



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Διονύσιος Κομμάτας

**ΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΩΣ ΠΑΡΟΧΟΙ Π.Φ.Υ.
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

***ΕΡΕΥΝΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ
ΧΟΛΑΡΓΟΥ ΚΑΙ ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ***

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2011



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΠΕΙΡΑΙΑ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ

ΠΕΙΡΑΙΑ

Διονύσιος Κομμάτας

**ΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΩΣ ΠΑΡΟΧΟΙ Π.Φ.Υ.
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

***ΕΡΕΥΝΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ
ΧΟΛΑΡΓΟΥ ΚΑΙ ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ***

Επιβλέπων Καθηγητής : κος Παπαηλίας Θεόδωρος

Μελέτη για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2011



**UNIVERSITY
OF PIRAEUS**

MASTER IN HEALTH MANAGEMENT



**TEI
OF PIRAEUS**

Dionysios Kommatas

**MUNICIPAL CLINICS AS PROVIDERS OF
PRIMARY HEALTH CARE IN GREECE
*PATIENTS AND PERSONNEL SATISFACTION
RESEARCH OF THE MUNICIPAL CLINICS OF
CHOLARGOS AND AGIOS DIMITRIOS IN ATTICA***

**Graduate thesis Submitted for the Degree
“Master of Science in Health Management”**

Supervisor Professor: Papaelias Theodoros

Piraeus, 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στη διαδρομή κάθε ανθρώπου, στα «μικρά» και «μεγάλα» βήματά του, σίγουρα υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι αποτελούν παράγοντες καθοριστικής σημασίας για την επίτευξη ενός στόχου. Από τους δασκάλους και τους καθηγητές, μέχρι την οικογένεια και τους φίλους. Τους αγαπώ, τους μνημονεύω και τους θυμάμαι στην καθημερινότητα μου, καθώς όλοι τους αποτελούν μια ιδιόμορφη κοινότητα που συνδιαμόρφωσε, μαζί με τις επιλογές μου, την προσωπικότητα και τον χαρακτήρα μου.

Για το παρόν πόνημα όμως, θα ήθελα, για αρχή, να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον κόσμο ο οποίος απάντησε στο ερωτηματολόγιο της έρευνας και το προσωπικό των Δημοτικών Ιατρείων του Χολαργού και του Αγίου Δημητρίου Αττικής, χωρίς τη συμμετοχή και τη βοήθεια των οποίων, δε θα υπήρχε.

Επίσης, τις υπηρεσίες των Δήμων Χολαργού-Παπάγου Αττικής και Αγίου Δημητρίου Αττικής για τη διευκόλυνση της έρευνας και την πραγματοποίησή της.

Αξίζει να αναφερθώ, αρχικά στον Σιγάλα Δημήτρη για τις συμβουλές του σχετικά με το παρόν κείμενο και την πολύτιμη συμβολή του στην έναρξη και την εξέλιξη του ΜΠΣ, καθώς και στους -με αλφαβητική σειρά- Ευθυμίου Χρήστο, Μούτσιο Κωστή και Τουρνάρη Παύλο-Πέτρο για την πολύτιμη βοήθεια τους στη συλλογή απαντήσεων και τη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας.

Ιδιαίτερης μνείας χρήζει, ο καθηγητής μου κος Θεόδωρος Παπαηλίας διότι εκτός από τις κατευθύνσεις και τις συμβουλές του, με κάνει, ίσως χωρίς να το έχει σκοπό, να αντιλαμβάνομαι την ανεπάρκεια μου και να προσπαθώ να γίνω καλύτερος άνθρωπος και πληρέστερος επιστήμονας.

Οφείλω, χωρίς δεύτερη συζήτηση, να σταθώ στη στήριξη και την αγάπη που έλαβα από τους γονείς μου, σε κάθε μου στιγμή και να τους ευχαριστήσω για όλα.

Τέλος, ας μου επιτραπεί, μαζί με την αγάπη και τις ευχαριστίες μου, να αφιερώσω την παρούσα προσπάθεια στη σύντροφο, σύζυγο και συμφοιτήτριά μου Χριστίνα Τέζα και την μερικών μηνών κόρη μας, διότι η ύπαρξη και το χαμόγελό τους ήταν και θα είναι το μεγάλο στήριγμά και το ζητούμενό μου στο ταξίδι της ζωής μας.

".. πόλη αποτελεί η κοινωνία του "εὐ ζήν", για τις οικογένειες και τις ευρύτερες ομάδες, η οποία στοχεύει σε μία τέλεια και αυτάρκη ζωή".

(Αριστοτέλης, Άπαντα-Πολιτικά I,II,III)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών όπως και του προσωπικού των μονάδων υγείας αποτελούν δείκτες ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και επομένως η καταγραφή της άποψης εκείνων των Δημοτικών Ιατρείων (Δ.Ι.) (μέσω δομημένων ερωτηματολογίων) μπορεί να αποτελέσει μία σοβαρή και αντιπροσωπευτική μέθοδο αξιολόγησης αλλά και ανατροφοδότησης του συστήματος, τόσο για τη μέτρηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και της λειτουργίας του προσωπικού των μονάδων υγείας.

Στόχος της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών αλλά και του προσωπικού των Δ.Ι., με απώτερο σκοπό τον εντοπισμό αδυναμιών και την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Έτσι, πρώτα καλύπτονται ζητήματα όπως οι έννοιες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) η οποία αν και θεωρείται πλέον το σημαντικότερο επίπεδο για το Σύστημα Υγείας, στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα υποβαθμισμένο, της παροχής Π.Φ.Υ. από Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) και της σύστασης, οργάνωσης και λειτουργίας των Δ.Ι. ως παρόχων υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση (Τ.Α.)

Τα αποτελέσματα αποτυπώνουν και ερμηνεύουν τις πληροφορίες που προέκυψαν από τη συλλογή ερωτηματολογίων για την ικανοποίηση των ασθενών και του προσωπικού.

Μέσω των ερωτήσεων προσπαθούμε να οδηγηθούμε σε συμπεράσματα για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, την υποδομή των ιατρείων, την ικανοποίηση του ασθενή κατά την προσέλευσή του αλλά και κατά την παραμονή του στα Δ.Ι. .

Επίσης, επιχειρούμε να ανιχνεύσουμε τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των Δ.Ι. μέσα από τις απαντήσεις του ανθρώπινου δυναμικού τους καθώς και τις προτάσεις του για περαιτέρω βελτίωση.

Υλικό-Μέθοδος: Για την εκτίμηση της ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία χορηγήθηκαν σε 200 ασθενείς και 25 μέλη του προσωπικού των Δ.Ι. του Χολαργού Αττικής και του Αγίου Δημητρίου Αττικής τον Σεπτέμβριο του 2011. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική και οι ερωτώμενοι ενημερώνονταν για το σκοπό της και συναινούσαν.

Αποτελέσματα: Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών και στα δύο Δ.Ι. του δείγματος είναι εντυπωσιακή αφού η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ικανοποιημένη ή πολύ ικανοποιημένη και παρά το γεγονός πως η μελέτη ανέδειξε κάποια προβλήματα και κάποιους τομείς που χρειάζονται βελτίωση, η γενική εικόνα είναι ιδιαίτερα θετική. Τα στελέχη και οι λειτουργοί των ιατρείων, ενώ δηλώνουν στη μεγάλη τους πλειοψηφία τη στήριξη τους στο θεσμό, εν τούτοις, αναγνωρίζουν προβλήματα υλικοτεχνικής υποδομής, χρηματοδότησης και κάποια οργανωτικά ενώ ταυτόχρονα εμφανίζονται μοιρασμένοι στο αν επιθυμούν την πλήρη και απ' ευθείας υπαγωγή των Δ.Ι. στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.)

Στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε πρέπει να προσθέσουμε την εκτενή ανασκόπηση τόσο σε επίπεδο βιβλιογραφίας όσο και στοιχείων, άρθρων και υποδειγμάτων μέσω του διαδικτύου.

Με τα ευρήματα να εμφανίζονται ως παραπάνω από ενθαρρυντικά, η Τοπική Αυτοδιοίκηση αξιολογείται ως ένας τομέας με αρκετές δυνατότητες και ευσίωνες προοπτικές στο θέμα της κάλυψης της Π.Φ.Υ. και θα μπορούσε να αποτελέσει το βασικό πυλώνα ανάπτυξης και στήριξης της στη χώρα μας.

Λέξεις Κλειδιά: Δημοτικά Ιατρεία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Σύστημα Υγείας, Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ικανοποίηση.

Municipal Clinics as providers of Primary Health Care in Greece

Patients and personnel satisfaction research of the Municipal Clinics of Cholargos and Agios Dimitrios in Attica

Kommatas Dionysios

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

University of Pireaus-TEI of Piraeus, Greece

Supervisor: Prof. Papaelias T.

ABSTRACT

Patient satisfactions as well as personnel satisfaction in healthcare units are indicators of quality for health services. Therefore, the recording of the opinion of those of the municipal clinics (via structured questionnaires) can be a significant and representative evaluation method and feedback of the system for both measuring the quality and efficiency of services and operation of personnel health units.

The purpose of the present study is to estimate the level of satisfaction of both patients and personnel from the municipal clinics with further aim to determine any flaws and the improvement of the supplied services.

Thus, it primarily covers issues such as the notion of Primary Health Care, which although is now the most important level for the Health Care System in Greece, it is highly downgraded. It also refers to the provision of primary health care by Local Authorities and the establishment, organization and operation of the municipal clinics as health providers.

The results are based on the analysis and the interpretation of information that comes from questionnaires, concerning the patients' and personnel satisfaction. These questionnaires assess the health and nurse care, the building foundation, and the satisfaction of the patients during their arrival as well as during the whole hospitalization period at the clinics.

We also try to trace the organizational and operational characteristics of the clinics through the answers of their human resources and the proposals for further improvement.

Methods: A specific questionnaire was used for the estimation of satisfaction. This was answered by 200 patients and 25 staff members of municipal clinics of

Cholargos Athens and Agios Dimitrios Athens in September 2011. All the participants provided their informed consent

Results: The overall patients' satisfaction for the two municipal clinics is impressive since the vast majority was satisfied or very satisfied, despite the fact that the study revealed some problems and some areas that need improvement, the overall picture is very positive. The answers of the personnel indicate their support for the institution but at the same time, they recognize problems in material and technical infrastructure, in finance as well as some organizational problems.

On the methodology used, it must be added the extensive review both in bibliography and data, articles and models on the internet.

Conclusions: Although the research revealed several flaws and sections that require improvements, there was an adequate amount of satisfaction since the greatest rate of patients and personnel were satisfied.

Keywords: *Municipal clinics, Primary Care services, Health Care System, Primary Care of Health in the local government, Satisfaction*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ.....	1
Α ΜΕΡΟΣ.....	4
1. ΥΓΕΙΑ & ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ & Ε.Σ.Υ.	4
1.1. Υγεία, δημόσια υγεία, υπηρεσίες δημόσιας υγείας	4
1.1.1 Υγεία.....	4
1.1.2 Δημόσια Υγεία	5
1.1.3 Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.....	6
1.2. Σύστημα υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα & Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)	7
1.2.1 Οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών υγείας	8
1.2.2 Υγειονομική περίθαλψη.....	8
1.2.3 Η χρηματοδότηση του Συστήματος.....	9
1.2.4 Χαρακτηριστικά του Ε.Σ.Υ.....	10
2. ΠΦΥ-ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ-ΠΦΥ ΣΤΟΥΣ ΟΤΑ.....	14
2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).....	14
2.1.1 Η έννοια της ΠΦΥ.....	14
2.1.2 Παράγοντες ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	15
2.1.3 Π.Φ.Υ. και Π.Ο.Υ- Τα προγράμματα «Υγεία για όλους» και «Υγιείς πόλεις» 16	
2.1.4 Εξέλιξη ΠΦΥ στην Ελλάδα - Νομοθετικό πλαίσιο.....	17
2.1.5 Πάροχοι ΠΦΥ	19
2.2. Διοικητική διαίρεση της Ελλάδας.....	20
2.2.1 Διοικητική διαίρεση της Ελλάδας το 2011	21
2.2.2 Διοικητική διαίρεση της Ελλάδας το 1997	22
2.2.3 Οι αλλαγές του προγράμματος «Καλλικράτης».....	22

2.2.4 Κοινωνική προστασία, αλληλεγγύη, υγεία, στο πρόγραμμα «Καλλικράτης».	24
2.3 ΠΦΥ στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.....	26
2.3.2 Διεθνή μοντέλα παροχής ΠΦΥ από ΟΤΑ.....	27
2.3.3 Ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο για παροχή ΠΦΥ στους ΟΤΑ.....	30
2.3.4 Συνήθη προβλήματα της ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	33
3.ΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	37
3.1 Νομοθετικό, οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο Δ.Ι.....	37
3.1.1.Σύσταση και νομική μορφή Δ.Ι.....	37
3.1.2 Οργάνωση & λειτουργία δημοτικών ιατρείων	38
3.1.3.Οργανόγραμμα δημοτικών ιατρείων	40
3.2 Πόροι και Οικονομική Διοίκηση Δ.Ι.....	44
3.3 Υπηρεσίες Δημοτικών Ιατρείων	45
3.4 Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ο.Τ.Α.....	49
B ΜΕΡΟΣ	52
ΕΡΕΥΝΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ ΧΟΛΑΡΓΟΥ ΚΑΙ ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ.....	52
4.ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	53
4.1.1 Ορισμοί ικανοποίησης των ασθενών.....	53
4.2 Επαγγελματική ικανοποίηση	56
4.2.1 Ορισμοί επαγγελματικής ικανοποίησης.....	56
5.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	59
5.1 Τρόποι συλλογής, ταξινόμησης, παρουσίασης & πηγές δεδομένων	59
5.2 Μεθοδολογία της έρευνας.....	63
5.2.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	63
5.2.2 Κατασκευή του ερωτηματολογίου	63
5.2.3 Πιλοτικό test.....	65

5.2.4 Έρευνα	66
5.2.5 Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων	66
Γ' ΜΕΡΟΣ	68
6.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	68
7.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	94
Δ' ΜΕΡΟΣ	121
8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	121
8.1 Παράθεση συμπερασμάτων.....	121
8.2 Προβλήματα-Προτάσεις.....	127
8.3 Σύγκριση απόψεων δείγματος ασθενών και δείγματος προσωπικού.....	129
8.4 Ανασκόπηση παλαιότερων ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών και του προσωπικού των Δ.Ι.....	131
ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ	137
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	140
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	140
Αλλαγές στην τοπική αυτοδιοίκηση με το σχέδιο «Καλλικράτης»	140
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	143
Απόσπασμα από Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων για Νομικά Πρόσωπα Δήμων.....	143
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	157
Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών Δημοτικών Ιατρείων	157
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ.....	160
Ερωτηματολόγιο προσωπικού Δημοτικών Ιατρείων	160
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε.....	164
Δήμοι αναφοράς μελέτης «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία»..	164
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ.....	168
Στοιχεία νομοθετήματος 3235/2004.....	168

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	175
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	175
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	178
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ.....	178
ΕΛΛΗΝΙΚΑ	178
ΞΕΝΑ.....	179
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ.....	180

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛ
1	<i>Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (πηγή: OECD, Health Data, 2009)</i>	183
2	<i>Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία κατά κεφαλήν USD PPP (πηγή: OECD, Health Data, 2009)</i>	184
3	<i>Φάσμα παροχής υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων (Σουλιώτης, 2006)</i>	48
Πίνακες Ασθενών		
4	<i>Αξιολόγηση καθαριότητας ανά ηλικία (%)</i>	74
5	<i>Αξιολόγηση καθαριότητας ανά ταμείο ασφάλισης (%)</i>	75
6	<i>Αξιολόγηση καθαριότητας ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)</i>	75
7	<i>Αξιολόγηση καθαριότητας ανά επάγγελμα (%)</i>	76
8	<i>Αξιολόγηση ποιότητας περίθαλψης ανά ηλικία (%)</i>	77
9	<i>Αξιολόγηση ποιότητας περίθαλψης ανά ταμείο ασφάλισης (%)</i>	77
10	<i>Αξιολόγηση ποιότητας περίθαλψης ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)</i>	78
11	<i>Αξιολόγηση ποιότητας περίθαλψης ανά επάγγελμα (%)</i>	78
12	<i>Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά ηλικία (%)</i>	79
13	<i>Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά ταμείο ασφάλισης (%)</i>	80
14	<i>Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)</i>	80
15	<i>Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά επάγγελμα (%)</i>	81
16	<i>Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού ανά ηλικία (%)</i>	82
17	<i>Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού ανά ταμείο ασφάλισης (%)</i>	83
18	<i>Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)</i>	83
19	<i>Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού ανά επάγγελμα (%)</i>	84

20	<i>Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά ηλικία (%)</i>	85
21	<i>Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά ταμείο ασφάλισης (%)</i>	86
22	<i>Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)</i>	87
23	<i>Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά επάγγελμα (%)</i>	87
24	<i>Αξιολόγηση παρεχομένων πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας ανά ηλικία (%)</i>	89
25	<i>Αξιολόγηση παρεχομένων πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας ανά ταμείο ασφάλισης (%)</i>	89
26	<i>Αξιολόγηση παρεχομένων πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)</i>	90
27	<i>Αξιολόγηση παρεχομένων πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας ανά επάγγελμα (%)</i>	91
Πίνακες Προσωπικού		
28	<i>Δήλωση άμεσων αναγκών ανά επαγγελματική κατηγορία (%)</i>	99
29	<i>Δήλωση άμεσων αναγκών ανά τομέα απασχόλησης (%)</i>	100
30	<i>Δήλωση άμεσων αναγκών ανά μορφή σύμβασης (%)</i>	101
31	<i>Αξιολόγηση οργάνωσης Δ.Ι. ανά επαγγελματική κατηγορία (%)</i>	103
32	<i>Αξιολόγηση οργάνωσης Δ.Ι. ανά τομέα απασχόλησης (%)</i>	104
33	<i>Αξιολόγηση οργάνωσης Δ.Ι. ανά μορφή σύμβασης (%)</i>	104
34	<i>Αξιολόγηση συνεργασίας στα Δ.Ι. ανά επαγγελματική κατηγορία (%)</i>	106
35	<i>Αξιολόγηση συνεργασίας στα Δ.Ι. ανά τομέα απασχόλησης (%)</i>	106
36	<i>Αξιολόγηση συνεργασίας στα Δ.Ι. ανά μορφή σύμβασης (%)</i>	107
37	<i>Ικανοποίηση από υλικοτεχνική υποδομή ανά επαγγελματική κατηγορία (%)</i>	108

38	<i>Ικανοποίηση από υλικοτεχνική υποδομή ανά τομέα απασχόλησης (%)</i>	109
39	<i>Ικανοποίηση από υλικοτεχνική υποδομή ανά μορφή σύμβασης (%)</i>	109
40	<i>Αξιολόγηση επάρκειας χρηματοδότησης ανά επαγγελματική κατηγορία (%)</i>	111
41	<i>Αξιολόγηση επάρκειας χρηματοδότησης ανά τομέα απασχόλησης (%)</i>	111
42	<i>Αξιολόγηση επάρκειας χρηματοδότησης ανά μορφή σύμβασης (%)</i>	112
43	<i>Επιθυμία υπαγωγής Δ.Ι. στο ΥΥΚΑ ανά επαγγελματική κατηγορία (%)</i>	114
44	<i>Επιθυμία υπαγωγής Δ.Ι. στο ΥΥΚΑ ανά τομέα απασχόλησης (%)</i>	114
45	<i>Επιθυμία υπαγωγής Δ.Ι. στο ΥΥΚΑ ανά μορφή σύμβασης (%)</i>	115
46	<i>Λόγος ύπαρξης Δ.Ι. ανά επαγγελματική κατηγορία (%)</i>	116
47	<i>Λόγος ύπαρξης Δ.Ι. ανά τομέα απασχόλησης (%)</i>	116
48	<i>Λόγος ύπαρξης Δ.Ι. ανά μορφή σύμβασης (%)</i>	117

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛ
Διαγράμματα Ασθενών		
1	Δημοτικό Ιατρείο	68
2	Φύλο	68
3	Ηλικία %	69
4	Εκπαίδευση	69
5	Ταμείο Ασφάλισης %	70
6	Γνώση Ύπαρξης ιατρείου %	71
7	Δυσκολίες Πρόσβασης	71
8	Ορισμός Ραντεβού %	72
9	Εξέταση Ραντεβού	73
10	Αξιολόγηση Καθαριότητας %	73
11	Αξιολόγηση Ποιότητας Περίθαλψης %	76
12	Αξιολόγηση Ιατρικού Προσωπικού %	79
13	Αξιολόγηση Νοσηλευτικού Προσωπικού %	82
14	Αξιολόγηση Διοικητικού Προσωπικού %	85
15	Αξιολόγηση Ενημέρωσης Κατάστασης Υγείας %	88
16	Θα Συστήνατε το Δ.Ι. Σε Κάποιο Γνωστό Σας;	92
17	Ποια Επιπλέον Ιατρική Ειδικότητα Θα Επιθυμούσατε; %	92
18	Θεωρείτε Πως Τα Δ.Ι. Έχουν Λόγο Ύπαρξης;	93
Διαγράμματα Προσωπικού Δ.Ι.		
19	Δημοτικό Ιατρείο	94
20	Φύλο	94
21	Ηλικία %	95
22	Επαγγελματική Κατηγορία %	95
23	Τομέας Απασχόλησης %	96
24	Έτη Απασχόλησης %	96
25	Είναι Αυτό Το Πρώτο Δημοτικό Ιατρείο Στο Οποίο Εργάζεστε;	97
26	Μορφή Σύμβασης Απασχόλησης %	97
27	Πιστεύετε Ότι Υπάρχουν Προοπτικές Εξέλιξης Οι Οποίες Σας Προσφέρονται Μέσω Της Εργασίας Σας Στα Δ.Ι. ; %	98

28	<i>Θεωρείτε Ότι Υπάρχει Άμεση Ανάγκη Σε: %</i>	99
29	<i>Υπάρχει Τυποποίηση Στις Εργασιακές Σας Λειτουργίες Για Αποφυγή Καθυστερήσεων, Επικαλύψεων Και Επαναλήψεων; %</i>	101
30	<i>Χρησιμοποιούνται Ποσοτικοποιημένοι Δείκτες Απόδοσης; %</i>	102
31	<i>Χρησιμοποιούνται Κίνητρα Αποδοτικότητας;</i>	102
32	<i>Αξιολόγηση Οργάνωσης Δ.Ι. %</i>	103
33	<i>Αξιολόγηση Συνεργασίας Στα Δ.Ι. %</i>	105
34	<i>Ικανοποίηση Από Υλικοτεχνική Υποδομή %</i>	108
35	<i>Πόσο Επαρκή Θεωρείτε Τη Χρηματοδότηση Των Ιατρείων; %</i>	110
36	<i>Σκοπός Επισκέψεως Ασθενών%</i>	113
37	<i>Θα Επιθυμούσατε Την Υπαγωγή Των ΔΙ Στο Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης;</i>	113
38	<i>Θεωρείτε Πως Τα Δ.Ι. Έχουν Λόγο Ύπαρξης Με Τη Σημερινή Τους Μορφή;</i>	115
39	<i>Προβλήματα Δ.Ι. %</i>	118
40	<i>Προτάσεις Βελτίωσης Δ.Ι. %</i>	119

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΠ Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
ΑΜΕΑ Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες
Δ.Ι. Δημοτικό(α) Ιατρείο(α)
Ε.Σ.Υ. Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ι.Κ.Α. Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Δ.Κ. Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων
ΜΚΟ Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
ΟΑΕΔ Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού
Ο.Α.Ε.Ε. Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών
Ο.Γ.Α. Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΟΣΑ & ΟΕCD Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης
Ο.Π.Α.Δ. Οργανισμός Περιθάλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Ο.Τ.Α. Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Ο.Υ. & W.H.O. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Π.Ι.Φ. Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα
Τ.Α. Τοπική Αυτοδιοίκηση
Υ.Υ.Κ.Α. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
UNICEF United Nations Children's Fund (ελλ.: Ταμείο Παιδιών του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών)

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Εδώ και μερικές δεκαετίες, αντικείμενο μελέτης και συζητήσεων παγκοσμίας κλίμακας και μάλιστα σε επίπεδο κυβερνήσεων και υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελεί η έννοια, το περιεχόμενο και οι δράσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Πρωτεύοντα ρόλο στον καθορισμό και τη διαμόρφωση αυτού του σκηνικού έχει, φυσικά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος μέσα στη δεκαετία του '70 απηύθυνε το δυναμικό σύνθημα «Υγεία για όλους το 2000». Με θεσμικό εκφραστή το διεθνές συνέδριο του Π.Ο.Υ. και της UNICEF στην πρωτεύουσα του Καζακστάν Alma Ata, το 1978, διακηρύχθηκε ότι ο κεντρικός πυρήνας και το «κλειδί» για την επιτυχία του συνθήματος-σκοπού του Π.Ο.Υ. θα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. (Π.Ο.Υ.) (Ταβλαντά Μ., Τζιάρου, Χασιώτη, Λιάτας, Ταβλαντά Θ., Ζαντόπουλος, Πογιατζής, Ταβλαντάς Π., 2006).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υπογραμμίζει πως η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και των οικογενειών των κοινοτήτων με τα συστήματα Υγείας και εξαιτίας αυτής της παραδοχής οδήγησε τον οργανισμό στη σύλληψη, διαμόρφωση και προώθηση του Προγράμματος «Υγιείς Πόλεις».

Το πρόγραμμα αυτό διασυνδέει τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), με σκοπό την ανάπτυξη της Υγείας, μέσα από μία διαδικασία πολιτικής δέσμευσης, αλλαγής των καθιερωμένων ιδεών, ανάπτυξης νέων ικανοτήτων, συνεργασίας που να βασίζεται σε προγραμματισμό και καινοτόμες ιδέες. Προωθεί την περιεκτική και συστηματική πολιτική και σχεδιάζει με έμφαση στην άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και της αστικής φτώχειας. (Σουλιώτης, 2006)

Η τάση των ανθρώπων να αναζητούν βοήθεια για πρωτοβάθμια περίθαλψη σε τοπικό περιβάλλον, κοντά στον τόπο διαμονής τους, την προσδιορίζει ως τον ακρογωνιαίο λίθο της υγείας και της παροχής κοινωνικής φροντίδας, χωρίς βέβαια να παραγνωρίζεται το γεγονός πως η περισσότερο εξειδικευμένη φροντίδα, παρέχεται στο νοσοκομείο.

Στις μέρες μας και με την πάροδο των χρόνων, πάνω από 1200 πόλεις σε περισσότερες από 30 χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανήκουν στις «Υγιείς Πόλεις». Στη χώρα μας, ήδη υπάρχουν Δήμοι με σοβαρή εμπειρία και προσφορά στα

θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως η πρόληψη ή και η πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω των Δημοτικών Ιατρείων (Δ.Ι.) και του Διαδημοτικού Δικτύου για την Υγεία.(ΔΔΥ,2011)

Η παροχή ΠΦΥ σε τοπικό επίπεδο είναι αποτελεσματική γιατί οι ΟΤΑ έχουν πολλαπλές δυνατότητες εντοπισμού των αναγκών της τοπικής κοινωνίας, δημιουργίας ορθολογικά σχεδιασμένων υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο πρόληψης και διενέργειας αξιολόγησης του έργου πρόληψης.

Τα δημοτικά ιατρεία (Δ.Ι.) ως πάροχοι υπηρεσιών ΠΦΥ όχι και τόσο γνωστό στην Ελλάδα, είναι ο φορέας που μπορεί να προσανατολίζει τους πολίτες και να τους κατευθύνει για την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματός τους.

Με την παρούσα εργασία, θα προσπαθήσουμε αφού προσεγγίσουμε τις όψεις και τις λειτουργίες των Δ.Ι. στη χώρα μας φωτίζοντας την ύπαρξη και τη λειτουργία του θεσμού αυτού μέσα στα πλαίσια της παροχής ΠΦΥ από τους ΟΤΑ, αναφερόμενοι στην ιστορική πορεία τους αλλά και τους ιδιαίτερους όρους και τις προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες θα δραστηριοποιηθούν και θα κληθούν να αναπτύξουν δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, υπό τη μεταρρυθμιστική δέσμη μέτρων του προγράμματος «Καλλικράτης»

Όμως, κύρια μέριμνα του παρόντος πονήματος αποτελεί η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών – επισκεπτών καθώς και του προσωπικού δύο ιατρείων. Εκείνο του Χολαργού το οποίο υπάγεται στο Δήμο Χολαργού-Παπάγου και εκείνο του Αγίου Δημητρίου Αττικής το οποίο υπάγεται στον ομώνυμο Δήμο.

Υπό το πρίσμα της άποψης πως η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν θα πρέπει να είναι απλά ένα μέτρο για την ποιότητα, αλλά θα πρέπει να είναι ο σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και αποδεχόμενοι πως οι καλύτεροι γνώστες του αντικειμένου είναι οι ίδιοι οι λειτουργοί του, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού, θεωρούμε πως θα είναι χρήσιμη για τη συλλογή πληροφοριών και την ανάδειξη των προβλημάτων του συστήματος παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.

Έτσι, θα μπορέσουμε να αποτυπώσουμε πολλαπλά υγειονομικά και ψυχολογικά οφέλη για τους ασθενείς αλλά και να παρέχουμε ένα δείγμα ανατροφοδότησης το συστήματος σχετικά με προβληματικές περιοχές της φροντίδας υγείας, που μπορούν να διορθωθούν με παρεμβάσεις αλλά και να επιχειρήσουμε μία προσπάθεια εκτίμησης τόσο

της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του προσωπικού όσο και των κινήτρων, απόψεων και προβλημάτων αυτού.

Απώτερος σκοπός θα είναι η προσπάθεια για συμβολή προς τη βελτίωση του θεσμού, σε τομείς κλινικών, ιατρικών, νοσηλευτικών και διοικητικών δραστηριοτήτων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

A ΜΕΡΟΣ

1.ΥΓΕΙΑ & ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ & Ε.Σ.Υ.

1.1.Υγεία,δημόσια υγεία, υπηρεσίες δημόσιας υγείας

1.1.1 Υγεία

Δε γίνεται να ξεκινήσει διαφορετικά το παρόν κείμενο παρά με τον απλό, σαφή, περιεκτικό και κατανοητό ορισμό της υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σύμφωνα, λοιπόν με τον Π.Ο.Υ. η Υγεία προσδιορίζεται ως « η κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». (W.H.O., 1946)

Με τον ορισμό αυτό που διαμορφώθηκε το 1946 αναγνωρίζονται ως παράμετροι που οριοθετούν την υγεία η απουσία της αρρώστιας και η ύπαρξη της ευεξίας που δεν είναι μόνο σωματική αλλά και ψυχική και κοινωνική. Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία ή η εργασία αλλά προσδιορίζεται ως ένα σύνθετο φαινόμενο, που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με την βιολογία, τη συμπεριφορά, τις συνθήκες και συνήθειες ζωής, το περιβάλλον. Η έννοια της υγείας συνεπώς περιλαμβάνει, εκτός από σωματικές, ατομικές, κοινωνικές και οικολογικές διαστάσεις. (Βλάσσης, 2006)

Καταγράφεται έτσι μια σειρά κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, οι οποίοι συνθέτουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και ασκούν σημαντική επιρροή στην υγεία των ατόμων. Οι παράγοντες αυτοί έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως προσδιοριστές ή κοινωνικοί καθοριστές της υγείας και σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. είναι:

- Το εισόδημα, η κοινωνική διαστρωμάτωση και η κοινωνική θέση των ατόμων
- Το άγχος και η δυνατότητα αντιμετώπισης καταστάσεων οι οποίες προκαλούν άγχος
- Η κοινωνική συμμετοχή ή, αντίθετα, ο κοινωνικός αποκλεισμός
- Η εργασία και οι συνθήκες εργασίας (συνθήκες παραγωγής)

- Η ανεργία
- Η κοινωνική υποστήριξη (τα αποκαλούμενα και κοινωνικά δίκτυα)
- Ο εθισμός σε όλες του τις εκφάνσεις, με κυριότερες μορφές τα οινόπνευματώδη ποτά, τα ναρκωτικά και τον καπνό
- Η επαρκής και υγιεινή διατροφή
- Οι μετακινήσεις και μεταφορές, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο (Wilkinson,2003)

1.1.2 Δημόσια Υγεία

Η ανάγκη θεώρησης της υγείας υπό το πρίσμα του κοινωνικού συνόλου, έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη της έννοιας της Δημόσιας Υγείας, με κύριο σημείο αναφοράς την υγεία του πληθυσμού. Ανά τα χρόνια έχει διατυπωθεί ένας αριθμός ορισμών της Δημόσιας Υγείας, οι οποίοι ενσωμάτωναν σε μεγάλο βαθμό την επιρροή των ιατροτεχνολογικών εξελίξεων και περιορίζονταν κατά κύριο λόγο στην έννοια της Δημόσιας Υγείας ως δέσμη «μέτρων εξυγίανσης» και αντιμετώπισης «κινδύνων υγείας» τους οποίους το άτομο δεν ήταν σε θέση να αντιμετωπίσει από μόνο του ενώ παράλληλα η μεταδοτικότητα και η μολυσματικότητα αποτελούσαν ειδοποιούς παράγοντες για την κατάταξη ενός προβλήματος στην εννοιολογική διάσταση της Δημόσιας Υγείας. (Κουρέα Κρεμαστινού, 2007).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι το αντικείμενο της Δημόσιας Υγείας συνίσταται στην ολιστική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Αποτελεί ένα σύνολο γνώσεων και πρακτικών, που τοποθετείται ανάμεσα στο διοικητικό μηχανισμό και την άσκηση των επαγγελματιών υγείας. Το αντικείμενό της αφορά επίσης στην κατάκτηση της γνώσης μέσω της έρευνας. Η Δημόσια Υγεία στηρίζεται σε διάφορες επιστήμες και τεχνικές όπως η ιατρική, η επιδημιολογία και η βιο-στατιστική, η δημογραφία και οι κοινωνικές επιστήμες, οι οποίες συντελούν στο να διερευνηθεί το επίπεδο υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και να παραχθούν και να αξιολογηθούν μέτρα που προτείνονται από τους ειδικούς, με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας συνίστανται ιδίως:

- Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Στην προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- Στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
- Στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

Από την άλλη, οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας επικεντρώνονται:

- ✓ Στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής.
- ✓ Στους κοινωνικούς περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.
- ✓ Στις ανάγκες των ευπαθών πληθυσμών και στους τρόπους ζωής και τις συνθήκες που τις επηρεάζουν.
- ✓ Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων και γεγονότων.
- ✓ Στη διαμόρφωση πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα.
- ✓ Στη διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.
(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008)

1.1.3 Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Η παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας αναφέρεται τόσο στην πρωτογενή πρόληψη (αντιμετώπιση παραγόντων ασθένειας) όσο και στη δευτερογενή πρόληψη (έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας με προσυμπτωματικό έλεγχο).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας με τη Διακήρυξη της Alma - Ata επιχειρεί τη διεύρυνση του όρου Δημόσια Υγεία ώστε να περιλαμβάνει και το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Η Νέα Δημόσια Υγεία δίνει έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και την προαγωγή υγείας με κύριους κατευθυντήριους άξονες τη διαμόρφωση υγιών δημόσιων πολιτικών, τη δημιουργία θετικού οικολογικού περιβάλλοντος,

την κοινοτική δράση, την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και τη διατομεακή και διεπιστημονική προσέγγιση. Αυτά είναι θέματα όμως που θα αναπτυχθούν σε ξεχωριστό κεφάλαιο.

Στην Ελλάδα υπάρχει μια πληθώρα φορέων, υπηρεσιών, διευθύνσεων, εργαστηρίων, οργανισμών και συμβουλίων που απαρτίζουν και ολοκληρώνουν το σύστημα Δημόσιας Υγείας μεταξύ των οποίων και οι δήμοι και επομένως τα Δημοτικά Ιατρεία (Δ.Ι.) που αποτελούν το αντικείμενο του παρόντος πονήματος.

Για το λόγο αυτό και εξαιτίας της πολυπλοκότητας των προβλημάτων της Δημόσιας Υγείας υπάρχει η επιτακτική ανάγκη της συνεργασίας και της διασύνδεσης όλων αυτών των οργανισμών τόσο μεταξύ τους (οριζόντια διασύνδεση) όσο και με τα διάφορα επίπεδα λήψης αποφάσεων (εθνικό, περιφερειακό, τοπικό). Δηλαδή, απαιτείται και κάθετη διασύνδεση.

Ωστόσο, από την ανάλυση της λειτουργίας αυτών των φορέων και υπηρεσιών γίνονται αισθητές διάφορες ελλείψεις και δυσλειτουργίες σε ό,τι αφορά την επίτευξη των στόχων τους και την ολοκλήρωση του έργου που έχουν αναλάβει, κυρίως από την πολυεποπτεία αυτών των οργανισμών από διάφορα Υπουργεία και Γραμματείες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την έλλειψη συντονισμού, την αύξηση του όγκου της γραφειοκρατίας και την καθυστέρηση στη λήψη αποφάσεων.

Αν προσθέσουμε τις επικαλύψεις στις αρμοδιότητες και το έργο τους, τα κενά στο σχεδιασμό και τον τρόπο αντιμετώπισης των ζητημάτων Δημόσιας Υγείας, το δαιδαλώδες νομοθετικό πλαίσιο με τις αναρίθμητες ή και ανεφάρμοστες διατάξεις σε συνδυασμό με την ελλιπή ενιαία πολιτική για την αντιμετώπιση και διαχείριση καταστάσεων και κινδύνων για τη Δημόσια Υγεία, τότε θα έχουμε ολοκληρωμένη την προβληματική εικόνα που παρουσιάζει το σύστημα Δημόσιας Υγείας της χώρας. (Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης-Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009)

Το πλαίσιο στο οποίο αναπτύσσονται οι υπηρεσίες υγείας και δημόσιας υγείας, θα αναπτύξουμε στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

1.2. Σύστημα υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα & Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Ως εισαγωγική παρατήρηση, θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα σύνολο υπηρεσιών μέσω των οποίων παρέχονται ιατρικές φροντίδες,

προληπτικές και θεραπευτικές. Ο τρόπος λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών εξαρτάται από τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής τους. Το σύστημα υγειονομικής φροντίδας που μας απασχολεί, συμπεριλαμβάνει την πρόληψη ασθένειας, την αντιμετώπιση ασθένειας, τη διαχείριση ασθένειας και τη διατήρηση της πνευματικής και φυσικής ευεξίας των ατόμων. Το σύστημα υγείας θα μπορούσε να χωριστεί σε τρία υποσυστήματα. Το *πρώτο* υποσύστημα καλύπτει τους παράγοντες που σχετίζονται με την εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, το *δεύτερο* αφορά στις υπηρεσίες παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών και το *τρίτο* τους μηχανισμούς κάλυψης δαπανών υγείας.

1.2.1 Οργάνωση και λειτουργία υπηρεσιών υγείας

Στην Ελλάδα μπορεί να διακρίνει κανείς τρία υποσυστήματα υπηρεσιών υγείας. Τα υποσυστήματα αυτά δεν έχουν δυνατή μεταξύ τους σύνδεση και δεν ισχύουν και για τα τρία, ίδιοι κανόνες λειτουργίας, οργάνωσης, χρηματοδότησης και ανάπτυξης. Τα υποσυστήματα αυτά είναι:

- το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), το οποίο περιλαμβάνει γενικά, ειδικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία, κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, Ε.Κ.Α.Β.
- υπηρεσίες δημοσίου εκτός του Ε.Σ.Υ. που εμπεριέχουν γενικά Νοσοκομεία (στρατιωτικά, ασφαλιστικών οργανισμών, ιδιωτικού δικαίου), πολυιατρεία (Ι.Κ.Α., άλλων Ασφαλιστικών Φορέων, δημοτικά ιατρεία)
- υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα που περιλαμβάνουν μικρά-κατά κανόνα- νοσοκομεία και κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιατρεία και εργαστήρια, οδοντιατρεία και φαρμακεία.

Πέραν όμως της παρουσίας του ιδιωτικού τομέα, το ελληνικό σύστημα υγείας διασφαλίζει το μίνιμουμ επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες.

1.2.2 Υγειονομική περίθαλψη

Η υγειονομική περίθαλψη αφορά στην αποκατάσταση των διαταραχών της υγείας και διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή (ή ανοιχτή) περίθαλψη και νοσοκομειακή (ή κλειστή) περίθαλψη.

Η ανοιχτή περίθαλψη αποτελείται από τις υπηρεσίες που παρέχονται κυρίως από τους γενικούς – οικογενειακούς γιατρούς και άλλους ειδικούς στην υγεία. Οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Ενώ την κλειστή περίθαλψη

αποτελούν οι υπηρεσίες που παρέχονται από ειδικευμένους γιατρούς εντός των νοσοκομείων.

Τα επίπεδα περίθαλψης καθορίζονται σύμφωνα με τον πληθυσμό ανά γεωγραφικό διαμέρισμα. Υπάρχουν στο σύνολο τρία επίπεδα φροντίδας, αν και μπορεί κάποιος να ισχυριστεί ότι είναι τέσσερα λαμβάνοντας υπόψη την αυτοφροντίδα στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Στο πρώτο επίπεδο περίθαλψης το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται κυμαίνεται από 500 έως 50.000 άτομα. Ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθορίζει το μέγεθος του πληθυσμού που μπορεί να καλυφθεί. Στο επίπεδο αυτό συνήθως το 90% των προβλημάτων αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά. Για το λόγο αυτό, πρέπει να εξασφαλίζεται η προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα υπηρεσιών ώστε το άτομο να έχει 24ωρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίς φραγμούς.

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης απευθύνεται σε ασθενείς που χρήζουν ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς βασικών ειδικοτήτων, οι οποίοι εκτελούν τα καθήκοντά τους στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής.

Τέλος, στο τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης παρέχεται από γιατρούς περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου και καλύπτει από 500.000 και πλέον άτομα. Ασθενείς που απευθύνονται σ' αυτό το επίπεδο περίθαλψης αντιμετωπίζουν σύνθετα ή εξειδικευμένα προβλήματα υγείας γι' αυτό, το περιφερειακό νοσοκομείο πρέπει να είναι εξοπλισμένο με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας. (Σιγάλας, 1999)

1.2.3 Η χρηματοδότηση του Συστήματος

Ο τρόπος και οι πηγές χρηματοδότησης στην Ελλάδα αποτελούν ένα πολύπλοκο σύστημα. Αυτό οφείλεται στο ότι το σύστημα υγείας είναι μικτό με πολύ αδύνατη δομή από όπου απουσιάζουν οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί.

Τρεις είναι σήμερα οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του ελληνικού υγειονομικού συστήματος: ο κρατικός προϋπολογισμός που αποτελείται από άμεσους και έμμεσους φόρους, η κοινωνική ασφάλιση που συμπεριλαμβάνει τις εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών και τέλος οι ιδιωτικές πληρωμές.

Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης για τις δημόσιες μονάδες υγείας, δηλαδή τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας του ΕΣΥ,

στρατιωτικά νοσοκομεία κτλ. Ενώ μέσω αυτού καλύπτεται και η ασφάλιση υγείας των αγροτών και το μεγαλύτερο κόστος ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, οι δαπάνες για την δημόσια υγεία και η έρευνα στον τομέα υγείας.

Τα ασφαλιστικά ταμεία καθίστανται η δεύτερη μεγάλη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Προέρχεται από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων, και αυτοαπασχολουμένων και καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής και ένα σημαντικό μέρος του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Επίσης η κρατική επιχορήγηση αποτελεί και αυτή με την σειρά της πηγή εσόδων των ταμείων υγείας. Το ύψος των εισφορών καθορίζεται από την εκάστοτε κυβέρνηση και εισπράττεται με τους μηχανισμούς που το κάθε ταμείο διαθέτει. Το κόστος της υπηρεσίας που παρέχεται υπολογίζεται βάσει του κρατικού τιμολογίου, το οποίο το καλύπτει εξολοκλήρου το ασφαλιστικό ταμείο. Μερικές φορές όμως υπάρχει διαφορά μεταξύ κρατικού τιμολογίου και πραγματικής τιμής, και αυτήν καλείται να καλύψει ο ίδιος ο ασφαλισμένος. Αυτές οι δαπάνες συγκαταλέγονται στις ιδιωτικές.

Η χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές αποτελείται από τις πληρωμές που γίνονται από ασφαλισμένους με χρήματα τα οποία προέρχονται από το οικογενειακό ή το προσωπικό τους εισόδημα. Οι πληρωμές αυτές, για τη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από το ΕΣΥ, μπορεί να καλύπτουν τη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, τις δαπάνες για επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς μη συμβεβλημένους με τα ταμεία, τη διαφορά της πραγματικής τιμής από την τιμή που εγκρίθηκε ότι θα καταβληθεί από τα ασφαλιστικά και τέλος σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας. (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009)

1.2.4 Χαρακτηριστικά του Ε.Σ.Υ.

Όπως είδαμε και ανωτέρω στην Ελλάδα όπως και στις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, η παροχή των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε ένα μικτό σύστημα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Παραγωγοί - προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας είναι ο ευρύτερος δημόσιος τομέας (δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, δημοτικά ιατρεία, στρατιωτικά νοσοκομεία) και ο αμιγώς ιδιωτικός τομέας (ιδιωτικά νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία).

Το 1983, με το νόμο 1397 θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Η δωρεάν παροχή ποιοτικής φροντίδας για όλους τους πολίτες, η άρση της εμπορευματοποίησης της υγείας και των ανισοτήτων στην πρόσβαση, η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του συστήματος μέσω της δημιουργίας αγροτικών ιατρείων και κέντρων υγείας στην περιφέρεια, η βελτίωση της εκπαίδευσης και η θεσμοθέτηση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών, αποτέλεσαν τους κύριους στόχους του Ε.Σ.Υ.. (Σουλιώτης 2006).

Τα τελευταία τουλάχιστον τριάντα χρόνια βρίσκεται σε μια συνεχή πορεία μετάβασης και συνεχών δομικών και οργανωτικών αλλαγών. Με αλληπάλληλα νομοθετήματα και διοικητικού -κυρίως- χαρακτήρα παρεμβάσεις, εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμού οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες, τόσο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, όσο και ιδιαίτερα στην καθημερινή πρακτική της παροχής των ιατρικών φροντίδων, με κύριο γνώρισμα τη λειτουργική αναποτελεσματικότητα.

Κύρια χαρακτηριστικά του Ε.Σ.Υ. είναι τα παρακάτω:

Οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται α) σε υπηρεσίες ανοιχτής ή πρωτοβάθμιας περίθαλψης και β) σε υπηρεσίες κλειστής ή νοσοκομειακής περίθαλψης (δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας).

Οι παραγωγοί των υπηρεσιών υγείας είναι α) ο δημόσιος τομέας (νοσοκομεία του ΕΣΥ ή νοσοκομεία άλλου δημόσιου χαρακτήρα, κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία αυτών, πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, δημοτικά ιατρεία).

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, γίνεται από α) τον κρατικό προϋπολογισμό, β) τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, την ιδιωτική ασφάλιση και γ) τις ιδιωτικές δαπάνες. (Σουλιώτης, 2006).

Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα αποτελεί μία σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία σε όλες τις χώρες του κόσμου αλλά ιδιαίτερα στην Ελλάδα ο βαθμός πολυπλοκότητας αυξάνεται σε σύγκριση με συστήματα υγείας άλλων αναπτυγμένων χωρών. Πρόκειται για ένα μικτό σύστημα, στο οποίο συνυπάρχουν το πρότυπο Bismarck και Beveridge από την πλευρά του δημόσιου τομέα, ταυτόχρονα με μια μεγάλου εύρους ιδιωτική αγορά υγείας. Θα λέγαμε πως απουσιάζουν θεσμοθετημένοι κανόνες και παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί και η έντονη παρέμβαση του κράτους στον έλεγχο των τιμών δεν αφήνει περιθώρια άσκησης πολιτικής, με βάση τη δυνατότητα της

διαπραγματεύσεως και συναίνεσης μεταξύ των εταίρων του συστήματος, τους αγοραστές (ασφαλιστικοί φορείς και κράτος) και προμηθευτές- παραγωγούς (ιατρικό σώμα, νοσοκομεία, κλπ.) στοιχείο που αποτελεί και το σημαντικότερο παράγοντα για το ύψος, τις πηγές και την κατανομή των πόρων.

Η ασφάλιση κατά των κινδύνων υγείας είναι υποχρεωτική για το σύνολο του απασχολούμενου πληθυσμού και των εξαρτωμένων μελών και είναι βασισμένη στην επαγγελματική κατηγορία και όχι στο εισόδημα. Υπάρχει ελάχιστος αριθμός παροδικά ή περιοδικά ανασφάλιστων, όπως κυρίως οι άνεργοι, καθώς και ορισμένων μικρών ομάδων του πληθυσμού, οι οποίοι όμως έχουν τη δυνατότητα παροχής φροντίδων μέσω προνοιακού χαρακτήρα προγραμμάτων και δραστηριοτήτων («άποροι», κλπ.). (Μωραΐτης, 2004)

Η αύξηση των ορίων ηλικίας, η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας και η εμφάνιση νέων ασθενειών αυξάνοντας τις δαπάνες για την υγεία έχουν εγείρει ζήτημα βιωσιμότητας των ασφαλιστικών ταμείων και κατ'επέκταση των συστημάτων υγείας. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που δαπανούν αρκετά για την υγεία, με το μερίδιο των δημοσίων δαπανών να θεωρείται από τα χαμηλότερα στις χώρες του ΟΟΣΑ (πιν.1,2).

Σε γενικές γραμμές, το σύστημα χρηματοδότησης είναι ανοικτό και οδηγείται κυρίως από τη ζήτηση. Δεν υπάρχουν σφαιρικοί προϋπολογισμοί ή όρια προς τα πάνω για τις δαπάνες, ενώ μέχρι την υπογραφή των μνημονίων δανεισμού από τη χώρα και για λόγους συγκράτησης του δημοσίου χρέους, δε θα λέγαμε ότι γίνονται οργανωμένες προσπάθειες για εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης του κόστους είτε από τη μεριά της ζήτησης είτε από τη μεριά της προσφοράς. Οι πληρωμές προέρχονται από διάφορες πηγές χωρίς τον αναγκαίο μεταξύ τους συντονισμό. Δεν υπάρχουν κίνητρα για περισσότερο αποδοτικές πρακτικές των παραγωγών των υπηρεσιών υγείας, ενώ η ανυπαρξία πολιτικής τιμολόγησης στις αποφάσεις για τα νοσήλια και τις άλλες αμοιβές είναι σημαντική. (Μωραΐτης, 2004)

Ο πολυποίκιλος χαρακτήρας της υγείας ως προς την δομή της, αλλά και ως προς τις επιπτώσεις της σε άλλους τομείς, καθιστά αναγκαία την οικονομική αποτίμηση των δαπανών της καθώς ο συνδυασμός ιδιωτικής και δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας, ιδίως σε ένα μη ανταγωνιστικό περιβάλλον, φέρνει στο φως ένα διττό ζήτημα ανισότητας: την υποβάθμιση υπηρεσιών του δημοσίου τομέα και την μείωση της

αποτελεσματικότητας του συνολικού συστήματος, με παράλληλη αύξηση του κόστους του. Όμως, η φιλοσοφία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) αντικατοπτρίζει την πρόθεση της πολιτείας να παράγει και να χρηματοδοτεί αγαθά, που εν συνεχεία διαθέτει ελεύθερα στον πολίτη, χωρίς ή με μικρή συμμετοχή στο κόστος. Με αυτό το σκεπτικό αιτιολογείται ο παρεμβατικός ρόλος του κράτους ή των ταμείων, που αφενός στοχεύουν στην άρση της αβεβαιότητας που δημιουργεί ο μελλοντικός κίνδυνος της ασθένειας (Arrow K.J., 1973) και αφετέρου στην διαμόρφωση προτεραιοτήτων. (Williams A., 1988).

Δυστυχώς, το υψηλό χρέος του κράτους, έναντι των ασφαλιστικών ταμείων και των παρόχων αγαθών και υπηρεσιών υγείας, ενισχύει την υποχρηματοδότηση του συστήματος, τις διαπλεκόμενες σχέσεις και τη δυνατότητα εγγυοδοσίας του. Τα χρέη των ασφαλιστικών ταμείων προς τα δημόσια νοσοκομεία και τα χρέη των τελευταίων προς τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις, καθώς επίσης οι παράλληλες εξαγωγές και η έλλειψη μηχανοργάνωσης του δημόσιου τομέα, δυσχεραίνουν τη μέτρηση της δαπάνης.

Σίγουρα όμως, η ασθενής και δυσλειτουργική ΠΦΥ οδήγησε στην διόγκωση των δαπανών για θεραπεία, επέκταση του ιδιωτικού τομέα, με συνέπεια την αύξηση των τιμών, την αύξηση των εξόδων των νοικοκυριών και την αύξηση του χάσματος στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τελικά έλλειμμα εμπιστοσύνης στο δημόσιο σύστημα.

Απαιτείται, λοιπόν, η αναδιοργάνωση της ΠΦΥ, η οποία θα προλαμβάνει τις - κατά κανόνα- ακριβότερες θεραπείες και θα λειτουργήσει ανταγωνιστικά με τον ιδιωτικό τομέα, περιστέλλοντας τον πληθωρισμό των τιμών, θα αξιοποιήσει το ιατρικό δυναμικό, θα ενισχύσει τα εισοδήματα των νοικοκυριών, θα συνδέσει ομαλά την πρωτοβάθμια με την νοσοκομειακή φροντίδα και θα ενδυναμώσει την πρόληψη παρέχοντας ποιότητα, ασφάλεια και οικονομία.

2. ΠΦΥ-ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ-ΠΦΥ ΣΤΟΥΣ ΟΤΑ

Στο παρόν μέρος της εργασίας, αφού ερευνήσουμε εννοιολογικά και σε περιεχόμενο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) και αναφέρουμε τη διοικητική διαίρεση της Ελλάδας, θα κάνουμε μία μικρή επισκόπηση για την ΠΦΥ στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) για να καταδείξουμε το πλαίσιο μέσα στο οποίο δραστηριοποιήθηκαν και δραστηριοποιούνται οι υπηρεσίες των δημοτικών ιατρείων (Δ.Ι.)

2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

2.1.1 Η έννοια της ΠΦΥ

Στη διεθνή πρακτική έχει επικρατήσει μια πληθώρα ορισμών για τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς είχε κατά καιρούς διαφορετικό περιεχόμενο, ως αποτέλεσμα των διαφορετικών κοινωνικών αρχών και αξιών, αλλά και του διαφορετικού επιδημιολογικού προτύπου που καθόριζε τις υγειονομικές ανάγκες. (Σουλιώτης, 2006)

Το απολύτως σαφές είναι πως εκφράζει μία ευρεία έννοια, η οποία αναφέρεται σε μία συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες προσφέρονται και σε υγιή άτομα, είτε στο σύνολο του πληθυσμού, είτε σε επίπεδο τοπικής κοινότητας.

Σε αντιδιαστολή, η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη έχει στενότερη έννοια και αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας, οι οποίες προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει, υποκειμενικά ή αντικειμενικά, τα συμπτώματα της νόσου.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί έκφραση μία στρατηγικής, η οποία δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον εξωνοσοκομειακό τομέα ενός συστήματος υγείας και αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος, εκεί δηλαδή που ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας. Όμως, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στηρίζεται στη σφαιρική αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη. (Σουλιώτης, 2006)

2.1.2 Παράγοντες ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Στο σημείο αυτό, πριν προχωρήσουμε σε περαιτέρω ανάλυση, θα ήταν σκόπιμο να αναφερθούμε σε κρίσιμους παράγοντες οι οποίοι έδρασαν καταλυτικά στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και οποίοι επηρέασαν τον Π.Ο.Υ.:

- Η οικονομική - πετρελαϊκή κρίση στις αρχές της δεκαετίας του '70 οδήγησε σε έντονο προβληματισμό γύρω από το θέμα των δαπανών για την υγεία και της παραπέρα αύξησης του ρυθμού ανόδου του ποσοστού που χορηγείται από το ΑΕΠ με τη μορφή των κοινωνικών παροχών.
- Αναγνωρίστηκε η έννοια της αρρώστιας όχι σαν αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, επηρεαζόμενο από μια σειρά παραγόντων έξω από το σύστημα υγείας και αναπτύχθηκε έντονος προβληματισμός γύρω από την αξία της ιατρικής.
- Σειρά μελετών έδειξε πως δεν υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του ύψους των δαπανών υγείας και των δεικτών υγείας, δηλαδή το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, με μόνη ίσως εξαίρεση τη συσχέτιση με τη μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα, καθώς και τη μείωση των δεικτών βρεφικής θνησιμότητας. Επίσης, η αύξηση του ύψους των δαπανών δεν εξάλειψε τις διαφορές στην πρόσβαση και την ίαση ανάμεσα στις ανώτερες και κατώτερες κοινωνικοοικονομικά τάξεις.
- Διαπιστώθηκε ότι η εντυπωσιακή ανάπτυξη και διεύρυνση των συστημάτων υγείας στην πρώτη μεταπολεμική περίοδο χαρακτηρίζεται και από έντονα ανοδική πορεία των δαπανών περίθαλψης λόγω της κοινωνικής ασφάλισης και της μεγάλης αύξησης της ζήτησης υπηρεσιών υγείας μέσα από τη διαμόρφωση των καταναλωτικών προτύπων της μεταπολεμικής περιόδου.
- Η συνεχής ανάπτυξη των ιατρικών υπηρεσιών, η επέκταση και βελτίωση των διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων και δραστηριοτήτων, σε συνδυασμό με την εντυπωσιακή πρόοδο και διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, και ιδιαίτερα τους ρυθμούς ανανέωσης και αντικατάστασής της έδειξε να αυξάνει δραματικά τις δαπάνες υγείας. (Μωραΐτης, 2006)

Οι παραπάνω διαπιστώσεις και ο προβληματισμός που αναπτύχθηκε οδήγησε στην αναθεώρηση παραδοσιακών σκέψεων και αντιλήψεων για τον τρόπο που μέχρι τότε

κάθε κοινωνία αντιμετώπιζε το θέμα υγεία και την οργάνωση των υπηρεσιών παροχής ιατρικών φροντίδων.

2.1.3 Π.Φ.Υ. και Π.Ο.Υ- Τα προγράμματα «Υγεία για όλους» και «Υγιείς πόλεις»

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τα τελευταία χρόνια, το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου, αλλά και αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας με πρωταγωνιστή τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αποτελεί διεθνή Οργανισμό με 183 χώρες μέλη. Ο ΠΟΥ ιδρύθηκε το 1948 με μοναδικό σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα και έχει έδρα στη Γενεύη. Ο ΠΟΥ διακήρυξε στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου, μέσα στη δεκαετία του 1970, το σύνθημα «Υγεία για όλους το 2000». (Κυριακίδου, 1998).

Έτσι, το 1978 στο διεθνές συνέδριο του ΠΟΥ και της UNICEF στην πρωτεύουσα του Καζακστάν Alma-Ata προέκυψε το συμπέρασμα ότι κλειδί για την επιτυχία του σκοπού του ΠΟΥ «Υγεία για όλους το 2000» θα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας ως σημείου υποδοχής και αφετηρίας πλοήγησης στο σύστημα υγείας περιγράφεται στη Διακήρυξη της Alma-Ata ως εξής: «*Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ...αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας την φροντίδα υγείας όσο πιο κοντά γίνεται στο χώρο που ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί το πρώτο βασικό στοιχείο μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας της φροντίδας υγείας... Αυτή απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης...*». (W.H.O. , 1976)

Οι σκέψεις γύρω από την αντιμετώπιση της ασθένειας, κύρια με προληπτικές και λιγότερο με θεραπευτικές μεθόδους, κυριάρχησαν στο συνέδριο της Alma-Ata και σαν βασικά στοιχεία της ΠΦΥ οριοθετήθηκαν :

- I. Η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη νοσημάτων (αγωγή υγείας, προσυμπτωματικός έλεγχος, εμβολιασμοί, προγράμματα προαγωγής υγείας κλπ.).
- II. Η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα (διάγνωση, θεραπεία, παραπομπή, επανεξέταση, θεραπεία και φροντίδα κατ' οίκον, έκτακτα περιστατικά).
- III. Η αποκατάσταση. (Μωραΐτης, 2006)

Η διακήρυξη, διαπνέεται από τις σύγχρονες τάσεις για την οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας που είναι η ενθάρρυνση της παροχής φροντίδων υγείας σε τοπικό επίπεδο και η απομάκρυνση από τις νοσοκομειοκεντρικές τάσεις για να μειωθούν οι άσκοπες εισαγωγές στα νοσοκομεία.

Έτσι, δίνεται έμφαση στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα, την πρόληψη και την παράλληλη αποδοχή εναλλακτικών μορφών νοσηλείας, όπως η νοσηλεία στο σπίτι, το νοσοκομείο ημέρας, οι μονάδες βραχείας νοσηλείας και απομακρύνονται τα πρότυπα οργάνωσης με άξονα αναφοράς το νοσοκομείο. (Μωραΐτης,2006)

Κατανοώντας, τα παραπάνω και για να επανέλθουμε στο αντικείμενο του παρόντος πονήματος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στις αρχές της δεκαετίας του '80 παρουσίασε το σχέδιο «Healthy Cities», δηλαδή «Υγιείς Πόλεις» ώστε να παρέχει έναν οργανωτικό φορέα παροχής πληροφοριών, διασυνδέσεων και δυνατοτήτων σε συνέχεια του σχεδίου «Υγεία για όλους», σε τοπικό επίπεδο.

Χαρακτηριστικά, το 1986, έντεκα πόλεις έγιναν μέλη του δικτύου «Υγιείς Πόλεις» σε ένα πρόγραμμα το οποίο δεσμεύει τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης για ανάπτυξη στον τομέα της υγείας, μέσω μίας διαδικασίας πολιτικής δέσμευσης, θεσμικών αλλαγών και πλάνου που βασίζεται στη συνεργασία και τις καινοτόμες μελέτες. (W.H.O., 2011)

2.1.4 Εξέλιξη ΠΦΥ στην Ελλάδα - Νομοθετικό πλαίσιο

Ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους, είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση η βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Το ελληνικό σύστημα υγείας με διάφορες νομοθετικές ρυθμίσεις επεδίωξε την αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Χαρακτηριστικά, υπάρχει :

- ο νόμος-πλαίσιο 1397/1983 για την ΠΦΥ, ο οποίος είχε στόχους την καθολικότητα στην ασφαλιστική κάλυψη, την ισότητα της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, την ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης από το ΕΣΥ και την ποιοτική και ποσοτική αύξηση των επενδύσεων και του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο τομέα. (Νόμος 1397/1983)

- ο νόμος 1579/217/ΓΑ/23-12-85 (άρθρο 1312), που αναφέρεται στη σύσταση μονάδων, που κρίνονται αναγκαίες για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, νοσηλείας, εκπαίδευσης, έρευνας και θα ρυθμιστούν με υπουργικές αποφάσεις. (Νόμος 1579/1985)
- ο νόμος 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας, που ήρθε να άρει το θεσμό της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ, και αναφερόταν στην κατ' οίκον νοσηλεία, τον οικογενειακό ιατρό, τη συμμετοχή του ιδιώτη ιατρού στην ΠΦΥ, καθώς και άλλες ρυθμίσεις.(Νόμος 2071/92)
- ο νόμος 2519/1997, ο οποίος δεν υλοποιήθηκε, λαμβάνοντας υπόψη το πόρισμα της έκθεσης της Ειδικής Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομόνων, κάνει λόγο για την ανάπτυξη «δικτύων» στην ΠΦΥ για την αγωγή υγείας και την πρόληψη. (Νόμος 2519/1997)
- ο νόμος 3235/2004, ο οποίος αποτελεί μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της ΠΦΥ, η οποία επιχειρεί να εξορθολογήσει και να προσδώσει ένα πλουραλιστικό χαρακτήρα αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αξιοποιώντας τις υφιστάμενες υποδομές τόσο των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ όσο και των πολυϊατρείων και των τοπικών ιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών. Αφετηριακή του θέση αποτελεί ότι το κράτος οφείλει να είναι εγγυητής μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη συνέχειά τους. (Νόμος 3235/2004).

Σταδιακά και κυρίως με το νόμο του 2004 παρατηρείται η στόχευση σε συγκεκριμένες αρχές όπως:

- ✓ η συνέχεια της φροντίδας, για να επιτραπεί η διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο το ιατρό ή την ομάδα υγείας στη διάρκεια του χρόνου
- ✓ η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας στο ιδιαίτερο κοινωνικό, πολιτιστικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ασθενούς
- ✓ ο προσανατολισμός στον ασθενή και την οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης των ασθενών μέσα στο σύστημα. (Αδαμακίδου,Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου,2008)

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου 3235/2004, νοείται, λοιπόν το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και περιλαμβάνει:

- α) τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
- β) την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
- γ) τον οικογενειακό προγραμματισμό,
- δ) τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
- ε) την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
- στ) τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
- ζ) την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο,
- η) τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας

2.1.5 Πάροχοι ΠΦΥ

ΠΦΥ παρέχεται από:

(α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών Ιατρείων και των πρωινών και απογευματινών εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων με πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων πολίτες καθώς και των ανασφάλιστων σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών,

(β) τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία, (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ). Υπηρεσίες παρέχονται από τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων, συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιώτες ιατρούς καθώς και συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα. Πρόσβαση έχουν οι ασφαλισμένοι των ταμείων

(γ) τις μη κυβερνητικές-μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, οι οποίες εξυπηρετούν το γενικό πληθυσμό (Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός) ή μετανάστες και πρόσφυγες στα πολυιατρεία τους (Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Γιατροί του Κόσμου).

(δ) τον ιδιωτικό τομέα (ιδιώτες ιατροί, διαγνωστικά κέντρα και ιατρεία), ο οποίος ανταγωνίζεται έντονα το δημόσιο σύστημα προσφέροντας υψηλή τεχνολογία και ξενοδοχειακού τύπου συνθήκες,

(ε) την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Στη χώρα μας λειτουργούν ΚΑΠΗ, προγράμματα «Βοήθειας στο σπίτι» και Δημοτικά Ιατρεία τα οποία παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη και άλλοτε μόνο προνοιακές υπηρεσίες. (Αδαμακίδου,Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου,2008)

Όπως διαπιστώνουμε, η πολιτεία πρέπει να παρέχει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την άμεση πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Όμως, η ζήτηση για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατευθύνεται κυρίως στους γιατρούς ειδικότητας και από εκεί υπάρχει η δυνατότητα απευθείας παραπομπής των ασθενών στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Οι λίστες μακροχρόνιας αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία ή τα εργαστηριακά κέντρα, αναγκάζουν τους ασφαλισμένους να βρίσκουν διέξοδο, είτε μέσω των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, είτε μέσω της χρησιμοποίησης υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα.

Με δεδομένο ότι πολλές φορές τα περισσότερα προβλήματα υγείας δεν έχουν τα χαρακτηριστικά του επείγοντος, ακριβοί πόροι του συστήματος απασχολούνται για να αντιμετωπίσουν ασήμαντα προβλήματα υγείας ή απλές ενοχλήσεις, οδηγώντας σε σημαντική αύξηση το κόστος και απαξίωση του εξοπλισμού.

Κοντά σε αυτά και η δεδομένη κάκιστη γεωγραφική κατανομή των κέντρων υγείας, παράγοντας που φανερώνει την ανεπάρκεια του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη χώρα μας, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι η προσέγγιση σε αυτά επηρεάζεται από την απόσταση και τη δυνατότητα πρόσβασης.

Έτσι , λοιπόν, οξύνεται και γίνεται πιο εμφανές το γεγονός πως υπάρχει ιδιαίτερη ανάγκη δημιουργίας μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κοντά στο χώρο εργασίας και διαμονής των ατόμων, αν είναι δυνατό ακόμα και σε επίπεδο δήμου.

2.2. Διοικητική διαίρεση της Ελλάδας

Στην παρούσα ενότητα, είναι απαραίτητο να παρουσιάσουμε τη διοικητική διαίρεση της Ελλάδας, με σκοπό να σκιαγραφήσουμε τη διάρθρωση της τοπικής αυτοδιοίκησης και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης πριν προχωρήσουμε στην αναφορά της παροχής ΠΦΥ από αυτούς και επομένως στη λειτουργία των δημοτικών ιατρείων.

2.2.1 Διοικητική διαίρεση της Ελλάδας το 2011

Η τρέχουσα διοικητική διαίρεση της Ελλάδας διαμορφώθηκε από το πρόγραμμα «Καλλικράτης» (επισήμως Ν.3852/10) και ισχύει από την 1η Ιανουαρίου 2011. Σύμφωνα με αυτήν, η χώρα διαιρείται σε επτά αποκεντρωμένες διοικήσεις, δεκατρείς περιφέρειες και 325 δήμους.

Οι περιφέρειες και οι δήμοι είναι αυτοδιοικούμενα νομικά πρόσωπα και οι αρχές τους εκλέγονται με καθολική ψηφοφορία ανάμεσα στους μόνιμους εγγεγραμμένους κατοίκους.

Πρωτοβάθμιος οργανισμός τοπικής αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) είναι ο δήμος. Διοικείται από δήμαρχο και δημοτικό συμβούλιο που εκλέγονται κάθε 5 έτη με καθολική ψηφοφορία. Κάθε δήμος χωρίζεται σε διαμερίσματα με την επίσημη ονομασία «δημοτικές ενότητες» και αυτές με τη σειρά τους σε «κοινότητες». Οι τελευταίες διαθέτουν δικά τους συμβούλια, ο ρόλος αυτών όμως είναι συμβουλευτικός και δεν μπορούν να λάβουν αποφάσεις.

Δευτεροβάθμιος ΟΤΑ είναι η περιφέρεια, η οποία αντιστοιχεί σε μία ευρεία γεωγραφική περιοχή της χώρας. Διοικείται από περιφερειάρχη και περιφερειακό συμβούλιο που εκλέγονται κάθε 5 έτη με καθολική ψηφοφορία ανάμεσα στους εγγεγραμμένους των δήμων που υπάγονται στην περιφέρεια. Κάθε περιφέρεια διαιρείται σε «περιφερειακές ενότητες», οι οποίες συνήθως συμπίπτουν με τους νομούς. Κάθε περιφερειακή ενότητα διαθέτει δικό της αντιπεριφερειάρχη που προέρχεται από το συνδυασμό του περιφερειάρχη.

Δύο ή περισσότερες περιφέρειες (ή μόνο μία στην περίπτωση της Αττικής και της Κρήτης) θα συγκροτούν έναν τρίτο βαθμό, την αποκεντρωμένη διοίκηση. Αυτή δεν αποτελεί θεσμό αυτοδιοίκησης, αφού ο επικεφαλής της (με τον τίτλο «γενικός γραμματέας») διορίζεται από την κυβέρνηση και συγκεντρώνει όλες τις αποφασιστικές αρμοδιότητες, το δε συμβούλιό της, στο οποίο συμμετέχουν οι οικείοι περιφερειάρχες και εκπρόσωποι των τοπικών ενώσεων δήμων, έχει κυρίως συμβουλευτικό χαρακτήρα.

Εξαιρέση σε όλα τα παραπάνω αποτελεί το Άγιο Όρος, το οποίο αποτελεί μιν ελληνικό έδαφος, αλλά αυτοδιοικείται με τους δικούς του θεσμούς βάσει του Καταστατικού Χάρτη του 1924. (Βικιπαιδεία, 2011) (Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2010)

2.2.2 Διοικητική διαίρεση της Ελλάδας το 1997

Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να παρουσιάσουμε συνοπτικά την προηγούμενη δομή της διοικητικής διάρθρωσης της Ελλάδας για να γίνει κατανοητή η αλλαγή η οποία επέρχεται και το πλαίσιο λειτουργίας των δημοτικών υπηρεσιών ως σήμερα.

Η πρότερη διάρθρωση της χώρας, καθορίστηκε με τη διοικητική διαίρεση του 1997, που προέκυψε με εφαρμογή του σχεδίου «Καποδίστριας». Με αυτή, πραγματοποιήθηκε συνένωση παλαιότερων δήμων και κοινοτήτων σε μεγαλύτερους δήμους με σκοπό τη βελτιστοποίηση της δημόσιας διοίκησης στο επίπεδο της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Έτσι, η Ελλάδα διαιρέθηκε σε 13 Περιφέρειες, 51 νομούς και 1034 δήμους και κοινότητες (910 δήμοι και 124 κοινότητες) ενώ παράλληλα καταργήθηκαν οι επαρχίες.

Οι νομοί και οι δήμοι ήταν αυτοδιοικούμενοι, καθώς οι αρχές τους εκλέγονται με καθολική ψηφοφορία ανάμεσα στους μόνιμους κατοίκους. Εξαιρέση αποτελούσαν ο νομός Αττικής, που υποδιαιρέθηκε σε τρεις αυτοδιοικούμενες νομαρχίες (Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Αθηνών - Πειραιώς, Νομαρχία Ανατολικής Αττικής και Νομαρχία Δυτικής Αττικής) και οι νομοί της περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης οι οποίες συγκροτήσαν δύο αυτοδιοικούμενες υπερνομαρχίες, την υπερνομαρχία Ροδόπης-Έβρου και την υπερνομαρχίες Ξάνθης-Δράμας-Καβάλας. (Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2006), (Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης, 2011)

2.2.3 Οι αλλαγές του προγράμματος «Καλλικράτης»

Με τον «Καλλικράτη» επιδιώκεται σύμφωνα με το Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης να υλοποιηθεί μια ανάπτυξη νέου τύπου με κύρια χαρακτηριστικά της την αξιοποίηση των τοπικών και περιφερειακών συγκριτικών πλεονεκτημάτων, στο σεβασμό στο περιβάλλον και στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής.

Οι Δήμοι αναδεικνύονται σε ισχυρές μονάδες τοπικής ανάπτυξης και ταυτόχρονα εξελίσσονται σε αποτελεσματικούς διαχειριστές υπηρεσιών, ιδίως στην καθημερινή ζωή των πολιτών και στην ποιότητά της. Αναλαμβάνουν νέες αρμοδιότητες, μαζί με τους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους που προέρχονται από την καταργούμενη

νομαρχιακή αυτοδιοίκηση σε τομείς όπως η πρόνοια και η προστασία της δημόσιας υγείας, η ανέγερση σχολικών κτιρίων, η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, η ένταξη των μεταναστών, οι πολεοδομικές εφαρμογές, ο υγειονομικός έλεγχος, η προστασία της παιδικής και της τρίτης ηλικίας, οι λαϊκές αγορές οι αδειοδοτήσεις και ο έλεγχος πολλών τοπικών, οικονομικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων και η πολιτική προστασία.

Ο «Καλλικράτης» θεωρείται συνέχεια του «Καποδίστρια» (Ν.2539/97), υπό την έννοια ότι αμφότεροι εισήχθησαν από κυβέρνηση του ίδιου κόμματος (ΠΑ.ΣΟ.Κ.) και διέπονται από παρόμοια φιλοσοφία αναγκαστικής συνένωσης των υπαρχόντων μικρών δήμων σε μεγαλύτερους.

Βασικές πτυχές του προγράμματος είναι η μείωση του αριθμού των δήμων και των νομικών τους προσώπων κατά περίπου 2/3, η αντικατάσταση των 57 νομαρχιών ως δευτεροβάθμιων ΟΤΑ από τις 13 περιφέρειες, η σύσταση των αποκεντρωμένων διοικήσεων, οι αλλαγές στον τρόπο χρηματοδότησης των ΟΤΑ, η αύξηση της θητείας των αυτοδιοικητικών οργάνων από 4 σε 5 έτη και η ανακατανομή των αρμοδιοτήτων κάθε βαθμού.

Για την οριοθέτηση των διοικητικών ορίων των νέων Δήμων υιοθετούνται ορθολογικά και αντικειμενικά κριτήρια τα οποία δεν αφήνουν περιθώρια για πολιτικές ή άλλες σκοπιμότητες. Τα κριτήρια αυτά πηγάζουν από το Σύνταγμα το οποίο στο άρθρο 101 παρ.2 αναφέρει ότι: «Η διοικητική διαίρεση της Χώρας διαμορφώνεται με βάση τις γεωοικονομικές, κοινωνικές και συγκοινωνιακές συνθήκες». (Βουλή των Ελλήνων, 2011)

Συγκεκριμένα ορίστηκαν επτά κατηγορίες κριτηρίων:

α) Πληθυσμιακά (ο αριθμός των δημοτών, ο αριθμός των κατοίκων, η πληθυσμιακή πυκνότητα, η κατανομή των κατοικιών).

- Εισάγεται ελάχιστο πληθυσμιακό μέγεθος οι 10.000 μόνιμοι κάτοικοι.
- Το παραπάνω όριο αυξάνεται κατά 20% προκειμένου ένας δήμος να μπορεί να διατηρηθεί στα σημερινά του διοικητικά όρια.
- Ειδικά για τις μητροπολιτικές περιοχές των πολεοδομικών συγκροτημάτων Αθηνών και Θεσσαλονίκης, το παραπάνω όριο προσδιορίζεται στους 25.000 μόνιμους κατοίκους.

β) Κοινωνικά (το μέσο μέγεθος νοικοκυριού, οι μορφωτικοί δείκτες, το ποσοστό αλλοδαπών).

γ) Οικονομικά (η απασχόληση, η δομή της απασχόλησης, η εργασιακή κινητικότητα, το εισόδημα).

δ) Γεωγραφικά (το σχήμα, η προσβασιμότητα, τα δίκτυα υποδομών).

ε) Αναπτυξιακά (η δομή της τοπικής οικονομικής δραστηριότητας και γενικότερα της τοπικής ανάπτυξης, η ύπαρξη εκπαιδευτικών και ερευνητικών φορέων, η συμμετοχή σε Κοινοτικά και Εθνικά Προγράμματα).

στ) Πολιτιστικά, Ιστορικά και

ζ) Χωροταξικά κριτήρια, με τα οποία επιδιώκεται η γεωγραφική / χωρική ολοκλήρωση των διαφόρων κοινωνικών, διοικητικών και οικονομικών λειτουργιών, εξυπηρετήσεων και υποδομών που διασφαλίζουν συνθήκες βιωσιμότητας. Έτσι :

- Δεν διασπώνται τα όρια των δήμων, των νομών και των περιφερειών.
- Δεν συνενώνονται δήμοι χωρίς εδαφική συνέχεια
- Στα νησιά εφαρμόζεται η αρχή «ένα νησί ένας δήμος».

(Πρόγραμμα Καλλικράτης, Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2010), Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2010)

Συνοπτικά οι πιο σημαντικές αλλαγές στον πίνακα του παραρτήματος Α.

2.2.4 Κοινωνική προστασία, αλληλεγγύη, υγεία, στο πρόγραμμα «Καλλικράτης»

Στα κεφάλαια 3 και 4 του προγράμματος «Καλλικράτης» ορίζονται σαφώς και μεταβιβαζόμενες αρμοδιότητες στους Δήμους και τις Περιφέρειες και ορίζει την πρόσθεσή τους στο άρθρο 75 παρ. Ι του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων υπό τον τομέα ε' «Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης». (Πρόγραμμα Καλλικράτης, Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2010)

Οι πιο σημαντικές για την εργασία μας αρμοδιότητες των Δήμων είναι:

- Η μέριμνα για την εύρυθμη λειτουργία, συντήρηση και φύλαξη των Μονάδων

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία), σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ) και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

- Η συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη οργάνωση και ανάπτυξη του Ε.Κ.Α.Β. στη χωρική αρμοδιότητα του δήμου καθώς και για την οργάνωση αερομεταφοράς ασθενών.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και η διενέργειά τους.
- Η υλοποίηση :
 - α) προγραμμάτων δημόσιας υγιεινής που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου.
 - β) εκτάκτων προγραμμάτων δημόσιας υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση
 - γ) προγραμμάτων δημόσιας υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- Η έκδοση τοπικών υγειονομικών διατάξεων και η λήψη μέτρων σε θέματα δημόσιας υγιεινής.
- Η πληροφόρηση των δημοτών για θέματα δημόσιας υγείας.
- Η οργάνωση αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες ειδικών προγραμμάτων για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους,
- Η εφαρμογή προγραμμάτων για την καταπολέμηση λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων ζώων.
- Ο ορισμός ελεγκτή γιατρού ΟΓΑ για τα Ν.Π.Δ.Δ. του νομού.

Αντιστοίχως, οι πιο σημαντικές αρμοδιότητες των Περιφερειών είναι:

- Η χορήγηση και ανάκληση αδειών άσκησης επαγγελματιών υγείας καθώς και αδειών ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών, ιδιωτικών προνοιακών επιχειρήσεων, ιατρείων, οδοντιατρείων, εργαστηρίων και πάσης φύσεως χώρων άσκησης ιδιωτικού επαγγέλματος υγείας και πρόνοιας.

- Η υλοποίηση προγραμμάτων δημόσιας υγείας
- Η χορήγηση αδειών ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.
- Η εποπτεία Ιατρικών, Οδοντιατρικών και Φαρμακευτικών Συλλόγων των Νομών της περιφέρειας.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας της μητέρας και των παιδιών προσχολικής ηλικίας.(Πρόγραμμα Καλλικράτης, Υπουργείο Εσωτερικών, 2010), (Ανατολική Αττική News , 2010)

2.3 ΠΦΥ στην Τοπική Αυτοδιοίκηση

2.3.1 Παροχή ΠΦΥ από ΟΤΑ

Σύμφωνα με το Νόμο 3235 του 2004 «...η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, και εποπτεύεται και ελέγχεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητα τους» (Ν.3235/04).

Η συμμετοχή της κοινότητας στην Υγεία δεν είναι κάτι νέο. Η εφαρμογή της έχει εμφανιστεί με διάφορους τρόπους, για αρκετά χρόνια σε θέματα υγείας και ανάπτυξης της κοινωνικής ευεξίας. Υπάρχουν ήδη Δήμοι με σοβαρή εμπειρία και προσφορά στα θέματα της πρόληψης υγείας μέσω των Δημοτικών τους Ιατρείων και των Κέντρων Κοινωνικής Μέριμνας. Δυστυχώς όμως δεν υπάρχει οργανωμένη προληπτική φροντίδα υγείας στη χώρα μας και υπάρχει ανάγκη για λειτουργία σε όλους τους δήμους δομών υγείας, που θα καλύπτουν ζητήματα ενημέρωσης, πρόληψης και αγωγής υγείας.

Η αυτοδιοίκηση ως προνομιακός χώρος έκφρασης της βούλησης των τοπικών ή ευρύτερων τοπικών κοινωνιών είναι ικανή να οικοδομήσει τη σχέση της κοινότητας και της τοπικής εξουσίας με αποτέλεσμα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και αιτήματα της τοπικής εξουσίας να διατυπώνονται με πιο σαφή τρόπο και να επέρχονται -όπου είναι αναγκαίο- ρυθμίσεις τοπικού χαρακτήρα. Έτσι, θα γίνει πιο πρόσφορη και αποδοτική η απάντηση σε προβλήματα καθώς και πιο ορθή η διατύπωση λύσεων προσαρμοσμένων στα ιδιαίτερα στοιχεία της κάθε κοινότητας.

Η προστασία και η προώθηση του επιπέδου υγείας του τοπικού πληθυσμού αφορούν ένα ευρύ φάσμα δράσεων που μπορούν να έχουν ως επίκεντρο τους φορείς της αυτοδιοίκησης με απώτερο σκοπό την προώθηση της υγείας της τοπικής προστασίας.

Είναι σαφές ότι τα Δημοτικά Ιατρεία, καθώς και κάθε φορέας παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα πρέπει να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει την πρόληψη, τη διάγνωση, την αποκατάσταση και την κοινωνική φροντίδα. (Σουλιώτης, 2006).

Στο σημείο αυτό, πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι η ειδοποιός διαφορά της σύγχρονης ΠΦΥ από την παραδοσιακή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, είναι ακριβώς η ανάπτυξη όλων των δραστηριοτήτων του φάσματος υγείας και όχι μόνο των διαγνωστικών και θεραπευτικών λειτουργιών.

2.3.2 Διεθνή μοντέλα παροχής ΠΦΥ από ΟΤΑ

Μελετώντας τις διεθνείς πρακτικές υπό το πρίσμα των Roberts και Bossert διακρίνει κανείς τα κάτωθι σενάρια για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας.

❖ Το υποχρεωτικό

Πρόκειται στην πραγματικότητα για το Σκανδιναβικό μοντέλο (Σουηδία, Νορβηγία, Φινλανδία, Δανία), όπου η Τοπική Αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένη με μείζονα ρόλο στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Στα κράτη αυτά, των οποίων τα συστήματα υγείας ακολουθούν το μοντέλο του Beveridge, υπήρξε ήδη από την αρχή του 20ου αιώνα μια κουλτούρα υπέρ της αποκέντρωσης, είτε σε περιφερειακό είτε σε τοπικό επίπεδο. Βεβαίως, για να ολοκληρωθούν οι αποκεντρωμένες λειτουργίες της κοινωνικής πολιτικής, χρειάστηκε να φτάσουμε στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Το σχήμα αυτό αποτέλεσε για πολλές δεκαετίες, ένα μοντέλο αποκέντρωσης. Όμως, παρά τη σημαντική παράδοση δεκαετιών, πρόσφατα, πολλά σκανδιναβικά κράτη προχωρούν τώρα σε συγκέντρωση ορισμένων λειτουργιών.

Στη Δανία, οι οικονομικές και οι περισσότερες πολιτικές λειτουργίες επανέρχονται στον έλεγχο της εθνικής κυβέρνησης, ενώ στο επίπεδο της τοπικής αυτοδιοίκησης παρέμειναν μόνο λειτουργίες σχετικές με τα χρόνια νοσήματα και την πρόληψη.

Σε αυτό συμβάλλει και η συγκεντρωτική διοικητική μεταρρύθμιση που σαρώνει την Ευρώπη με τη μείωση του αριθμού των διοικητικών περιφερειών και των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, όπως άλλωστε συμβαίνει και στη χώρα μας, αρχικά με το σχέδιο «Ιωάννης Καποδίστριας» και τώρα με το σχέδιο «Καλλικράτης» τα οποία έχουν ήδη προαναφερθεί.

Αντίστοιχη τάση σημειώνεται στη Σουηδία όπου οι διοικητικές περιφέρειες στις οποίες ανήκουν τα νοσοκομεία και η ΠΦΥ αναμένεται από 21 να μειωθούν σε μονοψήφιο αριθμό, αλλά και στη Φινλανδία όπου οι ΟΤΑ που ευθύνονται για την ΠΦΥ, αναμένεται να μειωθούν από 450 σε περίπου 250. Κρίσιμο σημείο είναι το γεγονός πως στη Σουηδία, το 80% της χρηματοδότησης για την υγεία προέρχεται από τοπική φορολόγηση.

❖ Το προαιρετικό

Κατά αυτή την εκδοχή, οι ΟΤΑ μπορούν να καθορίζουν μόνοι τους τη θέση τους στο σύστημα παραγωγής υπηρεσιών υγείας.

Είναι η εκδοχή που ισχύει στις ΗΠΑ. Έτσι, στη χώρα αυτή, θα συναντήσει κανείς ΟΤΑ που απέχουν πλήρως από την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, αλλά και ΟΤΑ που κατέχουν και λειτουργούν μεγάλες ή πολυάριθμες νοσοκομειακές μονάδες (όπως είναι ο δήμος της Νέας Υόρκης). Κινητικότητα επίσης υπάρχει και σε ενδιάμεσες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα η πώληση δημοτικών νοσοκομείων σαν κι εκείνο του Σαν Ντιέγκο, το οποίο πωλήθηκε στην τοπική ιατρική σχολή, ή και το κλείσιμο δημοτικών νοσοκομείων λόγω υπερβολικού κόστους, όπως έγινε στη Φιλαδέλφεια.

Σε γενικές γραμμές, η μεγάλη αδυναμία αυτού του μοντέλου έγκειται στη χρηματοδότηση. Είναι προφανώς απρόσφορο η χρηματοδότηση να είναι ευθύνη του κράτους και οι ΟΤΑ να δημιουργούν όσες και όποιες δομές κρίνουν αυτοί αναγκαίες. Είναι επίσης προβληματικό, οι ΟΤΑ να ανακαλύπτουν ότι αδυνατούν να λειτουργήσουν μια δομή, που παρά τα οικονομικά της προβλήματα, καλύπτει αληθείς και καταγεγραμμένες ανάγκες του πληθυσμού.

❖ Το ελεγχόμενο

Κατά το σενάριο αυτό, οι ΟΤΑ έχουν κάποιο ρόλο στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας αλλά τα διαθέσιμα και οι δυνατότητες είναι σαφώς ελεγχόμενα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η Γερμανία και ο Καναδάς είναι παραδείγματα αυτού του μοντέλου.

Στη Γερμανία που είναι και η χώρα καταγωγής του μοντέλου του Bismarck, η κυβέρνηση αποφάσισε να συγκεντρώσει όλα τα κεφάλαια από τα ασφαλιστικά ταμεία και να τα αναδιανείμει η ίδια, βασιζόμενη σε μια ανάλυση ανάλογα με τον κίνδυνο ασθένειας κάποιου και του πληθυσμού ανά ασθένεια.

Στον Καναδά, η πολιτεία του Saskatchewan αποδείχθηκε πρωτοπόρα στην ανάπτυξη του καναδικού μοντέλου για την υγεία, με την υιοθέτηση νόμου το 1946 με τον οποίο ξεκίνησε να εγγυάται τη νοσοκομειακή φροντίδα στην πλειοψηφία των πολιτών, πολύ πριν το κάνει η ομόσπονδη κυβέρνηση. Τα προγράμματα δημοτικών ιατρείων έληξαν το 1962 με την ομόσπονδη κυβέρνηση να αναλαμβάνει την οικονομική ευθύνη για ολόκληρο το σύστημα υγείας. Σήμερα, η ομόσπονδη κυβέρνηση καλύπτει περίπου το 70% των δαπανών για την υγεία, αρκετά από τα οποία κατευθύνονται στους δήμους οι οποίοι έχουν την ευθύνη λειτουργίας όχι μόνο δημοτικών ιατρείων αλλά σε αρκετές περιπτώσεις και δημοτικών νοσοκομείων.

❖ Το απαγορευτικό

Σε αυτό οι ΟΤΑ αποκλείονται της δυνατότητας να παράξουν υπηρεσίες υγείας. Το σύστημα υγείας εδώ, διαρθρώνεται σε ένα καθαρά εθνικό επίπεδο.

Η Μεγάλη Βρετανία και η Αυστραλία είναι παραδείγματα τέτοιας πολιτικής, αν και η τελευταία φαίνεται να επιδιώκει να αλλάξει τα τελευταία χρόνια τη θέση της, αναζητώντας κατάλληλο ρόλο για τους ΟΤΑ της στο πεδίο της παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Σε μερικές αυστραλιανές πολιτείες όπως το Queensland, οι τοπικές κυβερνήσεις προέτρεψαν τις τοπικές αυτοδιοικήσεις να αναπτύξουν δημοτικά προγράμματα παροχής υπηρεσιών υγείας, βασισμένα στις ανάγκες κάθε δήμου. (Κούτρας, 2011), (Roberts M., Bossert T., 1998)

2.3.3 Ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο για παροχή ΠΦΥ στους ΟΤΑ

Στο σημείο αυτό, θα προσπαθήσουμε να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας στο νομοθετικό υπόβαθρο που ισχύει αυτή τη στιγμή στη χώρα μας, συγκεκριμένα για την παροχή ΠΦΥ από τους ΟΤΑ με αφετηρία τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ(1397/1983).

Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ (1397/1983), κατέστησε εξ' αρχής σαφές πως οποιαδήποτε μονάδα παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συμπεριλαμβανομένων αυτών που είχαν συσταθεί από την τοπική αυτοδιοίκηση, καταργείτο χάριν των νεοσύστατων κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων. Το άρθρο 16 παρ.1 αναφέρει ρητά πως *«...τα κέντρα υγείας, τα πολυϊατρεία, τα ιατρεία και οποιαδήποτε άλλη μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία και οποιοδήποτε άλλο φορέα κοινωφελούς χαρακτήρα, εκτός από τους υγειονομικούς σταθμούς και τα αγροτικά ιατρεία, καταργούνται»*. Η νομοθετική πράξη, αρκετά συγκεντρωτική ως προς το περιεχόμενό της, ανέστειλε τον όποιο ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, παρά την ενίσχυση σε πόρους και αρμοδιότητες, με την καθιέρωση της αιρετής Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, την ενίσχυση των περιφερειών και τη μετέπειτα εφαρμογή του προγράμματος «Ιωάννης Καποδίστριας».

Στο νόμο 1579 του 1984, στο άρθρο 13 (Παροχή Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης), παράγραφος 4, τέθηκαν τα θεμέλια της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ από τα νοσοκομεία: *«...η σύσταση στα νοσοκομεία και ο τρόπος λειτουργίας των μονάδων, που κρίνονται αναγκαίες για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, νοσηλείας, εκπαίδευσης, έρευνας και αξιολόγησης, καθώς και προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης και επαγγελματικής απασχόλησης ατόμων με ειδικά προβλήματα, ρυθμίζονται με αποφάσεις του υπουργού Υγείας»*. Τις επιπτώσεις της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ από δευτεροβάθμιες δομές όπως τα νοσοκομεία, τις ζούμε ακόμη και σήμερα με την υπερσυγκέντρωση στις νοσοκομειακές δομές και τη δυσλειτουργία του συστήματος.

Στο νόμο 2071 του 1992 (άρθρο 12, παράγραφοι 3 και 4) επικυρώνεται για άλλη μια φορά όχι μόνο ότι *«...τα τμήματα εξωτερικών ασθενών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ, μπορούν να παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»*, αλλά, ακόμη περισσότερο (άρθρο 14, παράγραφος 2) ότι *«...τα νοσοκομεία μπορούν να συνιστούν*

ακόμα και κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας». Έτσι, τα νοσοκομεία απομύζησαν από την περιφέρειά τους την πλειονότητα του υγειονομικού ανθρώπινου δυναμικού και - το κυριότερο- παραγνωρίστηκε κάθε πλεονέκτημα εγγύτητας των ΟΤΑ.

Το 2003, με το νόμο 3172, (άρθρο 1 παρ. 3) ορίστηκε ότι «...η δημόσια υγεία περιλαμβάνει τη συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτου και δεύτερου βαθμού». Στο άρθρο 15 αυτού του νόμου, με τίτλο «Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των ΟΤΑ α' βαθμού», δε γίνεται μνεία σε υπηρεσίες υγείας, αναφέρεται όμως στην παράγραφο θ', ότι είναι αρμοδιότητα των ΟΤΑ «...κάθε άλλη αρμοδιότητα που προβλέπεται από το Δημοτικό και Κοινοτικό Κώδικα ή ειδικές διατάξεις»

Επίσης, υπάρχει ο νόμος 3235 του 2004, στον οποίο, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ.4 του οποίου, «...η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται -μεταξύ άλλων- και από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης», χωρίς να εξειδικεύει περαιτέρω.

Έτσι, φτάσαμε στην ψήφιση του νέου κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων με το νόμο 3463 του 2006, για να τεθεί το εκσυγχρονισμένο και φιλόδοξο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών Κοινωνικής Πολιτικής από τους ΟΤΑ, στον οποίο, σύμφωνα με την εισαγωγή του άρθρου 75, «...οι δημοτικές και κοινοτικές αρχές διευθύνουν και ρυθμίζουν όλες τις τοπικές υποθέσεις, σύμφωνα με τις αρχές της επικουρικότητας και της εγγύτητας, με στόχο την προστασία, την ανάπτυξη και τη συνεχή βελτίωση των συμφερόντων και της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας». Παρακάτω, εντός του ίδιου άρθρου, στο εδάφιο (ε) περιγράφονται οι αρμοδιότητες των ΟΤΑ σε σχέση με την Κοινωνική Προστασία και Αλληλεγγύη, ως κάτωθι:

«1. Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων και ιδρυμάτων όπως παιδικών και βρεφονηπιακών σταθμών, βρεφοκομείων, ορφανοτροφείων, κέντρων ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κ.λπ. και τη μελέτη και εφαρμογή σχετικών κοινωνικών προγραμμάτων.

2. Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα, που στοχεύουν στη μέριμνα, υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, όπως δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων

με αναπηρία ,κέντρων ψυχικής υγείας, συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και βίας κατά συνοικούντων προσώπων και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών.

3. Η μέριμνα για τη στήριξη αστέγων και οικονομικά αδύνατων δημοτών, με την παραχώρηση δημοτικών και κοινοτικών οικοπέδων σε αυτούς ή με την παροχή χρηματικών βοηθημάτων, ειδών διαβίωσης και περίθαλψης σε κατοίκους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα διαβίωσης κατά τις προβλέψεις αυτού του Κώδικα.

4. Η σχεδίαση, η οργάνωση, ο συντονισμός και η εφαρμογή προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για την πρόληψη της παραβατικότητας στην περιφέρειά τους, με τη δημιουργία Τοπικών Συμβουλίων Πρόληψης Παραβατικότητας.

5. Ο σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων ή συμμετοχή σε προγράμματα και δράσεις για την ένταξη αθίγγανων, παλιννοστούντων ομογενών, μεταναστών και προσφύγων στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή της τοπικής κοινωνίας.

6. Η προώθηση και ανάπτυξη του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης με τη δημιουργία τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης, εθελοντικών οργανώσεων και ομάδων εθελοντών που θα δραστηριοποιούνται για την επίτευξη των στόχων και την υποβοήθηση του έργου της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης του Δήμου και της Κοινότητας».

Από την ανασκόπηση των αρμοδιοτήτων προκύπτει ότι προβλέπεται από την παράγραφο 2 του εδαφίου (ε), του άρθρου 75 του Κώδικα, «...η παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της δημιουργίας δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, μόνο για ευπαθείς κοινωνικά ομάδες». Βέβαια δεν καταφέρνει να οριοθετήσει και να επεξηγήσει τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες που είναι αντικείμενα υπηρεσιών ΠΦΥ μέσω δημοτικών ιατρείων καθώς αναφέρεται μόνο στους ψυχικά ασθενείς.

Σύμφωνα με νόμο 1566 του 1985, ως άτομα με ειδικές ανάγκες (Α.Μ.Ε.Α.) θεωρούνται όσοι «...πάσχουν από ειδικές ανεπάρκειες ή δυσλειτουργίες οφειλόμενες σε φυσικούς, διανοητικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, σε τέτοιο βαθμό, που είναι πολύ δύσκολο γι' αυτούς να συμμετάσχουν στη γενική και επαγγελματική κατάρτιση, να εξεύρουν εργασία ή να έχουν πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία» .

Με βάση τον παραπάνω ορισμό, θα μπορούσαμε να ταυτοποιήσουμε ως ευπαθείς κοινωνικές ομάδες τις παρακάτω:

- Τα άτομα με ειδικές ανάγκες

- Τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα (ναρκωτικά, αλκοόλ κλπ) είτε είναι ενεργοί χρήστες, είτε βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης, είτε την έχουν ολοκληρώσει
- Άτομα με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας
- Αποφυλακισμένοι / Ανήλικοι παραβάτες
- Παλιννοστούντες
- Πρόσφυγες και οικονομικοί μετανάστες
- Άτομα με γλωσσικές, πολιτισμικές ή άλλες ιδιαιτερότητες
- Κακοποιημένες γυναίκες
- Κακοποιημένα παιδιά
- Ηλικιωμένοι
- Άνεργοι
- Άποροι, άτομα που βιώνουν φτώχεια
- Άστεγοι

2.3.4 Συνήθη προβλήματα της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Με τη λειτουργία της ΠΦΥ υπό το ανωτέρω νομοθετικό, οργανωτικό και διοικητικό πλαίσιο, μπορούμε να αναφέρουμε μία σειρά από προβλήματα όπως αυτά έχουν επισημανθεί και καταγράφονται στη βιβλιογραφία.

1. Η Ελλάδα διαθέτει σήμερα για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ μια πλειάδα οργανωτικών σχηματισμών και φορέων, με δικό του οργανωτικό και διοικητικό πρότυπο, συνθήκες εργασίας, εποπτεύοντα φορέα (υπουργείο), διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης και ανισότητες σε επίπεδο εισφορών και παροχών. (Θεοδώρου, Σίσκου, Καϊτελίδου, Φαρατσέλη, Λιαρόπουλος, 2005), (Ζηλίδης, 2005), (Tountas, Karnaki, Pavi, 2002)

Δηλαδή έχουμε να κάνουμε με ένα πολυκερματισμένο και άναρχα αναπτυσσόμενο τομέα παροχής υπηρεσιών με απουσία κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού και έλλειψη συντονισμού στην ανάπτυξη, την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών. (Ζηλίδης, 2005)

2. Υψηλές συνολικές και κατά κεφαλήν δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη που υποδηλώνουν σημαντικές ανισότητες μεταξύ των λεγομένων ευγενών ταμείων. Έτσι, ασφαλιστικά ταμεία με μεγάλο αριθμό συνταξιούχων (π.χ. ΟΠΑΔ) παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό δαπανών σε σύγκριση με ταμεία που δεν

έχουν συνταξιούχους (π.χ. ΟΑΕΕ). Ταμεία με μεγάλο αριθμό συμβεβλημένων ιατρών σε σχέση με τις ανάγκες και η ελευθερία επιλογής των ασφαλισμένων τους (όπως ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου) παρουσιάζουν αυξημένες κατά κεφαλή δαπάνες στην πρωτοβάθμια και φαρμακευτική περίθαλψη σε σύγκριση με τις δαπάνες του ΙΚΑ που διαθέτει δικά του πολυϊατρεία και μισθωτούς ιατρούς.(Λιονής, Μερκούρης, 2000), (Θεοδώρου, Σίσκου, Καϊτελίδου, Φαρατσέλη, Λιαρόπουλος, 2005)

3.Η έλλειψη καταρτισμένων στελεχών (ιατρών και νοσηλευτών) στην ΠΦΥ οδηγεί το περιεχόμενο της ΠΦΥ συχνά να συρρικνώνεται στην απλή συνταγογραφία. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001), (Μπένος, 1996)

4.Υπάρχει γεωγραφική ανισοκατανομή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, με ελλιπή στελέχωση των δομών στην περιφέρεια σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές. (Λιονής, Μερκούρης, 2000), (Θεοδώρου, Σίσκου, Καϊτελίδου, Φαρατσέλη, Λιαρόπουλος, 2005), (Tountas, Karnaki, Pavi, 2002)

5.Απουσία του οικογενειακού ιατρού και έλλειψη συστήματος παραπομπών σε ανώτερες και υψηλού κόστους μορφές περίθαλψης που οδηγούν σε άσκοπη, ανεξέλεγκτη και χωρίς περιορισμούς περιπλάνηση του χρήστη-ασθενή στα διάφορα τμήματα του υγειονομικού συστήματος και διασπά τη συνέχεια και την αποτελεσματικότητα στην παρεχόμενη φροντίδα και στην αποδοτική χρήση των πόρων. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001), (Λιονής, Μερκούρης, 2000), (Νικολάκης, Οικονόμου, 2002)

6.Σοβαρές ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής υποδεικνύουν τον περιορισμό του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βασικές υπηρεσίες ή τον έμμεσο προσανατολισμό των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα. (Θεοδώρου, Σίσκου, Καϊτελίδου, Φαρατσέλη, Λιαρόπουλος, 2005)

7.Η περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, προάγει την αναγκαστική προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία του εφημερεύοντος νοσοκομείου ή σε ιδιώτες ιατρούς. (Λιονής, Μερκούρης, 2000), (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεοδώρου, Πολύζος, 1995), (Βερενίκη, Υφαντής, 2003)

8.Η έλλειψη κέντρων υγείας αστικού τύπου υπερφορτώνει τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή ΠΦΥ και τα αποπροσανατολίζει από τον κύριο στόχο τους, δηλαδή την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεοδώρου, Πολύζος, 1995), (Βερενίκη, Υφαντής, 2003)

9. Οι χαμηλοί μισθοί του προσωπικού και η έλλειψη κινήτρων για τη στελέχωση των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας απομακρυσμένων περιοχών και μη, συχνά ενθαρρύνουν τη μείωση της παραγωγικότητας, τον αυθαίρετο περιορισμό του ωραρίου και την προσφυγή σε παράνομες συναλλαγές. (Tountas, Karnaki, Pavi, 2002)

10. Η έντονη δυσαρέσκεια των χρηστών επικεντρώνεται αφενός στη χαμηλή ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες λόγω δυσκολιών πρόσβασης, χαμηλής ποιότητας, μεγάλο χρόνο αναμονής και αφετέρου στην καταβολή πρόσθετων δαπανών από ίδιες πηγές τη στιγμή της συναλλαγής, καθώς το σύνολο των ίδιων δαπανών και παραπληρωμών αγγίζει το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία. (Tountas, Karnaki, Pavi, 2002)

11. Η χαμηλή αξιοπιστία που κάνει τους ασθενείς να αναζητούν τη «δεύτερη γνώμη» σε άλλο ιατρό του συστήματος ή σε ιδιώτη, γεγονός και δημιουργεί επιπρόσθετες δαπάνες ακυρώνοντας το χαρακτήρα της δωρεάν περίθαλψης. (Tountas, Karnaki, Pavi, 2002), (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεοδώρου, Πολύζος, 1995), (Θεοδώρου, Σαρρή, Σούλης, 2001)

12. Δεν υπάρχει αποτελεσματικός έλεγχος της συνταγογραφίας και των παραπομπών σε ιδιωτικά κυρίως κέντρα για υψηλού κόστους εξετάσεις και προκαλείται η αδικαιολόγητη οικονομική επιβάρυνση των ταμείων για φάρμακα και εξετάσεις, των οποίων η σκοπιμότητα και αποτελεσματικότητα συχνά αμφισβητείται. (Θεοδώρου, Σαρρή, Σούλης 2001), (Tountas, Karnaki, Pavi, 2002)

13. Η παροχή ΠΦΥ σημαίνει την παροχή υπηρεσιών του τρίπτυχου «Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση». Με την παρούσα μορφή του συστήματος οι φορείς έχουν περιορισθεί στη συνταγογραφία και τον ιατρικό έλεγχο, ενώ η αγωγή υγείας και η πρόληψη παρέχονται αποσπασματικά ή απουσιάζουν τελείως.

14. Η έλλειψη μηχανοργάνωσης και αξιοποίησης της σύγχρονης τεχνολογίας από τις υπάρχουσες δομές για την καλύτερη εξυπηρέτηση των χρηστών και την παροχή ολοκληρωμένης συνεχούς φροντίδας. (Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, Θεοδώρου, Πολύζος, 1995), (Φιλαλήθης, 1996)

15. Η μεγάλη εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα εκθέτει την ΠΦΥ σε φαινόμενα πλασματικής ζήτησης και υπερκατανάλωσης υπηρεσιών επιβαρύνοντας τον οικογενειακό και δημόσιο προϋπολογισμό. (Κοντιάδης, Σουλιώτης 2005)

16. Πολυκερματισμός στον τομέα της χρηματοδότησης των φορέων της ΠΦΥ, της ανταμοιβής του προσωπικού και της συμμετοχής του χρήστη. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης 2001), (Tountas, Karnaki, Pavi, 2002), (Κοντιάδης, Σουλιώτης 2005), (Σουλιώτης, Λιονής, 2003)

Οι παραπάνω αναφορές αποτελούν μόνο μερικά από τα βασικά χαρακτηριστικά και συγχρόνως προβληματικά στοιχεία στην παροχή της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Η αναφορά τους κρίνεται επιβεβλημένη προκειμένου να προσεγγισθούν θέματα αξιολόγησης αλλά και η πρόταση ενός νέου μοντέλου.

Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, από την ανωτέρω ανασκόπηση, ότι υπάρχει σαφώς έδαφος, με το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο για την ανάπτυξη υπηρεσιών ΠΦΥ από τους ΟΤΑ και μάλιστα με το θεσμό των δημοτικών ιατρείων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

3.ΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

3.1 Νομοθετικό, οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο Δ.Ι.

3.1.1.Σύσταση και νομική μορφή Δ.Ι.

Τη νομοθετική βάση του υφιστάμενου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα αποτελεί ο νόμος 3235/04. Οι διατάξεις του νόμου αυτού αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Με αυτόν επιχειρείται να εναρμονισθεί η ελληνική πραγματικότητα με τη σύγχρονη φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως αυτή προσδιορίστηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στη συνδιάσκεψη της Άλμα-Άτα το 1978.

Τα Δημοτικά Ιατρεία είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και η Νομοθεσία για τη σύσταση και διοίκηση των Δημοτικών Ιατρείων εκτελούνται σύμφωνα με τον Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων του Υπουργείου Εσωτερικών. (Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, 2006) (Παράρτημα Β).

Σύμφωνα με το άρθρο 226 του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων, Δημοτικά Ιατρεία, συνιστώνται, ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ύστερα από απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, με προεδρικό διάταγμα, που ορίζει το σκοπό, τα όργανα της διοίκησης, τους πόρους, την περιουσία, που αφιερώνεται σε αυτό και το όνομα του ιδρύματος. Το προεδρικό διάταγμα εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και του αρμόδιου καθ' ύλην Υπουργού, αφού τηρηθούν και οι ειδικές, για κάθε κατηγορία ιδρυμάτων, διατάξεις.

Τα Δημοτικά Ιατρεία πρέπει βάση του Κ.Δ.Κ. να διοικούνται από διοικητικό συμβούλιο που απαρτίζεται από τον δήμαρχο ή τον πρόεδρο της Κοινότητας ή άλλο αιρετό ή μη πρόσωπο που ορίζεται από αυτούς ως πρόεδρος και από έξι (6) έως δέκα (10) μέλη που εκλέγονται από το δημοτικό συμβούλιο. Ένα, δε, από τα μέλη αυτά, εκλέγεται από το διοικητικό συμβούλιο ως αντιπρόεδρος του.

Μέλη του διοικητικού συμβουλίου του ιδρύματος πρέπει να εκλέγονται δύο τουλάχιστον δημοτικοί σύμβουλοι, εκ των οποίων ο ένας ορίζεται από τη μειοψηφία του δημοτικού συμβουλίου και ένας εκπρόσωπος των εργαζομένων του ιδρύματος, εφόσον απασχολούνται περισσότεροι από δέκα (10) εργαζόμενοι. Μέλη εκλέγονται και πρόσωπα που έχουν ανάλογη επαγγελματική ή κοινωνική δράση ή ειδικές γνώσεις ανάλογα με το

σκοπό του ιδρύματος ή και πρόσωπα που είναι χρήστες των υπηρεσιών του ιδρύματος, αρκεί να είναι Έλληνες πολίτες ή πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το αξίωμα του μέλους του διοικητικού συμβουλίου είναι τιμητικό και άμισθο και απαγορεύεται ρητώς να παρέχεται αμοιβή στα μέλη του διοικητικού συμβουλίου για οποιαδήποτε υπηρεσία τους προς το ίδρυμα.

Ταυτόχρονα, σε κάθε ίδρυμα υπάρχει τριμελής εκτελεστική επιτροπή που αποτελείται από τον πρόεδρο ή τον αντιπρόεδρο και δύο μέλη του διοικητικού συμβουλίου και –όπως ορίζει το Υπουργείο Εσωτερικών από το 2006- το διοικητικό συμβούλιο, ο πρόεδρος του και η εκτελεστική επιτροπή έχουν, ως προς τη διοίκηση του ιδρύματος, τις αρμοδιότητες και την αντιστοιχία δημοτικού συμβουλίου, δημάρχου και δημορχιακής επιτροπής. (Υπουργείο Εσωτερικών, 2011)

3.1.2 Οργάνωση & λειτουργία δημοτικών ιατρείων

Η ομάδα της ΠΦΥ αποτελείται και από ειδικούς γιατρούς και άλλους επιστήμονες Υγείας και το προσωπικό που απαρτίζει την ομάδα ΠΦΥ πρέπει να έχει διακριτούς ρόλους και επομένως οφείλει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και διαπιστευμένο ώστε να είναι σε θέση να εργαστεί σε επίπεδο κοινότητας.

Συνήθως, στη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας των Δημοτικών Ιατρείων ορίζονται Διευθυντής και Αναπληρωτής ως επιστημονικοί συντονιστές και διοικητικοί υπεύθυνοι με διαδικασία η οποία προβλέπεται και ρυθμίζεται με απόφαση του ΥΥΚΑ.

Το οργανόγραμμα καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια σχετικά με την Υγειονομική Περιφερειακή Διεύθυνση ΠΦΥ, ορίζονται επίσης με απόφαση του ΥΥΚΑ. Με την ίδια απόφαση καθορίζονται τα απαιτούμενα προσόντα και η διαδικασία αξιολόγησης αναφορικά με την κάλυψη όλων των διευθυντικών θέσεων.

Οι γενικοί γιατροί, παιδίατροι, οδοντίατροι, εργαστηριακοί γιατροί και οι άλλες βασικές ιατρικές ειδικότητες αποτελούν το ιατρικό δυναμικό των Δημοτικών Ιατρείων και η σύνθεση ρυθμίζεται με αποφάσεις του ΥΥΚΑ, με κριτήρια το μέγεθος του καλυπτόμενου πληθυσμού και άλλα ειδικά δημογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.

Στα Δημοτικά Ιατρεία προσφέρουν επίσης υπηρεσίες υγείας άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλεύτες, μαίες, επισκέπτες υγείας, παρασκευαστές, χειριστές-εμφανιστές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι και φυσικοθεραπευτές.

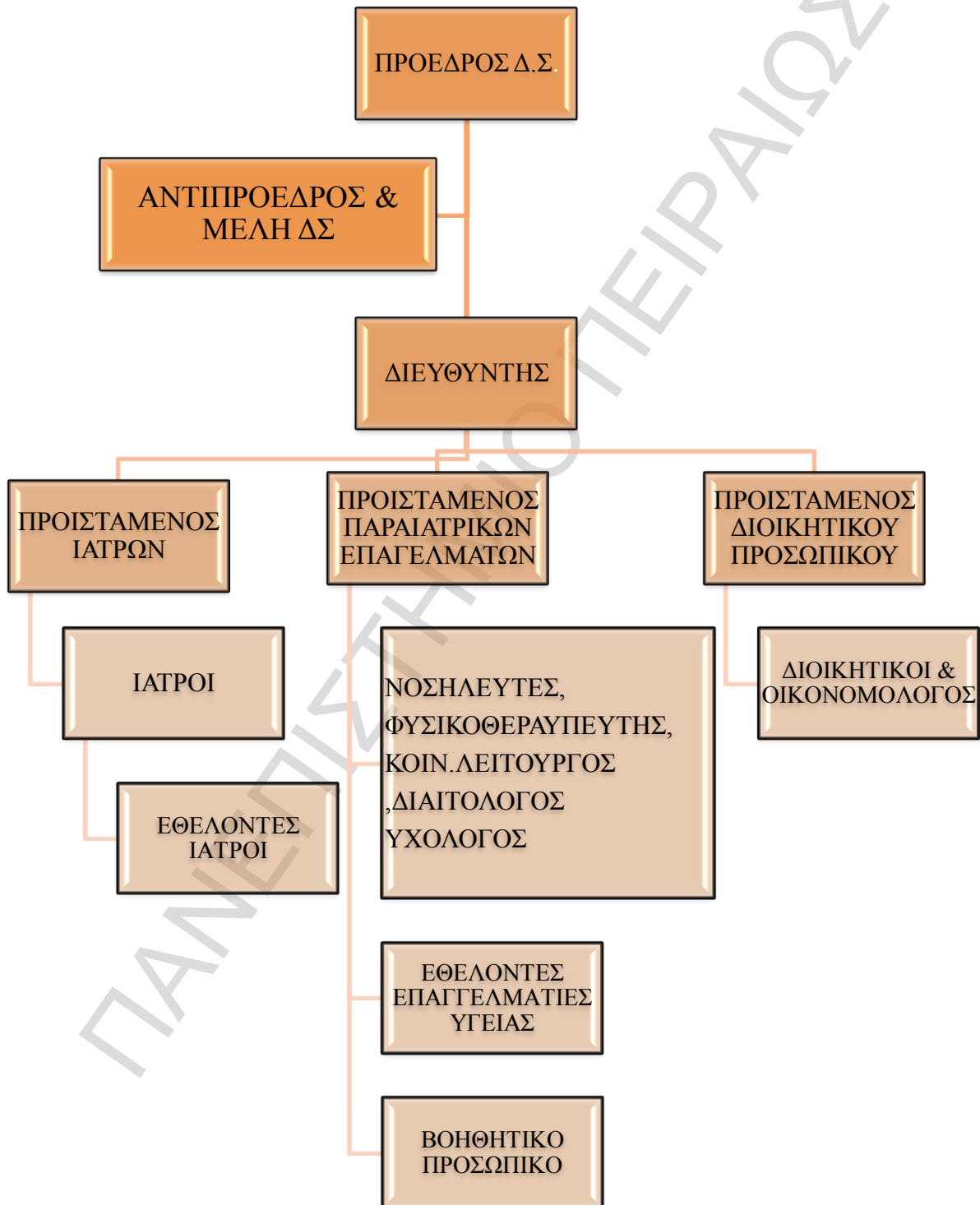
Η διοικητική υπηρεσία του αστικού κέντρου υγείας περιλαμβάνει διοικητικούς, χειριστές Η/Υ, συντηρητές, καθαριστές, οδηγό και φύλακες. Η πυκνότητα του προσωπικού αυτού ρυθμίζεται επίσης με σχετικές αποφάσεις του ΥΥΚΑ, έπειτα από πρόταση των οικείων Υγειονομικών Περιφερειακών Διευθύνσεων ΠΦΥ.

Η απ' ευθείας επίσκεψη σε ειδικό γιατρό επιτρέπεται χωρίς τη μεσολάβηση του οικογενειακού γιατρού, αλλά θεσπίζονται αντικίνητρα που αποθαρρύνουν αυτή τη συμπεριφορά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Εάν ο ασθενής παραπέμπεται από τον οικογενειακό γιατρό του στον ειδικό γιατρό, τότε η επίσκεψη αυτή και οι εξετάσεις καλύπτονται πλήρως από τον ασφαλιστικό του φορέα. Αντίθετα, σε περίπτωση που ο ασθενής αυτο-παραπεμφθεί σε ειδικό γιατρό επιβαρύνεται με συμμετοχή στο κόστος.

Για την εκτέλεση ιδιαίτερα δαπανηρών διαγνωστικών εξετάσεων, που κρίνονται από την Περιφερειακή Διεύθυνση ΠΦΥ και τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς, απαραίτητη είναι η προέγκριση από ειδική επιτροπή του ασφαλιστικού φορέα στην οποία αποστέλλεται το παραπεμπτικό. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006)

3.1.3. Οργανόγραμμα δημοτικών ιατρείων

Ένα ιδεατό οργανόγραμμα δημοτικών ιατρείων παρουσιάστηκε από τη Μυλωνά Βασιλική στον «Οδηγό Ανάπτυξης Στρατηγικού Σχεδίου για Δημοτικά Ιατρεία» (Πειραιάς, 2008) και παρουσιάζεται στο ακόλουθο σχήμα:



Με λίγα λόγια, περιγράφοντας τις αρμοδιότητες και τα χαρακτηριστικά του καθενός, περιλαμβάνει τους εξής:

✓ **Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου**

Είναι συνήθως αιρετός από το Δημοτικό Συμβούλιο, αντικαθίσταται μόνο από τον Αντιπρόεδρο και είναι μέλος της τριμελούς εκτελεστικής επιτροπής. Επίσης εκπροσωπεί τα Δημοτικά Ιατρεία στα Δημοτικά Συμβούλια, στο Δήμαρχο και στη Δημαρχιακή Επιτροπή. Ο Πρόεδρος είναι υπεύθυνος για τα Διοικητικά Συμβούλια και για την εποπτεία σωστής λειτουργίας του Ιδρύματος.

✓ **Αντιπρόεδρος**

Μπορεί να είναι αιρετός ή μη και έχει εκλεγεί ως μέλος Διοικητικού Συμβουλίου από το Δημοτικό Συμβούλιο. Ο Αντιπρόεδρος αντικαθιστά τον Πρόεδρο σε περίπτωση απουσίας του.

✓ **Μέλη Διοικητικού Συμβουλίου**

Διοικητικό Συμβούλιο υποχρεούται να έχει ένα μέλος ως εκπρόσωπο των εργαζομένων. Επίσης δύο μέλη του Συμβουλίου πρέπει να είναι Δημοτικοί Σύμβουλοι, ο ένας εκ των οποίων να είναι από Αντιπολίτευση. Το ΔΣ απαρτίζεται από 6 έως 10 μέλη εκλεγμένα από το Δημοτικό Συμβούλιο.

✓ **Διευθυντής**

Έχει την ευθύνη διοίκησης και συντονισμού των Δ.Ι. Διαμορφώνει το στρατηγικό μάνατζμεντ το εφαρμόζει και το ελέγχει. Επίσης, μέσα στις αρμοδιότητες του είναι η αξιολόγηση και ο έλεγχος, η εκπαίδευση του προσωπικού, η συγκέντρωση των στατιστικών στοιχείων των Δημοτικών Ιατρείων ανά τακτά χρονικά διαστήματα, η έρευνα και η συνεργασία με τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου.

✓ **Προϊστάμενος Διοικητικών Υπηρεσιών**

Έργο του -θα πρέπει να- είναι η οργάνωση και ο έλεγχος του Ιδρύματος για τη λειτουργία του σύμφωνα με το όραμα και το στρατηγικό σχέδιο του. Οφείλει να

συνεργάζεται με τον Διευθυντή και τον Πρόεδρο για τη διεκπεραίωση των υποθέσεων του Ιδρύματος.

✓ **Οικονομολόγος**

Εδώ προκρίνονται ως αρμοδιότητες του η χρησιμοποίηση του λογιστικού λογισμικού στον υπολογιστή, η καταγραφή των δεδομένων, η συνεργασία με το λογιστήριο του Δήμου και η εύρεση πόρων και δωρητών για το Ίδρυμα.

✓ **Γραμματείς – Διοικητικοί (τουλάχιστον 2)**

Υποστηρίζουν το σύνολο των λειτουργιών του Δ.Ι. και του Διευθυντή. Ειδικότερα, διαχειρίζεται το τηλεφωνικό κέντρο του, την οργάνωση των Διοικητικών Συμβουλίων, τη διαχείριση της ιστοσελίδας του Ιδρύματος, οργανώνουν τα ραντεβού, ενημερώνουν το προσωπικό και τους πολίτες. Είναι ο συνδετικός κρίκος του Προέδρου και του Διευθυντή με τους επαγγελματίες υγείας και έχουν την ευθύνη για την ενημέρωση του Διευθυντή για οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιαστεί, καθώς επίσης και ενημέρωση του Οικονομολόγου για τα λειτουργικά έξοδα που απαιτούνται.

✓ **Προϊστάμενος Ιατρικής Υπηρεσίας**

Κύριο έργο του είναι η οργάνωση, ο έλεγχος και οι ενέργειες στον τομέα της ιατρικής έτσι ώστε η παροχή υπηρεσιών στους πολίτες να είναι η βέλτιστη δυνατή. Επίσης μεριμνά για τις βάρδιες των ιατρών, τη σχέση μεταξύ τους και με τους πολίτες, ενημερώνεται για ό,τι νεότερο στον τομέα της ιατρικής και είναι υπεύθυνος για τη διεκπεραίωση μελετών. Ακόμη, φέρει την ευθύνη να επικοινωνεί με τον Οικονομολόγο για τα λειτουργικά έξοδα και εκπροσωπεί τους ιατρούς στο Διοικητικό Συμβούλιο.

✓ **Ιατροί**

Έργο τους είναι η ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας, η λήψη ιατρικού ιστορικού, η διατήρηση φακέλου ασθενούς και -πρωτίστως- η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σεβασμό προς τον πολίτη. Το ωράριό τους θα είναι ευέλικτο και θα διαμορφώνεται σε συνεργασία με το διοικητικό υπάλληλο. Οι ειδικότητες ιατρών που θα πρέπει να αποτελούν μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε Τοπικό επίπεδο είναι της Γενικής Ιατρικής, της Οδοντιατρικής, της Καρδιολογίας, της Παιδιατρικής, της

Χειρουργικής, της Γυναικολογίας, της Ψυχιατρικής, της Ωτορινολαρυγγολογίας, της Οφθαλμολογίας, της Γαστρεντερολογίας και της Ορθοπαιδικής.

✓ **Προϊστάμενος Παραϊατρικών επαγγελματιών**

Αρμοδιότητες του είναι η οργάνωση και ο έλεγχος έτσι ώστε η παροχή υπηρεσιών στους πολίτες να είναι η βέλτιστη δυνατή. Επίσης είναι υπεύθυνος για τις βάρδιες των επαγγελματιών υγείας, για τις εργασιακές σχέσεις και για την εξασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών. Τέλος, έργο του είναι ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για νέες μελέτες και τον τρόπο λειτουργίας του Δ.Ι.

✓ **Νοσηλεύτές**

Έργο των νοσηλευτών, φυσικά, είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, η ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας, η λήψη νοσηλευτικού ιστορικού, η ψυχολογική στήριξη ασθενών και συγγενών, η χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας και η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον σε όσους χρειάζονται.

✓ **Φυσικοθεραπευτής**

Παρέχει φροντίδα υγείας σχετική με το αντικείμενό του και - κατόπιν ιατρικής οδηγίας- κατ' οίκον σε όσους χρειάζονται. Με τη σειρά του, ενημερώνει κι εκείνος τους πολίτες σε θέματα υγείας.

✓ **Κοινωνικός Λειτουργός**

Προσφέρει υπηρεσίες κοινωνικής και ψυχολογικής στήριξης στις αδύναμες ομάδες πολιτών και επικοινωνεί για θέματα του αντικειμένου με πολίτες στην ιστοσελίδα των Ιατρείων.

✓ **Ψυχολόγος**

Συμβάλλει στην ψυχολογική υποστήριξη των πολιτών, των ασθενών και των συγγενών των ασθενών. Έργο του είναι επίσης η οργάνωση ομάδων ψυχολογικής θεραπείας, η ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας και η επικοινωνία με πολίτες.

✓ **Διαιτολόγος**

Μπορεί να προσφέρει διατροφικές συμβουλές στους πολίτες και στους ασθενείς, να χορηγήσει διαιτολόγιο κατόπιν λήψης ιστορικού και να προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη για απώλεια βάρους.

✓ **Εθελοντές**

Αποτελούν από τα πιο διαδεδομένα, σημαντικά και κομβικά στελέχη για το θεσμό των δημοτικών ιατρείων. Είναι μέγιστης σημασίας η στήριξη των Δ.Ι. και η κοινωνική προσφορά των πολιτών από όλα τα επαγγέλματα υγείας. Μπορεί να είναι ιατροί, επαγγελματίες παραϊατρικών επαγγελμάτων, προσωπικό γραμματειακής υποστήριξης και βοηθητικό προσωπικό.

✓ **Εξωτερικοί Συνεργάτες**

Ως εξωτερικοί συνεργάτες, θα μπορούσαν να προσληφθούν νομικοί σύμβουλοι, σύμβουλοι για ανάπτυξη ιστοσελίδας κλπ

✓ **Βοηθητικό Προσωπικό**

Το βοηθητικό προσωπικό αποτελείται από καθαρίστριες και κλητήρα. (Μυλωνά,2008)

3.2 Πόροι και Οικονομική Διοίκηση Δ.Ι.

Μετά την αναφορά μας σε ένα πρότυπο οργανόγραμμα Δ.Ι. αξίζει να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με τον Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων, αναφέρεται ρητά

Α) Σχετικά με το ποιοι είναι οι πόροι των δημοτικών ιατρείων στο άρθρο 235:

- Η ετήσια τακτική ή τυχόν έκτακτη επιχορήγηση του Δήμου ή της Κοινότητας,
- Κάθε είδους εισφορές, επιχορηγήσεις, δωρεές, κληρονομίες και κληροδοσίες,
- Οι εισπράξεις από το αντίτιμο των πραγμάτων ή των υπηρεσιών, που παρέχουν τα ιδρύματα,

- Οι πρόσοδοι από τη δική τους περιουσία, καθώς και από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα. (Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, 2006)

Β) Σχετικά με την οικονομική διοίκηση, στο άρθρο 236 :

- Οι διατάξεις που ισχύουν για τους Δήμους και αφορούν τον οργανισμό της εσωτερικής υπηρεσίας, τον προϋπολογισμό, το οικονομικό έτος, τον απολογισμό, την ταμειακή υπηρεσία, τη διαχείριση, τα δάνεια και την περιουσία, εφαρμόζονται και στα ιδρύματα.
- Εξαιρούνται από τη διάταξη της προηγούμενης παραγράφου τα ιδρύματα, που διέπονται από τους νόμους «περί εκκαθάρισεως και διοικήσεως των εις το κράτος και υπέρ κοινωφελών σκοπών καταλειπομένων κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών», για τα οποία εξακολουθούν να ισχύουν οι διατάξεις των νόμων αυτών
- Τα ιδρύματα που παίρνουν επιχορήγηση από άλλες πηγές, την εγγράφουν χωριστά στα έσοδα του προϋπολογισμού. Αν η επιχορήγηση παρέχεται στα ιδρύματα για την εκπλήρωση ειδικού σκοπού, εγγράφεται αντίστοιχη πίστωση για το σκοπό αυτόν ιδιαιτέρως στα έξοδα του προϋπολογισμού.
- Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθορίζεται ο τρόπος της διαχείρισης φαρμάκων, τροφίμων και υλικού των ιδρυμάτων και ο έλεγχός της. (Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, 2006)

3.3 Υπηρεσίες Δημοτικών Ιατρείων

Οι λειτουργίες των δημοτικών ιατρείων διακρίνονται σε κύριες και υποστηρικτικές.

Οι υποστηρικτικές λειτουργίες είναι η μισθοδοσία, η υποστηρικτική υπηρεσία ιατρικών υπηρεσιών (υγειονομικό υλικό, φαρμακείο, γραφική ύλη), οι διοικητικές λειτουργίες, η λειτουργία ποιοτικού ελέγχου, η βελτίωση κτιριακής υποδομής, η προμήθεια φαρμακευτικού – υγειονομικού υλικού και η οικονομική διαχείριση.

Με τον όρο «κύριες» εννοούμε το εύρος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό. Τα δημοτικά ιατρεία είναι ένα πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Κατ' επέκταση, θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να του παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Πρόληψη-Διάγνωση-Θεραπεία-Αποκατάσταση). Επιπρόσθετα, οφείλουν να προσφέρουν συντονισμό και εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας ανταποκρινόμενα στις προσδοκίες των πολιτών με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ατόμου, τη στιγμή που αυτός έχει ανάγκη κοντά στον τόπο διαμονής και εργασίας του.

Η δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων (θα πρέπει να) περιλαμβάνει:

- Διάγνωση και πρωτοβάθμια περίθαλψη, από τους γενικούς οικογενειακούς γιατρούς, όσο και από γιατρούς ειδικοτήτων ανάλογα με την περίπτωση, με ιδιαίτερη προσοχή στα χρόνια νοσήματα και νοσήματα που συνδέονται με υψηλή νοσηρότητα και αναπηρία.
- Παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη σε ό,τι αφορά εξειδικευμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες των συμβεβλημένων νοσοκομείων.
- Εμβολιασμούς οι οποίοι πραγματοποιούνται με τη συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών της υγείας.
- Αγωγή και προαγωγή της υγείας, στις δράσεις των οποίων εμπλέκεται το σύνολο της ομάδας επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την ΠΦΥ για το σύνολο του καλυπτόμενου πληθυσμού ή συγκεκριμένες ευπαθείς ομάδες.
- Διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται αιτιολογικά με βασικές αιτίες θανάτου της εποχής μας (καρδιοαγγειακά νοσήματα, υπέρταση, παχυσαρκία, νεοπλάσματα, ατυχήματα κλπ).
- Προσυμπτωματικό και προληπτικό έλεγχο ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού με σκοπό την έγκαιρη και προσυμπτωματική διάγνωση καταστάσεων ή νοσημάτων (π.χ. Pap-test).
- Κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα που αφορά στην παροχή περίθαλψης σε άτομα που δεν μπορούν να μεταβούν στα Δημοτικά Ιατρεία ή στο Νοσοκομείο (ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρίες κλπ).

- Κάλυψη αναγκών σε 24ωρη βάση έτσι ώστε εκτός των συνήθων ιατρικών υπηρεσιών, ο χρήστης να μπορεί να λαμβάνει ιατρικές υπηρεσίες και εκτός ωραρίου κανονικής λειτουργίας. Αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη εφημερεύοντος ιατρού και Νοσηλευτή στα Δ.Ι. ή εναλλακτικά την εξασφάλιση της δυνατότητας άμεσης τηλεφωνικής επικοινωνίας.
- Τηλεφωνική και συμβουλευτική υπηρεσία από το ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και το διοικητικό προσωπικό για παροχή ιατρικών συμβουλών και οδηγιών από τηλεφώνου.
- Γραφείο πληροφοριών για τους χρήστες που θα τους βοηθά κατά την προσέλευσή τους και θα μεριμνά για τη συλλογή παραπόνων, υποδείξεων και απόψεων με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Συμβουλευτικές υπηρεσίες μητέρας-παιδιού σχετικές με την εγκυμοσύνη, τον ανώδυνο τοκετό, την πρώτη μεταγεννητική περίοδο, βρεφικούς εμβολιασμούς κλπ.
- Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας με δραστηριοποίηση των κοινωνικών λειτουργών και τη συμμετοχή κατά περίπτωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για τη φυσική και ιατρική αποκατάσταση των χρηστών και τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης.
- Υπηρεσίες ψυχολογικής και ψυχιατρικής υποστήριξης ατόμων με ψυχιατρικές νόσους καθώς και ατόμων και οικογενειών με μακροχρόνια προβλήματα υγείας από εξειδικευμένο προσωπικό.
- Σελίδα στο διαδίκτυο με πληροφορίες για τη λειτουργία των δημοτικών ιατρείων, με δυνατότητα επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας για θέματα υγείας και επικέντρωση στην ηλεκτρονική υγεία, ως μέσο παροχής συμβουλών και υπηρεσιών υγείας μέσω διαδικτύου.
- Συνταγογράφηση ασφαλιστικών ταμείων για διευκόλυνση των πολιτών.

Πιο συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας στα Δ.Ι. θα θεραπεύουν και θα φροντίζουν τους ανθρώπους σε αυτή την «πύλη εισόδου» του συστήματος υγείας. Εξυπακούεται πως απαιτείται να χαρακτηρίζεται η διαδικασία από υψηλή ευαισθησία, άμεση ανταπόκριση και πρόσβαση σε πλήθος υπηρεσιών, μέρα και νύχτα. Για να πραγματοποιηθεί αυτό, θα χρειαστεί νέα τεχνολογία και συστήματα πληροφοριών προσβάσιμα τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για τους πολίτες.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να είναι στραμμένες στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των πολιτών και να υποστηρίζονται από εξειδικευμένες υπηρεσίες στα νοσοκομεία.

Εν ολίγοις, το φάσμα παροχής υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων μπορούν να διακριθούν σε τρεις τομείς:

- την πρόληψη,
- τη διάγνωση και θεραπεία και
- την αποκατάσταση και κοινωνική φροντίδα

Η πρωτοβάθμια φροντίδα θα παρέχει υπηρεσίες που θα είναι εύκολα κατανοητές και θα χρησιμοποιούνται εύκολα από τους πολίτες και θα τους παρέχει τη δυνατότητα να συνεργάζονται με τους επαγγελματίες υγείας στη σχεδίαση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών που θα τους παρέχονται (Department of Health, Northern Ireland, 2005).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Φάσμα παροχής υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων

ΠΡΟΛΗΨΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
✓ αγωγή υγείας	✓ διάγνωση	✓ κατ' οίκον νοσηλεία
✓ συμβουλευτική ιατρική	✓ θεραπεία	✓ τελική φροντίδα
✓ γενετική συμβουλευτική	✓ παρακολούθηση των χρόνιων ασθενών	✓ φυσικοθεραπεία και αποκατάσταση
✓ περιγεννητική φροντίδα	✓ πρώτες βοήθειες	✓ κοινωνική εργασία
✓ εμβολιασμοί παιδιών και ενηλίκων	✓ διακομιδή ασθενών σε νοσοκομεία	
✓ μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος παιδιών και εφήβων	✓ βραχεία νοσηλεία	
✓ μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος χρόνιων νοσημάτων	✓ σύστημα παραπομπών σε ειδικές υπηρεσίες	
✓ οικογενειακός προγραμματισμός	✓ οδοντιατρική φροντίδα	
✓ πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων		

νοσημάτων ✓ δημόσια και περιβαλλοντική υγιεινή ✓ επαγγελματική υγιεινή ✓ οδοντιατρική πρόληψη		
--	--	--

(Σουλιώτης, 2006)

3.4 Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ο.Τ.Α

Το Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ο.Τ.Α.(Δ.Δ.Υ.) έχει ως αποκλειστικό του σκοπό την πρόληψη των νοσημάτων, την προαγωγή της Υγείας και γενικότερα την προώθηση ολοκληρωμένων Πολιτικών και Δράσεων στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας.

Δραστηριοποιείται κυρίως στους τομείς της υγειονομικής ενημέρωσης, της προστασίας του περιβάλλοντος και της προληπτικής ιατρικής. Ιδρύθηκε το 2005 και σήμερα (Νοέμβριος 2011) αριθμεί 160 καλλικρατικούς δήμους – μέλη από όλες τις Περιφέρειες της χώρας.

Διοικείται από 11μελές ΔΣ και σημαντική αναγνώριση για την πολυετή προσφορά του αποτελεί η πιστοποίησή του, τον Ιούνιο 2010, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ένα εθνικής εμβέλειας Δίκτυο Πόλεων που ακολουθεί τα πρότυπα του Π.Ο.Υ..

Η έλλειψη θεσμικού πλαισίου σε θέματα πρόληψης των νοσημάτων και προαγωγής της Υγείας από μέρους της πολιτείας ανέδειξε την ανάγκη δημιουργίας ενός δικτύου, όπου εκπρόσωποι της Τοπικής Αυτοδιοίκησης από όλη τη χώρα, συνδιαμορφώνουν τοπικές πολιτικές υγείας και συμμετέχουν σε ανάλογες πρωτοβουλίες και προγράμματα . Στο πλαίσιο αυτό, το Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας αναλαμβάνει πρωτοβουλίες σε πανελλαδικό επίπεδο, διοργανώνοντας επιστημονικές ημερίδες, συνέδρια και εκστρατείες ενημέρωσης καθώς και προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, περιβαλλοντικά κλπ.

Η πολυπλοκότητα της λειτουργίας των Δομών Υγείας (ιατρικές υπηρεσίες, κοινωνικές, ψυχολογικές) στα πλαίσια των ΟΤΑ καθώς και η έλλειψη θεσμικού πλαισίου για την ανάπτυξη μηχανισμών πρόληψης της υγείας διαμέσου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ανέδειξαν την ανάγκη δημιουργίας ενός Διαδημοτικού Δικτύου με τη

συμμετοχή των εκπροσώπων από όλους τους Δήμους, αρχικά της Αττικής, οι οποίοι έχουν Δομές Υγείας. (ΔΔΥ , 2011)

- ❖ Η δραστηριότητα του Διαδημοτικού Δικτύου αναπτύχθηκε με άξονα τους παρακάτω σκοπούς:
- ❖ Τη συνένωση των δυνάμεων των δήμων στον τομέα της πρόληψης της υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους.
- ❖ Την ανάγκη δημιουργίας ενός ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των δομών υγείας στους ΟΤΑ όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας στον τομέα της πρόληψης.
- ❖ Την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης της υγείας στους δήμους - μέλη.
- ❖ Τη διαδημοτική συνεργασία για τη διεκδίκηση πόρων, κρατικών και Ευρωπαϊκών.
- ❖ Τη πραγματοποίηση ετήσιων συνεδρίων και τοπικών εκδηλώσεων για την ανάπτυξη θεμάτων πρόληψης της υγείας που αφορούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.
- ❖ και στόχους :
- ❖ Την αξιοποίηση της συμφωνίας μεταξύ Υπουργείου Υγείας και Διαδημοτικού Δικτύου Υγείας στο τομέα της Πρόληψης, ώστε το Δίκτυο να αποτελέσει θεσμικό Σύμβουλο του Υπουργείου στα θέματα αυτά. Διοχέτευση των κρατικών ενισχύσεων σε προγράμματα των Δήμων - μελών.
- ❖ Την ανάπτυξη συνεργασιών με δημόσιους οργανισμούς και ιδιωτικούς φορείς σε θέματα πρόληψης (πχ υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, ανάληψη σχετικών προγραμμάτων Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης κλπ) προς όφελος των Δήμων όπου έχουν έδρα οι οργανισμοί και οι φορείς αυτοί.
- ❖ Την επιδίωξη επίσημης συμμετοχής σε Ευρωπαϊκά όργανα χάραξης πολιτικής και σχεδιασμού προγραμμάτων σε θέματα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.
- ❖ Το σχεδιασμό και εκτέλεση κοινών προγραμμάτων με ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στο τομέα της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.
- ❖ Τη συνεργασία με επιστημονικούς φορείς Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας του Δημόσιου και του Ιδιωτικού τομέα με στόχο την πραγματοποίηση κοινών, για όλους τους Δήμους, προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας.
- ❖ Τη μετατροπή της Εφημερίδας «Δήμων Υγεία» που εκδίδει το Διαδημοτικό Δίκτυο σε ισχυρό διμηνιαίο βήμα διαδημοτικού διαλόγου για την πρόληψη της υγείας των κατοίκων.

- ❖ Επιστημονικές ανακοινώσεις και δημοσιεύσεις σε συνέδρια και έγκριτα επιστημονικά περιοδικά, με βάση τα στοιχεία που θα έχουν συλλεχθεί από τις δράσεις του ΔΔΥ
- ❖ Τη διεξαγωγή προγραμμάτων κατάρτισης εργαζομένων και εθελοντών των δήμων - μελών που έχουν τα τυπικά προσόντα και θέλουν να συμμετάσχουν, μαζί με τους κάθε φορά ειδικούς επιστήμονες, στον τοπικό σχεδιασμό και την υλοποίηση των προγραμμάτων αυτών. (Δ.Δ.Υ. ,2011)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

B ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ ΧΟΛΑΡΓΟΥ ΚΑΙ ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ

Εισαγωγικά

Στο παρόν μέρος της εργασίας, το οποίο αποτελεί την κεντρική της ιδέα, θα προσπαθήσουμε να σκιαγραφήσουμε το προφίλ των ασθενών και του προσωπικού δύο δημοτικών ιατρείων της Αττικής, με απώτερο στόχο να καταγράψουμε την ικανοποίηση τους ή τη δυσαρέσκεια τους από τη χρήση των υπηρεσιών των ιατρείων για τους μεν και από την εργασιακή τους καθημερινότητα για τους δε. Έτσι, θα μπορέσουμε να έχουμε μια εικόνα για έναν σχετικά αχαρτογράφητο και όχι τόσο γνωστό πυλώνα της Δημόσιας Υγείας και της παροχής Π.Φ.Υ. στη χώρα μας.

Ας αποσαφηνίσουμε όμως, τις έννοιες της ικανοποίησης των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας καθώς και τους παράγοντες που τις διαμορφώνουν και τις χαρακτηρίζουν.

4.ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Η ικανοποίηση των ασθενών

4.1.1 Ορισμοί ικανοποίησης των ασθενών

Αν προσπαθήσουμε να αποσαφηνίσουμε την έννοια του όρου «ικανοποίηση» θα καταλήξουμε σίγουρα σε πολλούς και διαφορετικούς ορισμούς περιεχομένου. Με την ευρεία της έννοια η λέξη προσδιορίζει «..την ευχαρίστηση που πηγάζει από το αίσθημα της επιτυχίας, της πραγματοποίησης επιθυμίας, της πλήρωσης». (Μπαμπινιώτης, 2006).

Όπως όμως συμβαίνει και στις περισσότερες έννοιες οι οποίες εμπεριέχουν στο περιεχόμενο τους την υγεία, ακόμη και σήμερα, ενώ αντιλαμβανόμαστε τι σημαίνει ο όρος ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, δεν είμαστε σε θέση να αποδώσουμε έναν σαφή και κοινά αποδεκτό ορισμό.

Κάνοντας μια επισκόπηση στη βιβλιογραφία, διαπιστώνουμε πως ο Donabedian ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την ικανοποίηση του ασθενούς ως μια ένδειξη, ένα δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Θεωρεί πως «...η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και βασίζεται σε συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς». Ουσιαστικά, η ικανοποίηση είναι ο ορισμός της ποιότητας κατά άτομο σε αντιδιαστολή με τον ορισμό όπως τον προσφέρει το κοινωνικό σύνολο ή η κοινή γνώμη. (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002)

Ο Pascoe όρισε την ικανοποίηση του ασθενή ως μια «...γενική αντίδρασή σε μια παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών». (Paul, McNeil, 1988)

Κατά τον Petersen είναι «...μια γενική αντίληψη την οποία έχει ο ασθενής και αφορά τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας». (Μερκούρης, 1996)

Σύμφωνα με τον Guzman είναι «...το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας

την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή». (Μερκούρης, 1996)

Στο χώρο της υγείας, ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι του Risser, ο οποίος τονίζει πως «...η ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρονοσηλευτική νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται». (Μερκούρης, 1996)

Υπάρχουν δυο θεωρίες οι οποίες εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους:

Η πρώτη θεωρία υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, στην περίπτωση που οι προσδοκίες του βρίσκονται εκτός καθήκοντος του επαγγελματία υγείας.

Η δεύτερη θεωρία υποστηρίζει ότι ακόμη και όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά τη φροντίδα που του παρέχεται, αν αποδειχθεί ότι υπήρξαν άλλες ελαφρυντικές καταστάσεις. (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002)

Από όποια οπτική και να αναλύσουμε το θέμα, θα καταλήξουμε στο γεγονός πως η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την ποιότητα και συγκεκριμένα ικανοποίηση είναι η γνώμη του ασθενή για την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα, περίθαλψη και ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών και η μέτρηση της θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων, καθώς και να βοηθήσει στη συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

4.1.2 Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση ασθενών

Από την προαναφερθείσα βιβλιογραφία δε θα λέγαμε ότι προκύπτει ομοφωνία για τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Έτσι, σε γενικές γραμμές θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τους εξής:

α. Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται η ευκολία πρόσβασης του ασθενούς στις υπηρεσίες

υγείας, ο χρόνος και η σειρά αναμονής για την εισαγωγή του, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες μέχρι ο ασθενής να εξασφαλίσει κρεβάτι, η προετοιμασία του ασθενούς για την διενέργεια εξετάσεων ή χειρουργικών επεμβάσεων, η παροχή φαρμάκων, η υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό, η επικοινωνία του προσωπικού με την οικογένεια, η διατροφή, η καθαριότητα του δωματίου, το ωράριο του επισκεπτηρίου, η επίπλωση, η θέρμανση, οι οδηγίες κατά την αναχώρηση, η διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων.

β. Οι σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενή. Η σωστή σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας επιτυγχάνεται με τη σωστή εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας. Η φιλική ατμόσφαιρα, το ενδιαφέρον, η εμπιστοσύνη, η εχεμύθεια μπορεί να παρακάμψει τον φόβο και το άγχος του ασθενή για τη νόσο. Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων σε μια υπηρεσία υγείας είναι μεγάλη, διότι ακόμη και αν η χρήση της τεχνολογίας είναι υψηλή και ο βαθμός επιτυχίας των διαγνωστικών ή θεραπευτικών αποτελεσμάτων ο μεγαλύτερος δυνατός, είναι απίθανο να ικανοποιηθεί ο ασθενής αν δεν τον μεταχειρίζονται. Η φιλική ατμόσφαιρα, το ενδιαφέρον, η εμπιστοσύνη, η εχεμύθεια μπορεί να παρακάμψει τον φόβο και το άγχος του ασθενή για τη νόσο. (Τσελέπη, 2000)

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, το επάγγελμα, η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση επηρεάζουν την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και τονώνουν την πεποίθηση πως υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της επιλογής των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, αν επιλογή των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή, φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής.

Η ηλικία είναι ο παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Σε αντίθεση όμως με αυτή την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση.

Ο παράγοντας «φύλο», προκαλεί σύγχυση, αφού κάποιες έρευνες δείχνουν να μην υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης, άλλες υποστηρίζουν ότι υπάρχει

θετική συσχέτιση και ότι οι άνδρες είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ το τρίτο αποτέλεσμα υποστηρίζει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες.

Το επίπεδο εκπαίδευσης, υποστηρίζεται ότι είναι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι όμως που δεν επιβεβαιώθηκε από παρόμοιες μελέτες. (Ραφτόπουλος, 2002)

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, αναφέρεται στις λεγόμενες προσδοκίες των ασθενών καθώς η ικανοποίηση συμπορεύεται και εκπορεύεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών του ασθενή. Δηλαδή, όταν το αποτέλεσμα της φροντίδας εκπληρώνει τις προσδοκίες των ασθενών, τότε αισθάνονται ικανοποιημένοι, ενώ στην αντίθετη περίπτωση είναι δυσαρεστημένοι. Υπάρχουν όμως και έρευνες με αντίθετο αποτέλεσμα, όπου μπορεί οι προσδοκίες να είναι χαμηλές ή να λείπουν και το ποσοστό ικανοποίησης να είναι υψηλό. (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002)

Επιγραμματικά, λοιπόν, τα διοικητικά, οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών αλλά και οι προσδοκίες τους είναι εκείνοι οι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και να διαφοροποιούν τις απόψεις τους.

4.2 Επαγγελματική ικανοποίηση

4.2.1 Ορισμοί επαγγελματικής ικανοποίησης

Με την εργασία να καταλαμβάνει σημαντικό μέρος της ζωής του ανθρώπου, έκτος από την προφανή προσπάθεια για εξασφάλιση των απαραίτητων οικονομικών πόρων, επιτυγχάνονται οι φιλοδοξίες, οι στόχοι και τα όνειρα τους. Μέσω της εργασίας επιδιώκεται η αναγνώριση, η κατάληψη μιας κοινωνικής θέσης, η δυνατότητα προσωπικής έκφρασης και η διατήρηση ενός επιπέδου ζωής, έχοντας και σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Ο βαθμός στον οποίο οι ανάγκες αυτές του εργαζόμενου εκπληρώνονται μέσα από την εργασία του, συνιστά και το βαθμό της ικανοποίησής του απ' αυτήν.

Πολλοί συγγραφείς έχουν ασχοληθεί με την ικανοποίηση στο χώρο εργασίας και προσπάθησαν να δώσουν ένα πλήρη ορισμό. Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μία έννοια η οποία, αν και έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης εδώ και δεκαετίες εμφανίζει

προβλήματα στη μέτρησή της από την ανυπαρξία ενός κοινά αποδεκτού ορισμού (Antoniou, Antonodimitrakis, 2001), (Antoniou, Davidson, Cooper, 2003) (Jayaratne, Chess, 1984), (Maslach, 1982).

Σύμφωνα με τον Baron, ικανοποίηση του ατόμου στο χώρο εργασίας θεωρείται «..η στάση του προς την εργασία». (Baron, 1986). Οι Porter και Wolf την συνέδεσαν μόνο με την ικανοποίηση των ψυχοσωματικών αναγκών του εργαζόμενου. Αργότερα η ικανοποίηση της εργασίας ορίζεται από τον Churchill από τα χαρακτηριστικά της και το εργασιακό περιβάλλον στο οποίο οι εργαζόμενοι βρίσκουν ευχαρίστηση, ικανοποίηση και ανταμοιβή ή συναισθήματα απογοήτευσης και έλλειψης ικανοποίησης. Ο Saleh περιγράφει την ικανοποίηση από την εργασία σαν ένα συναίσθημα, αποτέλεσμα του τι θέλει, τι προσδοκά και τι τελικά του προσφέρει η εργασία. Ο Luthans την περιγράφει σαν ένα ευχάριστο και θετικό συναίσθημα, αποτέλεσμα της αίσθησης από τον εργαζόμενο, ότι του προσφέρει όσα αυτός θεωρεί σημαντικά. Οι Weiss και Cropanzano αναφέρουν ότι η ικανοποίηση εργασίας αντιπροσωπεύει την εκτίμηση του ανθρώπου για την εργασία και το γενικότερο της πλαίσιο (Ζαμπάογλου, 2007).

Επαγγελματική ικανοποίηση, σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό είναι «..η θετική συναισθηματική απόκριση προς συγκεκριμένο έργο, που πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό εκπληρώνει τις εργασιακές αξίες του ατόμου». (Locke, 1976)

4.2.2 Παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης

Οι εργαζόμενοι, λοιπόν, μπορεί να είναι ικανοποιημένοι με κάποια και δυσαρεστημένοι με κάποια άλλα στοιχεία της εργασίας τους και έτσι, η κυρίαρχη αντίληψη είναι ότι η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με το βαθμό κάλυψης των αναγκών και εκπλήρωσης των στόχων του ατόμου και μπορεί να οριστεί ως η θετική στάση του εργαζόμενου ατόμου προς το επαγγελματικό του έργο. Αποτελεί, κατά συνέπεια, απόρροια της εκπλήρωσης των υποκειμενικών εργασιακών προσδοκιών ή και του συνδυασμού του τύπου της προσωπικότητας του εργαζομένου και του περιβάλλοντος εργασίας, γεγονός που εξηγεί ότι διαφορετικά άτομα έχουν διαφορετικές εκτιμήσεις για την ίδια εργασία (Χαραλαμπίδου, 1996).

Αν και αρχικά υπήρχε η θεώρηση ότι οι εργαζόμενοι είχαν μόνο μια συνολική αίσθηση ικανοποίησης για την εργασία τους, πλέον έχει γίνει κατανοητό ότι αυτοί μπορούν επίσης να έχουν διαφορετικά συναισθήματα για διαφορετικές πλευρές της

εργασίας τους, περιλαμβανομένων της ίδιας της φύσης της εργασίας τους, της αμοιβής τους, των συναδέλφων τους και άλλων σχετικών θεμάτων (Judge, 2002).

Έτσι, η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι μια απλή έννοια, αλλά αποτελείται από επιμέρους στοιχεία και, επομένως, μπορεί να διακριθεί σε εσωγενή (ενδογενή) και εξωγενή (Κάντας, 2008).

Η εσωγενής ικανοποίηση, η οποία έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας, αναφέρεται σε εκείνες τις όψεις της εργασίας που έχουν να κάνουν με την εκτέλεσή της καθεαυτήν (π.χ. ελευθερία επιλογών ως προς τον τρόπο επιτέλεσης του έργου, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων, εποπτεία κ.τ.λ.).

Η εξωγενής ικανοποίηση, η οποία έχει σχέση με το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η εργασία, αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας, το ωράριο, την ασφάλεια, τις αμοιβές κ.τ.λ.

Επομένως, η επαγγελματική ικανοποίηση δεν αναγνωρίζεται πλέον ως μια απλή, μονοδιάστατη έννοια, αλλά ως ένα πολύπλοκο σύνολο στάσεων απέναντι σε διαφορετικές όψεις ενός επαγγέλματος, οι οποίες προκύπτουν από τις προσδοκίες ενός ατόμου για την εργασία του και τις εμπειρίες του.

Ερευνητικά καταγράφονται σημαντικές διαστάσεις σε κάθε στάση απέναντι στην εργασία, οι οποίες όλες αντανακλούν συναισθηματικές αποκρίσεις σε συγκεκριμένες πλευρές μιας εργασίας (Rollinson, Broadfield, Edwards, 1998).

Έτσι, σε θεωρητικό επίπεδο, η επαγγελματική ικανοποίηση έχει συνδεθεί με τα κίνητρα, τις αξίες και τις στάσεις των εργαζομένων (Κάντας Α. , 2008), ενώ έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται εξ ίσου από παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και το περιβάλλον της, καθώς και με τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων. (Duffy, Richard, 2006).

Ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση των δύο εν λόγω κατηγοριών μεταβλητών καθορίζουν σημαντικά τη διαμόρφωσή της.

Στον υγειονομικό τομέα, η επαγγελματική ικανοποίηση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τους κάτωθι παράγοντες:

- ❖ για την ψυχολογική ευημερία των εργαζομένων,
- ❖ την εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών,
- ❖ την αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των πόρων,

- ❖ την παροχή ποιοτικής περίθαλψης (Aiken, Smith, Lake, 1994), (Norrish, Rundall, 2001)
- ❖ τα θετικά για την υγεία των ασθενών αποτελέσματα, (GroI, Mokkink, Smits, Van Eijk, Beek, Mesker, 1985), (Gosden, Williams, Petcher, Leese, Sibbald, 2002)
- ❖ την ικανοποίησή του προσωπικού
- ❖ την επίτευξη κάποιου στόχου
- ❖ την εξέλιξη στο χώρο εργασίας

Με την παρούσα έρευνα, λοιπόν, διερευνώνται θέματα που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας-εργαζομένων στα δημοτικά ιατρεία, ο βαθμός ικανοποίησης από βασικές παραμέτρους της επαγγελματικής δραστηριότητας, καθώς και οι συσχετίσεις της ικανοποίησης με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

5.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό, αρχικά, επισημαίνοντας κάποια σαφή βήματα της μεθοδολογίας της έρευνας, ταυτοχρόνως παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο διενεργήθηκε η έρευνα, καθορίζοντας την ταυτότητα της καθώς και ο τρόπος επεξεργασίας και ανάλυσης των αποτελεσμάτων.

5.1 Τρόποι συλλογής, ταξινόμησης, παρουσίασης & πηγές δεδομένων

Για να σχηματίσει κάποιος άποψη επί ενός γεγονότος ο κυριότερος -και συχνά ο μοναδικός τρόπος- είναι να συλλέξει πληροφορίες, να τις ταξινομήσει σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια και τέλος, αφού εξάγει κάποια συμπεράσματα, να παρουσιάσει τα αποτελέσματα. Να χρησιμοποιήσει, δηλαδή, τα ταξινομημένα στοιχεία ως αποδεικτικό υλικό.

Η προσπάθεια συλλογής, ως εκ τούτου, των απαραίτητων δεδομένων είναι παλαιότερη της σύστασης των πρώτων κοινωνιών με αρχική μορφή αυτή της καταγραφής όλων των μονάδων και η οποία ονομάζεται απογραφή.

Πολύ αργότερα η μεθοδολογία διαφοροποιήθηκε με αποτέλεσμα τη δημιουργία της δειγματοληψίας υποβοηθούμενη από τη Στατιστική επιστήμη, η οποία ως αντικείμενο

έχει τη συλλογή, ταξινόμηση, παρουσίαση και επεξεργασία των δεδομένων με συστηματικό τρόπο. (Παπαηλίας, 1998)

Ας αποσαφηνίσουμε, όμως, κάποιες σημαντικές έννοιες.

- Πληθυσμός έρευνας

Με τον όρο «πληθυσμός» εννοούμε ένα σύνολο ατόμων για τα οποία ενδιαφερόμαστε να βγάλουμε κάποια συμπεράσματα σε σχέση με κάποιες ιδιότητες που αφορούν τα στοιχεία του. Ο πληθυσμός πρέπει να είναι καλά ορισμένος σε τρόπο ώστε να μπορεί οποιοσδήποτε να αποφανθεί μονοσήμαντα αν κάποιο στοιχείο είναι μέλος του ή όχι. Τα στοιχεία του πληθυσμού αναφέρονται ως υποκείμενα. (Φιλίας, 2003)

Περιλαμβάνοντας και μη ζώντα υποκείμενα, επίσης σημαίνει το σύνολο των αντικειμένων εμπύχων ή ανύχων, που έχουν κοινά χαρακτηριστικά και στα οποία αναφέρονται οι παρατηρήσεις. Τα στοιχεία του συνόλου ονομάζονται και μονάδες του πληθυσμού. (Παπαηλίας, 1998)

Στην παρούσα έρευνα ο πληθυσμός αποτελείται από το σύνολο των δημοτών της χώρας οι οποίοι κάνουν χρήση των δημοτικών πολυϊατρείων και το προσωπικό αυτών.

- Δειγματοληψία

Η ανάπτυξη των στατιστικών μεθόδων και τα μειονεκτήματα που εμφανίζει η απογραφή επέτρεψε τη δημιουργία μιας άλλης μεθόδου, αυτή της δειγματοληψίας. Αντί να διερευνηθεί η μορφολογία ολόκληρου του πληθυσμού είναι δυνατόν, συχνά επιβάλλεται ή καθίσταται και αναπόφευκτο, να συλλεχθούν πληροφορίες από ένα τμήμα αυτού που καλείται δείγμα.

Μέσω της δειγματοληψίας διερευνώνται τα χαρακτηριστικά ενός, συχνά μικρού, μέρους του πληθυσμού (του δείγματος όπως αποκαλείται). Οι τεχνικές που αναφέρονται στη δειγματοληψία αφορούν κυρίως στην επιλογή του δείγματος.

Τα πλεονεκτήματα της δειγματοληψίας είναι :

- χαμηλό κόστος - εξαιρετικά μικρό συγκρινόμενο με αυτό της απογραφής
- μικρή διάρκεια έρευνας - πάρα πολύ μικρότερη της αντίστοιχης που θα απαιτείτο για την απογραφή - και άρα σε σύντομο χρονικό διάστημα εξαγωγή αποτελεσμάτων.

- Συχνά σε πολλές περιπτώσεις επιτυγχάνεται μεγαλύτερη ακρίβεια, αφού είναι δυνατόν τα προβλήματα των όποιων σφαλμάτων να υπερπηδηθούν με βαθύτερη προσέγγιση του προβλήματος και επιτυχέστερη συμπλήρωση των δελτίων στα οποία απαντούν οι ερωτώμενοι.
- Συγκέντρωση υλικού εκεί που η απογραφή είναι αδύνατη.

Τα μειονεκτήματα της δειγματοληψίας σχετίζονται με:

- τα εμπόδια επιλογής του κατάλληλου δείγματος, έτσι ώστε αυτό να είναι όντως αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού.
- τη δυσκολία που απαιτεί η εφαρμογή της δειγματοληψίας (ειδικευμένο προσωπικό, επιλογή μεθόδου κ.λπ.).

- Σφάλματα

Γενικότερα, η εφαρμογή της δειγματοληψίας παρουσιάζει ένα σαφές, σοβαρό και δομικό μειονέκτημα. Επειδή ανιχνεύονται δεδομένα που αφορούν μικρό τμήμα του πληθυσμού δημιουργούνται αναπόφευκτα σφάλματα. Όσο το μέγεθος του δείγματος μεγενθύνεται τόσο συρρικνώνονται τα σφάλματα.

Συνήθως, το σφάλμα είναι η απόκλιση της τιμής της μεταβλητής, η οποία προέρχεται από το δείγμα από την αντίστοιχη που προκύπτει από την απογραφή. Τις περισσότερες φορές είναι είτε τυχαία σφάλματα, τα οποία προέρχονται από απροσεξία και εν γένει από ανεπάρκειες του τρόπου συλλογής των δεδομένων ή συστηματικά σφάλματα που προέρχονται από αδυναμίες της τεχνικής που χρησιμοποιείται, το μέγεθος του δείγματος κ.λπ..

- Το δειγματοληπτικό πλαίσιο

Για να πάρει την τελική του μορφή το δείγμα θα πρέπει να ορισθεί επακριβώς το δειγματοληπτικό πλαίσιο, δηλαδή οι μονάδες από τις οποίες αποτελείται ο πληθυσμός τα χαρακτηριστικά του οποίου επιθυμούμε να διερευνήσουμε. Επειδή τα χαρακτηριστικά των μονάδων ή και οι ίδιες οι μονάδες που αποτελούν το δειγματοληπτικό πλαίσιο συνήθως μεταβάλλονται πολύ γρήγορα, ενυπάρχει πάντα ο κίνδυνος χρησιμοποίησης ακατάλληλου δειγματοληπτικού πλαισίου και άρα αυξημένη η πιθανότητα του δειγματοληπτικού σφάλματος.

- Μέθοδοι δειγματοληψίας-Συλλογή δεδομένων

Η επιλογή του κατάλληλου δείγματος από τον πληθυσμό αποτελεί και το δυσκολότερο εγχείρημα αλλά και την ουσία της δειγματοληψίας. Ένα δείγμα ονομάζεται αντιπροσωπευτικό εάν αποτελεί μια οιονεί μικρογραφία του πληθυσμού, ενώ μη αντιπροσωπευτικό ή μεροληπτικό εφόσον καταγράφει τμήμα και όχι όλα τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Οι περισσότερες έρευνες διενεργούνται με αντιπροσωπευτικά δείγματα, τα οποία είναι τυχαία. Δηλαδή, δείγματα τα οποία επιλέγονται κατά τυχαίο τρόπο και δεν παρεμβαίνει κανένας παράγοντας-ανθρώπινος ή μη- έτσι ώστε να ορίσει συγκεκριμένες μονάδες από τον πληθυσμό. Γίνεται κατανοητό, λοιπόν, ότι όλες οι μονάδες του πληθυσμού έχουν τις ίδιες πιθανότητες συμμετοχής τους στο δείγμα. (Παπαηλιάς, 1998)

Η στατιστική μελετά δείγματα, δηλαδή κομμάτια του πληθυσμού και από αυτά εξάγει τα όποια συμπεράσματα για το σύνολό του. Για να είναι ένα δείγμα αντιπροσωπευτικό ενός πληθυσμού θα πρέπει, πρωτίστως, ο πληθυσμός να έχει ορισθεί με σαφήνεια. Σε κάθε έρευνα ο ερευνητής καθορίζει τα κριτήρια επιλογής του δείγματος. Στην παρούσα έρευνα κριτήριο αποτέλεσε η χρήση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα δημοτικά πολυιατρεία από τα μέλη του δείγματος στο ένα σκέλος και στο άλλο σκέλος η εργασιακή τους απασχόληση εκεί.

Στη φάση του σχεδιασμού μιας έρευνας, αποφασίζεται η πιο πρόσφορη μέθοδος από αυτές που υπάρχουν στο οπλοστάσιο της κοινωνικής επιστήμης για το δεδομένο πρόβλημα. Δεν μπορείς να μάθεις για το επάγγελμα, τη μόρφωση και το εισόδημα ενός ατόμου αν δεν ρωτήσεις κατά προτίμηση το ίδιο το άτομο. Από την άλλη μεριά δεν μπορείς -ρωτώντας- να διαπιστώσεις, για παράδειγμα, τις διαπροσωπικές σχέσεις ασθενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Ο μόνος τρόπος για να τα μάθει αυτά κάποιος είναι η παρατήρηση.

Έτσι, χονδρικά, θα λέγαμε ότι υπάρχουν τρεις μέθοδοι συλλογής επιστημονικών δεδομένων στις έρευνες:

- i. ο ερευνητής μπορεί να θέσει στους υποψήφιους ερωτήματα
- ii. μπορεί να παρατηρήσει την συμπεριφορά ατόμων, ομάδων ή οργανισμών και να εξάγει συμπεράσματα από αυτή τη συμπεριφορά και
- iii. μπορεί να χρησιμοποιήσει ήδη υπάρχοντα γραπτά κείμενα ή στοιχεία που έχουν συλλεγεί για σκοπούς διαφορετικούς από εκείνους του ερευνητή. (Φιλίας, 2003).

Σύμφωνα με τα παραπάνω υπάρχουν τέσσερις τρόποι συλλογής δεδομένων

1. η παρατήρηση
2. η μέθοδος του βιογραφικού ιστορικού
3. η συνέντευξη και
4. η μέθοδος του ερωτηματολογίου.

Η τέταρτη μέθοδος είναι και αυτή που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Το ερωτηματολόγιο είναι το βασικό μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στον συνεντευκτή και στον ερωτώμενο. Αποτελείται από μία σειρά ερωτήσεων που απαιτούν κάποια πληροφορία από τον ερωτώμενο. (Kish, 1995).

Το γραπτό ερωτηματολόγιο ενδείκνυται για τομείς περιορισμένους, για γεγονότα ή απαντήσεις που δεν θέτουν διαφορούμενα ή περίπλοκα προβλήματα συμπεριφοράς ή γνώμων. Όταν το πρόβλημα είναι ξεκάθαρο και πλαισιώνεται από ερωτήσεις καλά διατυπωμένες, η μέθοδος του (γραπτού) ερωτηματολογίου είναι η καταλληλότερη. Το ερωτηματολόγιο πρέπει να απεικονίζει με ιδιαίτερες ερωτήσεις το αντικείμενο της έρευνας και να προκαλεί απαντήσεις σε σχέση με αυτήν. Όσον αφορά το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, σε αντίθεση με τις συνεντεύξεις που εντοπίζουν το ενδιαφέρον τους στο υποκείμενο της έρευνας (ερωτώμενο), το περιεχόμενο ενός ερωτηματολογίου καθορίζεται περισσότερο από το αντικείμενο της έρευνας παρά από τις ανάγκες του υποκειμένου.

5.2 Μεθοδολογία της έρευνας

5.2.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι συνήθως το πρώτο βήμα σε μία έρευνα. Για την καλύτερη κατανόηση των θεμάτων του ερωτηματολογίου διενεργήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία περιελάμβανε βιβλία, δημοσιευμένα papers και ιστοσελίδες.

5.2.2 Κατασκευή του ερωτηματολογίου

Το δυσκολότερο έργο στη κατασκευή ενός ερωτηματολογίου είναι η διατύπωση των ερωτήσεων. Αυτό οφείλει να περιέχει σαφείς και κατανοητές ερωτήσεις, αλλά όχι προσβλητικές για τη νοημοσύνη του ασθενούς. Είναι συνηθισμένο, οι ερωτήσεις να

επαναδιατυπώνονται μέχρι να πάρουν μια ικανοποιητική μορφή για τον ερευνητή. Διαμορφώθηκαν συνεπώς με τρόπο τέτοιο, ώστε να αποφευχθούν εκείνες που έχουν διπλό θέμα, δηλαδή που, ουσιαστικά, θέτουν ταυτόχρονα δύο ερωτήματα. Επίσης, όσες περιέχουν ασαφείς, άγνωστες (σε άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου) και προσβλητικές λέξεις, επειδή μπορεί να οδηγήσουν σε παρανοήσεις και λανθασμένες απαντήσεις. Τέλος, εξαιρέθηκαν ερωτήσεις που ζητούν από τους ασθενείς να κάνουν κρίσεις για θέματα που δεν γνωρίζουν ή προκαλούν ενστάσεις και μεροληπτικές απαντήσεις.

Πρώτη φάση κατά την κατασκευή του ερωτηματολογίου αποτέλεσε ο σαφής ορισμός του περιεχομένου του καθώς και ο καθορισμός του είδους των ερωτήσεων που τέθηκαν. Το είδος αυτών ήταν οι «πραγματικές» ερωτήσεις. Στη δεύτερη φάση συντάχθηκαν οι ερωτήσεις (επιλογή των κατάλληλων λέξεων, ορθότητα διατύπωσης κλπ). Τέλος στην τρίτη και τελευταία φάση επιλέχθηκε το μέγεθος του ερωτηματολογίου, ο αριθμός, η σειρά και η θέση των ερωτήσεων.

Τα βασικά αποτελέσματα των ερωτημάτων αξιολογήθηκαν με άξονα τον αντίστοιχο ποσοστιαίο (%) βαθμό ικανοποίησης, σε πενταβάθμια κλίμακα Likert («Πολύ καλή», «Καλή», «Μέτρια», «Κακή», «Πολύ κακή»).

Στις κλίμακες τύπου Likert, ο ερευνητής θέτει έναν αριθμό δηλώσεων στη θέση των ερωτήσεων για τα χαρακτηριστικά διαφόρων υπηρεσιών. Αυτές οι δηλώσεις μπορεί να είναι είτε θετικές, είτε αρνητικές. Κάθε πρόταση διαβαθμίζεται σε κλίμακες από την απόλυτη συμφωνία έως την απόλυτη διαφωνία. Η κλίμακα με πέντε διαβαθμίσεις προτιμήθηκε επειδή έχει θεωρηθεί επαρκής από τη διεθνή βιβλιογραφία. Τα πλεονεκτήματα των κλιμάκων τύπου Likert είναι ότι εξοικονομούν χώρο, είναι ομοιόμορφες και συμπληρώνονται γρήγορα επειδή είναι εύκολες στην απομνημόνευση, οπότε ο ερωτώμενος πρέπει μόνο να συγκεντρωθεί στις προτάσεις που ακούει ή διαβάζει.

Επίσης, οι θετικά διατυπωμένες δηλώσεις εναλλάσσονται με τις αρνητικά εκφρασμένες και έτσι αποφεύγεται ο κίνδυνος θετικής μεροληψίας. Τέλος, οι κλίμακες αυτές συνήθως θεωρούνται ως «κλίμακες διαστήματος» και συνεπώς μπορούν να λάβουν αριθμητικές τιμές.

Αναφορικά με την δομή του ερωτηματολογίου πρέπει να σημειωθεί ότι αποτελείται από δύο ενότητες:

1. Δημογραφικά στοιχεία

2α) Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και του προσωπικού στα Δημοτικά Ιατρεία από τους ασθενείς

2β) Αξιολόγηση των δομών, της οργάνωσης και της συνεργασίας εντός των Δημοτικών Ιατρείων από το ίδιο το προσωπικό.

Το ερωτηματολόγιο μετρά, κυρίως εμπειρικά την εντύπωση του πολίτη-ασθενούς από τη χρήση υπηρεσιών των Δ.Ι. Επίσης, συγκεντρώνει πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση) με βάση τα οποία εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα.

Η διανομή και συλλογή του ερωτηματολογίου (το οποίο ήταν ανώνυμο και εμπιστευτικό) πραγματοποιήθηκε το μήνα Σεπτέμβριο του 2011 σε τυχαίο δείγμα ασθενών που επισκέφθηκαν τα Δ.Ι. κατά το διάστημα αυτό και θέλησαν να το συμπληρώσουν, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις λόγω προβλημάτων υγείας το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τον συνοδό- συγγενή του ασθενή ή τον ερευνητή καθ' υπόδειξη του ασθενή, ο οποίος απαντούσε προφορικά στις ερωτήσεις που του υποβάλλονταν.

Στα παραρτήματα Γ και Δ περιέχονται τα ερωτηματολόγια.

5.2.3 Πιλοτικό test

Στη συγκεκριμένη έρευνα, εφαρμόστηκε η μέθοδος των γνωστικών συνεντεύξεων. Πραγματοποιήθηκαν ατομικές συνεντεύξεις, κατά τη διάρκεια των οποίων οι ερωτώμενοι περιέγραφαν τις σκέψεις τους, καθώς απαντούσαν στις ερωτήσεις. Αυτό γινόταν ώστε να διαπιστωθούν ο τρόπος με τον οποίο αυτοί αντιλαμβάνονταν και ερμήνευαν κάθε στοιχείο και οι πιθανές δυσκολίες που συναντούσαν ως προς το νόημα, το λεξιλόγιο και τη διατύπωσή του.

Δηλαδή, αρχικά, διενεργήθηκε πιλοτικό test, αποτελούμενο από 20 ερωτηματολόγια (τα οποία δεν συμπεριλήφθηκαν στο τελικό μας δείγμα), την 1η Ιουνίου 2011 στο χώρο έξω από το Γ' Δημοτικό Ιατρείο Αθήνας στις οδούς Θεσσαλονίκης 48 & Ηρακλειδών στα Πετράλωνα. Έπειτα, αφού εντοπίστηκαν τα σημαντικότερα προβλήματα του ερωτηματολογίου διενεργήθηκαν οι απαραίτητες διορθώσεις.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι λόγω της απροθυμίας των ερωτωμένων να απαντήσουν για το επίπεδο εισοδήματος τους, σε σχετική ερώτηση, αποφασίστηκε η παράλειψη μιας τέτοιας παραμέτρου από το ερωτηματολόγιο για την ορθότερη και πιο ειλικρινή απεικόνιση των απαντήσεων των ερωτωμένων.

Αμέσως μετά την κατασκευή των ερωτηματολογίων ακολούθησε η διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

5.2.4 Έρευνα

Η τελική έρευνα πραγματοποιήθηκε στις 6 και 7 Σεπτεμβρίου 2011 στα Δημοτικά Πολυιατρεία Χολαργού και Αγίου Δημητρίου Αττικής αντίστοιχα (με στόχο τη μέγιστη τυχαιοποίηση του δείγματος), όπου συλλέχθηκαν επιτυχώς συμπληρωμένα 200 ερωτηματολόγια ασθενών και 24 ερωτηματολόγια από το προσωπικό των ιατρείων.

5.2.5 Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων

Στις μέρες μας, η ανάγκη της καταγραφής οδήγησε στη δημιουργία οργανωμένων στατιστικών υπηρεσιών, υπεύθυνων για τις μετρήσεις του κράτους, καθώς επίσης και αρχείων για την αποθήκευση όλων αυτών των στοιχείων, οργανωμένων με μορφή συγκρίσιμη. Οι μέθοδοι της περιγραφικής στατιστικής αποτελούν το επιστημονικό εργαλείο για την συγκέντρωση, ταξινόμηση και παρουσίαση των πρωτογενών δεδομένων σε εύληπτη μορφή, ενώ τα εργαλεία της στατιστικής συμπερασματολογίας καθιστούν δυνατή την προσέγγιση χαρακτηριστικών του συνόλου των δεδομένων από την μελέτη ενός υποσυνόλου τους. Το λογισμικό «Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων» μας δίνει τη δυνατότητα να εισάγουμε δεδομένα και να τα επεξεργαζόμαστε, με σκοπό να διατυπώσουμε τα σχετικά συμπεράσματά μας.

Το στατιστικά πακέτα που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα είναι το SPSS Data Document 13.00 και το Microsoft Office Excel 2007 καθώς αποτελούν δύο από τα πιο εξελιγμένα υπολογιστικά προγράμματα στατιστικής που προσπαθεί να καλύψει το σύνολο των γνωστότερων στατιστικών τεχνικών, δίνοντας δυνατότητα γραφικής επεξεργασίας και αναδραστικής λειτουργίας με πολύ μεγάλη ταχύτητα (Ψαρρού, Ζαφειρόπουλος, 2001).

5.2.6 Περιορισμοί έρευνας

Η έρευνά μας έχει τους παρακάτω περιορισμούς:

- Όπως και η πλειοψηφία των δημοσιευμένων εργασιών, η ποσοτική μας ανάλυση βασίζεται στην υπόθεση ότι η κλίμακα Likert επιτρέπει τη χρήση μεθόδων στατιστικής που αφορούν σε μεταβλητές διαστήματος. Αυτό σημαίνει ότι οι αποστάσεις (διαφορές στην ένταση των πεποιθήσεων), όπως

τις αντιλαμβάνονται οι ασθενείς, μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων (π.χ. μεταξύ της απάντησης «Πολύ κακή» και «Κακή» και της «Πολύ καλή» και «Καλή») είναι ίσες.

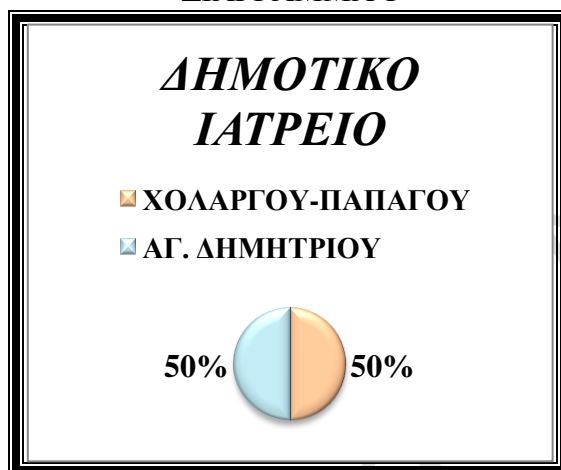
- Δεύτερον, η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ασθενών που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια δεν ήταν δυνατόν να διερευνηθεί, επειδή δεν ήταν διαθέσιμα τα απαραίτητα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά στοιχεία του στατιστικού πληθυσμού ή των μη συμμετεχόντων στην έρευνα, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες συγκρίσεις. Παραμένει λοιπόν το ενδεχόμενο μεροληψίας .
- Τέλος, το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν μεσαίου μεγέθους. Μολονότι δεν υπάρχει ομοφωνία στη βιβλιογραφία όσον αφορά στον ελάχιστο αριθμό περιπτώσεων που απαιτούνται για την εφαρμογή παραγοντικής ανάλυσης, 150–300 περιπτώσεις ή μια αναλογία ατόμων δείγματος προς μεταβλητές-στοιχεία ίση με 5 θεωρείται από πολλούς απαραίτητη. Το δείγμα της παρούσας έρευνας ήταν 200 ερωτηματολόγια. Σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, αλλά θα πρέπει να πραγματοποιηθούν και άλλες μελέτες (π.χ. έρευνες με δείγματα ασθενών άλλων ελληνικών Δημοτικών Πολυϊατρείων, μελέτες που θα χρησιμοποιούν τις μεθόδους της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης) για την πλήρη εγκυροποίηση του ερωτηματολογίου.

Στις ακόλουθες σελίδες παρουσιάζονται τα ευρήματα της έρευνας.

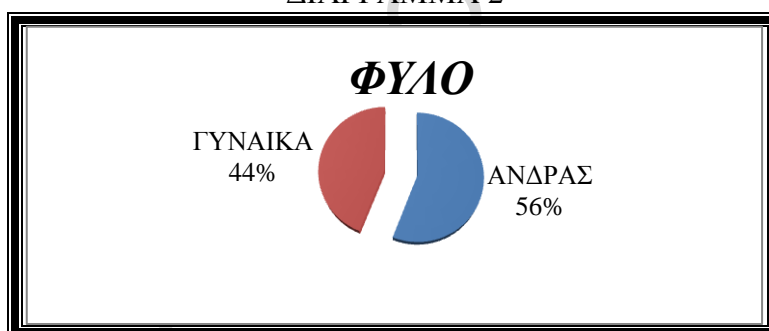
Γ' ΜΕΡΟΣ

6.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2



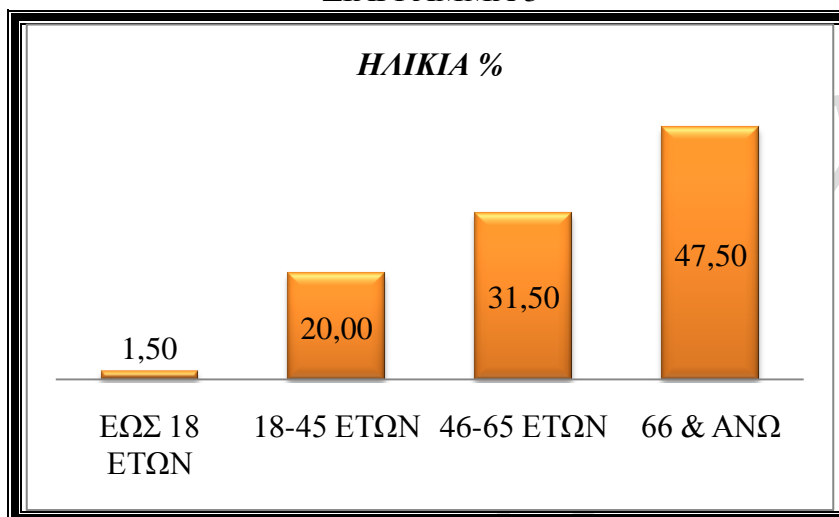
Η έρευνά μας διεξήχθη, όπως αναφέρθηκε ξανά, σε 2 Δ.Ι. . Εκείνο του Χολαργού, το οποίο ανήκει στο δήμο Χολαργού-Παπάγου και εκείνο το Αγίου Δημητρίου το οποίο ανήκει στον ομώνυμο δήμο.

Το συνολικό δείγμα αποτελείται από 200 απαντημένα ερωτηματολόγια από ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών των Δ.Ι.. Από 100 σε κάθε Δ.Ι. δηλ. από 50%. (Διάγραμμα 1)

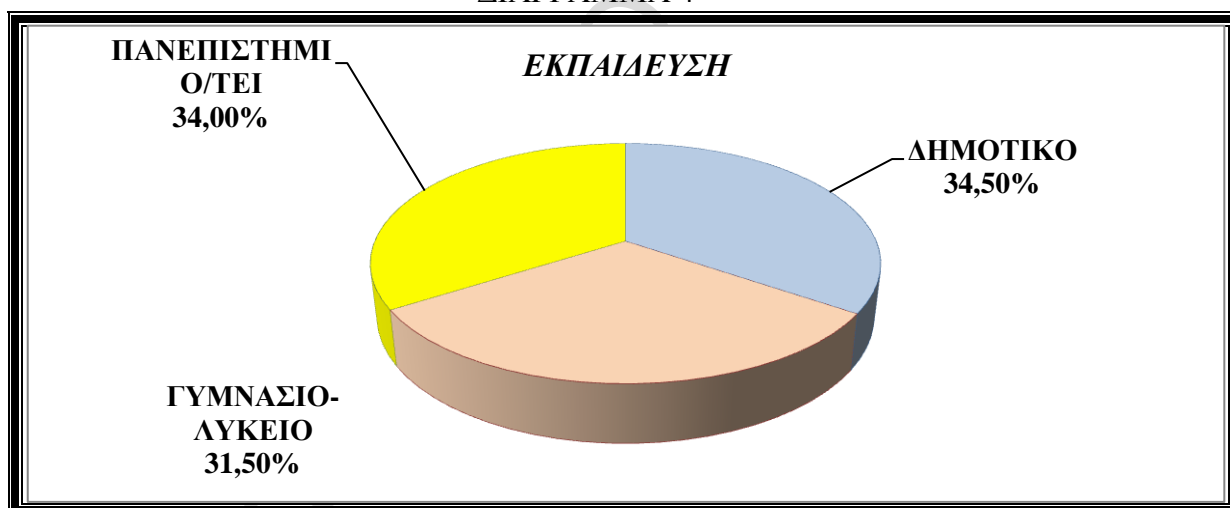
Το δείγμα αποτελείται κατά 56% από άνδρες και 44% από γυναίκες (Διάγραμμα 2) και όπως φαίνεται στο παρακάτω Διάγραμμα 3, το 47% τοποθετείται στο ηλικιακό γκρουπ των 66 ετών και άνω, το 31,5% βρίσκεται στις ηλικίες ανάμεσα στα 46 και τα 65 έτη, το 20% είναι από 18 ως 45 ετών και μόλις το 1,5% έως 18 ετών. Λογικό, αν

συνυπολογίσουμε ότι, συνήθως θα χρειαστούν παροχή υπηρεσιών υγείας μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες και άρα έχουν αυξημένες πιθανότητες να βρεθούν σε χώρο όπως τα Δ.Ι.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

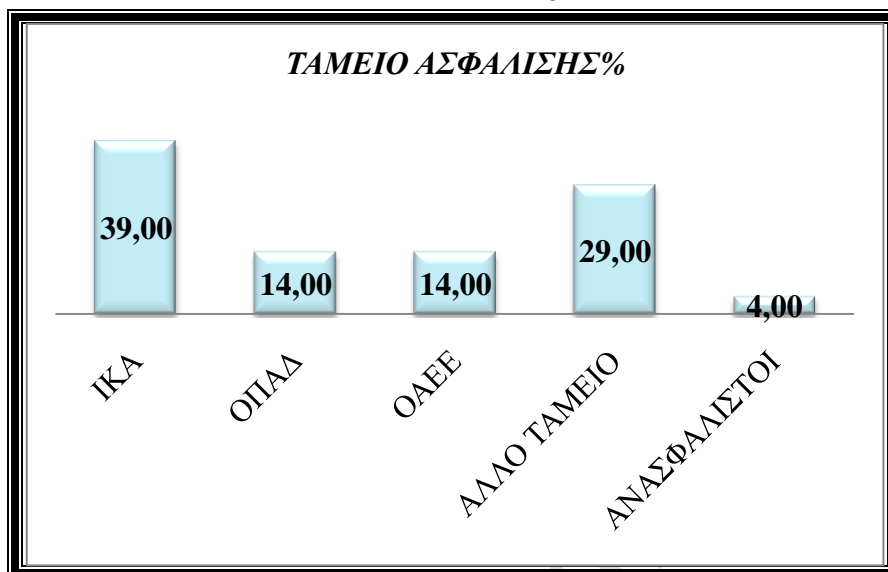


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4



Σχετικά με τη λήψη εκπαίδευσης αυτών, φαίνεται ότι κατανέμονται ισομερώς , καθώς, όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 4, το 34,5% έχει παρακολουθήσει/ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 31,5% έχει παρακολουθήσει/ολοκληρώσει Γυμνάσιο ή/και Λύκειο και το 34% εμφανίζονται ως απόφοιτοι Πανεπιστημίου/ΤΕΙ.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5



Όσον αφορά στο ταμείο ασφάλισης, (Διάγραμμα 5) το 39% των ερωτηθέντων εντάσσονται στο ΙΚΑ και προφανώς εξυπηρετούνται στα Δ.Ι. θεωρώντας πως λαμβάνουν ταχύτερη φροντίδα υγείας από εκείνη την οποία κατά κοινή ομολογία προσφέρεται στα πολυιατρεία του ΙΚΑ, με τρανό παράδειγμα το κλείσιμο ραντεβού για εξέταση έως και 2 μήνες μετά από την πρωτοβουλία του ασθενούς-χρήστη της υπηρεσίας.

Σε ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ αντιστοιχεί από 14% των ασφαλισμένων του δείματός μας και σε ποσοστό -μόλις- 4% αντιστοιχούν οι ανασφάλιστοι. Ποσοστό πάρα πολύ χαμηλό, αν αναλογιστούμε ότι στα Δ.Ι. εξυπηρετούνται οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, κατά κύριο λόγο.

Άξιο αναφοράς είναι το 29% που δηλώνει ασφαλισμένο σε άλλο ταμείο καθώς αυτό όπως προκύπτει από τη διάδραση με τους ερωτώμενους, είτε διαμοιράζεται στα άλλα μικρότερα ταμεία είτε -κυρίως- σε ασφαλισμένους του ΟΓΑ οι οποίοι δεν έχουν - ιδιαίτερα στην Αθήνα- ιατρεία να τους εξυπηρετήσουν σε ευρεία κλίμακα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6



Σε ερώτηση σχετικά με το πώς έμαθαν την ύπαρξη και τη λειτουργία του Δ.Ι. στην περιοχή τους, σχεδόν οι μισοί, το 41,5% για την ακρίβεια, έλαβαν γνώση έπειτα από προσπάθειες της δημοτικής αρχής, κάτι που μας δείχνει ξεκάθαρα για τα Δ.Ι. της έρευνας μας ότι υπήρξε οργανωμένη και σοβαρή προσπάθεια ενημέρωσης των δημοτών.

Συνεχίζοντας, το 28% έμαθε από κάποιο γνωστό, συγγενή ή φίλο (Διάγραμμα 6) την ύπαρξη των ιατρείων, το 11,5% από το γιατρό του ο οποίος είτε ήξερε ότι λειτουργούν τα ιατρεία των δήμων είτε προσέφερε τις υπηρεσίες του σε αυτά οπότε, στην ουσία, μετέφερε εκεί τους ασθενείς του.

Μόλις το 3% έκανε έρευνα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στην περιοχή του και το 16% τυχαία. Το τελευταίο, ίσως καταδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω ενέργειες ενημέρωσης των δημοτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες χωρίς, ωστόσο, να αναιρεί τις προηγούμενες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

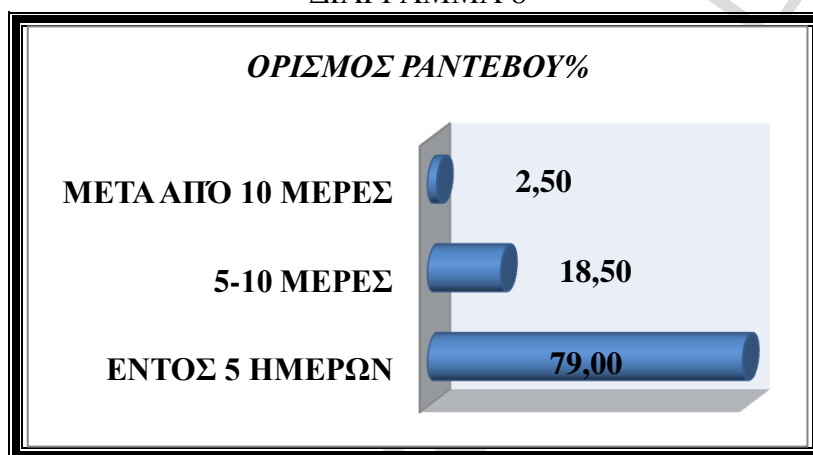


Σχετικά με την προσβασιμότητα στο χώρο των ιατρείων -Διάγραμμα 7- οι μισοί, δηλαδή το 51,5% απάντησε ότι δεν αντιμετώπισε κανένα απολύτως πρόβλημα, το 11% δυσκολεύτηκε λόγω της απόστασης από το σπίτι του, το 8% λόγω των συγκοινωνιών και το 29% στο παρκάρισμα.

Τα ποσοστά γίνονται κατανοητά, διότι και οι δύο δήμοι έχουν στάσεις Μετρό στο κέντρο τους και ειδικά στο Χολαργό η απόσταση του Δ.Ι. είναι πολύ κοντινή.

Τώρα, σχετικά με το πρόβλημα στο παρκάρισμα, λόγω της πυκνής δόμησης της περιοχής και της γειτνίασης με μεγάλους οδικούς άξονες της Αττικής (λεωφόρος Βουλιαγμένης και λεωφόρος Αγίου Δημητρίου στο Δ.Ι. Αγίου Δημητρίου – λεωφόρος Μεσογείων και λεωφόρος Κατεχάκη στο Δ.Ι. Χολαργού) γίνεται αντιληπτή η δυσκολία αυτή.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8



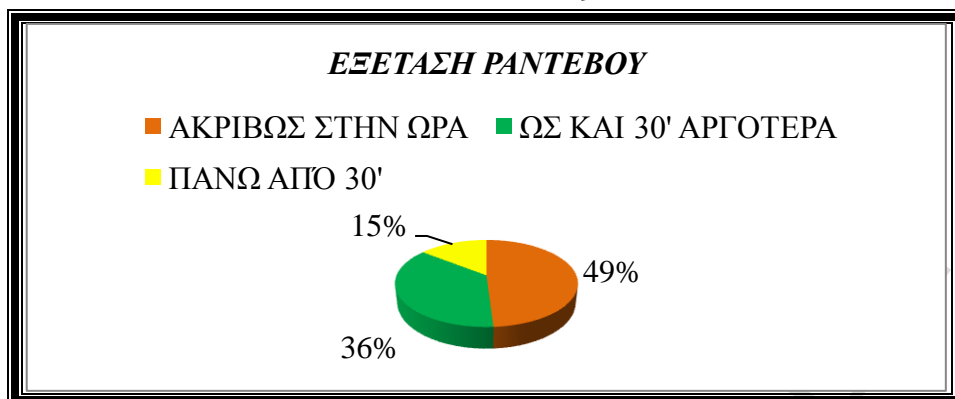
Αναφορικά με τα ραντεβού (Διάγραμμα 8) παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία της τάξης του 79% έκλεισε ραντεβού σε διάστημα το πολύ 5 ημερών από την ημέρα επικοινωνίας με το Δ.Ι. και το 18,5% σε διάστημα 5-10 ημερών. Δηλαδή, για διάφορους λόγους, μόνο το 2,5% εξυπηρετήθηκε σε διάστημα μεγαλύτερο των 10 ημερών.

Διακρίνουμε, δηλαδή ταχύτητα στην εξυπηρέτηση και άμεση ανταπόκριση για την παροχή υπηρεσιών υγείας παρά τις όποιες οργανωτικές-γραμματειακές δυσκολίες αντιμετωπίζουν τα Δ.Ι.

Στο σημείο αυτό, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί για την ορθότερη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, ότι στο Δ.Ι. Αγίου Δημητρίου το σύστημα δε λειτουργεί αμιγώς και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων με ραντεβού. Στην ουσία, ο ενδιαφερόμενος ενημερώνεται τηλεφωνικά για τις ημέρες και τις ώρες κατά τις οποίες ο/η γιατρός θα εξετάζουν και κατόπιν προσέρχονται σε αυτό.

Ακόμα κι έτσι όμως, η ανταπόκριση είναι άμεση και λόγω της συχνής παρουσίας του ιατρικού προσωπικού εκεί δεν υπάρχουν καθυστερήσεις.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9

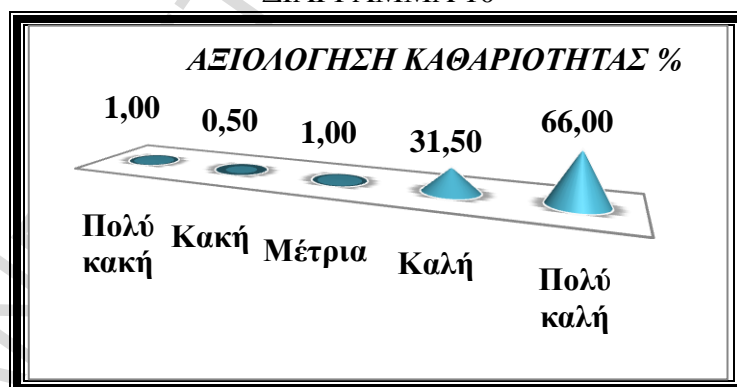


Με δεδομένα όσα αναφέραμε προηγουμένως για τα ραντεβού, το 49% των ασθενών εξετάστηκαν ακριβώς στην προκαθορισμένη ώρα όπως μας δείχνει το *Διάγραμμα 9*, το 36,5% έως και 30 λεπτά αργότερα και το 14,5% σε περισσότερο από 30 λεπτά..

Αξίζει να σημειωθεί, πως το τελευταίο ποσοστό οφείλεται κατά κύριο λόγο σε απαντήσεις των εξετασθέντων στο Δ.Ι. λόγω της ιδιομορφίας στο κλείσιμο των ραντεβού όπως έχει προαναφερθεί.

Παρ' όλα αυτά, και με βάση το πλήθος του κόσμου που αντικρίσαμε την ημέρα της έρευνας, το ποσοστό αυτό αξιολογείται ως πολύ καλό ή -στη χειρότερη- ικανοποιητικό.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10



Προχωρώντας στο κομμάτι των αξιολογήσεων των ασθενών για διάφορους τομείς των Δ.Ι. , παρατηρούμε αναφορικά με την καθαριότητα, ότι το 66% τη χαρακτηρίζει «Πολύ καλή» , το 31,5% ως «Καλή» , το 1% ως «Μέτρια» ή «Πολύ κακή» και μόλις το 0,5% ως «Πολύ κακή». (*Διάγραμμα 10*)

Οι πιο κάτω πίνακες, μας δίνουν μια πιο σαφή εικόνα της σύνθεσης των απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Αξιολόγηση καθαριότητας ανά ηλικία (%)							
		Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Ηλικία	Έως 18 ετών	0,00	0,00	0,00	66,67	33,33	100,00
	18-45	0,00	0,00	0,00	42,50	57,50	100,00
	46-65	1,59	0,00	0,00	42,86	55,56	100,00
	66 και άνω	1,06	1,06	2,13	18,09	77,66	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		1,00	0,50	1,00	31,50	66,00	100,00

Αξιοπρόσεκτο, σχετικά με την ηλικία(Πίνακας 4)είναι το γεγονός πως αυξανόμενη της ηλικίας, η καθαριότητα αξιολογείται ως όλο και καλύτερη, πιθανότατα λόγω παραστάσεων από ένα απαρχαιωμένο σύστημα υγείας, είτε από έλλειψη απαιτήσεων είτε ακόμα και από ορθότερη κρίση. Εξαρτάται πάντοτε από το πρίσμα που θέλει να κοιτά κάποιος τα πράγματα. Ταυτοχρόνως όμως οι ηλικίες ως 45 ετών δεν έχουν αξιολογήσει την καθαριότητα ως χειρότερη από «Καλή» και η μόνη κατηγορία η οποία μας έχει δώσει απαντήσεις -έστω πολύ λίγες- είναι εκείνη του ηλικιακού γκρουπ άνω των 66 ετών.

Περισσότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται εκείνοι του ΙΚΑ αξιολογώντας με 74,36% ως «Πολύ καλή» την καθαριότητα και με 21,79% ως «Καλή». Ακολουθούν εκείνοι οι οποίοι ανήκουν σε διάφορα μικρά ταμεία (και κυρίως στον ΟΓΑ από ότι προέκυψε από την επαφή με τους ερωτώμενους), ενώ οι ασφαλισμένοι του ΟΑΕΕ εμφανίζονται ως εκείνοι οι οποίοι έχουν αξιολογήσει μόνο σε ποσοστό 42,86% ως «Πολύ καλή» και με 57,14 ως «Καλή».

Γεγονός παραμένει πως -με εξαίρεση εκείνους- του ΟΑΕΕ περίπου 7 στους 10 αξιολογούν με τον καλύτερο δυνατό βαθμό την κατάσταση της καθαριότητας στα συγκεκριμένα Δ.Ι. όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Αξιολόγηση καθαριότητας ανά ταμείο ασφάλισης (%)							
		Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Ταμείο Ασφάλισης	ΙΚΑ	1,28	0,00	2,56	21,79	74,36	100,00
	ΟΠΑΔ	3,57	3,57	0,00	32,14	60,71	100,00
	ΟΑΕΕ	0,00	0,00	0,00	57,14	42,86	100,00
	Άλλο Ταμείο	0,00	0,00	0,00	31,03	68,97	100,00
	Ανασφάλιστος	0,00	0,00	0,00	37,50	62,50	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		1,00	0,50	1,00	31,50	66,00	100,00

Αναφορικά με την αξιολόγηση της καθαριότητας και το επίπεδο εκπαίδευσης, όπως απεικονίζεται πιο κάτω, στον Πίνακα 6, οι 8 στους 10 οι οποίοι έχουν λάβει μέρος σε τάξεις της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης θεωρούν «Πολύ καλή» την καθαριότητα ενώ εκείνου του Γυμνασίου/Λυκείου εμφανίζονται μοιρασμένοι στην απάντηση «Καλή» με 47,62% και «Πολύ καλή» με 52,38%. Οι ασθενείς με εκπαίδευση Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ κατά 61,76% κρίνουν ως «Πολύ καλή» την καθαριότητα και ως «Καλή» με 32,32% κινούμενοι στο μέσο όρο του δείγματος μετά τις μεγάλες αποκλίσεις των δύο άλλων κατηγοριών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

Αξιολόγηση καθαριότητας ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)							
		Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Εκπαίδευση	Δημοτικό	0,00	0,00	1,45	15,94	82,61	100,00
	Γυμνάσιο/Λύκειο	0,00	0,00	0,00	47,62	52,38	100,00
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	2,94	1,47	1,47	32,35	61,76	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		1,00	0,50	1,00	31,50	66,00	100,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Αξιολόγηση καθαριότητας ανά επάγγελμα (%)							ΣΥΝΟΛΟ
Επάγγελμα		Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	0,00	0,00	0,00	21,43	78,57	100,00
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	0,00	0,00	0,00	28,13	71,88	100,00
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	0,00	0,00	4,76	57,14	38,10	100,00
	Συνταξιούχος	2,08	1,04	1,04	21,88	73,96	100,00
	Άλλο Επάγγελμα	0,00	0,00	0,00	53,85	46,15	100,00
	Άνεργος	0,00	0,00	0,00	41,67	58,33	100,00
	Οικιακά	0,00	0,00	0,00	50,00	50,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		1,00	0,50	1,00	31,50	66,00	100,00

Εξαιρετικές απαντήσεις (Πίνακας 7) για την καθαριότητα δίνουν οι εν ενεργεία δημόσιοι υπάλληλοι (78,57%), οι συνταξιούχοι και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (73,96% και 71,88% αντίστοιχα), ενώ οι ελεύθεροι επαγγελματίες είναι θετικοί πολύ λιγότερο με 38,10%, κάτι το οποίο συνάδει με τις απαντήσεις των ασφαλισμένων του ΟΑΕΕ, δηλαδή του ασφαλιστικού τους ταμείου. Επίσης, τα διάφορα επαγγέλματα, αξιολογούν στη βέλτιστη κλίμακα την καθαριότητα μόλις το 46,15% και ως «Καλή» το 53,85% .

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11



Ως προς την ποιότητα περίθαλψης, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 11 οι 9 στους 10 τη θεωρούν από «Καλή» ως «Πολύ καλή» με συνολικό ποσοστό στο 90,5% ενώ το 9% ως «Μέτρια».

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

Αξιολόγηση ποιότητας περίθαλψης ανά ηλικία (%)						
		Πολύ κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Ηλικία	Έως 18 ετών	0,00	33,33	33,33	33,33	100,00
	18-45	0,00	17,50	57,50	25,00	100,00
	46-65	0,00	6,35	58,73	34,92	100,00
	66 και άνω	1,06	6,38	38,30	54,26	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		0,50	9,00	48,50	42,00	100,00

Όπως μας δείχνει ο Πίνακας 8 οι νεαρότερες ηλικίες, ως 18 ετών, την αξιολογούν ως «Μέτρια», «Καλή», «Πολύ καλή» από 33,33% ενώ η πιο απαιτητική ηλικιακή ομάδα είναι αυτή των ηλικιών 18-45 ετών με αξιολόγηση του 25% αυτού ως «Πολύ καλής», το 57% ως «Καλής» και το 17,5% ως «Μέτριας». Ανάλογα, οι ηλικίες 46-65 δίνουν για τις αντίστοιχες αξιολογήσεις 34,92%, 58,73%, και 6,35%. Διαφαίνεται μια ποικιλία απαντήσεων για τις πιο νέες ηλικίες, πιθανότατα λόγω εύρους γνώσεων και παραστάσεων και κυρίως γιατί δεν επισκέπτονται τα ιατρεία για λόγους συνταγογράφησης φαρμάκων - όπως η πλειοψηφία των ηλικιών 46 και άνω, όπως συμβαίνει κατά τεκμήριο-αλλά για κάποιο παθολογικό ή ψυχολογικό σύμπτωμα και έχουν άλλου είδους απαιτήσεις από τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

Αξιολόγηση ποιότητας περίθαλψης ανά ταμείο ασφάλισης (%)						
		Πολύ κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Ταμείο Ασφάλισης	ΙΚΑ	0,00	6,41	50,00	43,59	100,00
	ΟΠΑΔ	3,57	3,57	46,43	46,43	100,00
	ΟΑΕΕ	0,00	17,86	53,57	28,57	100,00
	Άλλο Ταμείο	0,00	10,34	43,10	46,55	100,00
	Ανασφάλιστος	0,00	12,50	62,50	25,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		0,50	9,00	48,50	42,00	100,00

Σε συνάρτηση με τα ασφαλιστικά τους ταμεία, οι ασφαλισμένοι του ΟΑΕΕ κρίνουν κατά 17,86% ως «Μέτρια» την ποιότητα περίθαλψης και ταυτόχρονα είναι οι λιγότεροι που την έχουν αξιολογήσει ως «Πολύ καλή» με 28,57%. Αυτό το ποσοστό είναι το χαμηλότερο για τη συγκεκριμένη αξιολόγηση μαζί με το 25% των ανασφάλιστων οι οποίοι με τη σειρά τους θεωρούν ως «Μέτρια» τη λαμβάνουσα ποιότητα περίθαλψης σε ποσοστό 12,5% (Πίνακας 9)

Εκτός αυτών, οι υπόλοιποι θέτουν σαν απάντηση το «Καλή» ή «Πολύ καλή» σε ποσοστό άνω του 90% αθροιστικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Αξιολόγηση ποιότητας περιθαλψης ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)						
		Πολύ κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Εκπαίδευση	Δημοτικό	0,00	5,80	36,23	57,97	100,00
	Γυμνάσιο/Λύκειο	0,00	11,11	52,38	36,51	100,00
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	1,47	10,29	57,35	30,88	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		0,50	9,00	48,50	42,00	100,00

Τώρα, ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους προφίλ (Πίνακας 10) παρατηρείται μια πτωτική τάση της απάντησης «Πολύ καλή» σε συνάρτηση με την εκπαιδευτική βαθμίδα από 57,97% του δημοτικού, σε 36,51% του γυμνασίου/λυκείου και σε 30,88% εκείνων από Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ.

Αντιθέτως, υπάρχει ανοδική τάση της αξιολόγησης «Καλή» όσο ανεβαίνει η βαθμίδα με 36,23%, 52,38% και 57,35% αντιστοίχως ενώ, παράλληλα, το 5,80% του δημοτικού, το 11,11% του γυμνασίου/λυκείου και το 10,29% των Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ θεωρεί τη ληφθείσα ποιότητα περιθαλψης ως «Μέτρια».

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Αξιολόγηση ποιότητας περιθαλψης ανά επάγγελμα (%)						
		Πολύ κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	0,00	7,14	35,71	57,14	100,00
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	0,00	9,38	62,50	28,13	100,00
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	0,00	14,29	61,90	23,81	100,00
	Συνταξιούχος	1,04	6,25	40,63	52,08	100,00
	Άλλο Επάγγελμα	0,00	23,08	46,15	30,77	100,00
	Άνεργος	0,00	8,33	58,33	33,33	100,00
	Οικιακά	0,00	8,33	58,33	33,33	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		0,50	9,00	48,50	42,00	100,00

Σχετικά με τα επαγγέλματα, όπως απεικονίζονται στον Πίνακα 11, όσοι εμπίπτουν στην κατηγορία «Άλλο επάγγελμα» τη θεωρούν «Μέτρια» σε υψηλότερο ποσοστό από των άλλων με 23,08% και ακολουθούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες με 14,29%. Τάση η οποία εμφανίζεται και αν θυμηθούμε την αντίστοιχη αξιολόγηση των ασφαλισμένων του ΟΑΕΕ. Ταυτοχρόνως, εμφανίζουν και το μικρότερο ποσοστό στην απάντηση «Πολύ

καλή» με 23,81%, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό σε αυτή την απάντηση καταλαμβάνουν οι δημόσιοι υπάλληλοι με 57,14%. Οι δημόσιοι υπάλληλοι δίνουν 35,71% στην απάντηση «Καλή» και 7,14% «Μέτρια».

Εκτός αυτών, οι συνταξιούχοι σε ποσοστό πάνω από 90% απαντούν «Καλή» ή «Πολύ καλή» όπως και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με τους ανέργους και τους ασχολούμενους με τα οικιακά.

Ας περάσουμε όμως στην αξιολόγηση του προσωπικού των ΔΙ όπως αυτή αποτυπώνεται στα διαγράμματα και τους πίνακες που προκύπτουν από τις απαντήσεις του δείγματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12



Εκκινώντας από το ιατρικό προσωπικό (Διάγραμμα 12), διαπιστώνουμε την εντυπωσιακή ικανοποίηση των ασθενών από αυτούς καθώς οι 9,5 στους 10 δίνουν ως απάντηση αξιολόγησης το «Καλή» ή «Πολύ καλή» με τα αντίστοιχα ποσοστά στο 48,5% και στο 49%. Σαφέστατα, λοιπόν αποτυπώνεται η εμπιστοσύνη του κόσμου στο ιατρικό προσωπικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά ηλικία (%)					
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΑ
Ηλικία	Έως 18 ετών	0,00	33,33	66,67	100,00
	18-45	2,50	60,00	37,50	100,00
	46-65	4,76	58,73	36,51	100,00
	66 και άνω	1,06	37,23	61,70	100,00
ΣΥΝΟΛΑ		2,50	48,50	49,00	100,00

Από τον Πίνακα 12 διαπιστώνουμε ότι οι 6 στους 10 κάτω των 18 και άνω των 66 ετών αξιολογούν το ιατρικό προσωπικό ως «Πολύ καλό» με ποσοστά 66,67% και 61,70% και οι υπόλοιποι ως «Καλό» με ποσοστά 33,33% και 37,23%. Το αντίστροφο συμβαίνει στις ηλικίες από 18 ως 65 με την απάντηση αξιολόγησης «Καλή» περίπου στο 60% και «Πολύ καλή» περίπου στο 37%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά ταμείο ασφάλισης (%)					
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Ταμείο Ασφάλισης	ΙΚΑ	2,56	46,15	51,28	100,00
	ΟΠΑΔ	0,00	57,14	42,86	100,00
	ΟΑΕΕ	10,71	50,00	39,29	100,00
	Άλλο Ταμείο	0,00	41,38	58,62	100,00
	Ανασφάλιστος	0,00	87,50	12,50	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		2,50	48,50	49,00	100,00

Σε συσχέτιση με τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως απεικονίζονται στον Πίνακα 13, αξιοπρόσεκτο είναι πως απάντηση «Πολύ καλή» σχετικά με την αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού, έχει δοθεί μόλις από το 12,5% των ανασφάλιστων και οι υπόλοιποι την αξιολογούν ως «Καλή».

Επίσης, εκτός των ασφαλισμένων σε διάφορα μικρά ταμεία όπου και βρίσκουμε απαντήσεις του 58,62%, όλοι έχουν ως απάντηση την επιλογή «Πολύ καλή» σε ποσοστό γύρω στο 50% ή και λιγότερο.

Οι ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ εμφανίζουν ως απάντηση το «Μέτρια» σε επίπεδο 10,71% και είναι οι μόνοι που απαντούν τόσο υψηλά στην κατηγορία αυτή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)					
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Εκπαίδευση	Δημοτικό	2,90	28,99	68,12	100,00
	Γυμνάσιο/Λύκειο	3,17	52,38	44,44	100,00
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	1,47	64,71	33,82	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		2,50	48,50	49,00	100,00

Για μία ακόμα κατηγορία, σύμφωνα με τον Πίνακα 14, αυξανόμενου του επιπέδου εκπαίδευσης, μειώνεται το ποσοστό της απάντησης «Πολύ καλή» για την αξιολόγηση του

ιατρικού προσωπικού (με τις κατηγορίες Δημοτικό, Γυμνάσιο/Λύκειο, Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ να εμφανίζουν ποσοστά 68,12%, 44,44% και 33,82% αντίστοιχα) και αυξάνεται η απάντηση «Καλή» με τα ποσοστά στο 28,99%, 52,38% και 64,71%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά επάγγελμα (%)					
Επάγγελμα					ΣΥΝΟΛΟ
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
	Δημόσιος Υπάλληλος	0,00	50,00	50,00	100,00
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	0,00	62,50	37,50	100,00
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	14,29	57,14	28,57	100,00
	Συνταξιούχος	1,04	41,67	57,29	100,00
	Άλλο Επάγγελμα	0,00	53,85	46,15	100,00
	Άνεργος	0,00	66,67	33,33	100,00
	Οικιακά	8,33	25,00	66,67	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		2,50	48,50	49,00	100,00

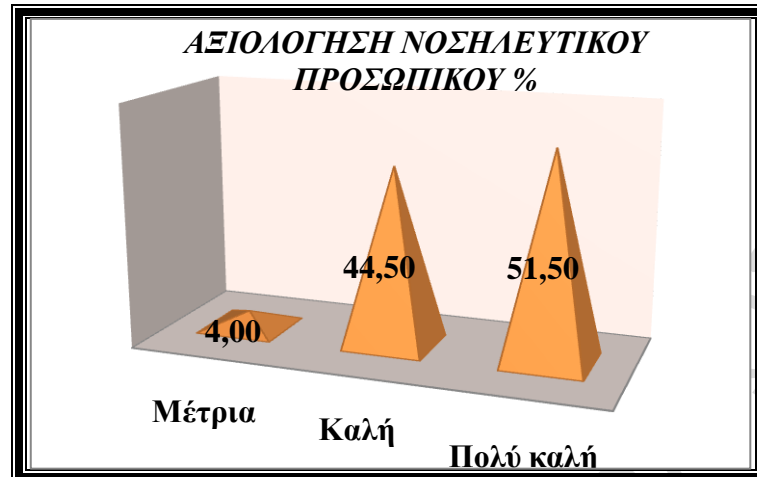
Στη συνέχεια, με βάση το επάγγελμα, διακρίνουμε ότι την απάντηση «Μέτρια» έχει δώσει το 14.29% των ελευθέρων επαγγελματιών, το 8,33% των απασχολούμενων με οικιακά και το 1,04% των συνταξιούχων.

Στον Πίνακα 15, διακρίνουμε ότι την απάντηση «Καλή» έχει δώσει το 50% των δημοσίων υπαλλήλων, το 62,50% των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 57,14% των ελευθέρων επαγγελματιών, το 41,67% των συνταξιούχων, το 53,85% όσων δηλώνουν άλλο επάγγελμα, το 66,67% των ανέργων και το 25% των απασχολούμενων με οικιακά.

Ομοίως, την απάντηση «Πολύ καλή» έχει δώσει το 50% των δημοσίων υπαλλήλων, το 37,5% των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 28,57% των ελευθέρων επαγγελματιών, το 52,29% των συνταξιούχων, το 46,15% όσων δηλώνουν άλλο επάγγελμα, το 33,33% των ανέργων και το 66,67% των απασχολούμενων με οικιακά.

Οι ελεύθεροι επαγγελματίες, δηλαδή παρουσιάζονται μοιρασμένοι ως προς τις απαντήσεις τους με τους μισούς να θεωρούν καλό το ιατρικό προσωπικό και τους υπόλοιπους ως πολύ καλό ή μέτριο ενώ και οι άνεργοι δίνουν περισσότερο την απάντησης αξιολόγησης «Καλή» παρά «Πολύ καλή» όπως και βέβαια όλες οι ομάδες εργαζομένων πλην των συνταξιούχων και όσων ασχολούνται με οικιακά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13



Συνεχίζοντας με το νοσηλευτικό προσωπικό, διαπιστώνουμε και εδώ παρόμοια πράγματα με εκείνα της αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού και την επίσης εντυπωσιακή ικανοποίηση των ασθενών από αυτούς καθώς οι 9,5 στους 10 δίνουν ως απάντηση αξιολόγησης το «Καλή» ή «Πολύ καλή» με τα αντίστοιχα ποσοστά στο 44,5% και στο 51,5%. (Διάγραμμα 13)

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού ανά ηλικία (%)					
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΑ
Ηλικία	Έως 18 ετών	0,00	66,67	33,33	100,00
	18-45	2,50	55,00	42,50	100,00
	46-65	7,94	49,21	42,86	100,00
	66 και άνω	2,13	36,17	61,70	100,00
ΣΥΝΟΛΑ		4,00	44,50	51,50	100,00

Από τον Πίνακα 16, διαπιστώνουμε μία θετική συσχέτιση της αύξησης της ηλικίας με την όλο και καλύτερη αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Έτσι, η απάντηση «Πολύ καλή» εμφανίζεται με ποσοστά 33,33%, 42,5%, 42,86%, και 61,70% αντίστοιχα για τα ηλικιακά γκρουπ ως 18 ετών, 18-45 ετών, 46-65 ετών και άνω των 66 ετών κατά σειρά ενώ η απάντηση «Καλή» -με την ίδια σειρά αντιστοιχίας- εμφανίζει ποσοστά 66,67%, 55%, 49,21% και 36,17%.

Μια πιθανή εξήγηση αυτού μπορεί να είναι πως λόγω συχνότερης παρουσίας των περισσότερων ηλικιωμένων στα Δ.Ι. ή και λόγω μεγαλύτερης πιθανότητας εμφάνισης πάθησης και άρα ανάγκης για νοσηλευτική φροντίδα, μπορεί να εκτιμηθεί περισσότερο η

προσφορά του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς αναπτύσσεται στενότερη σχέση και υπάρχει συχνότερη αλληλεπίδραση.

Τέλος, περίπου 1 στους 10 (7,94%) στην ηλικιακή κατηγορία 46-65 ετών αξιολογεί ως μέτριο το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού ανά ταμείο ασφάλισης (%)					
					ΣΥΝΟΛΟ
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Ταμείο Ασφάλισης	ΙΚΑ	5,13	38,46	56,41	100,00
	ΟΠΑΔ	0,00	53,57	46,43	100,00
	ΟΑΕΕ	7,14	53,57	39,29	100,00
	Άλλο Ταμείο	3,45	41,38	55,17	100,00
	Ανασφάλιστος	0,00	62,50	37,50	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		4,00	44,50	51,50	100,00

Σε συσχέτιση με τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως απεικονίζονται στον Πίνακα 17, αξιοπρόσεκτο είναι πως απάντηση «Πολύ καλή» έχει δώσει το 56,41% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, το 46,43% εκείνων του δημοσίου, το 39,29% του ΟΑΕΕ, το 55,17% εκείνων σε άλλα ταμεία και το 37,5% των ανασφάλιστων που είναι και το μικρότερο ποσοστό.

Οι αντίστοιχες απαντήσεις για το «Καλή» είναι 38,46% (το μικρότερο), 53,57%, 53,57%, 41,38% και 62,5%.

Μέτρια ικανοποιημένο εμφανίζεται το 7,14% των ασφαλισμένων του ΟΑΕΕ, το 5,13 % εκείνων του ΙΚΑ και 3,45% των μικρών, διάφορων ταμείων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)					
					ΣΥΝΟΛΟ
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	2,90	23,19	73,91	100,00
	Γυμνάσιο/Λύκειο	3,17	52,38	44,44	100,00
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	5,88	58,82	35,29	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		4,00	44,50	51,50	100,00

Φυσικά, όπως δείχνουν τα δεδομένα στον Πίνακα 18, ξανά, αυξανόμενου του επιπέδου εκπαίδευσης, μειώνεται το ποσοστό της απάντησης «Πολύ καλή» (με τις κατηγορίες Δημοτικό, Γυμνάσιο/Λύκειο, Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ να εμφανίζουν ποσοστά

73,91%, 44,44% και 35,29% αντίστοιχα) και αυξάνεται η απάντηση «Καλή» με τα ποσοστά στο 23,19%, 52,38% και 58,82%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19

Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού ανά επάγγελμα (%)					
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	7,14	42,86	50,00	100,00
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	6,25	53,13	40,63	100,00
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	14,29	52,38	33,33	100,00
	Συνταξιούχος	1,04	38,54	60,42	100,00
	Άλλο Επάγγελμα	0,00	69,23	30,77	100,00
	Άνεργος	0,00	41,67	58,33	100,00
	Οικιακά	8,33	33,33	58,33	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		4,00	44,50	51,50	100,00

Τώρα, με βάση το επάγγελμα, την απάντηση «Μέτρια» έχει δώσει το 14.29% των ελευθέρων επαγγελματιών, το 8,33% των απασχολούμενων με οικιακά, το 7,14 των δημοσίων υπαλλήλων και το 6,25% των συνταξιούχων. Δηλαδή πολλές περισσότερες τέτοιες απαντήσεις από την αντίστοιχη αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού.

Στον Πίνακα 19, διακρίνουμε ότι την απάντηση «Καλή» έχει δώσει το 42,86% των δημοσίων υπαλλήλων, το 53,13% των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 52,38% των ελευθέρων επαγγελματιών, το 38,54% των συνταξιούχων, το 69,23% όσων δηλώνουν άλλο επάγγελμα που είναι και το μεγαλύτερο, το 41,67% των ανέργων και το 33,33% των απασχολούμενων με οικιακά.

Ομοίως, την απάντηση «Πολύ καλή» έχει δώσει το 50% των δημοσίων υπαλλήλων, το 40,63% των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 33,33% των ελευθέρων επαγγελματιών, το 60,42% των συνταξιούχων, το 30,77% όσων δηλώνουν άλλο επάγγελμα, το 58,33% των ανέργων και των απασχολούμενων με οικιακά.

Οι ελεύθεροι επαγγελματίες, δηλαδή παρουσιάζονται και εδώ με τους μισούς να θεωρούν καλό το ιατρικό προσωπικό και τους υπόλοιπους ως πολύ καλό ή μέτριο και δίνουν τις λιγότερες καταφατικές απαντήσεις στην επιλογή «Πολύ καλή» ενώ οι συνταξιούχοι τις περισσότερες με 60,42%.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14



Περνώντας στην αξιολόγηση του διοικητικού προσωπικού, διαπιστώνουμε ότι δεν έχει και τόσο μεγάλη σχέση με εκείνες του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, κυρίως διότι συγκεντρώνει το 10,5% των απαντήσεων «Μέτρια».

Όπως φαίνεται στο *Διάγραμμα 14*, η απάντηση της αξιολόγησης «Πολύ καλή» είναι μόλις στο 40,5% εν αντιθέσει με εκείνες του ιατρικού προσωπικού και του νοσηλευτικού οι οποίες είναι στο 49% και στο 51,5% αντίστοιχα.

Ως «Καλή», βέβαια, εμφανίζεται η αξιολόγηση του διοικητικού προσωπικού από το 49% του δείγματος.

Βέβαια οι ασθενείς αγνοούσαν τους διοικητικούς μηχανισμούς των Δ.Ι. οι οποίοι είτε είναι ανύπαρκτοι, είτε αποκεντρωμένοι σε άλλες υπηρεσίες είτε ασκούνται ταυτοχρόνως από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και, ως εκ τούτου, είναι δύσκολο να αναγνωριστούν, να διαχωριστούν και επομένως να αξιολογηθούν από τους ασθενείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20

Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά ηλικία (%)						
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ	
Ηλικία	Έως 18 ετών	33,33	33,33	33,33	100,00	
	18-45	15,00	52,50	32,50	100,00	
	46-65	11,11	52,38	36,51	100,00	
	66 και άνω	7,45	45,74	46,81	100,00	
ΣΥΝΟΛΟ		10,50	49,00	40,50	100,00	

Αναλόγως με την ηλικία (*Πίνακας 20*), η απάντηση αξιολόγησης «Πολύ καλή» εμφανίζεται με ποσοστά 33,33%, 32,5%, 36,51%, και 46,81% αντίστοιχα για τα ηλικιακά γκρουπ ως 18 ετών, 18-45 ετών, 46-65 ετών και άνω των 66 ετών κατά σειρά.

Με την ίδια σειρά αντιστοιχίας, η απάντηση «Καλή» εμφανίζει ποσοστά 33,33%, 52,5%, 52,38% και 45,74% ενώ η απάντηση «Μέτρια», 33,33%, 15%, 11,11% και 7,45% με το ποσοστό δυσαρέσκειας να μειώνεται αυξανόμενης της ηλικίας.

Οι λιγότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται αθροιστικά οι νεότεροι ως 18 ετών και περισσότερο ικανοποιημένοι οι άνω των 66 ετών ασθενείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21

Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά ταμείο ασφάλισης (%)					
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Ταμείο Ασφάλισης	ΙΚΑ	8,97	43,59	47,44	100,00
	ΟΠΑΔ	3,57	60,71	35,71	100,00
	ΟΑΕΕ	14,29	53,57	32,14	100,00
	Άλλο Ταμείο	12,07	46,55	41,38	100,00
	Ανασφάλιστος	25,00	62,50	12,50	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		10,50	49,00	40,50	100,00

Στη διάκριση ανάλογα με τα ασφαλιστικά ταμεία, του *Πίνακα 21*, την απάντηση «Πολύ καλή» έχει δώσει το 47,44% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, το 35,71% εκείνων του δημοσίου, το 32,14% του ΟΑΕΕ, το 41,38% εκείνων σε άλλα ταμεία που είναι και το υψηλότερο ποσοστό και μόλις το 12,5% των ανασφάλιστων που είναι και το μικρότερο ποσοστό.

Οι αντίστοιχες απαντήσεις για το «Καλή» είναι 43,59% (το μικρότερο), 60,71%, 53,57%, 46,55% και 62,5%. Δηλαδή, ποσοστά σχετικά παραπλήσια σε μεγέθη με τις αξιολογήσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Η βασική διαφοροποίηση είναι στο μέγεθος του δείγματος το οποίο εμφανίζεται ως μέτρια ικανοποιημένο και είναι το 25% των ανασφάλιστων, το 14,29% των ασφαλισμένων του ΟΑΕΕ, το 12,07 % εκείνων των διαφόρων μικρότερων ταμείων, το 8,97% εκείνων του ΙΚΑ και μόλις το 3,57% των ασφαλισμένων στο δημόσιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22

Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)					
					ΣΥΝΟΛΟ
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	5,80	39,13	55,07	100,00
	Γυμνάσιο/Λύκειο	9,52	52,38	38,10	100,00
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	16,18	55,88	27,94	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		10,50	49,00	40,50	100,00

Όπως έχει ήδη σημειωθεί και στον Πίνακα 22, αυξανόμενου του επιπέδου εκπαίδευσης, μειώνεται το ποσοστό των απαντήσεων της μεταβλητής «Πολύ καλή» για την αξιολόγηση του διοικητικού προσωπικού (με τις κατηγορίες Δημοτικό, Γυμνάσιο/Λύκειο, Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ να εμφανίζουν ποσοστά 55,7% , 38,1% και 27,94% αντίστοιχα) και αυξάνεται η απάντηση «Καλή» με τα ποσοστά στο 39,13%, 52,38% και 55,88%.

Σαφώς και παρατηρούνται μικρότερα από τα μεγέθη της αξιολόγησης καθώς οι προαναφερθείσες κατηγορίες απαντούν με την ένδειξη «Μέτρια» με τα ποσοστά 5,8%, 9,52% και 16,18% αντιστοίχως.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23

Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά επάγγελμα (%)					
					ΣΥΝΟΛΟ
		Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	7,14	50,00	42,86	100,00
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	12,50	50,00	37,50	100,00
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	14,29	61,90	23,81	100,00
	Συνταξιούχος	6,25	50,00	43,75	100,00
	Άλλο Επάγγελμα	15,38	53,85	30,77	100,00
	Άνεργος	33,33	33,33	33,33	100,00
	Οικιακά	8,33	25,00	66,67	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		10,50	49,00	40,50	100,00

Με βάση το επάγγελμα, την απάντηση «Μέτρια» έχει δώσει το 7,14% των δημοσίων υπαλλήλων, το 12,5% των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 14,29% των ελεύθερων επαγγελματιών, το 6,25% των συνταξιούχων, το 15,38% όσων δηλώνουν άλλο επάγγελμα, το 33,33% των ανέργων και το 8,33% των απασχολούμενων με οικιακά.

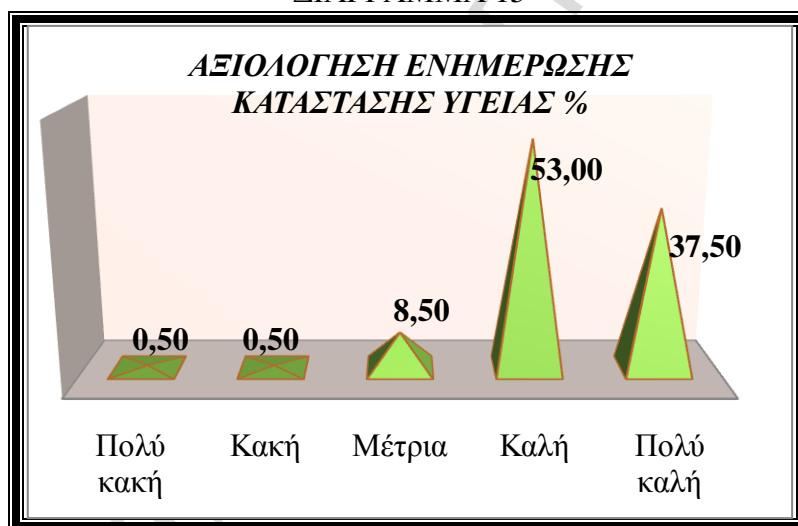
Στον Πίνακα 23, διακρίνουμε επίσης, ότι την απάντηση «Καλή» έχει δώσει το 50% των δημοσίων υπαλλήλων και των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 61,9% των ελεύθερων

επαγγελματιών, το 50% των συνταξιούχων, το 53,85% όσων δηλώνουν άλλο επάγγελμα, το 33,33% των ανέργων και το 25% των απασχολούμενων με οικιακά.

Ομοίως, την απάντηση «Πολύ καλή» έχει δώσει το 42,86% των δημοσίων υπαλλήλων, το 37,50% των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 23,81% των ελεύθερων επαγγελματιών, το 43,75% των συνταξιούχων, το 30,77% όσων δηλώνουν άλλο επάγγελμα, το 33,33% των ανέργων και το 66,67% των απασχολούμενων με οικιακά.

Οι άνεργοι, όσοι δηλώνουν άλλο επάγγελμα και από κοντά και οι ελεύθεροι επαγγελματίες εμφανίζονται πιο φειδωλοί στις κρίσεις τους με τους τελευταίους να εμφανίζονται και σε αυτή την περίπτωση ως η λιγότερο ικανοποιημένη επαγγελματική κατηγορία και σε σχέση με την αξιολόγηση «Πολύ καλή» ενώ ως περισσότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται ξανά οι συνταξιούχοι του δείγματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15



Το *Διάγραμμα 15*, αντικατοπτρίζει την ικανοποίηση των ασθενών από την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους.

Με 0,5% αξιολογείται από το δείγμα ως «Πολύ κακή» και «Κακή», με 8,5% ως «Μέτρια», με 53% ως «Καλή» και 37,5% ως «Πολύ καλή».

Ποσοστά σαφώς υψηλά αλλά λιγότερο σε σχέση με άλλες κατηγορίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

Αξιολόγηση παρεχόμενων πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας ανά ηλικία (%)							
		Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΑ
Ηλικία	Έως 18 ετών	0,00	0,00	33,33	0,00	66,67	100,00
	18-45	0,00	0,00	10,00	65,00	25,00	100,00
	46-65	1,59	0,00	12,70	53,97	31,75	100,00
	66 και άνω	0,00	1,06	4,26	48,94	45,74	100,00
ΣΥΝΟΛΑ		0,50	0,50	8,50	53,00	37,50	100,00

Μεγαλύτερη διασπορά παρουσιάζουν οι ηλικίες μεταξύ 46-65 και γενικά, αναλόγως με την ηλικία, διαφοροποιείται η απάντηση αξιολόγησης «Πολύ καλή» και εμφανίζεται με ποσοστά 66,67%, 25%, 31,75%, και 45,74% αντίστοιχα για ηλικιακές ομάδες ως 18 ετών, 18-45 ετών, 46-65 ετών και άνω των 66 ετών κατά σειρά. (Πίνακας 24).

Με την ίδια σειρά αντιστοιχίας, η απάντηση «Καλή» εμφανίζει ποσοστά 0%, 65%, 53,97% και 48,94%.

Η απάντηση «Μέτρια», 33,33%, 10%, 12,70% και 4,26% ενώ το 1,06% των 66 και άνω απαντά με την ένδειξη «Κακή» και το 1,59% του ηλικιακού γκρουπ 46-65 ετών με την ένδειξη «Πολύ κακή».

Οι λιγότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται αθροιστικά οι νεότεροι ως 18 ετών και περισσότερο ικανοποιημένοι οι άνω των 66 ετών ασθενείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25

Αξιολόγηση παρεχόμενων πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας ανά ταμείο ασφάλισης (%)							
		Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Ταμείο Ασφάλισης	ΙΚΑ	0,00	1,28	11,54	47,44	39,74	100,00
	ΟΠΑΔ	3,57	0,00	10,71	50,00	35,71	100,00
	ΟΑΕΕ	0,00	0,00	10,71	57,14	32,14	100,00
	Άλλο Ταμείο	0,00	0,00	1,72	55,17	43,10	100,00
	Ανασφάλιστος	0,00	0,00	12,50	87,50	0,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		0,50	0,50	8,50	53,00	37,50	100,00

Αν αναλύσουμε με βάση τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως απεικονίζονται στον Πίνακα 25, την απάντηση «Πολύ καλή» έχει δώσει το 39,74% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, το 35,71% εκείνων του δημοσίου, το 32,14% του ΟΑΕΕ, το 43,1% εκείνων σε άλλα ταμεία που είναι και το πιο υψηλό ποσοστό και κανένας εκ των ανασφάλιστων.

Οι αντίστοιχες απαντήσεις για το «Καλή» είναι 47,44% (το μικρότερο), 50%, 57,14%, 55,17% και 87,5%. Αυτό το τελευταίο των ανασφάλιστων είναι και εντυπωσιακά το μεγαλύτερο όλων των κατηγοριών στη συγκεκριμένη απάντηση.

Το μέγεθος του δείγματος το οποίο εμφανίζεται ως μέτρια ικανοποιημένο είναι το 11,54% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, το 10,71% εκείνων του δημοσίου και του ΟΑΕΕ, μόλις το 1,72% εκείνων σε άλλα ταμεία και το 12,5% των ανασφάλιστων.

Τέλος, ως «Κακή» αξιολογείται μόνο από το 1,28% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ και ως «Πολύ κακή» από το 3,57% των ασφαλισμένων του δημοσίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26

Αξιολόγηση παρεχομένων πληροφοριών για την κατάσταση υγείας ανά επίπεδο εκπαίδευσης (%)							ΣΥΝΟΛΟ
		Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	0,00	1,45	2,90	47,83	47,83	100,00
	Γυμνάσιο/Λύκειο	1,59	0,00	12,70	52,38	33,33	100,00
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	0,00	0,00	10,29	58,82	30,88	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		0,50	0,50	8,50	53,00	37,50	100,00

Η αναμενόμενη απεικόνιση της μείωσης του ποσοστού απαντήσεων της μεταβλητής «Πολύ καλή» αυξανόμενου του επιπέδου εκπαίδευσης, παρατηρείται για μία ακόμα φορά και στον Πίνακα 26 (με τις κατηγορίες Δημοτικό, Γυμνάσιο/Λύκειο, Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ να εμφανίζουν ποσοστά 47,83% , 33,33% και 30,88% αντίστοιχα) και της αύξησης της ένδειξης «Καλή» με τα ποσοστά στο 47,83%, 52,38% και 58,82%.

Οι ίδιες κατηγορίες, απαντούν με την ένδειξη «Μέτρια» σε ποσοστά 2,9%, 12,7% και 10,29% αντιστοίχως.

Οι έχοντες λάβει πρωτοβάθμια εκπαίδευση απαντούν σε ποσοστό 1,45% με την ένδειξη «Κακή» και εκείνοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε ποσοστό 1,59% με την ένδειξη «Πολύ κακή».

ΠΙΝΑΚΑΣ 27

Αξιολόγηση παρεχόμενων πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας ανά επάγγελμα (%)							ΣΥΝΟΛΟ
		Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Επάγγελμα	Δημόσιος Υπάλληλος	0,00	0,00	7,14	50,00	42,86	100,00
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	0,00	0,00	15,63	56,25	28,13	100,00
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	0,00	0,00	9,52	71,43	19,05	100,00
	Συνταξιούχος	1,04	1,04	5,21	48,96	43,75	100,00
	Άλλο Επάγγελμα	0,00	0,00	7,69	53,85	38,46	100,00
	Ανεργος	0,00	0,00	8,33	66,67	25,00	100,00
	Οικιακά	0,00	0,00	16,67	33,33	50,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		0,50	0,50	8,50	53,00	37,50	100,00

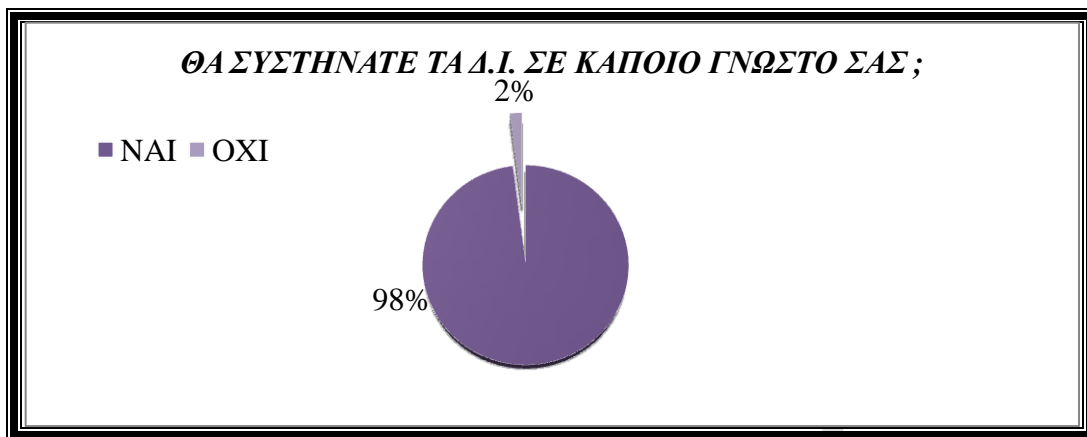
Στη διάκριση με βάση το επάγγελμα, την απάντηση «Πολύ καλή» έχει δώσει το 42,86% των δημοσίων υπαλλήλων, το 28,13% των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 19,05% των ελεύθερων επαγγελματιών, το 43,75% των συνταξιούχων, το 38,46% όσων δηλώνουν άλλο επάγγελμα, το 25% των ανέργων και το 50% των απασχολούμενων με οικιακά, όπως διαφαίνεται στον Πίνακα 27.

Με την ένδειξη «Καλή» έχει απαντήσει το 50% των δημοσίων υπαλλήλων, το 56,25 των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 71,43% των ελεύθερων επαγγελματιών, το 48,96% των συνταξιούχων, το 53,85% όσων δηλώνουν άλλο επάγγελμα, το 66,67% των ανέργων και το 33,33% των απασχολούμενων με οικιακά.

«Μέτρια» έχει απαντήσει το 7,14% των δημοσίων υπαλλήλων, το 15,63% των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 9,52% των ελεύθερων επαγγελματιών, το 5,21% των συνταξιούχων, το 7,69% όσων δηλώνουν άλλο επάγγελμα, το 8,33% των ανέργων και το 16,67% των απασχολούμενων με οικιακά.

Τέλος, οι συνταξιούχοι έχουν δώσει από 1,04% στις αξιολογήσεις «Κακή» και «Πολύ κακή» και σε γενικές γραμμές, δείχνουν να περιμένουν παραπάνω από τις ληφθείσες πληροφορίες καθώς έχουν δώσει απαντήσεις με όλες τις ενδείξεις. Ταυτοχρόνως, για μία ακόμα φορά, οι ελεύθεροι επαγγελματίες έχουν το χαμηλότερο ποσοστό των απαντήσεων με την ένδειξη «Πολύ καλή» και το μεγαλύτερο με την ένδειξη «Καλή».

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16



Τελικά, όπως καθρεφτίζεται και στο *Διάγραμμα 16*, σχεδόν όλοι θα σύστηναν τα δημοτικά ιατρεία σε κάποιο συγγενή, φίλο ή γνωστό τους με ποσοστό το οποίο δεν επιδέχεται αμφισβήτησης και περαιτέρω ανάλυσης καθώς, εκτινάσσεται στο 98%!

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17



Αναφορικά με τις ειδικότητες τις οποίες θα ήθελαν οι ασθενείς στα Δ.Ι. ως επιπρόσθετες, μας δίνει εικόνα το *Διάγραμμα 17*, με το 9,5% να επιθυμεί μικροβιολόγο, το 8,5% οφθαλμίατρο, το 5% καρδιολόγο, το 4,5% δερματολόγο, το 1,5% ενδοκρινολόγο, το 1% γυναικολόγο ενώ από ποσοστό 0,5% συγκεντρώνουν οι ειδικότητες του ψυχίατρου, του ΩΡΛ, του νευρολόγου, του οδοντίατρου και του ογκολόγου. Τέλος, το 67,5% εμφανίζεται ικανοποιημένο με τις υπάρχουσες ειδικότητες και δε δηλώνει προτίμηση για κάποια άλλη ειδικότητα.

Το αξιοπρόσεκτο είναι πως πάρα πολλοί ερωτώμενοι απάντησαν για ειδικότητες οι οποίες ήδη υπάρχουν κάτι το οποίο αποτυπώνει το έλλειμμα ενημέρωσης που υπάρχει.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18



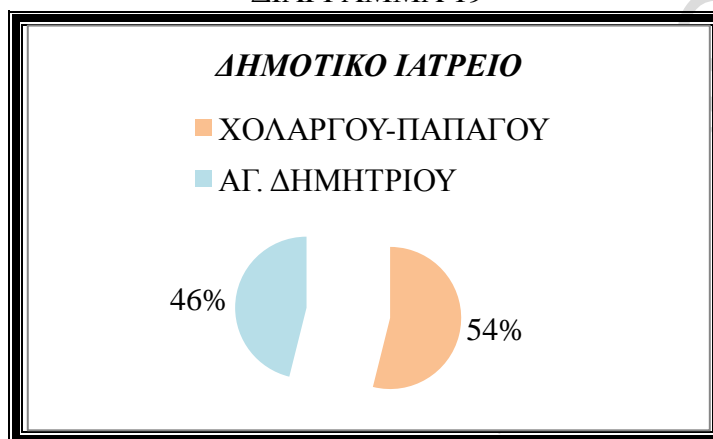
Στην τελευταία απάντηση- κρίση των ασθενών για τα Δ.Ι., αναφορικά με το αν εκείνα έχουν λόγο ύπαρξης , τα ποσοστά είναι ίδια με εκείνα αυτών που θα το σύστηναν ή όχι σε κάποιο γνωστό, φίλο ή συγγενή τους με την αρνητική απάντηση μόλις στο 2% και τη θετική στο 98%, όπως βλέπουμε στο *Διάγραμμα 18* .

Δηλώνεται ρητά και κατηγορηματικά η ανάγκη τους για τη παροχή υπηρεσιών υγείας από τα δημοτικά ιατρεία και μέσα από αυτό τον τρόπο η υποστήριξη του θεσμού.

7.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

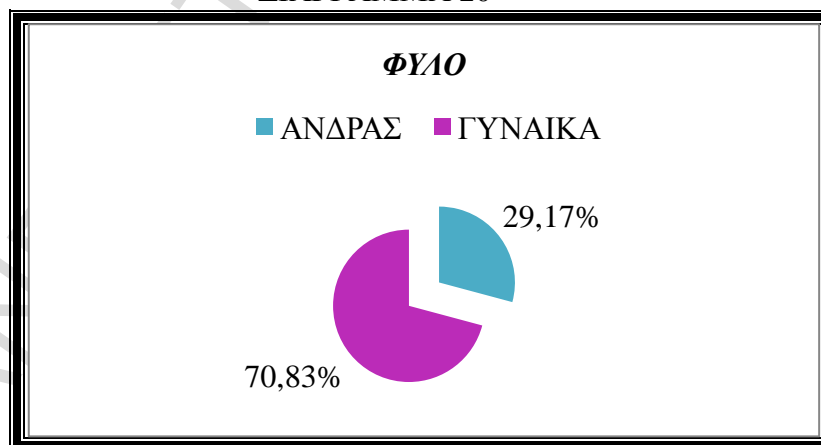
Στο παρόν πεδίο της εργασίας, θα ασχοληθούμε με τις απαντήσεις, τις εκτιμήσεις και τις προβλέψεις του προσωπικού των Δ.Ι.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19



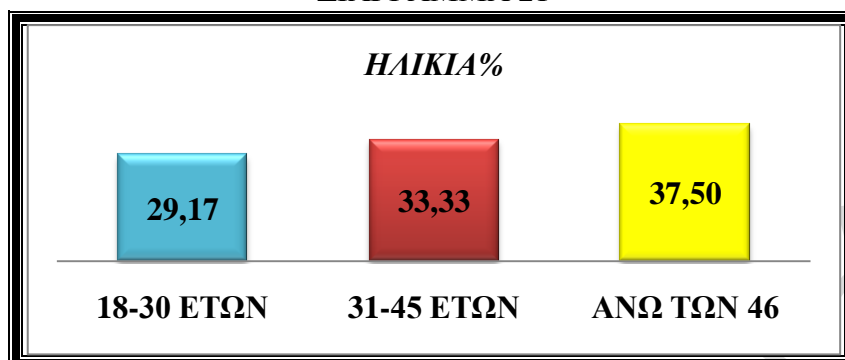
Το μέγεθος του δείγματος το οποίο εργάζεται στο Δ.Ι. του Χολαργού-Παπάγου αποτελεί το 54,17% ενώ αυτό του Αγ. Δημητρίου το 45,83%, όπως απεικονίζει το *Διάγραμμα 19*.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20



Σύμφωνα, δε, με το *Διάγραμμα 20*, το 70,83% των εργαζομένων είναι γυναίκες και μόνο το 29,17% άνδρες. Αυτό, εν μέρει, εξηγείται αν συνυπολογίσουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών στα υγειονομικά ιδρύματα της χώρας είναι θηλυκού γένους και αυτό προσαυξάνει το ποσοστό μας.

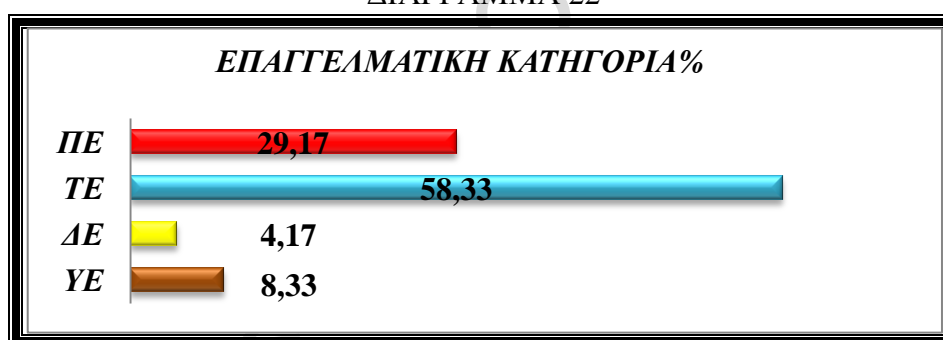
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21



Σε σχέση με τις ηλικιακές ομάδες οι οποίες τοποθετήθηκαν ως απαντήσεις υπάρχει μια σχετική ισορροπία.

Έτσι, όπως διακρίνουμε στο *Διάγραμμα 21*, το 29,17% είναι από 18 ως 30 ετών, το 33,33 % από 31 ως 41 ετών και το 37,5% άνω των 46 ετών.

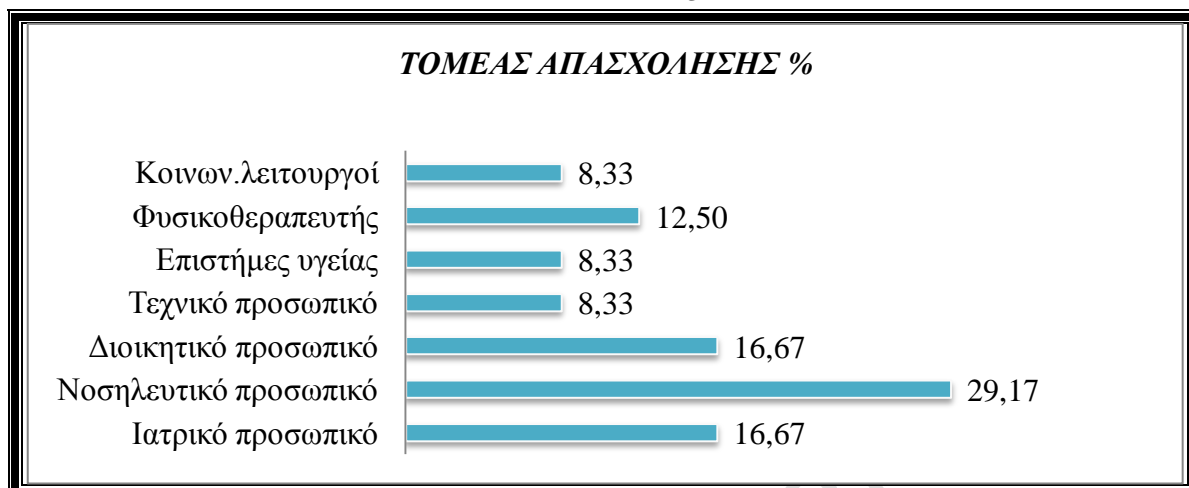
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22



Από το σύνολο του προσωπικού, σύμφωνα με το *Διάγραμμα 22*, το 8,33% ανήκει στην κατηγορία των ΥΕ (απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης) και μόλις το 4,17% στην κατηγορία ΔΕ (απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης).

Η πλειοψηφία των εργαζομένων ανήκει κατά 58,33% στην κατηγορία ΤΕ (απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης) και το 29,17% στην κατηγορία ΠΕ (απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23

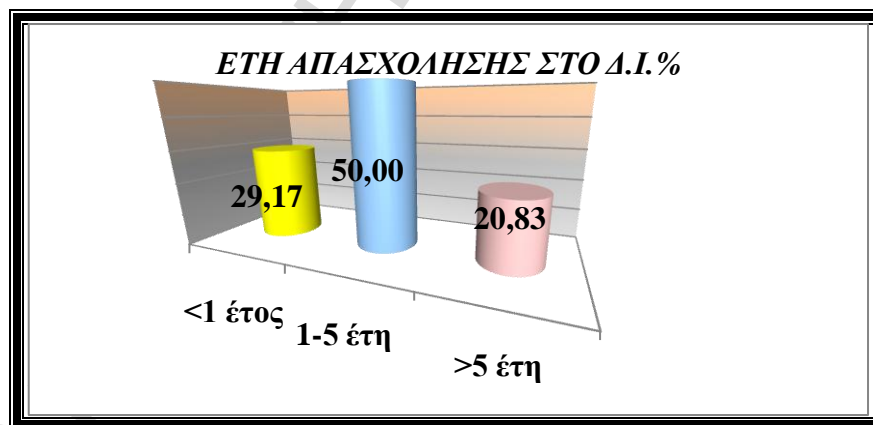


Ως προς τους τομείς απασχόλησης, με βάση το *Διάγραμμα 23*, το 16,67% ανήκει στο ιατρικό προσωπικό, το 29,17% στο νοσηλευτικό προσωπικό και το 16,67% στο διοικητικό προσωπικό.

Από 8,33% στη σύνθεση του προσωπικού των Δ.Ι. συγκεντρώνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, το τεχνικό προσωπικό και όσοι προσδιόρισαν τον εαυτό τους ως προσωπικό επιστημών υγείας και παραϊατρικά επαγγέλματα.

Τέλος, το 12,5% αποτελείται από φυσικοθεραπευτές.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24



Οι μισοί -ακριβώς- από τους ερωτώμενους, σύμφωνα με το *Διάγραμμα 24*, απασχολούνται στα Δ.Ι. από 1 ως 5 χρόνια, το 20,83% περισσότερο από 5 έτη και το 29,17% λιγότερο από 1 έτος.

Αθροιστικά, δηλαδή, το 80% περίπου έχει προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών και σε αυτό συνεισφέρει η μορφή εργασίας η οποία είτε είναι εθελοντική και άμισθη είτε βασίζεται σε συμβάσεις έργου και ορισμένου χρόνου.

Είναι γεγονός, λοιπόν, ότι το στελεχιακό δυναμικό των ιατρείων είναι σχετικά νέο και διαρκώς ανανεούμενο, κάτι που δε συμβάλλει στην ομοιογένεια, τη σταθερότητα και τη συνέχεια του προσφερόμενου ιατρονοσηλευτικού έργου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25



Αν το *Διάγραμμα 24*, καταδείκνυε το γεγονός πως η πλειοψηφία του προσωπικού έχει το πολύ 5 χρόνια υπηρεσίας σε Δ.Ι., το *Διάγραμμα 25* το επιβεβαιώνει καθώς δηλώνει πως για το 95,83% του συνόλου των ερωτηθέντων, είναι μόλις το πρώτο Δ.Ι. στο οποίο απασχολούνται.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26



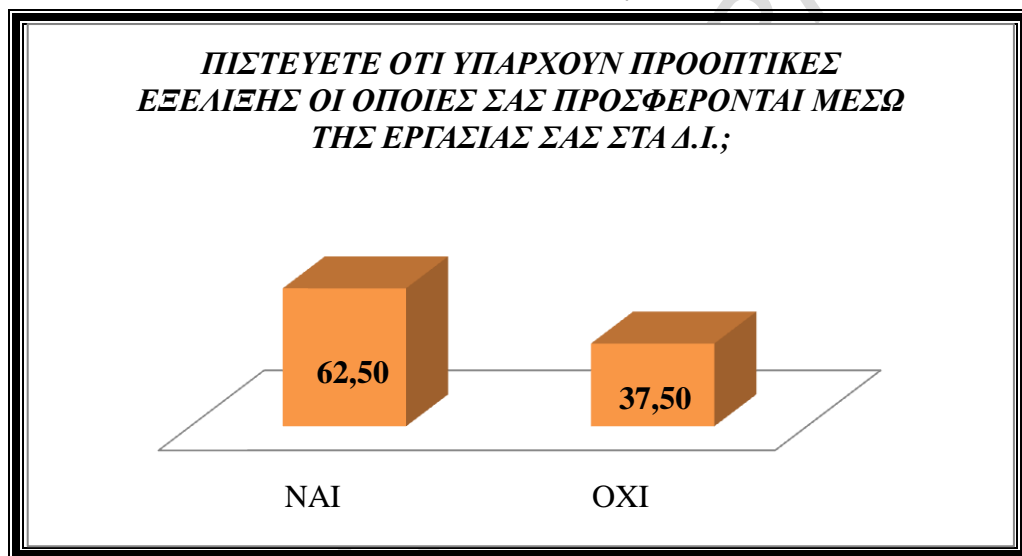
Αν χαρτογραφήσουμε τη μορφή σύμβασης της απασχόλησης με βάση τα στοιχεία του *Διαγράμματος 26*, τότε έχουμε τα εξής:

- Το μόνιμο προσωπικό ανέρχεται στο 20,83%,
- Με σύμβαση αορίστου χρόνου απασχολείται το 12,5%,
- Ορισμένου χρόνου συμβάσεις έχει συνάψει το 29,17%,
- Το 8,33% προσφέρει τις υπηρεσίες του με σύμβαση έργου

- Ένα ποσοστό της τάξης του 4,17% απασχολείται στα Δ.Ι. ως αιρετός εκπρόσωπος της εκλεγμένης δημοτικής αρχής
- Εθελοντικές υπηρεσίες προσφέρει ο 1 στους 4 εργαζομένους, δηλαδή το 25%.

Με δεδομένο, λοιπόν ότι μόνο ο 1 στους 3 εργαζομένους έχει κάποια μόνιμη μορφή απασχόλησης (μόνιμο προσωπικό και συμβάσεις αορίστου χρόνου), διαπιστώνουμε την αξία του εθελοντισμού για τα Δ.Ι. και την ιδιότητα του να εργάζεται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου ο 1 στους 3 εργαζομένους.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27



Σε ερώτηση σχετική με την πεποίθηση των εργαζομένων για το αν η απασχόληση τους στα ιατρεία τους παρέχει προοπτικές εξέλιξης, σύμφωνα με τα ποσοστά του Διαγράμματος 27, λαμβάνουμε καταφατική απάντηση από το 62,5% -ποσοστό αρκετά υψηλό- και αρνητική από το 37,5%.

Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι εθελοντές και οι εργαζόμενοι των συμβάσεων ορισμένου χρόνου και έργου, βλέπουν και αξιολογούν την απασχόληση τους στα Δ.Ι. ως ένα σκαλί, ένα εφαλτήριο για περαιτέρω εξέλιξη τους στον χώρο της υγείας είτε ακόμα και στη μονιμοποίηση τους εκεί, με δεδομένες τις ανάγκες για μόνιμο προσωπικό στα ιατρεία.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28



Το *Διάγραμμα 28*, αποτυπώνει τις απόψεις του προσωπικού σχετικά με τις άμεσες ανάγκες προς κάλυψη των Δ.Ι..

Έτσι, εκτός από το 4,17% το οποίο θεωρεί πως δεν υπάρχει καμία απολύτως ανάγκη, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (54,17%) κρίνει πως υπάρχει άμεση ανάγκη σε νοσηλευτικό προσωπικό και ακολουθούν εκείνοι οι οποίοι προκρίνουν ως άμεση ανάγκη την πρόσληψη ή την τοποθέτηση διοικητικού προσωπικού. Τέλος, το 12,5% θεωρεί ως άμεση προτεραιότητα τη στελέχωση των Δ.Ι. με επιπλέον ιατρικό προσωπικό.

Ας δούμε όμως, λίγο πιο αναλυτικά το προφίλ όσων απάντησαν έτσι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28

Δήλωση άμεσων αναγκών ανά επαγγελματική κατηγορία (%)						ΣΥΝΟΛΟ
Επαγγελματική κατηγορία	ΥΕ	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Διοικητικό προσωπικό	Καμία ανάγκη	
	ΥΕ	0,00	50,00	50,00	0,00	100,00
	ΔΕ	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
	ΤΕ	0,00	71,43	28,57	0,00	100,00
	ΠΕ	42,86	28,57	28,57	0,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		12,50	54,17	29,17	4,17	100,00

Με βάση τον *Πίνακα 28*, όσοι ανήκουν στην κατηγορία ΥΕ θεωρούν ισομερώς - από 50%- ότι υπάρχει άμεση ανάγκη σε νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Η κατηγορία των ΔΕ, από την άλλη, είναι η μόνη η οποία θεωρεί ότι όλα βαίνουν καλώς και δεν υπάρχει καμία ανάγκη και μάλιστα σε καθολικό ποσοστό (100%), κάτι πραγματικά αξιοπερίεργο.

Οι απόφοιτοι της κατηγορίας ΤΕ, θεωρούν και αυτοί πως πρέπει να προσληφθεί νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό 71,43% και σε ποσοστό 28,57% κάνουν λόγο για πρόσληψη διοικητικού προσωπικού.

Με το ίδιο ποσοστό για το διοικητικό και το νοσηλευτικό προσωπικό απαντούν και οι απασχολούμενοι της κατηγορίας ΠΕ -οι περισσότεροι εκ των οποίων είναι γιατροί- με το υπόλοιπο 42,86% να αξιολογεί ως άμεση ανάγκη την ενίσχυση με ιατρικό προσωπικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29

Δήλωση άμεσων αναγκών ανά τομέα απασχόλησης (%)						ΣΥΝΟΛΟ
Τομέας απασχόλησης		Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Διοικητικό προσωπικό	Καμία ανάγκη	
	Ιατρικό προσωπικό	50,00	25,00	25,00	0,00	100,00
	Νοσηλευτικό προσωπικό	0,00	85,71	14,29	0,00	100,00
	Διοικητικό προσωπικό	25,00	25,00	25,00	25,00	100,00
	Τεχνικό προσωπικό	0,00	50,00	50,00	0,00	100,00
	Επιστήμες υγείας	0,00	50,00	50,00	0,00	100,00
	Φυσιοθεραπευτής	0,00	33,33	66,67	0,00	100,00
	Κοινωνικός/ή λειτουργός	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		12,50	54,17	29,17	4,17	100,00

Αν ρίξουμε μια ματιά στους τομείς απασχόλησης, σύμφωνα με τον Πίνακα 29, για το ιατρικό προσωπικό υπάρχει περαιτέρω ανάγκη σε ιατρικό προσωπικό κατά 50% και σε νοσηλευτικό όπως και διοικητικό προσωπικό από 25%.

Με 85,19% οι νοσηλευτές απάντησαν ότι χρειάζεται άμεση ενίσχυση ο τομέας τους και κατά 14,29% εκείνος των διοικητικών.

Οι διοικητικοί με τη σειρά τους, έδωσαν από 25% απαντήσεις σε όλες τις κατηγορίες.

Το τεχνικό προσωπικό, όπως και το προσωπικό επιστημών υγείας, συμφωνούν ότι χρειάζεται νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό με ποσοστό ίσο στο 50%.

Την ίδια στιγμή, οι φυσικοθεραπευτές κάνουν λόγο σε ποσοστό 66,67% για ανάγκη διοικητικού προσωπικού και κατά 33,33% για νοσηλευτικό προσωπικό και οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι απόλυτοι με 100% να αξιολογεί την άμεση ανάγκη πρόσληψης νοσηλευτικού προσωπικού.

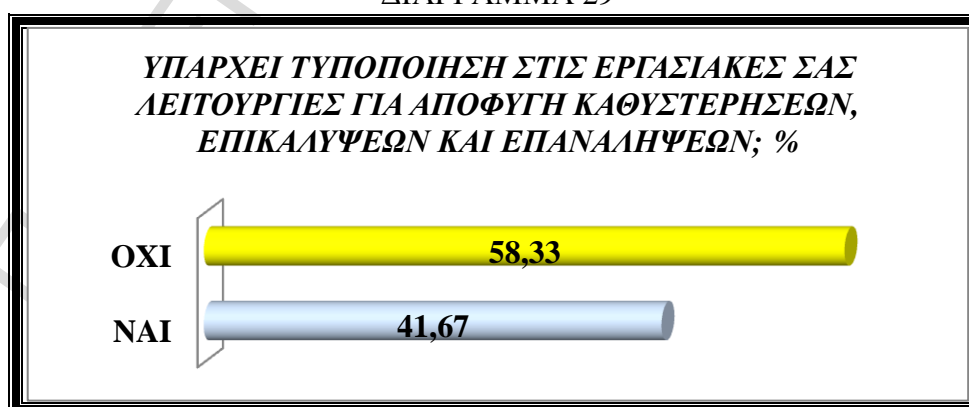
ΠΙΝΑΚΑΣ 30

Δήλωση άμεσων αναγκών ανά μορφή σύμβασης (%)						
Μορφή σύμβασης		Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Διοικητικό προσωπικό	Καμία ανάγκη	ΣΥΝΟΛΟ
	Μόνιμος/η	0,00	40,00	60,00	0,00	100,00
	Αορίστου χρόνου	0,00	66,67	33,33	0,00	100,00
	Ορισμένου χρόνου	0,00	71,43	14,29	14,29	100,00
	Σύμβαση έργου	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00
	Αιρετός εκπρόσωπος	100,00	0,00	0,00	0,00	100,00
	Εθελοντικά	33,33	33,33	33,33	0,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		12,50	54,17	29,17	4,17	100,00

Ανάλογα, τώρα, με τη μορφή σύμβασης (Πίνακας 30):

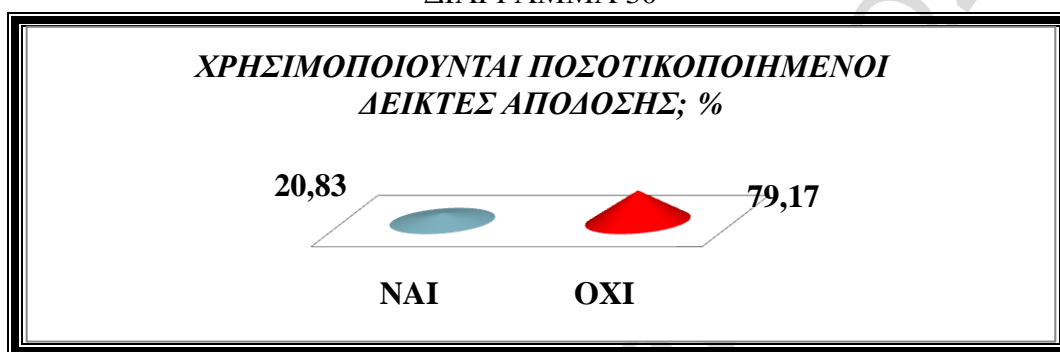
- Οι μόνιμοι, ζητούν κατά 40% νοσηλευτές και κατά 60% διοικητικούς.
- Οι απασχολούμενοι με σύμβαση αορίστου χρόνου ζητούν το ίδιο με τα αντίστοιχα ποσοστά στο 66,67% και 33,33%.
- Οι εργαζόμενοι με σύμβαση ορισμένου χρόνου, σε ποσοστό 71,43%, κρίνουν ως άμεση ανάγκη την πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ με 14,29% αξιολογούν την ανάγκη πρόσληψης διοικητικού προσωπικού ή δε δηλώνουν καμία ανάγκη.
- Όσοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με σύμβαση έργου, κατά 100% ζητούν νοσηλευτικό προσωπικό.
- Οι αιρετοί εκπρόσωποι κάνουν εξ ολοκλήρου λόγο για ιατρικό προσωπικό.
- Τέλος, οι εθελοντές ζητούν με το ίδιο ποσοστό (33,33%) γιατρούς, νοσηλευτές και διοικητικούς.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29



Σε ερώτηση η οποία αναζητούσε το αν υπάρχει τυποποίηση στις λειτουργίες εντός των Δ.Ι. για αποφυγή καθυστερήσεων, επικαλύψεων, λαθών κι επαναλήψεων, το 41,67% απάντησε «Ναι» και το 58,33% «Όχι», όπως απεικονίζεται και στο *Διάγραμμα 29*. Το εντυπωσιακό στοιχείο είναι πως στο ίδιο Δ.Ι. άλλοι απαντούσαν πως υπάρχει τυποποίηση και άλλοι όχι.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30

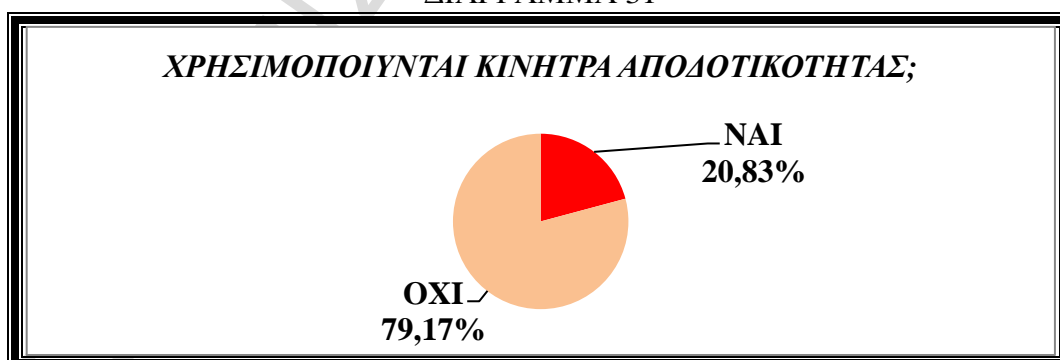


Σχετική με την προηγούμενη ερώτηση είναι και αυτή που απεικονίζεται στο *Διάγραμμα 30* και αναφέρεται στη χρήση ή μη ποσοτικοποιημένων δεικτών απόδοσης.

Θετικά απάντησε μόνο το 20,83% και αρνητικά το 79,17%, κάτι που μας δείχνει ξεκάθαρα την απουσία συγκεκριμένου λειτουργικού και αξιολογητικού πλαισίου.

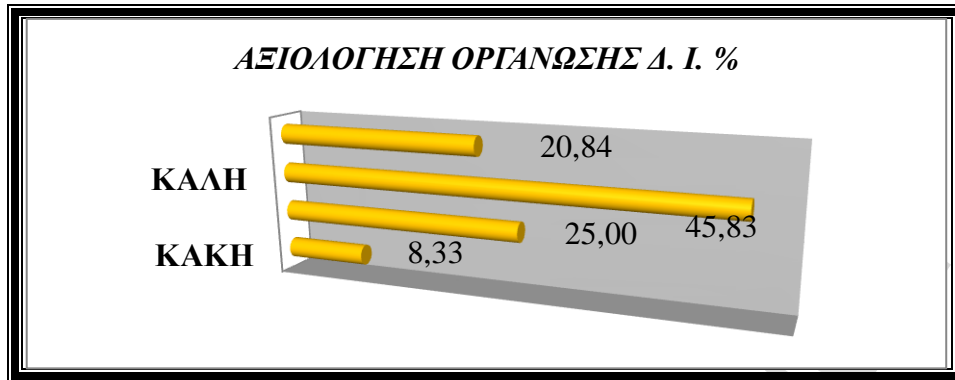
Βέβαια, υπάρχει ο ισχυρισμός ότι το αποτέλεσμα της υγείας δεν είναι μετρήσιμο αλλά, από την άλλη, σε επίπεδο τουλάχιστον διοικητικό, θα μπορούσε να υπάρξει αξιολόγηση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31



Σε σχέση με τη χρήση κινήτρων αποδοτικότητας, το *Διάγραμμα 31*, μας δείχνει ξεκάθαρα πως δεν χρησιμοποιούνται. Τουλάχιστον για την πλειοψηφία το προσωπικού, καθώς το 79,17% έχει απαντήσει αρνητικά και το 20,83% θετικά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32



Το *Διάγραμμα 32*, μας παραθέτει την αξιολόγηση του συνόλου του προσωπικού, σχετικά με την οργάνωση των Δ.Ι..

Όπως διακρίνουμε το 8,33% τη θεωρεί «Κακή», το 25% «Μέτρια», το 20,83% «Πολύ καλή» και η πλειοψηφία της τάξης του 45,83% την αξιολογεί ως «Καλή».

Σε γενικές γραμμές, το προσωπικό είναι ικανοποιημένο από την οργάνωση με ένα αθροιστικό ποσοστό περίπου στο 66% να τη θεωρεί «Καλή» ή «Πολύ καλή» αλλά ταυτόχρονα, με μία άλλη ανάγνωση, υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης ακόμα με βάση τις απόψεις του υπόλοιπου 34%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31

Αξιολόγηση οργάνωσης Δ.Ι. ανά επαγγελματική κατηγορία (%)						
Επαγγελματική κατηγορία		Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Επαγγελματική κατηγορία	ΥΕ	50,00	0,00	0,00	50,00	100,00
	ΔΕ	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
	ΤΕ	0,00	14,29	71,43	14,29	100,00
	ΠΕ	14,29	57,14	14,29	14,29	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		8,33	25,00	45,83	20,83	100,00

Με βάση τον *Πίνακα 31*, όσοι ανήκουν στην κατηγορία ΥΕ αξιολογούν ισομερώς -από 50%- την οργάνωση ως «Κακή» ή «Πολύ καλή». Το περίεργο είναι ότι δεν υπάρχουν ενδιάμεσες απαντήσεις αξιολόγησης.

Η κατηγορία των ΔΕ, από την άλλη, είναι η μόνη η οποία αξιολογεί την οργάνωση ως «Πολύ καλή» και μάλιστα σε ποσοστό 100%.

Όσοι ανήκουν στην κατηγορία ΤΕ, αξιολογούν ως «Καλή» με τη συντριπτική πλειοψηφία του 71,43% και ως «Μέτρια» ή «Πολύ καλή» με ποσοστά 14,29%.

Το ίδιο ποσοστό (14,29%) δίνουν και οι απασχολούμενοι της κατηγορίας ΠΕ στις απαντήσεις «Κακή», «Καλή» και «Πολύ καλή» και η πλειοψηφία τους (57,14%), αξιολογεί την οργάνωση των Δ.Ι. ως «Μέτρια».

ΠΙΝΑΚΑΣ 32

Αξιολόγηση οργάνωσης Δ.Ι. ανά τομέα απασχόλησης (%)						
Τομέας απασχόλησης		Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ_καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Τομέας απασχόλησης	Ιατρικό προσωπικό	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00
	Νοσηλευτικό προσωπικό	0,00	14,29	71,43	14,29	100,00
	Διοικητικό προσωπικό	0,00	0,00	50,00	50,00	100,00
	Τεχνικό προσωπικό	50,00	0,00	0,00	50,00	100,00
	Επιστήμες υγείας	50,00	50,00	0,00	0,00	100,00
	Φυσιοθεραπευτής	0,00	0,00	66,67	33,33	100,00
	Κοινωνικός/ή λειτουργός	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		8,33	25,00	45,83	20,83	100,00

Παρατηρώντας τους τομείς απασχόλησης, σύμφωνα με τον Πίνακα 32, το ιατρικό προσωπικό με το απόλυτο 100% θεωρεί την οργάνωση μέτρια.

Από την άλλη οι νοσηλευτές στην πλειοψηφία τους (71,43%) απάντησαν «Καλή» και σε ποσοστό από 14,29% απάντησαν «Μέτρια» και «Πολύ καλή».

Οι διοικητικοί με τη σειρά τους, έδωσαν από 50% στην απάντηση «Καλή» και «Πολύ καλή».

Το ίδιο ποσοστό του τεχνικού προσωπικού (50%), απάντησε «Κακή» και «Πολύ καλή» ενώ το προσωπικό επιστημών υγείας, «Κακή» και «Μέτρια».

Την ίδια στιγμή, οι φυσικοθεραπευτές σε ποσοστό 66,67% τη θεωρούν «Καλή» και το υπόλοιπο 33,33% «Πολύ καλή».

Για μία ακόμα κατηγορία, οι κοινωνικοί λειτουργοί με ποσοστό 100% απαντούν σε μία κατηγορία, αξιολογώντας ως «Καλή» την οργάνωση των Δ.Ι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33

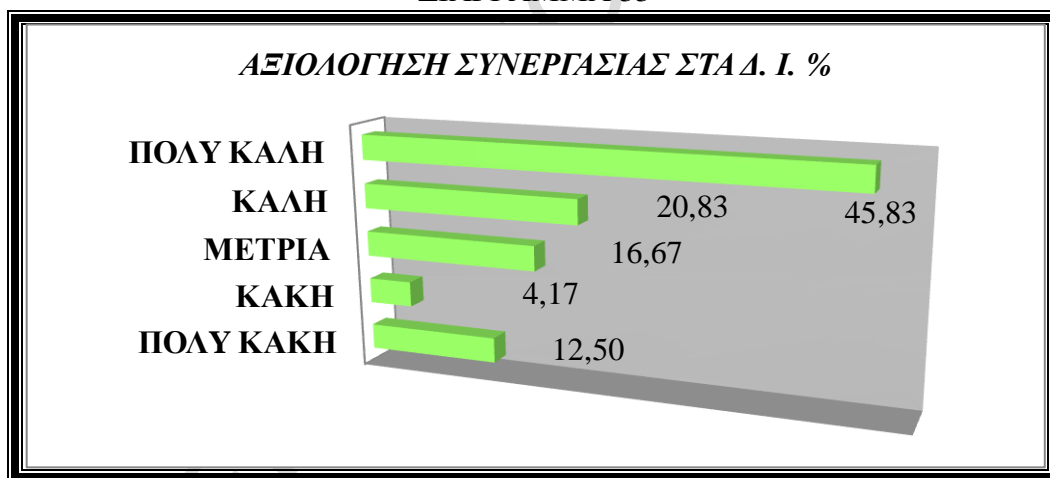
Αξιολόγηση οργάνωσης Δ.Ι. ανά μορφή σύμβασης (%)						
Μορφή σύμβασης		Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ_καλή	ΣΥΝΟΛΟ
Μορφή σύμβασης	Μόνιμος/η	40,00	0,00	20,00	40,00	100,00
	Αορίστου χρόνου	0,00	66,67	33,33	0,00	100,00
	Ορισμένου χρόνου	0,00	0,00	85,71	14,29	100,00
	Σύμβαση έργου	0,00	50,00	50,00	0,00	100,00
	Αιρετός εκπρόσωπος	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
	Εθελοντικά	0,00	50,00	16,67	33,33	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		8,33	25,00	45,83	20,83	100,00

Ανάλογα, τώρα, με τη μορφή σύμβασης με βάση τον Πίνακα 33:

- Την απάντηση «Κακή» δίνει το 40% των μόνιμων.
- Την απάντηση «Μέτρια» δίνει το 66,67% των εργαζομένων με σύμβαση αορίστου χρόνου, το 50% εκείνων με σύμβαση έργου και το 50% των εθελοντών.
- «Καλή» θεωρεί την οργάνωση των Δ.Ι. το 20% των μόνιμων, το 33,33% των αορίστου χρόνου, το 85,71% των ορισμένου χρόνου, το 50% εκείνων με σύμβαση έργου, όλοι (100%) των αιρετών εκπροσώπων και το 16,67% των εθελοντών.
- Ως «Πολύ καλή» αξιολογείται η οργάνωση από το 40% των μόνιμων, το 14,29% των απασχολούμενων με σύμβαση ορισμένου χρόνου και του 33,33% των εθελοντών.

Με λίγα λόγια, αθροιστικά, πιο ικανοποιημένοι είναι οι αιρετοί και οι εργαζόμενοι με σύμβαση ορισμένου χρόνου πιθανότατα λόγω μικρής υπηρεσίας στα ιατρεία και έλλειψη χρόνου για να διαπιστωθούν τα όποια προβλήματα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33



Ένας ενδιαφέρων παράγοντας προς αξιολόγηση είναι η συνεργασία εντός των Δ.Ι. με τις ποικίλες μορφές που αυτή εκδηλώνεται.

Όπως διακρίνουμε στο Διάγραμμα 33, το 12,5% την αξιολογεί ως «Πολύ κακή», το 4,17% ως «Κακή», το 16,67% ως «Καλή» και το 45,83% ως «Πολύ Καλή».

ΠΙΝΑΚΑΣ 34

Αξιολόγηση συνεργασίας στα Δ.Ι. ανά επαγγελματική κατηγορία (%)							ΣΥΝΟΛΟ
Επαγγελματική κατηγορία	ΥΕ	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
	ΥΕ	0,00	0,00	50,00	0,00	50,00	100,00
	ΔΕ	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
	ΤΕ	21,43	0,00	14,29	14,29	50,00	100,00
	ΠΕ	0,00	14,29	14,29	42,86	28,57	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		12,50	4,17	16,67	20,83	45,83	100,00

Με βάση τον Πίνακα 34, εκείνοι της κατηγορίας ΥΕ αξιολογούν από 50% τη συνεργασία ως «Μέτρια» ή «Πολύ καλή».

Η κατηγορία των ΔΕ, από την άλλη, είναι η μόνη η οποία αξιολογεί τη συνεργασία ως «Πολύ καλή» και μάλιστα σε ποσοστό 100%.

Οι μισοί στην κατηγορία ΤΕ, αξιολογούν ως «Πολύ καλή» σε ποσοστό 50% τη συνεργασία, με 14,29% ως «Μέτρια» ή «Καλή».

Το ίδιο ποσοστό (14,29%) δίνουν και οι απασχολούμενοι της κατηγορίας ΠΕ στις απαντήσεις «Κακή» και «Μέτρια». Η πλειοψηφία τους (42,86%), αξιολογεί την οργάνωση των Δ.Ι. ως «Καλή» ενώ το 28,57% αυτών τη βαθμολογεί ως «Πολύ καλή».

Οι δύο τελευταίες επαγγελματικές κατηγορίες, λοιπόν, φαίνονται να έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35

Αξιολόγηση συνεργασίας στα Δ.Ι. ανά τομέα απασχόλησης (%)							ΣΥΝΟΛΟ
Τομέας απασχόλησης		Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Τομέας απασχόλησης	Ιατρικό προσωπικό	0,00	0,00	25,00	50,00	25,00	100,00
	Νοσηλευτικό προσωπικό	14,29	0,00	14,29	0,00	71,43	100,00
	Διοικητικό προσωπικό	0,00	0,00	0,00	50,00	50,00	100,00
	Τεχνικό προσωπικό	0,00	0,00	50,00	0,00	50,00	100,00
	Επιστήμες υγείας	0,00	50,00	50,00	0,00	0,00	100,00
	Φυσιοθεραπευτής	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	66,67
Κοινωνικός/ή λειτουργός	50,00	0,00	0,00	50,00	0,00	100,00	
ΣΥΝΟΛΟ		12,50	4,17	16,67	20,83	45,83	100,00

Ως προς τους τομείς απασχόλησης, σύμφωνα με τον Πίνακα 35, το ιατρικό προσωπικό απαντά ως «Μέτρια» ή «Πολύ καλή» με 25% αντιστοίχως και με 50% ως «Καλή».

Από την άλλη, οι νοσηλευτές στην πλειοψηφία τους (71,43%) απάντησαν «Πολύ Καλή» και σε ποσοστό από 14,29% απάντησαν «Μέτρια» και «Πολύ κακή».

Οι διοικητικοί με τη σειρά τους, έδωσαν από 50% στην απάντηση «Καλή» και «Πολύ καλή».

Το ίδιο ποσοστό του τεχνικού προσωπικού (50%), απάντησε «Μέτρια» και «Πολύ καλή» ενώ το προσωπικό επιστημών υγείας, «Κακή» και «Μέτρια» πάλι από 50%.

Το προσωπικό των επιστημών υγείας απάντησε στο 50% «Κακή» και στο υπόλοιπο 50% «Μέτρια».

Την ίδια στιγμή, οι φυσικοθεραπευτές σε ποσοστό 66,67% τη θεωρούν «Πολύ καλή» και το υπόλοιπο 33,33% αυτών «Πολύ κακή».

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, με τη σειρά τους, τη θεωρούν στο 50% ως «Πολύ κακή» -ο πιο δυσαρεστημένος τομέας απασχόλησης- και με την ίδια αναλογία, την αξιολογούν ως «Καλή».

ΠΙΝΑΚΑΣ 36

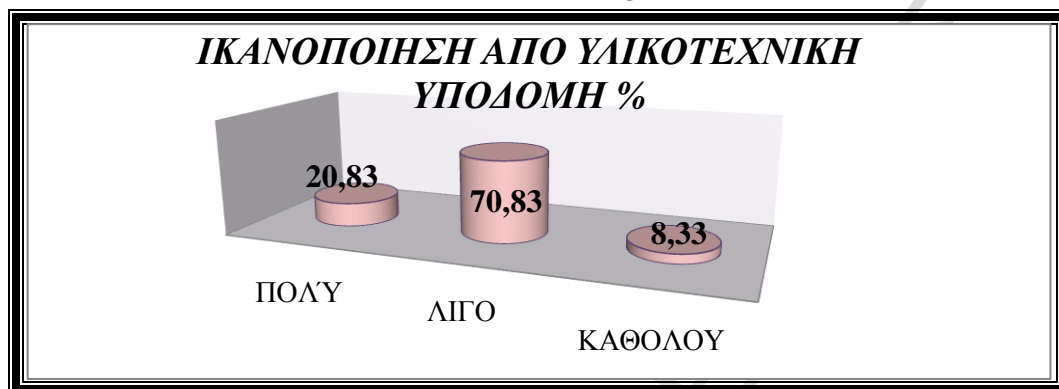
Αξιολόγηση συνεργασίας στα Δ.Ι. ανά μορφή σύμβασης (%)							ΣΥΝΟΛΟ
Μορφή_σύμβασης	Μόνιμος/η	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
	Αορίστου χρόνου	0,00	0,00	66,67	33,33	0,00	100,00
	Ορισμένου χρόνου	28,57	0,00	0,00	0,00	71,43	100,00
	Σύμβαση έργου	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
	Αιρετός εκπρόσωπος	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
	Εθελοντικά	0,00	0,00	16,67	50,00	33,33	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		12,50	4,17	16,67	20,83	45,83	100,00

Με όσα μας δείχνει ο Πίνακας 36, σχετικά με τη μορφή σύμβασης :

- «Πολύ κακή» θεωρεί τη συνεργασία το 20% των μόνιμων και το 28,57% των απασχολούμενων με συμβάσεις ορισμένου χρόνου.
- Την απάντηση «Κακή» δίνει μόνο το 20% των μόνιμων.
- Την απάντηση «Μέτρια» δίνει το 20% των μόνιμων, το 66,67% των εργαζομένων με σύμβαση αορίστου χρόνου και το 16,67% των εθελοντών.
- «Καλή» θεωρεί τη συνεργασία εντός των Δ.Ι. το 33,33% των αορίστου χρόνου, το 100% των αιρετών και το 50% των εθελοντών.
- Ως «Πολύ καλή» αξιολογείται η οργάνωση από το 40% των μόνιμων, το 71,43% των απασχολούμενων με σύμβαση ορισμένου χρόνου και του 33,33% των εθελοντών.

Σε γενικές γραμμές, αθροιστικά, οι λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι μόνιμοι και όσοι έχουν συνάψει σύμβαση αορίστου χρόνου και εμφανίζεται αντιστοιχία με την αξιολόγηση της συνεργασίας στα Δ.Ι.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34



Σε ερώτηση για τη μέτρηση της ικανοποίησης του προσωπικού από την υλικοτεχνική υποδομή των ιατρείων, τα αποτελέσματα της οποίας βλέπουμε στο *Διάγραμμα 34*, μόνο οι 2 στους 10 (20,83%) εμφανίζονται πολύ ικανοποιημένοι, οι 7 στους 10 λίγο ικανοποιημένοι και οι υπόλοιποι (8,33%) καθόλου ικανοποιημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37

Ικανοποίηση από υλικοτεχνική υποδομή ανά επαγγελματική κατηγορία (%)					
		Πολύ	Λίγο	Καθόλου	ΣΥΝΟΛΟ
Επαγγελματική κατηγορία	ΥΕ	50,00	50,00	0,00	100,00
	ΔΕ	100,00	0,00	0,00	100,00
	ΤΕ	21,43	78,57	0,00	100,00
	ΠΕ	0,00	71,43	28,57	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		20,83	70,83	8,33	100,00

Σκιαγραφώντας με τα στοιχεία του *Πίνακα 37*, ανά επαγγελματική κατηγορία, τις απαντήσεις, έχουμε τους ΥΕ να αξιολογούν ότι είναι «Πολύ» ή «Λίγο» ικανοποιημένοι κατά 50% αντιστοίχως.

Η κατηγορία των ΔΕ, από την άλλη, είναι η μόνη η οποία σε ποσοστό 100% απαντά «Πολύ» στο βαθμό ικανοποίησης.

Οι απασχολούμενοι της κατηγορίας ΤΕ, απαντούν «Πολύ» σε ποσοστό μόλις 21,43% και το υπόλοιπο 78,57% αυτών απαντά «Λίγο».

Οι εργαζόμενοι της κατηγορίας ΠΕ, είναι οι μόνοι που δεν έχουν απαντήσει «Πολύ» και εμφανίζονται «Λίγο» ικανοποιημένοι σε ποσοστό 71,43% και «Καθόλου» σε ποσοστό 28,57% καθώς είναι η μόνη επαγγελματική κατηγορία που έχει δώσει απαντήσεις στην τελευταία βαθμολογική κλίμακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38

Ικανοποίηση από υλικοτεχνική υποδομή ανά τομέα απασχόλησης (%)					
Τομέας απασχόλησης					ΣΥΝΟΛΟ
		Πολύ	Λίγο	Καθόλου	
Τομέας απασχόλησης	Ιατρικό προσωπικό	0,00	75,00	25,00	100,00
	Νοσηλευτικό προσωπικό	14,29	85,71	0,00	100,00
	Διοικητικό προσωπικό	25,00	50,00	25,00	100,00
	Τεχνικό προσωπικό	50,00	50,00	0,00	100,00
	Επιστήμες υγείας	0,00	100,00	0,00	100,00
	Φυσιοθεραπευτής	66,67	33,33	0,00	100,00
	Κοινωνικός/ή λειτουργός	0,00	100,00	0,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		20,83	70,83	8,33	100,00

Ως προς τους τομείς απασχόλησης, σύμφωνα με τον Πίνακα 38, το ιατρικό προσωπικό απαντά ως «Λίγο» ή «Καθόλου» με 75% και 25% αντιστοίχως.

Με τη σειρά τους, οι νοσηλευτές στην πλειοψηφία τους (85,71%) απάντησαν «Λίγο» και σε ποσοστό από 14,29% απάντησαν «Πολύ».

Οι διοικητικοί, στη συνέχεια, έδωσαν 50% στην απάντηση «Λίγο» και από 25% στην απάντηση «Πολύ» και «Καθόλου».

Το τεχνικό προσωπικό απάντησε «Πολύ» και «Λίγο» στο ίδιο ποσοστό (50%).

Το προσωπικό των επιστήμων υγείας όπως και οι κοινωνικοί λειτουργοί στο σύνολο τους (100%) απάντησαν ότι είναι «Λίγο» ικανοποιημένοι.

Την ίδια στιγμή, οι φυσικοθεραπευτές σε ποσοστό 66,67% εμφανίζονται ως «Πολύ» ικανοποιημένοι και το υπόλοιπο 33,33% αυτών «Λίγο».

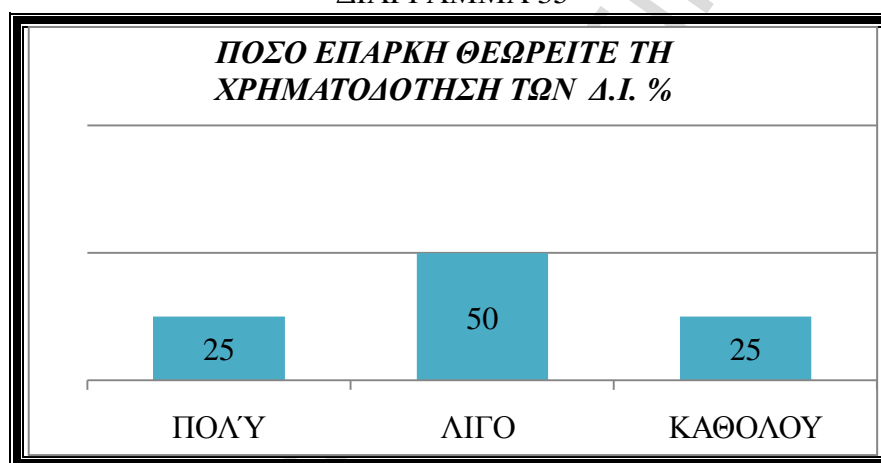
ΠΙΝΑΚΑΣ 39

Ικανοποίηση από υλικοτεχνική υποδομή ανά μορφή σύμβασης (%)					
Μορφή σύμβασης					ΣΥΝΟΛΟ
		Πολύ	Λίγο	Καθόλου	
Μορφή σύμβασης	Μόνιμος/η	40,00	60,00	0,00	100,00
	Αορίστου χρόνου	0,00	100,00	0,00	100,00
	Ορισμένου χρόνου	28,57	71,43	0,00	100,00
	Σύμβαση έργου	0,00	100,00	0,00	100,00
	Αιρετός εκπρόσωπος	0,00	0,00	100,00	100,00
	Εθελοντικά	16,67	66,67	16,67	100,00
	ΣΥΝΟΛΟ		20,83	70,83	8,33

Όσον αφορά στην τοποθέτηση της ικανοποίησης ανάλογα με τη μορφή σύμβασης (Πίνακας 39):

- «Πολύ» έχει απαντήσει το 40% των μόνιμων, το 28,57% των απασχολούμενων με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και το 16,67% των εθελοντών.
- Την απάντηση «Λίγο» δίνει το σύνολο των απασχολούμενων με σύμβαση αορίστου χρόνου και εκείνων που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με σύμβαση έργου, το 60% των μόνιμων, το 71,43% όσων εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου και το 66,67% των εθελοντών.
- Την απάντηση «Καθόλου» στηρίζει το σύνολο των αιρετών και το 16,67% των εθελοντών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35



Η χρηματοδότηση των ιατρείων, είναι ένα κομβικής σημασίας θέμα όπως καταλαβαίνουμε. Αν ρίξουμε μια ματιά στο *Διάγραμμα 35*, θα διαπιστώσουμε ότι το 75% του προσωπικού είναι «Λίγο» ή «Καθόλου» ικανοποιημένο με ποσοστά 50% και 25% αντιστοίχως. Έτσι, μόνο ο 1 στους 4 (25%) δηλώνει «Πολύ» ικανοποιημένος από τα χρήματα και τους πόρους που χρησιμοποιούνται για τα Δ.Ι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 40

Αξιολόγηση επάρκειας χρηματοδότησης ανά επαγγελματική κατηγορία (%)					
					ΣΥΝΟΛΟ
		Πολύ	Λίγο	Καθόλου	
Επαγγελματική κατηγορία	ΥΕ	0,00	50,00	50,00	100,00
	ΔΕ	100,00	0,00	0,00	100,00
	ΤΕ	35,71	64,29	0,00	100,00
	ΠΕ	0,00	28,57	71,43	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		25,00	50,00	25,00	100,00

Ανά επαγγελματική κατηγορία, με βάση τον Πίνακα 40:

- Οι εργαζόμενοι ΥΕ απαντούν στο 50% «Λίγο» και στο υπόλοιπο 50% «Καθόλου».
- Η κατηγορία των ΔΕ σε ποσοστό 100% απαντά «Πολύ».
- Οι απασχολούμενοι της κατηγορίας ΤΕ, αξιολογούν ως «Πολύ» επαρκή τη χρηματοδότηση των Δ.Ι. σε ποσοστό 35,71% και το υπόλοιπο 64,29% «Λίγο» .
- Η κατηγορία των ΠΕ στις απαντά «Λίγο» στο 28,57% και «Καθόλου» σε ποσοστό της τάξης του 71,43%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41

Αξιολόγηση επάρκειας χρηματοδότησης ανά τομέα απασχόλησης (%)					
					ΣΥΝΟΛΟ
		Πολύ	Λίγο	Καθόλου	
Τομέας απασχόλησης	Ιατρικό προσωπικό	0,00	50,00	50,00	100,00
	Νοσηλευτικό προσωπικό	14,29	85,71	0,00	100,00
	Διοικητικό προσωπικό	25,00	25,00	50,00	100,00
	Τεχνικό προσωπικό	0,00	50,00	50,00	100,00
	Επιστήμες υγείας	50,00	0,00	50,00	100,00
	Φυσιοθεραπευτής	66,67	33,33	0,00	100,00
	Κοινωνικός/ή λειτουργός	50,00	50,00	0,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		25,00	50,00	25,00	100,00

Ας ξεκαθαρίσουμε τα πράγματα και με την εικόνα που παρουσιάζει ο Πίνακας 41, εξετάζοντας ξεχωριστά κάθε τομέα απασχόλησης.

Το ιατρικό και το τεχνικό προσωπικό απαντά ως «Λίγο» ή «Καθόλου» με 50% αντιστοίχως.

Με τη σειρά τους, οι νοσηλευτές στην πλειοψηφία τους (85,71%) απάντησαν «Λίγο» και σε ποσοστό από 14,29% απάντησαν «Πολύ».

Οι διοικητικοί, στη συνέχεια, έδωσαν 50% στην απάντηση «Καθόλου» και από 25% στην απάντηση «Πολύ» και «Λίγο».

Το προσωπικό των επιστήμων υγείας από 50% απάντησε «Λίγο» και «Καθόλου».

Την ίδια στιγμή, οι φυσικοθεραπευτές σε ποσοστό 66,67% απαντούν «Πολύ» και το υπόλοιπο 33,33% αυτών «Λίγο».

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, από την άλλη, απάντησαν «Πολύ» στο 50% του συνόλου τους και το υπόλοιπο 50% αυτών απάντησε «Λίγο».

ΠΙΝΑΚΑΣ 42

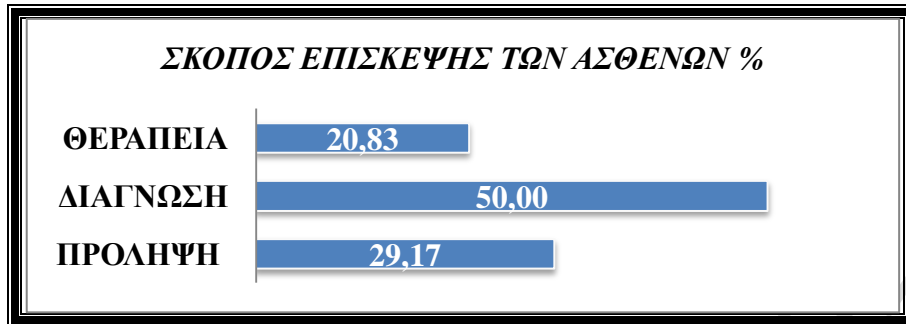
Αξιολόγηση επάρκειας χρηματοδότησης ανά μορφή σύμβασης (%)					
		Πολύ	Λίγο	Καθόλου	ΣΥΝΟΛΟ
Μορφή σύμβασης	Μόνιμος/η	20,00	40,00	40,00	100,00
	Αορίστου χρόνου	66,67	33,33	0,00	100,00
	Ορισμένου χρόνου	28,57	71,43	0,00	100,00
	Σύμβαση έργου	50,00	50,00	0,00	100,00
	Αιρετός εκπρόσωπος	0,00	0,00	100,00	100,00
	Εθελοντικά	0,00	50,00	50,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		25,00	50,00	25,00	100,00

Στον Πίνακα 42, έχουμε αναλυτικά, ανά μορφή σύμβασης τις απαντήσεις.

Δηλαδή,

- «Πολύ» έχει απαντήσει το 20% των μόνιμων, το 28,57% των απασχολούμενων με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, το 66,67% εκείνων με σύμβαση αορίστου χρόνου και το 50% όσων απασχολούνται με συμβάσεις έργου.
- Την απάντηση «Λίγο» δίνει το 40% των μόνιμων υπαλλήλων, το 33,33% των απασχολούμενων με σύμβαση αορίστου χρόνου, το 50% όσων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με σύμβαση έργου, το 71,43% όσων εργάζονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου και το 50% των εθελοντών.
- Την απάντηση «Καθόλου» στηρίζει το σύνολο των αιρετών, το 50% των εθελοντών και το 40% των μόνιμων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36

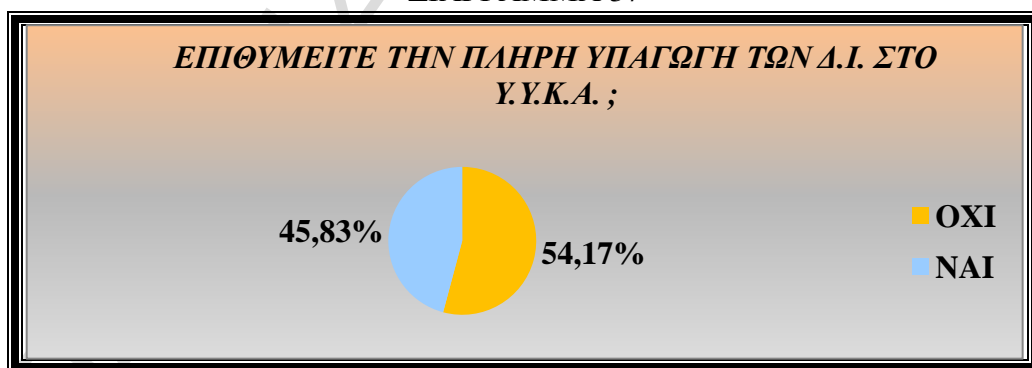


Σε μία άλλου τύπου ερώτηση σχετική με την εμπειρία του προσωπικού για το λόγο επισκέψεως των ασθενών στα Δ.Ι. , φαίνεται ξεκάθαρα ότι ο τομέας της πρόληψης, ο οποίος είναι βασικός πυλώνας της δημιουργίας των ιατρείων, είναι πολύ πίσω καθώς αποτελεί το λόγο επίσκεψης για λιγότερο από 1 στους 3 ασθενείς.

Πιο συγκεκριμένα, με βάση τις απαντήσεις του προσωπικού τους, όπως σκιαγραφούνται στο *Διάγραμμα 36*, τα Δ.Ι. τα επισκέπτονται ασθενείς

- Κατά 29,17% για λόγους πρόληψης ζητημάτων υγείας
- Κατά 50% με σκοπό τη διάγνωση κάποιας ασθένειας.
- Κατά 20,83% για λόγους θεραπείας της ασθένειας τους.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37



Μοιρασμένες, σχετικά, είναι οι απόψεις για την επιθυμία ένταξης των δημοτικών ιατρείων υπό τη σκέπη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.) και τον πλήρη έλεγχο τους. Όπως φαίνεται στο *Διάγραμμα 37*, το 45,83% απάντησε θετικά και το 54,17% αρνητικά.

Το ποιοι, όμως, θέλουν, διευκρινίζεται στους παρακάτω πίνακες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 43

Επιθυμία υπαγωγής Δ.Ι. στο ΥΥΚΑ ανά επαγγελματική κατηγορία (%)				
		Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΟ
Επαγγελματική κατηγορία	ΥΕ	100,00	0,00	100,00
	ΔΕ	0,00	100,00	100,00
	ΤΕ	42,86	57,14	100,00
	ΠΕ	42,86	57,14	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		45,83	54,17	100,00

Ο Πίνακας 43, δείχνει ότι θετικά απάντησε το σύνολο των εργαζομένων ΥΕ και αρνητικά το σύνολο των εργαζομένων ΔΕ.

Οι κατηγορίες, δε, των εργαζομένων ΤΕ και ΠΕ, είχαν ακριβώς τις ίδιες απαντήσεις με το 42,86% κάθε κατηγορίας να απαντά «Ναι» και το 57,14% να απαντά «Όχι»

ΠΙΝΑΚΑΣ 44

Επιθυμία υπαγωγής Δ.Ι. στο ΥΥΚΑ ανά τομέα απασχόλησης (%)				
		Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΟ
Τομέας απασχόλησης	Ιατρικό προσωπικό	50,00	50,00	100,00
	Νοσηλευτικό προσωπικό	42,86	57,14	100,00
	Διοικητικό προσωπικό	25,00	75,00	100,00
	Τεχνικό προσωπικό	100,00	0,00	100,00
	Επιστήμες υγείας	100,00	0,00	100,00
	Φυσιοθεραπευτής	33,33	66,67	100,00
	Κοινωνικός/ή λειτουργός	0,00	100,00	100,00
	ΣΥΝΟΛΟ		45,83	54,17

Βλέποντας κάθε τομέα απασχόλησης στον Πίνακα 44, διαπιστώνουμε ότι:

Το προσωπικό επιστημών υγείας και το τεχνικό προσωπικό επιθυμεί στην ολότητα του την πλήρη υπαγωγή στο Υ.Υ.Κ.Α. ενώ αντιθέτως όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι κάθετα αντίθετοι στην προοπτική αυτή.

Οι νοσηλευτές στην πλειοψηφία τους (57,14%) απάντησαν «Όχι» και σε ποσοστό 42,86% απάντησαν «Ναι».

Οι διοικητικοί, στη συνέχεια, έδωσαν σε μικρότερο ποσοστό σε σχέση με τους υπόλοιπους θετική απάντηση (25%) και η πλειοψηφία τους απάντησε αρνητικά με 75%.

Είναι προφανές, ότι μία ενδεχόμενη ένταξη των Δ.Ι. στο Υ.Υ.Κ.Α. θα έθετε σε επισφάλεια ακόμα και τις θέσεις εργασίας τους.

Την ίδια στιγμή, οι φυσικοθεραπευτές σε ποσοστό 66,67% απαντούν αρνητικά και το υπόλοιπο 33,33% αυτών θετικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 45

Επιθυμία πλήρους υπαγωγής στο Υ.Υ.Κ.Α. ανά μορφή σύμβασης %				
		Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΟ
Μορφή σύμβασης	Μόνιμος/η	80,00	20,00	100,00
	Αορίστου χρόνου	66,67	33,33	100,00
	Ορισμένου χρόνου	0,00	100,00	100,00
	Σύμβαση έργου	50,00	50,00	100,00
	Αιρετός εκπρόσωπος	0,00	100,00	100,00
	Εθελοντικά	66,67	33,33	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		100,00	100,00	100,00

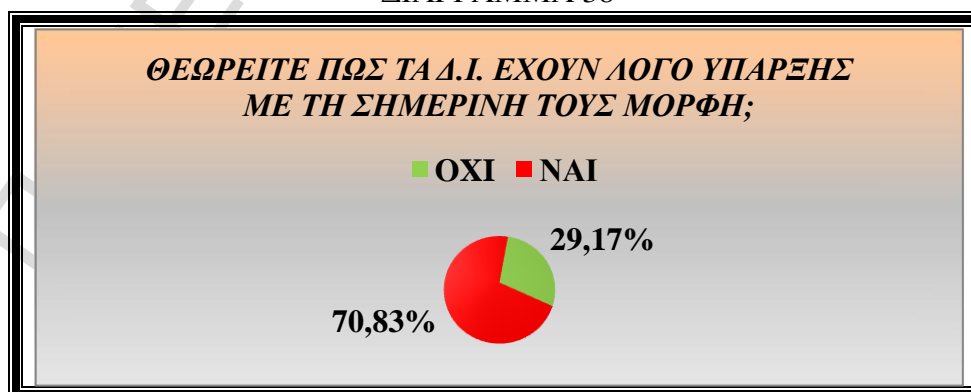
Ο Πίνακας 45, μας δίνει το περίγραμμα για την επιθυμία ή μη υπαγωγής των Δ.Ι. στο Υ.Υ.Κ.Α. ανά μορφή σύμβασης.

Έτσι,

«Όχι» έχει απαντήσει το 20% των μόνιμων, το 100% των απασχολούμενων με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και των αιρετών, το 33,33% εκείνων με σύμβαση αορίστου χρόνου, το 50% όσων απασχολούνται με συμβάσεις έργου και το 33,33% των εθελοντών

«Ναι» απαντά το 80% των μόνιμων υπαλλήλων, το 66,67% των απασχολούμενων με σύμβαση αορίστου χρόνου, το 50% όσων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με σύμβαση έργου και το 66,67% των εθελοντών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 38



Συμπλέοντας με τις -θετικές- απαντήσεις που έδωσαν και οι ασθενείς σε παραπλήσια ερώτηση για την ύπαρξη των δημοτικών ιατρείων και την επιθυμία τους για τη συνέχιση αυτού του θεσμού, οι απασχολούμενοι των Δ.Ι. , θεωρούν στην πλειοψηφία τους ότι τα ιατρεία έχουν λόγο ύπαρξης με τη σημερινή τους μορφή.

Πιο συγκεκριμένα, όπως μας αποκαλύπτει το *Διάγραμμα 38*, το 70,83% απάντησε θετικά και το 29,17% απάντησε αρνητικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 46

Λόγος ύπαρξης Δ.Ι. ανά επαγγελματική κατηγορία (%)				
		Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΟ
Επαγγελματική κατηγορία	ΥΕ	50,00	50,00	100,00
	ΔΕ	100,00	0,00	100,00
	ΤΕ	85,71	14,29	100,00
	ΠΕ	42,86	57,14	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		70,83	29,17	100,00

Αναφερόμενοι στον *Πίνακα 46*, διαπιστώνουμε ότι πλήρως, συμφωνούν με την ισχύουσα μορφή των Δ.Ι. οι απασχολούμενοι της κατηγορίας ΔΕ ενώ από εκείνους της κατηγορίας ΥΕ ακριβώς οι μισοί συμφωνούν και μισοί διαφωνούν για την ύπαρξη των Δ.Ι. με την υπάρχουσα μορφή.

Επίσης, η πλειοψηφία των ΤΕ (85,71%) θεωρεί πως αυτά έχουν λόγο ύπαρξης με τη σημερινή τους μορφή σε αντίθεση με το 14,29% που δεν πιστεύει κάτι τέτοιο.

Στην κατηγορία των απασχολούμενων ΠΕ, οι περισσότεροι 57,14% είναι μάλλον αρνητικοί ως προς το λόγο ύπαρξης και θετικό εμφανίζεται το 42,86%, δηλαδή το χαμηλότερο ποσοστό της κατηγορίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 47

Λόγος ύπαρξης Δ.Ι. ανά τομέα απασχόλησης (%)				
		Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΟ
Τομέας απασχόλησης	Ιατρικό προσωπικό	50,00	50,00	100,00
	Νοσηλευτικό προσωπικό	100,00	0,00	100,00
	Διοικητικό προσωπικό	50,00	50,00	100,00
	Τεχνικό προσωπικό	50,00	50,00	100,00
	Επιστήμες υγείας	0,00	100,00	100,00
	Φυσιοθεραπευτής	100,00	0,00	100,00
	Κοινωνικός/ή λειτουργός	100,00	0,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		70,83	29,17	100,00

Αναφορικά με τον τομέα απασχόλησης, τα στοιχεία του Πίνακα 47, καταδεικνύουν ότι όλο το προσωπικό επιστημών υγείας (100%) και το 50% του ιατρικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού δηλώνουν πως δεν έχουν λόγο ύπαρξης τα Δ.Ι. με τη σημερινή τους μορφή.

Το ακριβώς αντίθετο πιστεύει το 100% των νοσηλευτών, των φυσικοθεραπευτών και των κοινωνικών λειτουργών μαζί με το 50% του ιατρικού, τεχνικού και διοικητικού προσωπικού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 48

Λόγος ύπαρξης Δ.Ι. ανά μορφή σύμβασης (%)				
Μορφή σύμβασης		Λόγος ύπαρξης Δ.Ι.		ΣΥΝΟΛΟ
		Ναι	Όχι	
Μορφή σύμβασης	Μόνιμος/η	60,00	40,00	100,00
	Αορίστου χρόνου	66,67	33,33	100,00
	Ορισμένου χρόνου	100,00	0,00	100,00
	Σύμβαση έργου	100,00	0,00	100,00
	Αιρετός εκπρόσωπος	0,00	100,00	100,00
	Εθελοντικά	50,00	50,00	100,00
ΣΥΝΟΛΟ		70,83	29,17	100,00

Τέλος, ο Πίνακας 48, δίνει αναλυτικά ανά μορφή σύμβασης τις απαντήσεις για το αν υπάρχει λόγος ύπαρξης των Δ.Ι. με τη σημερινή τους μορφή.

- Αρνητικά έχει απαντήσει το 100% των αιρετών (λογικό αν υπολογίσουμε ότι θα περισεύουν σαν στελεχιακό δυναμικό), το 40% των μόνιμων, το 33,33% των απασχολούμενων με σύμβαση αορίστου χρόνου και το 50% των εθελοντών.
- Θετικά απάντησε το 100% όσων εργάζονται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου ή έργου, το 60% των μόνιμων υπαλλήλων, το 66,67% των απασχολούμενων με σύμβαση αορίστου χρόνου και το 50% των εθελοντών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 39



Στο ερωτηματολόγιο του προσωπικού υπήρχε ερώτηση η οποία ζητούσε από το δυναμικό των δημοτικών ιατρείων να ορίσουν -αν υπάρχουν κατά τη γνώμη τους- κάποια από τα προβλήματα τα οποία θεωρούν ότι αντιμετωπίζει καθημερινά στο σύνολό του ο θεσμός και όχι απαραίτητως το ιατρείο απασχόλησης τους.

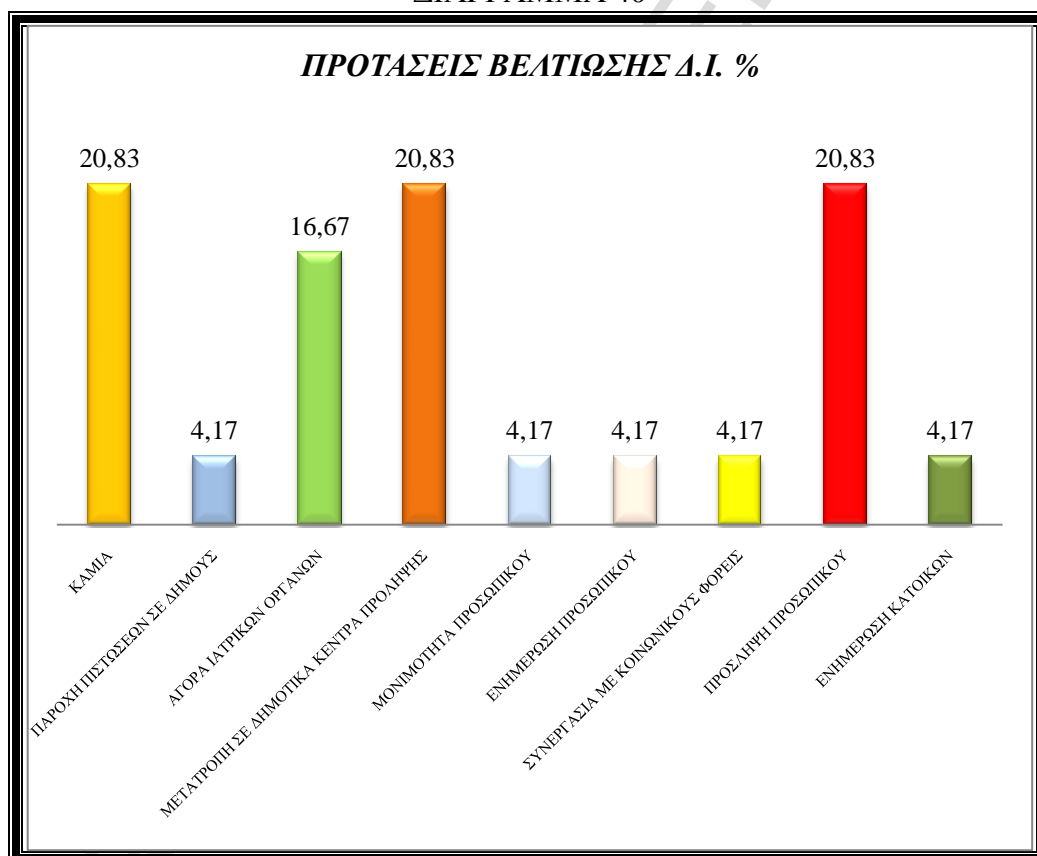
Έτσι, με εξαίρεση το 16,67% του προσωπικού το οποίο θεωρεί ότι δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, παρατηρούμε, με αύξουσα σειρά:

- Το 4,17%, αξιολογεί ως πρόβλημα την έλλειψη οργάνωσης συνταγογράφησης. Είτε αυτή αφορά τη δυνατότητα συνταγογράφησης προς ορισμένα ταμεία είτε την πρόσβαση στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.
- Το 8,33%, δηλώνει πως το πρόβλημα έγκειται στο γεγονός πως τα Δ.Ι. λειτουργούν ως ψηφοθηρικά κέντρα και δεν έχουν σοβαρή υποστήριξη από τις αρχές ούτε επικεντρώνονται στη συνέχεια και στην ολοκλήρωση του θεσμού.
- Ένα ποσοστό της τάξης του 12,5% χαρακτηρίζει ως σοβαρό πρόβλημα την έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής καθώς δεν υπάρχουν τα μηχανήματα και οι χώροι εκείνοι που απαιτούνται για να διεξαχθεί πλήρως και συνολικά η ιατρονοσηλευτική φροντίδα, όπως θα απαιτούσε το προσωπικό. Παρά τις σοβαρές προσπάθειες -τουλάχιστον των συγκεκριμένων δήμων.
- Το ίδιο ποσοστό (12,5%) θεωρεί πως το σοβαρότερο πρόβλημα των Δ.Ι. είναι η ελλιπής χρηματοδότηση και η μη παροχή επαρκών πιστώσεων για την εύρυθμη

λειτουργία των ιατρείων και την περαιτέρω ανάπτυξη των εργασιών τους. Είτε αυτό μεταφράζεται σε αύξηση του προσωπικού, μονιμοποίηση του, εκπαίδευση του είτε στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για τους δημότες και αγορά ιατρικών οργάνων.

- Το μεγαλύτερο και σοβαρότερο πρόβλημα όλων όμως, είναι με 45,83% η έλλειψη προσωπικού. Η χαμηλή δυνατότητα χρηματοδότησης, η έλλειψη νομικού πλαισίου για τις προσλήψεις και η διαρκής ανανέωση του ανθρώπινου δυναμικού λόγω συμβάσεων έργου, των συμβάσεων ορισμένου χρόνου και του εθελοντισμού στο οποίο βασίζονται πολλά Δ.Ι., συνιστούν ένα ιδιόμορφο μωσαϊκό ασυνέχειας και ανισοροπίας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 40



Καταλήγοντας, σε μία προσπάθεια να γίνουν γνωστές οι προτάσεις βελτίωσης των Δ.Ι., ζητήθηκε η τοποθέτηση του ανθρώπινου δυναμικού.

Με βάση την απεικόνιση του Διαγράμματος 40, ως λύσεις προτάθηκαν:

-Με ποσοστό 4,17%:

- Η παροχή επιπλέον πιστώσεων προς τους δήμους
- Η μονιμότητα του υπάρχοντος προσωπικού
- Η ενημέρωση των κατοίκων για το θεσμό των δημοτικών ιατρείων
- Η ενημέρωση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για το θεσμό και τη στήριξη του
- Η συνεργασία με κοινωνικούς φορείς για τη στήριξη, ενδυνάμωση και διεύρυνση του θεσμού.

-Με ποσοστό 16,67% ζητείται η αγορά επιπλέον ιατρικών οργάνων για πιο εύρυθμη λειτουργία και εκσυγχρονισμό των Δ.Ι.

-Με ποσοστό 20,83% :

- Η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού
- Η μετατροπή των Δ.Ι. σε Δημοτικά Κέντρα Πρόληψης
- Να μη γίνει καμία ενέργεια και να μείνουν όλα ως έχουν.

Δ' ΜΕΡΟΣ

8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 Παράθεση συμπερασμάτων

Στις σελίδες που ακολουθούν, θα προσπαθήσουμε να συμπυκνώσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας μας, αναφερόμενοι στα πιο σημαντικά της στοιχεία κατά τη γνώμη μας. Κατόπιν, θα γίνει αναφορά σε άλλες έρευνες σχετικές με το αντικείμενό μας.

A) Ασθενείς-Χρήστες υπηρεσιών Δ.Ι.

Τα Δ.Ι. τα επισκέπτονται ισομερώς άνδρες και γυναίκες και διαμοιράζονται σχεδόν ισομερώς και στις τρεις βαθμίδες εκπαίδευσης.

Κατά κύριο λόγο συνταξιούχοι ηλικιωμένοι άνω των 66 ετών, ελάχιστοι έφηβοι, λίγοι νέοι και πάρα πολλοί μεσήλικες κυρίως ασφαλισμένοι του ΙΚΑ (κυρίως ιδιωτικοί υπάλληλοι) λόγω ταχύτερης εξυπηρέτησης και εκείνοι του ΟΓΑ λόγω ανυπαρξίας δομών.

Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα πάρα πολύ χαμηλό ποσοστό ανασφάλιστων, προσέρχεται στα Δ.Ι. κάτι που δε συνάδει με τους στόχους των Δ.Ι. για κατά προτεραιότητα εξυπηρέτηση ευπαθών ομάδων πληθυσμού.

Η ύπαρξη και η λειτουργία του Δ.Ι. στην περιοχή έγινε γνωστή στους μισούς μόνο μετά από προσπάθειες της δημοτικής αρχής, κάτι που μας δείχνει ξεκάθαρα για τα Δ.Ι. της έρευνας μας ότι υπήρξε οργανωμένη και σοβαρή προσπάθεια ενημέρωσης των δημοτών αλλά υπάρχει πάρα πολύς χώρος για δράση ακόμα.

Λόγω της έρευνας σε Δ.Ι. δήμων με στάσεις Μετρό, υπάρχει σχετική ικανοποίηση για την πρόσβαση στο χώρο του ιατρείου και αυτό που θα μπορούσε να ληφθεί υπ' όψιν είναι η δυσκολία στη στάθμευση για το 1/3 των ερωτηθέντων, καθώς όσο περνούν τα χρόνια όλο και περισσότερος πληθυσμός χρησιμοποιεί τα οχήματα του για μετακίνηση, ειδικά από τη στιγμή που τα Δ.Ι. δεν έχουν στη διάθεση τους αυτοκίνητα ή ασθενοφόρα.

Πολύ μεγάλη είναι η ικανοποίηση του κόσμου για τα ραντεβού, αφού παρατηρείται ταχύτητα και άμεση ανταπόκριση στο κλείσιμο τους και συνέπεια στην εξυπηρέτηση, καθιστώντας αυτό το κομμάτι, κατά την πεποίθησή μας, το πλέον ανταγωνιστικό αυτής της δομής παροχής φροντίδας υγείας, παρά τις καταγεγραμμένες διοικητικές-γραμματειακές δυσκολίες.

Σχετικά με το μέρος όπου οι ασθενείς αξιολογούν τα Δ.Ι., παρατηρούμε τα εξής:

-Καθαριότητα:

Σε γενικές γραμμές, είναι ικανοποιημένο το σύνολό του δείγματος και είναι άξιο λόγου ότι αυξανόμενη της ηλικίας, αυξάνεται και η ικανοποίηση. Το ίδιο συμβαίνει και με τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, οι οποίοι είναι οι πλέον ικανοποιημένοι, προφανώς διότι έχουν κακές παραστάσεις από τα πολυϊατρεία του ασφαλιστικού τους οργανισμού. Τέλος, η ικανοποίηση από την καθαριότητα, μειώνεται με την άνοδο της εκπαιδευτικής βαθμίδας του καθενός. Οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι συνταξιούχοι είναι οι πιο ικανοποιημένοι αξιολογητές.

- Ποιότητα περίθαλψης:

Δυνατό σημείο των Δ.Ι. της έρευνάς μας, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτωμένων είναι εξαιρετικά ικανοποιημένη. Αυξανόμενη της ηλικίας και εδώ αυξάνεται η ικανοποίηση και μειώνεται με την άνοδο του ληφθέντος επιπέδου εκπαίδευσης. Η ποικιλία απαντήσεων στις πιο νέες ηλικίες, πιθανότατα εξηγείται διότι η επίσκεψη τους εκεί δεν πραγματοποιείται για λόγους συνταγογράφησης φαρμάκων αλλά για κάποιο παθολογικό ή ψυχολογικό σύμπτωμα και έχουν άλλου είδους απαιτήσεις από εκείνες των μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων. Οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι συνταξιούχοι είναι οι πιο ικανοποιημένοι αξιολογητές και εδώ.

-Ιατρικό προσωπικό:

Οι ασθενείς είναι σαφώς ικανοποιημένοι και αποτυπώνεται η εμπιστοσύνη του κόσμου στο ιατρικό προσωπικό κυρίως για τις πολύ μεγάλες και πολύ μικρές ηλικιακές ομάδες που το αξιολογούν εξαιρετικά. Σε συσχέτιση με τα ασφαλιστικά ταμεία, οι ασφαλισμένοι στον ΟΑΕΕ εμφανίζουν ως απάντηση και το «Μέτρια» σε επίπεδο 10,71% και είναι οι μόνοι που απαντούν τόσο υψηλά στην κατηγορία αυτή. Ενώ για μία ακόμα

κατηγορία, αυξανόμενου του επιπέδου εκπαίδευσης, μειώνεται το ποσοστό της ικανοποίησης. Με βάση το επάγγελμα, οι πλέον ικανοποιημένοι είναι οι της κατηγορίας «οικιακά» και φυσικά οι συνταξιούχοι.

-Νοσηλευτικό προσωπικό:

Σε γενικές γραμμές, ισχύει ό,τι και για το ιατρικό προσωπικό με ακόμα πιο μεγάλη ικανοποίηση του κόσμου. Εξακολουθεί να ισχύει η θετική συσχέτιση της αύξησης της ηλικίας με την όλο και καλύτερη αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού, η αρνητική με το επίπεδο εκπαίδευσης και η μέτρια ικανοποίηση κάποιων ασφαλισμένων του ΟΑΕΕ. Εδώ, βέβαια, πέραν των συνταξιούχων και των απασχολούμενων με οικιακά, πάρα πολύ ικανοποιημένοι δηλώνουν και οι άνεργοι.

Στη συγκεκριμένη κατηγορία, προκύπτει ένα ποιοτικό στοιχείο από την έρευνα, το οποίο είναι η ιδιαίτερη σχέση των ασθενών με το νοσηλευτικό προσωπικό και κυρίως των ηλικιωμένων και οφείλεται στο μεγάλο αριθμό επισκέψεων στα ιατρεία ή και λόγω επαναλαμβανόμενης λήψης εξαιτίας της κατάστασης της υγείας τους.

-Διοικητικό προσωπικό:

Αποτελεί την πιο ιδιόμορφη κατηγορία προσωπικού. Αυτό, διότι ή απουσιάζει παντελώς σε ξεκάθαρη μορφή στα Δ.Ι. ή γιατί τα Δ.Ι. εντάσσονται σε κεντρικές υπηρεσίες των δήμων όπου και γίνεται η σχετική εργασία. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τις διοικητικές, γραμματειακές και υποστηρικτικές λειτουργίες των ιατρείων τις ασκεί το νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, ναι μεν εκφράζεται ικανοποίηση από τους ασθενείς σε όχι τόσο μεγάλο βαθμό όπως στις άλλες δύο κατηγορίες προσωπικού αλλά και μια παράλληλη απορία για την ύπαρξη και το έργο του.

Για τους λόγους αυτούς έχει αξιολογηθεί από αρκετούς ως «Μέτριο» και κυρίως από τους κάτω των 18, τους ανασφάλιστους και τους ασφαλισμένους του ΟΑΕΕ και τους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και τους ανασφάλιστους. Ταυτοχρόνως, ισχύει κι εδώ η όλο και λιγότερο καλή αξιολόγηση όσο ανεβαίνει η εκπαιδευτική βαθμίδα.

-Ενημέρωση της κατάστασης της υγείας:

Με την αντιστοιχία της αξιολόγησης και της εκπαίδευσης να συνεχίζεται, θα λέγαμε πως εμφανώς ικανοποιημένος είναι ο κόσμος και από την ενημέρωση που

λαμβάνει σχετικά με την κατάσταση της υγείας με ποσοστά σαφώς υψηλά αλλά λιγότερο σε σχέση με άλλες κατηγορίες και με τις ηλικίες μεταξύ 46-65 να δίνουν αξιολογούν την ενημέρωση ως «Πολύ κακή», προσδοκώντας μεγαλύτερη ακρίβεια και σαφήνεια. Δύσκολο βέβαια καθώς είναι πάρα πολλές οι φορές κατά τις οποίες απαιτείται η μετάβαση σε δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης ή η παραπομπή για περαιτέρω εξετάσεις. Σχετικά λιγότερο ικανοποιημένοι από ότι σε άλλες κατηγορίες εμφανίζονται οι ανασφάλιστοι οι οποίοι προσδοκούν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη σαφήνεια και λιγότερες παραπομπές.

-Προτίμηση ειδικότητας

Οι ασθενείς δείχνουν να επιθυμούν την προσφορά ήδη υπάρχουσών ιατρικών ειδικοτήτων όπως πχ καρδιολόγους κάτι που καταδεικνύει ένα τεράστιο έλλειμμα ενημέρωσης ή αναζητούν ειδικότητες με ακριβό εργαστηριακό εξοπλισμό (Μικροβιολόγοι-Οφθαλμίατροι).

Χωρίς αμφιβολία, σε τελική ανάλυση, σχεδόν όλοι θα σύστηναν σε κάποιο γνωστό τους τα Δ.Ι. ενώ ταυτόχρονα η ικανοποίησή τους είναι εμφανής και διαχέεται στο σύνολο των απαντήσεων που έχουν δώσει. Έτσι, αντικατοπτρίζουν τη στήριξη στο θεσμό των δημοτικών ιατρείων και την επιθυμία τους για συνέχιση και διεύρυνση του θεσμού τον οποίο αξιολογούν με θετικό πρόσημο.

B)Προσωπικό Δ.Ι.

Ξεκινώντας να σταχυολογήσουμε τις εκτιμήσεις και τις προβλέψεις του προσωπικού των Δ.Ι., θα διακρίνουμε τη σαφή υπεροχή του γυναικείου φύλου ενώ μόνο το 1/3 ανήκει σε ηλικιακές ομάδες κάτω των 30 ετών.

Η πλειοψηφία των εργαζομένων είναι ΤΕ και ακολουθούν οι ΠΕ, κάτι που εξηγεί και το υψηλό ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού ενώ αθροιστικά, οι 8 στους 10 έχουν προϋπηρεσία μικρότερη των 5 ετών και για 9 στους 10 ερωτώμενους απασχολούνται πρώτη φορά σε Δ.Ι.. Αυτό επιτείνεται από την πολλές φορές εθελοντική και άμισθη εργασία και από τις συμβάσεις έργου και ορισμένου χρόνου κάτι το οποίο λειτουργεί αφαιρετικά ως προς τη συνέχεια και τη σταθερότητα του ιατρονοσηλευτικού έργου. Με δεδομένο, λοιπόν ότι μόνο ο 1 στους 3 εργαζομένους έχει κάποια μόνιμη μορφή απασχόλησης (μόνιμο προσωπικό και συμβάσεις αορίστου χρόνου), διαπιστώνουμε την

αξία του εθελοντισμού για τα Δ.Ι. και την ιδιοτυπία του να εργάζεται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου ο 1 στους 3 εργαζομένους.

-Προοπτικές εξέλιξης-Ανάγκες σε προσωπικό:

Θεωρώντας, λοιπόν, οι περισσότεροι εθελοντές και οι εργαζόμενοι των συμβάσεων ορισμένου χρόνου και έργου τα Δ.Ι. ως εφελτήριο για περαιτέρω εξέλιξη τους στον χώρο της υγείας έχουν ισχυρή την πεποίθηση ότι υπάρχουν καλές προοπτικές στα Δ.Ι. Τα προσδιορίζουν δηλαδή ως ένα αξιόπιστο εργασιακό περιβάλλον με πολύ χώρο ακόμα για θέσεις εργασίας, ειδικότερα, δε όταν δηλώνουν πως υπάρχουν αυξημένες ανάγκες σε προσωπικό, πρωτίστως νοσηλευτικό και ακολούθως διοικητικό και ιατρικό.

-Τυποποίηση εργασιακών λειτουργιών-Χρήση Δεικτών απόδοσης-Κίνητρα αποδοτικότητας:

Στις ερωτήσεις σχετικά με την τυποποίηση των εργασιακών λειτουργιών, τη χρήση δεικτών απόδοσης και τη χρήση ή μη κινήτρων αποδοτικότητας δε μπορεί παρά να πάρουμε σαφείς απαντήσεις για το αν χρησιμοποιούνται, καθώς θα διαπερνούν -λογικά- το σύνολο του προσωπικού. Αντί αυτού, στο ίδιο Δ.Ι. άλλοι απαντούσαν πως υφίστανται τα ανωτέρω και άλλοι όχι. Επομένως ή δεν έχει γίνει σαφές και κατανοητό το περιεχόμενο τους ή έχει γίνει γνωστό σε ορισμένες ηλικιακές ομάδες προσωπικού και θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι υπάρχει απουσία συγκεκριμένου λειτουργικού και αξιολογητικού πλαισίου. Ως αντεπιχείρημα, από την άλλη, υφίσταται η άποψη ότι το αποτέλεσμα της υγείας δεν είναι μετρήσιμο. Ωστόσο, τουλάχιστον σε διοικητικό επίπεδο, θα μπορούσε να υπάρξει αξιολόγηση.

Σχετικά με την αξιολόγηση του προσωπικού για τομείς των Δ.Ι., διαπιστώνουμε τα κάτωθι:

-Οργάνωση:

Το προσωπικό εμφανίζεται ικανοποιημένο, εν πολλοίς, από την οργάνωση των ιατρείων, υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης ακόμα με βάση τις απόψεις του υπόλοιπου 34%. Μιλάμε κυρίως για ιατρικό και τεχνικό προσωπικό και απασχολούμενους της κατηγορίας ΠΕ.

-Συνεργασία εντός των Δ.Ι.:

Είναι ο τομέας στον οποίο εμφανίζεται ένα ποσοστό λίγο παραπάνω από 30% με τόσο κακή αξιολόγηση και κυρίως πρέπει να σταθούμε σε αυτό και όχι στο υπόλοιπο ποσοστό που αξιολογεί θετικά τη συνεργασία. Σε γενικές γραμμές, αθροιστικά, οι λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι μόνιμοι και όσοι έχουν συνάψει σύμβαση αορίστου χρόνου και εμφανίζεται αντιστοιχία με την αξιολόγηση της οργάνωσης των Δ.Ι.

-Υλικοτεχνική υποδομή:

Το προσωπικό στη συντριπτική πλειοψηφία του, θεωρεί ανεπαρκή την υλικοτεχνική υποδομή των ιατρείων. Η κατηγορία ΠΕ (κυρίως γιατροί) είναι οι μόνοι που δεν έχουν απαντήσει θετικά, ενώ ακολουθούν οι νοσηλευτές με μικρή ή καθόλου ικανοποίηση.

-Χρηματοδότηση:

Αυτό είναι ένα κομβικής σημασίας θέμα και μόνο ο 1 στους 4 δηλώνει ικανοποιημένος από τα χρήματα και τους πόρους που χρησιμοποιούνται για τα Δ.Ι. και μάλιστα όσο ανεβαίνει η επαγγελματική βαθμίδα τόσοσ αυξάνει η δυσαρέσκεια.

Αλλάζοντας τομέα, η εμπειρία των στελεχών δείχνει ότι ο λόγος επισκέψεως των ασθενών στα Δ.Ι. είναι η κυρίως η διάγνωση και η θεραπεία και ότι τα Δ.Ι. παρά το ότι αποτελούν μία δομή βασισμένη στην πρόληψη υγείας, ακόμα δεν έχουν λάβει το μερίδιο επισκέψεων που θα μπορούσαν ως τέτοιες.

Στο ζήτημα σχετικά με την επιθυμία πλήρους ένταξης των δημοτικών ιατρείων υπό τη σκέπη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.) και τον πλήρη έλεγχο τους από αυτό, οι απόψεις του προσωπικού δίστανται με μόνο το προσωπικό επιστημών υγείας και το τεχνικό προσωπικό επιθυμεί στην ολότητα του με 100% την πλήρη υπαγωγή στο Υ.Υ.Κ.Α.

Καταληκτικά, το προσωπικό των Δ.Ι., όπως και οι ασθενείς σε παραπλήσια ερώτηση θεωρεί στην πλειοψηφία του ότι τα ιατρεία έχουν λόγο ύπαρξης με τη σημερινή τους μορφή. Το παράδοξο είναι πως θα περιμέναμε από το προσωπικό να έχει απαντήσει θετικά στην ολότητά του ή έστω σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι ασθενείς αλλά

συμβαίνει το ανάποδο. Δείγμα των αλλαγών που επιθυμούν οι εργαζόμενοι στα ιατρεία για την πιο ορθή λειτουργία τους.

8.2 Προβλήματα-Προτάσεις

Στην παρούσα ενότητα, με βάση τις απαντήσεις και την εμπειρική προσέγγιση μας στο θεσμό των Δ.Ι. αλλά και στα δύο πολυιατρεία τα οποία επισκεφθήκαμε θα παραθέσουμε συνοπτικά τα προβλήματα των Δ.Ι. όπως αυτά τέθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας.

Θα ξεκινήσουμε λοιπόν, με τα προβλήματα τα οποία αποτύπωσε το προσωπικό των Δ.Ι. απαντώντας ελεύθερα σε ξεχωριστή ενότητα στο ερωτηματολόγιο μας:

- Η έλλειψη οργάνωσης συνταγογράφησης. Είτε αυτή αφορά τη δυνατότητα συνταγογράφησης προς ορισμένα ταμεία είτε την πρόσβαση στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση.
- Η λειτουργία των Δ.Ι. ως ψηφιοηρικά κέντρα και η έλλειψη σοβαρής υποστήριξης από την πολιτεία.
- Η αδυναμία των αρχών να επικεντρωθούν στη συνέχεια και την ολοκλήρωση του θεσμού.
- Η δυσκολία επαρκούς υλικοτεχνικής υποδομής και ανανέωσης της υπάρχουσας, καθώς δεν υπάρχουν τα μηχανήματα και οι χώροι εκείνοι που απαιτούνται για να διεξαχθεί πλήρως και συνολικά η πρωτοβάθμια ιατρονοσηλευτική φροντίδα, παρά τις σοβαρές προσπάθειες που γίνονται κατά καιρούς-τουλάχιστον από τους δήμους όπου διεξήχθη η έρευνα.
- Η ελλιπής χρηματοδότηση για τα Δ.Ι. από τους δήμους και η μη παροχή επαρκών πιστώσεων για την εύρυθμη λειτουργία των ιατρείων και την περαιτέρω ανάπτυξη των εργασιών τους.
- Η απουσία μονιμότητας προσωπικού.
- Η απουσία εκπαίδευσης του προσωπικού τόσο για το κύριο έργο τους όσο και στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για τους δημότες.
- Η απουσία μηχανογράφησης.
- Η απουσία γραμματειακής υποστήριξης.

- Η άγνοια των πολιτών για το θεσμό των Δ.Ι. .
- Η έλλειψη προσωπικού. Το μεγαλύτερο και σοβαρότερο πρόβλημα όλων. Η χαμηλή δυνατότητα χρηματοδότησης, η έλλειψη νομικού πλαισίου για τις προσλήψεις και η διαρκής αλλαγή του ανθρώπινου δυναμικού λόγω συμβάσεων έργου, των συμβάσεων ορισμένου χρόνου και του εθελοντισμού στο οποίο βασίζονται πολλά Δ.Ι., συνιστούν ένα ιδιόμορφο μωσαϊκό ασυνέχειας και ανισοροπίας.

Αν θελήσουμε να διαμορφώσουμε προτάσεις, φυσικά, θα οδηγηθούμε, πρωτίστως, από απαντήσεις στα προβλήματα και τις απόψεις του προσωπικού των Δ.Ι. και είναι:

- Η παροχή επιπλέον πιστώσεων προς τους δήμους.
- Η πρόσληψη ή μετακίνηση επιπλέον προσωπικού κυρίως ιατρικού και νοσηλευτικού αλλά και διοικητικού για καλύτερη οργανωτική, διοικητική, γραμματειακή υποστήριξη.
- Ενίσχυση διοικητικών θέσεων για πιο εύρυθμη λειτουργία των Δ.Ι. και προσήλωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στο κύριο έργο του.
- Η θέσπιση ενιαίου θεσμικού πλαισίου το οποίο θα επιτρέπει τη μονιμότητα του υπάρχοντος προσωπικού για την απρόσκοπτη συνέχιση ενός ολοκληρωμένου έργου από ομάδες που θα διαθέτουν εμπειρία και ειδικευση.
- Δημιουργία κριτηρίων συνεχούς αξιολόγησης των ανθρώπων και των δομών των Δ.Ι. και προβλέψεις για θέσπιση κινήτρων, δεικτών αποδοτικότητας και τυποποίηση λειτουργιών κάτω από ένα πλέγμα ποιοτικής παροχής ΠΦΥ.
- Συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού.
- Η ενημέρωση των κατοίκων για το θεσμό των δημοτικών ιατρείων για τη διεύρυνση, τη στήριξη του, την ορθή λειτουργία του αλλά και την προβολή της ΠΦΥ που θα απαλλάξει τις νοσοκομειακές δομές από ένα μεγάλο όγκο εργασιών.
- Η ενημέρωση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για το θεσμό και τη στήριξη του.
- Η συνεργασία με κοινωνικούς φορείς για την παροχή κάλυψης του έργου και την προαγωγή της Υγείας μέσα από προγράμματα πρόληψης αλλά και στήριξη, ενδυνάμωση και διεύρυνση του θεσμού.

- Η αγορά επιπλέον ιατρικών οργάνων για πιο εύρυθμη λειτουργία και εκσυγχρονισμό των Δ.Ι. με προτεραιότητα σε δομές μικροβιολογίας και αιματολογίας, κατά απαίτηση ασθενών, χωρίς να παραγνωρίζεται το γεγονός πως αποτελούν ιδιαίτερα κοστοβόρες πρωτοβουλίες.
- Η μετατροπή των Δ.Ι. σε Δημοτικά Κέντρα Πρόληψης. Στόχος αυτού του νέου θεσμού θα είναι να δώσει τη δυνατότητα σε κάθε Δήμο να επεξεργαστεί τοπικές πολιτικές υγείας (Σωματείο των εργαζομένων στα κέντρα πρόληψης, 2011). Οι προτεραιότητες του θα είναι η συμβουλευτική, η πρόληψη, η αγωγή υγείας, ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η αντιμετώπιση του πολύ μικρού κινδύνου που συμβαίνει έκτακτα με προσανατολισμό μέσα στο σύστημα υγείας. Η στελέχωση θα γίνει από γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό και άλλες ειδικότητες όπως ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Διοικητικά και λειτουργικά θα ανήκουν στο δήμο και θα συνδέονται με δομές του ΕΣΥ, όπως κέντρα υγείας και νοσοκομεία. (Δήμος Αγίας Παρασκευής, 2010)

8.3 Σύγκριση απόψεων δείγματος ασθενών και δείγματος προσωπικού.

Αναφορικά με τις δύο κατηγορίες οι οποίες απάντησαν στις ερωτήσεις της έρευνας μας, η προσπάθεια να αποκτήσουμε μια συνολική συγκριτική εικόνα για τις προτιμήσεις τους, περιορίζεται από δύο βασικούς παράγοντες.

Το μικρό μέγεθος δείγματος του προσωπικού λειτουργεί σαφώς ανασταλτικά στη διατύπωση απολύτων θέσεων και στην εξαγωγή συμπερασμάτων όπως έχει ήδη προαναφερθεί και κατά τη διαδικασία της παρουσίασης της μεθοδολογίας μας, αλλά, από την άλλη, δε μπορούμε να αρνηθούμε ότι καταδεικνύει την τάση των απόψεων των εργαζομένων στα Δ.Ι.

Επίσης, το διαφορετικό περιεχόμενο στις ερωτήσεις προσωπικού και ασθενών, λόγω διαφορετικών ζητούμενων, δε μας επιτρέπει τη δέουσα σύγκριση τους.

Παρ' όλα αυτά, συνεκτιμώντας και ποιοτικά χαρακτηριστικά της έρευνας από τη διάδραση με τους ερωτώμενους, θα επιχειρήσουμε να συγκρίνουμε τις απαντήσεις των δύο δειγμάτων για ίδιους ή παραπλήσιους τομείς.

Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέραμε ξανά στην υποενότητα 8.1, δεν είναι δύσκολο να συμπεράνουμε ότι το προσωπικό είναι λιγότερο σίγουρο για την ύπαρξη των Δ.Ι. -τουλάχιστον με τη σημερινή τους μορφή. Είναι χαρακτηριστικό πως ενώ το 98%

ασθενών επιθυμεί την ύπαρξη των Δ.Ι. και το ποσοστό αυτό γίνεται 70,83% στις απαντήσεις του προσωπικού. Βέβαια, πρέπει να επισημάνουμε ότι το μεγαλύτερο τους πρόβλημα είναι ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας και όχι ο ίδιος ο θεσμός.

Τις ημέρες της έρευνας, παρατηρήθηκε ότι οι πιο πολλοί ασθενείς επισκέπτονται τα ιατρεία για λόγους διάγνωσης και θεραπείας σε αντίθεση με τη δήλωση του προσωπικού ότι ένα μεγάλο ποσοστό (29,17%) προσέρχεται για λόγους πρόληψης. Οι πιο πολλοί από τους χρήστες των υπηρεσιών των ιατρείων έδιναν την εντύπωση πως αγνοούν την έννοια της πρόληψης ή και συνολικά της δέσμης των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως αναπόσπαστο κομμάτι ενός εύρυθμου και αναπτυγμένου σύγχρονου Συστήματος Υγείας. Προσέρχονταν στα ιατρεία, λίγο ως πολύ, ως εναλλακτική στα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών τους οργανισμών τα οποία είτε έχουν ανεπαρκείς ή καθόλου δομές (Ο.Α.Ε.Ε. - Ο.Γ.Α.) είτε υπάρχει σε αυτά συνωστισμός.

Σχετικά με το θέμα της συνταγογράφησης για το οποίο προσέρχονται κυρίως οι ασφαλισμένοι του Ο.Γ.Α. ενώ εμφανίζονται ικανοποιημένοι από την υπάρχουσα διαδικασία, το προσωπικό την αξιολογεί με τέτοιο τρόπο που δε φαίνεται τόσο υψηλή η ικανοποίηση του και ζητά αφ' ενός την επέκταση της δυνατότητας συνταγογράφησης και σε άλλα ταμεία και αφ' ετέρου την πλήρη οργάνωση της διαδικασίας χορήγησης συνταγών και την εξ ολοκλήρου υιοθέτηση και εφαρμογή του μοντέλου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Πρέπει να αναφερθούμε και στο γεγονός πως ενώ το ανθρώπινο δυναμικό αξιολογεί ως «Μέτρια» ή «Κακή» την οργάνωση στα ιατρεία κατά το ένα τρίτο του (25% και 8,33%), εν τούτοις αξιολογεί κυρίως ως «Πολύ καλή» και «Καλή» τη συνεργασία στην επαγγελματική του καθημερινότητα.

Αυτό, σε ένα μεγάλο ποσοστό, αντικατοπτρίζεται και στις εξαιρετικές αξιολογήσεις των χρηστών των Δ.Ι. σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό -πρωτίστως- και το ιατρικό προσωπικό αλλά και την καλή μεν, αλλά όχι εξαιρετική, αξιολόγηση του διοικητικού προσωπικού.

Υπάρχει δηλαδή μια ταύτιση στο όποιο έλλειμμα οργάνωσης των ιατρείων το οποίο αναφέρει το στελεχιακό δυναμικό με την λιγότερο καλή αξιολόγηση του διοικητικού προσωπικού (όπου αυτό υπάρχει ή είναι αναγνωρίσιμο από τους ασθενείς-χρήστες) συγκριτικά με το ιατρονοσηλευτικό δυναμικό στο οποίο προβάλλεται και η θετική αξιολόγηση συνεργασίας και αναγνωρίζεται το παραγόμενο έργο.

Με έναν στους πέντε ασθενείς να μαθαίνει τυχαία για την ύπαρξη του θεσμού των ιατρείων, θα περίμενε κανείς να αναφέρεται αυτό το έλλειμμα ενημέρωσης των δημοτών από ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 4,17% του προσωπικού και να γίνεται λόγος για προσπάθεια περαιτέρω επικοινωνίας με την τοπική κοινωνία και ενημέρωσης των κατοίκων γύρω από το θεσμό.

Αντιθέτως, οι προτάσεις του στελεχιακού δυναμικού στρέφονται σε θέματα βελτίωσης των όρων της υφιστάμενης εργασίας τους είτε αυτή αφορά αύξηση προσωπικού είτε αγορά νέων, σύγχρονων ιατρικών οργάνων.

Αυτό, πάντως, που διαφαίνεται σε όλο το φάσμα των απαντήσεων, είναι η σαφής τάση των ασθενών-χρηστών να απαντούν όσο το δυνατόν θετικότερα στις περισσότερες των ερωτήσεων και το προσωπικό να εμφανίζεται πιο μετριοπαθές, αναγνωρίζοντας εκ των έσω τις όποιες αδυναμίες των ιατρείων.

Κλείνοντας την παρούσα ενότητα, εκφράζουμε την άποψη πως όσο και να χαρακτηριστεί ως υπερβολικό το ποσοστό στήριξης των ασθενών προς το θεσμό και μικρό το δείγμα του στελεχιακού δυναμικού το οποίο συμμετείχε στην παρούσα έρευνα, θεωρούμε πως δε μπορεί κανείς να αρνηθεί τη συνολική θετική στάση και των δύο ομάδων στη συγκεκριμένη δομή παροχής υπηρεσιών υγείας και τη στήριξή τους.

8.4 Ανασκόπηση παλαιότερων ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών και του προσωπικού των Δ.Ι.

Στη σχετική επισκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκαν 2 έρευνες σχετικές με το αντικείμενο μας.

Σχετικά με την καταγραφή και σκιαγράφηση του προσωπικού, είναι η μελέτη με τίτλο «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία» από το Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης και τον Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Στο έβδομο κεφάλαιο αυτής, παρουσιάζονται και τα αποτελέσματα πρωτογενούς έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης με σκοπό την καταγραφή των υπηρεσιών δημόσιας υγείας που παρέχονται, το υπάρχον προσωπικό και τις ανάγκες τους.

Αναφορικά με την ικανοποίηση ασθενών Δ.Ι., υπάρχει η έρευνα των φοιτητών Δεστούνη Άγγελου και Ευαγγελίας Μπουζούκα, με τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Υγείας και ποιότητα: Ικανοποίηση ασθενών στο Δημοτικό Ιατρείο Παπάγου», στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διεθνής Διοικητική των Επιχειρήσεων», του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Τ.Ε.Ι. Πειραιά, τον Μάρτιο του 2011 υπό την επίβλεψη του καθηγητή κου Θεόδωρου Παπαηλία.

Ας δούμε, λοιπόν τα ευρήματα τους σε αντιπαραβολή, όπου κρίνεται απαραίτητο, με αυτά της παρούσας έρευνας.

-«Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία»

Τα ερωτηματολόγια αντιπροσωπεύουν όλες τις περιφέρειες της χώρας και συνολικό πληθυσμό 2.323.490 ατόμων. Αναλυτικά οι δήμοι παρατίθενται στο παράρτημα Ε. Ο αριθμός των εργαζομένων στους οργανισμούς που συμμετείχαν στην έρευνα ανέρχεται σε 6.731 άτομα.

Ο συνολικός αριθμός των εργαζομένων στις διευθύνσεις και τις υπηρεσίες των ΟΤΑ πρώτου βαθμού που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία αποτελεί πολύ μικρό ποσοστό του συνολικό προσωπικού, το οποίο απασχολείται στη δημοτική αυτοδιοίκηση. Η σύνθεση του προσωπικού των διευθύνσεων και υπηρεσιών που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία με κριτήριο το επίπεδο εκπαίδευσης έχει ως εξής:

- 16% ΥΕ
- 27% ΔΕ
- 25% ΤΕ
- 32% ΠΕ

Ενώ η σύνθεση στην παρούσα εργασία:

- 8,33% ΥΕ
- 4,17% ΔΕ
- 58,33% ΤΕ
- 29,17% ΠΕ

Οι αποκλίσεις δικαιολογούνται λόγω του γεγονότος πως εμείς επιχειρήσαμε την έρευνα μόνο σε δομές Δ.Ι. και όχι στο σύνολο υπηρεσιών υγείας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Με βάση το Ι.Τ.Α., η ανάπτυξη και λειτουργία ειδικών ιατρείων, πολυιατρείων και κέντρων αγωγής υγείας στους δήμους αναφοράς αν και περιορισμένη φαίνεται να είναι ιδιαίτερα οργανωμένη και στη σύνθεση του προσωπικού υπερτερούν οι

επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα οι γιατροί, ενώ σε εμάς συμμετείχε κατά πλειοψηφία το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο απασχολείται κάθε μέρα στα Δ.Ι. Αντιθέτως, το ιατρικό προσωπικό απασχολείται εκ περιτροπής ή εθελοντικά κάποιες και όχι όλες τις μέρες της εβδομάδας.

Από τις δράσεις που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο του τομέα της Δημόσιας Υγείας οι διοικητικές πράξεις και υπηρεσίες φαίνεται να αξιολογούνται ως πολύ καλές ή καλές αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας τους από τους περισσότερους δήμους αναφοράς ενώ στην παρούσα έρευνα διαπιστώνονται ελλείψεις και πολλά περιθώρια βελτίωσης στις διοικητικές πράξεις και λειτουργίες.

Η λειτουργία εντός των ιατρείων, με βάση τη μελέτη του Ι.Τ.Α. χαρακτηρίζεται ως καλή όπως και η οργάνωση και η συνεργασία στη δική μας έρευνα.

Αυτό που επιβεβαιώνουν και οι δύο έρευνες με βάση τις απαντήσεις του προσωπικού και τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν κατά τη διενέργεια της πρωτογενούς έρευνας είναι:

- ✓ Οι περιορισμένοι διαθέσιμοι πόροι και η ελλιπής χρηματοδότηση για την υλοποίηση των δράσεων υγείας.
- ✓ Η αδιαφορία από το κεντρικό επίπεδο (Υπουργείο) για την ικανοποίηση των αναγκών και των αιτημάτων των οργανισμών δημοτικής αυτοδιοίκησης.
- ✓ Τα διοικητικά, οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα τα οποία έχουν σωρευτεί με το πέρασμα των χρόνων και δυσχεραίνουν το έργο της δημοτικής αυτοδιοίκησης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.
- ✓ Το συμπέρασμα της έλλειψης αποτελεσματικής διασύνδεσης των δημοτικών υπηρεσιών υγείας με το Ε.Σ.Υ., με συνέπεια τη δημιουργία ασυνεχειών στην υλοποίηση των δράσεων Δημόσιας Υγείας και την περαιτέρω ανάπτυξη του συστήματος Δημόσιας Υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ✓ Η ελλιπής στελέχωση των αρμόδιων υπηρεσιών και ειδικότερα έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού σε θέματα Δημόσιας Υγείας, με τα ευρήματα αυτά να επιβεβαιώνονται και από σχετική έρευνα του ΥΥΚΑ σύμφωνα με την οποία διαπιστώνεται ότι από τις 140 προβλεπόμενες θέσεις Ιατρών Δημόσιας Υγείας είναι καλυμμένες συνολικά μόλις οι 33 (23,6%) και από τις 168 προβλεπόμενες θέσεις γιατρών άλλων ειδικοτήτων και οδοντιάτρων, μόνο οι 40 (23,8%). Σε όλα τα

διαμερίσματα, με εξαίρεση την Αττική και τη Μακεδονία, υπηρετούν 1 έως 3 γιατροί Δημόσιας Υγείας και 0 ως 3 ακόμη άλλοι γιατροί ή οδοντίατροι.

-«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: Ικανοποίηση ασθενών στο Δημοτικό Ιατρείο Παπάγου»

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας συμπλήρωσαν 80 επισκέπτες ασθενείς, κατά 52% γυναίκες, 46% άνδρες και το 2% δε διευκρίνισε φύλο. Σχεδόν ίσο ποσοστό από κάθε φύλο όπως και στη δική μας με τους άνδρες όμως στο 56% και τις γυναίκες στο 44%

Οι συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι/ΑΕΙ (45%), ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου/ Λυκείου (30%) ενώ το 24% είναι απόφοιτοι Δημοτικού με τα ποσοστά στην παρούσα έρευνα στο 34% 31,5% 34,5% αντιστοίχως.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που κατευθύνονται στο Δ.Ι. είναι ασφαλισμένοι στον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ), και ακολουθούν οι ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α. σε αντίθεση με τα ευρήματά μας που καταδεικνύουν ως πρώτο μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων των ασθενών εκείνο του Ι.Κ.Α., δεύτερο το γκρουπ διαφόρων μικρών ταμείων και κυρίως του Ο.Γ.Α. και τρίτο τον Ο.Α.Ε.Ε. μαζί με τον Ο.Π.Α.Δ.

Ταυτόσημο και στις δύο έρευνες είναι το γεγονός πως όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών σε διάφορους τομείς – εξαίρεση αποτελεί η ηλικιακή ομάδα 31-45 ετών.

Στην έρευνα των Δεστούνη-Μπουζούκα, παρατηρείται πως οι ασθενείς με επίπεδο εκπαίδευσης Γυμνάσιο/ Λύκειο παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης κάτι το οποίο δε συνάδει με τα ευρήματά μας σύμφωνα με τα οποία οι πιο ικανοποιημένοι ασθενείς είναι εκείνοι με επίπεδο εκπαίδευσης το Δημοτικό.

Σχετικά με το διοικητικό προσωπικό και την εν γένει λειτουργία του, σχεδόν με ομοφωνία η πλειοψηφία των ασθενών εκφράζει την υψηλή ικανοποίηση ενώ στα δικά μας ευρήματα χωρίς να υιοθετούν δυσαρέσκεια, το αξιολογούν ως λιγότερα καλό σε σχέση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Υπάρχουν βέβαια, αρκετοί κοινοί τόποι και των δύο ερευνών.

Ο πρώτος είναι πως όσο υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφανίζουν οι ασθενείς τόσο πιο συγκρατημένοι εμφανίζονται και είναι φειδωλοί στη θετική αξιολόγηση σε όλους τους τομείς.

Επίσης, υψηλή εμφανίζεται η ικανοποίηση από την επικοινωνία του θεράποντος ιατρού με τους ασθενείς καθώς και την ενημέρωσή τους για τη κατάσταση της υγείας τους, παρατηρείται ένα ελάχιστο ποσοστό δυσαρεστημένων με μ.ο. 12% και συνάδει με τη θετική αξιολόγηση στη δική μας έρευνα. Γίνεται αντιληπτό, ότι το ιατρικό προσωπικό λειτουργεί με υψηλό επαγγελματισμό, διαθέτοντας χρόνο για την καλή επικοινωνία και ενημέρωση του ασθενή προσπαθώντας να επιτύχει όσο το δυνατόν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Όμως και η καθαριότητα των χώρων του λαμβάνει τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης όπως και στη δική μας, γεγονός πολύ σημαντικό για ένα κατάστημα περίθαλψης και πρόληψης ασθενειών και νοσημάτων.

Επίσης, σχετικά με κάποια επιπλέον ειδικότητα ιατρού που θα ήθελαν να υπάρχει στα Δ.Ι. και δεν υφίστατο κατά την ημέρα της έρευνας, τα ποσοστά κατανέμονται σε ειδικότητες οι οποίες ως επί το πλείστον είναι διαθέσιμες αλλά προφανώς δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση από κάποιο ενημερωτικό φυλλάδιο ή πίνακα ανακοινώσεων προσβάσιμο στον επισκέπτη ή ο επισκέπτης δεν έχει αντιληφθεί και άρα υπάρχει έλλειμμα ενημέρωσης. Βέβαια, στη δική μας έρευνα το ποσοστό το οποίο είναι ικανοποιημένο με τις υφιστάμενες ειδικότητες εκτινάσσεται στο 67,5% σε αντίθεση με το 24% των Δεστούνη-Μπουζούκα.

Συνοψίζοντας, η έρευνα στο Δ.Ι. καταλήγει στα εξής συμπεράσματα στα οποία αναφερθήκαμε κι εμείς με εξαίρεση εκείνο της κτιριακής υποδομής:

1. Ακαταλληλότητα της κτιριακής υποδομής και ειδικότερα του χώρου αναμονής, που ενώ τηρούνται οι όροι υγιεινής και καθαριότητας, κρίνεται ως περιορισμένης χωρητικότητας και προτείνεται η μεταστέγαση του σε χώρο με προβλεπόμενη στάθμευση οχημάτων και ευκολότερη πρόσβαση για τους κατοίκους το Δήμου.

2. Έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού εξοπλισμού που αντιμετωπίζεται με την εξεύρεση οικονομικών πόρων χρηματοδότησης κατόπιν απόφασης του Δημοτικού Συμβουλίου σχετικά με τον προϋπολογισμό ή την εξεύρεση χορηγών-δωρεών.

3. Προσπάθεια για πληρέστερη πληροφόρηση των πολιτών για τις υπηρεσίες που παρέχονται από το Δ.Ι. και ειδικότερα τη διαθεσιμότητα των ειδικοτήτων που μπορεί να επισκεφτεί κατόπιν προκαθορισμένου ραντεβού.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

Μέσα από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας αλλά και την καθημερινή μας εμπειρία, δεν αργούμε να διαπιστώσουμε μια συνεχή διαδικασία θεσμικών, δομικών και οργανωτικών αλλαγών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Εν τούτοις, δε θεωρείται καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό, εμφανίζοντας τεράστια προβλήματα υποχρηματοδότησης, πληθωρισμό ιατρών, ελλείψεις νοσηλευτικού και μη ιατρικού προσωπικού, παθογένειες στην οργανωτική και διοικητική λειτουργία του και συνυπάρχει με ένα χαοτικό και ασαφές νομοθετικό και θεσμικό πλαίσιο.

Κοινός παρονομαστής, όμως, ερευνών, συζητήσεων και προτάσεων, αποτελεί η διαπίστωση πως η μεγαλύτερη αδυναμία εξακολουθεί να παραμένει η έλλειψη ενός σοβαρά οργανωμένου συστήματος Π.Φ.Υ.. Του επιπέδου εκείνου, δηλαδή, το οποίο αποδεδειγμένα, αποτελεί προτεραιότητα και τη ραχοκοκαλιά των συστημάτων υγείας διεθνώς, ανεξάρτητα από τις επιμέρους οργανωτικές, λειτουργικές και χρηματοδοτικές ιδιαιτερότητες τους. Συνδέεται, δε, με τη φιλοσοφία και τη λογική της πρόληψης, απέναντι σε καταστάσεις που απειλούν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Αν προσμετρήσουμε στα παραπάνω πως –ανά την υφήλιο– οι παράγοντες που συντελούν σημαντικά στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας ως κοινωνικό αγαθό είναι δημογραφικοί, κοινωνικοοικονομικοί, επιδημιολογικοί και παράγοντες δομής του υγειονομικού συστήματος (Borras, 1994) και πως η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σήμερα βασίζεται σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και στην ύπαρξη ασφάλισης, αντιλαμβανόμαστε καλύτερα τον καθοριστικό ρόλο της Π.Φ.Υ..

Ειδικότερα σε ένα άκρατα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον, σε συνθήκες κρίσης και οικονομικής δυσπραγίας, με θεμελιώδη ερωτήματα να τίθενται σχετικά με το ζήτημα της σταδιακής αντικατάστασης από το κράτος του στόχου της δωρεάν και καθολικής παροχής υπηρεσιών από έναν νέο στόχο που αφορά στην ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από τη νομική μορφή του προμηθευτή.

Είναι γεγονός, λοιπόν, ότι τόσο το παρόν Σύστημα Υγείας στη χώρα μας όσο και οι πολίτες έχουν παράσχει μεγάλη εμπιστοσύνη στο νοσοκομειακό τομέα. Από την προσέγγιση που επιχειρήσαμε στην παρούσα εργασία, μία εναλλακτική μορφή πρωτοβάθμιας περίθαλψης από την τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να παρέχει μια

περισσότερο ευαίσθητη και δυναμική πρωτοβάθμια περίθαλψη, κοντά στον τόπο κατοικίας του πολίτη.

Οι Ο.Τ.Α. έχουν τη δυνατότητα να εντοπίζουν και να αξιολογούν πολύ καλύτερα τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, δημιουργώντας ορθολογικά σχεδιασμένες υπηρεσίες υγείας τόσο σε επίπεδο πρόληψη όπως και σε τομείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Στο πνεύμα αυτό και σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, τα οποία αντικατοπτρίζουν την πολύ μεγάλη ικανοποίηση και χρησιμότητα των Δημοτικών Ιατρείων, η αξιοποίηση των τοπικών αρχών στη χάραξη και υλοποίηση της πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία στη χώρα μας, πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα και να ενισχυθεί.

Οφείλουμε να αναφέρουμε, πως από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, πέρα από ελλείψεις προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής, καταγράφηκε έντονα το πρόβλημα της μη στοχευμένης και ενίοτε ελλιπούς χρηματοδότησης των Δ.Ι., σε συνδυασμό με το δαιδαλώδες νομοθετικό πλαίσιο που διέπει το χώρο της Δημόσιας Υγείας. Οι αναρίθμητες ή ακόμα και ανεφάρμοστες διατάξεις καθιστούν το έργο των Δημοτικών Ιατρείων ακόμα δυσκολότερο.

Για τους λόγους αυτούς, θεωρούμε απαραίτητο έναν ανασχεδιασμό των δράσεων που υλοποιούνται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση η οποία μπορεί να αναλάβει πρωταρχικό ρόλο, ιδρύοντας, αναπτύσσοντας και λειτουργώντας δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, συμβουλευτικής και καθοδήγησης του ασθενούς στο λαβύρινθο των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, με κεντρικούς πυρήνες τα ιατρεία των Δήμων και τις υγειονομικές υπηρεσίες τους.

Ένα καλά αναδιοργανωμένο φάσμα παροχής συγκεκριμένων και τυποποιημένων υπηρεσιών υγείας, με την παράλληλη ενεργοποίηση και χρησιμοποίηση όλου του πλέγματος των δομών της ΠΦΥ, θα μπορούσε να εξοικονομήσει χρόνο και πόρους.

Λειτουργώντας σε ένα περιβάλλον κρίσιμης οικονομικής συγκυρίας με μια υφιστάμενη δημοσιονομική στενότητα δαπανών άνευ προηγουμένου, δεν προβλέπεται ότι θα αρθούν τα χρηματοδοτικά προβλήματα του χώρου της υγείας και της υγειονομικής φροντίδας. Αντιθέτως, θα παραμείνουν σε δυσχερή κατάσταση και ακόμα και η ύπαρξη του συστήματος υγείας τίθεται σε αμφιβολία.

Ως εκ τούτου, η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχομένως αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς τις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και εν προκειμένω σε δομές Τ.Α. όπως τα Δημοτικά Ιατρεία, θα πρέπει

να αποτελέσει βασικό στόχο της διαμόρφωσης και χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας.

Στον 21ο αιώνα, υπάρχει η αδήριτη ανάγκη ενός δικτύου κοινωνικής φροντίδας και διασύνδεσης των επιπέδων παροχής υγείας, που να ανταποκρίνεται στις επιθυμίες και ανάγκες των πολιτών περισσότερο από το ήδη υπάρχον σύστημα.

Τα Δημοτικά Ιατρεία αποτελούν ένα καθοριστικής σημασίας βήμα για κάθε Δήμο, ο οποίος κάτω από τη φιλοσοφία του Π.Ο.Υ. «Υγεία για Όλους» φροντίζει να συμβάλλει με την παροχή Π.Φ.Υ στον τόπο εργασίας και κατοικίας των πολιτών ασφαλισμένων ή μη, προσδίδοντας ενεργό ρόλο στις τοπικές κοινότητες ώστε τελικά να γίνει συνείδηση και ο κεντρικός της ρόλος στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας και να αναγνωρισθεί η αξία της από τους πολίτες.

Ενισχύοντας την ανωτέρω άποψη, ας μας επιτραπεί να κλείσουμε, παραθέτοντας ένα απόσπασμα από τα «Πολιτικά» του Αριστοτέλη, στο οποίο, αφού περιγράφει τις δομές οι οποίες στοιχειοθετούν μια πολιτεία, δηλώνει πως *"..είναι προφανές ότι η πόλη δεν είναι μια απλή εδαφική ενότητα η οποία αποβλέπει στην παρεμπόδιση των αδικιών κατά τις συναλλαγές. Αυτά είναι, βέβαια, απαραίτητα για να υπάρξει η πόλη. Αλλά κι αν δεχτούμε ότι συντρέχουν δεν θα έχουμε ακόμη οικοδομήσει μια πόλη: πόλη αποτελεί η κοινωνία του "εὐ ζήν", για τις οικογένειες και τις ευρύτερες ομάδες, η οποία στοχεύει σε μία τέλεια και αυτάρκη ζωή"*.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Αλλαγές στην τοπική αυτοδιοίκηση με το σχέδιο «Καλλικράτης»

	Παλαιό καθεστώς	Καθεστώς Καλλικράτη
Δήμοι	<p>Πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ. Συνολικά 910 δήμοι και 124 κοινότητες. Οι περισσότεροι είχαν προκύψει από συνενώσεις το 1997 με τον «Καποδίστρια».</p> <p>Διαιρούνταν σε δημοτικά διαμερίσματα.</p>	<p>Πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ. Περιορισμός σε 325 δήμους μέσω εθελοντικών ή αναγκαστικών συνενώσεων. Ανάλυση μέρους των αρμοδιοτήτων των νομαρχιών.</p> <p>Διαιρούνται σε δημοτικές ενότητες, οι οποίες ταυτίζονται ουσιαστικά με τους δήμους που συνενώθηκαν. Αυτές με τη σειρά τους διαιρούνται σε κοινότητες, οι οποίες ταυτίζονται με τα παλαιά δημοτικά διαμερίσματα.</p>
Νομαρχίες	<p>Δευτεροβάθμιοι ΟΤΑ. Συνολικά 57 νομαρχίες και 19 επαρχεία. Ακολουθούσαν το χωρισμό της χώρας σε νομούς, εκτός απ' την Αττική.</p>	<p>Περιφερειακές ενότητες. Συνολικά 74. Μολονότι διοικητικά δεν αποτελούν αυτοδιοικούμενο θεσμό, ορίζεται ότι σε καθεμία από αυτές (ή ομάδα τους σε ορισμένες περιπτώσεις) θα αντιστοιχεί ένας άμεσα εκλεγμένος</p>

		αντιπεριφερειάρχης, ο οποίος θα προέρχεται υποχρεωτικά από το συνδυασμό του περιφερειάρχη, θα έχει δηλωθεί ως τέτοιος στο ψηφοδέλτιο και θα έχει αυξημένες κατά τόπον αρμοδιότητες.
Περιφέρειες	Συνολικά 13. Υπεύθυνες για το συντονισμό των ΟΤΑ, τον έλεγχο νομιμότητας των πράξεών τους και την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής σε περιφερειακό επίπεδο. Ο περιφερειάρχης διοριζόταν απ' την κυβέρνηση.	Παρέμειναν στα ίδια γεωγραφικά όρια, αλλά πλέον αποτελούν δευτεροβάθμιους ΟΤΑ με αιρετό περιφερειάρχη και συμβούλιο. Ανάλυση μέρους των αρμοδιοτήτων των νομαρχιών.
Αποκεντρωμένες Διοικήσεις	Δεν υπήρχαν	Συνολικά 7. Ο επικεφαλής τους (γενικός γραμματέας) διορίζεται απ' την κυβέρνηση. Ανέλαβαν σε γενικές γραμμές τις αρμοδιότητες των παλαιών περιφερειών
Δημοτικές επιχειρήσεις	Περίπου 6.000 Νομικά Πρόσωπα και επιχειρήσεις των Δήμων.	Μειώνονται σε περίπου 1.500 μέσω συνενώσεων ή καταργήσεων.
Χρηματοδότηση ΟΤΑ	Κρατικός προϋπολογισμός,	Παραμένουν τα προηγούμενα.

	ευρωπαϊκά προγράμματα, δημοτικά τέλη, ίδιοι πόροι (π.χ. δημοτικές επιχειρήσεις, εκμίσθωση παραλιών και λατομείων κ.ά.)	Προστίθεται μερίδιο από κρατικούς φόρους (ΦΠΑ, φορολογία εισοδήματος, φόρο ακίνητης περιουσίας)
Αυτοδιοικητικές εκλογές	Κάθε 4 χρόνια, μήνα Οκτώβριο. Εάν ο πρώτος συνδυασμός δεν συγκέντρωσε 42%, η διαδικασία επαναλαμβάνεται την επόμενη Κυριακή μεταξύ των δύο πρωτευσάντων.	Κάθε 5 χρόνια, μήνα Ιούνιο, μαζί με τις Ευρωεκλογές (εξαιρούνται οι εκλογές του 2010). Απαιτείται απόλυτη πλειοψηφία για την ανακήρυξη συνδυασμού ως νικητή. Εάν δεν επιτευχθεί, η διαδικασία επαναλαμβάνεται την επόμενη Κυριακή μεταξύ των δύο πρωτευσάντων.

ΠΗΓΗ: Πρόγραμμα Καλλικράτης, Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Νομοθεσία, Νόμος «Καλλικράτη», 2010

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Απόσπασμα από Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων για Νομικά Πρόσωπα Δήμων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ – ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ

Άρθρο 226

Σύσταση ιδρύματος

Δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα όπως, βρεφοκομεία, ορφανοτροφεία, γηροκομεία, μουσεία ή άλλα επιστημονικά ιδρύματα, συνιστώνται, ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ύστερα από απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, με προεδρικό διάταγμα, που ορίζει το σκοπό, τα όργανα της διοίκησης, τους πόρους, την περιουσία, που αφιερώνεται σε αυτό και το όνομα του ιδρύματος. Το προεδρικό διάταγμα εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και του αρμόδιου καθ' ύλην Υπουργού, αφού τηρηθούν και οι ειδικές, για κάθε κατηγορία ιδρυμάτων, διατάξεις.

Άρθρο 226 του ΔΚΚ (Ν. 3463/2006)

Σχετική Νομολογία

Παραχώρηση από το Δημόσιο κυριότητας έκτασης σε Ίδρυμα, για την ανέγερση μουσείου. Κρίση ότι η παραχώρηση δεν είναι νόμιμη διότι γίνεται για χρήση που δεν προβλέπεται από το ρυθμιστικό σχέδιο. Ο μεταγενέστερος ορισμός της χρήσης αυτής με νόμο, δεν εγκυροποιεί τη διοικητική πράξη με την οποία έγινε η παραχώρηση. Η κύρωση με νόμο της προβλεπόμενης διοικητικής πράξης, που έγινε μετά την άσκηση της ένδικης αίτησης ακυρώσεως είναι αντισυνταγματική. **(ΣτΕ 604/2002)**

Δια της προσβαλλομένης υπουργικής αποφάσεως, εξεδηλώθη άρνηση προτάσεως προς έκδοση Π.Δ. εγκριτικού της συστάσεως του ιδρύματος, με την αιτιολογία ότι: «..στους ιδρυτές αυτού περιλαμβάνεται ο Δήμος και . . . δεν μπορεί Δήμος ή Κοινότητα να συστήσει ίδρυμα διεπόμενο από τις διατάξεις του Α.Ν. 2039/1939 (το οποίο κατ' ανάγκη είναι ν.π.ι.δ.) ούτε να διαθέσει περιουσία για το σκοπό αυτό, αλλά μπορεί να συστήσει ίδρυμα σύμφωνα με τις διατάξεις του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα. Υπό

τα εκτεθέντα όμως πραγματικά δεδομένα της υπό των αιτούντων από κοινού συστάσεως του ως άνω ιδρύματος και της παρ' εκατέρου ταύτης διαθέσεως προς τον σκοπόν τούτον της προπεριγραφείσης περιουσίας, συνέτρεχε κατ' αρχήν, εν προκειμένω, νόμιμη περίπτωση συστάσεως ιδρύματος ως νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου, επί τη βάσει των διατάξεων των άρθρων 108 και επ. του Αστικού Κώδικα, σε συνδυασμό προς τα άρθρα 95 παρ. 1 και 98 του Α.Ν. 2039/1939, μη αποκλειομένης της συστάσεως του Ιδρύματος κατ' εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων από μόνο το γεγονός ότι ένας των συνιδρυτών είναι οργανισμός τοπικής αυτοδιοικήσεως. (ΣτΕ 3034/1996).

Άρθρο 227

Διοίκηση

1. Τα δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα διοικούνται από διοικητικό συμβούλιο που απαρτίζεται από τον δήμαρχο ή τον πρόεδρο της Κοινότητας ή άλλο αιρετό ή μη πρόσωπο που ορίζεται από αυτούς ως πρόεδρος και από έξι (6) έως δέκα (10) μέλη που εκλέγονται από το δημοτικό ή κοινοτικό συμβούλιο. Ένα από τα μέλη αυτά εκλέγεται από το διοικητικό συμβούλιο ως αντιπρόεδρος του.

2. Μέλη του διοικητικού συμβουλίου του ιδρύματος εκλέγονται δύο τουλάχιστον δημοτικοί ή κοινοτικοί σύμβουλοι, εκ των οποίων ο ένας ορίζεται από τη μειοψηφία του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, ένας τουλάχιστον σύμβουλος τοπικού διαμερίσματος στην περίπτωση που η έδρα του ιδρύματος βρίσκεται εντός αυτού, ένας εκπρόσωπος των εργαζομένων του ιδρύματος, εφόσον απασχολούνται περισσότεροι από δέκα (10) εργαζόμενοι. Ο ανωτέρω εκπρόσωπος προτείνεται από τη γενική συνέλευση των τακτικών υπαλλήλων εντός προθεσμίας δεκαπέντε (15) ημερών από τότε που θα αποσταλεί η σχετική πρόσκληση. Μέλη του διοικητικού συμβουλίου του ιδρύματος εκλέγονται και πρόσωπα που έχουν ανάλογη επαγγελματική ή κοινωνική δράση ή ειδικές γνώσεις ανάλογα με το σκοπό του ιδρύματος ή και πρόσωπα που είναι χρήστες των υπηρεσιών του ιδρύματος.

3. Σε περίπτωση που η μειοψηφία δεν υποδείξει σύμβουλο ή εκείνος που έχει υποδειχθεί παραιτήθηκε χωρίς να αντικατασταθεί εκλέγεται σύμβουλος της πλειοψηφίας.

4. Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου απαιτείται να είναι Έλληνες πολίτες ή πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

5. Δεν επιτρέπεται να εκλεγούν ή να είναι μέλη του διοικητικού συμβουλίου ιδιώτες που έχουν στερηθεί τη διαχείριση της περιουσίας τους με τελεσίδικη δικαστική απόφαση ή που έχουν στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα με αμετάκλητη δικαστική απόφαση και για όσο διάστημα διαρκεί η στέρηση αυτή, καθώς και όσοι έχουν καταδικαστεί με αμετάκλητη δικαστική απόφαση ως αυτουργοί ή συμμετοχοί σε κακούργημα ή σε κάποιο από τα πλημμελήματα που αναφέρονται στο άρθρο 146.

6. Τα υφιστάμενα διοικητικά συμβούλια των δημοτικών και κοινοτικών ιδρυμάτων θα συνεχίσουν να λειτουργούν με την ίδια σύνθεση έως ότου προσαρμοστούν οι συστατικές τους πράξεις προς τις διατάξεις του παρόντος και πάντως όχι πέραν της λήξης της θητείας των μελών τους.

Άρθρο 228

Συμμετοχή δωρητών στη διοίκηση

1. Δωρητές ιδρυμάτων, που έχουν επιφυλάξει το δικαίωμα να συμμετέχουν αυτοπροσώπως ή με αντιπρόσωπο, είτε ως μέλη των διοικητικών συμβουλίων είτε να παρίστανται στις συνεδριάσεις αυτών, ασκούν τα δικαιώματα αυτά, όπως ορίζεται κάθε φορά με το προεδρικό διάταγμα σύστασης. Στην περίπτωση αυτή το προεδρικό διάταγμα σύστασης του ιδρύματος εκδίδεται και με πρόταση του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών.

2. Οι διατάξεις της παραγράφου 1 εφαρμόζονται και όταν σε διάταξη τελευταίας βουλήσεως, με την οποία αφήνεται περιουσία σε ίδρυμα, έχουν επιφυλαχθεί ανάλογα δικαιώματα υπέρ των εκτελεστών της διαθήκης ή άλλων προσώπων.

Άρθρο 229

Εκλογή και θητεία των μελών των διοικητικών συμβουλίων

1. Η εκλογή των μελών του διοικητικού συμβουλίου γίνεται κάθε δύο χρόνια και λήγει σε κάθε περίπτωση με την εγκατάσταση των νέων μελών. Μέσα σε έναν μήνα από την εγκατάσταση των δημοτικών και κοινοτικών αρχών για την πρώτη διετία και έναν μήνα από τη λήξη της θητείας των μελών του διοικητικού συμβουλίου, το δημοτικό ή κοινοτικό συμβούλιο συνεδριάζει και εκλέγει με φανερή ψηφοφορία και απόλυτη πλειοψηφία του συνολικού αριθμού των μελών του τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου

κάθε ιδρύματος. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του άρθρου 92 ή των άρθρων 90 και 109.

2. Τα μη αιρετά μέλη του διοικητικού συμβουλίου πριν την εγκατάσταση ορκίζονται ενώπιον του δημάρχου.

3. Οι θέσεις μελών του διοικητικού συμβουλίου που μένουν κενές κατά τη διάρκεια της δημοτικής περιόδου καλύπτονται με μέλη που εκλέγει το δημοτικό ή κοινοτικό συμβούλιο μέσα σε οκτώ (8) ημέρες, αφότου η θέση έμεινε κενή.

4. Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου μπορούν να αντικατασταθούν κατά τη διάρκεια της θητείας τους, για σπουδαίο λόγο, σχετικό με τη λειτουργία του ιδρύματος, ύστερα από απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, που λαμβάνεται με την πλειοψηφία του συνόλου των μελών του.

5. Οι διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 73 εφαρμόζονται αναλόγως και για την αναπλήρωση των μελών του διοικητικού συμβουλίου.

Άρθρο 230

Έξοδα παράστασης – Αποζημίωση μελών

1. Το αξίωμα του μέλους του διοικητικού συμβουλίου είναι τιμητικό και άμισθο. Απαγορεύεται να παρέχεται αμοιβή στα μέλη του διοικητικού συμβουλίου για οποιαδήποτε υπηρεσία τους προς το ίδρυμα. Μέλη του διοικητικού συμβουλίου που ανήκουν στο προσωπικό του, με οποιαδήποτε σχέση, εισπράττουν τις αποδοχές τους.

2. Με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομίας και Οικονομικών, ύστερα από γνώμη της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας μπορεί να καθορίζονται έξοδα παράστασης στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου του ιδρύματος, όταν ο οικονομικός απολογισμός του προηγούμενου έτους υπερβαίνει τα τριακόσιες χιλιάδες ευρώ (300.000 €). Τα ανωτέρω έξοδα δεν μπορούν να υπερβαίνουν το πενήντα τοις εκατό (50%) των αντίστοιχων του οικείου δημάρχου ή προέδρου της Κοινότητας.

3. Στον πρόεδρο, στα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και της εκτελεστικής επιτροπής, εκτός από τον δήμαρχο, τον αντιδήμαρχο, τον πρόεδρο του δημοτικού συμβουλίου και τον πρόεδρο της Κοινότητας, επιτρέπεται να καταβάλλεται αποζημίωση, για κάθε συνεδρίαση και μέχρι τρεις μηνιαίως, κατόπιν αποφάσεως του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Το ύψος της αποζημίωσης, για κάθε συνεδρίαση, ανέρχεται στο

ένα τοις εκατό (1%) των μηνιαίων εξόδων παράστασης του οικείου δημάρχου ή προέδρου της Κοινότητας. Εάν ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος λαμβάνουν έξοδα παράστασης δεν δικαιούνται αποζημίωση για τη συμμετοχή τους στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου και της εκτελεστικής επιτροπής.

Άρθρο 231

Αναπλήρωση του προέδρου – Απαρτία του διοικητικού συμβουλίου

1. Αναπληρωτής του προέδρου του διοικητικού συμβουλίου είναι ο αντιπρόεδρος του.
2. Το διοικητικό συμβούλιο βρίσκεται σε απαρτία όταν τα παρόντα μέλη του είναι περισσότερα από τα απόντα. Στους παρόντες πρέπει να είναι ο πρόεδρος ή ο αντιπρόεδρος.
3. Οι διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 73 εφαρμόζονται και στην περίπτωση αυτή.

Άρθρο 232

Εκτελεστική επιτροπή

Σε κάθε ίδρυμα υπάρχει τριμελής εκτελεστική επιτροπή που αποτελείται από τον πρόεδρο ή τον αντιπρόεδρο και δύο μέλη του διοικητικού συμβουλίου. Τα τακτικά, καθώς και δύο αναπληρωματικά μέλη της εκτελεστικής επιτροπής, εκλέγονται από το διοικητικό συμβούλιο με σχετική πλειοψηφία και η θητεία τους είναι διετής. Η εκλογή γίνεται ευθύς μόλις το διοικητικό συμβούλιο συγκροτηθεί σε σώμα.

Άρθρο 233

Αρμοδιότητες

1. Το διοικητικό συμβούλιο, ο πρόεδρος του και η εκτελεστική επιτροπή έχουν, ως προς τη διοίκηση του ιδρύματος, τις αρμοδιότητες δημοτικού συμβουλίου, δημάρχου και δημαρχιακής επιτροπής, αντιστοίχως.
2. Ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου μπορεί με πράξη του που δημοσιεύεται σύμφωνα με την παράγραφο 3 του άρθρου 87 να μεταβιβάσει ορισμένες από τις αρμοδιότητές του σε μέλος της εκτελεστικής επιτροπής ή στον γενικό διευθυντή,

που τυχόν προβλέπεται από τον οργανισμό του ιδρύματος ή σε άλλο ανώτατο ή ανώτερο υπάλληλό του.

Άρθρο 234

Λειτουργία του διοικητικού συμβουλίου και εποπτεία

1. Τα θέματα, τα σχετικά με τις εργασίες του διοικητικού συμβουλίου, την πρόσκληση των μελών του και της εκτελεστικής επιτροπής σε συνεδρίαση, την απαιτούμενη για τη λήψη αποφάσεως πλειοψηφία, τον έλεγχο και την εκτελεστότητα των αποφάσεών του, το κώλυμα συμμετοχής στις συνεδριάσεις, την αστική και πειθαρχική ευθύνη των οργάνων διοίκησής του ρυθμίζονται με ανάλογη εφαρμογή των σχετικών διατάξεων που αφορούν το δημοτικό συμβούλιο, τη δημορχιακή επιτροπή και τα μέλη τους.

2. Οι κανονισμοί λειτουργίας των ιδρυμάτων και οι οργανισμοί εσωτερικής υπηρεσίας καταρτίζονται από τα διοικητικά συμβούλια και εγκρίνονται από τα οικεία δημοτικά ή κοινοτικά συμβούλια.

3. Για τις αποφάσεις του διοικητικού συμβουλίου που αφορούν τον προϋπολογισμό, τον απολογισμό, την εκποίηση ή την ανταλλαγή ακινήτων ή την επιβάρυνσή τους με εμπράγματα δικαιώματα, την αποδοχή κληρονομιών και δωρεών που περιέχουν όρο, ή κληροδοσιών, καθώς και τη συνομολόγηση δανείων, απαιτείται προηγούμενη έγκριση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Οι αποφάσεις υποβάλλονται στον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας, αποστέλλονται μέσα σε δέκα (10) ημέρες, αφότου περιήλθε στο ίδρυμα η εγκριτική απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου.

Άρθρο 235

Πόροι

Πόροι των ιδρυμάτων είναι ιδίως:

- α) η ετήσια τακτική ή τυχόν έκτακτη επιχορήγηση του Δήμου ή της Κοινότητας,
- β) κάθε είδους εισφορές, επιχορηγήσεις, δωρεές, κληρονομίες και κληροδοσίες,
- γ) εισπράξεις από το αντίτιμο των πραγμάτων ή των υπηρεσιών, που παρέχουν τα ιδρύματα ,
- δ) πρόσοδοι από τη δική τους περιουσία, καθώς και από τη συμμετοχή τους σε

προγράμματα.

Άρθρο 236

Οικονομική διοίκηση

1. Οι διατάξεις που ισχύουν για τους Δήμους και αφορούν τον οργανισμό της εσωτερικής υπηρεσίας, τον προϋπολογισμό, το οικονομικό έτος, τον απολογισμό, την ταμειακή υπηρεσία, τη διαχείριση, τα δάνεια και την περιουσία, εφαρμόζονται και στα ιδρύματα.

2. Εξαιρούνται από τη διάταξη της προηγούμενης παραγράφου τα ιδρύματα, που διέπονται από τους νόμους «περί εκκαθάρισεως και διοικήσεως των εις το κράτος και υπέρ κοινωφελών σκοπών καταλειπομένων κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών», για τα οποία εξακολουθούν να ισχύουν οι διατάξεις των νόμων αυτών, εφόσον δεν τροποποιούνται από τον παρόντα.

3. Τα ιδρύματα, που παίρνουν επιχορήγηση από άλλες πηγές, την εγγράφουν χωριστά στα έσοδα του προϋπολογισμού. Αν η επιχορήγηση παρέχεται στα ιδρύματα για την εκπλήρωση ειδικού σκοπού, εγγράφεται αντίστοιχη πίστωση για το σκοπό αυτόν ιδιαίτερος στα έξοδα του προϋπολογισμού.

4. Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθορίζεται ο τρόπος της διαχείρισης φαρμάκων, τροφίμων και υλικού των ιδρυμάτων και ο έλεγχός της.

Άρθρο 237

Κατάργηση

1. Τα δημοτικά και κοινοτικά ιδρύματα καταργούνται με τον ίδιο τρόπο που συστάθηκαν και η περιουσία τους περιέρχεται στο Δήμο ή στην Κοινότητα που τα σύστησε. Τις ιδιωτικές περιουσίες, που έχουν περιέλθει στο ίδρυμα με πράξεις εν ζωή ή αιτία θανάτου, εξακολουθεί να διαθέτει ο Δήμος ή η Κοινότητα αποκλειστικά για τον ειδικό σκοπό για τον οποίο αφιερώθηκαν, με την επιφύλαξη και των διατάξεων που αφορούν την επωφελέστερη αξιοποίηση ή διάθεση του περιουσιακού στοιχείου που έχει καταληφθεί ή δωρηθεί για τον ίδιο ή άλλον κοινωφελή σκοπό.

2. Το προσωπικό που υπηρετεί στα ιδρύματα που καταργούνται, εντάσσεται στον

οικείο Δήμο ή Κοινότητα κατά τις διατάξεις του άρθρου 318 του ν.1188/1981, όπως ισχύει.

Άρθρο 238

Ιδρύματα Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης που συνενώνονται

1. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης που προκύπτουν από συνένωση άλλων Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης υπεισέρχονται αυτοδικαίως από την έναρξη της λειτουργίας τους, σε όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των Δήμων ή Κοινοτήτων που καταργούνται με τη συνένωση ως προς τα δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα του άρθρου 226, που έχουν συσταθεί από τους συνενοούμενους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

2. Τα ανωτέρω δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα περιέρχονται αυτοδικαίως στο νέο Οργανισμό Τοπικής Αυτοδιοίκησης από την έναρξη της λειτουργίας του.

3. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή αυτού του άρθρου.

Άρθρο 239

Σύσταση δημοτικών και κοινοτικών νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου

1. Τα δημοτικά και κοινοτικά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου συνιστώνται με απόφαση των οικείων δημοτικών ή κοινοτικών συμβουλίων. Σκοπός τους είναι η οργάνωση και η λειτουργία ορισμένης δημοτικής ή κοινοτικής υπηρεσίας με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των κατοίκων, όπως η σύσταση κέντρων κοινωνικής προστασίας, πνευματικών ή αθλητικών κέντρων, βιβλιοθηκών, μουσείων κ.ά..

2. Ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας διαπιστώνει τη νομιμότητα της σχετικής απόφασης του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου και εκδίδει την πράξη σύστασης του νομικού προσώπου, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

3. Στην απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου για τη σύσταση του νομικού προσώπου ορίζονται το όνομα, ο σκοπός, η περιουσία και οι πόροι.

Άρθρο 239 του ΔΚΚ (Ν. 3463/2006)

Σχετική Νομολογία

Φορέας παροχής συγκοινωνιακού έργου με τα μέσα μαζικής μεταφοράς στην περιοχή Αθηνών, Πειραιώς και Περιχώρων, είναι, κατ' αρχήν, ο Ο.Α.Σ.Α.(και κατ' εξαίρεση Ο.Τ.Α. που βρίσκονται στην περιοχή της αρμοδιότητάς του) και, πάντως, όχι τα Κ.Τ.Ε.Λ., στα οποία ανήκει η εξυπηρέτηση των αστικών και υπεραστικών γραμμών των λοιπών – πλην της νήσου Ρόδου – περιοχών της χώρας. Ενόψει αυτού, χωρίς έννομο συμφέρον ζητείται με την κρινόμενη αίτηση από το Κ.Τ.Ε.Λ. η ακύρωση της απόφασεως του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας περί συστάσεως Οργανισμού δημοτικής συγκοινωνίας στην εδαφική περιφέρεια του Δήμου. Και τούτο διότι με την προσβαλλόμενη απόφαση δεν θίγεται, το επιτελούμενο κατά το νόμο, από τα Κ.Τ.Ε.Λ. συγκοινωνιακό έργο. **(ΣτΕ 133/2005)**

Η πέραν της προβλεπόμενης στη συστατική πράξη επιχορήγηση σε ν.π.δ.δ. που έχει συστήσει ο Δήμος, είναι νόμιμη, διότι βρίσκεται έρεισμα στο άρθρο 262 (Σημ: ήδη άρθρο 202 Ν. 3463/2006) του Δ.Κ.Κ. **(ΕλΣ Πράξη VII Τμ. 64/2006, βλ. αντ. Πράξη VII Τμ.55/2005)**

Η μελέτη και εφαρμογή κοινωνικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση σχετικών αναγκών ή/και την προαγωγή των κοινωνικών συμφερόντων των Ο.Τ.Α. α' βαθμού και μπορεί να ασκείται είτε μέσω των ιδίων υπηρεσιών αυτού είτε μέσω δημοτικού νομικού προσώπου, επιλογή που εναπόκειται στη διακριτική του ευχέρεια. **(ΕλΣ Πράξη VII Τμ. 26/2006)**

Παρέχεται στους Δήμους η δυνατότητα να συστήνουν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, των οποίων ο σκοπός συνίσταται στην άσκηση ορισμένων αρμοδιοτήτων, που σύμφωνα με το Δημοτικό και Κοινοτικό Κώδικα ανήκουν στους Δήμους, προκειμένου να ικανοποιηθεί καλύτερα και αποτελεσματικότερα ορισμένη τοπική ανάγκη. Στην απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου περί σύστασης του νομικού προσώπου πρέπει να αιτιολογείται κατ' αρχήν η αναγκαιότητα τόσο της σύστασης αυτού, όσο και της παραχώρησης αρμοδιοτήτων από το Δήμο στο νομικό πρόσωπο. Στην ίδια απόφαση πρέπει να εξειδικεύεται ρητώς και επαρκώς ο σκοπός του νομικού προσώπου, προκειμένου να ελεγχθεί, εάν αυτός αφορά την οργάνωση ορισμένης δημοτικής υπηρεσίας. Δεν είναι σύννομη η σύσταση ν.π.δ.δ. και συνεπώς δεν είναι σύννομη η

επιχορήγηση που παρέχεται σ' αυτό, εφ' όσον οι σκοποί αυτού βρίσκονται εκτός του κύκλου αρμοδιοτήτων της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η σύσταση νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, με σκοπό την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, την υλοποίηση προγραμμάτων για την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων, την ανάδειξη της ισοτιμίας της γυναίκας κλπ, δεν είναι νόμιμη, διότι οι αρμοδιότητες αυτές εμπίπτουν στην έννοια των γενικών κρατικών υποθέσεων, αφού δεν περιορίζονται στα χωρικά πλαίσια του συγκεκριμένου Δήμου αλλά συνάπτονται αμέσως προς τη γενική πολιτική και αφορούν ολόκληρο το κράτος. (ΕλΣ Πράξη VII Τμ. 16/2006)

Άρθρο 240

Διοίκηση νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου

1. Τα δημοτικά ή κοινοτικά νομικά πρόσωπα διοικούνται από το διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από πέντε έως δεκαπέντε μέλη, τα οποία μαζί με τους αναπληρωτές τους ορίζονται από το δημοτικό ή κοινοτικό συμβούλιο. Μέλη του διοικητικού συμβουλίου είναι ο δήμαρχος ή ο πρόεδρος της κοινότητας, δημοτικοί ή κοινοτικοί σύμβουλοι και δημότες ή κάτοικοι που είναι χρήστες των υπηρεσιών του νομικού προσώπου ή που έχουν ανάλογη επαγγελματική ή κοινωνική δράση ή ειδικές γνώσεις, ανάλογα με το σκοπό του νομικού προσώπου, καθώς και ένας εκπρόσωπος των εργαζομένων του νομικού προσώπου, εφόσον αυτό απασχολεί περισσότερους από δέκα (10) εργαζομένους. Ο ανωτέρω εκπρόσωπος προτείνεται από τη γενική συνέλευση των τακτικών υπαλλήλων εντός προθεσμίας δεκαπέντε (15) ημερών από τότε που θα αποσταλεί η σχετική πρόσκληση. Ένα τουλάχιστον εκ των μελών του διοικητικού συμβουλίου ορίζεται από τη μειοψηφία του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Εάν τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου είναι περισσότερα από πέντε (5), δύο (2) τουλάχιστον από αυτά ορίζονται από τη μειοψηφία του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Σε περίπτωση που η μειοψηφία δεν ορίσει συμβούλους ή εκείνοι που έχουν οριστεί παραιτηθούν, χωρίς να αντικατασταθούν, μετέχουν σύμβουλοι της πλειοψηφίας. Στις περιπτώσεις που το νομικό πρόσωπο λειτουργεί στην περιφέρεια τοπικού διαμερίσματος ένα μέλος προτείνεται από το οικείο συμβούλιο. Μετά τον ορισμό των μελών το δημοτικό συμβούλιο εκλέγει από τα μέλη αυτά τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου. Στην περίπτωση που μέλος έχει ορισθεί, από το δημοτικό ή

κοινοτικό συμβούλιο, ο δήμαρχος ή ο πρόεδρος της Κοινότητας, αυτός αυτοδικαίως καθίσταται και πρόεδρος αντιστοίχως, του διοικητικού συμβουλίου.

Η θητεία των μελών του διοικητικού συμβουλίου του νομικού προσώπου ορίζεται με την απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Λήγει πάντοτε με την εγκατάσταση του νέου διοικητικού συμβουλίου. Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου μπορούν να αντικατασταθούν κατά τη διάρκεια της θητείας τους, με απόφαση δημοτικού συμβουλίου για σοβαρό λόγο που ανάγεται στην άσκηση των καθηκόντων τους.

Τον πρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματος αναπληρώνει ο αντιπρόεδρος. Το νομικό πρόσωπο εκπροσωπείται στα δικαστήρια και σε κάθε δημόσια αρχή από τον πρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου και όταν αυτός κωλύεται ή απουσιάζει από τον αντιπρόεδρο.

2. Οι διατάξεις των άρθρων 227 παράγραφος 5, 234, 235 και των παραγράφων 1 και 3 του άρθρου 236 εφαρμόζονται και στα νομικά πρόσωπα αυτά. Τα θέματα, τα σχετικά με τη λειτουργία του νομικού προσώπου ρυθμίζονται με κανονισμούς που εγκρίνουν τα δημοτικά ή κοινοτικά συμβούλια. Τα νομικά πρόσωπα, αν δεν διαθέτουν ταμειακή υπηρεσία, εξυπηρετούνται από την ταμειακή υπηρεσία του οικείου Οργανισμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Σχετική Νομολογία

Άρθρο 241

Συγχώνευση – Κατάργηση νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου

1. Η συγχώνευση δημοτικών ή κοινοτικών νομικών προσώπων σε ένα νομικό πρόσωπο, συναφούς σκοπού, γίνεται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, που εκδίδεται ύστερα από απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Από τη δημοσίευση της ανωτέρω απόφασης για τη συγχώνευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, το νέο νομικό πρόσωπο, στο οποίο συγχωνεύθηκαν τα άλλα, υποκαθίσταται αυτοδικαίως και χωρίς καμία άλλη διατύπωση, σε όλα εν γένει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των συγχωνευθέντων νομικών προσώπων, εξομοιούμενο με καθολικό διάδοχο.

Με απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου καθορίζονται οι αναγκαίες θέσεις του προσωπικού που υπηρετεί στα παραπάνω δημοτικά ή κοινοτικά νομικά πρόσωπα, οι οποίες μεταφέρονται αυτοδικαίως στο νέο δημοτικό ή κοινοτικό νομικό πρόσωπο. Τυχόν πλεονάζουσες θέσεις μεταφέρονται με τον ίδιο τρόπο στον οικείο Δήμο ή Κοινότητα. Στις θέσεις αυτές με την ίδια απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου εντάσσεται, αυτοδικαίως, το προσωπικό με την ίδια σχέση με την οποία υπηρετούσε στα συγχωνευόμενα νομικά πρόσωπα.

Οι εκκρεμείς δίκες συνεχίζονται από το νέο νομικό πρόσωπο χωρίς καμία ειδικότερη διατύπωση για τη συνέχιση από αυτό.

2.α. Είναι δυνατόν επίσης δημοτικά ή κοινοτικά πρόσωπα να συγχωνεύονται με

δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα, εφόσον επιδιώκουν τον ίδιο ή παρεμφερή κοινωφελή σκοπό. Περιουσία, κατά την έννοια του άρθρου 96 παρ. 1 του α.ν. 2039/1939 (ΦΕΚ 455 Α') εξακολουθεί και μετά τη συγχώνευση να αποτελεί κεφάλαιο αυτοτελούς διαχείρισης, διακεκριμένο από την υπόλοιπη περιουσία, το οποίο διέπεται από τις διατάξεις του ανωτέρω αναγκαστικού νόμου.

β. Η ανωτέρω συγχώνευση γίνεται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, που εκδίδεται ύστερα από απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Από τη δημοσίευσή της τα δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα υποκαθίστανται αυτοδικαίως, σε όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των συγχωνευθέντων νομικών προσώπων. Οι εκκρεμείς δίκες συνεχίζονται από τα ιδρύματα.

γ. Οι θέσεις του προσωπικού των απορροφώμενων δημοτικών ή κοινοτικών νομικών προσώπων μεταφέρονται αυτοδικαίως στα δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα και εντάσσονται στους Οργανισμούς Εσωτερικής Υπηρεσίας τους. Η ένταξη γίνεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του ιδρύματος σε αντίστοιχη κενή οργανική θέση και ειδικότητα και, σε περίπτωση που δεν υπάρχουν, σε προσωποπαγή θέση. Το ανωτέρω προσωπικό εξακολουθεί να διέπεται από το μισθολογικό και ασφαλιστικό καθεστώς κύριας, επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας που είχε πριν από την έναρξη ισχύος του άρθρου αυτού.

δ. Με την ίδια διαδικασία της περ. β' της παρούσης, η κυριότητα και κάθε άλλο εμπράγματο δικαίωμα επί του συνόλου της κινητής και ακίνητης περιουσίας των νομικών προσώπων που συγχωνεύονται, περιέρχεται στα δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα. Για

καθένα από τα ακίνητα που περιέρχονται στην περιουσία του, το διοικητικό συμβούλιο καταρτίζει σχετική πράξη από την οποία προκύπτει η ταυτότητα του ακινήτου. Η πράξη αυτή αποτελεί μεταγραφτέο τίτλο και καταχωρίζεται ατελώς στα οικεία βιβλία των Υποθηκοφυλακείων. Οι ιδιωτικές περιουσίες που έχουν περιέλθει στα ανωτέρω ιδρύματα εξακολουθούν και μετά τη συγχώνευση να διατίθενται αποκλειστικά για το σκοπό, για τον οποίο αφιερώθηκαν.

ε. Οι δαπάνες λειτουργίας και συντήρησης, καθώς και οι δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού των δημοτικών ή κοινοτικών νομικών προσώπων, μετά τη συγχώνευσή τους με δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα και μέχρι το τέλος του οικονομικού έτους που πραγματοποιείται η συγχώνευση, βαρύνουν τους προϋπολογισμούς των ιδρυμάτων, στους οποίους μεταφέρονται οι πιστώσεις των απορροφώμενων Ν.Π.Δ.Δ. με απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Για τα επόμενα έτη οι σχετικές πιστώσεις εγγράφονται στους προϋπολογισμούς των δημοτικών ή κοινοτικών ιδρυμάτων.

3. Νομικά πρόσωπα του άρθρου αυτού, που συστήθηκαν με οποιονδήποτε τρόπο, καταργούνται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, ύστερα από απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Από τη δημοσίευση της απόφασης κατάργησης, η τυχόν περιουσία τους περιέρχεται αυτοδικαίως στο Δήμο ή την Κοινότητα, που τα σύστησε.

4. Νομικά πρόσωπα τα οποία μετά την πάροδο διετίας από την έναρξη ισχύος του παρόντος ή δύο έτη μετά τη δημοσίευση της συστατικής τους πράξης δεν έχουν συντάξει προϋπολογισμό και απολογισμό για δύο διαδοχικά οικονομικά έτη, καταργούνται. Η σχετική πράξη κατάργησης εκδίδεται από τον Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας.

5. Το προσωπικό που υπηρετεί στα νομικά πρόσωπα, που καταργούνται, εντάσσεται στον οικείο Δήμο ή Κοινότητα κατά τις διατάξεις του άρθρου 318 του ν. 1188/ 1981, όπως ισχύει.

Άρθρο 242

Έξοδα παράστασης – Αποζημίωση μελών

1. Στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου του νομικού προσώπου επιτρέπεται να καταβάλλονται έξοδα παράστασης, ύστερα από απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, όταν ο οικονομικός απολογισμός του

προηγούμενου έτους υπερβαίνει τις τριακόσιες χιλιάδες ευρώ (300.000 €). Το ύψος των εξόδων παράστασης καθορίζεται με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομίας και Οικονομικών, μετά από γνώμη της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας. Τα ανωτέρω έξοδα δεν μπορούν να υπερβαίνουν το πενήντα τοις εκατό (50%) των αντίστοιχων του οικείου Δημάρχου ή Προέδρου της Κοινότητας.

2. Στον πρόεδρο και στα μέλη του διοικητικού συμβουλίου του νομικού προσώπου, εκτός από τον δήμαρχο, τον αντιδήμαρχο, τον πρόεδρο του δημοτικού συμβουλίου και τον πρόεδρο της Κοινότητας, επιτρέπεται να καταβάλλεται αποζημίωση για κάθε συνεδρίαση, και έως τρεις (3) συνεδριάσεις το μήνα, ύστερα από απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Το ύψος της αποζημίωσης για κάθε συνεδρίαση ανέρχεται στο ένα τοις εκατό (1%) των μηνιαίων εξόδων παράστασης των δημάρχων ή των προέδρων της Κοινότητας αντίστοιχα. Εάν ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος λαμβάνουν έξοδα παράστασης δεν δικαιούνται αποζημίωση για τη συμμετοχή τους στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών Δημοτικών Ιατρείων

Έρευνα για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση της Υγείας"
Πανεπιστήμιο Πειραιά/ΤΕΙ Πειραιά

Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών Δημοτικών Ιατρείων

Υπεύθυνος Καθηγητής : Παπαηλίας Θεόδωρος
Φοιτητής: Κομμάτας Διονύσιος

A. Φύλο Ασθενούς

1. Άνδρας
2. Γυναίκα

B. Ηλικία

1. Ως 18 ετών
2. 18-45
3. 46-65
4. 66 και άνω

C. Επίπεδο εκπαίδευσης

1. Δημοτικό
2. Γυμνάσιο/Λύκειο
3. Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ

D. Επάγγελμα

1. Δημόσιος Υπάλληλος
2. Ιδιωτικός Υπάλληλος
3. Ελεύθερος Επαγγελματίας
4. Συνταξιούχος
5. Άλλο επάγγελμα
6. Άνεργος
7. Οικιακά

E. Ταμείο Ασφάλισης

1. ΙΚΑ
2. ΟΠΑΔ
3. ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ/ΤΑΕ/ΤΣΑ)
4. Άλλο ταμείο
5. Ανασφάλιστος-η

F. Πως μάθατε για την ύπαρξη του δημοτικού ιατρείου

1. Τυχαία
2. Μετά από έρευνα

3. Μου το πρότεινε κάποιος
4. Από τον γιατρό μου
5. Από ενέργειες του δήμου

G. Αντιμετωπίσατε δυσκολίες κατά την πρόσβαση σας στο ιατρείο;

1. Συγκοινωνίες
2. Παρκάρισμα
3. Απόσταση
4. Κανένα Πρόβλημα

H. Σε πόσο χρονικό διάστημα ορίστηκε το ραντεβού σας από την ημέρα επικοινωνίας σας με το ιατρείο;

1. Εντός 5 ημερών
2. Σε διάστημα 5-10 ημερών
3. Μετά από 10 ημέρες

I. Πόση ώρα μετά το προκαθορισμένο σας ραντεβού εξεταστήκατε από τον ιατρό;

1. ακριβώς στην ώρα
2. έως και 30 λεπτά αργότερα
3. σε περισσότερο από 30 λεπτά

J. Πώς θα χαρακτηρίζατε την καθαριότητα των χώρων των ιατρείων;

1. Πολύ κακή
2. Κακή
3. Μέτρια
4. Καλή
5. Πολύ καλή

K. Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα της περίθαλψης που είχατε στο συγκεκριμένο δημοτικό ιατρείο;

1. Πολύ κακή
2. Κακή
3. Μέτρια
4. Καλή
5. Πολύ καλή

L. Πώς αξιολογείτε τη συμπεριφορά και τις υπηρεσίες του ιατρικού προσωπικού των ιατρείων;

1. Πολύ κακή
2. Κακή
3. Μέτρια
4. Καλή
5. Πολύ καλή

M. Πώς αξιολογείτε τη συμπεριφορά και τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού των ιατρείων;

1. Πολύ κακή
2. Κακή
3. Μέτρια
4. Καλή
5. Πολύ καλή

N. Πώς αξιολογείτε τη συμπεριφορά και τις υπηρεσίες του διοικητικού προσωπικού των ιατρείων;

1. Πολύ κακή
2. Κακή
3. Μέτρια
4. Καλή
5. Πολύ καλή

O. Πώς κρίνετε την ενημέρωση που είχατε από τους ιατρούς σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και τη θεραπεία σας;

1. Πολύ κακή
2. Κακή
3. Μέτρια
4. Καλή
5. Πολύ καλή

P. Θα συνιστούσατε το δημοτικό ιατρείο σε συγγενή/ γνωστό;

1. Ναι
2. Όχι

Q. Ποιά επιπλέον ειδικότητα ιατρού θα θέλατε να υπάρχει στα δημοτικά ιατρεία, που δεν υπάρχει σήμερα;

.....
.....

R. Σε γενικές γραμμές , θεωρείτε πως τα δημοτικά ιατρεία έχουν λόγο ύπαρξης;

1. Ναι
2. Όχι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Ερωτηματολόγιο προσωπικού Δημοτικών Ιατρείων

Πανεπιστήμιο Πειραιώς-Τ.Ε.Ι. Πειραιώς
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Στη Διοίκηση της Υγείας

Ερωτηματολόγιο Προσωπικού Δημοτικών Ιατρείων

Υπεύθυνος Καθηγητής : Παπαηλίας Θεόδωρος
Φοιτητής: Κομμάτας Διονύσιος

(Εμπιστευτικότητα και Προστασία Προσωπικών Δεδομένων :Η συλλογή και επεξεργασία των πληροφοριών που παρέχετε, πραγματοποιείται σύμφωνα με τις ρυθμίσεις και τις εγγυήσεις της νομοθεσίας για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (Ν. 2472/97 όπως ισχύει). Οι πληροφορίες που θα παρέχετε με τη συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου, αντιμετωπίζονται ως απόρρητες και δεσμεύονται από ρητές υποχρεώσεις εμπιστευτικότητας. Τα δεδομένα αυτά δεν διαβιβάζονται σε τρίτους και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους επιστημονικούς σκοπούς της έρευνας και δεν θα δημοσιευτούν.)

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας:

A. Φύλο Απασχολούμενου

1. Άνδρας
2. Γυναίκα

B. Ηλικία

1. 18-30
2. 31-45
3. 46 και άνω

C. Επαγγελματική Κατηγορία

1. ΥΕ
2. ΔΕ
3. ΤΕ
4. ΠΕ
5. Άλλο (ορίσατε).....

D. Τομέας Απασχόλησης

1. Ιατρικό προσωπικό
2. Νοσηλευτικό προσωπικό
3. Διοικητικό προσωπικό
4. Τεχνικό προσωπικό
5. Άλλο (ορίσατε).....

E. Έτη απασχόλησης στο δημοτικό ιατρείο

1. Λιγότερο από 1 έτος
2. 1-5 έτη
3. Περισσότερο από 5 έτη

F. Είναι το πρώτο δημοτικό ιατρείο στο οποίο απασχολείστε;

1. Ναι
2. Όχι

G. Ποια είναι η μορφή της σύμβασης απασχόλησης σας;

1. Μόνιμου προσωπικού
2. Αορίστου χρόνου
3. Ορισμένου χρόνου
4. Σύμβαση έργου
5. Άλλη μορφή (ορίσατε).....

H. Πιστεύετε ότι υπάρχουν μελλοντικές προοπτικές εξέλιξης που μπορούν να σας προσφερθούν μέσω της εργασίας σας στα δημοτικά ιατρεία;

4. Ναι
5. Όχι

I. Θεωρείτε ότι υπάρχει άμεση ανάγκη σε : (απαντήστε μόνο σε 1 από τα παρακάτω)

6. Ιατρικό προσωπικό
7. Νοσηλευτικό προσωπικό
8. Διοικητικό προσωπικό
9. Τεχνικό προσωπικό
10. Άλλο (ορίσατε).....
11. ΔΕ ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΓΚΗ ΚΑΛΥΨΗΣ ΘΕΣΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

J. Υπάρχει τυποποίηση στις λειτουργίες και μεθόδους που χρησιμοποιούνται ώστε να αποφεύγονται καθυστερήσεις, επικαλύψεις και επαναλήψεις (πχ πρόγραμμα εργασιών, ορισμός καθηκόντων, ηλεκτρονική ενημέρωση κτλ);

1. Ναι
2. Όχι

K. Χρησιμοποιούνται ποσοτικοποιημένοι δείκτες απόδοσης του προσωπικού;

1. Ναι
2. Όχι

L. Χρησιμοποιούνται κίνητρα αποδοτικότητας;

1. Ναι
2. Όχι

M. Πώς αξιολογείτε την οργάνωση των δημοτικών ιατρείων;

1. Πολύ κακή
2. Κακή
3. Μέτρια
4. Καλή
5. Πολύ καλή

N. Πώς αξιολογείτε τη συνεργασία εντός των δημοτικών ιατρείων;

1. Πολύ κακή
2. Κακή
3. Μέτρια
4. Καλή
5. Πολύ καλή

O. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υλικο - τεχνολογική υποδομή;

1. Πολύ
2. Λίγο
3. Καθόλου

P. Πόσο επαρκή θεωρείτε τη χρηματοδότηση των ιατρείων;

1. Πολύ
2. Λίγο
3. Καθόλου

Q. Οι περισσότεροι ασθενείς επισκέπτονται τα δημοτικά ιατρεία με σκοπό την:

1. Πρόληψη
2. Διάγνωση
3. Θεραπεία

R. Θα επιθυμούσατε την υπαγωγή των δημοτικών ιατρείων στο Υπ. Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης;

1. Ναι
2. Όχι

S. Σε γενικές γραμμές , θεωρείτε πως τα δημοτικά ιατρεία έχουν λόγο ύπαρξης με τη σημερινή τους μορφή ;

1. Ναι
2. Όχι

T. Αναφέρατε επιγραμματικά μερικά προβλήματα των δημοτικών ιατρείων :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

U. Αναφέρατε επιγραμματικά μερικές προτάσεις για τη βελτίωση των δημοτικών ιατρείων :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

Δήμοι αναφοράς μελέτης «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία»

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΝΟΜΑΡΧΙΑ	ΔΗΜΟΣ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	Ηλείας	Κάστρο – Κυλλήνης Πηνειάς Σκυλλούντος Φιγαλείας Φολέης
	Αχαΐας	Αιγίου Ακράτας Αρσανίας Λαρίσσου Παραλίας Ρίου
ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	Χίου Λέσβου	Καρθαμύλων Γέρας Λουτροπόλεως Θερμής Μύρινας Πέτρας
	Σάμου	Βαθίου Καρλοβασιών
ΚΡΗΤΗΣ	Λασιθίου	Αγίου Νικολάου Ιτάνου Οροπεδίου Λασιθίου
	Ρεθύμνου Χανίων	Ρεθύμνης Νέας Κυδωνίας
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΙΩΝ	Κέρκυρας Κεφαλληνίας	Κερκυραίων Ιθάκης Λειβαθούς Παλιού Πυλαγείων
	Λευκάδας	Λευκάδος
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	Ευβοίας Ευρυτανίας Φθιώτιδας	Κύμης Απεραντίων Αγίου Κωνσταντίνου Αμφίκλειας Γοργοπόταμου Λιανοκλαδίου Συνιάδας
	Βοιωτίας	Παυλιανής Τιθορέας Ακραφνίας Αλιάρτου Πλαταιών Τανάγρας Χαιρώνειας
ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	Φοκίδα	Αμφισσας Ευπαλίου
	Κυκλάδων	Δρυμαλίας

ΠΑ

ΑΝΑΤΟΛ. ΜΑΚΕΔΟΝ.- ΘΡΑΚΗΣ	Δαυκιανήσου	Εξαμβούργου Ερμούπολης Ηρακλείας Ιητών Αγαθονησίου Αστυπάλαιας Ατταβύρου Λέρου Νισύρου Πιταλούδων Ροδίων Σύμης	
	Εβρου	Βύσσης Διδυμοτείχου Μεταξάδων Ορρεσιτιάδας Τραϊανούπολης Τυχερού Φερών Εβρου	
	Ξάνθης	Βιστανίδος Ξάνθης	
	Δράμας	Δράμας Παρανεστίου Προσοτσάνης	
	Καβάλας	Ειταγρών Ελευθερών Παγγαίου Πιερίων Φιλίππων	
	Ροδόπης	Αγχιέρου Αρριανών Κομοτηνής	
	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	Αρκαδίας	Βόρειας Κυνουρίας Κορυθίου Τρίπολης Τροπαίων Τυρού
		Λακωνίας	Ανατολικής Μάνης Μυστρά Σκάλας
		Κορινθίας	Αγίων Θεοδώρων Βέλου Βόχας Νεμέας Σαρωνικού Σολυγίας Στυμφαλίας Φενεού
		Μεσσηνίας	Καλαμάτας Νέστορος
Αττικής		Αμαρουσίου Παπάγου Χαλανδρίου	

ΗΠΕΙΡΟΥ	Πειραιώς	Χολαργού Αργυρούπολης
	Ανατ. Αττικής	Αίγινας Νικαίας Υόρας Αχαρνών Κερατέας Κορωπίου Νέας Περάμου
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	Αρτας Ιωαννίνων	Αρταίων Αγίου Δημητρίου Ανατολικού Ζαγορίου Δωδώνης Ιωαννιτών Λαβύνας Παμβώτιδας Πάπτιγος Πραμάντων Τοκπιλοβου Μαργαριτίου
	Θεσπρωτίας Πρέβεζας Γρεβενών	Πρεβέζης Βεντζίου Ηρακλειωτών Χασίου Εμίξης
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	Καστοριάς	Ιωνος Δραγούμη Κορυστιών Μακρίνων Νεστορίου Ασπίου Καμβουνίων Κοζάνης
	Κοζάνης	Αντιγονιδών Μακεδονίδος Πλατεός Δοβρά
ΚΥΚΛΙΣ	Κιλκίς	Γουμένισσας Δοιράνης Ευρώπου Μουριών
	Πέλλας Πιερίας	Πέλλας Κατερίνης Πιερίων Πύδας
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Εκφρών	Εκφρών Αμφίπολης Νέας Ζίχνης Πρώτης Στρυμώνα Τραγίλου
	Θεσσαλονίκης	Απολλωνίας Εγνατίας Καλαμαριάς

ΠΑΝΕΛ

ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	Καρδίτσας	Κορωνεΐας
		Πανοράματος
		Σοχού
		Σταυρουπόλεως
		Ευκείων
		Τριανορίας
		Αρνης
		Αργιθέας
		Ιθώμης
		Ιτάμου
		Καλλιφώνου
		Κάμπου
		Καρδίτσας
		Μενελαΐδας
		Μητροπόλης
Μουζακίου		
Νεβρόπολης Αγραφών		
Παλαμιά		
Παμίσου		
Πλαστήρα		
Ρεντίνας		
Ελλάνων		
Ελασσόνας		
Λάρισσας		
Σαφρανταπόρου		
Βόλου		
Ιωλκού		
Κάρλας		
Νέας Αγχιάλου		
Νέας Ιονίας		
Πορταριάς		
Σηπιάδος		
Τρικάλων		
Γόμφων		
Καλαμπόκας		
Καστανιάς		
Κλεινοβού		
Κόζιακα		
Νεραΐδας		
Ουραλίας		
Παληγκάστρου		
Παραληθαίων		
Πιαλείων		
Πύλης		
Πινόσιων		
Τρικάλων		
Φαλακρείας		
Φαρκαδώνας		
Χασιών		

ΠΑΝΕΠΙΣΤ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ

Στοιχεία νομοθετήματος 3235/2004

Είδος: ΝΟΜΟΣ

Αριθμός: 3235

Έτος: 2004

ΦΕΚ: Α 53 20040218

Τέθηκε σε ισχύ: 18.02.2004

Ημ.Υπογραφής: 17.02.2004

Τίτλος: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Προοίμιο: Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΑΡΘΡΩΝ

Άρθρο: 1

Ημ/νία: 18.02.2004

Περιγραφή όρου

θησαυρού: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τίτλος Άρθρου:

Σκοπός, έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας

Κείμενο Άρθρου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου αυτού, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. 2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του. 3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει: α. τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, β. την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, γ. τον οικογενειακό προγραμματισμό, δ. τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και

δεδομένων του πληθυσμού, ε. την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική, στ. τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης, ζ. την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο, η. τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. 4. Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. 5. Το σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών: α. της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας, β. της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου, γ. της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου, δ. του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων, ε. της διαχείρισης ιατρό - ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητά τους, στ. της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Άρθρο: 2

Ημ/νία: 18.02.2004

Περιγραφή όρου θησαυρού: ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ

Τίτλος Άρθρου: Παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Κείμενο Άρθρου

1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από: α. τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία, β. τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α, γ. τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., δ. τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και ε. από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. 2. Τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών

Κοινωνικής Ασφάλισης εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητα τους, όπως αυτή προσδιορίζεται κατά τη διαδικασία της πιστοποίησης των άρθρων 12 έως 14 του παρόντος νόμου και, μέσα σε έξι μήνες από την έκδοση της κοινής υπουργικής απόφασης της παρ. 3 του άρθρου 4 του νόμου αυτού, οφείλουν να προσαρμοστούν στους όρους, προϋποθέσεις και λοιπές ρυθμίσεις της απόφασης αυτής. Η πιο πάνω εποπτεία ασκείται και στις μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. 3. Οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και Περίθαλψης μπορούν να συμβάλλονται μεταξύ τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους τους. Το περιεχόμενο και οι όροι των συμβάσεων υποβάλλονται προς έγκριση και έλεγχο στο αρμόδιο Πε.Σ.Υ.Π. 4. Για την άσκηση της εποπτείας και του ελέγχου, που προβλέπεται στις παραγράφους 2 και 3 του παρόντος, ιδρύεται σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. Γραφείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που υπάγεται στον αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή και στελεχώνεται από: δύο ιατρούς εκ των οποίων ο ένας έχει την ειδικότητα της γενικής ή κοινωνικής ιατρικής, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ειδικό σε θέματα οικονομικών της υγείας, έναν νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας. Η διοικητική υποστήριξη του Γραφείου εξασφαλίζεται από τις λοιπές υπηρεσίες του Πε.Σ.Υ.Π. 5. Στις αρμοδιότητες του Γραφείου αυτού ανήκει: α. ο σχεδιασμός και ο συντονισμός της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή ευθύνης των Πε.Σ.Υ.Π., β. ο έλεγχος της τήρησης του περιεχομένου και των προδιαγραφών λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, γ. η παρακολούθηση, υποστήριξη και αξιολόγηση της δέσμης παροχής φροντίδας υγείας, των υπηρεσιών του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού, δ. η σύνταξη προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ε. η οργανωτική υποστήριξη του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, στ. η συνολική εποπτεία στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και, γενικώς, ζ. κάθε ενέργεια που συμβάλλει στην αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Άρθρο: 3

Ημ/νία: 18.02.2004

Περιγραφή όρου θησαυρού: ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ

Τίτλος Άρθρου: Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας

Κείμενο Άρθρου

1. Στα Κέντρα Υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία και στα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία λειτουργεί σύστημα προγραμματισμού επισκέψεων με χρήση σύγχρονων μέσων ηλεκτρονικής και τηλεφωνικής επικοινωνίας. Το σύστημα αυτό καταγράφει αναλυτικά δεδομένα σε σχέση με τη ζήτηση των υπηρεσιών και τις προγραμματισμένες και διενεργηθείσες πράξεις. 2. Στις μονάδες υγείας της προηγούμενης παραγράφου που καλύπτουν απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές λειτουργεί σύστημα τηλεϊατρικής υποστήριξης, μετά από σχετική μελέτη σκοπιμότητας, καθώς και μελέτη κόστους, που διενεργούνται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των Πε.Σ.Υ.Π. και εγκρίνονται από τα οικεία Διοικητικά Συμβούλιά τους. 3. Οι μονάδες υγείας της πρώτης παραγράφου του άρθρου αυτού μεριμνούν για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο σπίτι, για την παροχή υπηρεσιών ημερήσιας νοσηλείας, υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και φυσικής αποκατάστασης και αποθεραπείας σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών. Οι περιπτώσεις και οι προϋποθέσεις παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και το είδος αυτών καθορίζονται αναλόγως των τοπικών και γεωγραφικών συνθηκών με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. 4. Τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση.

Άρθρο: 4

Ημ/νία: 18.02.2004

Περιγραφή όρου θησαυρού: ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ

Τίτλος Άρθρου: Ίδρυση Κέντρων Υγείας

Κείμενο Άρθρου

1. Για την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, έπειτα από γνώμη του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. 2. Για την έγκριση σκοπιμότητας λαμβάνονται υπόψη τα εξής στοιχεία: η αναγκαιότητα της ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα και, ιδίως, ο βαθμός συγκέντρωσης και αύξησης πληθυσμού της περιοχής στην οποία προτείνεται η ίδρυση, η γειτνίαση με υπάρχουσες τέτοιες μονάδες, οι συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής, η γειτνίαση με νοσηλευτικές μονάδες και η επέκταση του συστήματος παροχής Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας. 3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του καθ' ύλην αρμόδιου κάθε φορά Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία ίδρυσης και λειτουργίας νέων Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, οι όροι λειτουργίας τους, η στελέχωση τους κατά κατηγορίες ιατρικού, παραϊατρικού, επιστημονικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού, το είδος και το επίπεδο των παρεχόμενων από αυτούς υπηρεσιών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο: 5

Ημ/νία: 18.02.2004

Περιγραφή όρου θησαυρού: ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ

Τίτλος Άρθρου: Οργανισμός των Κέντρων Υγείας Ο.Κ.Α.

Κείμενο Άρθρου

1. Το Κέντρο Υγείας Ο.Κ.Α. λειτουργεί σύμφωνα με οργανισμό, που συντάσσεται και εγκρίνεται από τον φορέα διοικητικής υπαγωγής του, ο οποίος προηγουμένως υποβάλλεται στο οικείο Πε.Σ.Υ.Π., το οποίο περιορίζεται στον έλεγχο διασφάλισης του τρόπου παροχής των υπηρεσιών και της ποιότητας τους. 2. Με τον οργανισμό καθορίζονται οι θέσεις του προσωπικού κατά κατηγορία και ειδικότητα, οι οργανικές μονάδες και οι αρμοδιότητες καθεμίας, το περιεχόμενο και η διαδικασία τήρησης προσωπικού φακέλου ασθενών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο: 6

Ημ/νία: 18.02.2004

Περιγραφή όρου

θησαυρού:

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΝΟΙΑΣ-ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ

ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Τίτλος Άρθρου: Τομεοποίηση

Κείμενο Άρθρου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ

ΙΑΤΡΟΣ 1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οργανώνεται στη βάση ενός τομεοποιημένου γεωγραφικά συστήματος, μέσα στα όρια του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. 2. Η τομεοποίηση σχεδιάζεται και αποφασίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του κάθε Πε.Σ.Υ. Π. και βασίζεται σε κριτήρια που συνδέονται με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, τη διάρθρωση των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τη μορφολογία της κάθε περιοχής και τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες. 3. Με απόφαση του Δ.Σ. του κάθε Πε.Σ.Υ.Π. συγκροτούνται Ειδικές Τομεακές Επιτροπές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την υποβοήθηση του έργου του συντονισμού, της συνεργασίας και της διασύνδεσης των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., καθώς και της γενικότερης ανάπτυξης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή ευθύνης τους. Οι Επιτροπές είναι τριμελείς και αποτελούνται από: α) έναν ιατρό/Διευθυντή Κέντρου Υγείας του Ε.Σ.Υ. με τον αναπληρωτή του, β) έναν ιατρό/Διευθυντή Κέντρου Υγείας Ο.Κ.Α. με τον αναπληρωτή του, γ) έναν επιστήμονα υγείας άλλης ειδικότητας που υπηρετεί σε Κέντρο Υγείας ανεξαρτήτως διοικητικής υπαγωγής, με τον αναπληρωτή του. 4. Τα μέλη των Επιτροπών είναι άμισθα, η θητεία τους τριετής και οι αρμοδιότητες τους περιλαμβάνουν:

- α) την προαγωγή διατομεακών συνεργασιών, καθώς και συνεργασιών με δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης, β) την παρακολούθηση των δεικτών επάρκειας της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού που κατοικεί στην περιοχή του τομέα ευθύνης τους,
- γ) τη σύνταξη προτάσεων ή γνωμοδοτήσεων για θέματα στελέχωσης και εξοπλισμού των Κέντρων Υγείας, καθώς και για τη συμπληρωματική λειτουργία τους με άλλες δομές.

Άρθρο:8

Ημ/νία: 18.02.2004

Περιγραφή όρου

θησαυρού:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ

Τίτλος Άρθρου: Έργο Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Κείμενο Άρθρου

1. Κάθε οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός Κέντρου Υγείας του Ε.Σ.Υ. ή των Ο.Κ.Α. συνεπικουρείται στο έργο του από νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας που υπηρετούν στα Κέντρα Υγείας αυτά. 2. Οι νοσηλευτές δύνανται να παρέχουν νοσηλευτικές υπηρεσίες και στο σπίτι του ασθενούς σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών. 3. Στις περιπτώσεις της παραγράφου 4 του άρθρου 7 του νόμου αυτού, ιδιώτες νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας μπορούν να συνεπικουρούν τον οικογενειακό και προσωπικό ιατρό στο έργο του και να παρέχουν υπηρεσίες και στο σπίτι του ασθενούς σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών, έπειτα από σχετική απόφαση του ασφαλιστικού οργανισμού του δικαιούχου. 4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε νοσηλευτές ή και επισκέπτες υγείας των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενό τους, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας του θεσμού στα Κέντρα Υγείας των Ο. Κ. Α.

Άρθρο: 12

Ημ/νία: 18.02.2004

Περιγραφή όρου θησαυρού: ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ

Τίτλος Άρθρου: Περιεχόμενο πιστοποίησης

Κείμενο Άρθρου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα Κέντρα Υγείας πιστοποιούνται κατά τη διαδικασία των άρθρων 13 και επόμενα, με βάση τα εξής κριτήρια: α. ιατρική υποδομή και εξοπλισμός, β. ξενοδοχειακή υποδομή και εξοπλισμός, γ. υποδομή μηχανογράφησης, δ. στελέχωση τόσο όσον αφορά τον αριθμό του προσωπικού όσο και τα απαιτούμενα ειδικότερα προσόντα και την εξειδίκευση του, ε. τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών, στ. διαδικασίες πρόσβασης, ζ. ποιότητα έργου και εξυπηρέτηση κοινού, η. διασύνδεση των φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τόσο μεταξύ τους όσο και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης, θ. ποιότητα τήρησης διαδικασιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αριστοτέλης, Άπαντα-Πολιτικά Ι,ΙΙ,ΙΙ, Αθήνα. Κάκτος, 1993.
- Βλάσσης Ιωάννης, Συστήματα Υγείας-Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιά, 2006.
- Δεστούνης Α., Μπουζούκα Ε., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: Ικανοποίηση ασθενών στο Δημοτικό Ιατρείο Παπάγου- Ερευνητική εργασία για το ΜΠΣ «Διεθνής Διοικητική Των Επιχειρήσεων», Πειραιάς, Τ.Ε.Ι. Πειραιά, 2011.
- Ζαμπάογλου, Ελισάβετ Ο ρόλος και η σημασία της αφοσίωσης και της ικανοποίησης από την εργασία, τυχαία επιλεγμένου δείγματος εργαζομένων στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα,(Διπλωματική εργασία-Πανεπιστήμιο Μακεδονίας), Θεσσαλονίκη, 2007.
- Ζηλίδης Χ. Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: η μεταρρύθμιση 2000–2004. Αθήνα, Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα, 2005.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα, 2001.
- Κάντας Α., Οργανωτική-βιομηχανική Ψυχολογία: Κίνητρα, επαγγελματική ικανοποίηση και ηγεσία (μέρος Ιο), 14η έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2008.
- Κοντιάδης Ε, Σουλιώτης Κ., Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκουλα, 2005.
- Κουρέα - Κρεμαστινού Τ., Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές, Αθήνα, Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, 2007.
- Κυριακίδου Ε.Θ.,Κοινωνική Νοσηλευτική, 3η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις «Η Ταβιθά», 1998.
- Μερκούρης Α., Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 1996.
- Μπαμπινιώτης Γ., Μικρό λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας, Αθήνα, Κέντρο Λεξικολογίας, 2006.

- Μπένος Α., Γενικός ιατρός: Ηγέτης της ομάδας ΠΦΥ ή διαχειριστής υπηρεσιών και πόρων, Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1996.
- Μυλωνά Β., Οδηγός Ανάπτυξης Στρατηγικού Σχεδίου για Δημοτικά Ιατρεία, Διπλωματική για το ΜΠΣ στη «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, Πανεπιστήμιο Πειραιά-Τ.Ε.Ι. Πειραιά, 2008.
- Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν., Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Αθήνα, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 1995.
- Μωραΐτης Ε., Επισκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, 2004.
- Μωραΐτης Ε., Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας, Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, 2007.
- Μωραΐτης Ε., Οι Σύγχρονες Τάσεις Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, 2006.
- Μωραΐτης Ε., Πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, 2006.
- Νόμος 1397/1983. (ΦΕΚ 143Α) Εθνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, 1983.
- Νόμος 1579/1985. (ΦΕΚ 217Α) Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα, 1985.
- Νόμος 2071/92. (ΦΕΚ 123Α) Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας, Αθήνα, 1992
- Νόμος 2519/1997. (ΦΕΚ 165/Α/1997) Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις, Αθήνα, 1997.
- Νόμος 3235/2004. (ΦΕΚ 53Α) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αθήνα, 2004.
- Παπαηλίας Θ., Μεθοδολογία Έρευνας-Σημειώσεις ΤΕΙ Πειραιά, Αθήνα, 1998.
- Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι., Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας», Θεσσαλονίκη, Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας, 1994.

- Ραφτόπουλος Β., Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας-Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, 2002.
- Σιγάλας Ι., Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας-Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, 1999.
- Σουλιώτης Κ., Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Στρατηγικός Σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2006.
- Τσελέπη Χ., Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας, Ε.Α.Π., Πάτρα, 2000, τόμος Α.
- Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων, Αθήνα, 2006.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012, Αθήνα, 2008.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πρόταση για την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και την Ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα, 2006.
- Υφαντόπουλος Γ., Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική, Αθήνα, Εκδόσεις Τυποθήτω– Γιώργος Δάρδανος, 2003.
- Φιλαλήθης Τ., Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1996.
- Φιλίας, Β., Μεθοδολογία και τεχνικές των κοινωνικών ερευνών 2η έκδοση, Ελλάδα, Αθήνα, Gutenberg Publishing, 2003.
- Χαραλαμπίδου Ε., Επαγγελματική Ικανοποίηση των νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου-Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, 1996.
- Ψαρρού Μ., Ζαφειρόπουλος Κ., Επιστημονική έρευνα, Αθήνα, Εκδόσεις Τυποθήτω, 2001.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Antoniou A.-S., Antonodimitrakis P., Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors, Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli, 2001.
- Arrow, K., The Welfare Economics of Medical Care, in Cooper M.H and Culyer A.J. (eds.), Health Economics, London, Penguin Books, 1973.
- Kish L., Survey Sampling, New York, Willey, 1995.
- Locke E. The nature and the causes of job satisfaction in Handbook of industrial and organizational psychology, Chicago, Dunnette MD, 1976.
- Maslach C., Burnout – the cost of caring, New Jersey, Prentice Hall, 1982.
- Rollinson D., Broadfield A., Edwards D., Organizational behaviour and analysis: An integrated approach, Essex, Addison Wesley Longman, 1998
- Wilkinson R, Marmot M. The Solid Facts, Copenhagen, World 4Health Organization, 2003.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΑ

- Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., «Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα», Νοσηλευτική, Τόμος 48, Τεύχος 1, 2009, σσ.37–49.
- Βερενίκη Σ, Υφαντής Χ., «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα Νοσοκομεία», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεύχος 15, 2003, σσ.82–86.
- Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., «Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας», Νοσηλευτική, Τόμος 41, Τεύχος 1, 2002.

- Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Φαρατσέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ., «Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα» Στο: «Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας- Πρόνοιας Αττικής», Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 2005, σσ. 23–44.
- Λιόνης Χ., Μερκούρης Μ., «Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τεύχος 12, 2000, σσ.7-9.
- Νικολάκης Κ, Οικονόμου Χ., «Περιφερειακή Κατανομή του Ιατρικού Δυναμικού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη: Το Παράδειγμα του ΙΚΑ», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τεύχος 12, 2002, σσ. 57–61.
- Ταβλαντά Μ., Τζιάρου Κ., Χασιώτη Α., Λιάτας Δ., Ταβλαντά Θ., Ζαντόπουλος Γ.Ζ., Πογιατζής Κ., Ταβλαντάς Π., «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στις επαρχίες Άργους – Ναυπλίας του Νομού Αργολίδας», Ιατρικό Βήμα, 2006.

ΞΕΝΑ

- Aiken LH, Smith HL, Lake ET., “Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care”. Med Care, 32, 1994, pp. 771–787.
- Antoniou A.-S., Davidson M.J. and Cooper C.L., “Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece”, Journal of Managerial Psychology, no 18, 2003, pp. 592-621.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A., “The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations”. Journal of Personality and Social Psychology, no 51, 1986, pp.1173-82.
- Duffy, R.D., & Richard, G.V., “Physician job satisfaction across six major specialties”, Journal of Vocational Behavior , no 68, 2006, pp. 548-559.

- Gosden T, Williams J, Petche y R, Leese B, Sibbald B., “Salaried contracts in UK general practice: A study of job satisfaction and stress”. J Health Serv Res Policy, no 7, 2002, pp. 26–33
- Grol R, Mokkink H, Smits A, Van Eijk J, Beek M, Mesker P., “Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care”. Fam Pract, no 2, 1985, pp.128–135.
- Jayaratne S., Chess W.A., “The effects of emotional support on perceived job stress and strain”, Journal of Applied Behavioral Science, no 20, 1984, pp. 141-153.
- Judge T., “Understanding the dynamic relationship among personality, mood and job satisfaction”, Organizational Behavior and Human Decision Processes, 2002, no 89, pp. 1119-1137.
- Norrish BR, Rundall TG., “Hospital restructuring and the work of registered nurses”, Milbank Q, no 79, 2001, pp. 55–79.
- Paul C.D, McNeil B.J., “Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care” Inquiry- Blue Cross and Blue Shield Association, no 25, 1988 pp. 25-36.
- Tountas Y, Karnaki P, Pavi E., “Reforming the reform: the Greek national health system in transition”, Health Pol, no 62, 2002, pp.15–29.
- Williams, A., “Health Economics: The End of Clinical Freedom”, British Medical Journal, no 297, 1988, pp. 1183-1186.
- Borrás J.M, “Utilization of Health Services” Gac. Sanit., no 8, 1994, pp. 30-49.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- Department of Health, Social Services and Public Safety, *Caring for People Beyond Tomorrow..., A Strategic Framework for the development of Primary*

Health and Social Care for Individuals, Families and Communities in Northern Ireland, 2005.

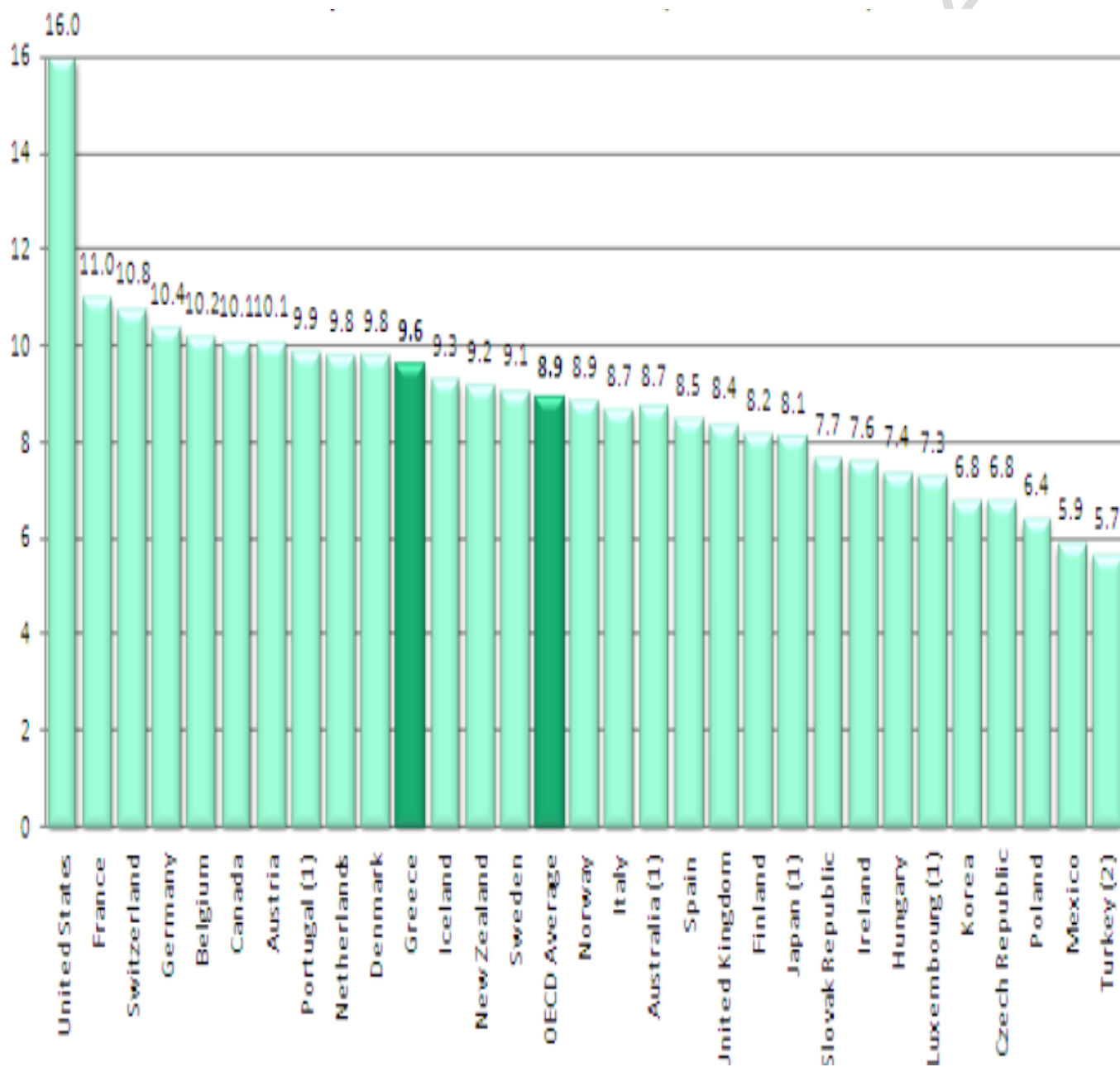
- Roberts M., Bossert T. , *Health Care Options for Polish Municipalities: The Implications of International Experience*. 1998.
- W.H.O. , *Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, Geneva- New York*, 1978.
- W.H.O., *Types of Healthy Settings-Healthy Cities*, 2011.
- WHO (1946) International Health Conference, New York .
- Ανατολική Αττική News , «Διοικητική Μεταρρύθμιση – Πρόγραμμα «Καλλικράτης»-Μεταβιβαζόμενες Αρμοδιότητες Στους Δήμους Και στις Περιφέρειες», 2010.
- Βικιπαίδεια-Η Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια, *Διοικητική διαίρεση της Ελλάδας 2011*.
- Βουλή των Ελλήνων, *Το Σύνταγμα της Ελλάδος*, 2011.
- Δήμος Αγίας Παρασκευής, *Δημοτικά Ιατρεία - Δημιουργία Δημοτικών Κέντρων Πρόληψης*, 2010.
- Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ο.Τ.Α.(Δ.Δ.Υ.), Κεντρική Ιστοσελίδα.
- Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Τομέας Οικονομικών της Υγείας) , *Ο Ρόλος Της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία*, 2009
- Κούτρας Μ., *Όροι και Προϋποθέσεις για την ανάπτυξη δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού*, 2011.
- Πρόγραμμα Καλλικράτης, Υπουργείο Εσωτερικών , *Νομοθεσία, Νόμος «Καλλικράτη»*,2010.
- Σωματείο των εργαζομένων στα κέντρα πρόληψης , *Ετοιμα τα Δημοτικά Κέντρα Πρόληψης και Προστασίας της Υγείας*, 2011

- Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης , *Διοικητική Διαίρεση της Ελλάδος*,2011
- Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, *Αποκεντρωμένη Διοίκηση-Αυτοδιοίκηση, Το πρόγραμμα «Καλλικράτης»*
- Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, *Αποκεντρωμένη Διοίκηση - Αυτοδιοίκηση, Διοικητική Διαίρεση*, 2006
- Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, *Πρόγραμμα Καλλικράτης, Νέα Αρχιτεκτονική για την αναμόρφωση της Αυτοδιοίκησης και του Κράτους*
- Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , *Πρόταση για την Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και την Ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα*, 2004
- Λυριτζής Χ., *Ικανοποίηση και υποκίνηση του Νοσηλευτικού προσωπικού*, 2010

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (πηγή: OECD, Health Data, 2009)



ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία κατά κεφαλήν USD PPP (πηγή: OECD, *Health Data, 2009*)

