίθαλψη, ιδίως με την εξάλειψη των σφαλμάτων και των αβεβαιοτήτων που συνδέονταν με το χειρόγραφο σύστημα. Παράλληλα δίνει σαφή εικόνα του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς και διασφαλίζει την προστασία των προσωπικών του δεδομένων (Graham–Smith, 2001). Στα περαιτέρω πλεονεκτήματα του συστήματος περιλαμβάνονται η άμεση εκτέλεση των συνταγών, η διαφάνεια της περίθαλψης, ο έλεγχος της συνταγογράφησης και των δαπανών, καθώς και η εξασφάλιση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων για την λειτουργία του συστήματος φαρμακευτικής και ιατρικής περίθαλψης σε ένα σύγχρονο ψηφιακό και διαφανές περιβάλλον. Ένα από τα σημαντικά επιτεύγματα του έργου αποτελεί επίσης η ενοποίηση όλων των εθνικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης μέσω μιας πλήρως ολοκληρωμένης ηλεκτρονικής πλατφόρμας συνταγογράφησης, η οποία υποστηρίζει την διαχείριση και την παρακολούθηση καθώς και τον έλεγχο του κύκλου ζωής της συνταγογράφησης, ξεκινώντας με την συνταγή φαρμάκων έως την εκκαθάριση των συναλλαγών όλων των εθνικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, των ιατρικών επισκέψεων και την ηλεκτρονική έκδοση παραπεμπτικών (Μαρσέλος, 2009).

Από την εφαρμογή του συστήματος ωφελούνται ασθενείς, φαρμακοποιοί, ιατροί και τρίτοι εμπλεκόμενοι φορείς. Συγκεκριμένα οι ασθενείς διευκολύνονται με την άμεση αποδοχή συνταγών και την απόκτηση φαρμάκων καθώς και την μείωση των δυσκολιών αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψη των συνταγών. Επίσης ικανοποιούνται από την απλούστευση της διαδικασίας, ιδίως σε ό,τι αφορά την ανανέωση και την παροχή ευανάγνωστων και ελεγμένων συνταγών. Οι φαρμακοποιοί από την άλλη αποφεύγουν λάθη τα οποία προέκυπταν από την εσφαλμένη ανάγνωση των χειρόγραφων συνταγών, ενώ παράλληλα απλουστεύεται η διαδικασία αποζημίωσής τους. Το κυριότερο πλεονέκτημα για τους γιατρούς είναι το γεγονός ότι διαθέτουν ηλεκτρονική πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενούς, δυνατότητα καλύτερης εφαρμογής του συνταγολογίου, ηλεκτρονική ειδοποίηση σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων και δυνατότητα ελέγχου του κόστους της συνταγής. Τέλος, για τις Υγειονομικές Αρχές η ηλεκτρονική συνταγογράφηση σημαίνει περιορισμό της γραφειοκρατίας, μείωση του κόστους των φαρμάκων με την υποστήριξη της συνταγογράφησης γενοσήμων και την άμεση ενημέρωση αναφορικά με το ιστορικό συνταγογράφησης των ίδιων και των συναδέλφων τους καθώς και με την κατάσταση της υγείας των πολιτών (Μπελτέ, 2017).

### **2.3.2 Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας**

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται από σχετικό φορέα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Τυποποίησης (CEN) «Ο Ιατρικός Φάκελος είναι η «αποθήκη» όλων των πληροφοριών που αφορούν στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Αποτελεί επομένως την βάση της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς αλλά και το απόθεμα δεδομένων για επιδημιολογικές έρευνες από τις υγειονομικές αρχές. Επιπλέον, παρέχει πληροφορίες διοικητικής, οικονομικής και στατιστικής φύσεως καθώς και ποιοτικού ελέγχου». Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος του ασθενούς αποτελεί ένα ψηφιακό αρχείο το οποίο είναι συνδεδεμένο με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (Η/Σ). Ο σκοπός του είναι να διευκολύνει την ενημέρωση των γιατρών για την εφ' όρου ζωής παρακολούθηση της κατάστασης υγείας και της παροχής φροντίδας στον ασθενή. Κατ' αυτόν τον τρόπο λειτουργεί επίσης υποστηρικτικά για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς με τον τρόπο αυτόν έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες τις οποίες μπορούν να διαμοιραστούν μεταξύ τους.

Ο ηλεκτρονικός φάκελος χρησιμοποιείται τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα των ασθενών. Στην ΠΦΥ έχει διαπιστωθεί ότι χρησιμοποιείται πολύ από τους γενικούς ιατρούς. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι για την ορθή λειτουργία του, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος απαιτεί την ύπαρξη ενός ανθρώπινου δυναμικού ιατρικού, παραϊατρικού, διοικητικού και γραμματειακού, το οποίο είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο στην χρήση και στην ενημέρωσή του (Σαράντου, 2017).

### **2.3.3 Τηλεϊατρική**

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ Τηλεϊατρική είναι «η παροχή ιατρικής περίθαλψης από απόσταση -σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η απόσταση είναι κρίσιμος παράγοντας- από όλους τους επαγγελματίες του χώρου της Υγείας με την χρήση των Τεχνολογιών Πληροφοριών και Επικοινωνιών (ΤΠΕ), μέσω των οποίων γίνεται ανταλλαγή έγκυρων πληροφοριών για την διάγνωση, την θεραπεία και την πρόληψη ασθενειών, για την έρευνα και την αξιολόγηση, για την διά βίου εκπαίδευση των λειτουργιών Υγείας αλλά και για στοιχεία και δεδομένα τα οποία συμβάλλουν στην αναβάθμιση των υπηρεσιών της υγείας και της κοινωνίας». Το βασικό νομικό πλαίσιο, που διέπει την λειτουργία της Τηλεϊατρικής στην Ελλάδα είναι ο Νόμος 3984/2011, άρθρο 66, παρ. 16, όπου αναφέρονται τα εξής: «Οι υπηρεσίες Τηλεϊατρικής παρέχονται εφόσον υφίσταται η δυνατότητα και με ευθύνη του θεράποντος ιατρού που αντιμετωπίζει το εκάστοτε περιστατικό. Ο θεράπων ιατρός, για

λόγους προστασίας των προσωπικών δεδομένων, είναι υπεύθυνος να ζητεί από τον ασθενή ή, εφόσον αυτό δεν είναι δυνατό, από συγγενή α' βαθμού την ενυπόγραφη έγκριση χρησιμοποίησης υπηρεσιών τηλεϊατρικής. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, τότε ο θεράπων ιατρός χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες Τηλεϊατρικής κατά την κρίση του. Οι οδηγίες των νοσοκομείων και των μονάδων υγείας που παρέχουν υπηρεσίες Τηλεϊατρικής είναι συμβουλευτικές και σε καμία περίπτωση υποχρεωτικές».

Η πλέον ολοκληρωμένη προσπάθεια που έχει γίνει μέχρι σήμερα ως προς τη χρήση της Τηλεϊατρικής και την διείσδυσή της τόσο στην κοινότητα των επαγγελματιών υγείας όσο και στον ωφελούμενο πληθυσμό είναι το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ), Τμήμα της 2ης ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου. Το ΕΔΙΤ είναι ένα δίκτυο σταθμών Τηλεϊατρικής που εγκαταστάθηκε από την 2η ΥΠΕ με χρηματοδότηση από το Εθνικό Πρόγραμμα «ΨΗΦΙΑΚΗ ΣΥΓΚΛΙΣΗ» 2007-2013. Αρχισε την ουσιαστική του λειτουργία στις αρχές του 2016 και περιλαμβάνει:

- 30 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού-Ασθενούς, τοποθετημένους σε απομακρυσμένα σημεία, από τα Κύθηρα μέχρι το Καστελόρριζο και από τη Λήμνο μέχρι τις Οινούσσες (Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία).
- 12 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού-Συμβούλου σε μεγάλα νοσοκομεία της 2ης ΥΠΕ, εκ των οποίων 5 Περιφερειακά Νοσοκομεία στη Ρόδο, Σάμο, Σύρο, Μυτιλήνη, Χίο και 7 Νοσοκομεία στον νόμο Αττικής όπως το Ασκληπιείο, Τζάνειο, Θριάσιο, Μεταξά, Νίκαια, Αττικόν, ΨΝΑ.
- Έναν Σταθμό Τηλεϊατρικής Ιατρού-Συμβούλου στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας.
- Κέντρο Δεδομένων που φιλοξενείται στην Κοινωνία της Πληροφορίας.
- Πληροφοριακό κέντρο το οποίο ανήκει στη 2<sup>η</sup> ΔΥΠΕ.  
(<http://edit.gov.gr/index.php>)

#### **2.4 Η παροχή ΠΦΥ στην Ελλάδα**

Κατ' αρχάς πρέπει στο σημείο αυτό να απαριθμήσουμε με κατά το δυνατόν συνοπτικό τρόπο τις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από την ΠΦΥ, προκειμένου να αναφερθούμε στην συνέχεια στις δομές και στον τρόπο με τον οποίον τις παρέχει η καθεμιά. Συνοπτικά λοιπόν οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται στο πλαίσιο της ΠΦΥ είναι οι εξής:

- Υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτικό ίδρυμα.

- Εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και σχεδιασμός και υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων και την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα.
- Τακτική παρακολούθηση και διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Οικογενειακός προγραμματισμός και υπηρεσίες μητέρας – παιδιού.
- Παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στην Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.
- Διενέργεια προγραμμάτων εμβολιασμού.
- Παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης.
- Παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.
- Παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη.
- Διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας (Μπεζεβέγκη, 2017 και <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049>).

Μέσω της παροχής των ως άνω υπηρεσιών το σύστημα ΠΦΥ επιτυγχάνει μερικούς από τους γενικότερους σκοπούς τόσο ως προς την ατομική όσο και ως προς την κοινωνική τους διάσταση:

- ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από όλους τους πολίτες,
- ισότητα στην φροντίδα, έτσι ώστε οι ιατροί να διαχειρίζονται οξεία ή χρόνια προβλήματα υγείας,
- διαχείριση συχνών προβλημάτων υγείας των ασθενών, δηλαδή ολοκληρωμένη φροντίδα, καθώς και άλλων επιβαρυντικών παραγόντων οι οποίοι συνιστούν κίνδυνο για την υγεία,
- ελεγχόμενη παροχή φροντίδας, μέσω της οποίας οι πολίτες - ασθενείς θα καθοδηγούνται σωστά,
- ελεγχόμενη διαχείριση των ιατρικών δεδομένων (ιατρικό απόρρητο) με απόλυτη εμπιστευτικότητα καθώς επίσης και διαθεσιμότητα των πληροφοριών στο σύστημα υγείας,
- δικαίωμα κάθε ατόμου για επιλογή του οικογενειακού του ιατρού (Μπεζεβέγκη, 2017).



Στο σημείο αυτό κρίνουμε απαραίτητο να κάνουμε μια διάκριση των όρων ΠΦΥ και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη (ΠΠ), ώστε να μην προκύπτουν παρανοήσεις. Μια προσεκτική μελέτη των δύο όρων μας οδηγεί στην διαπίστωση ότι η ΠΠ είναι υποκείμενη έννοια της ΠΦΥ. Με άλλα λόγια η ΠΦΥ είναι ένα σύνολο δραστηριοτήτων πολύ ευρύ, στο οποίο υπάγεται και το υποσύνολο των δραστηριοτήτων, οι οποίες συγκροτούν την ΠΠ. Στο ευρύ αυτό σύνολο των δραστηριοτήτων της ΠΦΥ υπάγονται, πέρα από την θεραπεία και την αποκατάσταση, και δραστηριότητες της δημόσιας πολιτικής υγείας και της πρόληψης. Με άλλα λόγια δηλ., ενώ το αντικείμενο της ΠΠ είναι το σύνολο των ασθενών, εκείνο της ΠΦΥ είναι το σύνολο όλων των πολιτών, ασθενών και υγιών (Πιερράκος, 2008, Βραχνέλη, 2017).

Στην Ελλάδα η πρώτη συγκροτημένη παρέμβαση για την ενιαία ανάπτυξη της ΠΦΥ έγινε με τον νόμο 1397/1983, τον ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Στο πλαίσιο της δημιουργίας του ΕΣΥ λειτούργησαν 172 κέντρα υγείας αστικού και μη αστικού χαρακτήρα και περιφερειακά ιατρεία με σκοπό την παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ακολούθησε ο νόμος 2071/1992, με βάση τον οποίο η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ επεκτάθηκε και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ αλλά και στον ιδιωτικό τομέα. Στην συνέχεια εκδόθηκαν δύο ακόμα νόμοι οι οποίοι στόχευαν στην βελτίωση της οργάνωσης και του συντονισμού της ΠΦΥ, ο νόμος 3172/2003 για την «οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας» και ο νόμος 3235/2004 με θέμα «Διατάξεις για την Πρωτοβάθμια Υγεία» (Βραχάτης και Παπαδόπουλος, 2012).

Όπως είναι ευνόητο, η οικονομική ύφεση στην συνέχεια επέφερε σημαντικές αλλαγές στην ΠΦΥ. Υπήρξαν δύο νομοθετικές παρεμβάσεις κατά την περίοδο αυτή, οι οποίες επηρέασαν σημαντικά την πορεία της ΠΦΥ κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Η πρώτη αφορά τις ρυθμίσεις του νόμου 3852/2010 για το πρόγραμμα της τοπικής αυτοδιοίκησης «Καλλικράτης», σύμφωνα με τον οποίο οι αρμοδιότητες της ΠΦΥ μεταφέρθηκαν στους Δήμους και τις Περιφέρειες. Έτσι σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία ΤΟΜΥ ή άλλη δημοσία μονάδα ΠΦΥ. Η δεύτερη παρέμβαση έγινε με τον νόμο 3918/2011, ο οποίος προβλέπει την σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Ακολούθησε η δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο προβλέπει την καθιέρωση της ολοήμερης παροχής ΠΦΥ από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Σημειώνουμε επίσης ότι το 2017 (Ν. 4461) δημιουργήθηκαν οι νέες δομές Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας, οι

οποίες λειτουργούν με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας (παιδίατρο, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και διοικητικό προσωπικό), η οποία πλαισιώνει τον οικογενειακό ιατρό. Συνεπώς οι ΤΟΜΥ, ως κατ' εξοχήν μονάδες υγείας οι οποίες παρέχουν την ΠΦΥ, λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής και αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το ΕΣΥ (βλ. κεφ. 3) (Βραχάτης και Παπαδόπουλος, 2012)

Μία περαιτέρω εξέλιξη συνιστά η ψήφιση του νόμου 4486/2017, ο οποίος προβλέπει την ανάπτυξη του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ σε δύο επίπεδα:

α. Πρώτο επίπεδο, το οποίο λειτουργεί ως το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το ΕΣΥ και στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες ΠΦΥ από τις ΤΟΜΥ, τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ). Στο επίπεδο αυτό απασχολούνται οι επαγγελματίες υγείας των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ καθώς και οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ επαγγελματίες υγείας. Στο σύστημα ΠΦΥ εντάσσονται και οι υπηρεσίες του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

β. Δεύτερο επίπεδο, στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας και τις Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ, οι οποίες μετεξελίχθηκαν επίσης σε Κέντρα Υγείας, σύμφωνα με τις προβλέψεις του Ν. 4468/2017. Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των ΔΥΠΕ και έχουν ως σκοπό την παροχή ειδικών υπηρεσιών όπως:

- Εξειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς οι οποίοι είτε προσέρχονται αυτοβούλως στα Κέντρα Υγείας είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες ΠΦΥ του Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤΟΠΦΥ).
- Εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών.
- Εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου.
- Οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών.
- Φροντίδας μητέρας και παιδιού.
- Φροντίδας παιδιών και εφήβων.
- Εξειδικευμένης πρόληψης.
- Φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας.
- Ιατρικής της εργασίας.
- Κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας.
- Προαγωγής της υγείας.

Κλείνοντας μπορούμε να πούμε ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ διαρθρώνονται, αναπτύσσονται, οργανώνονται και λειτουργούν με βάση τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης όλου του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης από όλους στις υπηρεσίες υγείας, της προσέγγισης αποκλεισμένων και ευπαθών κοινωνικών ομάδων, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχομένων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και της λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της ιατρικής, νοσηλευτικής ή άλλης επαγγελματικής δεοντολογίας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας του πολίτη, της διασύνδεσης με τις λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του ΕΣΥ ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργού συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών ([www.opengov.gr](http://www.opengov.gr))

## **2.5 Προβλήματα της ΠΦΥ στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες**

Όπως σημειώνουμε και παρακάτω (υποκεφάλαιο 3.4), τα υγειονομικά συστήματα των διαφόρων χωρών έχουν αρκετές διαφορές μεταξύ τους, ωστόσο υπάρχουν έξι κανόνες οι οποίοι είναι καθοριστικοί και χαρακτηρίζουν την λειτουργία όλων των πρωτοβάθμιων συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με τους κανόνες αυτούς η ΠΦΥ πρέπει:

- Να είναι προσβάσιμη σε όλους, δηλαδή να μπορεί ο κάθε πολίτης να έχει ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από αυτήν.
- Να είναι συνεχής, δηλαδή οι υπηρεσίες υγείας να παρέχονται από τον ίδιο επαγγελματία ή την ίδια μονάδα σε μακροχρόνια βάση.
- Να είναι διαθέσιμη όλο το 24ωρο.
- Να είναι αποδεκτή, δηλαδή να μην δημιουργεί αντιδράσεις στον πληθυσμό στον οποίον αναφέρεται, να συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής τους και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τις αξίες, τα ήθη και τα έθιμά τους.
- Να είναι ολοκληρωμένη, δηλαδή να περιλαμβάνει δράσεις οι οποίες αναφέρονται και στις τρεις διαστάσεις της υγείας (σωματική, ψυχική και κοινωνική).
- Να έχει ως κύριο σκοπό της την περίθαλψη αλλά και την πρόληψη και την προαγωγή υγείας (Τούντας, 2008).

Σε όλες τις χώρες βεβαίως η οργάνωση της ΠΦΥ αντιμετωπίζει συνεχείς δημογραφικές και επιδημιολογικές αλλαγές, ενώ ταυτόχρονα ο πληθυσμός παγκοσμίως γερνά πολύ

γρήγορα. Η σύγχρονη επιστημονική και ερευνητική κοινότητα στοχεύει στην προοπτική και τις δυνατότητες της πρόληψης, η οποία σε συνδυασμό με την ανακάλυψη νέων φαρμάκων και πιο αποτελεσματικών μεθόδων αντιμετώπισης των ασθενειών, εξασφαλίζουν όλο και περισσότερο καλύτερης ποιότητας φροντίδα υγείας, γεγονός το οποίο αντικατοπτρίζεται –μεταξύ άλλων- στην διαρκή άνοδο του προσδόκιμου ζωής. Διατυπώνονται, ωστόσο, ανησυχίες και ενστάσεις, διότι οι ευκαιρίες τις οποίες προσφέρουν οι εξελίξεις αυτές δεν προσφέρονται σε ικανοποιητικό βαθμό σε ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού της γης και κυρίως βέβαια στις υπανάπτυκτες ή αναπτυσσόμενες χώρες (Maeseeneer *et al.*, 2008).

Με βάση την επισκόπηση μέρους της σχετικής βιβλιογραφίας μπορεί να ισχυρισθεί κανείς ότι η αναμόρφωση των εθνικών συστημάτων υγείας αποτελεί ένα κοινό χαρακτηριστικό όλων σχεδόν των χωρών του κόσμου. Όλες δηλ. σχεδόν οι χώρες του κόσμου επενδύουν στην αναμόρφωση των συστημάτων υγείας τους, προκειμένου να ανταποκριθούν στις συνταρακτικές και ταχύτατες μεταβολές οι οποίες συντελούνται κατά τα τελευταία χρόνια στην επιστήμη, στην οικονομία, στην εκπαίδευση και στον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Πρωταρχική σημασία σε όλες αυτές τις προσπάθειες αναμόρφωσης των συστημάτων υγείας σε διεθνές επίπεδο αποδίδεται στην ΠΦΥ, η οποία αναδεικνύεται όχι απλώς ως η πύλη εισόδου στα εθνικά συστήματα υγείας, αλλά ο πυλώνας ο οποίος στηρίζει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Τόσο από την καθημερινή εμπειρία εξάλλου όσο και από σχετικές έρευνες αποδεικνύεται ότι τα συστήματα υγείας, τα οποία δίνουν έμφαση στην ΠΦΥ, παρέχουν περισσότερο αποδοτική από κλινική και οικονομική άποψη φροντίδα, σε αντίθεση προς τα συστήματα τα οποία παραγνωρίζουν την σημασία της ΠΦΥ. Ύστερα από αυτό, οι ειδικοί τονίζουν ότι από τους υπευθύνους του σχεδιασμού και της παρακολούθησης της λειτουργίας του ΕΣΥ πρέπει να αναληφθεί μια σταυροφορία ανάμεσα στον ιατρικό κλάδο αλλά και στο ευρύ κοινό, ώστε να γίνει συνείδηση ότι καλό σύστημα υγείας σημαίνει πρωτίστως καλή ΠΦΥ.

Επικεντρώνοντας την προσοχή μας στην Ελλάδα, οι ειδικοί μάς διαβεβαιώνουν ότι ο σκοπός της Διακήρυξης της Alma-Ata για «Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000» έχει σε γενικές γραμμές επιτευχθεί. Διαπιστώνουν βέβαια ότι η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ προς αυτή την κατεύθυνση έγινε με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με άλλες χώρες. Εν μέρει η καθυστέρηση αυτή αποδίδεται στο γεγονός ότι το ελληνικό σύστημα υγείας άρχισε να δημιουργείται τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και η πορεία του ακολούθησε γενικώς αργούς ρυθμούς λόγω κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών συνθηκών. Λαμβάνοντας υπόψη τις δυσμενείς

αυτές συνθήκες, είναι υποχρεωμένος κανείς να αναγνωρίσει ότι η υγειονομική μεταρρύθμιση του ΕΣΥ αποτέλεσε ένα πολύ σοβαρό γεγονός στην εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα και μάλιστα μπορεί να υποστηρίξει κανείς ότι συνιστά την μοναδική θεμελιωμένη και σαφή πρόταση πολιτικής υγείας. Ο νόμος αυτός άνοιξε τον δρόμο για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας και αποτέλεσε την αφετηρία για την ανάπτυξη του δημόσιου ενδιαφέροντος για την υγεία γενικώς και την ΠΦΥ ειδικότερα (Ελληνας, 2005, Μαλαβάζος *et al.*, 2019). Πέρα από άσκοπες ωραιοποιήσεις ωστόσο, πρέπει να αναγνωρίσει κανείς ότι υπάρχουν πολλά και σοβαρά προβλήματα, τα οποία πιέζουν για την επίλυσή τους. Από την ίδρυση ήδη του ΕΣΥ και την έναρξη λειτουργίας του το 1983, η ΠΦΥ δεν έτυχε της προσήκουσας υποστήριξης από την πλευρά της Πολιτείας, δηλαδή των εκάστοτε κυβερνήσεων, με την χορήγηση οικονομικών πόρων, την στελέχωση με το αναγκαίο και κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό, την εξασφάλιση υποδομών κλπ. Οι ειδικοί δηλ. υποστηρίζουν ότι δεν ελήφθησαν τα αναγκαία μέτρα, ώστε να καταφανεί μέσω αυτών η πολιτική βούληση για εδραίωση και παγίωση του συστήματος (Κυριόπουλος, 2013). Η παράλειψη εξάλλου της ενίσχυσης του οργανωμένου δημόσιου συστήματος υπηρεσιών ΠΦΥ στην χώρα μας οδήγησε σε πολλές και διάφορες στρεβλώσεις και παθογένειες του ΕΣΥ γενικότερα. Τέλος, η οικονομική κρίση και κατά προέκταση ο περιορισμός των δημοσίων επενδύσεων οδήγησαν σε δραστικές περικοπές των δημοσίων δαπανών για την ΠΦΥ και επέτειναν ακόμη περισσότερο τα προβλήματα λειτουργίας της (Υπουργείο Υγείας, 2014, Lionis and Petelos, 2013).

Όσον αφορά την οργανωτική μορφή του συστήματος της ΠΦΥ στην Ελλάδα, πρέπει να σημειώσει κανείς ότι καταγράφεται πλειάδα σχηματισμών και φορέων οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ, ενώ κάθε επιμέρους φορέας του πλαισίου αυτού, το οποίο λειτουργεί χωρίς κεντρικό συντονισμό, αποτελεί ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας με δικό του οργανωτικό και διοικητικό πλαίσιο, διαφορετικές συνθήκες εργασίας, διαφορετικό φορέα εποπτείας, διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης και σημαντικές αποκλίσεις στο ύψος της χρηματοδότησης. Το γεγονός αυτό επιτρέπει στον κριτικό μελετητή να μιλήσει για ένα σύστημα πολυκερματισμένο και άναρχα δομημένο, με πλήρη έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού και απουσία συντονισμού στην ολιστική παροχή υπηρεσιών (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Ένα σοβαρό πρόβλημα, το οποίο επισημαίνεται από σχετική εμπειρική έρευνα, είναι η διαπίστωση ότι όλες οι παραπάνω δυσλειτουργίες έχουν ως συνέπεια την έλλειψη συνέχειας στην φροντίδα υγείας.

Αυτό σημαίνει ότι χωλαίνει σοβαρά η διασύνδεση των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας τόσο μεταξύ τους όσο και με τις μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα σε τελική ανάλυση να υπονομεύεται ή και να ακυρώνεται ολοσχερώς η υλοποίηση του τριπτύχου πρόληψη-θεραπεία-αποκατάσταση, το οποίο αποτελεί τον θεμελιακό σκοπό της ΠΦΥ. Πέραν τούτων, οι δυσλειτουργίες αυτές δεν επιτρέπουν την απρόσκοπτη λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Από την ίδια έρευνα προκύπτει π.χ. ότι ελλείπουν ή χωλαίνουν οι υποδομές για την τήρηση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας με το ατομικό ιστορικό κάθε ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι δεν υποστηρίζεται ένα σύστημα διακίνησης ιατρικών πληροφοριών για τους ασθενείς ούτε μεταξύ των μονάδων ούτε καν εντός της ίδιας μονάδας μεταξύ δύο διαδοχικών επισκέψεων (Βραχάτης και Παπαδόπουλος, 2012).

Δεν πρέπει λοιπόν να είναι τυχαίο το γεγονός ότι διαπιστώνεται πολύ χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες της ΠΦΥ και ως βασικοί λόγοι δηλώνονται οι δυσκολίες στην πρόσβαση, η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών, ο μεγάλος χρόνος αναμονής και η έλλειψη υλικοτεχνικών υποδομών και, από την άλλη μεριά, εκφράζεται μεγάλη δυσαρέσκεια για το γεγονός ότι δεν προσφέρονται απολύτως δωρεάν οι υπηρεσίες της ΠΦΥ (Κυριόπουλος *et al.*, 2000).

Ολοκληρώνουμε την επισκόπησή μας με μερικές γενικότερες διαπιστώσεις, στις οποίες καταλήγουν σχετικές εμπειρικές έρευνες, οι οποίες επισημαίνουν ως βασικές αιτίες της δυσανεξίας έναντι της ΠΦΥ την έλλειψη αποτελεσματικού ελέγχου και αξιολόγησης του έργου των μονάδων ΠΦΥ, την ανυπαρξία κανονιστικού πλαισίου καθώς και σημαντικές ελλείψεις σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Η καθεμιά από αυτές αυτοτελώς αλλά και σε συνδυασμό μεταξύ τους οδηγούν σε γνωστές και παγιωμένες δυσάρεστες πρακτικές εντός του ΕΣΥ (π.χ. σε υπερσυνταγογράφηση, σε αυξημένο αριθμό παραπομπών σε ιδιωτικά κέντρα για εξετάσεις υψηλού κόστους) και εκθέτουν κατ' αυτόν τον τρόπο την ΠΦΥ σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης και υπερκατανάλωσης (ιδιωτικών κατά κύριο λόγο) υπηρεσιών, προκαλώντας όχι ευκαταφρόνητη οικονομική επιβάρυνση στον οικογενειακό αλλά και στον δημόσιο προϋπολογισμό του τομέα της Δημοσίας Υγείας. Σε μια γενική και εξ εποπτείας θεώρησή του το σύστημα παροχής ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα δυστυχώς φαίνεται –και αποδεικνύεται εκ των πραγμάτων ότι είναι– αναξιόπιστο, με συνέπεια οι ασθενείς να ζητούν δεύτερη γνώμη από άλλους ιατρούς, είτε του δημόσιου είτε του ιδιωτικού τομέα, με δευτερογενείς συνέπειες την δημιουργία πρόσθετων δαπανών, την υπερφόρτωση του συστήματος καθώς και την υπονόμηση του γοήτρου της δωρεάν υγείας. Τέλος, η έλλειψη μηχανοργάνωσης και αξιοποίησης της σύγχρονης τεχνολογίας

από τις υπάρχουσες δομές για την καλύτερη εξυπηρέτηση των χρηστών και την παροχή ολοκληρωμένης συνεχούς φροντίδας είναι ένα ακόμη χαρακτηριστικό πρόβλημα του συστήματος της ΠΦΥ.

## **2.6 Ανακεφαλαίωση**

Στο κεφάλαιο αυτό το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα της εργασίας, αναφερθήκαμε στην θέσπιση της ΠΦΥ, η οποία αποτελεί τον κεντρικό μοχλό κάθε σύγχρονου συστήματος υγείας, καθώς καλύπτει πρωταρχικώς και πρωτογενώς όλο το φάσμα προσφοράς υπηρεσιών υγείας, από την πρόληψη μέχρι την αποκατάσταση. Στην χώρα μας η ΠΦΥ παραμένει - παρά τις αισιόδοξες προοπτικές του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ και τις πολλές μέχρι σήμερα παρεμβάσεις με σκοπό τον εκσυγχρονισμό της - ο μεγάλος ασθενής του ΕΣΥ. Ο εντοπισμός των προβλημάτων της και η μελέτη λειτουργίας της ΠΦΥ σε άλλες χώρες προσφέρουν ερεθίσματα για την μεταρρύθμιση και την αναμόρφωσή της.





## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **Ο ΓΕΝΙΚΟΣ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ**

#### **3.1 Εισαγωγή**

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στον γενικό - οικογενειακό ιατρό, τον στυλοβάτη της ΠΦΥ. Ότι η διαπίστωση αυτή δεν ενέχει στοιχεία υπερβολής προκύπτει από το γεγονός ότι παράλληλα με την θέσπιση της ΠΦΥ καθιερώθηκε ένας νέος κλάδος στο σώμα των Επιστημών Υγείας, ο κλάδος της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής. Πρωταρχικό ρόλο στις παγκόσμιες εξελίξεις επί του θέματος έπαιξαν δύο διεθνείς Εταιρείες, η UEMO και η WONCA.

Η ιδιαίτερη συμβολή του γενικού - οικογενειακού ιατρού στην στήριξη της ΠΦΥ εντοπίζεται σε δύο κυρίως άξονες των δραστηριοτήτων του: α. στην θεραπευτική σχέση του με τον ασθενή, η οποία διαποτίζει την ποιότητα της επικοινωνίας ιατρού και ασθενούς και β. στην λειτουργία του ως gatekeeper του συστήματος, η οποία διασφαλίζει την συντονισμένη λειτουργία όλων των παραγόντων που συμβάλλουν στην αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας σε όλους τους πολίτες.

Πέρα από την συμβολή της UEMO και της WONCA στην καθιέρωση του κλάδου της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής και στις προσπάθειές τους να συνειδητοποιήσει το ευρύ κοινό και κυρίως το «ιατρικό κατεστημένο» την σημασία του γενικού - οικογενειακού ιατρού, στο κεφάλαιο αυτό αναφερόμαστε στον ρόλο του ιατρού της συγκεκριμένης ειδικότητας σε διάφορα συστήματα υγείας ευρωπαϊκών χωρών. Στο υπόβαθρο της κατάστασης αυτής διαπιστώνεται ότι ο θεσμός του γενικού - οικογενειακού ιατρού καθιερώθηκε στην χώρα μας το 2017, δεν προχωρεί ωστόσο η γενίκευσή του, ίσως και λόγω του κορωνοϊού, ενώ διαπιστώνεται ότι στα συστήματα υγείας άλλων χωρών λειτουργεί με πολύ καλά αποτελέσματα.

#### **3.2 Ο επιστημονικός κλάδος της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής**

Αν η ΠΦΥ αποτελεί τον πυλώνα του ΕΣΥ, ο γενικός - οικογενειακός ιατρός αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ΠΦΥ. Χοντρικά μπορεί να πει κανείς ότι ο ισχυρισμός αυτός θεμελιώνεται σε δύο βασικές διαστάσεις του ρόλου του, α. στην θεραπευτική σχέση του με τους ασθενείς και β. στον ρόλο του ως ρυθμιστή λειτουργίας του συστήματος. Η πρώτη

οδηγεί αδιαμφισβήτητα σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα, η δεύτερη στην αποφόρτιση και κατά συνέπεια στην συντονισμένη και ομαλή λειτουργία όλων των παραγόντων που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδων υγείας σε όλους τους πολίτες.

A. Η θεραπευτική σχέση του γενικού - οικογενειακού ιατρού με τους ασθενείς καθορίζεται από την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ τους καθώς και από τον ολιστικό τρόπο με τον οποίον ο ιατρός διαχειρίζεται τα θέματα υγείας των ασθενών του. Γενικά μπορεί να ισχυρισθεί κανείς ότι ο γενικός - οικογενειακός ιατρός ακολουθεί μια νέα προσέγγιση με πολλές εκφάνσεις, οι οποίες συγκλίνουν σε μια νέα αντιμετώπιση του ασθενούς, την οποία θα μπορούσε να αποδώσει κανείς με μία λέξη: «ανθρώπινη». Και ανθρώπινη σημαίνει κατ' αρχάς «εμπαθητική». Ο όρος αυτός, αν και ελληνικής προέλευσης, χρησιμοποιείται στο σημείο αυτό με την σημασία που έχει η λέξη «empathy» στην αγγλική γλώσσα και αποδίδει την διάθεση και την ικανότητα να μπαίνει κανείς στην θέση του άλλου, ώστε να κατανοεί καλύτερα το προβλήματά του.

B. Ο γενικός - οικογενειακός ιατρός συμβάλλει στην καλή λειτουργία του συστήματος ΠΦΥ και γενικότερα του ΕΣΥ με αποτέλεσμα το σύστημα να λειτουργεί ομαλά και να μπορεί να παρέχει στον ασθενή τις καλές υπηρεσίες που χρειάζεται και απαιτεί. Η συμβολή του αυτή προκύπτει από την δεύτερη διάσταση του ρόλου του, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός είναι παράλληλα και ρυθμιστής της λειτουργίας του συστήματος. Ο ρόλος αυτός αποδίδεται στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία με τον όρο «Gatekeeper». Ο όρος αυτός ξενίζει κάποιον, όταν τον ακούει έξω από τα συγκείμενα, διότι τον θεωρεί μηχανιστικό, τεχνολογικό, διαδικαστικό. Η πράξη όμως της λειτουργίας των δομών ΠΦΥ τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό αποδεικνύει ότι περιέχει ουσία η οποία βρίσκεται στον πυρήνα του συστήματος της ΠΦΥ. Όπως θα δούμε και παρακάτω, στο πλαίσιο του ρόλου αυτού ο γενικός - οικογενειακός ιατρός ασκεί ουσιαστικά συμβουλευτικά και καθοδηγητικά καθήκοντα, τα οποία σχετίζονται τόσο με τα προβλήματα υγείας του ασθενούς όσο και με την διαδικασία την οποία πρέπει να ακολουθήσει ανάμεσα σε δομές υγείας, ειδικούς ιατρούς και εργαστηριακές εξετάσεις, ώστε να φτάσει σε αίσιο τέρμα.

Όπως σημειώνουμε στο αμέσως επόμενο υποκεφάλαιο (3.2), τόσο η UEMO όσο και η WONCA, οι δύο μεγάλες παγκόσμιες εταιρείες της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, άρχισαν από το 1964 η πρώτη και από το 1972 η δεύτερη να κάνουν συζητήσεις και προτάσεις για τον καθορισμό του γνωστικού αντικείμενου του συγκεκριμένου κλάδου στις Ιατρικές Σχολές και προσδιορισμό των καθηκόντων των ιατρών ειδικότητας Γενικής

- Οικογενειακής Ιατρικής. Το 1974 η WONCA Ευρώπης συνέταξε ένα προγραμματικό κείμενο με τίτλο «Ο Γενικός Ιατρός στην Ευρώπη», το οποίο αποτέλεσε την βάση όλων σχεδόν των μετέπειτα σχετικών συζητήσεων. Σε διάστημα 30 ετών περίπου από τότε οι παγκόσμιες επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις ήταν τόσο καταλυτικές, ώστε οδήγησαν σε ριζικές μεταβολές στο τοπίο της παροχής φροντίδας υγείας και - μεταξύ άλλων - στην αδιαμφισβήτητη καθιέρωση της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής σε όλες τις Ιατρικές Σχολές και σε όλα τα συστήματα φροντίδας υγείας ανά την Ευρώπη και τον κόσμο. Στο πλαίσιο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι το 1998 το Τμήμα Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας γνωστοποίησε σε όλα τα παραρτήματα το γεγονός ότι η Γενική - Οικογενειακή Ιατρική όχι μόνον αναγνωρίστηκε ως σημαντικός κλάδος της Ιατρικής στις περισσότερες από τις χώρες του πρώην σοβιετικού συνασπισμού και εισήχθη ως γνωστικό αντικείμενο στις Ιατρικές Σχολές, αλλά και ότι σε πολλές περιπτώσεις καθιερώθηκε ως σημαντικός τομέας για την μεταρρύθμιση των συστημάτων φροντίδας υγείας.

Πρόσφατα είχαμε επίσης μια σημαντική εξέλιξη επί του ζητήματος, που αφορά τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και εκείνες που φιλοδοξούν να εισέλθουν σε αυτήν. Πρόκειται για την έκδοση της Κατευθυντήριας Οδηγίας 93/16 της ΕΕ, η οποία παρεμβαίνει επί του θέματος με σκοπό την προώθηση της ελεύθερης διακίνησης των ιατρών Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής στις χώρες-μέλη. Στο προοίμιο της Οδηγίας λοιπόν τονίζει ότι οι Γενικοί - Οικογενειακοί Ιατροί όλων των χωρών-μελών πρέπει να ολοκληρώνουν μια θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση η οποία θα τους εφοδιάζει με τις αναγκαίες γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες, ώστε να μπορούν να ασκούν την ιατρική της ειδικότητάς τους σε οποιαδήποτε χώρα-μέλος, καθώς τα προσόντα τους θα τους δίνουν το δικαίωμα να εργάζονται ως κλινικοί ιατροί σε οποιαδήποτε χώρα της ΕΕ χωρίς περαιτέρω εκπαίδευση. Η σύσταση αυτή αναζωπύρωσε την συζήτηση ενώσεων, εταιρειών, Ιατρικών Σχολών και μεμονωμένων ατόμων για την περαιτέρω εξειδίκευση της προαπαιτούμενης εκπαίδευσης και κατά συνέπεια του επακριβούς καθορισμού του γνωστικού αντικειμένου της συγκεκριμένης ειδικότητας.

Καθώς όμως με την πάροδο του χρόνου διαπιστωνόταν αδυναμία σύγκλισης των απόψεων, άρχισε να κερδίζει έδαφος η πρόταση για αλλαγή της βάσης των συζητήσεων. Αντί δηλαδή να συζητεί κανείς για γνωστικά αντικείμενα, πρακτικές ασκήσεις και θέματα εξειδίκευσης και την αντίστοιχη χρονική διάρκεια για το καθένα, προτείνεται να γίνει μια αναλυτική περιγραφή των ιατρικών δραστηριοτήτων και των καθηκόντων του Γενικού - Οικογενειακού Ιατρού, επί των οποίων θα οικοδομηθεί στην συνέχεια το πρόγραμμα εκπαίδευσης και εξειδίκευσής του. UEMO και WONCA καθώς και φορείς και ιδρύματα τα

οποία σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας έχουν κάνει προτάσεις και διαφαίνεται μια σύγκλιση των απόψεων. Θα δώσουμε στην συνέχεια μια σύντομη περιγραφή των βασικών επαγγελματικών δραστηριοτήτων και των καθηκόντων του Γενικού - Οικογενειακού Ιατρού, όπως προέκυψαν από την σχετική συζήτηση:

α. Ο ιατρός (εννοείται πάντα ο «γενικός-οικογενειακός ιατρός») αναπτύσσει μία προσωποκεντρική προσέγγιση επικεντρωμένη στο άτομο, την οικογένειά του και την κοινότητά τους. Η Γενική - Οικογενειακή Ιατρική ασχολείται με ανθρώπους και τα προβλήματά τους μέσα στο πλαίσιο των συνθηκών της ζωής τους και όχι με απρόσωπες παθολογίες ή «περιστατικά». Το σημείο αναφοράς της διαδικασίας είναι ο ασθενής. Είναι σημαντικό να κατανοήσει ο ιατρός τον τρόπο με τον οποίον βλέπουν οι ασθενείς και αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους αλλά και διαχειρίζονται την ίδια την διαδικασία της ασθένειας. Ο κοινός παρονομαστής είναι οι άνθρωποι με τις πεποιθήσεις, τους φόβους, τις προσδοκίες και τις ανάγκες τους.

β. Ο ιατρός χρησιμοποιεί μία μοναδική διαδικασία και τεχνική συμβουλευτικής συνέντευξης, μέσω της οποίας διαμορφώνει μία προσωπική σχέση με την βοήθεια αποτελεσματικής επικοινωνίας με τον ασθενή. Κάθε επαφή μεταξύ του ασθενούς και του ιατρού συμβάλλει σε μια θετική εξελικτική προσέγγιση και κάθε περαιτέρω συνέντευξη μπορεί να προστεθεί σε αυτήν την προηγούμενη κοινή εμπειρία. Η αξία αυτής της προσωπικής σχέσης καθορίζεται από τις δεξιότητες επικοινωνίας του ιατρού και είναι από μόνη της θεραπευτική.

γ. Ο ιατρός είναι υπεύθυνος για την παροχή μακροχρόνιας συνέχειας στην φροντίδα, όπως αυτή προσδιορίζεται από τις ανάγκες του ασθενούς. Η προσέγγιση αυτή του ιατρού πρέπει να είναι συνεπής και συνεχής από την γέννηση του ασθενούς (και μερικές φορές ίσως και πιο πριν) έως τον θάνατο (και μερικές φορές και μετά). Εξασφαλίζει κατ' αυτόν τον τρόπο την συνέχεια της φροντίδας, παρακολουθώντας τους ασθενείς σε όλη την διάρκεια της ζωής τους. Ο ιατρικός φάκελος αποτελεί απτή απόδειξη αυτής της προοπτικής, καθώς συμπυκνώνει την αντικειμενική μνήμη των συνεντεύξεων. Ο ιατρός είναι επίσης υπεύθυνος για την διασφάλιση της παροχής φροντίδας υγείας 24 ώρες την ημέρα, διαμεσολαβώντας και συντονίζοντας αυτήν την φροντίδα, όταν δεν είναι σε θέση να την παράσχει ο ίδιος.

δ. Ο ιατρός εφαρμόζει μία ειδική διαδικασία λήψης αποφάσεων, προσδιοριζόμενη από τις έννοιες του επιπολασμού και της επίπτωσης των ασθενειών στην κοινότητα. Τα σχετικά προβλήματα εμφανίζονται στους οικογενειακούς ιατρούς της κοινότητας με διαφορετικό τρόπο από ό,τι στην δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ο επιπολασμός και η

επίπτωση των ασθενειών είναι στην ΠΦΥ διαφορετική από εκείνη στο νοσοκομείο. Σοβαρές παθήσεις π.χ. εμφανίζονται λιγότερο συχνά στη Γενική Ιατρική από ό,τι στο νοσοκομείο, επειδή δεν υπάρχει προηγούμενη επιλογή. Το φαινόμενο αυτό απαιτεί μια ειδική διαδικασία κατά την λήψη αποφάσεων, η οποία στηρίζεται σε πιθανότητες βάσει της γνώσης των ασθενών και της κοινότητας.

ε. Ο ιατρός διαχειρίζεται ταυτόχρονα απλά αλλά και χρόνια προβλήματα των ασθενών του. Με άλλα λόγια αντιμετωπίζει όλα τα προβλήματα υγείας ενός συγκεκριμένου ασθενούς. Και μάλιστα δεν περιορίζεται μόνον στην διαχείριση της τρέχουσας ασθένειας, αλλά συχνά ασχολείται με την γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Ο ασθενής προσέρχεται συχνά στην συνάντηση και στην συνέντευξη με τον ιατρό με πολλά προβλήματα, ο αριθμός των οποίων αυξάνεται με την ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να κάνει μια ιεραρχική διαχείριση των προβλημάτων, η οποία λαμβάνει υπόψη της τις προτεραιότητες τόσο του ασθενούς όσο και του ιατρού.

στ. Ο ιατρός είναι υπεύθυνος τόσο για τον ασθενή του όσο και γενικότερα για την αντιμετώπιση των θεμάτων φροντίδας υγείας στην ευρύτερη κοινότητα. Και είναι προφανές ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η ενασχόλησή του με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας μπορεί να δημιουργήσει εντάσεις και να οδηγήσει σε συγκρούσεις συμφερόντων, οπότε πρέπει να κάνει τους κατάλληλους χειρισμούς με δεξιοτεχνία και με ευαισθησία.

ζ. Ο ιατρός διαχειρίζεται προβλήματα υγείας με σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και υπαρξιακές διαστάσεις. Πρέπει λοιπόν να αποκτήσει γρήγορα εποπτεία όλων αυτών των διαστάσεων, να εκτιμήσει την βαρύτητα της καθεμιάς και να δώσει λύσεις ισορροπίας.

η. Ο ιατρός ελέγχει τους ασθενείς κατά την είσοδό τους στο σύστημα υγείας αλλά και παρακολουθεί την πορεία τους κατά τις διαδρομές τους ανάμεσα σε δομές, ειδικούς ιατρούς, εργαστήρια κλπ. Μολονότι σε ξένα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας για την λειτουργία του αυτή έχει πάρει το προσωνύμιο gatekeeper και μάλιστα με πολύ θετική έννοια του όρου, εντούτοις ο όρος αυτός δεν καλύπτει όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων αυτής της λειτουργίας του. Στο πλαίσιο των καθηκόντων του αυτών ο ιατρός αναλαμβάνει τις παρακάτω πρωτοβουλίες:

- Ενισχύει την πρόσβαση στις δομές της ΠΦΥ, στις οποίες γίνεται η εξυπηρέτηση μεγάλου αριθμού ασθενών. Αποφεύγεται κατ' αυτόν τον τρόπο η αναμονή περιστατικών τα οποία απαιτούν άμεση εξυπηρέτηση ανώτερου επίπεδου και διασφαλίζεται η

δυνατότητα να βλέπουν γρήγορα οι ασθενείς τον καταλληλότερο επαγγελματία υγείας για το συγκεκριμένο πρόβλημά τους.

- Γίνεται συγκράτηση ασθενών από άσκοπη προώθηση σε περαιτέρω εξετάσεις και συντελείται περιστολή περιττών δαπανών.
- Προστατεύονται οι ασθενείς από άχρηστες ή και επιβλαβείς διαδικασίες προληπτικής ιατρικής, εξετάσεων και θεραπειών.
- Με την ενδοεπικοινωνία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων διασφαλίζεται η δυνατότητα για όσους ασθενείς χρειάζονται υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας, οι οποίες ανήκουν στον τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, να έχουν γρήγορη πρόσβαση σε αυτές.
- Οι ασθενείς προφυλάσσονται από φαινόμενα δυσφορίας και άσκοπης οικονομικής επιβάρυνσης με την προσπέλαση των δομών εκείνων που ανταποκρίνονται επακριβώς στις ανάγκες τους. Επιβεβαίωση των παραπάνω προκύπτει από διαπιστώσεις σε χώρες στις οποίες λειτουργεί ευρέως ο θεσμός του γενικού - οικογενειακού ιατρού, σύμφωνα με τις οποίες στις χώρες αυτές έχει περιορισθεί ο αριθμός των επισκέψεων των ασθενών σε ειδικούς ιατρούς, όπως π.χ στο Ηνωμένο Βασίλειο με 1,2 επισκέψεις ετησίως και στην Δανία με 0,6, ενώ στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός ανεβαίνει στις 5 επισκέψεις ετησίως.
- Διασφαλίζεται η καλύτερη ποιότητα παροχής φροντίδας υγείας στην δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη και αποτρέπονται φαινόμενα εργασιακής κόπωσης του προσωπικού.
- Διασφαλίζεται η επαρκέστερη εικόνα και η συστηματικότερη παρακολούθηση των περιορισμένων παραπεμπόμενων ασθενών εντός του υγειονομικού συστήματος και της συντονισμένης φροντίδας που τους παρέχεται σε όλο το σύστημα υγείας.
- Τέλος, διασφαλίζεται η δυνατότητα τήρησης του ηλεκτρονικού φακέλου των ασθενών και επιτυγχάνεται καλύτερα η αντιμετώπιση των υγειονομικών τους αναγκών (WONCA, 2002).

Ο κόσμος βέβαια αλλάζει και στην αλλαγή αυτή συμπαρασύρει και τα συστήματα τα οποία εξυπηρετούν τις ανάγκες του ανθρώπου. Αποτελεί συνεπώς κοινοτυπία, όταν λέμε ότι η αναμόρφωση των εθνικών συστημάτων υγείας αποτελεί ένα κοινό χαρακτηριστικό όλων των χωρών του κόσμου. Δεδομένων των μεταβολών στην δημογραφία, στην οικονομία, στον τρόπο ζωής, αλλά και στις ιατρικές εξελίξεις, στα οικονομικά της υγείας και

στις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών, είναι ευνόητο ότι αναζητούνται νέοι τρόποι παροχής της φροντίδας υγείας. Διεθνείς εμπειρικές έρευνες και μελέτες αποδεικνύουν ότι τα συστήματα υγείας, τα οποία δίνουν έμφαση στην αποτελεσματική ΠΦΥ κυρίως μέσω των άρτια εκπαιδευμένων γενικών-οικογενειακών ιατρών, που ασκούν την γενική ιατρική στην κοινότητα, παρέχουν αποδοτικότερη από κλινική και οικονομική άποψη φροντίδα, σε αντίθεση προς τα συστήματα εκείνα στα οποία δεν αποδίδεται στην ΠΦΥ και στους γενικούς-οικογενειακούς ιατρούς η ανάλογη σημασία.

Στην Ελλάδα, όσο βέβαια το επιτρέπει η προσβάσιμη βιβλιογραφία που διαθέτουμε, στην πρωτοπορία αυτών των εξελίξεων βρίσκεται η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης. Το γνωστικό αντικείμενο της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής, από όσα αντιλαμβανόμαστε, δεν αποτελεί αυτόνομο Τομέα, αλλά λειτουργεί υπό την επιστημονική στέγη του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, στο οποίον υπάγεται και η ΠΦΥ. Σημειώνεται μάλιστα ότι η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης είναι το πρώτο ακαδημαϊκό ίδρυμα στην Ελλάδα, στο οποίο η Γενική - Οικογενειακή Ιατρική εκπροσωπείται από μέλος ΔΕΠ βαθμίδας καθηγητή και έχουν ενταχθεί στο πρόγραμμα σπουδών σχετικά υποχρεωτικά και επιλεγόμενα μαθήματα. Παράλληλα έχουν θεσμοποιηθεί ακαδημαϊκές συνεργασίες με πανεπιστήμια του εξωτερικού, π.χ. της Σουηδίας και της Ολλανδίας (Νταπαντά, 2011).

### **3.3 Ιστορική εξέλιξη**

Σε έναν αμύητο σε θέματα συστημάτων υγείας, ο οποίος πληροφορήθηκε μάλλον μόλις κατά τα τελευταία έτη για τον Γενικό - Οικογενειακό Ιατρό από τις ανακοινώσεις στα ΜΜΕ να φροντίσει να εγγραφεί στο πελατολόγιο κάποιου οικογενειακού γιατρού, προκαλεί όχι απλώς εντύπωση, αλλά κατάπληξη η πληροφορία ότι ήδη το 1967 ενώσεις γενικών ιατρών από τις έξι τότε χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ) συγκεντρώθηκαν στο Παρίσι και ίδρυσαν την Union Européenne des Médecins Omnipraticiens/Médecins de Famille (UEMO). Κατ' αυτόν τον τρόπο οι Γενικοί - Οικογενειακοί Ιατροί απέκτησαν φωνή μέσα στην Κοινότητα και στην Ευρώπη και με την πάροδο του χρόνου άρχισαν να επηρεάζουν τις πολιτικές αποφάσεις σχετικά με τα συστήματα υγείας. Όπως είναι προφανές, εκείνη την εποχή η ομάδα των Γενικών - Οικογενειακών Ιατρών μόλις άρχισε να υποστασιοποιείται, όπως και η επιστημονική τους στέγη, η Γενική - Οικογενειακή Ιατρική, μολονότι ήταν ακόμα αδιανόητο να μιλάει κανείς για αναγνώριση ανάλογης ιατρικής ειδικότητας.

Το σχεδόν ανέφικτο έμελλε να επιτευχθεί από μία άλλη ανάλογη Εταιρεία Ιατρών, την πιο γνωστή πλέον **WONCA**, το ακρωνύμιο από τα πέντε πρώτα αρχικά γράμματα της World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners-Family Physicians ή με το σύντομο όνομα World Organization of Family Doctors. Η WONCA ιδρύθηκε το 1972 με έδρα την Σιγκαπούρη, συνεργάζεται με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και έχει εκατοντάδες παραρτήματα και χιλιάδες μέλη σε όλον τον κόσμο.

Ήδη το 1974 η WONCA Ευρώπης με έδρα το Άμστερνταμ συνέταξε ένα προγραμματικό κείμενο με τίτλο «Ο Γενικός Ιατρός στην Ευρώπη». Εκείνη την εποχή η Γενική - Οικογενειακή Ιατρική ως επιστημονικός κλάδος βρισκόταν στη νηπιακή της ηλικία. Σχεδόν 30 χρόνια αργότερα οι εξελίξεις είναι καταλυτικές και πουθενά αλλού δεν έχουν γίνει περισσότερο εμφανείς όσο στον τομέα της Ιατρικής Επιστήμης και της παροχής φροντίδας υγείας στον καθένα. Η Γενική - Οικογενειακή Ιατρική είναι σήμερα καθιερωμένη σε όλα τα συστήματα φροντίδας υγείας ανά την Ευρώπη και τον κόσμο και αναγνωρίζεται από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας ως αντικείμενο συνεχώς αυξανόμενης σπουδαιότητας. Το ρεύμα αυτό των εξελίξεων είναι μάλιστα τόσο σαρωτικό, ώστε να γκρεμίζει τείχη. Ως χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να θεωρήσει κανείς το γεγονός το οποίο αναφέρεται σε έγγραφο του 1998, το οποίο συνέταξε το Τμήμα Ευρώπης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με την ευκαιρία της διαπίστωσης ότι η Γενική - Οικογενειακή Ιατρική εισήχθη στις περισσότερες από τις χώρες του πρώην σοβιετικού συνασπισμού ως βάση για τις μεταρρυθμίσεις στα συστήματα φροντίδας υγείας.

Ερχόμενοι «εις τα καθ' ημάς» πρέπει να σημειώσουμε ότι ο καταστατικός νόμος 1397/1983 του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) κάνει ήδη αναφορά στον θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Στην συνέχεια οι νόμοι 2519/1997, 3235/2004 και 4238/2014 επιχείρησαν συμπληρώσεις και τροποποιήσεις του συστήματος και μεταξύ αυτών εξειδίκευσαν και θέματα εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Τομή στην εξέλιξη αυτή αποτελεί ο νόμος 4486/2017 ο οποίος προβλέπει την ίδρυση τοπικών μονάδων υγείας (TOMY), δομών υγείας με στυλοβάτες τους οικογενειακούς ιατρούς. Κατά το άρθρο 6 του εν λόγω νόμου ως οικογενειακοί ιατροί ορίζονται ιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής, ειδικότητα η οποία μετονομάστηκε σε Γενική - Οικογενειακή Ιατρική το 2019 με την Υπουργική Απόφαση Γ5α/ΓΠοικ.45856/12-6-2019, ή Παθολογίας, για τον ενήλικο πληθυσμό και Παιδίατροι για τον παιδικό πληθυσμό. Κάθε οικογενειακός ιατρός είναι υπεύθυνος για τους εγγεγραμμένους στο πελατολόγιό του πολίτες σε αντιστοιχία ένας (1) ιατρός ανά δύο χιλιάδες διακοσίους πενήντα (2250) ενηλίκους και αντίστοιχα



ένας (1) παιδίατρος ανά χίλια πεντακόσια (1500) παιδιά. Σύμφωνα με τα προβλεπόμενα επίσης στο άρθρο 6 ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι ιατρός κλάδου ιατρών ΕΣΥ, ο οποίος παρέχει τις υπηρεσίες του στις ΤΟ.Μ.Υ, στα Κέντρα Υγείας και σε λοιπές δημόσιες μονάδες Π.Φ.Υ ή γενικότερα ιατρός συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ και με γραπτό πελατολόγιο ευθύνης. Το ίδιο άρθρο εξειδικεύει και τις διαδικασίες εγγραφής στο πελατολόγιο των οικογενειακών ιατρών (Μακράκης, 2018).

Μολονότι με την σύσταση των ΤΟΜΥ το 2017 ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού αποτελεί τον βασικό πυλώνα του συστήματος της ΠΦΥ, η εφαρμογή του μέχρι σήμερα όχι μόνον δεν έχει προχωρήσει, αλλά τείνει να εκφυλισθεί. Η ενασχόληση του Υπουργείου με τα θέματα της πανδημίας του κορωνοϊού δεν φαίνεται να αποτελεί την κύρια αιτία. Άλλες είναι οι αιτίες και μεταξύ των πολλών αναφέρονται και οι εξής:

- Η απουσία κεντρικού σχεδιασμού.
- Η πολυνομοθεσία και η ασυνέχεια βασικών πολιτικών προτεραιοτήτων.
- Η έλλειψη πολιτικής βούλησης.
- Οι στερεοτυπικές πολιτικές ιδεολογίες.
- Η ανορθόδοξη προσαρμογή ξένων προτύπων στην υφιστάμενη ελληνική πραγματικότητα.
- Η ελλιπής διοικητική, οικονομική και χρηματοδοτική υποστήριξη του κράτους.
- Η ανυπαρξία εφαρμογής της λειτουργίας των αστικών Κέντρων Υγείας.
- Η έλλειψη κινήτρων προσέλκυσης οικογενειακών ιατρών.
- Η αντίδραση στην επιστημονική αναβάθμιση της ειδικότητας των γενικών ιατρών λόγω συντεχνιακών συμφερόντων.
- Ο πληθωρισμός των ιατρών και η ανισοκατανομή ειδικοτήτων βάσει των αναγκών.
- Η νομοθετική αδυναμία για ανάπτυξη μηχανισμών αποτροπής της προκλητής ζήτησης (Μακράκης, 2018).

Μερικές από τις αιτίες αυτές διαφαίνονται και στην πανελλαδική έρευνα της εταιρείας δημοσκοπήσεων Alco, η οποία διεξήχθη για λογαριασμό του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών το 2019, η οποία καταλήγει στο συμπέρασμα ότι «το σύνολο των ευρημάτων της έρευνας, αποτυπώνει μια γενικώς σταθερή εικόνα σε σχέση με την αντίληψη των πολιτών για τις υπηρεσίες υγείας. Γενική εκτίμηση είναι ότι στον τομέα αυτόν κατά τα τελευταία χρόνια υπήρξε επιδείνωση, αν και σε σχέση με [προηγούμενη δημοσκόπηση] τα ποσοστά είναι σταθερά, ενώ διατηρείται η δυσπιστία της κοινωνίας, η οποία σε μεγάλο βαθμό θεωρεί ότι, για να καλύψει τις ανάγκες της, θα πρέπει να πληρώσει. Στη συνολική αυτή εικόνα

το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι σαφώς περισσότερο γνωστό [από ό,τι σε προηγούμενη δημοσκοπήση], σε καμία όμως περίπτωση δεν πλησιάζει στο βαθμό αναγνωρισιμότητας, που θα έπρεπε να έχει. Το γεγονός είναι εντόνως προβληματικό, όπως άλλωστε και ο χαμηλός βαθμός πρόθεσης ένταξης σε αυτό, που ναι μεν διπλασιάστηκε, κινείται όμως στα επίπεδα του 30%. Προφανώς η τελική στάση όλων θα διευκρινιστεί όταν η γνώση καλύψει την πλειοψηφία του πληθυσμού, (κάτι που αποτελεί ευθύνη της Πολιτείας), η προδιάθεση όμως σήμερα, εξακολουθεί να δείχνει αρνητική» όπως αναφέρει ο Παναγιωτόπουλος (2019). Σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα, 6 στους 10 ασθενείς (59%) δεν θέλουν να ενταχθούν στο σύστημα ΠΦΥ και επιμένουν στον γιατρό τους που έχουν επιλέξει, και ο οποίος γνωρίζει το ιατρικό τους ιστορικό. Ακόμα ο ένας στους δύο πολίτες αδυνατεί να καλύψει τις δαπάνες υγείας. Σημαντικά στοιχεία της έρευνας επίσης ήταν:

- το 41% δηλώνει ότι έμεινε δυσαρεστημένο από την επίσκεψη σε κάποια Μονάδα της ΠΦΥ,
- το 80% εξαναγκάστηκε να πληρώσει για υπηρεσίες ΠΦΥ,
- το 20% πλήρωσε πάνω από 70 ευρώ, ενώ το 59% γυρίζει την πλάτη στον οικογενειακό γιατρό και δηλώνει ότι θα παραμείνει στο γιατρό που το παρακολουθεί,
- αυξήθηκε κατά 16% ο αριθμός των πολιτών που εκτιμούν ότι το νέο σύστημα ΠΦΥ θα οδηγήσει σε επιδείνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (από 30% σε 46%),
- το 50% δυσπιστεί απέναντι στο δημόσιο σύστημα υγείας, εκτιμώντας ότι για να καλύψει τις ανάγκες του, θα πρέπει να πληρώσει,
- το 70% δεν έχει εγγραφεί σε οικογενειακό γιατρό και ο ένας στους δύο δηλώνει άγνοια για το νέο σύστημα ΠΦΥ (Παναγιωτόπουλος, 2019).

Από τα παραπάνω λοιπόν γίνεται σαφές ότι η επιτυχία της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης προσκρούει στον τοίχο της άγνοιας, της ιδεοληψίας και των στερεοτύπων, ενδεχομένως και μπροστά στον φόβο του νέου, του αγνώστου, του αδοκίμαστου. Αν είναι πράγματι έτσι, υπάρχει λύση. Είναι η ενημέρωση και η διαφώτιση του κοινού, οπότε καθήκον της πολιτείας είναι να εξοικειώσει τους πολίτες με τις παρεχόμενες από τον οικογενειακό γιατρό υπηρεσίες. Ακόμη αποτελεσματικότερη βέβαια είναι ίσως η λύση με την διάχυση απτών αποτελεσμάτων και γρήγορης αντιμετώπισης δύσκολων και πολύπλοκων προβλημάτων υγείας από τις μονάδες ΠΦΥ και τους ιατρούς της ειδικότητας της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής.

### 3.4 Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού στην ΠΦΥ

Από όσα έχουμε εκθέσει μέχρι τώρα προκύπτει ότι συστατικό στοιχείο του ρόλου του οικογενειακού ιατρού στην ΠΦΥ αποτελεί η συμβουλευτική - καθοδηγητική του διάσταση, η οποία εκβάλλει τόσο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο και στην εξοικονόμηση υλικών και ανθρώπινων πόρων, χωρίς βεβαίως η εξοικονόμηση αυτή να έχει οποιαδήποτε επίπτωση στην ποιότητα. Η αποτελεσματικότητα αυτή της παρέμβασης του οικογενειακού ιατρού οφείλεται κυρίως στην διαδικασία και στις τεχνικές της συμβουλευτικής, μέσω της οποίας διαμορφώνεται η προσωπική σχέση του ιατρού με τον ασθενή, μια σχέση η οποία, όπως είδαμε ήδη, αποτελεί συστατικό στοιχείο της θεραπευτικής φροντίδας μέσα στο πλαίσιο των αρχών της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής.

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό του ρόλου του οικογενειακού ιατρού στην ΠΦΥ θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι η παροχή φροντίδας υγείας στον ασθενή με μακροχρόνια προοπτική, όπως εξάλλου υπαγορεύουν οι ανάγκες του ασθενούς. Για αυτό λέγεται προσφώς ότι η προσέγγισή του είναι συνεχής αλλά και συνεπής από την γέννηση του ασθενούς (μερικές φορές μάλιστα και πιο πριν) έως τον θάνατό του. Η σχέση ιατρού και ασθενούς εξάλλου, για την οποία μιλήσαμε παραπάνω, υπαγορεύει την συνέχεια της φροντίδας του ιατρού και την παρακολούθηση των ασθενών του σε όλη την διάρκεια της ζωής τους. Για αυτό δεν νοείται για τον οικογενειακό ιατρό φροντίδα υγείας χωρίς την τήρηση ιατρικού φακέλου, ο οποίος διασφαλίζει αυτήν την παρακολούθηση και την σταθερότητα.

Ο πιστός στις αρχές της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής ιατρός χαρακτηρίζεται επίσης από το γεγονός ότι προσεγγίζει με μια ολιστική αντίληψη την διαχείριση της υγείας του ασθενούς. Όπως έχουμε σημειώσει εξάλλου παραπάνω, η σωστή εκμετάλλευση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς από την μια μεριά και η ανθρώπινη σχέση, η οποία αναπτύσσεται ανάμεσα στα δύο μέρη, από την άλλη συμβάλλουν στην ολοκληρωμένη γνώση των συνολικών αναγκών του ασθενούς και του γενικότερου οικογενειακού του περιβάλλοντος, έτσι ώστε να μπορεί να γίνεται κατά τρόπον έγκαιρο και έγκυρο ο εντοπισμός των αιτιών οποιασδήποτε ασθένειας.

Η ολιστική αυτή προσέγγιση έχει και μια άλλη σημαντική διάσταση: Καθώς ο ιατρός γίνεται κατά τεκμήριο ευαίσθητος απέναντι σε κοινωνικά ζητήματα, αισθάνεται υπεύθυνος όχι μόνον για τους συγκεκριμένους ασθενείς του, αλλά και για όλη την κοινότητα όσον αφορά την αντιμετώπιση των θεμάτων φροντίδας υγείας. Για αυτό πολλές φορές η προσέγγιση αυτή ονομάζεται και «πανοραμική». Η πανοραμική αυτή προσέγγιση ως βασική αρχή της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής έχει και μια άλλη διάσταση: Ο συνεπής

ιατρός διαχειρίζεται ταυτόχρονα όλα τα προβλήματα των ασθενών του, και οξέα και χρόνια, και δεν περιορίζεται απλώς στην διαχείριση της ασθένειας λόγω της οποίας ο ασθενής προσφεύγει στο σύστημα υγείας.

Όταν κανείς δεν είναι εξοικειωμένος με την σχετική ορολογία, εκπλήσσεται διαβάζοντας ότι σε ορισμένα συστήματα υγείας ο οικογενειακός ιατρός είναι Gatekeeper, το οποίο μεταφράζεται από πολλούς ως ελεγκτής της πύλης εισόδου στο σύστημα υγείας. Ο όρος δεν εννοεί ασφαλώς ότι ο οικογενειακός ιατρός είναι απλώς «θυρωρός» του συστήματος, οπότε βεβαίως θα μιλούσαμε για μια καθαρώς τεχνολογική προσέγγιση του ιατρού, αντίθετη προς τις βασικές αρχές της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής. Στην περίπτωση μας ο όρος Gatekeeper έχει διττή σημασία και εννοεί:

- α. την καθοδήγηση και συμβουλευτική την οποία προσφέρει ο οικογενειακός ιατρός στον ασθενή κατά την πρώτη επαφή του τελευταίου με το σύστημα υγείας για την σωστή πορεία του μέσα από τους δαιδάλους του συστήματος υγείας, έτσι ώστε να βρει γρήγορα και αποτελεσματικά την θεραπεία του, και
- β. την προστασία του συστήματος από την κατασπατάληση πόρων (υλικών και ανθρώπινων), την οποία συνεπάγεται η περιπλάνηση του ασθενούς, όταν πορεύεται χωρίς πυξίδα, αναζητώντας λύση στο πρόβλημά του.

Η εμπειρία εξάλλου από τα συστήματα υγείας άλλων χωρών, οι οποίες αξιοποιούν τον οικογενειακό ιατρό προς την κατεύθυνση την οποία έχουμε περιγράψει, επιβεβαιώνει το γεγονός ότι η διαθεσιμότητα του συγκεκριμένου ιατρού συμβάλλει σημαντικά στην τόνωση της πρόσβασης των ασθενών στις δομές της ΠΦΥ. Κατ' αυτόν τον τρόπο εξυπηρετείται ικανοποιητικά μεγάλος αριθμός ασθενών και αποφεύγεται η δημιουργία φαινομένων κορεσμού και αναμονής περιστατικών τα οποία χρήζουν αντιμετώπισης από ανώτερες βαθμίδες παροχής περίθαλψης. Η διευθέτηση αυτή λειτουργεί επίσης κατά τρόπον άμεσο και υπέρ του ασθενούς, ο οποίος δεν δυσφορεί για την παραπομπή του σε ανώτερη βαθμίδα περίθαλψης αλλά και οικονομικής επιβάρυνσης, την οποία συνεπάγεται η προσπέλαση στις δομές οι οποίες ανταποκρίνονται στο πρόβλημά του, όταν διαπιστώνει ότι αυτό είναι απαραίτητο, αφού το συστήνει ο οικογενειακός του ιατρός.

Από την άλλη μεριά η συγκράτηση ασθενών με συμπτώματα τα οποία δεν δικαιολογούν περαιτέρω προώθηση και διενέργεια ιατρικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων οδηγεί σε ελάφρυνση των ιατρών και των ιατρικών υποδομών και αποφυγή άσκοπων δαπανών και του συστήματος και του ασθενούς. Πάλι είναι γνωστό από χώρες οι οποίες δίνουν κομβικό ρόλο στους οικογενειακούς ιατρούς ότι έχουν περιορίσει θεαματικά την συχνότητα επισκέψεων των ασθενών σε ειδικούς ιατρούς. Από στατιστικά

δεδομένα π.χ. προκύπτει ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο οι επισκέψεις αυτές ανέρχονται σε 1,2 ετησίως και στην Δανία μάλιστα σε 0,6, σε αντίθεση προς την Ελλάδα, όπου ανέρχονται σε 5 επισκέψεις. Με άλλα λόγια η πρακτική αυτή αποσυμφορεί τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και περιορίζει τις εισαγωγές σε νοσοκομεία, ενώ παράλληλα οδηγεί σε μείωση της προκλητής ζήτησης και σε ποιοτικότερη άσκηση των λειτουργών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, αποτρέποντας φαινόμενα εργασιακής κόπωσης του νοσηλευτικού προσωπικού (Μακράκης, 2018).

### **3.5 Συστήματα υγείας και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού σε ευρωπαϊκές χώρες**

Ύστερα από την προσπάθεια παρουσίασης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και της σημασίας του στην παροχή της ΠΦΥ στο πλαίσιο του συστήματος υγείας, η οποία στηρίχθηκε στα βιβλιογραφικά δεδομένα, θεωρούμε σκόπιμο να επισκοπήσουμε την θεματική αυτή με βάση την λειτουργία του συγκεκριμένου θεσμού στα συστήματα υγείας μερικών ευρωπαϊκών κρατών, τα οποία θεωρούνται από την μια πλευρά ως «ανεπτυγμένα» και από την άλλη ως οι χώρες οι οποίες στηρίζουν σε μεγάλο βαθμό την λειτουργία της ΠΦΥ στον κομβικό ρόλο τον οποίο αποδίδουν στην στήριξη της από τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Είναι προφανές ότι το ενδιαφέρον μας στην περίπτωση αυτή επικεντρώνεται στην λειτουργία του οικογενειακού ιατρού μέσα στο πλαίσιο της ΠΦΥ και όχι γενικώς στην λειτουργία του συστήματος υγείας στις συγκεκριμένες χώρες.

#### **3.5.1 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός στο Ηνωμένο Βασίλειο**

Όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας, το βρετανικό σύστημα υγείας σχεδιάστηκε από τον William Beveridge κατά την διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου και ακολουθείται και σήμερα από πολλές χώρες, έτσι ώστε να μιλάει κανείς για «μοντέλο Beveridge». Πρόκειται για ένα εθνικό σύστημα υγείας η χρηματοδότηση του οποίου προέρχεται από κρατικούς πόρους και κυρίως από την φορολογία και η κάλυψη την οποία προσφέρει είναι πλήρης και καθολική. Η ΠΦΥ αποτελεί τον βασικό πυλώνα παροχής υπηρεσιών του συστήματος υγείας, η ποιότητα των οποίων διασφαλίζεται μέσω της λειτουργίας κατάλληλων ελεγκτικών μηχανισμών, κυριότερος από τους οποίους είναι η εφαρμογή της καθοδήγησης και της συμβουλευτικής από τους γενικούς-οικογενειακούς ιατρούς κατά την είσοδο των ασθενών στις δομές υγείας, το γνωστό gatekeeping.

Σε μεγάλο βαθμό λοιπόν μπορεί κανείς να ισχυρισθεί ότι η ΠΦΥ που παρέχεται από το βρετανικό εθνικό σύστημα υγείας στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών - οικογενειακών ιατρών, οι οποίοι εργάζονται συνήθως σε δομές υγείας μαζί με άλλους

ιατρούς και επαγγελματίες υγείας. Ο ασφαλισμένος έχει την δυνατότητα να εγγραφεί στον κατάλογο ενός οικογενειακού ιατρού, χωρίς περιορισμούς στην επιλογή του. Ωστόσο, ο ιατρός μπορεί να αποποιηθεί την εγγραφή του είτε για λόγους απόστασης είτε για λόγους συμπλήρωσης του καταλόγου είτε για άλλους εύλογους λόγους. Ο κατάλογος αυτός περιλαμβάνει κατά μέσον όρο 1.500 άτομα.

Ο γενικός - οικογενειακός ιατρός ωστόσο δεν περιορίζεται στον ρόλο του Gatekeeper του συστήματος, οπότε λειτουργεί κυρίως ως γενικός ιατρός, αλλά ο κύκλος των καθηκόντων είναι πολύ πιο ευρύς. Η ευρύτητα αυτή προκύπτει από το γεγονός ότι πέρα από τις υπηρεσίες που προσφέρει, παρέχοντας υπηρεσίες ΠΦΥ στις δομές υγείας, λειτουργεί για τους ασθενείς του καταλόγου του ως οικογενειακός ιατρός με πολύ πιο διευρυμένες αρμοδιότητες και καθήκοντα, όπως ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική, συνταγογράφηση φαρμάκων και εργαστηριακών εξετάσεων, οικογενειακός προγραμματισμός, προγεννητική φροντίδα, διαχείριση χρόνιων ασθενειών, ελάχιστες χειρουργικές επεμβάσεις και παροχή υπηρεσιών πρόληψης. Ξαναγίνεται βέβαια γενικός ιατρός, όταν αναλαμβάνει τον έλεγχο της πρόσβασης σε επόμενα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, εφόσον η παραπομπή σε αυτά πρέπει να γίνει αποκλειστικά από αυτόν (Παπαδημητρίου, 2019, Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2011).

### **3.5.2 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός στην Γερμανία**

Το γερμανικό σύστημα υγείας αποτελεί μέρος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο εισήγαγε στην ομοσπονδοποιημένη Γερμανία ο πρώτος καγκελάριος Otto von Bismarck (1815-1898). Το σύστημα αυτό χρηματοδοτείται κατά ένα μεγάλο μέρος από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών και κατά ένα μικρότερο μέρος από τις κρατικές επιδοτήσεις και την συμμετοχή των ιδιωτών. Αυτό σημαίνει ότι η ασφάλιση υφίσταται αυτομάτως για όλους τους πολίτες οι οποίοι διαμένουν μόνιμα στην χώρα. Πολλές χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης εφαρμόζουν το σύστημα αυτό, οπότε μιλάει συνήθως κανείς για «μοντέλο Bismarck».

Ένα βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος αποτελεί η ελεύθερη πρόσβαση των χρηστών σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, χωρίς να υπάρχει κάποιου είδους συμβουλευτικής και κατεύθυνσης (gatekeeping) και χωρίς να είναι απαραίτητη η εγγραφή των χρηστών σε κάποιον οικογενειακό ιατρό. Η ΠΦΥ περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, οδοντιατρική φροντίδα, φυσικοθεραπείες, φάρμακα, κατ' οίκον νοσηλεία και διαχείριση ασθενών με χρόνιες παθήσεις και παρέχεται κατά 75% από ιδιώτες ιατρούς και κατά 25% από συνεργασία και συστέγαση ιδιωτών ιατρών σε δημόσιες δομές

υγείας. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα τον γενικό ιατρό ή και τον ειδικό από τον κατάλογο των συμβεβλημένων με το ταμείο τους, ενώ η επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων απαιτεί συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Κάθε οικογενειακός ιατρός υπολογίζεται ότι είναι υπεύθυνος για την φροντίδα 2.000 ατόμων (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

### **3.5.3 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός στην Ολλανδία**

Το ολλανδικό σύστημα υγείας αποτελεί υποσύστημα του γενικότερου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και συνεπικουρείται σε σημαντικό βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση. Κατά συνέπεια η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας και παρέχεται μέσω δημόσιων και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, μία από τις οποίες καλείται να επιλέξει κάθε πολίτης. Η ύπαρξη και λειτουργία 30 δημόσιων και 40 ιδιωτικών φορέων ασφάλισης δημιουργεί έναν ελεγχόμενο ανταγωνισμό ως προς το ύψος των ασφαλίσεων και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών με κάλυψη που αγγίζει το 100% των δαπανών.

Κάθε ασφαλισμένος οφείλει να είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο ενός γενικού-οικογενειακού ιατρού ή εναλλακτικά ενός παρόχου ΠΦΥ. Βάσει των στοιχείων της Eurostat το 2015 αντιστοιχούσαν 82 οικογενειακοί ιατροί σε 100.000 κατοίκους. Οι οικογενειακοί ιατροί παίζουν κεντρικό ρόλο στην ΠΦΥ της Ολλανδίας, καθώς αποτελούν τους συνδέσμους επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και ρυθμίζουν την πρόσβαση των ασθενών σε εξειδικευμένους ιατρούς και νοσοκομεία (gatekeepers). Οι οικογενειακοί ιατροί ασκούν πρακτική είτε σε ιδιωτικά είτε σε ομαδικά ιατρεία και η αποζημίωσή τους γίνεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες με ένα μεικτό σύστημα, α. ετήσιας κατά κεφαλήν αποζημίωσης για κάθε ασφαλισμένο που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο σε ποσοστό 70% και β. αποζημίωσης κατά πράξη σε ποσοστό 30%. Είναι προφανές ότι το σύστημα αυτό εξασφαλίζει κίνητρα στους ιατρούς για βελτίωση των υπηρεσιών με σκοπό την προσέλκυση περισσότερων ασφαλισμένων.

Ο ασθενής έχει πρόσβαση σε κάθε νοσοκομείο που είναι συμβεβλημένο με την ασφαλιστική του εταιρεία, το οποίο του παρέχει την κατάλληλη θεραπεία. Υπεύθυνος όμως για την συνέχιση της φροντίδας είναι ο οικογενειακός ιατρός ο οποίος ενημερώνεται από το νοσοκομείο για την εξέλιξη του ασθενούς. Για περαιτέρω παροχή υπηρεσιών υγείας απαιτείται παραπεμπτικό του οικογενειακού ιατρού, διαφορετικά η ασφαλιστική εταιρεία δεν είναι υποχρεωμένη να πληρώσει τα νοσήλια (Πολύζος, 2013).

### **3.5.4 Π.Φ.Υ και οικογενειακός ιατρός στην Σουηδία**

Στην Σουηδία λειτουργεί ένα εθνικό σύστημα υγείας καθολικής κάλυψης (μοντέλου Beveridge), του οποίου η χρηματοδότηση γίνεται κατά 85% από το κράτος μέσω της φορολογίας και κατά 15% από την συμμετοχή των ιδιωτών-ασφαλισμένων. Το κράτος συγκεντρώνει τους πόρους και τους κατευθύνει προς τους αυτοδιοικητικούς οργανισμούς για την διαχείριση τους. Το σύστημα δικτυώνεται σε 21 περιφερειακά συμβούλια και 290 δήμους και οι μονάδες αυτές της τοπικής αυτοδιοίκησης έχουν σημαντικές εξουσίες και αρμοδιότητες τόσο σε θέματα ΠΦΥ όσο και σε άλλα θέματα που αφορούν την λειτουργία του συστήματος υγείας στις περιοχές ευθύνης τους.

Η Σουηδία έχει ένα καλά αναπτυγμένο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας, που το χαρακτηρίζει η εγγύτητα, η προσβασιμότητα, η ποιότητα, η συνοχή και η ασφάλεια. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από 1200 κέντρα υγείας (από τα οποία τα 300 είναι ιδιωτικά), τα οποία είναι στελεχωμένα με γενικούς ιατρούς (1 ανά 2500 κατοίκους) και άλλο προσωπικό υγείας. Σε αρκετές περιπτώσεις τα κέντρα υγείας στελεχώνονται και με γυναικολόγο, παιδίατρο, ορθοπαιδικό και ψυχίατρο. Το σύστημα ΠΦΥ περιλαμβάνει και ειδικές δομές στις οποίες γίνονται εμβολιασμοί, περιοδικοί έλεγχοι της κατάστασης υγείας και ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι. Κάθε πολίτης επιλέγει, εντός της περιοχής ευθύνης του νομαρχιακού συμβουλίου, στο οποίο ανήκει, τον οικογενειακό ιατρό της προτίμησής του και αυτός ρυθμίζει την παραπομπή των ασθενών του σε άλλους ειδικούς ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα ή νοσοκομεία. Σύμφωνα με πρόσφατο νόμο έχει εισαχθεί ο κανόνας του «0-7-90-90», που σημαίνει 0-άμεση επαφή (μηδενική καθυστέρηση) με πάροχο ΠΦΥ εντός της ημέρας, 7-επίσκεψη στον γενικό ιατρό εντός 7 ημερών, 90-σε ειδικό ιατρό εντός 90 ημερών και 90-αναμονή μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας εντός 90 ημερών. Η αποζημίωση των συμβεβλημένων ιατρών με την ΠΦΥ είναι κατά κεφαλήν και σε μικρότερο ποσοστό κατά πράξη. (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2011, Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

### **3.5.5 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός στην Δανία**

Όπως και στην Σουηδία, η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας στην Δανία είναι καθολική και η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται κυρίως από το κράτος (μοντέλο Beveridge). Την διοίκηση και την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας ασκούν οι περιφέρειες και οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης. Η αποκεντρωμένη διοίκηση και διαχεί-



ριση του συστήματος, ωστόσο, θεμελιώνεται επάνω σε ένα κοινό πλαίσιο νόμων, προδιαγραφών και κλινικών οδηγιών, έτσι ώστε τόσο το εύρος όσο και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών να μην διαφέρουν ιδιαίτερα από περιοχή σε περιοχή.

Οι πολίτες εγγράφονται σε οικογενειακό ιατρό της επιλογής τους, για να μην προκύψουν δαπάνες μετακίνησης ωστόσο η έδρα του πρέπει να απέχει έως 15χλμ. από το σπίτι τους (5 χλμ. όσον αφορά την περιοχή της Κοπεγχάγης). Σε διαφορετική περίπτωση απαιτείται γραπτή δήλωση του ιατρού ότι δέχεται να πραγματοποιεί επισκέψεις στο σπίτι του πελάτη του κατά την διάρκεια της ημέρας. Στην περίπτωση αυτή οι υπηρεσίες του ιατρού προς τον ασθενή αποζημιώνονται είτε πλήρως είτε κατά το μεγαλύτερο μέρος από το σύστημα υγείας.

Ο οικογενειακός ιατρός έχει όλα τα χαρακτηριστικά του συμβούλου-καθοδηγητή (gatekeeper) που περιγράψαμε παραπάνω και είναι ο επαγγελματίας στον οποίο απευθύνεται αρχικά ο πολίτης, όταν έχει κάποιο πρόβλημα υγείας, προκειμένου να εισέλθει στο σύστημα στο οποίο θα αντιμετωπισθεί το πρόβλημά του. Οι δραστηριότητές του σχετίζονται με παρεμβάσεις προληπτικού χαρακτήρα, την διαχείριση και παρακολούθηση νοσημάτων των «πελατών» του και ελάχιστονες ιατρικές επεμβάσεις. Οι οικογενειακοί ιατροί λειτουργούν γενικώς σε δομές ΠΦΥ σε συνεργασία με άλλους οικογενειακούς ιατρούς και νοσηλευτές. Η αμοιβή τους βασίζεται σε ποσοστό 30% στον αριθμό των εγγεγραμμένων «πελατών» και το υπόλοιπο 70% στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Παράλληλα δίνονται επιπλέον αμοιβές για παροχή υπηρεσιών εκτός ωραρίου, επισκέψεις κατ' οίκον και συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου.

Από σχετικές εκθέσεις προκύπτει ότι με την καθιέρωση του συγκεκριμένου τρόπου αποζημίωσης βελτιώθηκε η παραγωγικότητα και ταυτόχρονα περιορίστηκαν οι παραπομπές. Εάν απαιτείται εξειδικευμένη φροντίδα, ο οικογενειακός ιατρός παραπέμπει στην κατάλληλη ειδικότητα και παράλληλα έχει την δυνατότητα να προτείνει συγκεκριμένο επαγγελματία ή φορέα. Η τελική επιλογή, ωστόσο, εναπόκειται στον πολίτη, ο οποίος έχει την δυνατότητα να επιλέξει μεταξύ όλων των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, όπως όμως είναι ευνόητο, στην περίπτωση κατά την οποία επιλέξει ιδιωτικό φορέα, το κράτος δεν αναλαμβάνει την κάλυψη της δαπάνης. Μετά από την παρέμβαση του ειδικού, η ευθύνη της παρακολούθησης περιέρχεται πάλι στον υπεύθυνο οικογενειακό ιατρό, ο οποίος ενημερώνεται σχετικώς από τον εξειδικευμένο επαγγελματία (Παπαδημητρίου, 2019).

### **3.5.6 ΠΦΥ και οικογενειακός ιατρός - γενικές παρατηρήσεις**

Η αναμόρφωση των εθνικών συστημάτων υγείας αποτελεί ένα κοινό χαρακτηριστικό των ευρωπαϊκών χωρών, τις οποίες επισκοπήσαμε, αλλά και όλων σχεδόν των χωρών του κόσμου, πλούσιων ή φτωχών, προοδευμένων ή καθυστερημένων, αναπτυγμένων ή υπανάπτυκτων κλπ. Οι συνταρακτικές και ταχύτατες μεταβολές που γίνονται κατά τα τελευταία χρόνια στην επιστήμη, στην οικονομία, στην εκπαίδευση και στον τρόπο ζωής των ανθρώπων οδηγούν -μεταξύ άλλων- στην αναζήτηση πιο αποτελεσματικών τρόπων παροχής της φροντίδας υγείας. Όχι μόνον τα συστήματα των χωρών που εξετάσαμε ενδεικτικά, αλλά όλα σχεδόν τα σύγχρονα συστήματα υγείας βασίζονται κατά μεγάλο μέρος στην αποτελεσματικότητά τους σε μια σύγχρονη ΠΦΥ και σε Γενικούς - Οικογενειακούς Ιατρούς με άρτια εκπαίδευση, οι οποίοι ασκούν την γενική ιατρική στην κοινότητα και από σχετικές έρευνες αποδεικνύεται ότι παρέχουν περισσότερο αποδοτική από κλινική και οικονομική άποψη φροντίδα, σε αντίθεση προς τα συστήματα τα οποία παραγνωρίζουν την σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Ύστερα μάλιστα από τις προτάσεις του ευρωπαϊκού τμήματος της WONCA, γίνεται κατανοητό ότι πρέπει να αναληφθεί μια σταυροφορία πρωτίστως ανάμεσα στον ιατρικό κλάδο, ώστε να γίνει συνείδηση πρώτα στο ιατρικό προσωπικό και στην συνέχεια στο ευρύ κοινό ότι καλό σύστημα υγείας είναι πρωτίστως η καλή ΠΦΥ και καλή ΠΦΥ είναι ο καλός Γενικός - Οικογενειακός Ιατρός. Οι υπεύθυνοι του σχεδιασμού και της παρακολούθησης της λειτουργίας του ΕΣΥ πρέπει να κατανοήσουν ότι απαιτούνται αυξημένες επενδύσεις όχι κυρίως σε πόρους και σε υποδομές, αλλά στο ανθρώπινο δυναμικό και στην συγκεκριμένη περίπτωση στους Ιατρούς της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής. Προς αυτήν την κατεύθυνση εργάζεται και η WONCA με πρόθεση να διαφωτίσει αρμοδίους και κοινό και να συμβάλει στην συζήτηση για τον ουσιώδη ρόλο της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής μέσα στο σύστημα υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε πανευρωπαϊκό και σε παγκόσμιο επίπεδο.

### **3.6 Ανακεφαλαίωση**

Ο γενικός - οικογενειακός ιατρός αποτελεί τον στυλοβάτη της ΠΦΥ, για αυτόν τον λόγο παράλληλα με την θέσπιση της ΠΦΥ καθιερώθηκε ένας νέος κλάδος στο σώμα των Επιστημών Υγείας, ο κλάδος της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής. Η UEMO και η WONCA έπαιξαν πρωταρχικό ρόλο στις παγκόσμιες εξελίξεις επί του θέματος. Η ιδιαίτερη συμβολή του γενικού - οικογενειακού ιατρού στην στήριξη της ΠΦΥ εντοπίζεται σε δύο κυρίως άξονες των δραστηριοτήτων του: α. στην θεραπευτική σχέση του με τον

ασθενή, η οποία διαποτίζει την ποιότητα της επικοινωνίας ιατρού και ασθενούς και β. στην λειτουργία του ως gatekeeper του συστήματος, η οποία διασφαλίζει την συντονισμένη λειτουργία όλων των παραγόντων που συμβάλλουν στην αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας σε όλους τους πολίτες. Μολονότι όμως ο οικογενειακός ιατρός καθιερώθηκε στην χώρα μας το 2017, η γενίκευσή του προσκόπτει σε διάφορα εμπόδια, ενώ διαπιστώνεται ότι στα συστήματα υγείας άλλων χωρών λειτουργεί με πολύ καλά αποτελέσματα.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **4.1 Εισαγωγή**

Οποιαδήποτε σοβαρή ενέργεια του ανθρώπου περνάει από τρεις φάσεις, α. τον σχεδιασμό, β. την εκτέλεση ή την εφαρμογή και γ. την αξιολόγηση. Καμία από τις φάσεις αυτές δεν μπορεί να παραλειφθεί, αν θέλουμε να έχουμε θετικά αποτελέσματα. Ιδιαίτερα η ανατροφοδοτική λειτουργία της αξιολόγησης την καθιστά απολύτως απαραίτητη για κάθε βελτίωση. Πρόκειται για μια λειτουργία η οποία έχει προσανατολισμό προς το μέλλον.

Κανείς δεν μπορεί να ισχυρισθεί ότι η φροντίδα υγείας δεν αποτελεί σοβαρή προσπάθεια. Και αφού είναι έτσι, χρειάζεται οπωσδήποτε την αξιολόγηση για την επανατροφοδότηση και τις παρεπόμενες αλλαγές και μεταρρυθμίσεις. Η αξιολόγηση της ποιότητας στον χώρο της υγείας μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους, καθώς οι εμπλεκόμενοι στην προσπάθεια αυτή είναι πολλοί, με πολλά και διάφορα ενδιαφέροντα και πολλές και διάφορες προτιμήσεις. Άρα και η αξιολόγηση πρέπει να γίνει με πολλά και διάφορα κριτήρια.

Αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποτελέσει την κοινή συνισταμένη της αξιολόγησης. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίον αποτελεί το κυριότερο κριτήριο της αξιολόγησης στον χώρο της φροντίδας υγείας.

#### **4.2 Η έννοια της αξιολόγησης**

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας θεωρείται αναπόσπαστο μέρος του σχεδιασμού της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας (Τούντας και Οικονόμου, 2007). Με την αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας εξασφαλίζεται η δυνατότητα επισήμανσης τυχόν ελλείψεων ή προβλημάτων και περαιτέρω η αντιμετώπισή τους. Ακόμα καθίσταται εφικτή η τροποποίηση της λειτουργίας της υπηρεσίας προς την κατεύθυνση της επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων της, πράγμα που επιτυγχάνεται με την εισαγωγή νέων μεθόδων και πρακτικών. Το ίδιο ισχύει και για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας με τη μόνη διαφορά ότι οι σχετικές προσεγγίσεις πραγματοποιούνται στο μακρο-επίπεδο του συστήματος (περιφερειακού ή κεντρικού), το οποίο εκ των πραγμάτων περιλαμβάνει ένα διαρθρωμένο σύνολο επιμέρους υπηρεσιών. Η αξιολόγηση αυτή εντάσσεται στο πλαίσιο ενός ευρύτερου σχεδιασμού για τον καθορισμό της εξέλιξης της

περιφερειακής ή της εθνικής πολιτικής υγείας, που έχει σκοπό τη διάρθρωση και βελτίωση του συστήματος στο σύνολό του προς όφελος της υγείας του πληθυσμού ευθύνης του και τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού αναφοράς (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

Στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον και στο πλαίσιο της διαρκούς εξέλιξης της τεχνολογίας σε όλους γενικά τους τομείς αλλά και στον τομέα της υγείας ειδικότερα η έννοια της ποιότητας αποτελεί μια από τις πιο συχνά αναφερόμενες αρχές της πολιτικής για την υγεία και θα μπορούσε μάλιστα να ισχυρισθεί κανείς ότι κατά τα τελευταία χρόνια βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων των υπευθύνων χάραξης της σχετικής πολιτικής σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνδέεται άμεσα με την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών και αυτό σχετίζεται ασφαλώς με το γεγονός ότι στη σημερινή εποχή επιζητείται όλο και περισσότερο η διερεύνηση και η διαπίστωση των στάσεων και των απόψεων των καταναλωτών σε σχέση με μια ομάδα αγαθών ή υπηρεσιών, έτσι ώστε να οικοδομηθεί πάνω σε αυτές η προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητάς τους.

#### **4.3 Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας**

Η ποιότητα είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη αναζήτηση για το επιτυχές και αποδοτικό αποτέλεσμα των προσπαθειών του. Οι αρχαίοι την συσχέτιζαν με την «αρετή», την διαρκή προσπάθεια για βελτίωση και ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ανθρώπου, όπως διατυπώνεται στην ομηρική έκφραση «αιέν αριστεύειν». Η ίδια έννοια εμπεριέχεται και στο «ωφελέειν ή μη βλάπτειν» του όρκου του Ιπποκράτη (5<sup>ος</sup> αιώνας π.Χ.), ο οποίος αποτελεί μέχρι σήμερα τον κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας στην περιοχή της υγείας (Ρίκος, 2015). Όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας, η υγεία δεν αποτελεί μία μονοδιάστατη έννοια και κατάσταση και για αυτό μπορεί να ερμηνευτεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους από κάθε άνθρωπο. Εξίσου πολυδιάστατη είναι και η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και μάλιστα στην περίπτωση αυτή όχι μόνον διότι είναι πολυδιάστατη η έννοια της υγείας, αλλά και επειδή είναι πολλά τα άτομα τα οποία εμπλέκονται στην «παραγωγή» της.

Από την πλευρά της Οικονομίας η ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας έχει πάντα δύο όψεις, του πελάτη (χρήστη, αγοραστή) από την μια και του παραγωγού (παρόχου) από την άλλη. Σύμφωνα με την οπτική του χρήστη, η ποιότητα σχετίζεται με την ικανοποίηση των αναγκών και την ανταπόκριση στις προσδοκίες του, ενώ από την οπτική του παραγωγού είναι συνυφασμένη με τον καλό σχεδιασμό, τον βαθμό επαγγελματισμού

του προσωπικού που τον εφαρμόζει και την κατάλληλη επιλογή και χρήση μεθόδων και εργαλείων, έτσι ώστε το προϊόν ή η υπηρεσία να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές που έχουν τεθεί κατά τη φάση του σχεδιασμού (Ζέρβας, 2020).

Η πολυδιάστατη φύση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας έχει οδηγήσει με την πάροδο του χρόνου πολλούς επιστήμονες και ειδικούς στην ευαίσθητη αυτή περιοχή τόσο της ατομικής όσο και της κοινωνικής ζωής σε διάφορες προσπάθειες και διάφορους τρόπους και μεθόδους προσέγγισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Αν αναθούμε λίγο στο παρελθόν, θα διαπιστώσουμε π.χ. ότι η Βρετανίδα Florence Nightingale (1820-1910), η οποία θεωρείται ως η θεμελιώτρια της σύγχρονης νοσηλευτικής, βασιζόταν κυρίως στους δείκτες θνησιμότητας των τραυματιών κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου ως κριτήριο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και κατ' αυτόν τον τρόπο εισήγαγε στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα την έννοια της υγειονομικής ποιότητας με σκοπό τη βελτίωση της περίθαλψης (Θανασάς, 2019).

Αργότερα ο Avedis Donabedian, ιατρός και καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, στον οποίο οφείλουμε την πατρότητα του όρου «ποιότητα στον τομέα της υγείας», σε μια ανασκόπηση μελετών της περιόδου 1954–1984 κατέγραψε και ανέλυσε όλες σχεδόν τις μέχρι τότε προσεγγίσεις στο εν λόγω θέμα και διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας, επιμένοντας σε τρεις γνωστές από τότε πτυχές, “sound structures, good processes and suitable outcomes” (σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα) (Ρίκος, 2015).

Δεν μπορούμε βεβαίως να παραβλέψουμε την σοβαρή εργασία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ο οποίος τονίζει ιδιαίτερα την επιλογή έγκυρων διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, στον κατάλληλο χρόνο, με τον σωστό τρόπο, στα άτομα τα οποία την έχουν ανάγκη, ώστε να εξασφαλιστεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, καθώς και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015). Από την πλευρά του ο καναδικός νοσοκομειακός σύνδεσμος (Canadian Hospital Association, 1989) θεωρεί ως υψηλής ποιότητας περίθαλψη «τη νοσηλεία ή τις υπηρεσίες υγείας που ικανοποιούν τις συγκεκριμένες απαιτήσεις, λαμβάνουν υπόψη το επίπεδο τεχνογνωσίας και τους διαθέσιμους πόρους και ανταποκρίνονται στις προσδοκίες για μεγιστοποίηση του οφέλους και ελαχιστοποίηση του κινδύνου για την υγεία και την ευεξία των ασθενών». Επίσης το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ ορίζει την ποιότητα ως τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας αυξάνουν σε άτομα

και πληθυσμούς την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση. Τέλος, σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας είναι η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η έγκαιρη παροχή της φροντίδας. Είναι λοιπόν προφανές ότι κοινή συνισταμένη όλων των παραπάνω –και πολλών άλλων ασφαλώς- προσεγγίσεων της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι το όφελος το οποίο προκύπτει για τον ασθενή (Οικονομοπούλου, 2006).

Με βάση την εγκυρότητα των παραπάνω πηγών μπορεί κανείς επίσης να εντοπίσει τους παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Μπορεί λοιπόν, σύμφωνα με τα παραπάνω, να ισχυριστεί κανείς ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προσδιορίζεται με βάση κάποια κριτήρια που σχετίζονται με την διαθεσιμότητα, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, την προσβασιμότητα και τη συνέχεια στη φροντίδα. Πέρα από αυτά, σημαντικό ρόλο παίζουν οι δομές (ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμός, εγκαταστάσεις), οι διαδικασίες που χαρακτηρίζουν μια υγειονομική μονάδα (ενέργειες περίθαλψης και θεραπείας, κάλυψη κλινών, διάρκεια νοσηλείας κλπ.) και τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας.

Όλα λοιπόν τα παραπάνω κριτήρια και όλες οι διαστάσεις εκβάλλουν στην τελική έκβαση της ασθένειας, η οποία σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, των ιατρών και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας. Πιο αναλυτικά, οι γνώσεις, η εμπειρία, οι ικανότητες, η τήρηση της ιατρικής δεοντολογίας από τις μονάδες που προσφέρουν φροντίδα στους ασθενείς, η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η επαγγελματική επάρκεια του προσωπικού, από την οποία εξαρτάται και η ετοιμότητα στην οποία βρίσκεται και η ταχύτητα με την οποία λαμβάνει τις αποφάσεις και αναλαμβάνει δράση και, τέλος, η συνεχής εκπαίδευση όλου του προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού) αποτελούν τους βασικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα στον χώρο της υγείας.

Ειδική μνεία πρέπει να κάνουμε στον παράγοντα της δομής της μονάδας, από την οποία εξαρτάται ο κατάλληλος σχεδιασμός των εγκαταστάσεων των μονάδων υγείας για τη διευκόλυνση της μετακίνησης των ασθενών, η παροχή υπηρεσιών υγείας σε 24ωρη βάση, καθώς και η εύρυθμη λειτουργία των διοικητικών υπηρεσιών. Τέλος, η ταχύτητα εξυπηρέτησης, η σωστή επιλογή θεραπευτικής αγωγής, η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας, η αποφυγή νοσοκομειακών λοιμώξεων και η διασφάλιση της ποιότητας



υγείας με το ελάχιστο δυνατό κόστος αποτελούν ορισμένους από τους βασικότερους σκοπούς της διεύθυνσης κάθε οργανωμένου υγειονομικού οργανισμού με απώτερη προσδοκία τη βελτίωση της ποιότητας, δίνοντας σημασία σε όλο το προσωπικό και εφαρμόζοντας μεθόδους αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Θανασάς, 2019, Μπαλάσκα και Μπιτσώρη, 2015).

Αναζητώντας τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, διαπιστώνεται ότι αυτά καθορίζονται διαφορετικά για τους χρήστες των υπηρεσιών, για τους επαγγελματίες υγείας και για την κοινωνία στο σύνολό της. Θα πρέπει επίσης να τονιστεί το γεγονός ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας κρίνεται διαφορετικά από όλους τους εμπλεκόμενους, γεγονός αυτονόητο, αφού οι εκάστοτε ανάγκες και προσδοκίες είναι διαφορετικές. Για τον ασθενή τα οφέλη που προκύπτουν μπορεί να αφορούν την έγκαιρη διάγνωση, την επιλογή κατάλληλης θεραπείας, την αποφυγή πιθανών επιπλοκών, την ελαχιστοποίηση του χρόνου και του κόστους νοσηλείας και την καλύτερη ψυχολογία που συμβάλλει στη θετική έκβαση της θεραπευτικής αγωγής. Για τους επαγγελματίες υγείας τα οφέλη μπορεί να περιλαμβάνουν την ικανοποίηση για την αποτελεσματικότητα του προσφερόμενου έργου τους, το σεβασμό και την αναγνώριση από την πλευρά των προϊσταμένων, των ασθενών και των οικογενειών τους κλπ. Τέλος, τα πλεονεκτήματα για τις υγειονομικές υπηρεσίες, το κράτος και τους ασφαλιστικούς φορείς είναι κυρίως οικονομικά, δηλαδή μείωση του λειτουργικού κόστους που επιτυγχάνεται από την ταχεία παρέμβαση στην ασθένεια, εξοικονόμηση πόρων και σημαντική αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος, που βελτιώνουν την εικόνα του εθνικού συστήματος υγείας και αυξάνουν την εμπιστοσύνη των πολιτών στις κρατικές παροχές υπηρεσιών υγείας (Ρίκος, 2015, Θανασάς, 2019).

#### **4.4 Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από τις Υπηρεσίες Υγείας**

Η σύγχρονη προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη επιδιώκει τη συμμετοχή των ανθρώπων στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Εξαιτίας του έντονου ανταγωνιστικού περιβάλλοντος στον τομέα της υγείας αναζητείται συνεχώς η γνώμη των καταναλωτών με στόχο τη βελτίωση των «παραγόμενων» προϊόντων και υπηρεσιών. Ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τον πιο σημαντικό καταναλωτή, και το δικαίωμα έκφρασής του σχετικά με την ποιότητά τους είναι αδιαμφισβήτητο. Όπως αναφέρει και ο Ιπποκράτης, η ευεξία του ασθενούς είναι η σημαντικότερη επιδίωξη της παρέμβασης του προσωπικού παροχής υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια, είναι αυτονόητο ότι σε οποιαδήποτε προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας πρέπει να

λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Σύμφωνα με τον Donabedian, στον οποίο αναφερθήκαμε παραπάνω, οι ασθενείς αποτελούν απαραίτητη και χρήσιμη πηγή πληροφοριών κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Θεωρεί μάλιστα ότι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Παπαγιαννοπούλου *et al.*, 2008). Σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία, τρεις κυρίως παράγοντες επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται: α) Με τις προσδοκίες του ασθενούς από τις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας, έτσι ώστε η ικανοποίησή του να είναι συνάρτηση του βαθμού κατά τον οποίο οι προσδοκίες επαληθεύονται. Υπό αυτή την έννοια η ικανοποίηση προσδιορίζεται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά και σε αυτό που τελικά λαμβάνει. β) Με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς. Σύμφωνα με μελέτες, το φύλο, η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης. γ) Με την επίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων κατά τη διαδικασία αξιολόγησης, οι οποίοι μπορεί να αλλοιώσουν το μέγεθος της ικανοποίησης. Συγκεκριμένα σύμφωνα με τους Le Vois *et al.* μεγάλο ποσοστό ασθενών τείνει να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο από ό,τι αισθάνεται πραγματικά, πιστεύοντας ότι θα έχει καλύτερη αντιμετώπιση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ αντίθετα αρκετοί ασθενείς αποφεύγουν τη διαδικασία αξιολόγησης, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια αλλαγή στην κατάστασή τους (Παπαγιαννοπούλου *et al.*, 2008).

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών γίνεται με τη χρήση ερωτηματολογίων ικανοποίησης (κατά το δυνατόν με ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις), τα οποία επιχειρούν με ένα δομημένο τρόπο να δώσουν τη δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν τη γνώμη τους για μια σειρά από εκφάνσεις της φροντίδας που λαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Οι ανοικτές ερωτήσεις από την άλλη δίνουν τη δυνατότητα στους ερωτώμενους να αναφέρουν χωρίς περιορισμούς την άποψή τους. Τα ερωτηματολόγια είναι τυπωμένα και η συμπλήρωσή τους γίνεται είτε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων είτε τηλεφωνικά. Η συμπλήρωση και η συλλογή τους γίνεται στη δομή παροχής υπηρεσιών, ενώ σε άλλες περιπτώσεις ο ασθενής παίρνει το ερωτηματολόγιο μαζί με το εξιτήριο, το συμπληρώνει στο σπίτι του και το επιστρέφει ταχυδρομικά ή ηλεκτρονικά. Ωστόσο σύμφωνα με έρευνες οι προσωπικές και οι διαμέσου τηλεφώνου συνεντεύξεις έχουν περισσότερη ανταπόκριση. Την τελευταία δεκαετία το ενδιαφέρον

για τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά σε συστήματα υγείας όπως της Βρετανίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Στην Ελλάδα η ερευνητική δραστηριότητα σε αυτό το αντικείμενο είναι περιορισμένη, παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες εκφράζουν μεγάλη δυσαρέσκεια για το εθνικό σύστημα υγείας σε σύγκριση με άλλα ευρωπαϊκά κράτη.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί πολύτιμη βοήθεια για τη λήψη αποφάσεων από την πλευρά των ατόμων τα οποία ασχολούνται με τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Εξίσου σημαντική ωστόσο για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με τη διάμρφωση στρατηγικών από την πλευρά των οργανισμών υγείας είναι και η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τα οργανωτικά σχήματα και τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα συμβάλλει στην αξιολόγηση και επιβράβευση του προσωπικού από τη διοίκηση, και μπορεί να συνεισφέρει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πέρα από όλα τα άλλα, η έκφραση των απόψεων των ασθενών για την ποιότητα φροντίδας δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας και ενθαρρύνει τη συμμετοχή τους στις θεραπευτικές διαδικασίες. Στον ιδιωτικό τομέα η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα μέσο προώθησης των υπηρεσιών τους στην αγορά και την προσέλκυση ασθενών-πελατών (marketing), προσφέροντας κατ' αυτόν τον τρόπο ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

#### **4.5 Ανακεφαλαίωση**

Ο σχεδιασμός, η εκτέλεση και η αξιολόγηση αποτελούν τις τρεις βασικές φάσεις κάθε σοβαρής ενέργειας. Αδυναμίες ή ελλείψεις σε οποιαδήποτε από αυτές έχει ως συνέπεια δυσάρεστα αποτελέσματα. Η αξιολόγηση ασκεί μια σοβαρή επανατροφοδοτική λειτουργία, καθώς δίνει πληροφορίες για το τί πήγε καλά και τί όχι αλλά και γιατί. Χωρίς αυτήν δεν μπορεί να αναλάβει κανείς καμία προσπάθεια αλλαγών και βελτίωσης. Αφού η φροντίδα υγείας αποτελεί σοβαρή προσπάθεια, χρειάζεται οπωσδήποτε την αξιολόγηση. Η αξιολόγηση της ποιότητας στον χώρο της υγείας μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους και με πολλά και διάφορα κριτήρια. Η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποτελέσει το κυριότερο κριτήριο της αξιολόγησης στον χώρο της φροντίδας υγείας.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ**

### **ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ**

### **ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΟΜΥ**

#### **5.1 Εισαγωγή**

Το παρόν και το επόμενο κεφάλαιο αποτελούν το εμπειρικό μέρος της εργασίας, το οποίο στηρίζεται στην ανάλυση των δεδομένων τα οποία προέκυψαν από τις απαντήσεις σε ένα ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε σε ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών υγείας σε δύο ΤΟΜΥ. Στο κεφάλαιο αυτό δίνονται πληροφορίες για τον χρόνο και τις δομές διεξαγωγής της έρευνας, για το πλήθος των υποκειμένων και για το Στατιστικό Πακέτο για Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS), το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση.

Ύστερα από την ενημέρωση για τους σχετικούς στατιστικούς ελέγχους, παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των υποκειμένων (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης κλπ.) και η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ στις δύο ΤΟΜΥ, καθώς και η ικανοποίηση των χρηστών από αυτές.

Γίνονται, τέλος, συσχετίσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών με την συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ στις δύο ΤΟΜΥ.

#### **5.2 Εργαλείο, δείγμα έρευνας και στατιστικές μέθοδοι**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά την χρονική περίοδο από τον Αύγουστο έως και τον Νοέμβριο του 2020 στις 1<sup>η</sup> και 2 ΤΟΜΥ Νίκαιας-Ρέντη και στις 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> ΤΟΜΥ Κορυδαλλού. Το κύριο ερευνητικό εργαλείο είναι ένα ερωτηματολόγιο με 13 ενότητες ερωτήσεων και έχει ως στόχο την αξιολόγηση του βαθμού χρήσης και ικανοποίησης των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ). Συνολικά ανταποκρίθηκαν 120 χρήστες των ως άνω δομών, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο αμέσως μετά από την πραγματοποίηση του ραντεβού τους.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται αρχικά από δημογραφικές ερωτήσεις όπως φύλο, ηλικία, εκπαίδευση κ.α. Στη συνέχεια περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου σε μορφή πολλαπλής επιλογής, διχοτομημένων ερωτήσεων, καθώς και ερωτήσεις που είναι διατυπωμένες σύμφωνα με την κλίμακα πέντε βαθμών «Likert», στην οποία διατυπώνονται με διαβάθμιση από το 1 έως το 5 οι εντυπώσεις των ερωτώμενων σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχονται από τις δημόσιες μονάδες υγείας ΤΟΜΥ.

Πριν τη διανομή της οριστική μορφής των ερωτηματολογίων έγινε χρήση ενός πιλοτικού ερωτηματολογίου σε 15 ερωτώμενους, προκειμένου να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του ερωτηματολογίου. Στο συγκεκριμένο στάδιο της έρευνας σκοπός είναι να εξεταστεί πόσο κατανοητό είναι το ερωτηματολόγιο από τους ερωτώμενους όχι μόνο ως προς το περιεχόμενο αλλά και ως προς τη δομή, την έκταση και τον απαιτούμενο χρόνο για τη συμπλήρωσή του.

Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει αρχικά ερωτήσεις που αφορούν το δημογραφικό προφίλ των ερωτώμενων. Στη συνέχεια ακολουθούν ερωτήσεις που αφορούν τις εντυπώσεις των ερωτώμενων σχετικά με την υποδοχή και την πρόσβαση στις συγκεκριμένες δημόσιες δομές υγείας. Ακολουθούν ερωτήσεις που αφορούν την ταχύτητα των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις TOMY και τέλος ερωτήσεις που αφορούν την παρεχόμενη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

Μετά την έντυπη διανομή των ερωτηματολογίων και τη λήψη των απαντήσεων ακολούθησε η ηλεκτρονική καταχώρηση, η κωδικοποίηση των μεταβλητών και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS (version 22; IBM Corporation, Armonk, NY). Οι στατιστικοί έλεγχοι μεταξύ των παραμέτρων του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκαν με βάση τον έλεγχο χρησιμοποιώντας τον έλεγχο  $\chi^2$  (Pearson's chi-square test). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability) του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε με το συντελεστή Cronbach's alpha. Επίπεδο σημαντικότητας  $p$  μικρότερο από 0,05 θεωρήθηκε ως στατιστικά σημαντικό. Παρακάτω ακολουθεί η στατιστική αποτύπωση των αποτελεσμάτων των απαντήσεων των χρηστών σε πίνακες και διαγράμματα.

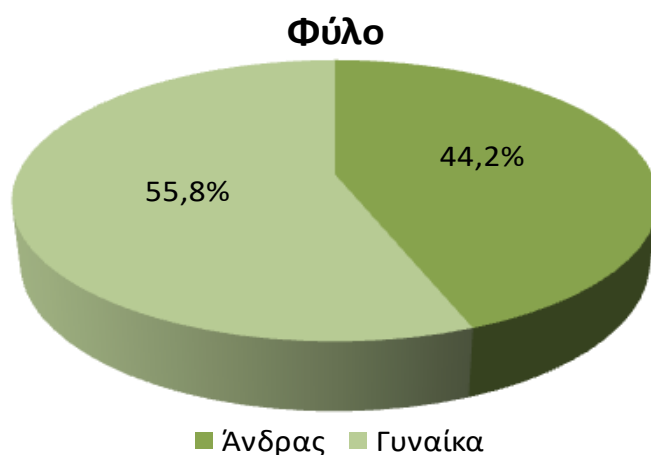
### **5.3 Αποτελέσματα έρευνας**

Μετά από την συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής, προκειμένου να εκτιμηθεί η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου και των κλιμάκων συνολικά. Αυτό υλοποιήθηκε με τον συντελεστή Chronbach's Alpha ο οποίος δείχνει την ομοιογένεια της κλίμακας (για να είναι αποδεκτή η τιμή του συντελεστή, θα πρέπει να είναι πάνω από 0,70), ώστε να εκτιμηθεί η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής εκφράζεται από την τιμή του συντελεστή: όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του, τόσο πιο αξιόπιστη είναι η εσωτερική συνοχή. Ο στατιστικός έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας, η οποία εκφράζεται με το δείκτη Cronbach's alpha, υπολογίστηκε ίσος με 0,93, γεγονός που επιβεβαίωσε ότι

οι ερωτήσεις που ανιχνεύουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με το περιβάλλον των ΤΟΜΥ, την ταχύτητα εξυπηρέτησης, την προσφερόμενη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και το γενικότερο περιβάλλον εξυπηρέτησης των ασθενών παρουσιάζουν υψηλή συνοχή μεταξύ τους. Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα ατομικά στοιχεία των χρηστών όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο λόγος της επίσκεψης στην ΤΟΜΥ, η εγγραφή τους σε οικογενειακό ιατρό, η συχνή χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ και η ασφαλιστική τους κατάσταση. Από τους 120 χρήστες οι 53 (44,2%) ήταν άνδρες και οι 67 (55,8%) γυναίκες.

**Πίνακας 5.1**  
**Φύλο**

Φύλο	Πλήθος	%
Άνδρας	53	44,2
Γυναίκα	67	55,8
Σύνολο	120	100,0



**Διάγραμμα 5.1**  
**Φύλο**

Ως προς την ηλικία τους, οι περισσότεροι των ερωτηθέντων, δηλαδή 86 άτομα (71,7%) ήταν άνω των 51 ετών, 16 άτομα (13,3%) μεταξύ 41 και 50 ετών, 10 άτομα (8,3%) μεταξύ 31 και 40 ετών και 8 άτομα (6,7%) μεταξύ 18 και 30 ετών. Αυτό θα

μπορούσε να αιτιολογηθεί με βάση το γεγονός ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα υγείας και έχουν περισσότερες ανάγκες να επισκέπτονται συχνότερα τις ΤΟΜΥ.

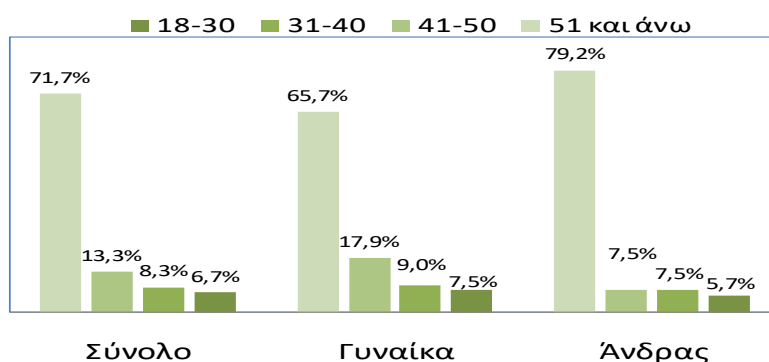
Ανά φύλο η παραπάνω κατανομή δίνει την εξής εικόνα:

- 79,2% των ανδρών και 65,7% των γυναικών ήταν άνω των 50 ετών.
- 7,5% των ανδρών και 17,9% των γυναικών ήταν μεταξύ 41 και 50 ετών.
- 7,5% των ανδρών και 9,0% των γυναικών ήταν μεταξύ 31 και 40 ετών και
- 5,7% των ανδρών και 7,5% των γυναικών ήταν μεταξύ 18 και 30 ετών.

**Πίνακας 5.2**  
**Ηλικία στο σύνολο και ανά φύλο**

Ηλικία	Φύλο		Σύνολο	%
	Άνδρας	Γυναίκα		
18-30	3	5	8	6,7
31-40	4	6	10	8,3
41-50	4	12	16	13,3
51 και άνω	42	44	86	71,7
Σύνολο	53	67	120	100,0

**Ηλικία στο σύνολο και ανά φύλο**



**Διάγραμμα 5.2**  
**Ηλικία στο σύνολο και ανά φύλο**

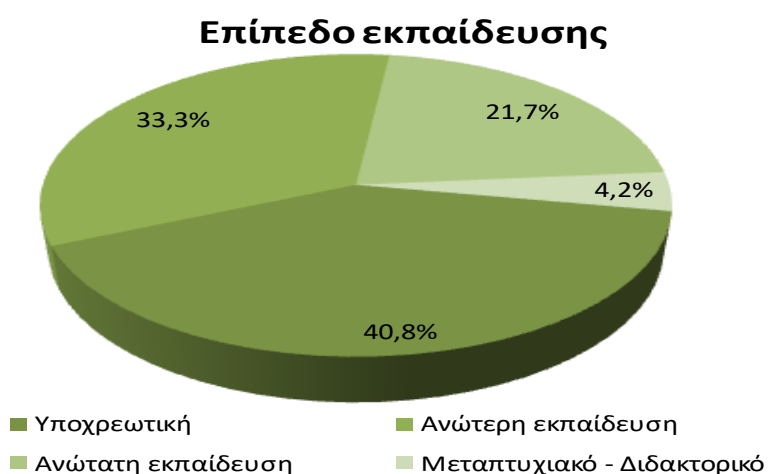
Το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων ήταν κυρίως υποχρεωτικής και ανώτερης εκπαίδευσης με ποσοστό 74,9%, δηλαδή 3 στους 4 χρήστες. Επίσης υπήρχε ένα μικρό-



τερο ποσοστό χρηστών με ανώτατη εκπαίδευση (21,7%), αλλά ελάχιστοι με μεταπτυχιακές σπουδές (4,2%). Το επίπεδο εκπαίδευσης θα μπορούσε να συσχετιστεί με την ηλικία των ερωτώμενων, καθώς στον πληθυσμό ηλικίας 51 και άνω περιλαμβάνονται και αρκετά άτομα μεγάλης ηλικίας που κατέχουν τη βασική μόρφωση.

**Πίνακας 5.3**  
**Επίπεδο εκπαίδευσης**

Επίπεδο εκπαίδευσης	Πλήθος	%
Υποχρεωτική	49	40,8
Ανώτερη εκπαίδευση	40	33,3
Ανώτατη εκπαίδευση	26	21,7
Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	5	4,2
Σύνολο	120	100,0



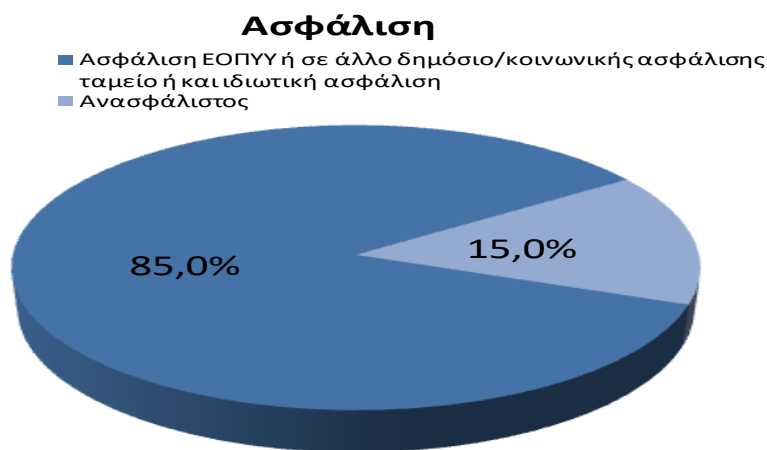
**Διάγραμμα 5.3**  
**Επίπεδο εκπαίδευσης**

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων ήταν ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο δημόσιο/ κοινωνικής ασφάλισης ταμείο ή είχαν ιδιωτική ασφάλιση δηλαδή 102 άτομα (85,0%), ενώ υπήρχε και ένας μικρός αριθμός ανασφάλιστων, δηλαδή 18 άτομα (15,0%). Το ποσοστό αυτό αν και μικρότερο είναι εξίσου σημαντικό καθώς υποδηλώνει ότι όλοι οι πολίτες στη χώρα μας και οι ασφαλισμένοι και οι ανασφάλιστοι έχουν δικαίωμα στην

πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στο ελληνικό σύστημα υγείας, με χρήση του ΑΜΚΑ τους (Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης).

**Πίνακας 5.4**  
**Ασφάλιση**

Ασφάλιση	Πλήθος	%
Είμαι ασφαλισμένος στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο δημόσιο/κοινωνικής ασφάλισης ταμείο	96	80,0
Είμαι ανασφάλιστος	18	15,0
Έχω ιδιωτική ασφάλιση & Είμαι ασφαλισμένος στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο δημόσιο/κοινωνικής ασφάλισης ταμείο	6	5,0
Σύνολο	120	100,0



**Διάγραμμα 5.4**  
**Ασφάλιση**

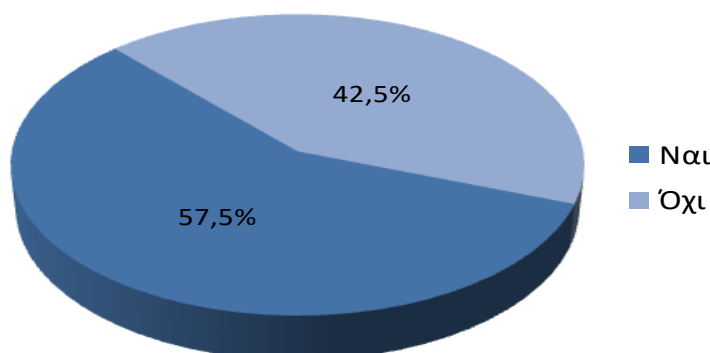
Στην ερώτηση που αφορούσε αν κάνουν συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας της ΠΦΥ, λίγο περισσότεροι από τους μισούς απάντησαν θετικά, δηλαδή 69 άτομα (57,5%). Αυτή η σχετικά περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών των ΤΟΜΥ πιθανόν να οφείλεται στο ότι δεν προσφέρεται 24ωρη κάλυψη υπηρεσιών υγείας ή και στο γεγονός ότι δεν έχει καταστεί ακόμα ευρέως γνωστός ο τρόπος λειτουργίας τους, καθώς η στελέχωση και η

λειτουργία των TOMY βρίσκεται ακόμα σε πιλοτικό στάδιο εφαρμογής και πρόκειται για μία πρόσφατη μεταρρύθμιση στον τομέα της ΠΦΥ.

**Πίνακας 5.5**  
**Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ**

Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ	Πλήθος	%
Ναι	69	57,5
Όχι	51	42,5
Σύνολο	120	100,0

**Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες Π. Φ. Υ.**



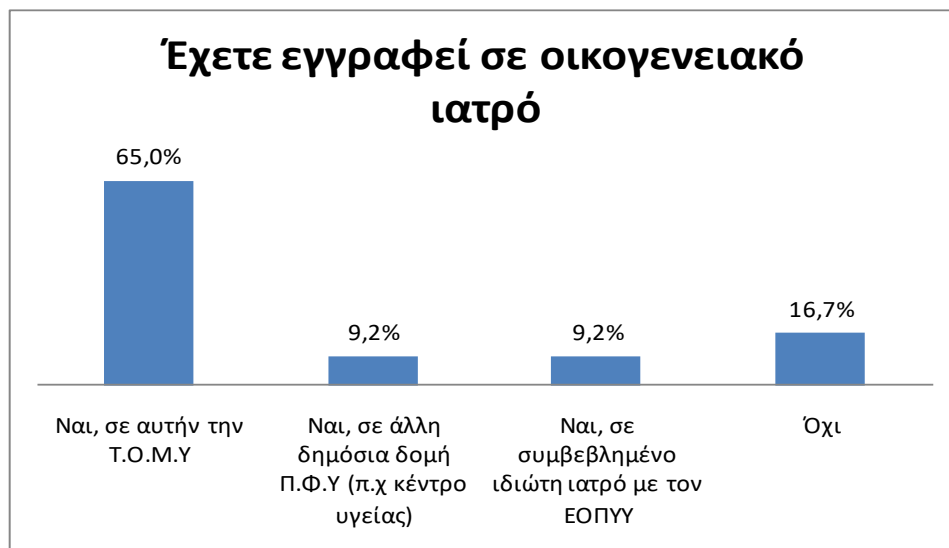
**Διάγραμμα 5.5**  
**Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ**

Όσον αφορά την εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό η πλειονότητα των ερωτώμενων απάντησε θετικά, συγκεκριμένα 100 στους 120 (83,3%) δήλωσαν ότι είναι εγγεγραμμένοι σε οικογενειακό ιατρό. Εξ αυτών οι περισσότεροι δηλαδή 78 άτομα (65,0%) ήταν εγγεγραμμένοι στις προαναφερθείσες TOMY, γεγονός που δικαιολογείται καθώς οι συγκεκριμένες TOMY ενσωματώθηκαν με ήδη υπάρχοντα Κέντρα Υγείας (περιοχή Κορυδαλλού και Αγ. Ιωάννη-Ρέντη Νίκαιας). Ο πληθυσμός σε αυτές τις περιοχές δηλαδή χρησιμοποιούσε τα ανωτέρω Κέντρα Υγείας από πριν για υπηρεσίες ΠΦΥ. Από τους υπόλοιπους οι 22 δήλωσαν ότι έχουν εγγραφεί σε άλλες δημόσιες και ιδιωτικές δομές συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ. Επίσης υπήρξαν 20 άτομα (16,7%) που απάντησαν ότι δεν έχουν εγγραφεί ακόμα σε οικογενειακό ιατρό και αιτιολόγησαν αυτή την απάντησή τους

κατά κύριο λόγο με το γεγονός ότι δεν γνώριζαν τη διαδικασία εγγραφής σε οικογενειακό ιατρό (οι 12 από τους 20), ενώ οι υπόλοιποι ανέφεραν ότι δεν επιθυμούσαν να διακόψουν τη σχέση τους με τον ήδη θεράποντα ιατρό τους ή, σπανιότερα, δεν βρήκαν διαθέσιμο ιατρό.

**Πίνακας 5.6**  
**Έχετε εγγραφεί σε οικογενειακό ιατρό**

<b>Έχετε εγγραφεί σε οικογενειακό ιατρό</b>	<b>Πλήθος</b>	<b>%</b>
Ναι, σε αυτήν την ΤΟΜΥ	78	65,0
Ναι, σε άλλη δημόσια δομή ΠΦΥ (π.χ. κέντρο υγείας)	11	9,2
Ναι, σε συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό με τον ΕΟΠΥΥ	11	9,2
Όχι	20	16,7
Σύνολο	120	100,0



**Διάγραμμα 5.6**  
**Έχετε εγγραφεί σε οικογενειακό ιατρό**

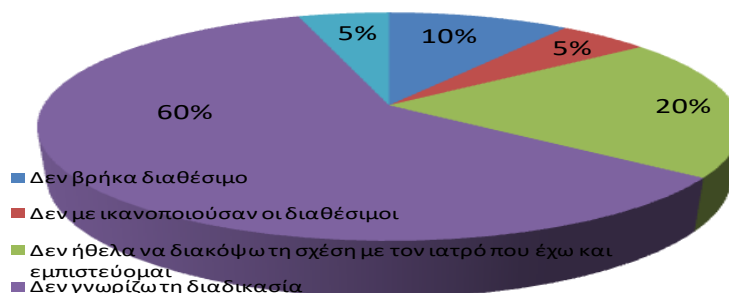
Από το 16,7% των ερωτώμενων, που δήλωσε ότι δεν έχει εγγραφεί ακόμα σε οικογενειακό ιατρό, η πλειονότητα με ποσοστό 60% ανέφερε ως αιτία ότι δεν γνωρίζει τη διαδικασία εγγραφής. Ακολουθεί το 20% των ερωτώμενων που ανέφερε ως λόγο ότι δεν

ήθελε να διακόψει την σχέση που έχει ήδη με κάποιον ιατρό που γνωρίζει και εμπιστεύεται. Ενώ πολύ λιγότεροι ανέφεραν ως αιτία ότι δεν βρήκαν κάποιον διαθέσιμο με ποσοστό 10% ή ότι δεν τους ικανοποιούσαν οι διαθέσιμοι με ποσοστό 5%.

**Πίνακας 5.7**  
**Λόγοι μη εγγραφής στον οικογενειακό ιατρό**

Λόγοι μη εγγραφής στον οικογενειακό γιατρό	Πλήθος	%
Δεν βρήκα διαθέσιμο	2	10,0
Δεν με ικανοποιούσαν οι διαθέσιμοι	1	5,0
Δεν ήθελα να διακόψω τη σχέση με τον ιατρό που έχω και εμπιστεύομαι	4	20,0
Δεν γνωρίζω τη διαδικασία	12	60,0
Άλλο	1	5,0
Σύνολο	20	100,0

**Λόγοι μη εγγραφής στον οικογενειακό γιατρό**



**Διάγραμμα 5.7**  
**Λόγοι μη εγγραφής στον οικογενειακό ιατρό**

Αναφορικά με τον λόγο χρήσης των υπηρεσιών των TOMY διαπιστώθηκε ότι οι 3 πιο συχνοί λόγοι προσέλευσης ήταν κατά σειρά προτεραιότητας:

- ❖ Προγραμματισμένη επίσκεψη για ιατρικό έλεγχο, 84 άτομα (70,0%)
- ❖ Εμβολιασμός, 52 άτομα (43,3%)
- ❖ Συνταγογράφηση φαρμάκων/ έκδοση παραπεμπτικού για εργαστηριακές εξετάσεις, 49 άτομα (40,8%)

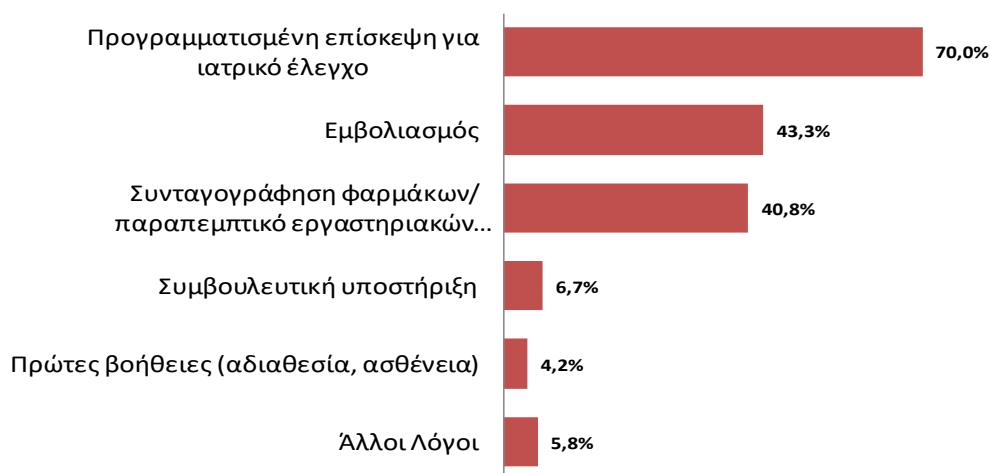
Για συμβουλευτική υποστήριξη και πρώτες βοήθειες αντίστοιχα μόνο 8 και 5 άτομα (6,7% και 4,2%) ανέφεραν ότι έκαναν χρήση των υπηρεσιών των TOMY. Επίσης καταγράφηκαν και άλλοι πιο σπάνιοι λόγοι, όπως ιατρικές βεβαιώσεις για άθληση ή για το

σχολείο. Παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ερωτώμενων που δήλωσαν ως λόγο επίσκεψης στις συγκεκριμένες ΤΟΜΥ τον εμβολιασμό είναι υψηλό, παρόλο που η έρευνα διεξήχθη σε χρονικό διάστημα που μόλις είχε ξεκινήσει η εμβολιαστική περίοδος.

**Πίνακας 5.8**  
**Λόγοι επίσκεψης στις ΤΟΜΥ**

Λόγοι επίσκεψης στις ΤΟΜΥ	Πλήθος	%
Προγραμματισμένη επίσκεψη για ιατρικό έλεγχο	84	70,0%
Εμβολιασμός	52	43,3%
Συνταγογράφηση φαρμάκων/ παραπεμπτικό εργαστηριακών εξετάσεων	49	40,8%
Συμβουλευτική υποστήριξη	8	6,7%
Πρώτες βοήθειες (αδιαθεσία, ασθένεια)	5	4,2%
Άλλοι Λόγοι	7	5,8%

**Λόγοι επίσκεψης στις ΤΟΜΥ**

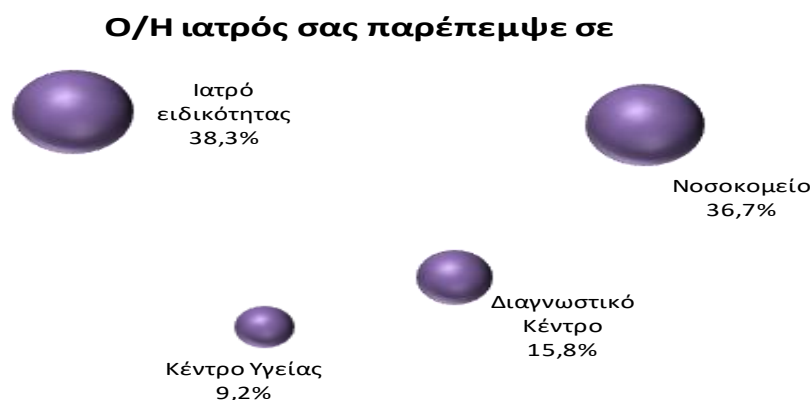


**Διάγραμμα 5.8**  
**Λόγοι επίσκεψης στις ΤΟΜΥ**

Σχετικά με την ερώτηση: πού σας παρέπεμψε ο ιατρός των ΤΟΜΥ, οι πιο συχνές απαντήσεις ήταν σε ιατρό ειδικότητας [46 άτομα (38,3%)] και σε Νοσοκομείο [44 άτομα (36,7%)].

**Πίνακας 5.9**  
**Πού σας παρέπεμψε ο ιατρός**

Ο/Η ιατρός σας παρέπεμψε σε	Πλήθος	%
Ιατρό ειδικότητας	46	38,3
Κέντρο Υγείας	11	9,2
Διαγνωστικό Κέντρο	19	15,8
Νοσοκομείο	44	36,7
Σύνολο	120	100,0



**Διάγραμμα 5.9**  
**Πού σας παρέπεμψε ο ιατρός**

Το παραπάνω διάγραμμα υποδηλώνει ότι υπάρχει συνέχεια στην φροντίδα.

Αναφορικά με την υποδοχή στις TOMY οι περισσότεροι ερωτηθέντες έκριναν έως:

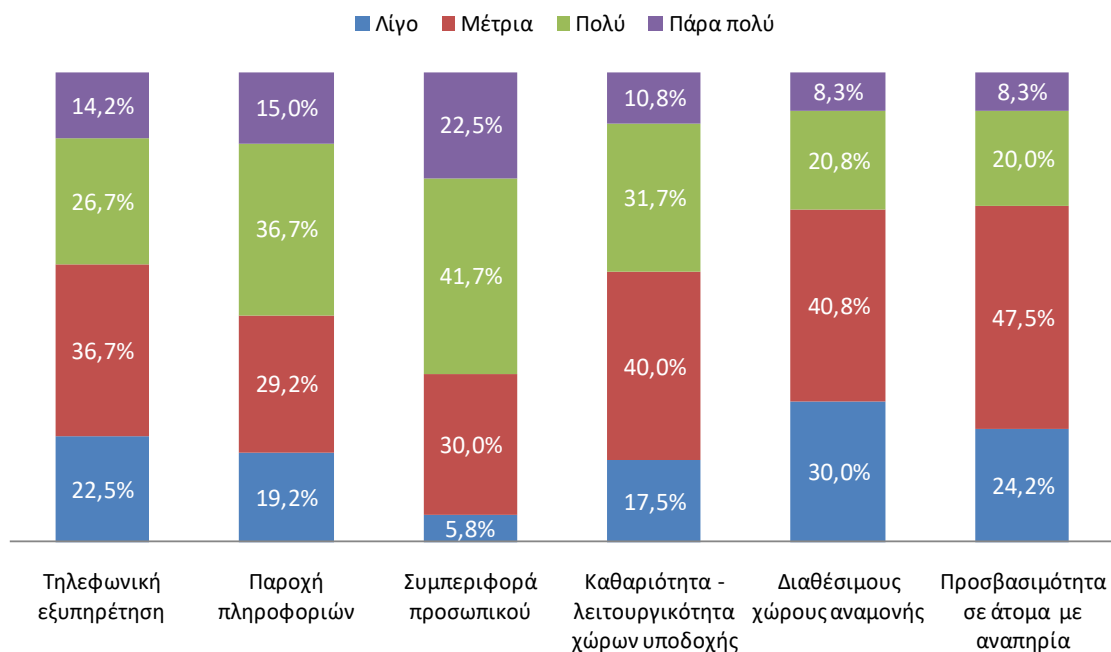
- ❖ μέτρια την τηλεφωνική εξυπηρέτηση, 44 άτομα (36,7%),
- ❖ πολύ καλή την παροχή πληροφοριών, 44 άτομα (36,7%),
- ❖ πολύ καλή τη συμπεριφορά του προσωπικού, 50 άτομα (41,7%),
- ❖ μέτρια την καθαριότητα - λειτουργικότητα χώρων υποδοχής, 48 άτομα (40%),
- ❖ μέτριους τους διαθέσιμους χώρους αναμονής, 49 άτομα (40,8%) και
- ❖ μέτρια την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία, 57 άτομα (47,5%).

Σε γενικές γραμμές δηλαδή παρατηρήθηκε ότι οι πολίτες δεν είναι ικανοποιημένοι όσον αφορά την πρόσβαση στις συγκεκριμένες δομές.

**Πίνακας 5.10**  
**Χαρακτηρισμός TOMY με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν στην υποδοχή και το περιβάλλον**

Χαρακτηρισμός των TOMY με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την υποδοχή και το περιβάλλον	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Σύνολο
Τηλεφωνική εξυπηρέτηση	27	44	32	17	120
Παροχή πληροφοριών	23	35	44	18	120
Συμπεριφορά προσωπικού	7	36	50	27	120
Καθαριότητα - λειτουργικότητα χώρων υποδοχής	21	48	38	13	120
Διαθέσιμους χώρους αναμονής	36	49	25	10	120
Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία	29	57	24	10	120

**Χαρακτηρισμός των TOMY με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν στην Υποδοχή και το Περιβάλλον**



**Διάγραμμα 5.10**  
**Χαρακτηρισμός TOMY με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν στην υποδοχή και το περιβάλλον**



Σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης στις ΤΟΜΥ οι περισσότεροι χρήστες των δομών δήλωσαν μέτρια ικανοποίηση για κάθε ένα από τα χαρακτηριστικά της, έτσι

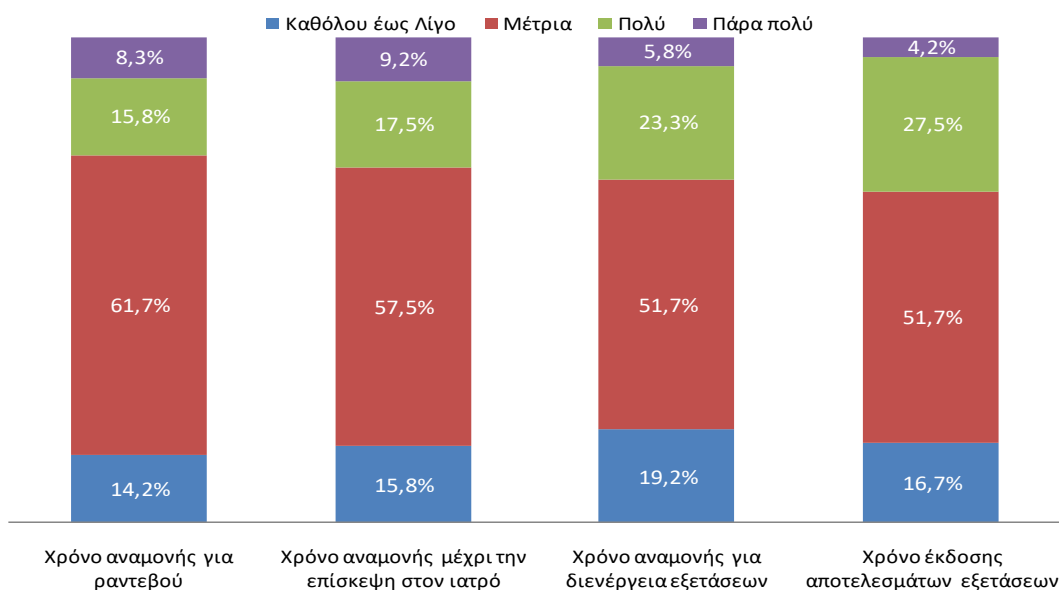
- ✓ για το χρόνο αναμονής για ένα ραντεβού, 74 άτομα (61,7%),
- ✓ για το χρόνο αναμονής για την επίσκεψη στο γιατρό, 69 άτομα (57,5%) και
- ✓ για το χρόνο αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων και την παραλαβή απαντήσεων, 62 άτομα (51,7%), ο βαθμός ικανοποίησης ήταν και πάλι μέτριος.

Όπως αναφέρθηκε και στο θεωρητικό κομμάτι στο κεφάλαιο 2 της εργασίας τόσο η πρόσβαση όσο και η ταχύτητα εξυπηρέτησης αποτελούν δύο από τους πιο συχνούς παράγοντες δυσαρέσκειας των πολιτών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας της χώρας μας.

**Πίνακας 5.11**  
**Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν στην Ταχύτητα Εξυπηρέτησης**

<b>Χαρακτηρισμός των ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την ταχύτητα εξυπηρέτησης</b>	Καθόλου έως Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Σύνολο
Χρόνο αναμονής για ραντεβού	17	74	19	10	120
Χρόνο αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον ιατρό	19	69	21	11	120
Χρόνο αναμονής για διενέργεια εξετάσεων	23	62	28	7	120
Χρόνο έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων	20	62	33	5	120

**Χαρακτηρισμός των TOMY με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν στην Ταχύτητα Εξυπηρέτησης**



**Διάγραμμα 5.11**

**Χαρακτηρισμός TOMY με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν στην ταχύτητα εξυπηρέτησης**

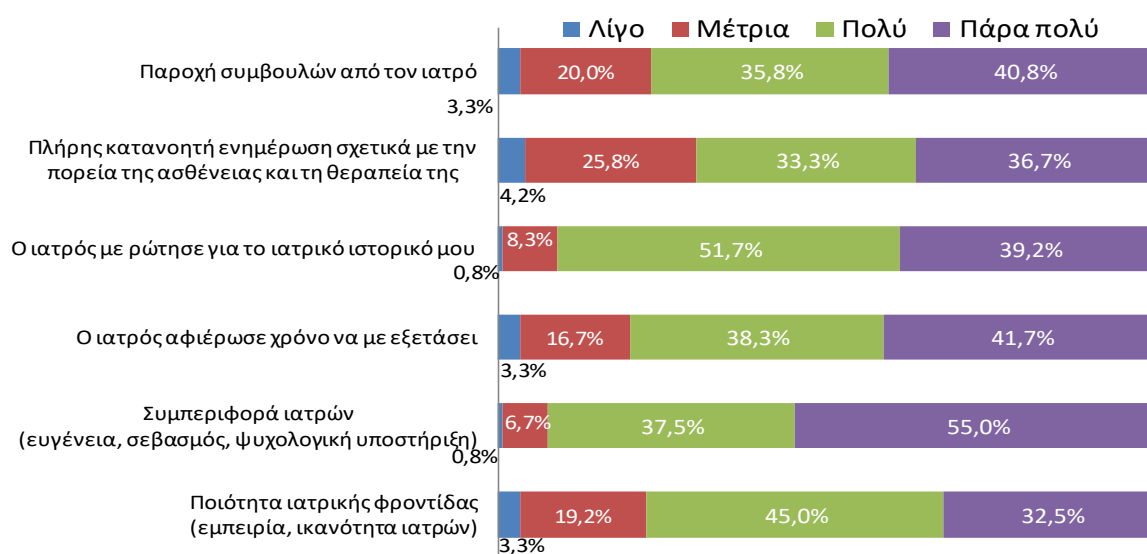
Όσον αφορά την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας αυτή χαρακτηρίστηκε από πολύ καλή έως πάρα πολύ καλή από τους περισσότερους ερωτηθέντες. Συγκεκριμένα:

- ❖ 54 άτομα (45,0%) έκριναν ως πολύ καλή την εμπειρία και την ικανότητα των ιατρών,
- ❖ 66 άτομα (55,0%) έκριναν ως πάρα πολύ καλή τη συμπεριφορά των ιατρών,
- ❖ 50 άτομα (41,7%) έκριναν ως πάρα πολύ επαρκή το χρόνο που τους αφιέρωσε ο ιατρός για να την εξέταση,
- ❖ 62 άτομα (51,7%) έκριναν πολύ επαρκή το χρόνο για τη λήψη ιστορικού,
- ❖ 44 άτομα (36,7%) δήλωσαν πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την ενημέρωση για την θεραπεία και την πορεία της νόσου και το ίδιο επίσης
- ❖ 49 άτομα (40,8%) για την παροχή συμβουλών από τον ιατρό.

**Πίνακας 5.12**  
**Χαρακτηρισμός TOMY με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την ιατρική φροντίδα**

Χαρακτηρισμός των TOMY με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την Ιατρική Φροντίδα	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Σύνολο
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών)	4	23	54	39	120
Συμπεριφορά ιατρών (ευγένεια, σεβασμός, ψυχολογική υποστήριξη)	1	8	45	66	120
Ο ιατρός αφιέρωσε χρόνο να με εξετάσει	4	20	46	50	120
Ο ιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου	1	10	62	47	120
Πλήρης κατανοητή ενημέρωση σχετικά με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία της	5	31	40	44	120
Παροχή συμβουλών από τον ιατρό	4	24	43	49	120

**Χαρακτηρισμός των TOMY με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν στην Ιατρική Φροντίδα**



**Διάγραμμα 5.12**  
**Χαρακτηρισμός TOMY με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν την ιατρική φροντίδα**

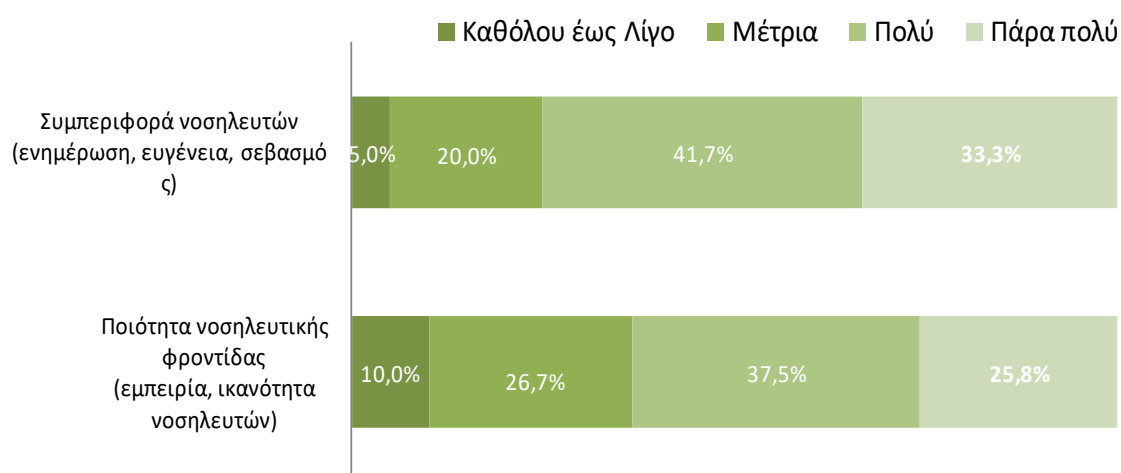
Αναφορικά με τη νοσηλευτική φροντίδα των συγκεκριμένων ΤΟΜΥ οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι έκριναν ως πολύ καλή:

- ❖ την εμπειρία και την ικανότητα των γιατρών, 45 άτομα (37,5%) καθώς
- ❖ και τη συμπεριφορά τους, δηλαδή την ευγένεια, το σεβασμό και την ψυχολογική υποστήριξη που τους παρείχαν, 50 άτομα (41,7%).

**Πίνακας 5.13**  
**Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα**

Χαρακτηρισμός των ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν τη Νοσηλευτική Φροντίδα	Καθόλου έως Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Σύνολο
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών)	12	32	45	31	120
Συμπεριφορά ιατρών (ευγένεια, σεβασμός, ψυχολογική υποστήριξη)	6	24	50	40	120

**Χαρακτηρισμός των ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν στη Νοσηλευτική Φροντίδα**



**Διάγραμμα 5.13**  
**Χαρακτηρισμός ΤΟΜΥ με βάση την ικανοποίηση χαρακτηριστικών που αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα**

Στη συνέχεια ακολουθεί η διαδικασία συσχέτισης συγκεκριμένων μεταβλητών και ειδικότερα η διερεύνηση των απαντήσεων των χρηστών που δήλωσαν ότι επισκέπτονται συχνά τις δομές ΠΦΥ έναντι εκείνων που δήλωσαν ότι δεν είναι συχνοί χρήστες αυτών των υπηρεσιών. Επίσης θα γίνει αξιολόγηση των απαντήσεων με κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους και ερμηνεία των ευρημάτων.

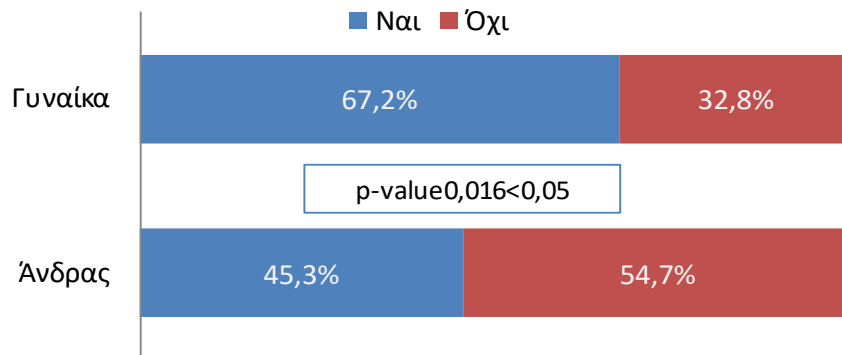
Οι γυναίκες απάντησαν ότι χρησιμοποιούν τακτικά τις ΠΦΥ με συχνότητα 67,2% (45/67) έναντι 45,3% (24/53) των ανδρών. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται ως στατιστικά σημαντικό με  $p\text{-value}=0,016 < 0,05$ .

**Πίνακας 5.14**  
**Συσχέτιση φύλου και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

Φύλο		Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Άνδρας	Πλήθος	24	29	53
	%	45,3%	54,7%	100%
Γυναίκα	Πλήθος	45	22	67
	%	67,2%	32,8%	100%
Σύνολο	Πλήθος	69	51	120
	%	57,5%	42,5%	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,798	1	0,016

### Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες Π.Φ.Υ



**Διάγραμμα 5.14**  
Συσχέτιση φύλου και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ

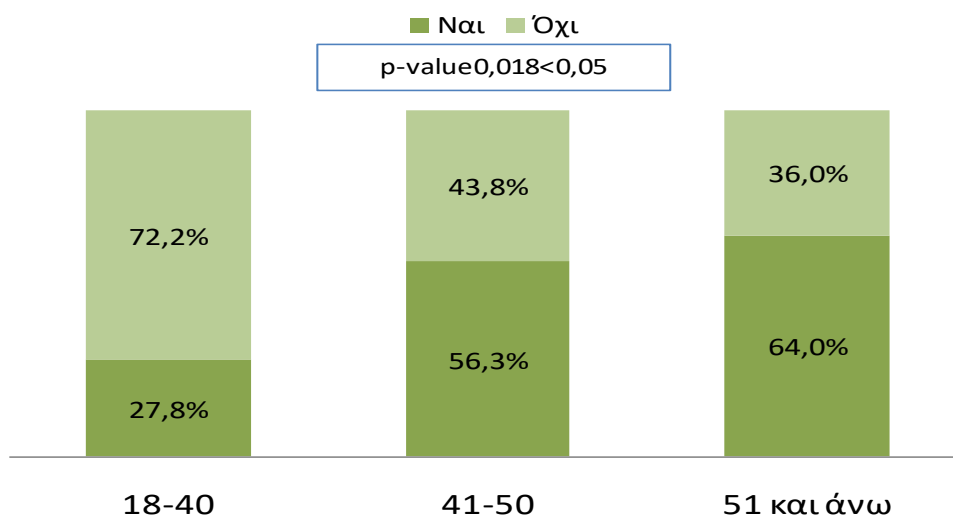
Οι επισκέπτες ηλικίας 51 ετών και άνω είναι, όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι τακτικότεροι χρήστες των ΤΟΜΥ αλλά και αυτοί που κάνουν συστηματική χρήση της ΠΦΥ, καθώς στον πληθυσμό αυτής της ηλικίας ομάδας υπάρχουν πολλά άτομα μεγάλης ηλικίας που είναι πιθανότερο να έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας. Συγκεκριμένα, εντός των ηλικιακών ομάδων 51 και άνω, 41 έως 50 και 18 έως 40 δηλώθηκε χρήση των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ με συχνότητα 64%, 56,3% και 27,8% αντίστοιχα. Η ηλικιακή διαφοροποίηση στην επισκεψιμότητα επιβεβαιώνεται στατιστικά με  $p\text{-value}=0,018 < 0,05$ .

**Πίνακας 5.15**  
Συσχέτιση ηλικίας και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ

Ηλικία		Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
18-40	Πλήθος	5	13	18
	%	27,8%	72,2%	100%
41-50	Πλήθος	9	7	16
	%	56,3%	43,8%	100%
51 και άνω	Πλήθος	55	31	86
	%	64,0%	36,0%	100%
Σύνολο	Πλήθος	69	51	120
	%	57,5%	42,5%	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,983	2	,018

### Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες Π.Φ.Υ



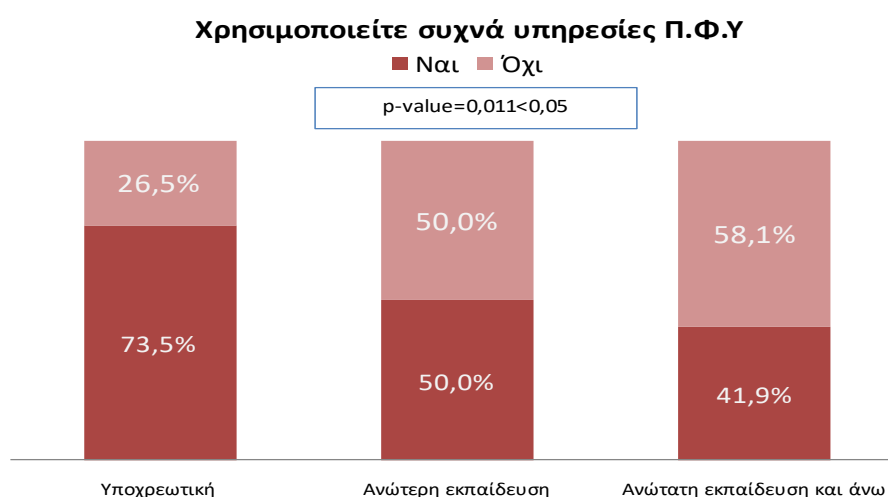
**Διάγραμμα 5.15**  
Συσχέτιση ηλικίας και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ

Η χρήση των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ είναι στενά συνδεδεμένη πέρα από το φύλο και την ηλικία των χρηστών και με το μορφωτικό επίπεδό τους. Συγκεκριμένα συστηματικότερη χρήση κάνουν οι χρήστες υποχρεωτικής εκπαίδευσης με συχνότητα 73,5%. Η χρήση δεν διαφοροποιείται στους ερωτηθέντες ανώτερης εκπαίδευσης και είναι μειωμένη σε εκείνους με ανώτατη εκπαίδευση και άνω (41,9%). Συνεπώς το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της χρήσης των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ με  $p\text{-value}=0,011 < 0,05$ .

**Πίνακας 5.16**  
**Συσχέτιση επιπέδου εκπαίδευσης και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

Επίπεδο εκπαίδευσης		Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Υποχρεωτική	Πλήθος	36	13	49
	%	73,5%	26,5%	100%
Ανώτερη εκπαίδευση	Πλήθος	20	20	40
	%	50,0%	50,0%	100%
Ανώτατη εκπαίδευση και άνω	Πλήθος	13	18	31
	%	41,9%	58,1%	100%
Σύνολο	Πλήθος	69	51	120
	%	57,5%	42,5%	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,107	2	,011



**Διάγραμμα 5.16**  
**Συσχέτιση επιπέδου εκπαίδευσης και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

Από το σύνολο των 84 επισκεπτών των ΤΟΜΥ, που είχαν προγραμματισμένη επίσκεψη για ιατρικό έλεγχο, οι 54, δηλαδή 64,3%, ήταν συχνοί χρήστες των υπηρεσιών στις δομές



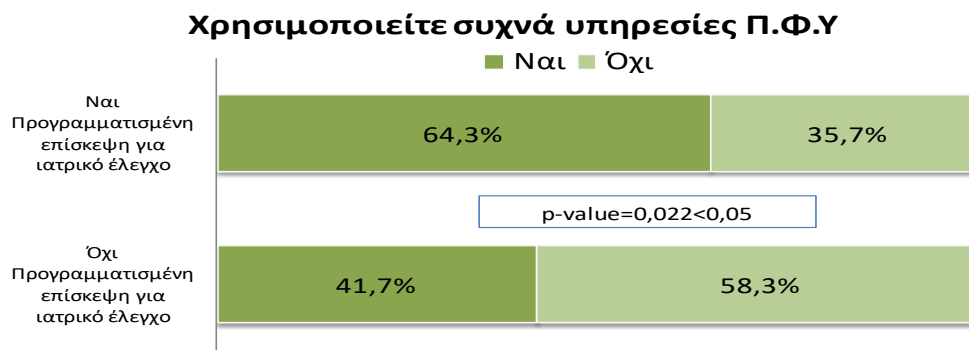
ΠΦΥ. Ο συγκεκριμένος λόγος διερευνήθηκε ως ο πιο αναμενόμενος λόγος επίσκεψης από όλους τους υπόλοιπους στο ερωτηματολόγιο, αλλά και αυτός που στατιστικά υποδηλώνει την επισκεψιμότητα και χρήση των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ, ( $p\text{-value}=0,022<0,05$ ). Συνεπώς η προγραμματισμένη επίσκεψη για ιατρικό έλεγχο αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης τακτικών από μη τακτικών επισκεπτών.

**Πίνακας 5.17**

**Συσχέτιση προγραμματισμένης επίσκεψης για ιατρικό έλεγχο και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

Προγραμματισμένη επίσκεψη για ιατρικό έλεγχο		Χρησιμοποιείται συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Όχι	Πλήθος	15	21	36
	%	41,7%	58,3%	100%
Ναι	Πλήθος	54	30	84
	%	64,3%	35,7%	100%
Σύνολο	Πλήθος	69	51	120
	%	57,5%	42,5%	100%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,276	1	,022



**Διάγραμμα 5.17**

**Συσχέτιση προγραμματισμένης επίσκεψης για ιατρικό έλεγχο και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

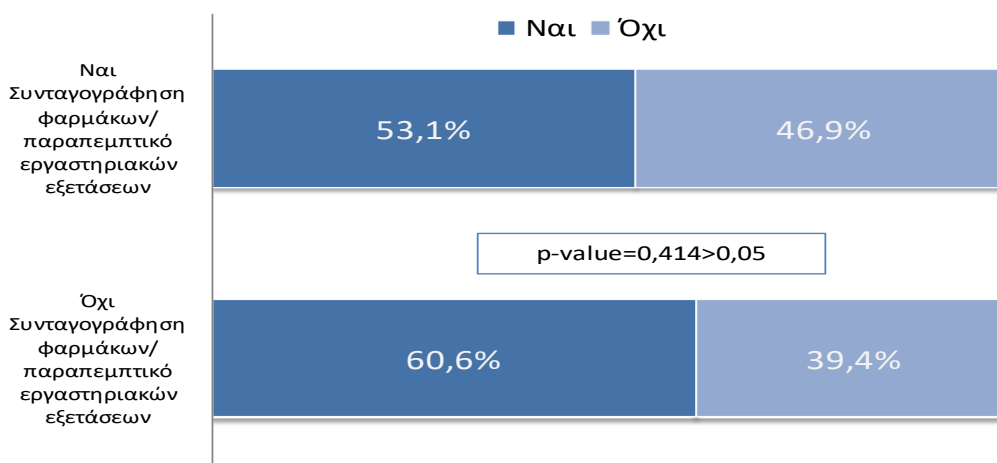
Η συνταγογράφηση φαρμάκων όπως και ο εμβολιασμός δεν αποτελούν από μόνα τους προσδιοριστικούς παράγοντες της χρήσης των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ. Τα ευρήματα αποτυπώνονται παρακάτω σε πίνακες και διαγράμματα καθώς και οι στατιστικοί έλεγχοι που επιβεβαιώνουν τη ανυπαρξία συσχέτισης ( $p\text{-value}=0,414>0,05$  και  $p\text{-value}=0,434>0,05$ , αντίστοιχα).

**Πίνακας 5.18**  
**Συσχέτιση συνταγογράφησης φαρμάκων/ παραπεμπτικού εξετάσεων και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

Συνταγογράφηση φαρμάκων/ παραπεμπτικό εργαστηριακών εξετάσεων		Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Όχι	Πλήθος	43	28	71
	%	60,6%	39,4%	100%
Ναι	Πλήθος	26	23	49
	%	53,1%	46,9%	100%
Σύνολο	Πλήθος	69	51	120
	%	57,5%	42,5%	100%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,668	1	,414

### Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες Π.Φ.Υ



**Διάγραμμα 5.18**

**Συσχέτιση συνταγογράφησης φαρμάκων/ παραπεμπτικού εξετάσεων και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

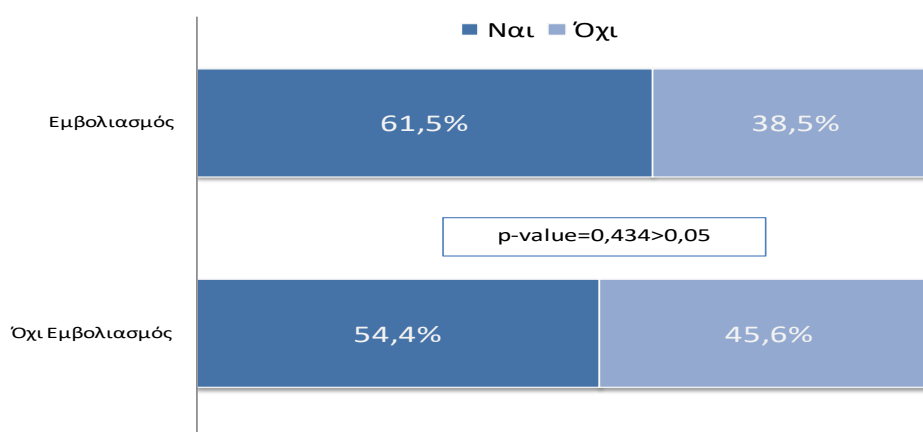
**Πίνακας 5.19**

**Συσχέτιση εμβολιασμού και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

Εμβολιασμός		Χρησιμοποιείτε συ- χνά υπηρεσίες ΠΦΥ		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Όχι	Πλή- θος	37	31	68
	%	54,4%	45,6%	100%
Ναι	Πλή- θος	32	20	52
	%	61,5%	38,5%	100%
Σύνολο	Πλή- θος	69	51	120
	%	57,5%	42,5%	100%

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,612	1	,434

### Χρησιμοποιείτε συχνά υπηρεσίες Π.Φ.Υ



**Διάγραμμα 5.19**  
Συσχέτιση εμβολιασμού και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υποδοχή και το περιβάλλον στις ΤΟΜΥ αξιολογήθηκαν από τους ερωτηθέντες από μέτρια έως πολύ ικανοποιητικά σύμφωνα με έξι βασικά κριτήρια. Αυτά ήταν:

- ❖ η τηλεφωνική εξυπηρέτηση,
- ❖ η παροχή πληροφοριών,
- ❖ η συμπεριφορά του προσωπικού,
- ❖ η καθαριότητα - λειτουργικότητα χώρων υποδοχής,
- ❖ οι διαθέσιμοι χώροι αναμονής και
- ❖ η προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία.

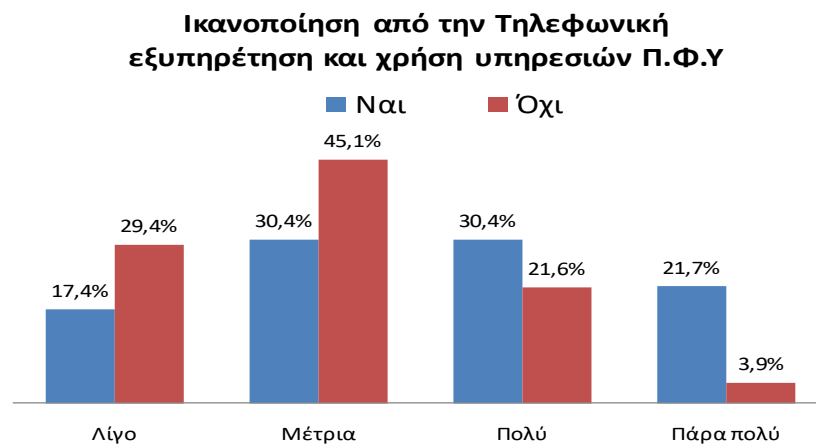
Θεωρήθηκε σκόπιμο να γίνει περαιτέρω διερεύνηση των απαντήσεων αυτών σε συνδυασμό με την δήλωση των χρηστών περί συχνής ή όχι χρήσης των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ.

Έτσι διαπιστώθηκε, και παρουσιάζεται διαγραμματικά παρακάτω, ότι οι ερωτηθέντες με συχνή χρήση των υπηρεσιών

- ✓ δεν διαφοροποιήθηκαν ιδιαίτερα ως προς την αξιολόγηση της τηλεφωνικής εξυπηρέτησης,
- ✓ έδειξαν ικανοποίηση ως προς την παροχή πληροφοριών (43,5%),
- ✓ επίσης και για τη συμπεριφορά του προσωπικού (40,6%),
- ✓ ήταν αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι από την καθαριότητα και λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής (68,2%),
- ✓ αλλά αξιολόγησαν ως μέτρια ικανοποιητικούς τους χώρους αναμονής (46,4%) καθώς και την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία (47,8%).

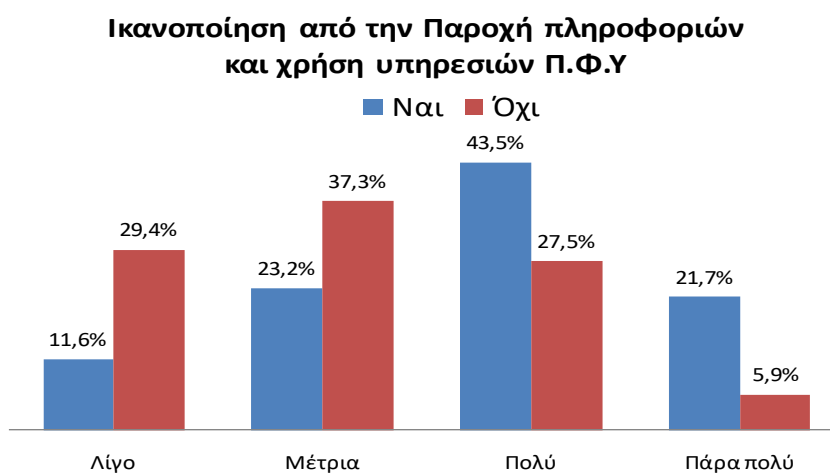
Εκείνοι που κατά δήλωσή τους δεν ήταν συχνοί χρήστες των υπηρεσιών

- ✓ θεώρησαν μέτρια την τηλεφωνική εξυπηρέτηση (45,1%),
- ✓ δεν διαφοροποιήθηκαν ιδιαίτερα ως προς την παροχή πληροφοριών,
- ✓ βρήκαν αρκετά καλή τη συμπεριφορά του προσωπικού (43,1%),
- ✓ μέτρια την καθαριότητα και λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής (41,2%),
- ✓ λίγο ικανοποιητικούς τους χώρους αναμονής (49,0%),
- ✓ αλλά μέτρια την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία (47,1%).



**Διάγραμμα 5.20**

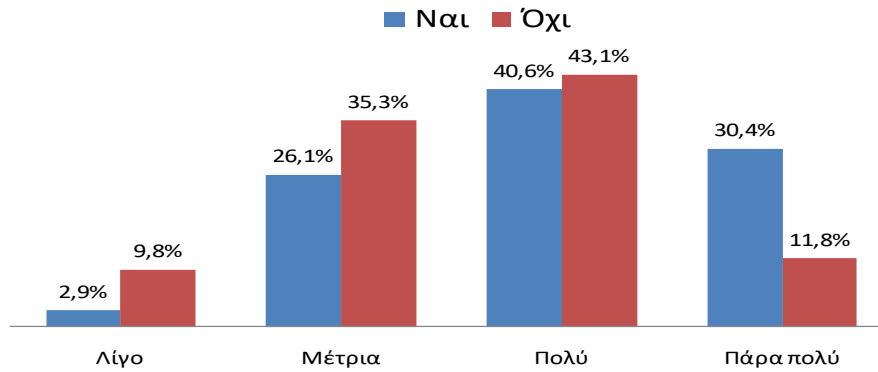
**Συσχέτιση ικανοποίησης από την τηλεφωνική εξυπηρέτηση και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**



**Διάγραμμα 5.21**

**Συσχέτιση ικανοποίησης από την παροχή πληροφοριών και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

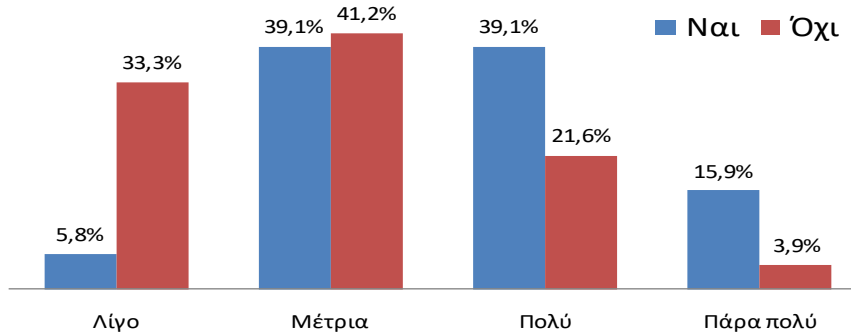
**Ικανοποίηση από τη Συμπεριφορά προσωπικού και χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ**



**Διάγραμμα 5.22**

**Συσχέτιση ικανοποίησης από τη συμπεριφορά προσωπικού και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

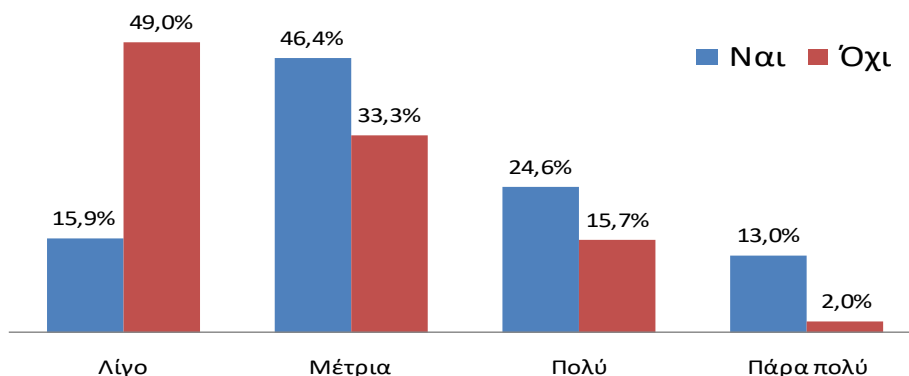
**Ικανοποίηση από την Καθαριότητα - λειτουργικότητα χώρων υποδοχής και χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ**



**Διάγραμμα 5.23**

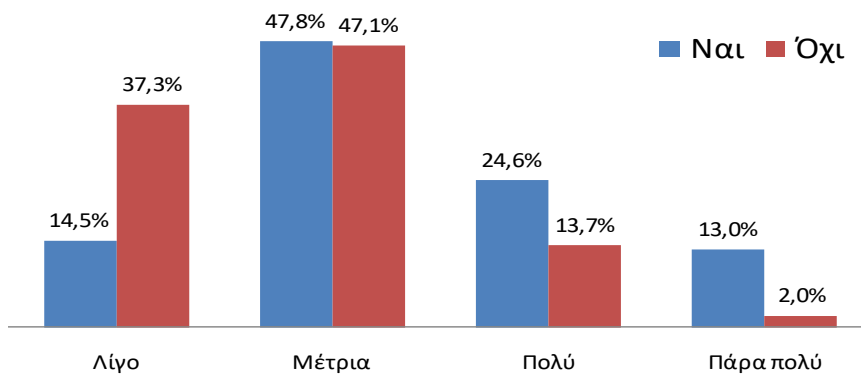
**Συσχέτιση ικανοποίησης από την καθαριότητα-λειτουργικότητα χώρων υποδοχής και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

**Ικανοποίηση από τους Διαθέσιμους χώρους αναμονής και χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ**



**Διάγραμμα 5.24**  
Συσχέτιση ικανοποίησης από τους διαθέσιμους χώρους αναμονής και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ

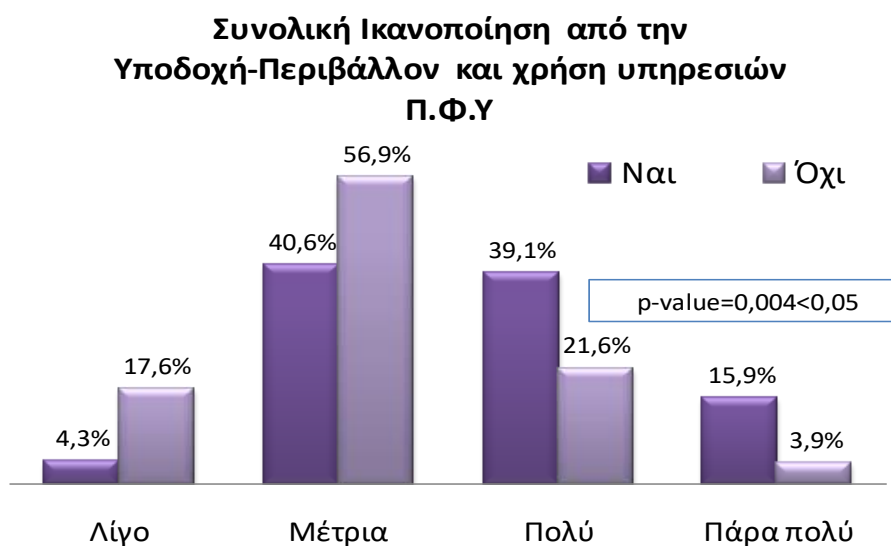
**Ικανοποίηση από την Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία και χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ**



**Διάγραμμα 5.25**  
Συσχέτιση ικανοποίησης από την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ

Προκειμένου να συνοψιστούν τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με την υποδοχή και το περιβάλλον στις ΤΟΜΥ, δημιουργήθηκε για κάθε ερωτώμενο ένα συνολικό σκορ μετά από άθροιση των επιμέρους σκορ των έξι παραπάνω κριτηρίων και εύρεση του μέσου όρου. Αυτό το μέσο σκορ διερευνήθηκε εάν διαφοροποιείται μεταξύ τακτικών χρηστών και μη τακτικών χρηστών των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ και διαπιστώθηκε ότι υπάρχει

στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ( $p\text{-value}=0,004<0,05$ ), καθώς οι λιγότερο τακτικοί επισκέπτες έκριναν ως μέτρια ικανοποιητικά την υποδοχή και το περιβάλλον, ενώ οι τακτικοί επισκέπτες αξιολόγησαν περισσότερο θετικά τους χώρους. Συγκεκριμένα, για το χαρακτηρισμό «μέτρια» υπολογίστηκε αντίστοιχα 56,9% έναντι 40,6%, ενώ για το χαρακτηρισμό «πολύ» 21,6% έναντι 39,1%. Επίσης οι λιγότερο τακτικοί χρήστες που δήλωσαν ελάχιστα ικανοποιημένοι ήταν σε ποσοστό 17,6% έναντι 4,3% των τακτικών χρηστών, ενώ δήλωσαν πάρα πολύ ικανοποιημένοι οι τακτικοί χρήστες με ποσοστό 15,9% έναντι 3,9% των μη τακτικών χρηστών. Στο παρακάτω διάγραμμα παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται η κλίμακα της ικανοποίησης το ποσοστό των συχνών χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ αυξάνεται ενώ των περιστασιακών μειώνεται.



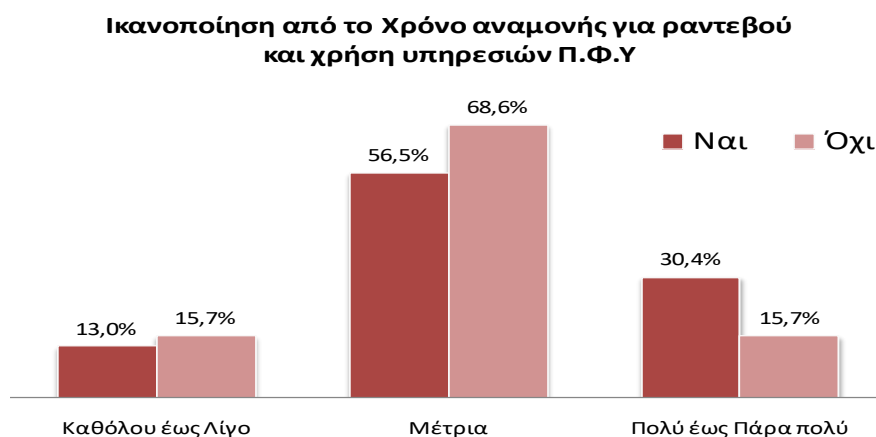
**Διάγραμμα 5.26**  
**Συσχέτιση συνολικής ικανοποίησης από υποδοχή-περιβάλλον και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

Έχει ήδη αναφερθεί ότι οι υπηρεσίες στις ΤΟΜΥ δεν έλαβαν ενθαρρυντική αξιολόγηση ως προς την ταχύτητα εξυπηρέτησης. Υπενθυμίζεται ότι οι ερωτηθέντες δήλωσαν «μέτρια» ικανοποιημένοι από:

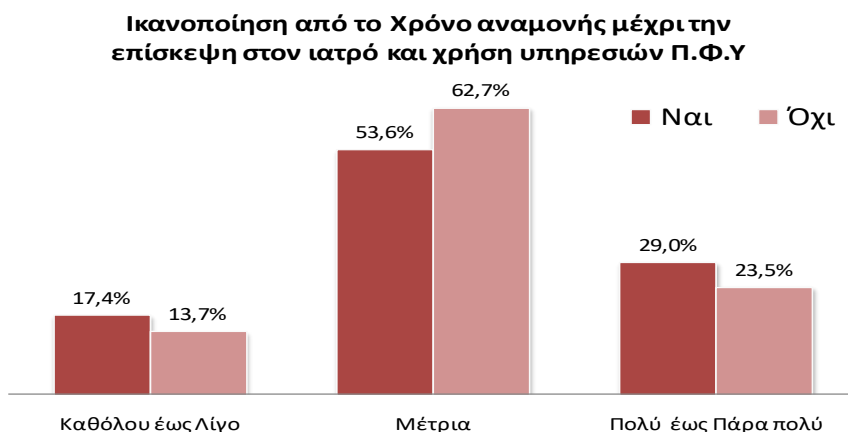
- ❖ το χρόνο αναμονής για ένα ραντεβού,
- ❖ το χρόνο αναμονής για την επίσκεψη στο γιατρό,
- ❖ το χρόνο αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων και
- ❖ το χρόνο αναμονής για την παραλαβή απαντήσεων.



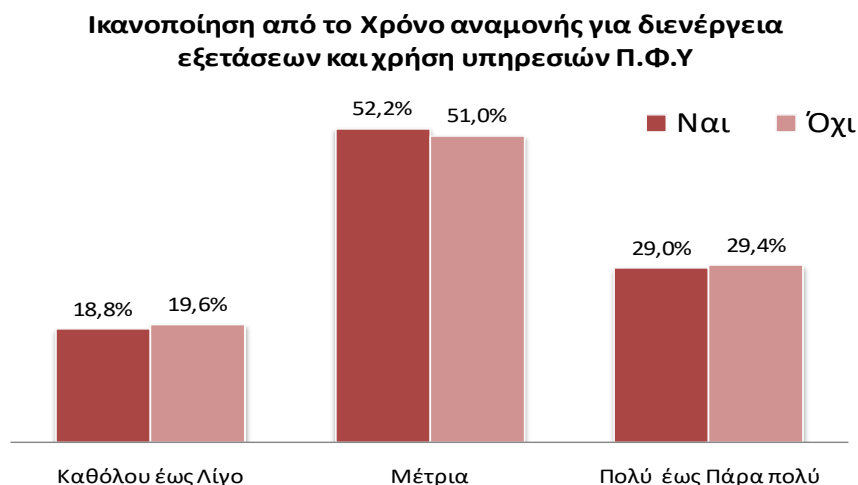
Ακολουθεί η αξιολόγηση της ταχύτητας εξυπηρέτησης ως προς τις δύο ομάδες χρηστών που απασχολούν την έρευνα, τους τακτικούς και μη τακτικούς χρήστες των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ. Συμπερασματικά, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την αξιολόγηση της ταχύτητας εξυπηρέτησης σε κανένα από τα τέσσερα κριτήρια αξιολόγησης. Η μέτρια ικανοποίηση κυριαρχεί και στις δύο ομάδες χρηστών και μάλιστα χαρακτηρίζει έντονα το χρόνο αναμονής για ραντεβού (56,5% και 68,6%). Η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια και για τις δύο κατηγορίες χρηστών παρουσιάζεται στο χρόνο αναμονής για διενέργεια εξετάσεων (18,8% και 19,6%).



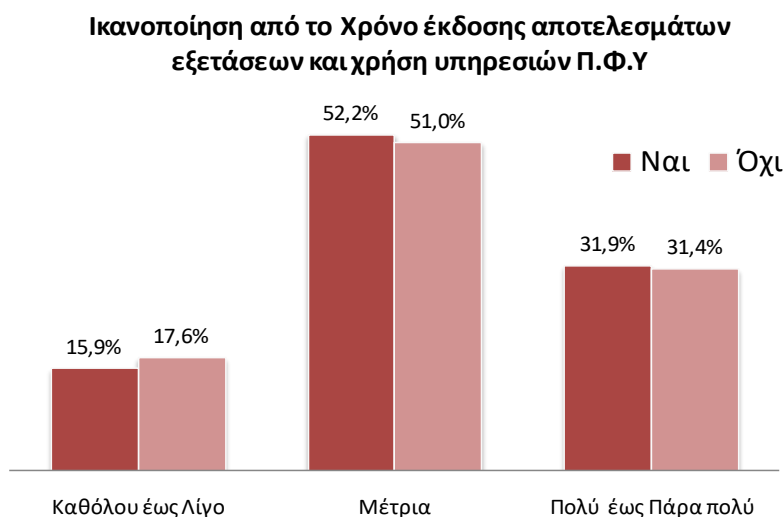
**Διάγραμμα 5.27**  
Συσχέτιση ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής για ραντεβού και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ



**Διάγραμμα 5.28**  
Συσχέτιση ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον ιατρό και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ



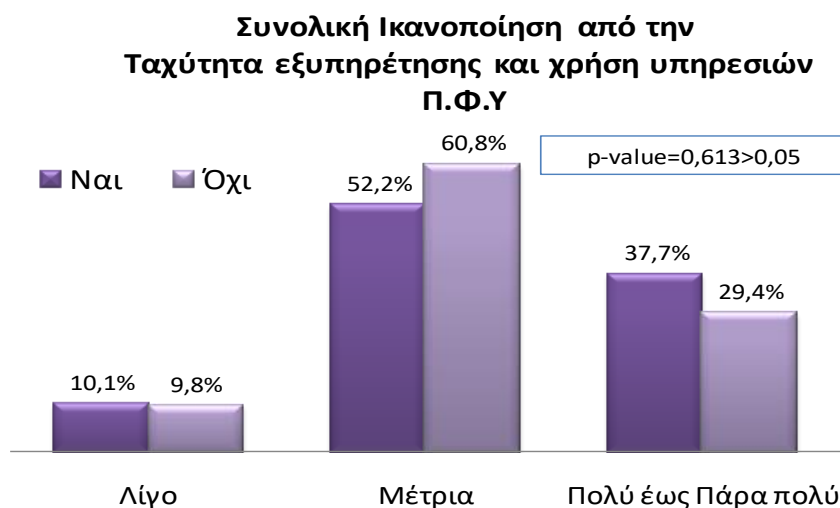
**Διάγραμμα 5.29**  
**Συσχέτιση ικανοποίησης από το χρόνο αναμονής για διενέργεια εξετάσεων και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**



**Διάγραμμα 5.30**  
**Συσχέτιση ικανοποίησης από το χρόνο έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

Παρακάτω παρουσιάζεται διαγραμματικά η εκτίμηση της ταχύτητας εξυπηρέτησης μέσω της μέσης τιμής που προέκυψε και από τα τέσσερα κριτήρια αξιολόγησης σε συνδυασμό με την δήλωση των χρηστών περί συχνής ή όχι χρήσης των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ. Επιβεβαιώνεται ότι η ικανοποίηση δεν διαφοροποιείται στατιστικά μεταξύ αυτών που κάνουν συχνή χρήση και αυτών με περιστασιακή χρήση των υπηρεσιών των

δομών ΠΦΥ ( $p\text{-value}=0,613>0,05$ ). Παρόλα αυτά, παρατηρείται ότι η μεγαλύτερη δυσανεμία εκφράζεται από τους λιγότερο τακτικούς χρήστες σε ποσοστό 70,6% έναντι 62,3% στους τακτικούς χρήστες. Επίσης περισσότερο ευχαριστημένοι είναι οι τακτικοί χρήστες με ποσοστό 37,7% έναντι 29,4% των όχι πολύ τακτικών χρηστών.



**Διάγραμμα 5.31**  
Συσχέτιση συνολικής ικανοποίησης από την ταχύτητα εξυπηρέτησης και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ

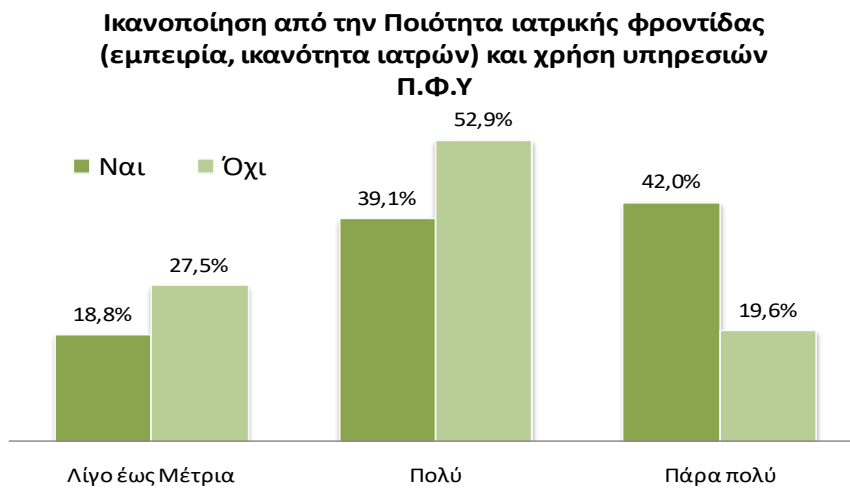
Η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας στις ΤΟΜΥ αξιολογήθηκε από τους ερωτηθέντες με βάση έξι κριτήρια και σε γενικές γραμμές χαρακτηρίστηκε πολύ θετικά. Υπενθυμίζονται τα κριτήρια:

- ❖ Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών),
- ❖ Συμπεριφορά ιατρών (ευγένεια, σεβασμός, ψυχολογική υποστήριξη),
- ❖ Χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός,
- ❖ Ιατρικό ιστορικό από τον ιατρό,
- ❖ Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση σχετικά με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία της και
- ❖ Παροχή συμβουλών από τον ιατρό.

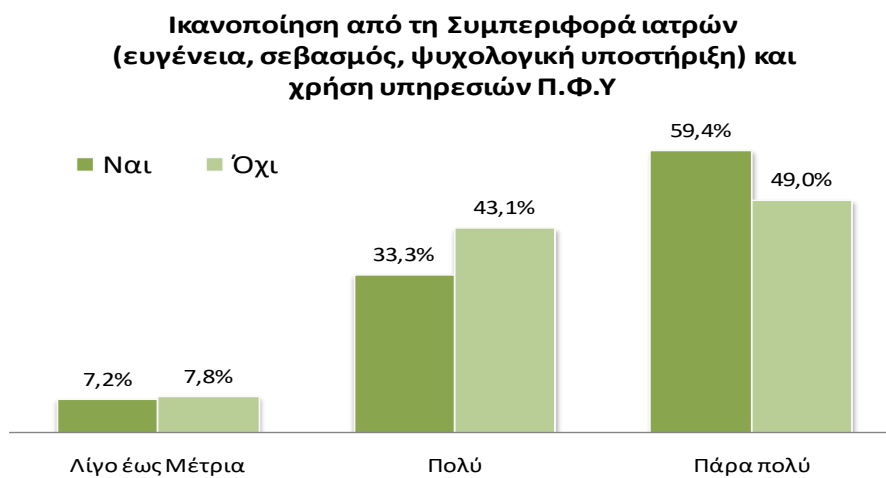
Ακολουθεί περαιτέρω διερεύνηση της αξιολόγησης της ικανοποίησης της ιατρικής φροντίδας σε συνδυασμό με τη συχνή ή όχι χρήση των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ. Έτσι διαπιστώθηκε, και παρουσιάζεται διαγραμματικά παρακάτω, ότι οι ερωτηθέντες με συχνή χρήση των υπηρεσιών δήλωσαν πολύ μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους μη συχνούς χρήστες στα εξής κριτήρια:

- ❖ Στην ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, 42% έναντι 19,6%,
- ❖ Στο ιατρικό ιστορικό από τον ιατρό, 50,7% έναντι 23,5%,
- ❖ Στην πλήρη και κατανοητή ενημέρωση σχετικά με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία, 47,8% έναντι 21,6%,
- ❖ Στην παροχή συμβουλών από τον ιατρό, 50,7% έναντι 23,5%.

Η συμπεριφορά των ιατρών, δηλαδή χαρακτηριστικά όπως η ευγένεια και ο σεβασμός αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη, καθώς και ο χρόνος που αφιέρωσε ο ιατρός δεν παρουσιάζουν σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ τακτικών και μη τακτικών χρηστών.

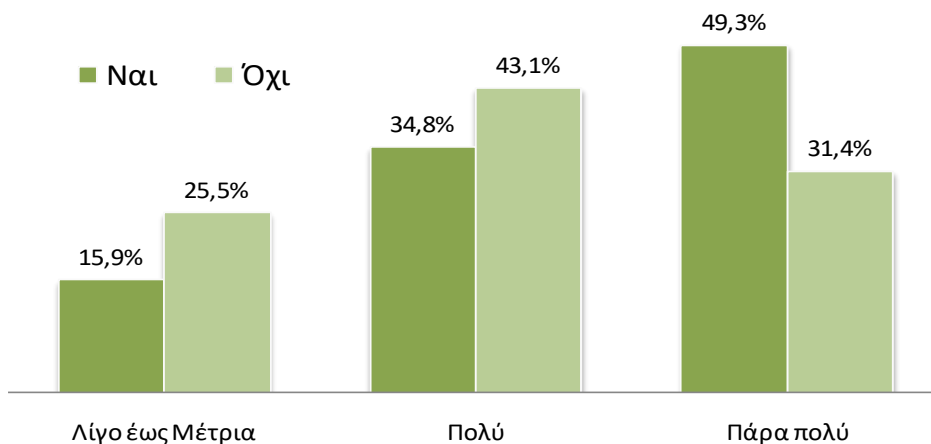


**Διάγραμμα 5.32**  
Συσχέτιση συνολικής ικανοποίησης από την ποιότητα ιατρικής φροντίδας και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ



**Διάγραμμα 5.33**  
Συσχέτιση ικανοποίησης από τη συμπεριφορά ιατρών και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ

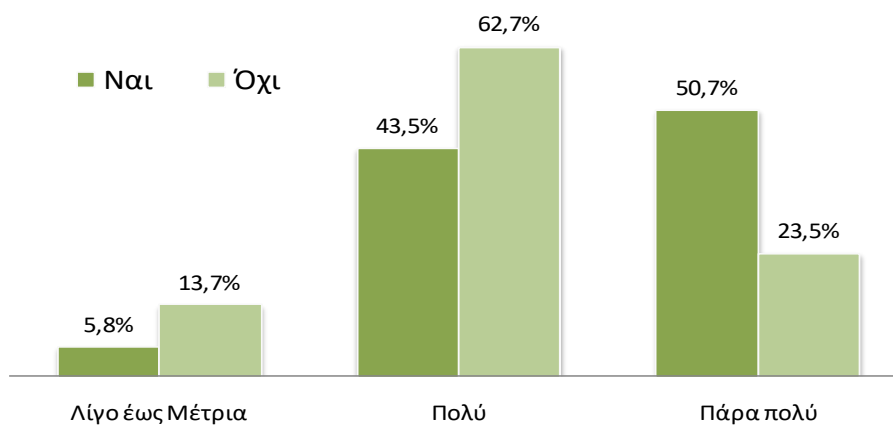
**Ικανοποίηση από το Χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός  
για εξέταση και χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ**



**Διάγραμμα 5.34**

**Συσχέτιση ικανοποίησης από το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για εξέταση και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

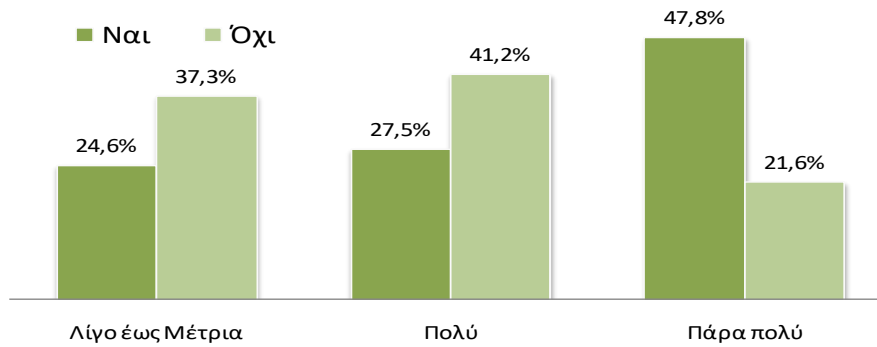
**Ικανοποίηση από τις Ερωτήσεις του ιατρού για το  
ιατρικό ιστορικό και χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ**



**Διάγραμμα 5.35**

**Συσχέτιση ικανοποίησης από τις ερωτήσεις του ιατρού για το ιατρικό ιστορικό και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

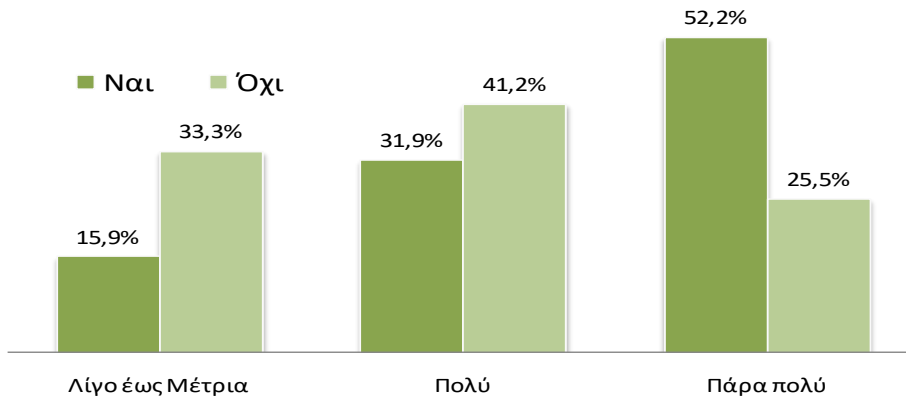
**Ικανοποίηση από την Ενημέρωση σχετικά με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία και χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ**



**Διάγραμμα 5.36**

**Συσχέτιση ικανοποίησης από την ενημέρωση σχετικά με την πορεία της ασθένειας και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

**Ικανοποίηση από Παροχή συμβουλών από τον ιατρό και χρήση υπηρεσιών Π.Φ.Υ**

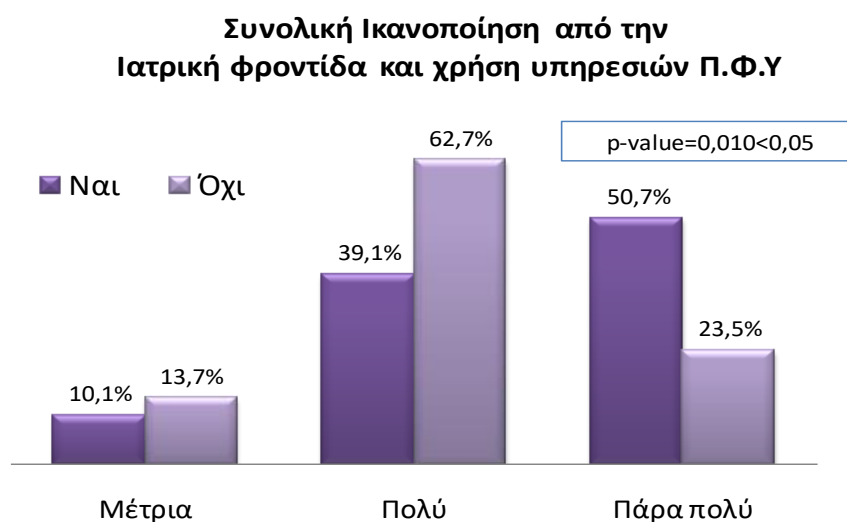


**Διάγραμμα 5.37**

**Συσχέτιση ικανοποίησης από την παροχή συμβουλών από τον ιατρό και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

Συνοψίζοντας τα ευρήματα της ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα στις ΤΟΜΥ, υπολογίστηκε η μέση ικανοποίηση από τα έξι σχετικά κριτήρια αξιολόγησης. Αυτό το μέσο σκορ διερευνήθηκε εάν διαφοροποιείται μεταξύ τακτικών και μη τακτικών χρηστών των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ και διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση, καθώς οι τακτικοί επισκέπτες δήλωσαν πολύ περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι των λιγότερο τακτικών επισκεπτών, στην ψηλότερη βαθμίδα α-

ξιολόγησης ( $p\text{-value}=0,010<0,05$ ). Συγκεκριμένα, για το χαρακτηρισμό «πάρα πολύ» ήταν αντίστοιχα 50,7% έναντι 23,5%. Αλλά και εκείνοι που δεν ήταν συχνοί χρήστες δήλωσαν την ικανοποίησή τους, σε μικρότερη βέβαια κλίμακα, καθώς οι περισσότεροι επέλεξαν τον χαρακτηρισμό «πολύ» σε ποσοστό 62,7%. Συνολικά οι συμμετέχοντες στην έρευνα, τακτικοί χρήστες και μη, εκτίμησαν θετικά την ιατρική φροντίδα, καθώς δήλωσαν πλήρως ικανοποιημένοι σε ποσοστό 89,8% και 86,2% αντίστοιχα. Το παρακάτω διάγραμμα απεικονίζει ότι οι συχνοί χρήστες έχουν διπλάσια πιθανότητα να δηλώσουν πλήρως ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα σε σχέση με τους περιστασιακούς.



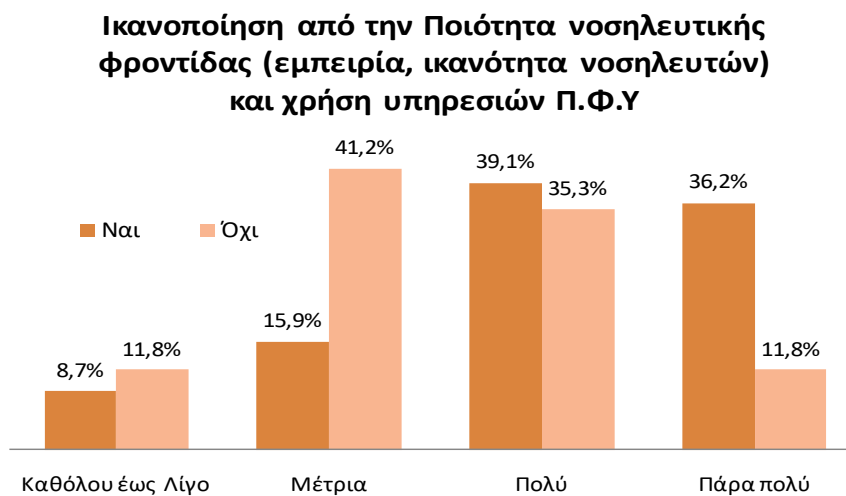
**Διάγραμμα 5.38**  
**Συσχέτιση συνολικής ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στις ΤΟΜΥ αξιολογήθηκε από τους ερωτηθέντες με βάση

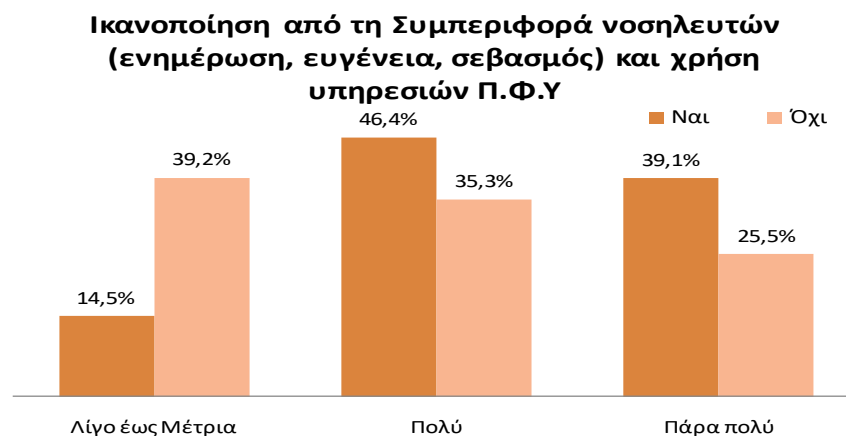
- ✓ την εμπειρία και την ικανότητα των νοσηλευτών και
- ✓ την συμπεριφορά νοσηλευτών, όπως ευγένεια και σεβασμός προς τους επισκέπτες αλλά και την ενημέρωση που τους παρείχαν.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στην αρχική επεξεργασία τα ευρήματα ήταν αρκετά ικανοποιητικά και για τα δύο κριτήρια, με την μεγαλύτερη ικανοποίηση να προέρχεται από τη συμπεριφορά των ιατρών. Ακολούθως γίνεται αναφορά στα σημαντικότερα ευρήματα της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως αυτή εκτιμήθηκε από τους τακτικούς χρήστες των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ και από τους περιστασιακούς χρήστες.

- ✓ Οι περιστασιακοί χρήστες αξιολόγησαν την εμπειρία και την ικανότητα των νοσηλευτών ως μέτρια με ποσοστό 41,2% έναντι 15,9% των τακτικών χρηστών.
- ✓ Οι τακτικοί χρήστες δήλωσαν απόλυτα ικανοποιημένοι από την εμπειρία και την ικανότητα των νοσηλευτών σε ποσοστό 36,2% έναντι 11,8% στους τακτικούς χρήστες.
- ✓ Οι περιστασιακοί χρήστες αξιολόγησαν τη συμπεριφορά νοσηλευτών ως μέτρια με ποσοστό 39,2% έναντι 14,5% των τακτικών χρηστών.



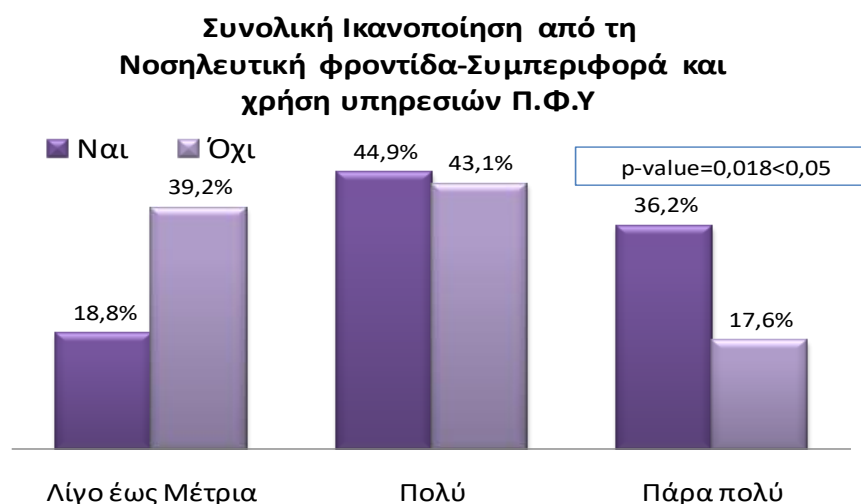
**Διάγραμμα 5.39**  
Συσχέτιση ικανοποίησης από την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ



**Διάγραμμα 5.40**  
Συσχέτιση ικανοποίησης από τη συμπεριφορά νοσηλευτών και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ



Προκειμένου να συνοψιστούν τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με την εμπειρία, την ικανότητα και τη συμπεριφορά των νοσηλευτών στις ΤΟΜΥ, εκτιμήθηκε ένα συνολικό μέσο σκορ για κάθε αξιολόγηση. Αυτό το τελικό σκορ διερευνήθηκε εάν διαφοροποιείται μεταξύ τακτικών χρηστών και μη τακτικών χρηστών των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ και διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p\text{-value}=0,018<0,05$ ). Συγκεκριμένα, οι λιγότερο τακτικοί επισκέπτες έμειναν στοιχειωδώς ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική φροντίδα και τη συμπεριφορά των νοσηλευτών σε ποσοστό 39,2% έναντι 18,8% των τακτικών χρηστών. Επίσης οι τακτικοί επισκέπτες ήταν απόλυτα ικανοποιημένοι σε ποσοστό 44,9% έναντι 17,6% των περιστασιακών. Καταλήγοντας μπορούμε να πούμε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα και συχνοί χρήστες των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ έχουν διπλάσια πιθανότητα να δηλώσουν πλήρως ευχαριστημένοι από τη νοσηλευτική φροντίδα και τη συμπεριφορά των νοσηλευτών, ενώ οι λιγότερο συχνοί χρήστες έχουν διπλάσια πιθανότητα να δηλώσουν δυσαρεστημένοι.



**Διάγραμμα 5.41**  
**Συσχέτιση συνολικής ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και χρήσης υπηρεσιών ΠΦΥ**

#### 5.4 Ανακεφαλαίωση

Στο παρόν κεφάλαιο έγινε ανάλυση των δεδομένων ενός ερωτηματολογίου σε 120 υποκείμενα-χρήστες των υπηρεσιών υγείας δύο ΤΟΜΥ. Μετά από τους απαραίτητους σχετικούς στατιστικούς ελέγχους, δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των υποκειμένων (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης κλπ.) και η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας

στις δύο ΤΟΜΥ. Στην συνέχεια γίνονται συσχετίσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών με την συχνότητα χρήσης και την ικανοποίηση των χρηστών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το αντικείμενο της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας ήταν η ανάπτυξη σε βάθος του όρου ΠΦΥ, καθώς και του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και της θέσης που κατέχει σε αυτή. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης στο πρώτο μέρος της εργασίας αναπτύχθηκαν όροι και έννοιες όπως η Υγεία και το Σύστημα Υγείας, η ΠΦΥ, η Γενική Ιατρική, ο Οικογενειακός Ιατρός και η Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας. Δόθηκαν επίσης πληροφορίες σχετικά με τα Συστήματα Υγείας διαφόρων χωρών της Ευρώπης, αλλά και σχετικά με το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και την εξέλιξη της ΠΦΥ μέχρι σήμερα, καθώς και για τη θέση που κατέχει ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού στην ΠΦΥ τόσο στα συστήματα υγείας άλλων χωρών, όσο και στην Ελλάδα που ακόμα βρίσκεται σε πρώιμα στάδια εφαρμογής σήμερα.

Πιο συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας διατυπώθηκε η παραδοχή ότι η υγεία αποτελεί το σημαντικότερο αγαθό για την ανθρώπινη ύπαρξη, αλλά και τη βασικότερη αρχή του συστήματος υγείας κάθε κράτους που θεωρείται κοινωνικό κράτος δικαίου και κράτος πρόνοιας. Παρουσιάστηκαν επίσης τα βασικότερα μοντέλα συστημάτων υγείας (μοντέλο Beveridge-Ηνωμένο Βασίλειο, μοντέλο Bismarck-Γερμανία, φιλελεύθερο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης-ΗΠΑ) με αναφορά σε παραδείγματα άλλων χωρών που έχουν υιοθετήσει παρόμοια φιλοσοφία με αυτά, ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες και πολιτικές της κάθε χώρας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο που αποτελεί το ένα από τα δύο κεφάλαια του πυρήνα της εργασίας εξετάστηκε η έννοια της ΠΦΥ και η σημασία της για τα συστήματα υγείας, ακολούθησε μία ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη της μέχρι σήμερα και παρουσιάστηκε το θεσμικό πλαίσιο παροχής ΠΦΥ στην Ελλάδα, καθώς και τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει το μη ολοκληρωμένο ακόμα σύστημα παροχής ΠΦΥ στη χώρα μας. Από τα παραπάνω προέκυψε ότι η ΠΦΥ αποτελεί τον βασικό κορμό κάθε συστήματος υγείας καλύπτοντας ένα μεγάλο εύρος παροχής υπηρεσιών από την πρόληψη έως την αποκατάσταση. Στη χώρα μας ωστόσο φάνηκε ότι αποτελεί μέχρι και σήμερα παρά τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες ανά τα χρόνια τον μεγαλύτερο ασθενή του ΕΣΥ.

Στο τρίτο κεφάλαιο, που αποτελεί εξίσου το βασικό αντικείμενο της εργασίας αναφερθήκαμε στη σημασία του κλάδου της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής και στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού αλλά και πώς αυτός μελετάται μέσω της Ευρωπαϊκής εμπειρίας. Ο θεσμός εξετάστηκε σε διάφορες χώρες που εφαρμόζεται ήδη όπως τη Μεγάλη Βρετανία, τη Γερμανία, τη Σουηδία, την Ολλανδία και τη Δανία και παρουσιάστηκε ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού στην Ελληνική πραγματικότητα. Όπως προέκυψε σαν συμπέρασμα ο γενικός-οικογενειακός ιατρός αποτελεί τον στυλοβάτη της ΠΦΥ και στις περισσότερες χώρες αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, έχοντας το ρόλο του gatekeeper. Η Γενική - Οικογενειακή ιατρική καθιερώθηκε ως νέος κλάδος στην επιστημονική κοινότητα ενώ σημαντική ήταν η συμβολή της UEMO και της WONCA στην εξέλιξή της σε παγκόσμιο επίπεδο. Στην Ελλάδα ωστόσο ο θεσμός αυτός δεν φαίνεται μέχρι σήμερα να κατέχει τη θέση που έχει σε άλλες χώρες που εφαρμόζεται αποτελεσματικά και διαπιστώνεται ότι υπάρχουν πολλά προβλήματα που εμποδίζουν την ένταξη και την εφαρμογή του στο πλαίσιο του συστήματος υγείας.

Τέλος, στο κεφάλαιο τέσσερα αναλύθηκαν οι έννοιες της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση αποτελεί μία σημαντική διαδικασία για κάθε επιχείρηση όπως και στην υγεία και λειτουργεί επανατροφοδοτικά εντοπίζοντας τυχόν ελλείψεις ή λάθη με στόχο τη βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κύριος παράγοντας της αξιολόγησης στο χώρο της υγείας είναι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα ωστόσο δεν έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα ιδιαίτερες προσπάθειες προκειμένου να αξιολογούνται καλύτερα οι υπηρεσίες υγείας κάτι που θα έπρεπε να γίνεται συνεχώς με σκοπό να βελτιώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών.

Η εκπόνηση του εμπειρικού μέρους της παρούσας διπλωματικής εργασίας που αποτελεί το δεύτερο μέρος στόχο είχε να καταγράψει και να αξιολογήσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις δομές της ΠΦΥ και συγκεκριμένα στις TOMY, μέσω μιας πρωτογενούς αξιολόγησης των πολιτών οι οποίοι επισκέφθηκαν τις συγκεκριμένες TOMY και έκαναν χρήση των υπηρεσιών τους. Η διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας ξεκίνησε τον Αύγουστο του 2020 στις TOMY 2<sup>ης</sup> Δ.Υ.ΠΕ (1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> TOMY Κορυδαλλού, 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> TOMY Νίκαιας-Αγ. Ιωάννη Ρέντη) και τερματίστηκε, εξαιτίας των περιοριστικών μέτρων που λήφθηκαν για τον έλεγχο της πανδημίας λόγω Covid-19, το Νοέμβριο του 2020. Έτσι, λόγω της περιορισμένης προσέλευσης χρηστών στις μονάδες υγείας TOMY αλλά και της

δυσκολίας υλοποίησης της έρευνας, συγκεντρώθηκε δείγμα 120 ερωτηθέντων. Συμπερασματικά, παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι χρήστες ήταν μεγάλης ηλικίας και συγκεκριμένα 51 ετών και άνω (71,7%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό περιστασιακών χρηστών ανήκε στις ηλικίες 18-40 ετών (72,2%). Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί με βάση το γεγονός ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν συνήθως τα περισσότερα προβλήματα υγείας και επομένως παραπάνω λόγους να επισκέπτονται τακτικά τις ΤΟΜΥ. Επειδή δε τα άτομα μεγάλης ηλικίας είναι συνταξιούχοι, έχουν και περισσότερο χρόνο να φροντίζουν την υγεία τους επισκεπτόμενα τους ιατρούς. Επίσης παρατηρήθηκε ότι το επίπεδο της μόρφωσης των χρηστών σε ποσοστό 40,8% ανήκε στην ομάδα των ατόμων τα οποία ολοκλήρωσαν την υποχρεωτική εκπαίδευση, γεγονός που συνδέεται με το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των πολιτών οι οποίοι επισκέπτονται τις ΤΟΜΥ. Σημαντικό επίσης είναι το εύρημα ότι 15% των επισκεπτών δήλωσαν ότι είναι ανασφάλιστοι, γεγονός που αποτυπώνει το δικαίωμα να επισκέπτονται όλοι οι πολίτες, ασφαλισμένοι και ανασφάλιστοι, τις δημόσιες δομές υγείας στο σύστημα υγείας της χώρας μας. Η πλειονότητα των επισκεπτών (83,4%) δήλωσαν ότι είναι εγγεγραμμένοι σε οικογενειακό ιατρό, ενώ από το 16,7% των επισκεπτών των συγκεκριμένων ΤΟΜΥ, που δήλωσαν ότι δεν έχουν εγγραφεί ακόμα σε οικογενειακό ιατρό, το 60% αναφέρουν ως λόγο ότι δεν γνωρίζουν τη διαδικασία. Από τα παραπάνω λοιπόν προκύπτει ότι είναι χρέος της Πολιτείας να ενισχύσει το σύστημα της ΠΦΥ και τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού και να αναλάβει μαζί με την Τοπική Αυτοδιοίκηση καλύτερη και αποτελεσματικότερη ενημέρωση των πολιτών για τη διαδικασία εγγραφής τους σε αυτόν.

Σύμφωνα με δήλωση των ερωτηθέντων, οι τρεις σημαντικότεροι λόγοι επίσκεψης ήταν: η προγραμματισμένη επίσκεψη για ιατρικό έλεγχο (70%), ο εμβολιασμός (43,3%) και η συνταγογράφηση φαρμάκων και χορήγηση παραπεμπτικού εργαστηριακών εξετάσεων (40,8%). Από τους παραπάνω λόγους η προγραμματισμένη επίσκεψη για ιατρικό έλεγχο διαπιστώθηκε ότι αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης συχνών χρηστών από μη συχνών. Συγκεκριμένα, οι τακτικοί επισκέπτες σε ποσοστό 64,3% είχαν προγραμματισμένη επίσκεψη για ιατρικό έλεγχο, ενώ οι περιστασιακοί σε ποσοστό 35,7%. Με βάση τα παραπάνω, προτείνεται η ενίσχυση και αναβάθμιση του ρόλου των ΤΟΜΥ και του οικογενειακού ιατρού, ώστε να παρέχονται υπηρεσίες που να καλύπτουν ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών ΠΦΥ, όπως για παράδειγμα είναι η συμβουλευτική υποστήριξη και οι πρώτες βοήθειες που συγκέντρωσαν πολύ μικρό ποσοστό απαντήσεων στην έρευνά μας, με σκοπό την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων.

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά και η ταχύτητα εξυπηρέτησης αποτελούν συχνούς παράγοντες δυσαρέσκειας στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας. Σχετικά με την υποδοχή και το περιβάλλον των ΤΟΜΥ και συγκεκριμένα την τηλεφωνική εξυπηρέτηση, την παροχή πληροφοριών, τη καθαριότητα και λειτουργικότητα των χώρων, τους χώρους αναμονής και την προσβασιμότητα σε άτομα με ειδικές ανάγκες, σε γενικές γραμμές οι πολίτες δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι, καθώς εξέφρασαν μέτρια ικανοποίηση όσον αφορά την πρόσβαση σε αυτές τις δομές με εξαίρεση τη συμπεριφορά του προσωπικού, για την οποία φαίνονται να είναι ικανοποιημένοι. Ωστόσο παρατηρήθηκε ότι, σε σύγκριση με τους λιγότερο συχνούς χρήστες υπηρεσιών ΠΦΥ, οι πιο συχνοί χρήστες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι ως προς την υποδοχή και το περιβάλλον των ΤΟΜΥ. Παρ' όλα αυτά, προκύπτει η ιδιαίτερη ανάγκη από την πλευρά της Πολιτείας για τα μέτρα που πρέπει αυτή να λάβει, ώστε να εξασφαλίσει καλύτερες υπηρεσίες υγείας ιδιαίτερα όσον αφορά τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και τα άτομα με κινητικά ή άλλα προβλήματα.

Όσον αφορά την ικανοποίηση των πολιτών από την ταχύτητα εξυπηρέτησης στις ΤΟΜΥ, τον χρόνο αναμονής για ραντεβού, την επίσκεψη στον ιατρό, τη διενέργεια εξετάσεων και την έκδοση αποτελεσμάτων, το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων φαίνεται να είναι μέτρια ικανοποιημένο επίσης. Στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν παρατηρήθηκε ιδιαίτερη διαφοροποίηση μεταξύ συχνών και μη συχνών χρηστών στο βαθμό ικανοποίησής τους. Για την επίλυση αυτών των προβλημάτων θεωρείται απαραίτητη η στελέχωση των ΤΟΜΥ με περισσότερο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, προκειμένου να γίνεται ταχύτερα η εξυπηρέτηση.

Τα ευρήματα για τη νοσηλευτική φροντίδα και τη συμπεριφορά των νοσηλευτών έδειξαν ότι, από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, οι συχνοί χρήστες των υπηρεσιών των δομών ΠΦΥ έχουν διπλάσια πιθανότητα να δηλώσουν πλήρως ευχαριστημένοι, ενώ οι λιγότερο συχνοί χρήστες έχουν διπλάσια πιθανότητα να δηλώσουν δυσαρεστημένοι. Η πολύ ενδιαφέρουσα αυτή διαπίστωση μας δείχνει ότι η σχέση νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών επηρεάζεται θετικά από την οικειότητα η οποία ενδεχομένως αναπτύσσεται μεταξύ τους, και από την υπομονή των ασθενών, καθώς δεν έχουν εναλλακτικές επιλογές. Αντίθετα, οι περιστασιακοί χρήστες βλέπουν με περισσότερο κριτικό μάτι τις συνθήκες των δομών ΠΦΥ, οι οποίες πιθανόν εν μέσω της πανδημίας να μην ήταν οι ιδανικότερες. Τέλος, από τα αποτελέσματα τις έρευνας προκύπτει ότι τόσο οι τακτικοί όσο και οι μη τακτικοί χρήστες έχουν αρκετά θετική εικόνα για την ιατρική φροντίδα και τη συμπερι-

φορά των ιατρών. Ωστόσο οι τακτικοί επισκέπτες έχουν διπλάσια πιθανότητα να δηλώσουν την πλήρη ικανοποίηση σε σχέση με τους περιστασιακούς χρήστες. Προφανώς η σχέση ιατρού-ασθενούς είναι καταλυτική για την ύπαρξη και λειτουργία των TOMY, καθώς ένας ευχαριστημένος χρήστης θα επιστρέφει για να εξυπηρετείται από έναν καλό επιστήμονα με ανάλογη συμπεριφορά.

### Προτάσεις ενίσχυσης των TOMY

Ο νόμος 4486/17 με τις μεταρρυθμίσεις που προβλέπει στις οποίες εντάσσονται και οι δομές TOMY, μπορεί να αποτελέσει αρχή για την ενδυνάμωση της ΠΦΥ και την ενίσχυση του ρόλου του οικογενειακού ιατρού στο σύστημα υγείας της χώρας μας. Είναι σαφές ότι προτεραιότητα θα πρέπει να έχουν:

1. Η εφαρμογή του ανωτέρου νόμου.
2. Η συνεχής αξιολόγηση των υπηρεσιών ΠΦΥ.
3. Η αξιοποίηση των πληροφοριών του υγειονομικού χάρτη της χώρας.
4. Η αποτελεσματική διασύνδεση της ΠΦΥ με τις υπόλοιπες βαθμίδες υγείας με σκοπό την παροχή συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας.
5. Η ανάπτυξη προγραμμάτων, κινήτρων και συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ και τέλος
6. Η καλύτερη ενημέρωση των πολιτών από το κράτος για τις δυνατότητες της ΠΦΥ και του ρόλου του οικογενειακού ιατρού

### Ερευνητικές προτάσεις για το μέλλον

- ✓ Διεξαγωγή της ίδιας έρευνας έπειτα από ένα χρονικό διάστημα που θα έχει καταστεί πιο γνωστή και οργανωμένη η λειτουργία των νέων αυτών δομών,
- ✓ αλλά και μετά τον έλεγχο της πανδημίας Covid-19.
- ✓ Παράλληλα κρίνεται απαραίτητο να πραγματοποιηθούν μελέτες και σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, αλλά και άλλων ΥΠΕ, καθώς το δείγμα της τρέχουσας έρευνας είναι σχετικά μικρό και πραγματοποιήθηκε σε μικρό χρονικό διάστημα εν μέσω συνθηκών πανδημίας και αφορά μόνο τον πληθυσμό της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ.
- ✓ Συγκριτικές μελέτες μεταξύ δομών υγείας θα μπορούσαν να αναδείξουν καλύτερα τα ευρήματα και θα παρείχαν πληροφορίες από περισσότερες υγειονομικές περιφέρειες, προκειμένου να εξαχθούν πιο αξιόπιστα συμπεράσματα.
- ✓ Τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τις περιφερειακές ΥΠΕ μέσω του Υπουργείου Υγείας, ώστε να σχεδιαστεί μία καλύτερη στρατηγική και να

ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται στις  
TOMY.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα διεξάγεται από την φοιτήτρια Αναστασία Λιούτα στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας» του Πανεπιστημίου Πειραιώς με θέμα **«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού σε αυτήν»**.

Το βασικό αντικείμενο της συγκεκριμένης έρευνας είναι η διερεύνηση και η αξιολόγηση των εντυπώσεων σχετικά με τις παρεχόμενες δημόσιες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) σε μια Τοπική Μονάδα Υγείας (ΤΟΜΥ). Πιο συγκεκριμένα, θα διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με το περιβάλλον των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, την ταχύτητα εξυπηρέτησης, την προσφερόμενη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και το γενικότερο περιβάλλον εξυπηρέτησης των ασθενών.

Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς οι απαντήσεις σας θα συμβάλλουν στην διεξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων που αφορούν την συγκεκριμένη έρευνα. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτούνται περισσότερα από 10 λεπτά. Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο και τη βοήθειά σας.

Με εκτίμηση,  
Αναστασία Λιούτα

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### 1. Φύλο

Άνδρας

Γυναίκα

### 2. Ηλικία

18-30

31-40

41-50

51 και άνω

### 3. Επίπεδο εκπαίδευσης

Υποχρεωτική

Ανώτερη εκπαίδευση

Ανώτατη εκπαίδευση

Μεταπτυχιακό-Διδακτορικό

### 4. Αναφορικά με την ασφάλισή σας:

Είμαι ασφαλισμένος στον ΕΟΠΥΥ

ή σε άλλο δημόσιο/κοινωνικής ασφάλισης ταμείο

Έχω ιδιωτική ασφάλιση

Είμαι ανασφάλιστος

### 5. Χρησιμοποιείται συχνά υπηρεσίες ΠΦΥ;

Ναι

Όχι

### 6. Έχετε εγγραφεί σε οικογενειακό ιατρό;

Ναι, σε αυτήν την ΤΟΜΥ

Ναι, σε άλλη δημόσια δομή ΠΦΥ (π.χ κέντρο υγείας)

Ναι, σε συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό με τον ΕΟΠΥΥ

Όχι

**7. Αν όχι, γιατί δεν έχετε εγγραφεί;**

Δεν βρήκα διαθέσιμο

Δεν με ικανοποιούσαν οι διαθέσιμοι

Δεν ήθελα να διακόψω τη σχέση με τον ιατρό που έχω και εμπιστεύομαι

Δεν γνωρίζω τη διαδικασία

Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε).....

**8. Ποιος είναι ο λόγος της σημερινής σας επίσκεψης στη συγκεκριμένη ΤΟΜΥ; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από 1 απαντήσεις)**

Πρώτες βοήθειες (αδιαθεσία, ασθένεια)

Προγραμματισμένη επίσκεψη για ιατρικό έλεγχο

Συνταγογράφηση φαρμάκων/ παραπεμπτικό εργαστηριακών εξετάσεων

Συμβουλευτική υποστήριξη

Εμβολιασμός

Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε).....

**9. Ο/η ιατρός σας παρέπεμψε σε:**

Ιατρό ειδικότητας

Κέντρο Υγείας

Διαγνωστικό Κέντρο

Νοσοκομείο

**10. Πώς θα χαρακτηρίζατε τις εντυπώσεις σας από αυτή την ΤΟΜΥ σχετικά με:**

Υποδοχή-περιβάλλον	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Τηλεφωνική εξυπηρέτηση					
Παροχή πληροφοριών					

Συμπεριφορά προσωπικού					
Καθαριότητα- λειτουργικότητα χώρων υποδοχής					
Διαθέσιμους χώρους αναμονής					
Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία					

**11. Πώς θα χαρακτηρίζατε τις εντυπώσεις σας από αυτή την ΤΟΜΥ σχετικά με:**

<b>Ταχύτητα Εξυπηρέτησης</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>
Χρόνο αναμονής για ραντεβού					
Χρόνο αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον ιατρό					
Χρόνο αναμονής για διενέργεια εξετάσεων					
Χρόνο έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων					

**12. Πώς θα χαρακτηρίζατε τις εντυπώσεις σας από αυτή την ΤΟΜΥ σχετικά με:**

<b>Ιατρική Φροντίδα</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών)					
Συμπεριφορά ιατρών (ευγένεια, σεβασμός, ψυχολογική υποστήριξη)					
Ο ιατρός αφιέρωσε χρόνο να με εξετάσει					
Ο ιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου					
Πλήρης κατανοητή ενημέρωση σχετικά με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία της					
Παροχή συμβουλών από τον ιατρό					

**13. Πώς θα χαρακτηρίζατε τις εντυπώσεις σας από αυτή την ΤΟΜΥ σχετικά με:**

<b>Νοσηλευτική Φροντίδα</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Πολύ</b>	<b>Πάρα πολύ</b>
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα νοσηλευτών)					
Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, σεβασμός)					

*Ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Αδαμακίδου, Θ. και Καλοκαιρινού, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, *Νοσηλευτική*,47,3.
- Αντεριώτη, Π. και Αντωνίου, Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας, *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*,1,1.
- Βραχάτης, Δ. και Παπαδόπουλος, Α. (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές, *Νοσηλευτική*, 51,1.
- Βραχνέλη, Α. (2017). Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Σύστημα Υγείας: Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειες, Προβλήματα και προοπτικές, διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.
- Γιανασμίδης, Α. και Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και σουηδικού μοντέλου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*,29,1.
- Έλληνας, Δ. (2013). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας, σε σύστημα υγείας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*,15,4.
- Ζέρβας, Δ. (2020). Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας και προσδιορισμός της στις υπηρεσίες υγείας, *Interscientific Health Care*, 12.
- Ζερβέα, Ε., Αποστολάκης, Ι. και Σαράφης, Π. (2020). Οι διεθνείς αρχές στην προσέγγιση της Ελλάδας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*,12,1.
- Θανασάς, Ι. Κ. (2019). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, *Επιστημονικά Χρονικά*,24,3.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Καλογεροπούλου, Μ. και Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα– χρηματοδότηση–αγορά, Α' τόμος, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. (2013). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως "Πύλη Εισόδου" των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, Εκδότης Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

- Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Δημολιάτης, Γ., Μερκούρης, Μ. Π., Οικονόμου, Χ., Τσάκος, Γ. και Φιλαλήθης, Α. (2000). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12,4.
- Μακράκης, Α. (2018). Τα οφέλη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στον ασθενή από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 17,2.
- Μαλαβάζος, Θ., Μαρκασιώτη, Β., Μαλλιάρου, Μ. και Σαράφης, Π. (2019). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από την Alma-Ata στην Astana, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 11,3.
- Μανίκας, Γ. Α. (2012). Σύγχρονος θεραπευτική και φαρμακολογία, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
- Graham – Smith, D. G., and Aronson, J. K. (2001). Κλινική φαρμακολογία και φαρμακοθεραπεία, μτφρ. Μαρσέλος, Μ. και Μανιάτη, Α., Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Μαρσέλος, Μ. (2009). Ιατρική φαρμακολογία, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα. 102-109
- Μπαλάσκα, Δ. και Μπιτσώρη, Ζ. (2015). Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4,3.
- Μπαμπατσίκου, Α. Γ. και Κοκόλη, Μ. (2018). Οι απόψεις των πολιτών της Λευκωσίας για την υπέρμετρη χρήση φαρμάκων συνταγογραφούμενων και μη, διπλωματική εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτική Ελλάδα, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Μπεζεβέγκη, Α. (2017). Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από την πλευρά των εξυπηρετούμενων στο ΠΕΔΥ – Κέντρο Υγείας Βόνιτσας, μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής.
- Μπελτέ, Ο. (2017). Βοηθός Φαρμακείου: Συνταγολογία & Νομοθεσία – Πρακτική εφαρμογή στην ειδικότητα (για σπουδαστές ΙΕΚ και αποφοίτους ΕΠΑΛ), Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.
- Οικονομοπούλου, Χ. (2006). Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας, Τιμητικός Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη- Δελιβάνη, διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Θεσσαλονίκη.
- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. και Υφαντόπουλος, Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25,1.
- Παπαδημητρίου, Γ. (2019). Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ από τους χρήστες και η διαδρομή τους σε αυτές: Ευρωπαϊκή Εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα, διπλωματική εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.



- Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ, Φ. Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, Το Βήμα του Ασκληπιού, 15,4.
- Πιερράκος, Γ. (2008). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Πολύζος, Ν. (2013). Μελέτη οργάνωσης–χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Ρίκος, Ν. (2015). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, Το βήμα του Ασκληπιού, 14,4.
- Σαράντου, Π. (2017), Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και χρόνιες παθήσεις, διπλωματική εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Σούλης, Σ. (1999). Οικονομική της υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Οικονόμου, Ν. και Τούντας, Γ. (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24,1.
- Χλέτσος, Δ. (2011). Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.

## Ξενόγλωσση

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Greene, J. A., and Kesselheim, A.S. (2010). Pharmaceutical marketing and the new social media, *N Engl J Med*, 363, 2087-2089.
- Maeseneer, J.D., Moosa, S., Pongsupap, Y., and Kaufman, A. (2008). Primary health care in a changing world, *British Journal of General Practice*, 58, 806-809.
- Minaire, P. (1992). Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process, *Bulletin of World Health Organization*, 70, 373-379.
- Lionis, Ch., and Petelos, E. (2013). The impact of the financial crisis on the quality of care in primary care: an issue that requires prompt attention, *Qual Prim Care*, 21, 269-273.
- Sartorius, N. (2006). The Meanings of Health and its Promotion, *Croatian Medical Journal*, 47, 662-664.

## Διαδικτυακές Πηγές

Γενικές αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας, άρθρο 01

<http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049>

Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής

<http://edit.gov.gr/index.php>.

Νόμος 1397/1983

<http://www.mednet.gr/eeeea/pdf/law-1397-1983.pdf> (άρθρα 17,18,22).

Νόμος 3984/2011, άρθρο 66, παρ. 16

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3984-2011.html>.

Νταμπαντά, Δ., Ο οικογενειακός Ιατρός στην Ελλάδα, 2011

[http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/13/4/431.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/431.pdf) 27/02/2017.

Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α΄) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1397-1983.html>.

Νόμος 2071/1992.Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. ΦΕΚ 123Α/1992

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2071-1992.html>.

Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α΄), Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»

<http://www.mednet.gr/eeeea/pdf/law-2519-1997.pdf>.

Νόμος 3172/2003, Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Διοίκησης και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 197Α/2003

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3172-2003.html>.

Νόμος 3235/2004, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. ΦΕΚ 53Α/2004

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3235-2004.html>

Νόμος 3852/2010, Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης. ΦΕΚ 87Α/2010.

<https://www.e-nomothesia.gr/autodioikese-demoi/n-3852-2010.html>.

Νόμος 3892/2010 (ΦΕΚ 189 Α) Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3892-2010.html>.

Νόμος 3918/2011, Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 31Α/201

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3918-2011.html>.

Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38 Α΄), Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-4238-2014.html>.

Νόμος 4461/2017 Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις.

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4461-2017-fek-38a-28-3-2017.html>

Νόμος 4486/2017, Άρθρο 3, Δημόσιες Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4486-2017-fek-115a-7-8-2017.html>

Υπουργική απόφαση Γ5α/ΓΠοικ.45856/12-6-2019 όπως ισχύει στο ΦΕΚ 2661 Β/1-7-2019

<https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/iatroi/upourgike-apophase-g5a-gp-oik-45856-2019.html>

Υπουργείο Υγείας (2014), Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα της υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020.

<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/3948-ethnikh-strathgikh-ygeias-kai-drasesis-toy-tomea-ygeias-sto-esp-2014-2020>

Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978

[https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

WONCA Europe, (2011), Edition The European Definition of General Practice / Family Medicine

[http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/lit/Europ\\_Definition\\_GP\\_FM1.pdf](http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/lit/Europ_Definition_GP_FM1.pdf)

World Health Organization, (1978), Primary Health Care, Geneva

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>