

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ): Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ
Τ.ΟΜ.Υ ΤΗΣ 1^{ΗΣ} ΥΠΕ»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΑΓΑΘΗ ΓΑΒΡΙΛΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

Αν. Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών
Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Αναπληρωτής Διευθυντής, LSE
Enterprise - Ομάδα Έρευνας Τεχνολογιών Υγείας

Δρ. Βασιλική Καπάκη

Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΑΘΗΝΑ, 2019

Αφιέρωση

Στους γονείς μου....

Ευχαριστίες

Η εργασία αυτή δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς τη συμβολή αρκετών προσώπων.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Κυριάκο Σουλιώτη. Επιπλέον, επιθυμώ να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ μέσα από την καρδιά μου στην μεταδιδακτορική ερευνήτρια, Δρ. Βασιλική Καπάκη, η οποία μου πρόσφερε πολύτιμη βοήθεια αλλά και καθοδήγηση για τη συγγραφή της συγκεκριμένης εργασίας.

Θερμές ευχαριστίες θέλω να εκφράσω και σε όλους όσους συνέβαλαν ώστε να πραγματοποιηθεί η έρευνα αυτή, συμπεριλαμβάνοντας και όλους όσους ανταποκρίθηκαν θετικά στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς όλους του συναδέλφους των Τ.ΟΜ.Υ. της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής, οι οποίοι βοήθησαν σημαντικά στη διανομή των ερωτηματολογίων και με όποιο άλλο τρόπο ήταν δυνατό.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ θέλω να το εκφράσω στην οικογένειά μου, η οποία με στήριξε ψυχολογικά αλλά και οικονομικά καθ' όλη τη διάρκεια του ΜΠΣ και είναι πάντα δίπλα μου σε κάθε μου απόφαση.

Περίληψη

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως στόχο να διερευνήσει την αποτελεσματική λειτουργία των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πρόκειται για ένα μείζον θέμα, καθώς αφορά το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Στην πλειοψηφία των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και παγκοσμίως, η ΠΦΥ φαίνεται να κατέχει κεντρικό ρόλο στο σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με αναφορές, ένα σύστημα υγείας για να μπορέσει να αποδώσει καλύτερα και να διασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία του, είναι αναγκαίο να έχει ανεπτυγμένο το σύστημα ΠΦΥ του. Είναι γεγονός ότι στον ελλαδικό χώρο, ο θεσμός της ΠΦΥ παρουσιάζει ελλείψεις τόσο ως προς τις υπηρεσίες που προσφέρει όσο και ως προς την οργάνωση του. Αναλυτικότερα, το θέμα της μελέτης, εστιάζεται στην διερεύνηση της αποδοτικής λειτουργίας των νέων δομών ΠΦΥ.

Επιπλέον, άλλο ένα θέμα που διερευνάται στη συγκεκριμένη έρευνα, είναι η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πράγματι, στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον, η άποψη των ληπτών υγείας σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν έχει πολύ μεγάλη σημασία καθώς μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες για τον τρόπο που λειτουργεί το σύστημα συνολικά. Επιπλέον, μέσα από την ευκαιρία που δίνεται στους ασθενείς να εκφράσουν ότι τους ενοχλεί, δίνεται η δυνατότητα το υγειονομικό σύστημα να βελτιωθεί.

Λέξεις Κλειδιά

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ικανοποίηση Ασθενών, TOMY, Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών, Ποιότητα υπηρεσιών

Abstract

This research is about a very important step of the health system which is Primary Health Care (PHC). PHC consists the first patient's contact with the health system. In the majority of European countries and other countries universally, PHC plays a significant role in health system. Particularly, according to studies, the more advanced the PHC of a health system is, the more efficient and effective the health system is. It is fact that in Greece, the PHC has many deficiencies as far as health services and structure are concerned. The subject of the study focuses on investigating the efficient operation of new PHC structures.

In addition, another subject that is investigated is patients' satisfaction of primary health services. Indeed, in the modern competitive environment, the perception of health users about the health services they receive is very important, as it can provide important information on the way the system works overall. Furthermore, through the given opportunity to patients to express what bother them, it is possible for the health system to be improved.

Key Words

Primary Health Care, Patient Satisfaction, TOMY, Evaluation of services provided, Quality of services

Ακρωνύμια

Ελληνικά

ΑΜΚΑ	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΑΗΦΥ	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΦΚΑ	Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΥ	Κέντρο Υγείας
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Τ.ΟΜ.Υ	Τοπικές Ομάδες Υγείας

Διεθνή

PHC	Primary Health Care
GP	General Practitioner

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη

Abstract

Ακρωνύμια

Εισαγωγή

Γενικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΠΦΥ & ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΦΥ	3
1.2. ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ	4
1.3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΦΥ	6
1.3.1 ΠΡΟΛΗΨΗ & ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	7
1.3.2 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΦΥ	8
1.4. ΟΡΓΑΝΩΣΗ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΦΥ	9
1.4.1 ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΟΥΣ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (BEVERIDGE, BISMARCK, SEMASHKO, ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ)	9
1.4.2 ΤΡΟΠΟΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΠΦΥ ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

2.1. Η ΠΦΥ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ	17
2.2. Η ΠΦΥ ΣΤΗ ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ	20
2.3. Η ΠΦΥ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ	22
2.4. Η ΠΦΥ ΣΤΙΣ ΗΠΑ	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	28
3.2. ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	30
3.2.1 ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	31
3.2.2 ΠΦΥ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΕΣΥ	32
3.2.3 ΠΦΥ & ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	34
3.3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟΠΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (Τ.ΟΜ.Υ)	
4.1. ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΤΟΜΥ	37
4.2. ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	38
4.3. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	
5.1. ΟΡΙΣΜΟΣ	45
5.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	46
5.3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ & ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	48
5.4. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΔΙΕΘΝΩΣ	49
<u>Ειδικό Μέρος</u>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
6.1. Σκοπός έρευνας – επιμέρους στόχοι – αναγκαιότητα έρευνας	52
6.2. Ταυτότητα της έρευνας	52
6.3. Ερευνητική μεθοδολογία	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Συζήτηση	83
8.1. Περιορισμοί της έρευνας	87
8.2. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	87
8.3. Συμπεράσματα	89

Βιβλιογραφία

Παράρτημα

Εισαγωγή

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), υφίσταται εδώ και πολλούς αιώνες. Ήδη από την αρχαιότητα, στην Ινδία, στην αρχαία Ελλάδα αλλά και στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία, γίνεται αναφορά για προγράμματα δημόσιας υγείας και δωρεάν υπηρεσίες υγείας στους πολίτες σε δημόσια ιατρεία ή στο σπίτι τους από εκλεγμένο γιατρό από τους ίδιους. Πρόκειται λοιπόν για μία μορφή φροντίδας υγείας, η οποία αν και υπάρχει όλα αυτά τα χρόνια στο χώρο της υγείας, ξεκίνησε να κάνει πιο έντονη τη παρουσία της το 1978 με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα. Μέσω της διακήρυξης της Άλμα Άτα επαναπροσδιορίστηκαν οι αρχές της ΠΦΥ και θεσπίστηκε η ΠΦΥ ως σημαντική στρατηγική για τη βελτίωση της υγείας (Τούντας, 2008).

Στην Ελλάδα η ΠΦΥ παρουσιάζει αρκετές αδυναμίες και μέχρι στιγμής δεν έχει καταφέρει να εδραιωθεί, όπως σε συστήματα υγείας άλλων χωρών. Ωστόσο, το τελευταίο διάστημα γίνονται προσπάθειες να αναδιαμορφωθεί ο τομέας της ΠΦΥ με την ίδρυση νέων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, οι οποίες ονομάζονται Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.). Στελεχώνονται από μία 12μελή διεπιστημονική ομάδα υγείας, η οποία απαρτίζεται τόσο από ιατρικό προσωπικό, όσο και από άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι νέες αυτές ομάδες υγείας, είναι σχεδιασμένο να εγκαθιδρυθούν σταδιακά σε όλη τη χώρα και βασική τους αποστολή είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στους πολίτες. Ειδικότερα, αρμοδιότητες των Τ.ΟΜ.Υ. είναι η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, προσφέροντας ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας, μέσω της προαγωγής υγείας και υπηρεσιών πρόληψης καθώς επίσης και η αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων. Είναι υψίστης σημασίας να αξιολογούμε νέα εγχειρήματα, όπως είναι οι Τ.Ο.Μ.Υ στην συγκεκριμένη περίπτωση, που συμβαίνουν προς όφελος των πολιτών, προκειμένου να παρακολουθούμε τη λειτουργία τους αλλά και να την ενισχύουμε όποτε είναι αναγκαίο (ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017, 2017).

Εκτός όμως από την θέσπιση της ΠΦΥ ως θεμέλιο σε ένα σύστημα υγείας, για να μιλήσουμε για ένα αποδοτικό σύστημα υγείας, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε και τον αντίκτυπο που έχουν οι υπηρεσίες υγείας στους χρήστες υπηρεσιών υγείας. Μία βασική αρχή των θεωριών βελτίωσης της ποιότητας, είναι ότι οι προμηθευτές ενός προϊόντος, πρέπει να ανατροφοδοτούν τις υπηρεσίες τους με την κρίση των καταναλωτών, ώστε να μπορέσουν να εντοπίσουν ελλείψεις και αδυναμίες και τελικά

να προχωρήσουν στην αποκατάστασή τους. Τέτοιου τύπου έρευνες, είναι συνετό να συμβαίνουν και με τις υπηρεσίες υγείας (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Αυτό επιτυγχάνεται με την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών, αποτελεί έναν πολύ βασικό δείκτη ποιότητας, τα αποτελέσματα του οποίου μπορούν να δώσουν πολύ σημαντικές πληροφορίες για τον τρόπο που λειτουργεί ένα σύστημα υγείας, σε όλες τις βαθμίδες φροντίδας του. Συνεπώς, στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι να αξιολογήσει τις υπηρεσίες που παρέχουν οι νέες δομές ΠΦΥ, Τ.ΟΜ.Υ., ως προς διάφορες επιμέρους κατηγορίες και να εκτιμηθεί ο τρόπος λειτουργίας τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και θεωρητικό υπόβαθρο

1.1 Ορισμός ΠΦΥ

Ως ΠΦΥ, σύμφωνα με το σχέδιο νόμου για την οργάνωση και λειτουργία του γενικού συστήματος ΠΦΥ, ορίζεται: “το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων ΠΦΥ και πρόληψης για τη δημόσια υγεία.” (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2009)

Σύμφωνα με αναφορές, η εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας αποτελεί την παλαιότερη μορφή φροντίδας και μέσω αυτής αντικατοπτρίζεται η λειτουργία του συστήματος υγείας ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει και ως προς την αποτελεσματικότητά του. Ένας παράγοντας που επηρεάζει τη γνώμη που αποκτά ο πολίτης για το σύστημα υγείας της χώρας του, είναι ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται αρχικά η εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας και έπειτα η φροντίδα των υπηρεσιών της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Έως και 40 χρόνια πριν, στον ελλαδικό χώρο, οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας διακρίνονταν σε: α) προληπτικές β) διαγνωστικές και θεραπευτικές και γ) άλλες υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Τα τελευταία όμως χρόνια, η έννοια αυτή διευρύνθηκε και ως εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας ορίζεται “η υγειονομική φροντίδα που περιλαμβάνει διαγνωστικές, θεραπευτικές και ορισμένες προληπτικές υπηρεσίες υγείας που παρέχονται έξω από το νοσοκομείο”(Λιαρόπουλος, 2010). Επίσης, ο όρος αυτός, τείνει να ταυτίζεται με τον όρο της ΠΦΥ, η οποία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ορίζεται ως εξής:

“ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα

στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού εποικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.”(WHO-UNICEF, 1978)

Συμπερασματικά, η ΠΦΥ αποτελεί μία ευρύτερη έννοια στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Αναφέρεται σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας, περιβαλλοντικές και διατροφικές και αποτελεί τα θεμέλια για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και επιτυχούς συστήματος υγείας.

1.2 Διακήρυξη της Άλμα Άτα για την ΠΦΥ (1978)

Το 1978, στην τότε πρωτεύουσα του Καζακστάν, Αλμάτι ή πρώην Άλμα Άτα, διεξήχθη η Διεθνής Διάσκεψη για την ΠΦΥ, η οποία και ονομάστηκε «Διακήρυξη της Άλμα Άτα». Στην διακήρυξη της Άλμα Άτα, η οποία αποτέλεσε ορόσημο για την πορεία και τη σημασία της ΠΦΥ, συμμετείχαν 134 έθνη, τα οποία έθεσαν ως παγκόσμια στρατηγική το «Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000», κάτι που συνεπαγόταν την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία, την ικανοποίηση των αναγκών υγείας μέσω της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, την οριζόντια και ολοκληρωμένη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων για την υγεία (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012). Αξίζει να σημειωθεί ότι η διακήρυξη της Άλμα Άτα, υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της Unicef. Επίσης, η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την ΠΦΥ (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Βασική αρχή της ΠΦΥ είναι η διαφύλαξη της υγείας ως κοινωνικό δικαίωμα του καθενός. Δικαίωμα στην υγεία σημαίνει ότι όλοι οι πολίτες, ανεξαρτήτως φυλετικής προέλευσης και κοινωνικών, θρησκευτικών ή οικονομικών παραγόντων, χρήζουν ίσης μεταχείρισης και ενιαίας και συνεχούς φροντίδας υγείας. Μέσω της διακήρυξης, βγήκε στην επιφάνεια η σπουδαιότητα του προλαμβάνειν και της προαγωγής υγείας

και θεμελιώθηκε η παροχή υπηρεσιών προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Πιο συγκεκριμένα, μέσω της συνδιάσκεψης, διατυπώθηκαν οι θεμελιώδεις αρχές της ΠΦΥ, η οποία πλέον συνδέεται, μεταξύ άλλων, με:

- τη μείωση του αποκλεισμού των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας,
- την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με βάση τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών και
- την ενδυνάμωση της συμμετοχής των πολιτών στη λήψη αποφάσεων πολιτικής υγείας (Σουλιώτης, 2014).

Πιο συγκεκριμένα, το περιεχόμενο της διακήρυξης συνοψίζεται σε προγράμματα αγωγής υγείας, τα οποία περιλαμβάνουν: παροχή καθαρού νερού, φροντίδα μητέρας και παιδιού, εμβολιασμό του πληθυσμού, πρόληψη των ενδημικών νόσων, φροντίδα των κοινών νοσημάτων και στοιχειώδη παροχή φαρμακευτικής αγωγής. Τέλος, μέσω της συνδιάσκεψης, διατυπώθηκε και η ανάγκη για αντιμετώπιση της ασθένειας του ατόμου, όχι μόνο από τον γιατρό αλλά και από άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, κ.α., δρώντας όλοι μαζί σαν μια ομάδα.

Συμπερασματικά, το περιεχόμενο της διακήρυξης βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας, με στόχο την ικανοποίηση των αναγκών της κοινότητας, εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα, αποδοτικότητα και τη συμμετοχή του πληθυσμού (Μωραίτης *et al.*, 1995).

Βασικές αρχές ΠΦΥ:

- Καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας
- Ισότητα στην υγεία, εξασφαλίζοντας κοινωνική δικαιοσύνη
- Συμμετοχή της κοινότητας στην καθορισμό και εφαρμογή προγραμμάτων υγείας
- Διατομεακές προσεγγίσεις στην υγεία, όπως συνεργασία με τη δημόσια διοίκηση και τις δημοτικές αρχές για βελτίωση του βιοτικού επιπέδου

1.3 Υπηρεσίες ΠΦΥ

Η ΠΦΥ, όπως προαναφέρθηκε, είναι η αρχαιότερη μορφή ιατρικής φροντίδας που υπάρχει και ήταν παρούσα στο χώρο της υγείας πριν από την παρουσία των πρώτων νοσοκομείων. Αποτελεί κύριο συντελεστή του συστήματος υγείας και αποσκοπεί στην ολιστική φροντίδα της υγείας, περιλαμβάνοντας πρόληψη και προαγωγή υγείας, αντιμετώπιση και διάγνωση των προβλημάτων υγείας και παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων. Η έννοια της υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Εκτός από την περίθαλψη, σημαντικοί στόχοι της ΠΦΥ είναι η παρακολούθηση του ασθενούς και η αποκατάσταση της υγείας του μετά από την οξεία φάση, η κατ' οίκον νοσηλεία αλλά και η δημόσια υγεία (Καδδά και συν, 2010).

Αντικείμενο της, είναι αποκλειστικά ο άνθρωπος. Πρόκειται λοιπόν για ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο υπηρεσιών υγείας, που μελετάει τον άνθρωπο μέσα στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η ΠΦΥ αποτελείται από τρεις συνιστώσες: α) την πρόληψη β) τη θεραπεία και γ) την αποκατάσταση. Κύρια στοιχεία της ΠΦΥ είναι ότι παρέχει ευρεία γκάμα κλινικών γνώσεων και δεξιοτήτων, έχει ως επίκεντρο της φροντίδας της τον ασθενή, παρέχοντάς του ολιστική φροντίδα υγείας και εκτιμάει τις ανάγκες υγείας της κοινότητας στο σύνολό τους.

Η εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας ή ανοικτή περίθαλψη ή ανοικτή φροντίδα, αποτελεί πύλη εισόδου του πολίτη στο σύστημα υγείας και παρέχεται τόσο από γιατρούς, όσο και από νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι υπηρεσίες φροντίδας αυτής της μορφής, διασυνδέονται με οποιοδήποτε τρόπο και με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του συστήματος υγείας, προκαλώντας έτσι μία διαδικασία που ονομάζεται ολοκλήρωση του συστήματος υγείας. Όσον αφορά τη διαδικασία αυτή, προκειμένου να υπάρξει ολοκλήρωση του συστήματος υγείας απαιτείται κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Δηλαδή, το σύστημα να προσφέρει τόσες υπηρεσίες όσες ζητώνται. Είναι γεγονός ότι οι ανάγκες υγείας είναι απεριόριστες λόγω της αύξησης του εισοδήματος, της γήρανσης του πληθυσμού και της ιατροτεχνολογικής εξέλιξης. Άρα, οδηγούμαστε σε συνεχή και δαπανηρή ανάγκη για ολοκλήρωση του συστήματος υγείας.

Άλλο ένα χαρακτηριστικό της ανοικτής περίθαλψης είναι ότι επηρεάζει σημαντικά τον προϋπολογισμό του συστήματος υγείας. Σε αυτό το επίπεδο φροντίδας υγείας, ο γιατρός είναι αυτός που θα επιλέξει το είδος υπηρεσιών που θα λάβουν οι ασθενείς και το είδος τεχνολογίας που θα χρησιμοποιηθεί. Ένα παράδειγμα λειτουργίας όπου ο γιατρός έχει τη συνολική οικονομική ευθύνη είναι το βρετανικό σύστημα, όπου δίνεται στο γιατρό η ευθύνη της διαχείρισης του συνολικού κονδυλίου που απαιτείται για την περίθαλψη των ασθενών (fund-holding) (Λιαρόπουλος, 2010).

1.3.1 Πρόληψη και Προαγωγή υγείας

Ένα πολύ ενδιαφέρον στοιχείο της ΠΦΥ, είναι ότι στην πολιτική λειτουργίας της, βαρυσήμαντο ρόλο κατέχουν οι δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας. Σύμφωνα με αναφορές, η έλλειψη της πρόληψης μπορεί να προκαλέσει αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στην υγεία των ασθενών, όσο και στην οικονομική επιβάρυνση της κοινωνικής ασφάλισης κάθε χώρας (Καδδά και συν, 2010). Οι δομές ΠΦΥ καλούνται να προσδιορίσουν τομείς προτεραιότητας για την πρόληψη και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, ώστε να προβούν σε παρεμβάσεις για αλλαγή της συμπεριφοράς των ασθενών (π.χ. διακοπή καπνίσματος, αύξηση φυσικής δραστηριότητας, βελτίωση της διατροφής, προληπτικοί έλεγχοι καρκίνου και καρδιαγγειακών νοσημάτων, υποστήριξη αυτοδιαχείρισης στις χρόνιες ασθένειες κ.α.) και να υλοποιήσουν στην κοινότητα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας προσαρμοσμένα στις διαπιστωμένες ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους (Σουλιώτης, 2014).

Η πρόληψη και η προαγωγής υγείας, αποτελούν βασικές συνιστώσες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η πρόληψη διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: α) στην πρωτογενή και β) στη δευτερογενή.

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει όλες αυτές τις πράξεις/διεργασίες που κάνουμε προκειμένου να προφυλάξουμε τον εαυτό μας από μία ασθένεια ή ακόμα και από ένα ατύχημα. Παραδείγματα πρωτογενούς πρόληψης είναι ο εμβολιασμός, η χρήση κράνους, η χρήση προφυλακτικού, κ.α..

Η δευτερογενής πρόληψη, αναφέρεται στο στάδιο στο οποίο προλαβαίνουμε τη νόσο σε πρώιμα στάδια και πριν αρχίσουν να εκδηλώνονται τα πρώτα συμπτώματα,

δηλαδή στην έγκαιρη διάγνωση διάφορων νοσημάτων. Παραδείγματα δευτερογενούς πρόληψης είναι η διενέργεια του τεστ Παπανικολάου στις γυναίκες, η μαστογραφία κ.α.

Είναι σημαντικό να τονιστεί η σημασία της πρόληψης καθώς στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης, δίνεται η δυνατότητα θεραπείας ορισμένων μορφών καρκίνου, όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας για τις γυναίκες και ο καρκίνος του προστάτη για τους άνδρες. Επίσης, επιτυγχάνεται καλύτερη αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων, όπως είναι η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης, από τα οποία σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού δε γνωρίζει καν ότι πάσχει (Τριχόπουλος, Καλαποθάκη και Πετρίδου, 2000).

Επιπλέον, κάποιοι επιστήμονες ισχυρίζονται ότι υπάρχει και τρίτη κατηγορία πρόληψης, η τριτογενής. Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται στην πρόληψη των αρνητικών επιδράσεων μιας χρόνιας ασθένειας ή ενός χρόνιου νοσήματος. Ωστόσο, υπάρχει ένας διχασμός για την ύπαρξη αυτής της κατηγορίας, γιατί πολλοί θεωρούν ότι ανήκει στις διαδικασίες της αποκατάστασης, οπότε δεν ακούγεται συχνά.

Η προαγωγή υγείας στο σύνολο της, περιλαμβάνει τόσο παράγοντες συμπεριφοράς όσο περιβάλλοντος και κοινωνικού χαρακτήρα. Πιο συγκεκριμένα, κίνδυνοι για την υγεία είναι η κακή διατροφή, η έλλειψη φυσικής άσκησης, η φτώχεια, η ελλιπής εκπαίδευση, η ανεργία, η υποβαθμισμένη κατοικία, περιβαλλοντικοί κίνδυνοι υγείας κλπ.

Άλλη μία παράμετρος της ΠΦΥ, η οποία είναι αναμφίβολα σημαντική είναι η φροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, τα άτομα που πάσχουν από κάποιο είδος ψυχικής ασθένειας, αντιμετωπίζονται και προσεγγίζονται σε πρώτη φάση από επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ, και στη συνέχεια, όταν αυτό κριθεί απαραίτητο, παραπέμπονται σε ειδικούς.

1.3.2. Σημασία των υπηρεσιών ΠΦΥ

Με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα, επαναπροσδιορίστηκαν οι στόχοι των συστημάτων υγείας και μετατέθηκε το κέντρο βάρους στην ΠΦΥ. Η εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας, λειτουργεί σαν πρόδρομος για το υπόλοιπο σύστημα υγείας, καθώς οι

ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με κάποιον επαγγελματία υγείας, όπως γιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, μαία ή/και κοινωνικό λειτουργό.

Μέσα από τη μελέτη του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των συστημάτων υγείας σε διεθνές επίπεδο, η ΠΦΥ, τίθεται στο πρώτο επίπεδο του βάρους και επισημαίνεται η αναγκαιότητα της. Ένας από τους σημαντικότερους λόγους που έχει υπάρξει έντονο ενδιαφέρον ώστε η ΠΦΥ να μπει στο επίκεντρο του συστήματος υγείας, είναι ότι μέσω της ανάπτυξης της, μπορεί να επιτευχθεί μείωση της ζήτησης των άσκοπων υπηρεσιών υγείας και ως επακόλουθο μείωση των δαπανών υγείας (Δικαίος και Χλέτσος, 1999; Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001b).

Όσον αφορά το πρακτικό κομμάτι της ΠΦΥ, αυτό υπερβαίνει το παραδοσιακό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και επεκτείνεται και σε ένα άλλο είδος υπηρεσιών που ασχολείται με τη δημόσια υγεία και την ενημέρωση των πολιτών. Πιο συγκεκριμένα, το φάσμα υπηρεσιών που προσφέρει η πρωτοβάθμια περίθαλψη, εκτείνεται από αμιγώς ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες έως υπηρεσίες πρόληψης, αγωγής υγείας και περιβάλλοντος. Σε ότι αφορά την ΠΦΥ, δεν υπάρχει καμία συσχέτιση με νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Επίσης, άλλος ένας λόγος που τονίζει τη σημασία της ΠΦΥ, είναι ότι ασχολείται και με τον τομέα του περιβάλλοντος, καθώς περιλαμβάνει και δραστηριότητες που έχουν στόχο την διασφάλιση κατάλληλων και ασφαλών συνθηκών διαβίωσης για τους πολίτες.

1.4 Οργάνωση & Λειτουργία ΠΦΥ

1.4.1 Ρόλος της ΠΦΥ στους διάφορους τύπους συστημάτων υγείας (Beveridge, Bismarck, Semashko, Φιλελεύθερο)

Τα συστήματα υγείας κάθε χώρας, διαμορφώνονται ανάλογα με τις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες που επικρατούν. Επιπλέον, τα συστήματα υγείας, εξελίσσονται και τροποποιούνται με το πέρασμα των χρόνων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχουν, την ίδια εποχή, συστήματα υγείας που διαφέρουν από χώρα σε χώρα, συμβαδίζοντας με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εκάστοτε χώρας (Τούντας, 2008).

Τα κύρια οργανωτικά συστατικά που διαμορφώνουν το σύστημα υγείας κάθε χώρας είναι: ο βαθμός ισοτιμίας, η έκταση της κάλυψης των υπηρεσιών υγείας, το είδος των υπηρεσιών που παρέχει, η σχέση δημοσίου-ιδιωτικού τομέα, η ελευθερία επιλογών, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα του συστήματος (Λιαρόπουλος, 2007).

Με βάση πρωτίστως τον τρόπο χρηματοδότησης και έπειτα τον τρόπο με τον οποίο παράγονται και διανέμονται οι υπηρεσίες υγείας, τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- ✚ το κρατικό ή δημόσιο σύστημα υγείας,
- ✚ το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck) και
- ✚ το ιδιωτικό σύστημα υγείας (Θεοδώρου και συν, 1997).

A. Κρατικό Σύστημα Υγείας

Το κρατικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, με άμεση ή έμμεση φορολογία. Οι γιατροί είναι κυρίως έμμισθοι υπάλληλοι του συστήματος υγείας και η ιδιωτική ιατρική δεν είναι συνήθως απαγορευμένη αλλά ασκείται περιορισμένα. Το συγκεκριμένο μοντέλο συστήματος υγείας, παρουσιάζει πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα.

Πιο συγκεκριμένα, στα θετικά στοιχεία του μοντέλου αυτού περιλαμβάνονται η ισότιμη και καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού, η ενιαία κεντρική διοίκηση, ο έλεγχος των δαπανών, η ενσωμάτωση της ΠΦΥ στο ΕΣΥ και η έμφαση στη δημόσια υγεία και στην πρόληψη.

Αντίθετα, τα μειονεκτήματα που παρουσιάζονται είναι η αυξημένη γραφειοκρατία, η παρουσία χαμηλής παραγωγικότητας και σε κάποιες περιπτώσεις και της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και η υποβάθμιση της σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενή.

Στο παραπάνω μοντέλο, συγκαταλέγονται άλλες δύο υπομορφές:

- i. όπως αυτές εφαρμόστηκαν με πιο ολοκληρωτικό τρόπο στις χώρες με κομμουνιστικά καθεστώτα (**Semashko**) και
- ii. σε αυτές όπου διαμορφώθηκαν με τη μορφή των Εθνικών Συστημάτων Υγείας (**Beveridge**) (Τούντας, 2008).

Η ΠΦΥ στο μοντέλο **Beveridge**, το οποίο κυριαρχεί στη Μεγάλη Βρετανία, οργανώνεται με γενικούς γιατρούς (General Practitioners, GP) ενώ παράλληλα παρουσιάζει σημαντικό έλλειμα γιατρών. Η αμοιβή των νοσοκομειακών γιατρών πραγματοποιείται κυρίως με μισθό (60%) αλλά και με συμβάσεις έργων ή μέσω της άσκησης ιδιωτικής ιατρικής.

B. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck)

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης Bismarck, χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλών και διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας με εισφορές τόσο από τους εργοδότες όσο και από τους εργαζομένους. Στο σύστημα αυτό επικρατεί υποχρεωτική ασφάλιση και στηρίζεται στις αρχές της συλλογικότητας, της συναίνεσης και της αλληλεγγύης. Άλλα χαρακτηριστικά είναι ο περιορισμός της παρέμβασης του κράτους, ο προσανατολισμός στην κάλυψη της ζήτησης, οι δημόσιες ή ιδιωτικές, κερδοσκοπικές και μη υπηρεσίες υγείας και ότι ο γιατρός σε αυτό το μοντέλο είναι ελεύθερος επαγγελματίας.

Σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτού του συστήματος υγείας, μπορούμε να πούμε ότι συμπίπτουν με αυτά του κρατικού συστήματος, με την ιδιαιτερότητα ότι στο μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζονται με πιο ήπια μορφή. Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι στο συγκεκριμένο σύστημα υγείας, οι υπηρεσίες υγείας υπερέρχουν σε ποιότητα και αυτό οφείλεται στην παρουσία έντονου ανταγωνισμού.

Στο μοντέλο αυτό, η ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από ελεύθερη επιλογή γενικού ή ειδικού γιατρού. Κυριαρχούν ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι έχουν το δικό τους ιατρείο ή απασχολούνται σε πολυϊατρεία, ενώ το ελάχιστο ποσοστό αυτών περιθάλπουν ασθενείς σε νοσοκομείο. Επίσης, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (όπως συμβαίνει στη Γαλλία), εφαρμόζονται αυστηρά διαγνωστικά και θεραπευτικά ιατρικά πρωτόκολλα και θεσπίζονται αυστηρές ποινές για την αποφυγή προκλητής ζήτησης.

C. Ιδιωτικό Σύστημα Υγείας

Τέλος, αναφορικά με το ιδιωτικό σύστημα υγείας, η χρηματοδότηση γίνεται μέσω ιδιωτικών δαπανών υγείας (ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες ιδιωτικές πληρωμές). Η κρατική παρέμβαση είναι συνήθως περιορισμένη και η ασφάλιση υγείας μη υποχρεωτική.

Στο συγκεκριμένο μοντέλο, κάτι που αποτελεί και πλεονέκτημα του, υπάρχει το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γιατρού και οι γιατροί έχουν το δικαίωμα καθορισμού του ύψους αμοιβής τους που εκείνοι επιθυμούν. Άλλο ένα πλεονέκτημα είναι ότι υπάρχει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας, καθώς υπάρχει υψηλός ανταγωνισμός. Οι υπηρεσίες υγείας ανήκουν κυρίως σε ιδιωτικούς φορείς και οι τιμές τους καθορίζονται με βάση τον κανόνα προσφοράς και ζήτησης. Επίσης, κάτι που χαρακτηρίζει το ιδιωτικό σύστημα των τελευταίων χρόνων είναι η αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης με παράλληλη μείωση των ιδιωτικών γιατρών.

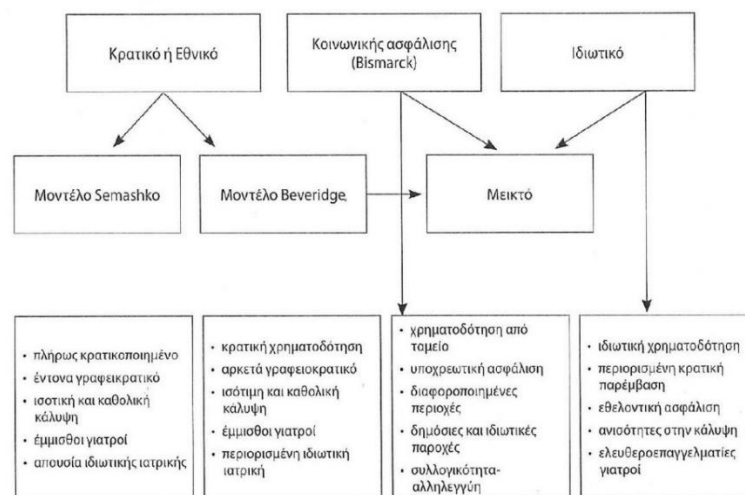
Στα μειονεκτήματα του συστήματος αυτού περιλαμβάνονται, η ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων και οι αυξημένες δαπάνες υγείας λόγω της αυξημένης προσφοράς και ζήτησης ιατρικών υπηρεσιών. Η ΠΦΥ στο ιδιωτικό σύστημα χαρακτηρίζεται από ιδιώτες γιατρούς, οι οποίοι έχουν ιδιωτικά ιατρεία ή απασχολούνται σε πολυϊατρεία, ενώ παράλληλα παρουσιάζει έλλειψη γιατρών και πολλές κενές θέσεις εργασίας. Εστιάζεται στην πρόληψη και στην προαγωγή υγείας και παρουσιάζει υψηλές δαπάνες λόγω υψηλού κόστους περίθαλψης.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα χώρας, στην οποία εφαρμόζεται το ιδιωτικό σύστημα υγείας είναι οι ΗΠΑ, όπου το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας παρέχεται από ιδιωτικούς φορείς, κερδοσκοπικούς και μη ή από συστήματα οργανωμένης φροντίδας «Managed care». Το «Managed care» είναι ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας όπως: υπηρεσίες πρόληψης υγείας, προαγωγής υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας, νοσοκομειακής περίθαλψης και αποκατάστασης και στηρίζεται σε μηνιαία ή ετήσια συνδρομή. Το κράτος καλύπτει μόνο τους φτωχούς και τους ηλικιωμένους, με υπηρεσίες υγείας που παρέχουν αντίστοιχα, τα προγράμματα Medicaid και Medicare (Τούντας, 2008).

Μεικτό σύστημα Υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες, τα συστήματα υγείας τείνουν να παίρνουν μία ενδιάμεση μορφή των βασικών μορφών με αποτέλεσμα να έχουμε τη δημιουργία ενός νέου συστήματος, το μεικτό σύστημα. Σε αυτό το νέο σύστημα, έχουμε τη μίξη χαρακτηριστικών των βασικών συστημάτων, δηλαδή συνύπαρξη του δημοσίου τομέα με τον ιδιωτικό και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Παραδείγματα χωρών που παρουσιάζουν μεικτό σύστημα υγείας είναι η Ελλάδα, η Μεγάλη Βρετανία και οι Σκανδιναβικές χώρες. Σε κάποιες χώρες όπου έχει εφαρμοστεί το μεικτό σύστημα, υπερέιχαν τα πλεονεκτήματα των βασικών μορφών, ενώ σε άλλες τα μειονεκτήματα.

Σχήμα 1: Μορφές Συστημάτων Υγείας

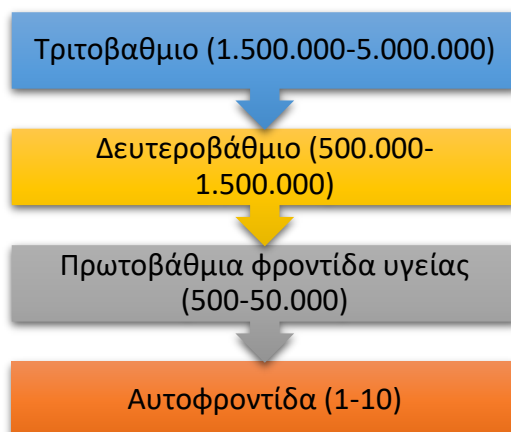


Πηγή: Τούντας (2008)

1.4.2 Τρόπος οργάνωσης της ΠΦΥ στις διάφορες δομές της

Όταν κάνουμε λόγο για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αναφερόμαστε σε τοπικό επίπεδο (επαρχία), με πληθυσμό που κυμαίνεται από 500-50.000 κατοίκους. Στα οργανωμένα συστήματα υγείας, κάθε γιατρός έχει υπ' ευθύνη του 2.500 άτομα, ενώ τα κέντρα υγείας έχουν ως πληθυσμό ευθύνης 50.000 άτομα. Σε πιο επαρχιακές ή αγροτικές περιοχές, ο πληθυσμός ευθύνης ενδεχομένως να αναλογεί σε πολύ μικρότερο αριθμό, ενώ είναι γεγονός ότι σε αυτές τις περιοχές, οι χώροι πρωτοβάθμιας περίθαλψης λειτουργούν με περιορισμούς και ελλείψεις.

Σχήμα 2: Επίπεδα οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας ανά πληθυσμό



Πηγή: Τούντας (2008)

Κάποιες από τις δομές στις οποίες μπορούμε να απευθυνθούμε ώστε να λάβουμε υπηρεσίες τέτοιας μορφής είναι (Λιαρόπουλος, 2010):

Ενισχυμένο ιατρείο (infirmary-ambulatory center)

Πρόκειται για ιατρικές μονάδες οι οποίες βρίσκονται κυρίως σε αγροτικές, επαρχιακές περιοχές. Λειτουργήσαν για πρώτη φορά το 1955, και είναι τα επονομαζόμενα αγροτικά ιατρεία. Στελεχώνονται από έναν γιατρό γενικών καθηκόντων, μία νοσηλεύτρια και μία μαία, και παρέχουν κάλυψη ευρέως φάσματος αναγκών υγείας. Λειτουργούν ως σύνδεσμος με το υπόλοιπο σύστημα υγείας, ενώ παρουσιάζουν το μειονέκτημα ότι ο γιατρός παρουσιάζει ελλιπή κατάρτιση.

Κέντρο υγείας (health center)

Αποτελεί την κύρια μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και βρίσκεται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές, εξυπηρετώντας 10.000-50.000 άτομα. Λειτουργήσαν για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1920, και όλα αυτά τα χρόνια έχουν θεσπιστεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Το κέντρο υγείας στελεχώνεται από διάφορες βασικές ειδικότητες γιατρών, προσφέρει διαγνωστικές υπηρεσίες καθώς επίσης και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, ανήκει επιστημονικά και λειτουργικά σε κάποιο νοσοκομείο, στο οποίο γίνεται διακομιδή περιστατικών. Τέλος, υπάρχει η δυνατότητα υποστήριξης ασθενών μετά από νοσηλεία σε νοσοκομείο και αποκατάστασης.

Άλλα πολυϊατρεία (other outpatient multi-speciality and co-operative service centers)

Σε μεγάλα αστικά κέντρα παρατηρείται ότι τα κέντρα υγείας λειτουργούν και με τη μορφή ενός πολυϊατρείου, όπου υπάρχουν οι περισσότερες ειδικότητες ιατρών ενώ παράλληλα παρέχονται και άλλου είδους υπηρεσίες, όπως διενέργεια εξετάσεων αίματος, αιμοδοσία, προληπτικές υπηρεσίες κ.α. Στην Ελλάδα, χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιας μορφής, είναι τα ιατρεία του ΙΚΑ. Το μειονέκτημα σε αυτές τις δομές είναι ότι πολλές φορές, λόγω πληθώρας κόσμου, δημιουργούνται ουρές αναμονής.

Κινητές μονάδες (mobile units)

Τις συναντάμε κυρίως σε χώρες που βρίσκονται υπό ανάπτυξη ή σε χώρες όπου παρουσιάζονται συγκεκριμένα προβλήματα υγείας. Στελεχώνονται κυρίως με νοσηλευτικό προσωπικό και λοιπό βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό και προσφέρουν υπηρεσίες δημόσιας υγείας και επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας. Η παροχή ιατρικής φροντίδας είναι στοιχειώδης.

Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου (outpatient department)

Αν και υπάρχει η θεωρία ότι τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ανήκουν στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα, υπάρχει ο επιστημονικός αντίλογος, σύμφωνα με τον οποίο ο ρόλος των εξωτερικών ιατρείων δεν είναι η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά είναι κυρίως η διαλογή των παραπεμπόμενων ασθενών και αυτών που εξέρχονται από το νοσοκομείο (Σπάρος, 2001). Υπάρχουν δύο είδη ιατρείων, τα τακτικά, τα οποία αφορούν προγραμματισμένα ραντεβού, και τα έκτακτα, τα οποία αναφέρονται σε μη τακτικά περιστατικά, τα οποία επίσης με τη σειρά τους ανήκουν σε μία άλλη μορφή υπηρεσιών υγείας, και όχι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Κατ' οίκον νοσηλεία

Τα τελευταία χρόνια, έντονη κάνει την παρουσία της στο χώρο της υγείας, η κατ' οίκον νοσηλεία. Ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας, φαίνεται ότι έχει εφαρμοστεί από πολλά ευρωπαϊκά κράτη, προκειμένου να αυξήσουν στο έπακρο την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας και να δώσουν τη

δυνατότητα φροντίδας υγείας και σε άτομα που λόγω εντοπισμένων περιορισμών, δε δύνανται να φτάσουν σε κάποια δομή υγείας.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με αναφορές (Burgess, 1983), λόγοι που οδηγούν στην ανάγκη για παροχή των υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον είναι:

- Η απουσία διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών
- Η αυξητική τάση των χρόνιων νοσημάτων
- Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής
- Ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων
- Ο θετικός αντίκτυπος της θεραπείας σε οικείο περιβάλλον

Επιπλέον, εκτός από τους λόγους που δημιουργούν επιτακτική ανάγκη για φροντίδα του ασθενούς έξω από κάποια δομή υγείας, παρουσιάζονται και πλεονεκτήματα (Λιαρόπουλος, 2010):

- Ο ασθενής δεν έρχεται σε επαφή με το πολλές φορές ψυχρό κλίμα μιας νοσοκομειακής δομής, με αποτέλεσμα να μην αισθάνεται στρες
- Παρέχεται σε όλη την οικογένεια ένα αίσθημα ασφάλειας
- Ο επαγγελματίας υγείας είναι σε θέση να αξιολογήσει το αληθινό οικογενειακό περιβάλλον και να πραγματοποιήσει αγωγή υγείας με βάση τις ανάγκες που διαπιστώνει (κανόνες υγιεινής, διατροφή, διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας)
- Δίνεται η ευκαιρία στον επαγγελματία υγείας να διαπιστώσει προβλήματα ή ανάγκες της οικογένειας, που είτε δεν είχαν γίνει αντιληπτά είτε δεν φανερώθηκαν ποτέ

Στην πραγματικότητα, η παροχή φροντίδας υγείας κατ' οίκον στην Ελλάδα παρουσιάζει πολλές δυσκολίες ως προς την υλοποίησή της, τόσο λόγω έλλειψης προσωπικού, όσο και λόγω έλλειψης κονδυλίων. Ωστόσο, κατά καιρούς γίνονται μεμονωμένες προσπάθειες ορισμένων δήμων και υπηρεσιών υγείας.

Κεφάλαιο 2 : Η ΠΦΥ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο

Η μορφή εξωνοσοκομειακής φροντίδας μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα. Παράγοντες όπως κοινωνικοπολιτικοί, γεωγραφικοί, μορφωτικού επιπέδου, πολιτιστικοί αλλά και οικονομικοί, καθορίζουν τη μορφή της ανοικτής περίθαλψης της εκάστοτε χώρας ή και περιοχής ως προς τις υπηρεσίες που παρέχονται και ως προς τον τρόπο οργάνωσής τους.

Η μορφή που έχει η ΠΦΥ σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, παρουσιάζει διαφορές. Υπάρχουν χώρες όπου η ΠΦΥ βασίζεται στο θεσμό των γενικών γιατρών (Μ. Βρετανία, Ολλανδία, Γαλλία), χώρες όπου η ΠΦΥ παρέχεται κατ' εξοχήν από τα κέντρα υγείας (Ισπανία, Σουηδία), χώρες όπου λειτουργούν παράλληλα και ο θεσμός των γενικών γιατρών και τα κέντρα υγείας και χώρες όπου η ΠΦΥ δεν παρέχεται από γενικούς γιατρούς αλλά από άλλες ειδικότητες γιατρών (χώρες Αν. Ευρώπης) (Philalithis, 2004).

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ στις ευρωπαϊκές χώρες παρέχονται κυρίως από τους γενικούς γιατρούς. Στις χώρες όπου ασκείται ισχυρά ο θεσμός των γενικών γιατρών είναι η Μ. Βρετανία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Νορβηγία και έχουν στόχο τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας. Στις χώρες όπου το σύστημα υγείας στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση (Bismarck), οι γενικοί γιατροί είναι κυρίως ιδιώτες και εργάζονται με δικά τους ιατρεία (solo group). Από την άλλη πλευρά, σε χώρες όπου το σύστημα υγείας βασίζεται στην κρατική χρηματοδότηση, οι ιδιώτες γιατροί αγγίζουν το ποσοστό του 20% (Τούντας, 2008).

2.1 Η ΠΦΥ στη Γερμανία

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας, αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης Bismarck. Θεωρείται το παλαιότερο σύστημα υγείας στην Ευρώπη, καθώς εφαρμόστηκε για πρώτη φορά, στη Γερμανία, επί καγκελαρίου Μπίσμαρκ, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, όταν έγινε υποχρεωτική η ασφάλιση υγείας για κάποιες ομάδες εργαζομένων (Τούντας, 2008). Επιπροσθέτως, η Γερμανία θεωρείται πρωτοπόρος στην ένταξη της κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη.

Σε διάρκεια 130 χρόνων, το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα μεταρρυθμίστηκε πολλές φορές και πλέον θεωρείται από τα πιο ολοκληρωμένα συστήματα υγείας. Χρηματοδοτείται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση (70%), σε μικρότερο βαθμό από ιδιωτικές ασφαλιστικές (13%) και σε πολύ μικρότερο ποσοστό από την κυβέρνηση (7%) (OECD, 2015). Από το 2009 και μετά, η ευθύνη της χρηματοδότησης και της παροχής υπηρεσιών υγείας, έχει περάσει στα χέρια του Κεντρικού Ταμείου Υγείας με αποτέλεσμα να ορίζει το είδος υπηρεσιών υγείας που παρέχονται αλλά και τις τιμές και τα συμβόλαια αποζημίωσης των παρόχων (Τούντας, 2003)(Boerma *et al.*, 2015).

Όταν ξεκίνησε να λειτουργεί το σύστημα υγείας, ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων, ξεπερνούσε τα 20.000, τα οποία όμως με τα χρόνια μειώθηκαν και συγχωνεύτηκαν. Από το 2011 και μετά υπάρχουν 136 ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο σε θέματα που αφορούν την ασφάλιση αλλά και την αποζημίωση των προμηθευτών, και 17 περιφερειακές ενώσεις των γιατρών που είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία στην πλευρά της ζήτησης (Boerma *et al.*, 2015). Όσον αφορά τα ασφαλιστικά ταμεία, πρόκειται για αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, οι οποίοι ασφαλίζουν ομάδες ατόμων που ασκούν το ίδιο επάγγελμα ή και διαμένουν στην ίδια γεωγραφική περιοχή. Για κάθε ασφαλιστικό ταμείο, καθορίζεται το ύψος των εισφορών, οι οποίες είναι υποχρεωτικές τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τους εργοδότες.

Είναι φανερό ότι κάποιοι παράγοντες όπως, η εκβιομηχάνιση, οι πόλεμοι, η άνοδος του πλούτου, οι κάμψεις στην οικονομία, η ανεργία, διάφορα οικονομικά και πολιτικά συμφέροντα και πολλά άλλα, είχαν άλλοτε θετικό και άλλοτε αρνητικό αντίκτυπο στην πορεία ανάπτυξης του συστήματος υγείας και διαμόρφωσαν τα επιμέρους χαρακτηριστικά του (Πολύζος, 2013). Στη Γερμανία η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική, για όποιον κατοικεί μόνιμα εκεί, είτε πρόκειται για δημόσιο τομέα υγείας, είτε για ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, είτε και για συνδυασμό και των δύο. Για όσους εργαζόμενους το εισόδημα είναι κάτω των 50.000 ευρώ, δικαιούνται δωρεάν ασφάλιση υγείας. Από την άλλη πλευρά, για εκείνους που το εισόδημά τους ξεπερνά τα 50.000 ευρώ, έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν να ασφαλιστούν είτε στα δημόσια ταμεία ασφάλισης, είτε σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Υπολογίζεται ότι το 90% του πληθυσμού της Γερμανίας καλύπτεται από δημόσιο σύστημα υγείας, ενώ το υπόλοιπο 10% επιλέγει ασφάλιση μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών

(Πολύζος, 2013). Για το έτος 2013, ο δείκτης ΑΕΠ για τον τομέα της υγείας είναι 11,3, όπου το 73% είναι δημόσιες δαπάνες και το 58% δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης.

Όσον αφορά τους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, το 50% εξ' αυτών είναι γενικοί, οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι πραγματοποιούν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία, της εκάστοτε περιφέρειας στην οποία ανήκουν, πληρώνοντας την προϋπόθεση ότι κατέχουν κατ' ελάχιστο τρία έτη ειδικής εκπαίδευσης. Η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, εκ των οποίων το 75% έχουν δικό τους ιατρείο (*solo practice*), το 25% εργάζεται μαζί με άλλους γιατρούς (*group practice*) και το υπόλοιπο 5% έχει τη δυνατότητα να θεραπεύει τους ασθενείς του σε νοσοκομείο (Τούντας, 2008).

Στο γερμανικό σύστημα υγείας δεν υπάρχει αυστηρό σύστημα "πυλωρού" (Πετρέλης and Δομάγερ, 2016). Προκειμένου να προβούν οι πολίτες σε εγγραφές σε σχήματα οικογενειακής ιατρικής, δίνονται κάποια κίνητρα. Υπάρχει ελεύθερη επιλογή γενικού γιατρού αλλά και άλλης ειδικότητας γιατρού από μία λίστα συμβεβλημένων ιατρών με το ταμείο τους, ενώ η επίσκεψη στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων απαιτεί προϋποθέσεις. Παρά την ελευθερία όμως στην επιλογή του οικογενειακού γιατρού, υπάρχει ο περιορισμός ότι δεν μπορεί να γίνει αλλαγή του οικογενειακού γιατρού αν δεν παρέλθει η οικονομική περίοδος που διανύεται.

Το γερμανικό σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής υγείας, οδοντιατρικής φροντίδας και άλλες όπως φυσικοθεραπείες, κατ' οίκον επισκέψεις, συνταγογράφηση φαρμάκων και διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα (Τούντας, 2003) (Mossialos *et al.*, 2015).

Αναφορικά με το σύστημα παραπομπών σε γιατρό άλλης ειδικότητας, αυτή γίνεται μόνο από τον οικογενειακό γιατρό, παράλληλα όμως υπάρχει και το δικαίωμα αυτοπαραπομπής του ασθενή. Ο οικογενειακός γιατρός, εκτός από τις υπόλοιπες υπηρεσίες που παρέχει, όταν βρίσκεται σε εφημερία, παρέχει και υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών.

Η αμοιβή των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, γενικών και άλλων ειδικοτήτων, υπολογίζεται κατά πράξη και προέρχεται μέσα από μία διαδικασία δύο σταδίων. Αρχικά, τα ασφαλιστικά ταμεία αποζημιώνουν τις ενώσεις των γιατρών και αυτά με τη σειρά τους αποζημιώνουν τους γιατρούς.

Από το 2004, επιτρέπεται η λειτουργία πολυκλινικών με αντικείμενο την ΠΦΥ, η οποία περιλαμβάνει στο σύνολό της υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας, οδοντιατρική φροντίδα, φυσικοθεραπείες, φάρμακα, νοσηλεία κατ' οίκον και διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

2.2 Η ΠΦΥ στη Μεγάλη Βρετανία

Η Μεγάλη Βρετανία αποτελεί το αρχέτυπο του συστήματος υγείας τύπου Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (NHS) ιδρύθηκε το 1947 και διοικείται κεντρικά από εκτελεστική επιτροπή και γενικό διευθυντή. Ήταν το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, το οποίο παρείχε καθολική κάλυψη αναγκών υγείας, με χρηματοδότηση αποκλειστικά από το κράτος και καθόλου από την κοινωνική ασφάλιση (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001b). Αν και τα τελευταία χρόνια έχει χάσει την αίγλη που παρουσίαζε, αξίζει να σημειωθεί ότι αποτελούσε για πολλές δεκαετίες ένα μοντέλο-πρότυπο για πολλά συστήματα υγείας και παράλληλα έδωσε την έμπνευση σε πολλές χώρες για μεταρρυθμιστικές κινήσεις (Πολύζος, 2013).

Η χρηματοδότησή του βασίζεται κυρίως στην κρατική φορολογία (περίπου το 80%) ενώ επικρατεί και ένα πολύ μικρό ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών (20%). Η συμμετοχή στο NHS είναι υποχρεωτική ενώ η ιδιωτική ασφάλεια απλά συμπληρώνει το NHS.

Το Υπουργείο Υγείας διαμορφώνει την πολιτική υγείας και προΐσταται του NHS (Μπαρδής, 2006). Υπάρχουν 10 Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities- RHAs), οι οποίες αποτελούν τη “συνέχεια” του Υπουργείου Υγείας και είναι υπεύθυνες για τον σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities- DHAs) οι οποίες αποτελούν το τρίτο σκαλοπάτι του NHS.

Οι Υγειονομικές Επαρχίες (DHAs) είναι συνολικά 151 και εξυπηρετούν περίπου 350.000 άτομα η καθεμία. Αρμοδιότητά τους είναι η παροχή φροντίδας υγείας σε όλο το πληθυσμό ευθύνης τους (Θεοδώρου, Σαρρής and Σούλης, 2001b). Το 1997, ένα κύμα μεταρρυθμίσεων, άλλαξε το NHS ως προς τη δομή του και σταδιακά οι Υγειονομικές Περιφέρειες (RHAs) μετατράπηκαν σε Διευθύνσεις Υγείας (Strategic Health Authorities- SHAs) και οι Υγειονομικές Επαρχίες (DHAs) σε Οργανισμούς

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Trusts- PCTs). Τα PCTs επιβλέπονται από τα SHAs ενώ λογοδοτούν στο Υπουργείο Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας με τη σειρά του, κατανέμει το 80% του προϋπολογισμού υγείας κατευθείαν στα PCTs, τα οποία προβαίνουν σε αγορές υπηρεσιών υγείας τόσο από προμηθευτές του δημοσίου τομέα όσο και του ιδιωτικού τομέα μέσω συμβολαίων (Boyle, 2011).

Η ΠΦΥ του συστήματος υγείας της Μ. Βρετανίας χαρακτηρίζεται από τον θεσμό των γενικών γιατρών (General Practitioners, GP's) και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping). Μέσω του gatekeeping γίνεται έλεγχος της πρόσβασης σε άλλους εξειδικευμένους γιατρούς που παρέχουν κατά κανόνα υπηρεσίες από τα νοσοκομεία (Boyle, 2011). Οι γενικοί γιατροί του NHS καλύπτουν τις ανάγκες του μεγαλύτερου ποσοστού του πληθυσμού. Ωστόσο, υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται και από άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλεύτες, φυσιοθεραπευτές, οδοντιάτρους, κ.α. Συμπληρωματικό ρόλο στην ΠΦΥ έχουν γυναικολόγοι, ψυχίατροι, ορθοπαιδικοί και τα NHS Direct καθώς και τα 90 Walk-in κέντρα, τα οποία παρέχουν πρώτες βοήθειες όλο το χρόνο (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016).

Η ευθύνη και ο συντονισμός των υπηρεσιών ΠΦΥ γίνεται από τους Οργανισμούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Trusts, PCTs), οι οποίοι διασφαλίζουν την πρόσβαση του εγγεγραμμένου πληθυσμού σε αυτές. Επιπροσθέτως, στις αρμοδιότητες των PCTs είναι η επίβλεψη του τρόπου υπολογισμού της αμοιβής των επαγγελματιών υγείας, ο οποίος προκύπτει συνδυαστικά, αξιολογώντας κάποια κριτήρια όπως το δημογραφικό προφίλ των ασθενών, τα κοινωνικά στρώματα της εκάστοτε περιοχής, το αν μία περιοχή είναι απομονωμένη ή όχι, την επιθυμία ενός γιατρού για νυχτερινή απασχόληση.

Σχετικά με τη χρηματοδότηση της ΠΦΥ, γίνεται κυρίως μέσω του NHS, καθώς οι αμοιβές των GPs προέρχονται από την κρατική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση και ένα πολύ μικρό μέρος από ιδιωτικές πληρωμές και την ιδιωτική ασφάλιση.

Οι γενικοί γιατροί παρέχουν ένα μεγάλο εύρος υπηρεσιών υγείας, δηλαδή πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία στους εγγεγραμμένους ασθενείς τους και επίσης όταν κρίνεται απαραίτητο τους παραπέμπουν σε νοσοκομείο ή κλινική του NHS. Για κάθε GP αναλογούν περίπου 1.500 ασθενείς. Οι γενικοί γιατροί είναι ιδιώτες και παρέχουν τις υπηρεσίες τους είτε στα ιδιωτικά ιατρεία τους (solo practice) είτε σε ομαδικά

ιδιωτικά γενικά ιατρεία (group practice), όπου συστεγάζεται ομάδα γιατρών και λειτουργούν σαν μικρές επιχειρήσεις. Αυτά στελεχώνονται με ειδικευμένες νοσηλεύτριες, διοικητικό προσωπικό υποστήριξης και έναν διοικητή μερικής απασχόλησης. Υπάρχει ελευθερία στην επιλογή γενικού γιατρού, τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές, με τη διαφορά ότι στις αγροτικές περιοχές η επιλογή είναι πιο περιορισμένη.

Η επιλογή του γενικού γιατρού, βασίζεται σε γεωγραφικά κριτήρια, δηλαδή κάθε πολίτης έχει δικαίωμα να επιλέξει κάποιον γιατρό, που βρίσκεται στο ευρύτερο πλαίσιο της περιοχής του. Επίσης, οι περισσότεροι από τους πολίτες καταλήγουν να αναπτύσσουν μία μακροχρόνια σχέση με τον οικογενειακό τους γιατρό (Busse and Blumel, 2014). Οι γενικοί ιατροί είναι διαθέσιμοι όλο το εικοσιτετράωρο και είναι υπεύθυνοι για προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας (Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012) (Sean B, 2011)

Επίσης, δεν είναι μισθωτοί υπάλληλοι αλλά θεωρούνται ανεξάρτητοι επαγγελματίες, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τα PCTs από τα οποία και αμείβονται. Η αμοιβή τους βασίζεται στον αριθμό εγγεγραμμένων τους (αμοιβή κατά κεφαλήν) και μπορεί να έχει και τη μορφή πριμ όταν παρέχονται ειδικές υπηρεσίες που πληρούν τις προδιαγραφές συγκεκριμένων πολιτικών υγείας. Για νυχτερινές κατ' οίκον επισκέψεις, οι γενικοί γιατροί πληρώνονται κατά πράξη.

Με τη μεταρρύθμιση του 1991, ο προϋπολογισμός υγείας πέρασε στα χέρια των οικογενειακών γιατρών (GP Fundholders) για την αγορά ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας (φάρμακα κλπ), με αποτέλεσμα η ευθύνη των αποφάσεων να μεταφερθεί από τους νοσοκομειακούς γιατρούς στους γιατρούς της ΠΦΥ. Αν οι συνολικές δαπάνες είναι λιγότερες από τον προϋπολογισμό, τότε οι GPs χρησιμοποιούν το πλεόνασμα για βελτίωση του ιατρείου τους (Boyle, 2011; Senior, 2012; Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012).

2.3 Η ΠΦΥ στη Σουηδία

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας είναι τύπου Beveridge. Αποτελείται από 21 περιφερειακά συμβούλια και 290 δήμους με μεγάλες εξουσίες, δηλαδή ευθύνη για την οργάνωση διοίκησης, χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας. Η

Σουηδία κατέχει ένα πολύ καλά οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, το οποίο βασίζεται στην εγγύτητα, την ευκολία στην πρόσβαση, στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει, στην συνοχή και στην ασφάλεια (GLENNGÅRD *et al.*, 2005; AHGREN, 2010). Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον γιατρό της επιλογής τους και να εγγραφούν είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό φορέα, που να είναι πιστοποιημένος από τα νομαρχιακά συμβούλια. Σύμφωνα με τον νόμο «Family Doctor Act» (1994), κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον γιατρό της προτίμησής του, εντός της περιοχής ευθύνης του νομαρχιακού συμβουλίου που ανήκει, έχοντας όμως τον περιορισμό ότι δεν μπορεί να αναιρέσει την επιλογή του εύκολα (Μωραΐτης *et al.*, 1995; Hanning, 1996).

Στο σύστημα της Σουηδίας, πέρα από την εγγραφή, δεν υπάρχει αυστηρό σύστημα «gatekeeping», συνεπώς οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να έρθουν αμέσως σε επαφή με κάποιον ειδικό γιατρό.

Υπάρχουν 1200 κέντρα υγείας, το 1/3 των οποίων είναι ιδιωτικά, με γενικούς γιατρούς, νοσηλεύτριες, μαίες, και φυσικοθεραπευτές (ANELL, ROSÉN and HJORTSBERG, 1996; Lister, 2008). Το σύστημα ΠΦΥ, περιλαμβάνει υπηρεσίες που δεν απαιτούν ανεπτυγμένο ιατρικό εξοπλισμό και έχει στόχο την καθοδήγηση του ασθενούς στο σωστό επίπεδο φροντίδας μέσα στο σύστημα υγείας. Επιπλέον, πολλές φορές συναντάμε και ειδικότητες όπως γυναικολόγοι, παιδίατροι, ορθοπαιδικοί και ψυχίατροι. Οι επαγγελματίες υγείας σε αυτό το επίπεδο φροντίδας παρέχουν υπηρεσίες όπως θεραπεία, συμβουλευτική και πρόληψη. Για εμβολιασμούς, έλεγχο της κατάστασης της υγείας και απεικονιστικές ή διαγνωστικές εξετάσεις, παρέχονται ειδικά κέντρα (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001a).

Η πιο συνηθισμένη μορφή ΠΦΥ στη Σουηδία είναι μία ομάδα βασισμένη σε 4 έως 6 γενικούς γιατρούς, η οποία συμπληρώνεται με άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας. Στο σύστημα υγείας της Σουηδίας, σε κάθε γενικό γιατρό αναλογούν 2.500 κάτοικοι. Οι γενικοί γιατροί συνήθως αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας για ενήλικες και ηλικιωμένους οι οποίοι έχουν κυρίως προβλήματα υγείας παθολογικής φύσεως και σε μικρότερο βαθμό προβλήματα ψυχικής υγείας. Όσοι πάσχουν από σοβαρά νοσήματα ψυχικής υγείας, αναζητούν φροντίδα άμεσα από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Σε πολλές περιπτώσεις ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί επίσης το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας για τα παιδιά παρόλο που αυτό πραγματοποιείται από τους παιδίατρους καθώς και από εξειδικευμένες νοσηλεύτριες. Οι εξειδικευμένες νοσηλεύτριες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο σύστημα υγείας καθώς πολλές από τις πρώτες επαφές με το σύστημα υγείας εναπόκεινται στην αρμοδιότητά τους. Άλλη μια αρμοδιότητα των εξειδικευμένων νοσηλευτριών, είναι ότι πραγματοποιούν τακτικές κατ' οίκον επισκέψεις ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους. Βέβαια, έχουν μειωμένα δικαιώματα ως προς την συνταγογράφηση φαρμάκων, δεν έχουν αποκλειστική ευθύνη χορήγησης φαρμάκων και δρουν πάντα υπό την επίβλεψη κάποιου γιατρού.

Προκειμένου να ελαττωθεί το κύμα προσέλευσης στα νοσοκομεία, εφαρμόζεται μία πολιτική, η οποία έχει ως στόχο να αποτρέπει τους ασθενείς να τα επισκέπτονται. Πιο συγκεκριμένα, έχει εφαρμοσθεί αύξηση του εισιτηρίου στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, όπως επίσης και του χρόνου αναμονής (Πετρέλης και Δομάγερ, 2016). Το 2005, τέθηκε σε εφαρμογή ο κανόνας «0-7-90-90», σύμφωνα με τον οποίο, ο ασθενής έρχεται σε χρόνο "0" σε επαφή με το σύστημα υγείας, σε 7 μέρες σε επαφή με γενικό γιατρό, σε 90 μέρες σε επαφή με ειδικό γιατρό και τέλος μεσολαβεί ένα διάστημα αναμονής από τη διάγνωση μέχρι τη θεραπεία 90 ημερών (GLENNGÅRD *et al.*, 2005; Γιανασμίδης και Τσιαούση, 2012).

Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης του συστήματος προέρχεται από την κρατική φορολογία (84%) ενώ ένα μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 15% μέσω ιδιωτικής ασφάλισης (*out-of-pocket*) (OECD, 2015). Ανάλογα με το είδος της υπηρεσίας που θα λάβει ο εξυπηρετούμενος, δηλαδή υπηρεσίες ΠΦΥ, υπηρεσίες κατ' οίκον, συνταγογράφηση κ.α., υπάρχει και αντίστοιχη χρέωση από το σύστημα υγείας. Αντίθετα, όταν πρόκειται για κάποιο χρόνιο νόσημα, υπάρχει ένα ανώτατο όριο συμμετοχής, ενώ μέχρι και το εικοστό έτος της ηλικίας δεν υπάρχουν χρεώσεις.

Το 15% των γιατρών είναι ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι έχουν συνάψει συμβάσεις είτε με το δημόσιο είτε με τον ιδιωτικό τομέα, ενώ οι υπόλοιποι είναι έμμισθοι υπάλληλοι, οι οποίοι εργάζονται έως και 40 ώρες την εβδομάδα και η αμοιβή τους προέρχεται από τα νομαρχιακά συμβούλια ή αμείβονται κατά κεφαλήν (αυτό αφορά κυρίως τους γενικούς γιατρούς) (Wolper, 2001). Όσον αφορά τους ιδιώτες γιατρούς, όσοι είναι συμβεβλημένοι με τα νομαρχιακά συμβούλια, αμείβονται κατά πράξη (Τούντας, 2003).

2.4 Η ΠΦΥ στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ)

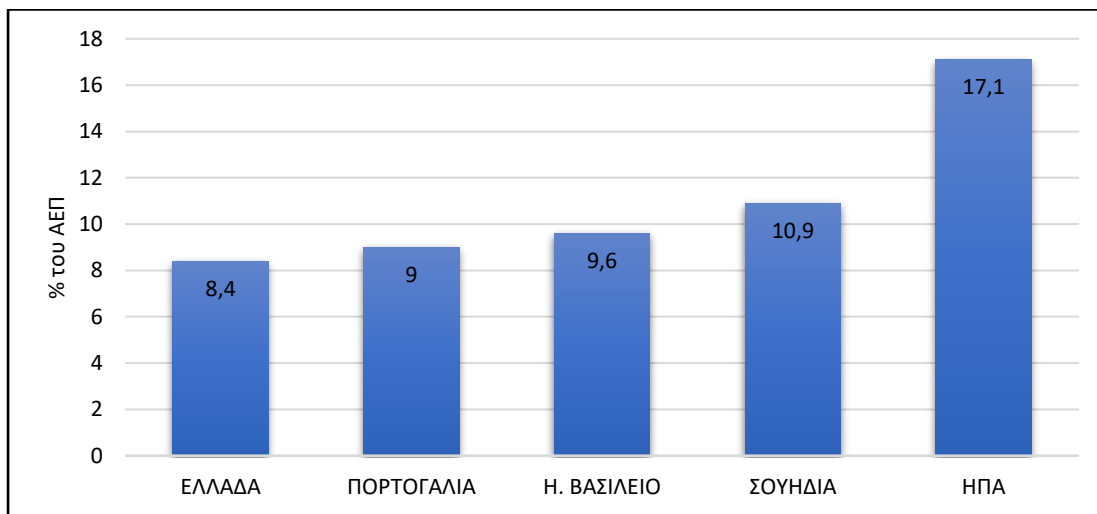
Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ, παρουσιάζει εξίσου δυνατά αλλά και αδύναμα στοιχεία. Θεωρείται ένα από τα πιο ακριβά συστήματα παγκοσμίως και αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα του φιλελεύθερου-ιδιωτικού μοντέλου, τόσο στον τομέα των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, όσο και στον οικονομικό τομέα.

Πιο συγκεκριμένα, στο αμερικανικό υγειονομικό σύστημα υπερισχύουν οι νόμοι της ελεύθερης αγοράς, περιορίζοντας έτσι σημαντικά την παρέμβαση του κράτους. Αυτή η συνθήκη αντιπαραβάλλεται στο δικαίωμα που έχει ο καθένας για υγεία, καθώς στην αμερικανική κοινότητα η υγεία αποτελεί δικαίωμα όχι του κάθε πολίτη, αλλά όποιου έχει την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθει σε αυτήν.

Επιπλέον, άλλο ένα στοιχείο που παρουσιάζεται έντονα στο αμερικάνικο σύστημα υγείας είναι ότι η ασφάλιση υγείας δεν είναι υποχρεωτική, ενώ αντίθετα αποτελεί προσωπική ευθύνη του καθενός. Είναι γεγονός ότι ένας στους 6 Αμερικάνους είναι ανασφάλιστος (Rice *et al.*, 2013). Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι περισσότεροι Αμερικάνοι πολίτες, ασφαλίζονται από τους εργοδότες τους, σε κάποια ασφαλιστική εταιρεία ή σε κάποιο πρόγραμμα υγείας (HMOs-PPOs), ενώ αντιθέτως όσοι είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ή απασχολούνται μερικώς, καλούνται να επιλέξουν μόνοι τους από την ελεύθερη αγορά το πακέτο εκείνο που κρίνουν ότι καλύπτει εκείνους αλλά και την οικογένειά τους και να επωμιστούν το κόστος οι ίδιοι αποκλειστικά. Όμως, επειδή αρκετοί αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά ή είναι υγιείς και νέοι επιλέγουν να μείνουν ανασφάλιστοι. Με αυτό τον τρόπο, προβαίνουμε στο συμπέρασμα ότι στην Αμερική, η συνθήκη των εθνικών συστημάτων για καθολική, ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των πολιτών δεν ισχύει (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001a).

Ως προς την χρηματοδότηση του συστήματος, το μεγαλύτερο μέρος των πόρων υγείας, προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές, δηλαδή από ασφαλιστικές εταιρείες ή ακόμα και από την συμμετοχή των ασθενών και το υπόλοιπο από δημόσιες δαπάνες, δηλαδή από την ομοσπονδιακή και τις πολιτειακές κυβερνήσεις. Οι ΗΠΑ ξοδεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ τους, στο χώρο της υγείας, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες. Πιο συγκεκριμένα, το 2017, οι δαπάνες υγείας άγγιξαν το 17,1% του ΑΕΠ τους (OECD, 2017).

Διάγραμμα 1 : Δαπάνες Υγείας 2017 (% ΑΕΠ)



Πηγή: OECD (2019)

Το σύστημα υγείας της Αμερικής αποτελεί ένα χαλαρά, σε περιφερειακό επίπεδο, δομημένο σύστημα, όπου οι υπηρεσίες υγείας στηρίζονται κυρίως στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και επικρατούν πολλές υγειονομικές ανισότητες. Αν και οι δαπάνες υγείας είναι υψηλές, η Αμερική δεν παρουσιάζει καλούς δείκτες υγείας. Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υψηλές δαπάνες υγείας δεν συνεπάγονται και “καλή υγεία”.

Η συμμετοχή του κράτους περιορίζεται στην χρηματοδότηση, εν μέρει ή πλήρως, προγραμμάτων όπως είναι τα Medicare και Medicaid. Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα Medicare απευθύνεται σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρικές δυσκολίες που χρήζουν βοήθειας, ενώ το Medicaid σε άνεργους και φτωχούς. Επιπλέον, η κυβέρνηση χρηματοδοτεί και άλλους οργανισμούς που σχετίζονται με τα εξής θέματα: δημόσια υγεία (ναρκωτικά, αλκοόλ, λοιμώδης νόσοι, κ.α.) και εκπαίδευση, μητρότητα και παιδί και μετανάστες. Αξίζει να σημειωθεί, ότι τα προγράμματα Medicare και Medicaid, παρέχουν με τη σειρά τους, άμεσα ή έμμεσα, οικονομικούς πόρους σε κάποια νοσοκομεία που εμφανίζουν χαρακτήρα μη κερδοσκοπικό.

Στην βαθμίδα της ΠΦΥ, η πλειοψηφία των γιατρών είναι ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους από τα ιδιωτικά τους ιατρεία. «Τα τελευταία όμως χρόνια, παρουσιάζεται μία προσπάθεια για δημιουργία Κέντρων Υγείας, ειδικών

κέντρων, χειρουργείων και κλινικών ημέρας και κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού» (Wieners, 2001). Επίκεντρο της ΠΦΥ, είναι η πρόληψη και η προαγωγή υγείας.

Κεφάλαιο 3: Η ΠΦΥ στην Ελλάδα

3.1. Ιστορική Αναδρομή

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα, όλα αυτά τα χρόνια εξελισσόταν και διαμορφωνόταν σύμφωνα με τις εκάστοτε συνθήκες του κράτους, δηλαδή, ανάλογα με την οικονομική, πολιτική και κοινωνική κατάσταση της χώρας, τους εμφύλιους πολέμους, την ύπαρξη δικτατορίας, κ.α., παράγοντες δηλαδή, οι οποίοι επέδρασαν αρνητικά και οδήγησαν το σύστημα υγείας σε κακή κατάσταση, τόσο στο κομμάτι της οργάνωσης της δομής του και της χρηματοδότησης όσο και στο κομμάτι της παροχής υπηρεσιών. Αν και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ώστε το ελληνικό σύστημα υγείας να ανακάμψει και να αναδομηθεί, τα αποτελέσματα δεν έχουν φέρει ακόμα ένα σωστά δομημένο και οργανωμένο σύστημα υγείας, όπως υφίσταται και λειτουργεί σε άλλες χώρες.

Για το χρονικό διάστημα από την εμφάνιση του ελληνικού κράτους έως και τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η ΠΦΥ στην Ελλάδα εστίαζε στο κομμάτι της αντιμετώπισης των λοιμωδών νόσων και της έξαρσης των επιδημιών. Σημαντική παρέμβαση, για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ήταν η ψήφιση του νομοσχεδίου «περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας» το 1923, το οποίο προέβλεπε τη λειτουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, φέρνοντας έτσι στο προσκήνιο την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας στις μη αστικές περιοχές (Ζηλίδης, 1988). Άλλη παρέμβαση, ήταν η ψήφιση του 6298 νόμου το 1934, ο οποίος όριζε την δημιουργία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), το οποίο με το πέρασμα των χρόνων κατέληξε να παράγει το μεγαλύτερο ποσοστό υπηρεσιών υγείας, με χαρακτήρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε αστικές περιοχές. Δυναμικό χαρακτήρα είχε και η ψήφιση του Α.Ν. 965/37, που όριζε την δημιουργία πολυϊατρείων στις αστικές περιοχές και υγειονομικών σταθμών στις αγροτικές (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001a).

Όσον αφορά την μεταπολεμική περίοδο, σημειώνεται αύξηση στον ρυθμό ανάπτυξης της κοινωνικής ασφάλισης, καταλήγοντας σε ένα όχι και τόσο εύφορο περιβάλλον για την ανάπτυξη της ΠΦΥ, καθώς δημιουργήθηκαν πολλά και μικρά ασφαλιστικά ταμεία, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες ΠΦΥ να παρέχονται από ετερόκλητους φορείς (Μωραΐτης και συν, 1995). Επιπλέον, το κράτος κάνει έντονη την παρουσία του,

πραγματοποιώντας έρευνες, συζητήσεις αλλά και νομοθετικές παρεμβάσεις, οι κυριότερες από τις οποίες είναι οι εξής:

- **1953** : ψήφιση του Ν.Δ. 25912 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», που όριζε τη δημιουργία των υγειονομικών περιφερειών και υγειονομικών συμβουλίων και την συγκρότηση της ΠΦΥ με την ύπαρξη υγειονομικών κοινοτικών δομών στις αγροτικές περιοχές.
- **1955** : ψήφιση του νόμου 3487 «περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών», που όριζε την παροχή υπηρεσιών υγείας στον αγροτικό πληθυσμό
- **1960** : απόπειρα εισαγωγής του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στο ήδη εδραιωμένο σύστημα πολυϊατρείων του ΙΚΑ, η οποία αποδείχθηκε εν μέρει επιτυχημένη, καθώς υπήρχαν πολλές αδυναμίες προς την υλοποίηση της
- **1961** : ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), με την ψήφιση του νόμου 4169, με σκοπό την ασφάλιση των αγροτών
- **1968** : ψήφιση του Ν.Δ. 67, που υποχρεώνει τους απόφοιτους των ιατρικών σχολών να “υπηρετήσουν” για ένα χρόνο, σε υπαίθριες περιοχές, προκειμένου να ενισχυθεί η στελέχωση των αγροτικών ιατρείων
- **1969** : έρχεται ξανά στο προσκήνιο ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, μέσα από το σχέδιο του τότε Υπουργού Υγείας, Λ. Πάτρα, «Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής», με σκοπό την ίδρυση ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- **1976** : αποτελέσματα έρευνας του ΚΕΠΕ στο χώρο της υγείας, ανέδειξαν ότι για την ενίσχυση της ΠΦΥ, ήταν αναγκαία η ύπαρξη ενός ενιαίου ταμείου υγείας
- **1980** : καταψηφίζεται το προτεινόμενο νομοσχέδιο του Δοξιάδη, για εθνικό σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένου και ενίσχυση της ΠΦΥ
- **1983** : ψήφιση του νόμου 1397, όπου ιδρύεται το ΕΣΥ, ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, με έμφαση στην ΠΦΥ και παροχή υπηρεσιών υγείας από γενικούς γιατρούς σε κέντρα υγείας (170 κέντρα υγείας) (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001a)

3.2 Τρέχουσα κατάσταση

Η ίδρυση του νόμου 1397/83, στάθηκε πρόδρομος για την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, με κέντρο αναφοράς την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία θα παρεχόταν από κέντρα υγείας και γενικούς γιατρούς. Αυτό το βήμα, έγινε με επιτυχία στις μη αστικές περιοχές, καθώς ιδρύθηκαν σε μεγάλο αριθμό κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία, προς κάλυψη των αναγκών των πολιτών, τα οποία λειτουργούν και βοηθούν την κατάσταση στις αγροτικές περιοχές έως και σήμερα.

Αντίθετα, δεν μπορούμε να πούμε ότι συνέβη το ίδιο και στις αστικές περιοχές. Πιο συγκεκριμένα, τα προβλεπόμενα από τον νόμο κέντρα υγείας δεν ιδρύθηκαν, με αποτέλεσμα να επικρατήσει κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας και τελικά να παρέχονται από πλήθος φορέων υγείας, δημιουργώντας έτσι ένα κλίμα ανισοτήτων.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αυτή την στιγμή στην Ελλάδα, παρέχεται μέσα από μία μίξη υπηρεσιών δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχουν 3 μοντέλα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Economou *et al.*, 2017):

1. ΠΦΥ μέσω του ΕΣΥ:

Περιλαμβάνει κέντρα υγείας μη αστικού τύπου, τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β)

2. ΠΦΥ μέσω της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ):

Περιλαμβάνει κλινικές και υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας από τις αρχές και τις οργανώσεις πολιτών της κοινότητας, δωρεάν. Απευθύνεται κυρίως σε ανασφάλιστο πληθυσμό, όπως επίσης και σε πρόσφυγες και μετανάστες.

3. ΠΦΥ μέσω του ιδιωτικού τομέα:

Περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς (οι οποίοι κατέχουν ιδιωτικά ιατρεία), εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά νοσοκομεία. Η πληρωμή στους ιδιωτικούς φορείς, όταν δεν υπάρχει σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, γίνεται είτε μέσω άμεσης πληρωμής, είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης.

Καθώς ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας δεν εγκαταστάθηκε ποτέ μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει και σύστημα παραπομπής, διότι οι γιατροί με το πέρασμα των χρόνων που παρείχαν υπηρεσίες ΠΦΥ ήταν εξειδικευμένοι γιατροί. Το 2006, από 59.571 γιατρούς συνολικά, μόνο 1.540 ήταν γενικοί γιατροί, δηλαδή μόνο το 2,6 %. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ειδικότητα της γενικής ιατρικής, εισήχθη στις ιατρικές σχολές στην Ελλάδα το 1987 και απαιτεί 3 χρόνια επιπλέον εκπαίδευσης. Ωστόσο, η πλειοψηφία των αποφοίτων ιατρικής επιλέγει να ειδικευτεί σε άλλες ειδικότητες της ιατρικής επιστήμης (Econoμου, 2010).

3.2.1 Μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας

Η ύπαρξη των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση στην ΠΦΥ. Επί σειρά ετών, ο μεγαλύτερος φορέας κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, ήταν το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων- Ενιαίο Ταμείο Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), ο οποίος ιδρύθηκε το 1934. Για πολλές δεκαετίες παρείχε στους ωφελούμενούς του, ένα ευρύ δίκτυο μονάδων υγείας, το οποίο πλέον έχει συγχωνευθεί με το ΕΣΥ και τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Από 1/1/2017 και μετά, τα δεδομένα αλλάζουν και με βάση τον νόμο 4387/2016 (Α85, 2016), το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εντάσσεται στον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Ο ΕΦΚΑ αποτελεί την συγχώνευση όλων των ασφαλιστικών φορέων που υπήρχαν στην χώρα (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΕΤΑΤ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΝΑΤ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, ΕΤΑΑ) με σκοπό την απλούστευση των διαδικασιών ασφάλισης και την πιο εύρυθμη λειτουργία του ασφαλιστικού συστήματος με τη βοήθεια και χρήση της τεχνολογίας και νέων εφαρμογών. Πλέον όλοι οι εργαζόμενοι, είτε μισθωτοί, είτε αυτοαπασχολούμενοι, ασφαλίζονται και καταβάλλουν τις εισφορές τους στον ΕΦΚΑ και συνταξιοδοτούνται από αυτόν (ΕΦΚΑ, 2017).

Η ενσωμάτωση όλων των ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥΥ το 2011, αποτέλεσε ορόσημο στην ιστορία της ΠΦΥ.

Επιπρόσθετη μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, έλαβε χώρα το 2014, με την εφαρμογή του νόμου 4238/2014, ο οποίος όριζε ότι όλες οι δομές ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ και τα αστικά Κέντρα Υγείας θα βρίσκονται υπό την δικαιοδοσία των Υγειονομικών Περιφερειών Ελλάδας (ΥΠΕ) και των αντίστοιχων Πρωτοβάθμιων

Εθνικών Δικτύων Υγείας (ΠΕΔΥ). Ο σκοπός αυτής της μεταρρύθμισης ήταν η λειτουργία των δομών σε εικοσιτετράωρη βάση και επτά μέρες την εβδομάδα.

Επιπλέον, ο νόμος όριζε και την εφαρμογή ενός νέου συστήματος ΠΦΥ, το οποίο στηριζόταν στον θεσμό του οικογενειακού γιατρού, το οποίο τελικά μπήκε σε εφαρμογή το 2017. Μέχρι τότε, καθώς δεν υπήρχε «σύστημα ελέγχου» των υπηρεσιών υγείας, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονταν από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και όχι από γενικούς γιατρούς όπως είχε σχεδιαστεί. Σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Εταιρείας (ΕΛΣΤΑΤ), το 2014 από τους 68.807 γιατρούς, μόνο οι 2.626 ήταν γενικοί γιατροί, δηλαδή το 3,8% (Economidou *et al.*, 2017).

3.2.2 ΠΦΥ μέσω του ΕΣΥ

Στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, παρέχονται κυρίως από ένα δίκτυο 205 Κέντρων Υγείας, τα οποία είναι στελεχωμένα με γενικούς γιατρούς, ειδικευμένους γιατρούς, όπως παιδίατρος, γυναικολόγους, ορθοπαιδικούς, οφθαλμιάτρος, ουρολόγους, οδοντιάτρος, γενικούς χειρουργούς, ψυχολόγους, ακτινολόγους, μικροβιολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας όπως φυσικοθεραπευτές, νοσηλευτές, μαίες και κοινωνικούς λειτουργούς.

Επιπλέον, περίπου 1.700 αγροτικά ιατρεία, τα οποία διοικητικά ανήκουν στα Κέντρα Υγείας, στελεχώνονται με γιατρούς, που θεωρούνται υπάλληλοι του δημοσίου και πτυχιούχους της ιατρικής. Οι απόφοιτοι ιατρικής, είναι υποχρεωτικό να ασκήσουν το επάγγελμά τους για τουλάχιστον ένα χρόνο σε μία αγροτική περιοχή, προτού προχωρήσουν για την απόκτηση της ιατρικής ειδικότητας που επιθυμούν. Ο αριθμός των γιατρών που εργάζονται σε ένα Κέντρο Υγείας, εξαρτάται από κάποια χαρακτηριστικά της περιοχής και στην οποία εδράζεται. Πιο αναλυτικά επηρεάζεται από το μέγεθος της περιοχής, την οικονομική κατάσταση των κατοίκων της, επιδημιολογικά στοιχεία και την προσβασιμότητα σε νοσοκομείο.

Κάθε Κέντρο Υγείας, καλύπτει τις ανάγκες υγείας μεταξύ 10.000-30.000 κατοίκους, λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση και περιλαμβάνει δωμάτια διαβούλευσης, αίθουσα βραχείας νοσηλείας, βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό, ακτινολογικό και

μικροβιολογικό εργαστήριο, σηπτικά χειρουργεία, οδοντιατρείο και ασθενοφόρο. Η συγκεκριμένη υποδομή συνεισφέρει στην παροχή μιας ευρείας γκάμας υπηρεσιών, όπως πρόληψη, προαγωγή υγείας, κάλυψη επειγόντων περιστατικών, πρώτες βοήθειες, μεταφορά, διάγνωση, θεραπεία, οδοντική φροντίδα, φαρμακευτικές υπηρεσίες και συνταγογράφηση, αποκατάσταση και κοινωνική φροντίδα. Επίσης, παρέχονται επιδημιολογικές έρευνες και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Άλλες αρμοδιότητες των Κέντρων Υγείας, είναι η πραγματοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία, η παροχή συμβουλευτικής σε γονείς και προγεννητική φροντίδα. Σήμερα, η επίσκεψη σε κάποιο Κέντρο Υγείας, πραγματοποιείται δωρεάν, χωρίς την επιβάρυνση των 5 ευρώ, όπως συνέβαινε για το χρονικό διάστημα 2011-2015 (Economidou *et al.*, 2017).

Πίνακας 1: αριθμός Κ.Υ., κρεβατιών, προσωπικού και ιατρικού εξοπλισμού ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, 2014

Γεωγραφικό Διαμέρισμα	Κέντρα Υγείας	Κρεβάτια	Γιατροί	Νοσηλεύτες	Λοιπό προσωπικό ¹	Ιατρικός εξοπλισμός ²
Αττική	17	57	206	251	165	216
Νησιά Β. Αιγαίου	7	42	53	65	79	87
Νησιά Ν. Αιγαίου	12	90	91	77	105	151
Κρήτη	14	82	119	102	137	176
Αν. Μακεδονία & Θράκη	15	61	124	170	120	209
Κεντρική Μακεδονία	33	111	288	396	304	391
Δυτική Μακεδονία	6	29	39	72	57	65
Ήπειρος	16	73	96	147	123	159
Θεσσαλία	17	91	145	224	192	207

¹ Αναφέρεται σε διοικητικό προσωπικό, παραϊατρικό προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς, προσωπικό πληροφορικής και διατροφής

² Περιλαμβάνει εξοπλισμό υπερήχων, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, καρδιογράφο, οδοντιατρικό εξοπλισμό, μικροσκόπια, φωτόμετρα, απινιδωτές και φασματογράφους

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Εταιρεία, 2016α

Νησιά Ιονίου	8	36	49	51	53	99
Δυτική Ελλάδα	21	93	155	134	146	177
Κεντρική Ελλάδα	16	84	111	134	158	168
Πελοπόννησος	23	118	140	145	156	148
Σύνολο	205	967	1616	1698	1795	2353

3.2.3 ΠΦΥ & Ιδιωτικός Τομέας

Παράλληλα με τις δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, υπάρχουν πολύ έντονα και αυτές του ιδιωτικού τομέα. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν περισσότερες από 22.000 ιδιωτικές εφαρμογές, περισσότερες από 13.000 ιδιωτικές εφαρμογές οδοντιατρικού χαρακτήρα και περίπου 3.527 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Τα περισσότερα διαγνωστικά κέντρα είναι εξοπλισμένα με μηχανήματα προηγμένης τεχνολογίας και βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη. Ο ΕΟΠΥΥ υπογράφει συμβάσεις με τα ιδιωτικά εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα προκειμένου να δώσει και στους ανασφάλιστους την ευκαιρία για λήψη υπηρεσιών υγείας. Επίσης, παρέχει υπηρεσίες στους ασθενείς, με αμοιβή, η οποία κατατίθεται είτε απευθείας από τους ίδιους, είτε μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης. Όσον αφορά τις υπηρεσίες αποκατάστασης και υπηρεσίες που έχουν ως πληθυσμό-στόχο τους ηλικιωμένους, ο ιδιωτικός τομέας φαίνεται να κυριαρχεί (Εconoμου, 2015).

Με την ζήτηση να αυξάνεται στο δημόσιο σύστημα υγείας, ο ρόλος των δήμων, των ΜΚΟ (μέσω κοινοτικών κλινικών και φαρμακείων) και άλλων ανεπίσημων ομάδων επαγγελματιών υγείας και εθελοντών μεγάλωσε, με σκοπό να παρέχουν βοήθεια σε φτωχούς και μη ασφαλισμένους ασθενείς. Οι υπηρεσίες αυτές συμβάλλουν σημαντικά στην εξασφάλιση της πρόσβασης φτωχών και ανέργων σε κάποιες βασικές υπηρεσίες υγείας. Σε όλη την Ελλάδα, λειτουργεί ένα δίκτυο περίπου 40 κοινοτικών κλινικών, οι οποίες προσφέρουν δωρεάν ιατρική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της προαγωγής υγείας, σε άτομα που δεν μπορούν να κάνουν χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι κλινικές λειτουργούν με γενικούς γιατρούς, καρδιολόγους, παιδίατρους, γυναικολόγους, οδοντιάτρους και οφθαλμιάτρους.

Από το 2014, έχει θεσμοθετηθεί για τους γιατρούς ένα σύστημα ανωτάτων μηνιαίων ορίων. Πιο συγκεκριμένα, κάθε γιατρός που είναι συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ, έχει όριο 200 επισκέψεων ανά μήνα. Επίσης, για κάθε γιατρό υπάρχει πλαφόν και στα φάρμακα που συνταγογραφεί. Ωστόσο, το πλαφόν εξαρτάται από την ειδικότητα του γιατρού, τον αριθμό των ασθενών στους οποίους έχει συνταγογραφήσει, τον νομό και τον μήνα του έτους (εποχικότητα). Αυτό σημαίνει ότι εκείνοι που είναι ασφαλισμένοι με τον ΕΟΠΠΥ και έχουν ανάγκη για ιατρική εξέταση ή για συνταγογράφηση φαρμάκων, θα πρέπει να βρουν να επισκεφθούν κάποιον γιατρό που να μην έχει ξεπεράσει το πλαφόν του ή να πληρώσουν από την τσέπη τους (OOP-out of pocket money).

Τη δεδομένη στιγμή στην Ελλάδα, όπως προαναφέρθηκε, το Υπουργείο Υγείας έχει θέσει σε εφαρμογή ένα νέο σχέδιο ΠΦΥ από το 2017. Το συγκεκριμένο σχέδιο υγείας έχει δύο άξονες. Ο πρώτος άξονας, αφορά ένα ευρύ δίκτυο τοπικών μονάδων υγείας σε όλη την Ελλάδα, οι οποίες στελεχώνονται με μία διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας και αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Ο δεύτερος άξονας, αφορά τα Κέντρα Υγείας, τα οποία θεωρούνται επιστημονικά υπεύθυνα για τις τοπικές μονάδες υγείας και λειτουργούν ως σημεία αναφοράς για διαγνωστικές υπηρεσίες και υπηρεσίες περίθαλψης (Economou *et al.*, 2017).

3.3 Προβλήματα που παρουσιάζονται

Αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη από την Ειδική Ομάδα Εργασίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2013, με θέμα την αξιολόγηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, επισημαίνει τις παρακάτω αδυναμίες (Economou *et al.*, 2017):

- Κατακερματισμένη κυβέρνηση
- Απουσία ενός εθνικού σχεδίου υποδομής ποιότητας ή των κοινών δεικτών για την ανάδειξη των υπηρεσιών ΠΦΥ
- Έλλειψη κινήτρων από τους φορείς υγείας, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν
- Απουσία ενός συστήματος που ελέγχει τις υπηρεσίες υγείας ανά τις βαθμίδες φροντίδας υγείας (gatekeeping)

- Λίστες αναμονής ασθενών
- Υπηρεσίες υγείας που δεν είναι προσανατολισμένες στην οικογένεια και στην κοινότητα
- Αυξημένες ιδιωτικές επίσημες και ανεπίσημες ιδιωτικές πληρωμές
- Πολύ μικρός αριθμός γενικών γιατρών και νοσηλευτών και άνιση κατανομή τους στην περιφέρεια

Συνοψίζοντας, βάσει της έρευνας βγήκαν στο φως προβλήματα προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, συνέχειας τους, συντονισμού και πληρότητας της ΠΦΥ (Groenewegen and Jurgutis, 2013).

Κεφάλαιο 4: Τοπικές Ομάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.)

4.1: Θεσμικό Πλαίσιο των Τ.ΟΜ.Υ.

Με την εφαρμογή του νόμου 4461/2017 (άρθρο 106) (ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017, 2017), ένα νέο εγχείρημα μπήκε σε εφαρμογή στην Ελλάδα, στο χώρο της υγείας. Η νέα αυτή μεταρρύθμιση του Υπουργείου Υγείας, αφορούσε το κομμάτι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία και αναδιαμορφώθηκε με την εισαγωγή νέων δομών. Πιο συγκεκριμένα, ο νέος νόμος όριζε την ίδρυση και εγκατάσταση των Τοπικών Ομάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) σε όλη την έκταση της Ελλάδας.

Πρόκειται για δημόσιες δομές, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ και λειτουργούν υποστηρικτικά στη λειτουργία των ΠΕΔΥ και των αποκεντρωμένων μονάδων τους. Αποτελούνται από μία διεπιστημονική ομάδα δώδεκα μελών, τα οποία είναι: τέσσερις (4) γενικοί γιατροί ή παθολόγοι, ένας (1) παιδίατρος, δύο (2) νοσηλεύτες, δύο (2) επισκέπτες υγείας, ένας (1) κοινωνικός λειτουργός και δύο (2) διοικητικοί υπάλληλοι. Οι ΤΟΜΥ οργανώνονται ανά δήμο και λειτουργούν με πληθυσμό ευθύνης, ο οποίος κυμαίνεται από 10.000-12.000. Σε περιοχές όπου παρουσιάζονται ιδιαιτερότητες (γεωγραφικές, πληθυσμιακές, επιδημιολογικές), ο πληθυσμός ευθύνης επηρεάζεται και μπορεί να είναι είτε μικρότερος από 10.000, είτε μεγαλύτερος από 12.000.

Αποστολή των Τ.ΟΜ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, δηλαδή, πρόληψη και προαγωγή υγείας όπως επίσης διάγνωση και θεραπεία. Όσον αφορά το κομμάτι της πρόληψης και της προαγωγής υγείας, η διεπιστημονική ομάδα καλείται να πραγματοποιεί στην κοινότητα προγράμματα αγωγής υγείας, όπως επίσης εμβολιασμούς σε ενήλικο και ανήλικο πληθυσμό, αλλά και κατ' οίκον επισκέψεις. Επιπλέον, στόχος τους είναι η υποστήριξη και αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων. Άλλες αρμοδιότητες, είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας αλλά και η εξασφάλιση της συνέχειας τους για την κάλυψη των αναγκών υγείας. Επιπροσθέτως, καθώς πρόκειται για ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο, οι υπηρεσίες υγείας των Τ.ΟΜ.Υ. έχουν σαν κέντρο αναφοράς τον άνθρωπο, με αποτέλεσμα να προσφέρουν ολιστική, ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας.

4.2 Τρόπος λειτουργίας και αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας

Οι Τ.ΟΜ.Υ., όπως προαναφέρθηκε, λειτουργούν με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Η εγγραφή των πολιτών πραγματοποιείται με πολύ εύκολο τρόπο, με την κατάθεση κάποιων απλών δικαιολογητικών στην Τ.ΟΜ.Υ.. Στη συνέχεια, ο εγγεγραμμένος, καλείται να επιλέξει έναν από τους διαθέσιμους παθολόγους ή γενικούς γιατρούς που υπάρχουν στην Τ.ΟΜ.Υ. του δήμου του, προκειμένου να οριστεί ο οικογενειακός του γιατρός, ο οποίος και θα τον παρακολουθεί ολιστικά καθ' όλη τη διάρκεια της θητείας του στην Τ.ΟΜ.Υ..

Πιο συγκεκριμένα, ο **οικογενειακός γιατρός** είναι υπεύθυνος:

- για το άνοιγμα και την διατήρηση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ) των εγγεγραμμένων του
- για την παρακολούθηση της υγείας τους, είτε αυτό απαιτεί απλώς πρόληψη και προαγωγή υγείας, είτε ιατρική εξέταση ή συνταγογράφηση φαρμάκων και διαγνωστικών εργαστηριακών εξετάσεων
- για τη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών τους
- για την παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων των εγγεγραμμένων και την διαχείριση προβλημάτων ψυχικής υγείας
- για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και ατόμων με αναπηρία
- για την παροχή ανακουφιστικής-παρηγορητικής φροντίδας
- για την παραπομπή τους στις υπόλοιπες βαθμίδες της υγείας, με σκοπό τη συνέχεια της φροντίδας τους

Η ίδια ακριβώς διαδικασία ισχύει και για τον ανήλικο πληθυσμό και για τους **παιδιάτρους** ως οικογενειακοί γιατροί. Πιο αναλυτικά το έργο τους αναφέρεται ως εξής:

- παρακολούθηση της υγείας του παιδικού πληθυσμού
- διαχείριση και παρακολούθηση της ασθένειας, είτε με τη μορφή ως έκτακτου περιστατικού, είτε ως χρόνια νόσημα
- εμβολιασμός των παιδιών και έλεγχος της εμβολιαστικής τους κάλυψης

- υποστήριξη στις μητέρες για τον θηλασμό και τη σίτιση του βρέφους
- πρόληψη μέσω προγραμμάτων σε παιδιά και εφήβους
- τήρηση Ατομικού Δελτίου Υγείας Μαθητή και χορήγηση πιστοποιητικών υγείας
- κατ' οίκον επισκέψεις σε νεογνά
- προαγωγή υγείας και υποστήριξη σε παιδιά, εφήβους και γονείς σε θέματα που αφορούν τη σεξουαλική υγεία, την αναπαραγωγή και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών
- παραπομπή παιδιών με δυσκολίες σε αντίστοιχες υποστηρικτικές δομές

Οι οικογενειακοί γιατροί δεν ενεργούν μόνοι τους. Αντίθετα, το έργο των οικογενειακών γιατρών είναι αλληλένδετο με το έργο και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας και όλοι μαζί σαν μια γροθιά συμβάλλουν στην εξυπηρέτηση των εγγεγραμμένων και στην κάλυψη των αναγκών υγείας τους.

Σχήμα 3: Αλληλεπίδραση Ομάδας Υγείας



Πιο αναλυτικά, το έργο των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας είναι:

Το **νοσηλευτικό προσωπικό**, έχει στα καθήκοντά του:

- την προαγωγή της υγείας του εγγεγραμμένου πληθυσμού

- την αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού και την παροχή υπηρεσιών ανά περίπτωση, όπως: πρόληψη, υποστήριξη, θεραπεία και αποκατάσταση των ατόμων ευθύνης του
- την ενίσχυση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού ευθύνης
- την εξασφάλιση της πρόσβασης των ατόμων στις υπηρεσίες υγείας και της συνέχειας της φροντίδας τους
- να συμβάλει στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται
- να παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας μέσω κατ' οίκον νοσηλείας και να προχωρεί σε εκπαίδευση των φροντιστών των ατόμων που πάσχουν
- να συμβάλει στην διατήρηση της υγείας των χρονίως πασχόντων
- να συμβάλει στη διατήρηση του Α.Η.Φ.Υ. και να συμπληρώνει στο ιστορικού του ατόμου τις δραστηριότητες ευθύνης του
- να συμβάλει στη συμμόρφωση των ατόμων απέναντι στην θεραπευτική τους αγωγή και στην αυτοφροντίδας του, εκπαιδεύοντάς τους

Ο/η **επισκέπτης/τρια υγείας** έχει στόχο:

- τον κατακερματισμό των ανισοτήτων στην υγεία
- τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου στην κοινότητα
- να πραγματοποιεί προγράμματα προαγωγής υγείας στην κοινότητα
- την εκτίμηση αναγκών υγείας της κοινότητας
- να συμβάλει σε προγράμματα που έχουν στόχο τον εμβολιασμό του πληθυσμού
- να εκτελεί προσυμπτωματικό έλεγχο (screening test) σε ενήλικο και ανήλικο πληθυσμό, όπως επίσης και σε πληθυσμό με ιδιαιτερότητες, όπως Ρομά, προκειμένου να ανιχνευθεί παθολογία σε πρώιμο στάδιο

- να πραγματοποιεί διασυνδέσεις με υπηρεσίες της ΠΦΥ και άλλες μονάδες του Ε.Σ.Υ με σκοπό την παραπομπή περιστατικών, ύστερα από εκτίμηση αναγκών υγείας των ατόμων της κοινότητας

Ο/η **κοινωνικός/ή λειτουργός** έχει στα καθήκοντα του:

- την εξάλειψη των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης
- να παρέχει πρόληψη και να βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει διάφορες ψυχοκοινωνικές καταστάσεις, καλύπτοντας έτσι ανθρώπινες ανάγκες του
- την αναγνώριση και εκτίμηση βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων της υγείας των ατόμων και την συμβολή στη βελτίωση των συνθηκών και του τρόπου ζωής τους
- να συμμετέχει στην οργάνωση και πραγματοποίηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας στην κοινότητα
- τον σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας που αφορούν παιδικό πληθυσμό, υπερήλικες, πρόσφυγες και μετανάστες και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες
- να πραγματοποιεί διασύνδεση μεταξύ των δομών και των φορέων

Άξιο αναφοράς, είναι και το διοικητικό προσωπικό που υπηρετεί στις Τ.ΟΜ.Υ, το οποίο έχει ως έργο, τη διοικητική υποστήριξη της Ομάδας Υγείας αλλά και την υποστήριξη όσων προσέρχονται στις Τ.ΟΜ.Υ προκειμένου να πραγματοποιήσουν την εγγραφή τους. Επιπλέον, έχει υπ' ευθύνη του, τη διαχείριση των τακτικών (προγραμματισμένων) ραντεβού και το χρόνο αναμονής ανάμεσα στα ραντεβού.

Συνοψίζοντας, το έργο της διεπιστημονικής ομάδας εμπίπτει στην προαγωγή υγείας, στην παρακολούθηση της υγείας των εγγεγραμμένων, στον εμβολιασμό της κοινότητας, στην προγεννητική φροντίδα και στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι γίνεται λόγος για Ομάδα Υγείας και όχι για μεμονωμένες ειδικότητες, με στόχο τη διευθέτηση θεμάτων δημόσιας υγείας και τη διασύνδεση με ετέρους φορείς δημόσιας υγείας προς επίλυση τους.

4.3 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού

Ο οικογενειακός ιατρός είναι η παλαιότερη μορφή παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και στο παρελθόν ήταν συνήθως παθολόγος ή ιατρός χωρίς ειδικότητα. Εδώ και αρκετά χρόνια, το θεσμό του οικογενειακού ιατρού συνηθίζεται να τον υπηρετούν ιατροί με την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία και σήμερα τον συναντάμε σε πολλές χώρες της Ευρώπης, παρουσιάζοντας ωστόσο διάφορες παραλλαγές (Λιαρόπουλος, 2010).

Όσον αφορά τους όρους “γενικός ιατρός” και “οικογενειακός ιατρός”, αξίζει να σημειωθεί ότι πρόκειται για δύο διαφορετικές έννοιες. Αρχικά, όταν αναφερόμαστε στον γενικό ιατρό (general practitioner /GP), εννοούμε τον ιατρό που έχει λάβει εκπαίδευση σε βασικές ειδικότητες της ιατρικής, όπως: παθολογία, χειρουργική, μαιευτική-γυναικολογία, παιδιατρική, καρδιολογία, ορθοπαιδική, δερματολογία κ.α. Αντιθέτως, ο οικογενειακός ιατρός (family doctor), που στην πλειοψηφία υπηρετείται από γενικούς ιατρούς, λέγεται έτσι καθώς χαρακτηρίζεται η ιδιότητα του να προσφέρει υπηρεσίες σε άτομα, οικογένειες και σε συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης μακροχρόνια.

Αυτό που χαρακτηρίζει την ΠΦΥ, είναι ότι αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, ο γενικός ιατρός λειτουργεί σαν «φύλακας» ή αλλιώς «gatekeeper» του συστήματος υγείας. Ο ρόλος του είναι να αποτελεί ένα είδος «φίλτρου» των περιπτώσεων που “προσέρχονται” στο σύστημα υγείας, πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ’ επέκταση τον περιορισμό των δαπανών (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001b)(Δικαίος και Χλέτσος, 1999).

Ο θεσμός του «φύλακα» αποτελεί παράδοση σε πολλές χώρες, όπως στη Μ. Βρετανία, Δανία, Ιταλία, Ισπανία, Φινλανδία, και Ολλανδία (Τούντας, 2008). Πιο αναλυτικά, μέσω του «gatekeeping», περιορίζεται η χρήση εξειδικευμένων ειδικοτήτων ιατρών και το μεγαλύτερο ποσοστό των αναγκών υγείας του πληθυσμού ρυθμίζεται από τους γενικούς ιατρούς και τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται έλεγχος τόσο στις εισροές στις νοσοκομειακές δομές, όσο και στις δαπάνες υγείας. Αντιθέτως, σε άλλες χώρες όπου

εφαρμόζεται το «ανοιχτό σύστημα» πρόσβασης, σημειώνεται αυξημένος αριθμός επισκέψεων και συνταγογραφήσεων.

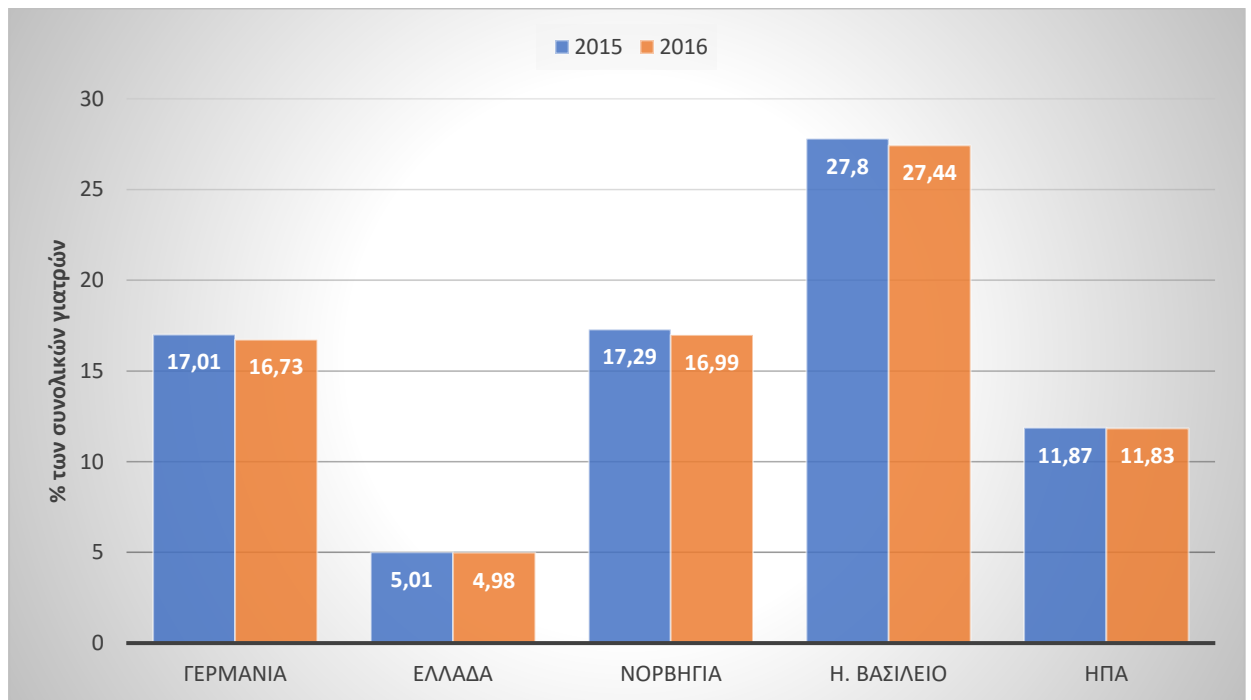
Συμπερασματικά, ο γενικός ιατρός ως «φύλακας» του συστήματος υγείας, κατέχει διπλό ρόλο (Τούντας, 2008):

- 1) Καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος των βασικών αναγκών υγείας του πληθυσμού, ενώ παράλληλα ρυθμίζει την διενέργεια άσκοπων και δαπανηρών ιατρικών εξετάσεων.
- 2) Καθορίζει τη μορφή νοσοκομειακής περίθαλψης που θα λάβει κάποιος, όταν αυτό χρειαστεί, ελέγχοντας έτσι τις εισροές στις παραπάνω βαθμίδες φροντίδας υγείας.

Στις χώρες όπου ο θεσμός αυτός κέρδισε την εμπιστοσύνη των πολιτών του, έχει ωφελήσει σε μεγάλο βαθμό το σύστημα υγείας, καθώς είναι αυτός ο οποίος θα καθορίσει τον αριθμό των ασθενών και άρα θα παραπέμψει σε εξειδικευμένο ιατρό, μειώνοντας με τούτο το τρόπο τις εισροές στο χώρο των νοσοκομείων και άρα τις νοσοκομειακές δαπάνες. Από την άλλη πλευρά, σε όσες χώρες ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού δεν ευδοκίμησε είτε επειδή οι πολίτες του δεν το στήριξαν είτε επειδή δεν το εμπιστεύτηκαν, ο οικογενειακός ιατρός λειτουργεί παρά μόνο για εκτέλεση συνταγογραφήσεων, παρέχοντας έτσι υπηρεσίες υγείας με απρόσωπο και τυπικό χαρακτήρα.

Μία από τις αρμοδιότητες του οικογενειακού ιατρού είναι η παραπομπή των ασθενών σε εξειδικευμένες ιατρικές ειδικότητες όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο. Με το σύστημα των παραπομπών, ο οικογενειακός ιατρός είναι αυτός που ελέγχει ποιος “μπαίνει” στις νοσοκομειακές βαθμίδες. Με αυτόν τον τρόπο συμβάλλει επίσης και στην εξισορρόπηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας ανά βαθμίδα υγείας. Επιπλέον, στις αρμοδιότητες του οικογενειακού ιατρού προστίθεται και η αρμοδιότητα του να είναι σε θέση να ανιχνεύσει πιθανές συνήθειες των ατόμων, οι οποίες είναι ικανές να φέρουν την υγεία τους σε κίνδυνο, όπως π.χ. το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η κακή διατροφή κ.α. Εδώ αξίζει να σημειωθεί, ότι σε αυτό το δύσκολο ρόλο που έχει ανατεθεί στον οικογενειακό ιατρό να φέρει σε πέρας, υπάρχει και πρέπει να υπάρχει βοήθεια, στήριξη και συνδιαχείριση και από άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους κ.α..

Διάγραμμα 2: οι γενικοί ιατροί ως (%) των συνολικών ιατρών σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ (2015-2016)



Πηγή: OECD,2019

Κεφάλαιο 5: Ικανοποίηση Ασθενών

5.1: Ορισμός

Οι Abdellah και Levine, ήταν οι πρώτοι που προσπάθησαν να αποδώσουν την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, ως ένα εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης της φροντίδας από το νοσηλευτικό προσωπικό (Abdellah and Levine, 1957).

Όταν κάνουμε λόγο για ικανοποίηση, κάτι που πολύ εύκολα μπορούμε όλοι να σκεφτούμε είναι η πυραμίδα του Μάσλοου, η οποία πραγματεύεται την ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών. Ο Άβρααμ Μάσλοου, ήταν Αμερικανός ψυχολόγος, ο οποίος είναι γνωστός για την θεωρία του για την εκτίμηση αναγκών, τις οποίες και ιεράρχησε σε μία πυραμίδα (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Βάσει αυτής της πυραμίδας, οι ανθρώπινες ανάγκες έχουν ταξινομηθεί σε πέντε κατηγορίες: βασικές ανάγκες επιβίωσης, ανάγκες ασφάλειας, κοινωνικές ανάγκες (ανάγκη να είμαστε μέλος μιας ομάδας), ανάγκη για αυτοεκτίμηση, ανάγκη για αυτοεκπλήρωση (Taylor, Lillis and Le Mone, 2002). Αν και η πυραμίδα του Μάσλοου, δεν αναφέρεται αμιγώς στην ικανοποίηση των ασθενών, αξίζει να σημειωθεί ότι έχει χρησιμοποιηθεί πολλές φορές στο χώρο της υγείας για την διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών αλλά και την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Taylor, Lillis and Le Mone, 2002; Πολυκανδριώτη and Κουτελέκος, 2013).

Άλλη αναφορά γίνεται στο μοντέλο του Donabedian, σύμφωνα με το οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν δείκτη για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και πιο συγκεκριμένα, δείκτη αποτελέσματος (Donabedian, 1988a, 1988b). Συνεπώς, η έννοια της ποιότητας συνδέεται στενά με την ικανοποίηση των ασθενών.

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Bond και Thoma, στην προσπάθειά τους να αποδώσουν την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, τόνισαν ότι το αίσθημα της ικανοποίησης σε κάποιον που βρίσκεται σε ασθένεια, επέρχεται όταν έχουν εξασφαλιστεί «εσωτερικές του ανάγκες, όπως διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις» και όταν το περιβάλλον γύρω του είναι κατάλληλο και δεν παρουσιάζει δυσκολίες (Bond and Thomas, 1992).

Η ικανοποίηση των ασθενών σαν δείκτης, έχει σημασία να μετρηθεί, καθώς μέσω της αξιολόγησης του μπορεί να μας δώσει πολύ σημαντικές πληροφορίες σχετικά με

διάφορες πτυχές του τομέα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, αυτός ο δείκτης μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη διοίκηση προσωπικού, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, στην αξιολόγηση μεταρρυθμίσεων σε θέματα οργάνωσης και στον τρόπο με τον οποίο θα προωθηθούν οι υπηρεσίες υγείας στην αγορά (Μερκούρης, 1996). Επίσης, μέσω των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών, οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, μπορούν να μάθουν που υπάρχουν αδυναμίες στη φροντίδα υγείας που παρέχουν και να τη βελτιώσουν και να ρυθμίσουν τις δαπάνες υγείας (Oldridge *et al.*, 1998; Thompson, Meadows and Lewin, 1998).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, έχει στόχο να διερευνήσει τον τρόπο που “λειτουργούν” διάφορες διαστάσεις στο χώρο της υγείας όπως είναι: η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, η ποιότητα και διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, το ανθρώπινο δυναμικό, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας συνολικά (O’CONNOR, SHEWCHUK and CARNEY, 1994; CARMEL and GLICK, 1996; DROSSMAN, 1997; HOLLAND, CASON and PRATER, 1997; BARNETT, 2001).

5.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Είναι γεγονός ότι μετά από εκτίμηση βιβλιογραφικών ευρημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών στην Ελλάδα είναι χαμηλός, παρά τις αυξημένες προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας και των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ. Ωστόσο, αξιοσημείωτα είναι και τα αποτελέσματα που αποδεικνύουν ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ είναι χαμηλή ακόμα και στα πιο ανεπτυγμένα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο (Hall *et al.*, 1990; Bidaut-Russel *et al.*, 2002).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η ικανοποίηση των ασθενών έγκειται στην ικανοποίηση διάφορων αναγκών τους. Όσες περισσότερες ανάγκες τους εξασφαλιστούν, βιοτικές και ψυχικές, τόσο περισσότερο ικανοποιημένοι θα δηλώνουν. Συνεπώς, ο βαθμός στον οποίο εκπληρώνονται οι ανάγκες τους αποτελεί τον μείζον παράγοντα που επηρεάζει την ικανοποίησή τους.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με έρευνες εκτίμησης αναγκών υγείας, οι οποίες στην Ελλάδα παρουσιάζουν δυσκολία ως προς τη διεξαγωγή τους, λόγω περιοριστικών

παραγόντων (έλλειψη προσωπικού, έλλειψη χρόνου του προσωπικού, κ.α.), η ικανοποίηση επηρεάζεται από βασικές συνιστώσες.

Μία πολύ βασική συνιστώσα είναι το είδος της βοήθειας που ζητάνε οι ασθενείς και τελικά δε δέχονται. Πολλοί λήπτες υγείας, εκτός από τη βασική φροντίδα υγείας, δηλαδή την αντιμετώπιση της νόσου, έχουν ανάγκη και για ηθική βοήθεια. Η παροχή υποστήριξης και καθοδήγησης από τους επαγγελματίες υγείας, συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας από τον ίδιο τον ασθενή αλλά και στη συμμόρφωση του ως προς τη θεραπευτική του αγωγή. Επίσης, η ανάγκη για ηθική βοήθεια, φέρνει στο προσκήνιο και τονίζει και τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που πολλές φορές έχει μια ασθένεια.

Άλλη παράμετρος που επηρεάζει τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, είναι ο χρόνος που διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας σε αυτούς αλλά και η προσοχή που τους δίνουν. Πιο συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί λήπτες υγείας, δηλώνουν μη ικανοποιημένοι όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν τους αφιερώνουν πολύ χρόνο και δεν τους δίνουν την ανάλογη προσοχή, προκειμένου να τους δώσουν τις κατάλληλες συμβουλές και καθοδήγηση για την αποκατάσταση της υγείας τους (Schauffer, Rodriguez and Milstein, 1996; Siponen and Valimaki, 2003).

Κάπου εδώ, αξίζει να σημειωθεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται άμεσα και με δημογραφικά χαρακτηριστικά του καθενός. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το μορφωτικό επίπεδο, το οποίο όσο πιο υψηλό είναι, τόσο περισσότερο αυξάνει και τις προσδοκίες και άρα το αίσθημα της ικανοποίησης επέρχεται πιο δύσκολα (Πολυκανδριώτη, 2011).

Υψίστης σημασίας για τους ασθενείς, αποτελούν και οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσουν με τους επαγγελματίες υγείας. Δηλαδή, όσοι καταφέρνουν και συζητάνε το πρόβλημα υγείας τους με τον γιατρό τους, δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι.

Ωστόσο, πέρα από τις εντοπισμένες ελλείψεις που μπορεί να υπάρχουν στο χώρο της υγείας, είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα και με τις προσδοκίες τις οποίες έχει ο κάθε πολίτης- ασθενής και με το κατά πόσο αυτές εκπληρώνονται (Καδδά και συν, 2010). Πολλοί ερευνητές τονίζουν ότι προκειμένου να έχουμε υψηλό βαθμό ικανοποίησης, οι προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας θα

πρέπει να ταυτίζονται με αυτές των ασθενών (Asadi-Lari, Tamburin and Gray, 2004). Παρόμοια, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, άλλοι παράγοντες που συμβάλουν στην αποδοχή ή όχι μιας υγειονομικής υπηρεσίας, είναι παλαιότερες προσωπικές εμπειρίες του καθενός, καθώς επίσης και η τροπή που θα πάρει μία ασθένεια, κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

Συνοψίζοντας, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών στηρίζεται στα εξής σημεία: προσδοκίες ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Τέλος, κάτι πολύ σημαντικό που επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, είναι και οι συνθήκες στέγασης και υγιεινής των αντίστοιχων δομών υγείας που επισκέπτονται. Ας μην ξεχνάμε ότι «οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας και απαιτούν την ικανοποίηση βασικών δικαιωμάτων, όπως ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης, καθώς και σεβασμό της προσωπικότητάς τους, ενώ αξιολογούν με ιδιαίτερη βαρύτητα την κατανόηση, την ευγένεια και την εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας» (Καλογεροπούλου, 2011).

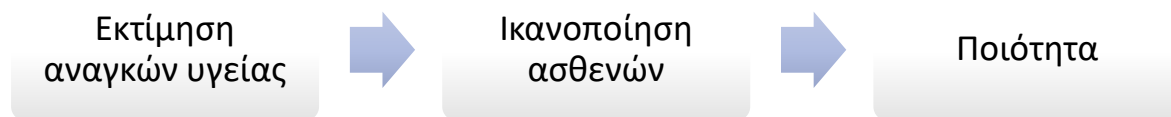
5.3 Ικανοποίηση ασθενών και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Οι όροι “ικανοποίηση” και “ποιότητα”, αν και δεν έχουν την ίδια σημασιολογική έννοια, τείνουν να ταυτίζονται ή ακόμα καλύτερα να επηρεάζουν η μία την άλλη. Αυτό συμβαίνει γιατί μετρώντας την ικανοποίηση των ασθενών μπορούμε να αξιολογήσουμε και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή, εκμαιεύοντας πληροφορίες από τους ασθενείς σχετικά με πολλές κατηγορίες που σχετίζονται με τις υγειονομικές υπηρεσίες, αν τις εκμεταλλευτούμε με τον κατάλληλο τρόπο μπορούμε να προβούμε στην παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Επίσης, οι δύο έννοιες είναι ανάλογες μεταξύ τους, καθώς όταν αυξάνεται η μία, αυξάνεται και η άλλη, δηλαδή όταν έχουμε αυξημένη ικανοποίηση ασθενών, σημαίνει ότι έχουμε και αυξημένη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και το αντίθετο.

Άλλο ένα κομμάτι του παζλ, αποτελεί όπως προαναφέρθηκε και η εκτίμηση των αναγκών υγείας όπως οι ίδιοι τις αντιλαμβάνονται, γεγονός που τονίζει την αναγκαιότητα της διεξαγωγής τέτοιου τύπου ερευνών. Συνεπώς, η σχέση μεταξύ αυτών των εννοιών είναι ότι αρχικά κάνουμε εκτίμηση των αναγκών υγείας των

πολιτών, ώστε να προχωρήσουμε σε ενέργειες για να ικανοποιηθούν και τελικά να παρέχουμε ποιοτική φροντίδα υγείας (Μερκούρης, 1996).

Σχήμα 4: Αλληλουχία διαδικασιών για επίτευξη ποιότητας



5.4 Συγκριτική ανάλυση ερευνών ικανοποίησης ασθενών διεθνώς

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν σημαντικό και κοινά αποδεκτό δείκτη μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Με άλλα λόγια θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι και ένας δείκτης που αξιολογεί και την επιτυχία μίας δομής υγείας, είτε αυτή είναι μία μικρή δομή υγείας, είτε μία μεγάλη νοσοκομειακή μονάδα. Η αλήθεια είναι ότι αν ανατρέξει κανείς στη βιβλιογραφία, θα βρει πλήθος ερευνητικών δημοσιεύσεων με θέμα την ικανοποίηση των ασθενών από τις υγειονομικές υπηρεσίες, ήδη από πολλά χρόνια πριν. Τώρα, όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ, σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία 10 χρόνια σε όλο τον κόσμο, φαίνεται να έχουν αφήσει θετικό αντίκρισμα στο πέρασμα των χρόνων, με επιμέρους όμως αδυναμίες.

Πιο αναλυτικά, έρευνα που διεξήχθη στη Βραζιλία από τον Ιούλιο έως και τον Δεκέμβριο του 2014, με τη μορφή συνέντευξης, σχετικά με τη παροχή φαρμακευτικών υπηρεσιών στην ΠΦΥ, έδειξε ένα συνολικό ποσοστό 58,4% ικανοποίησης από τους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σημειώθηκαν στην κατηγορία των διαπροσωπικών σχέσεων, όπου σημειώθηκε 90.5% ποσοστό και σε άλλες κατηγορίες όπως: καθαριότητα του χώρου (90%), ποιότητα των φαρμάκων (87%), άνεση (74,2%) και διαθεσιμότητα των φαρμάκων (67%). Χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σημειώθηκαν στις κατηγορίες ευκαιρίας, δυνατότητας και ευκολίας διάθεσης των φαρμάκων (49,5%) (Soeiro *et al.*, 2017).

Άλλη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στη Νότια Αφρική το 2012, διερεύνησε τα επίπεδα ικανοποίησης ασθενών από νοσηλευτικές υπηρεσίες στην ΠΦΥ μεταξύ δύο προαστίων της. Αναλυτικότερα, όσον αφορά το προάστιο Α., οι ασθενείς φαίνεται να έμειναν εξαιρετικά ικανοποιημένοι καθώς σημείωσαν συνολικό ποσοστό ικανοποίησης 90%. Επίσης, υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σημειώθηκαν και στις κατηγορίες: χρόνος που αφιερώνει ο γιατρός στους ασθενείς (86%), διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών (95,5%) και εξασφάλιση της ιδιωτικότητάς των ασθενών (93,9%). Από την άλλη πλευρά, το προάστιο Β. σημείωσε ακόμα πιο υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, με αντίστοιχα ποσοστά στις αντίστοιχες κατηγορίες: 92%, 87,3%, 97,5%, 95,7% (Wilfred and M. O. Pascalia, 2017).

Αξιολογώντας τα αποτελέσματα έρευνας που έλαβε χώρα στην Ελβετία και πιο συγκεκριμένα στη Γένοβα το 2011 για τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, φάνηκε ότι η γενική ικανοποίηση στο σύνολο των συμμετεχόντων ξεπέρασε το ποσοστό του 95%. Επίσης, ποσοστό πάνω από 90% σημειώθηκε και σε ότι αφορά τη βοήθεια που παρείχε το προσωπικό υγείας στους ασθενείς. Αντίθετα, λιγότερο ικανοποιημένοι δήλωσαν οι ασθενείς σχετικά με το χρόνο αναμονής αλλά και τη δυνατότητα για τηλεφωνική επικοινωνία με τον γιατρό (ποσοστά ανά ηλικιακές ομάδες: 66,7%, 79,7%, 88,2%) (Sebo *et al.*, 2015).

Επιπροσθέτως, τα ευρήματα μιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2011, ανάμεσα σε δύο κέντρα που δημιουργήθηκαν για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ με σκοπό την αποσυμφόρηση των Τμημάτων των Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων, έδειξαν ότι η γενική ικανοποίηση των πολιτών είναι εξαιρετικά ή αρκετά καλή, με 93% στο κέντρο Α και 86% στο κέντρο Β. Η μόνη διαφορά ήταν ότι στο κέντρο Β υπήρχε μεν μεγαλύτερος χρόνος αναμονής αλλά σε αναμενόμενο βαθμό (Araïn, Nicholl and Campbell, 2013).

Τέλος, αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στην Αίγυπτο, από τον Απρίλιο του 2005 έως τον Ιούνιο του 2006, αναφέρει ότι υπήρχαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την καθαριότητα του χώρου, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τη διαφύλαξη της ιδιωτικότητας του ασθενούς κατά τη διάρκεια της εξέτασης καθώς και το χρόνο αναμονής. Επίσης, σημειώνεται ότι το 99,5% των

ερωτηθέντων θα πρότεινε τη συγκεκριμένη δομή υγείας σε συγγενείς και φίλους (Gadallah *et al.*, 2010).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 Σκοπός έρευνας - επιμέρους στόχοι – αναγκαιότητα έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών – εξυπηρετούμενων από τις Τ.ΟΜ.Υ. της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ) Αττικής.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι αφενός να εκτιμηθούν οι παράμετροι της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, όπως πχ η γενική ικανοποίηση των πολιτών/ασθενών, οι τεχνικές ποιότητας, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ασθενών και ιατρών, η επικοινωνία, ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στον ασθενή καθώς και η πρόσβαση σε αυτές και αφετέρου να διερευνηθεί τυχόν ύπαρξη συσχέτισης των δημογραφικών δεδομένων (πχ φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κ.λπ.) με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών – εξυπηρετούμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ των Τ.ΟΜ.Υ. της 1^{ης} ΥΠΕ.

6.2 Ταυτότητα της έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι ποσοτική και αφορά την ικανοποίηση ασθενών. Ο πληθυσμός της μελέτης αφορά τον πληθυσμό των Τ.ΟΜ.Υ της 1^{ης} ΥΠΕ, δηλαδή κατοίκους των δήμων Αγ. Δημητρίου, Αθηναίων, Ν. Ιωνίας, Ν. Φιλαδέλφειας – Ν. Χαλκηδόνας και Ζωγράφου που επισκέπτονται την Τ.ΟΜ.Υ του δήμου τους για την λήψη υπηρεσιών ΠΦΥ. Τα άτομα που ήταν σε θέση να συμμετάσχουν στην έρευνα έπρεπε να είναι πάνω από 18 ετών και να διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα. Κριτήρια αποκλεισμού αποτελούν το ηλικιακό όριο των 18 ετών και η μη εγγραφή των πολιτών στο μητρώο ασθενών της Τ.ΟΜ.Υ. του δήμου τους.

Η διάρκεια της μελέτης ήταν 6 μήνες, από Σεπτέμβριο 2018 έως Φεβρουάριο 2019, κατά τη διάρκεια των οποίων, έγινε η στάθμιση του δομημένου ερωτηματολογίου, η συλλογή του δείγματος, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται μέσω της συγγραφής της διπλωματικής εργασίας, ενός άρθρου που θα δημοσιευτεί είτε σε ελληνικό είτε σε διεθνές περιοδικό και της συμμετοχής σε ένα συνέδριο.

6.3 Ερευνητική μεθοδολογία

Η έρευνα συμπεριέλαβε τις Τ.ΟΜ.Υ. που ανήκουν στην 1^η ΥΠΕ Αττικής και πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο που αποτέλεσε το εργαλείο της συγκεκριμένης μελέτης, είναι το PSQ-18, το οποίο χρησιμοποιείται για τη συλλογή δεδομένων για την ικανοποίηση ασθενών από υπηρεσίες ΠΦΥ. Το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης (PSQ), αρχικά αναπτύχθηκε το 1976 από τον Ware και τους συναδέλφους του (Hays RD, Davies RD, 1987). Αργότερα, υπέστη διαμόρφωση και δημιουργήθηκε μία πιο σύντομη μορφή του (PSQ-III), ώσπου τελικά με μία επιπλέον διαμόρφωση, αναπτύχθηκε η σύντομη εκδοχή του αρχικού ερωτηματολογίου PSQ-18 (Grant and Heys, 1994).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις, οι οποίες καλύπτουν διάφορες πτυχές της φροντίδας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι παραπάνω ερωτήσεις αξιολογούν επτά κατηγορίες: τη γενική ικανοποίηση των πολιτών/ασθενών (2 ερωτήσεις), τις τεχνικές ποιότητας (4 ερωτήσεις), τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών (2 ερωτήσεις), την επικοινωνία (2 ερωτήσεις), τις διάφορες οικονομικές πτυχές της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (2 ερωτήσεις), το χρόνο που αφιερώνει ο ιατρός στον εξεταζόμενο (2 ερωτήσεις) και την ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες / τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών /την άνεση (4 ερωτήσεις).

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί ότι, εφόσον οι Τ.ΟΜ.Υ. παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες υγείας, αφαιρέθηκαν οι ερωτήσεις της κατηγορίας που αφορούν το κόστος. Επιπλέον, στις ήδη υπάρχουσες δομημένες ερωτήσεις, προστέθηκαν 16 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται σε δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τέλος, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα από την ερευνήτρια. Σημειώνεται ότι η χρήση του ερωτηματολογίου έγινε κατόπιν έγγραφης άδειας που ζητήθηκε και παραχωρήθηκε από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου.

Κεφάλαιο 7: Αποτελέσματα έρευνας

Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά και τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις επισκέψεις των ασθενών στις ΤΟΜΥ, ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι βαθμολογίες ικανοποίησης.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες ικανοποίησης. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 320 ασθενείς που επισκέφτηκαν τις Τ.ΟΜ.Υ. της 1^{ης} ΥΠΕ. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 53,3 έτη, ενώ η πλειονότητα ήταν γυναίκες (69,1%), ελληνικής καταγωγής (94,9%), απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (30,2%), έγγαμοι (65,6%), εργαζόμενοι (37,6%) και ασφαλισμένοι, άμεσα ή έμμεσα (94,7%). Το 64,1% δήλωσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή έως πολύ καλή, το 25,3% δήλωσαν ότι είναι μέτρια και το 10,6% δήλωσαν ότι είναι κακή έως πολύ κακή.

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Χαρακτηριστικό	N	%
Φύλο		
Γυναίκες	221	69,1
Άνδρες	99	30,9
Ηλικία	53,3	16,6
Υπηκοότητα		
Ελληνική	298	94,9
Αλβανική	8	2,5
Άλλη	8	2,6
Εκπαίδευση		
Καμία εκπαίδευση	7	2,2
Απόφοιτος/η πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικό)	49	15,4
Απόφοιτος/η δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο)	96	30,2

Απόφοιτος ΙΕΚ, Επαγγελματικής σχολής, κλπ	44	13,8
Απόφοιτος/η ανώτερης εκπαίδευσης (ΤΕΙ)	41	12,9
Απόφοιτος/η ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ)	54	17,0
Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	23	7,2
Κάτοχος διδακτορικού τίτλου	4	1,3
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμοι	60	18,8
Έγγαμοι	210	65,6
Διαζευγμένοι	23	7,2
Χήροι	27	8,4
Εργασιακή κατάσταση		
Εργαζόμενοι	120	37,6
Συνταξιούχοι	113	35,4
Άνεργοι	54	16,9
Άλλο	32	10,0
Ασφαλισμένοι		
Άμεσα	236	73,8
Έμμεσα	67	20,9
Όχι	13	4,1
Δεν απάντησαν	4	1,3
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		
Πολύ κακή	17	5,3
Κακή	17	5,3

Μέτρια	81	25,3
Καλή	133	41,6
Πολύ καλή	72	22,5

^α μέση τιμή

^β τυπική απόκλιση

Επισκέψεις των ασθενών στις Τ.ΟΜ.Υ.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά που αφορούν τις επισκέψεις των ασθενών στις Τ.ΟΜ.Υ.. Οι περισσότεροι είχαν επισκεφτεί ξανά τις Τ.ΟΜ.Υ. (70,9%) με τις συχνότερες ειδικότητες επίσκεψης να είναι παθολόγος (49,1%), γενικός ιατρός (30,6%) και παιδίατρος (14,1%), (διάγραμμα 3). Οι σημαντικότεροι λόγοι επίσκεψης ήταν η συνταγογράφηση φαρμάκων (20%), η ιατρική εξέταση (18,4%), η ιατρική εξέταση και συνταγογράφηση φαρμάκων (16,3%) και οι περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (13,8%), (διάγραμμα 4). Το μέσο χρονικό διάστημα μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού ήταν 10,3 ημέρες.

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά που αφορούν τις επισκέψεις των ασθενών στις Τ.ΟΜ.Υ.

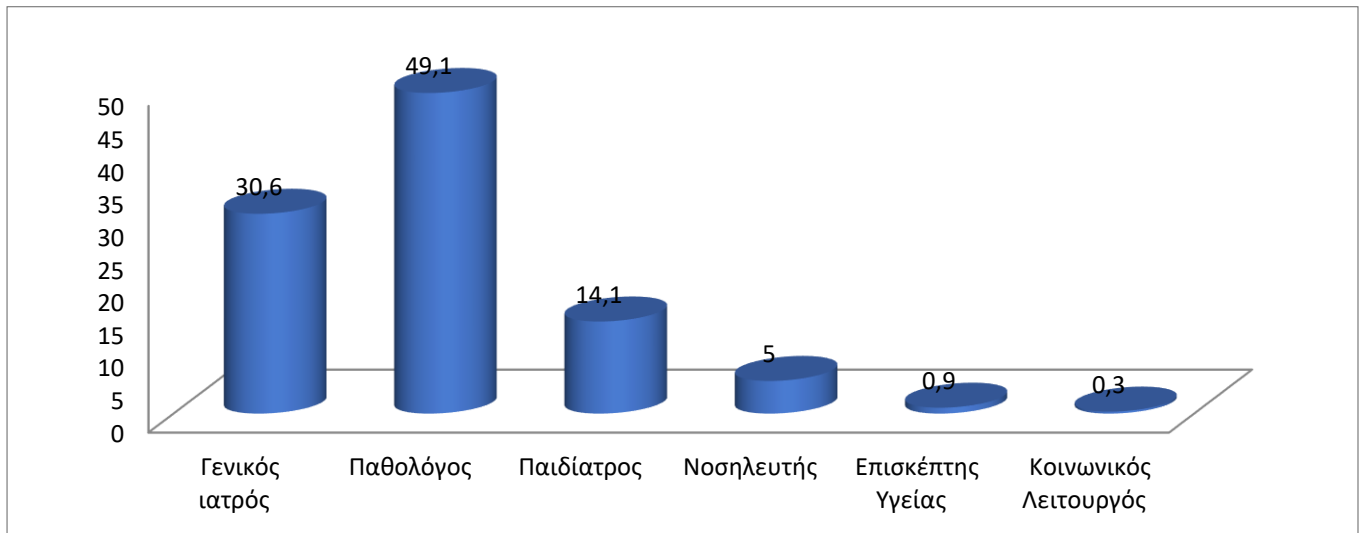
Χαρακτηριστικό	N	%
Πρώτη επίσκεψη στην Τ.ΟΜ.Υ.		
Όχι	227	70,9
Ναι	92	28,8
Λόγος επίσκεψης		
Συνταγογράφηση φαρμάκων	64	20,0
Περίπτωση έκτακτης ανάγκης	44	13,8
Έκδοση πιστοποιητικού	17	5,3

Ιατρική εξέταση	59	18,4
Ιατρική εξέταση και συνταγογράφηση φαρμάκων	52	16,3
Κοινοποίηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών-διαγνωστικών εξετάσεων	43	13,4
Άλλος	41	12,8
Χρονικό διάστημα μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού (ημέρες)	10,3 ^α	11,2 ^β
Επαγγελματίας υγείας στον οποίο έγινε η επίσκεψη		
Γενικός ιατρός	98	30,6
Παθολόγος	157	49,1
Παιδίατρος	45	14,1
Νοσηλεύτης	16	5,0
Επισκέπτης Υγείας	3	0,9
Κοινωνικός Λειτουργός	1	0,3
Φορές επίσκεψης στην Τ.ΟΜ.Υ. τους τελευταίους 6 μήνες	2,7 ^α	1,9 ^β

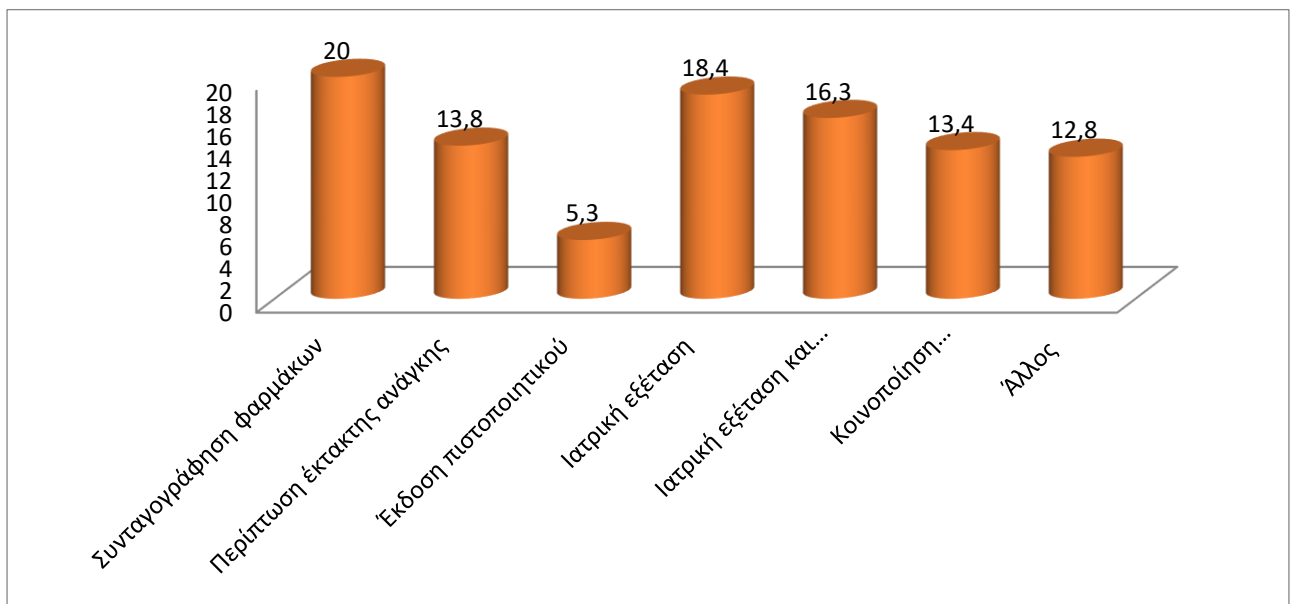
^α μέση τιμή

^β τυπική απόκλιση

Διάγραμμα 3. Ποσοστό επισκέψεων ανά κατηγορία επαγγελματία υγείας



Διάγραμμα 4. Ποσοστό επισκέψεων ανά κατηγορία παρεχόμενης υπηρεσίας



Ικανοποίηση από τις Τ.ΟΜ.Υ.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ήταν 0,87 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου για την ικανοποίηση.

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα αναφορικά με την ικανοποίηση από τις Τ.ΟΜ.Υ., ενώ στον πίνακα 5 και στο διάγραμμα 5 παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις επιμέρους κατηγορίες ικανοποίησης.

Σε όλες τις περιπτώσεις, η αύξηση της βαθμολογίας δηλώνει μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών.

Πίνακας 4. Περιγραφικά αποτελέσματα αναφορικά με την ικανοποίηση από τις Τ.ΟΜ.Υ..

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Οι ιατροί εξηγούν τον λόγο, για τον οποίο πρέπει να γίνουν οι ιατρικές εξετάσεις	4,4	0,7	5	1	5
Θεωρώ ότι η Τ.ΟΜ.Υ. είναι πλήρως εξοπλισμένη για παροχή φροντίδας υγείας	3,6	1,0	4	1	5
Θεωρώ ότι η φροντίδα υγείας που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια	3,9	0,9	4	1	5
Κάποιες φορές, αναρωτιέμαι αν η διάγνωση που μου έκαναν οι ιατροί, είναι όντως σωστή	3,4	1,2	4	1	5
Στη Τ.ΟΜ.Υ. που επισκέπτομαι, οι επαγγελματίες υγείας είναι προσεκτικοί να ελέγξουν τα πάντα κατά την εξέταση	4,4	0,7	5	1	5
Έχω εύκολη πρόσβαση/παραπομπή στους ειδικούς ιατρούς που χρειάζομαι	3,7	0,9	4	1	5
Υπάρχει μεγάλη αναμονή για την εξυπηρέτηση ενός	3,4	0,9	3	1	5

επείγοντος περιστατικού					
Οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύ τυπικοί και απρόσωποι απέναντι μου	3,9	1,1	4	1	5
Οι επαγγελματίες υγείας, μου συμπεριφέρονται με πολύ φιλικό και ευγενικό τρόπο	4,4	0,8	5	1	5
Οι επαγγελματίες υγείας όταν με εξετάζουν, κάποιες φορές βιάζονται πάρα πολύ	4,0	0,9	4	1	5
Οι επαγγελματίες υγείας πολλές φορές αγνοούν αυτά που τους λέω	4,2	0,8	4	1	5
Έχω αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας που με θεραπεύουν	4,2	0,8	4	1	5
Οι επαγγελματίες υγείας συνήθως μου αφιερώνουν πολύ χρόνο	4,1	0,8	4	1	5
Δυσκολεύομαι να κλείσω αμέσως ένα ραντεβού για φροντίδα υγείας	3,6	1,2	4	1	5
Είμαι δυσαρεστημένος με κάποια στοιχεία της ιατρικής φροντίδας που λαμβάνω	4,0	1,0	4	1	5
Μπορώ να λάβω φροντίδα υγείας οποτεδήποτε το χρειάζομαι	3,8	1,0	4	1	5

Σε όλες τις επιμέρους κατηγορίες ικανοποίησης από τις Τ.ΟΜ.Υ., η μέση τιμή ήταν μεγαλύτερη από το διάμεσο σημείο της κλίμακας (=3) γεγονός που δηλώνει ότι η ικανοποίηση ήταν υψηλή έως αρκετά υψηλή. Επιπλέον, ταξινομώντας την ικανοποίηση κατά φθίνουσα σειρά ξεκινώντας από την κλίμακα με την υψηλότερη ικανοποίηση, τότε η ταξινόμηση είναι η εξής:

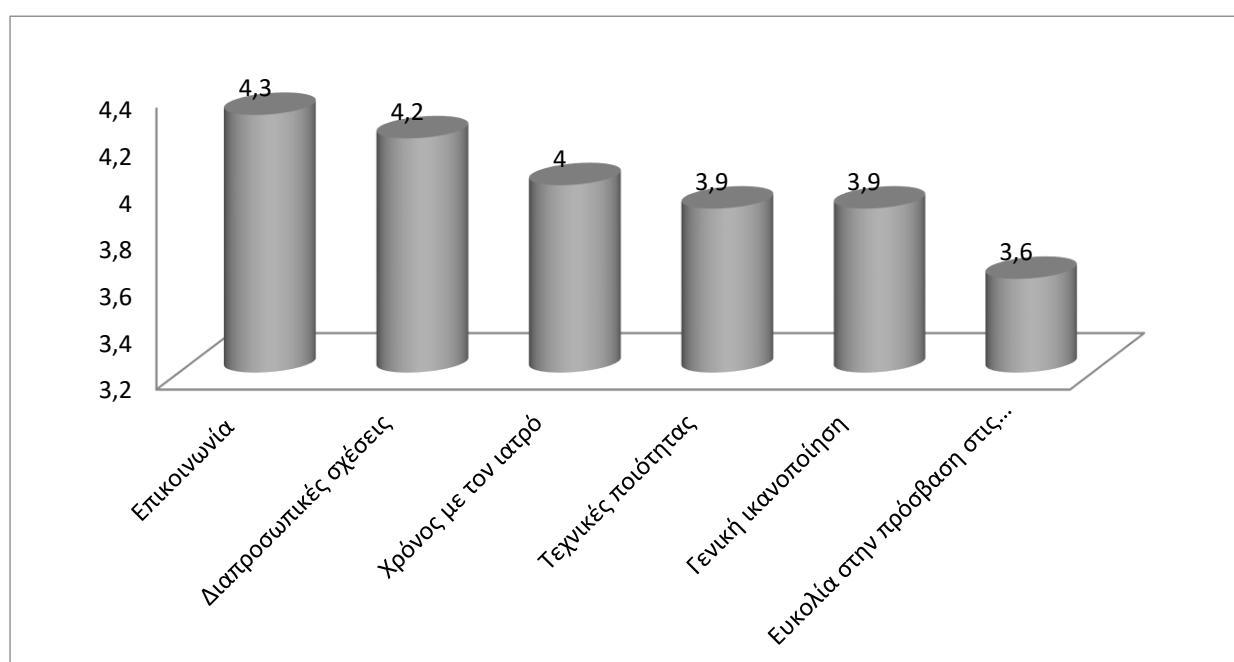
- 1) Επικοινωνία
- 2) Διαπροσωπικές σχέσεις
- 3) Χρόνος με τον ιατρό
- 4) Γενική ικανοποίηση

- 5) Τεχνικές ποιότητας
- 6) Ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες

Πίνακας 5. Περιγραφικά αποτελέσματα αναφορικά με τις επιμέρους κατηγορίες ικανοποίησης από τις ΤΟΜΥ.

Βαθμολογία	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Γενική ικανοποίηση	3,9	0,8	4	1	5
Τεχνικές ποιότητας	3,9	0,6	3,8	1,5	5
Διαπροσωπικές σχέσεις	4,2	0,7	4	2	5
Επικοινωνία	4,3	0,6	4,5	1,5	5
Χρόνος με τον ιατρό	4,0	0,7	4	2	5
Ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες	3,6	0,7	3,8	1,5	5

Διάγραμμα 5. Μέσες τιμές ικανοποίησης αναφορικά με τις επιμέρους κατηγορίες ικανοποίησης από τις Τ.ΟΜ.Υ.



Σχετικά με το αν θα πρότειναν οι εξυπηρετούμενοι την Τ.ΟΜ.Υ. που επισκέφτηκαν σε άλλους:

- 93,4% των ασθενών δήλωσαν ότι θα πρότειναν την συγκεκριμένη Τ.ΟΜ.Υ. σε άλλους
- 1,3% δήλωσαν πως δεν θα την πρότειναν
- 5,3% ότι δεν ξέρουν/δεν απαντούν

Σχετικά με το αν ενόχλησε κάτι τους ασθενείς κατά την επίσκεψη τους στην Τ.ΟΜ.Υ., σημειώθηκαν τα παρακάτω:

- Αναμονή πριν περάσουν στον γιατρό (11 ασθενείς)
- Δεν μπορούσαν να κλείσουν ραντεβού σε σύντομο χρονικό διάστημα (7 ασθενείς)
- Δεν υπάρχει ξεχωριστός παιδιατρικός χώρος αναμονής (2 ασθενείς)
- Ο γιατρός δεν συνταγογράφησε όσα φάρμακα/εξετάσεις ζήτησε (1 ασθενής)
- Τεχνικό πρόβλημα στο σύστημα συνταγογράφησης (1 ασθενής)

Αναφορικά με τις προτάσεις βελτίωσης από τους εξυπηρετούμενους, σημειώθηκαν οι παρακάτω:

- Αύξηση προσωπικού (κυρίως γιατρών) (25 ασθενείς)
- Επιπλέον ειδικότητες ιατρών (21 ασθενείς)
- Διαθέσιμα ραντεβού σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα (9 ασθενείς)
- Αίτημα για κατ' οίκον επισκέψεις (6 ασθενείς)
- Επιπλέον εξοπλισμός (μηχανήματα, διενέργεια αιματολογικών εξετάσεων) (6 ασθενείς)
- Μεγαλύτερος χρόνος διάρκειας των ραντεβού (4 ασθενείς)

- Διεύρυνση ωραρίου σε απογευματινή βάρδια (3 ασθενείς)
- Να μπουν σε εφαρμογή τα ηλεκτρονικά ραντεβού (3 ασθενείς)
- Εξυπηρέτηση εκτός ωραρίου, π.χ. τηλεφωνική επικοινωνία (3 ασθενείς)
- Λειτουργία σε 24ωρη βάση (1 ασθενής)
- Εφαρμογή συστήματος παραπομπών (1 ασθενής)

Συσχετίσεις

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "γενική ικανοποίηση".

Πίνακας 6. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "γενική ικανοποίηση".

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,1^α
	Γυναίκες	3,9	0,8
	Άνδρες	4,1	0,8
Ηλικία			-0,02 ^β
Υπηκοότητα			0,5 ^α
	Ελληνική	4,0	0,8
	Άλλη	3,8	0,7
Εκπαίδευση			-0,1 ^γ
Οικογενειακή κατάσταση			0,8 ^α
	Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	3,9	0,8

	Έγγαμοι	3,9	0,8	
Εργασιακή κατάσταση				0,5 ^α
	Εργαζόμενοι	4,0	0,8	
	Συνταξιούχοι/άνεργοι	3,9	0,8	
Ασφαλισμένοι				0,02^α
	Ναι	3,9	0,8	
	Όχι	4,4	0,4	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας			0,14 ^γ	0,01^γ
Πρώτη επίσκεψη στην ΤΟΜΥ				0,1^α
	Όχι	3,9	0,8	
	Ναι	4,0	0,7	
Λόγος επίσκεψης				0,3 ^δ
	Συνταγογράφηση φαρμάκων	3,9	0,7	
	Περίπτωση έκτακτης ανάγκης	3,9	0,8	
	Έκδοση πιστοποιητικού	4,2	0,9	
	Ιατρική εξέταση	4,0	0,8	
	Ιατρική εξέταση και συνταγογράφηση φαρμάκων	3,9	0,9	
	Κοινοποίηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών-διαγνωστικών εξετάσεων	4,2	0,6	
Χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού			-0,24 ^γ	<0,001^γ
Επαγγελματίας υγείας στον οποίο έγινε η επίσκεψη				0,003^δ
	Γενικός ιατρός	3,8	0,8	
	Παθολόγος	4,0	0,8	

Παιδίατρος	4,2	0,7	
Νοσηλεύτης	3,7	0,9	
Φορές επίσκεψης στην Τ.ΟΜ.Υ. τους τελευταίους 6 μήνες		0,14 ^γ	0,01^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman



^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα «γενική ικανοποίηση» και 8 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

Πίνακας 7. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «γενική ικανοποίηση».

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εκπαίδευση	-0,11	-0,17 έως -0,04	0,001
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	0,12	0,03 έως 0,21	0,012

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

-  Η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετίζονταν με μείωση της ικανοποίησης.
-  Η αύξηση της αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας σχετίζονταν με αύξηση της ικανοποίησης.

- ✚ Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 9% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην κλίμακα «γενική ικανοποίηση».

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "τεχνικές ποιότητας".

Πίνακας 8. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "τεχνικές ποιότητας".

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή ρ
Φύλο			0,3 ^α
	Γυναίκες	3,9	0,6
	Άνδρες	3,9	0,6
Ηλικία			-0,03 ^β
Υπηκοότητα			0,9 ^α
	Ελληνική	3,8	0,6
	Άλλη	3,8	0,5
Εκπαίδευση			-0,02 ^γ
Οικογενειακή κατάσταση			0,9 ^α
	Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	3,9	0,6
	Έγγαμοι	3,9	0,6
Εργασιακή κατάσταση			0,09^α
	Εργαζόμενοι	3,9	0,6
	Συνταξιούχοι/άνεργοι	3,8	0,6

Ασφαλισμένοι				0,5 ^α
	Ναι	3,9	0,6	
	Όχι	4,0	0,5	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας			0,15 ^γ	0,01^γ
Πρώτη επίσκεψη στην ΤΟΜΥ				0,7 ^α
	Όχι	3,9	0,6	
	Ναι	3,9	0,6	
Λόγος επίσκεψης				0,04^δ
	Συνταγογράφηση φαρμάκων	3,8	0,6	
	Περίπτωση έκτακτης ανάγκης	3,7	0,6	
	Έκδοση πιστοποιητικού	4,1	0,8	
	Ιατρική εξέταση	3,9	0,6	
	Ιατρική εξέταση και συνταγογράφηση φαρμάκων	3,8	0,6	
	Κοινοποίηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών-διαγνωστικών εξετάσεων	4,1	0,6	
Χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού			-0,17 ^γ	0,007^γ
Επαγγελματίας υγείας στον οποίο έγινε η επίσκεψη				0,3 ^δ
	Γενικός ιατρός	3,8	0,5	
	Παθολόγος	4,0	0,7	
	Παιδίατρος	4,0	0,6	
	Νοσηλεύτης	3,7	0,8	
Φορές επίσκεψης στην ΤΟ.Μ.Υ τους τελευταίους 6 μήνες			0,15 ^γ	0,01^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα «τεχνικές ποιότητας» και 5 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «τεχνικές ποιότητας».

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εργαζόμενοι σε σχέση με συνταξιούχους/άνεργους	-0,23	-0,39 έως -0,05	0,009
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	0,12	0,04 έως 0,20	0,003
Φορές επίσκεψης στην ΤΟ.Μ.Υ τους τελευταίους 6 μήνες	0,05	0,002 έως 0,09	0,04

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- ✚ Οι εργαζόμενοι είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με συνταξιούχους/άνεργους.
- ✚ Η αύξηση της αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας σχετίζονταν με αύξηση της ικανοποίησης.
- ✚ Η αύξηση των επισκέψεων στις ΤΟΜΥ σχετίζονταν με αύξηση της ικανοποίησης.

- ✚ Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 8% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην κλίμακα «τεχνικές ποιότητας».

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "διαπροσωπικές σχέσεις".

Πίνακας 10. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "διαπροσωπικές σχέσεις".

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή ρ
Φύλο			0,3 ^α
	Γυναίκες	4,2	0,7
	Άνδρες	4,1	0,8
Ηλικία			0,14 ^β
Υπηκοότητα			0,2 ^α
	Ελληνική	4,2	0,7
	Άλλη	4,4	0,6
Εκπαίδευση			-0,06 ^γ
Οικογενειακή κατάσταση			0,7 ^α
	Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	4,2	0,7
	Έγγαμοι	4,1	0,7
Εργασιακή κατάσταση			0,6 ^α
	Εργαζόμενοι	4,2	0,7
	Συνταξιούχοι/άνεργοι	4,2	0,7

Ασφαλισμένοι				0,5 ^α
	Ναι	4,2	0,7	
	Όχι	4,3	0,7	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας			0,01 ^γ	0,8 ^γ
Πρώτη επίσκεψη στην ΤΟΜΥ				0,7 ^α
	Όχι	4,2	0,7	
	Ναι	4,1	0,8	
Λόγος επίσκεψης				0,04^δ
	Συνταγογράφηση φαρμάκων	4,2	0,7	
	Περίπτωση έκτακτης ανάγκης	4,1	0,8	
	Έκδοση πιστοποιητικού	4,3	0,9	
	Ιατρική εξέταση	4,0	0,7	
	Ιατρική εξέταση και συνταγογράφηση φαρμάκων	4,0	0,8	
	Κοινοποίηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών-διαγνωστικών εξετάσεων	4,4	0,6	
Χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού			-0,06 ^γ	0,4 ^γ
Επαγγελματίας υγείας στον οποίο έγινε η επίσκεψη				0,7 ^δ
	Γενικός ιατρός	4,1	0,7	
	Παθολόγος	4,2	0,7	
	Παιδίατρος	4,1	0,7	
	Νοσηλεύτης	4,2	0,8	
Φορές επίσκεψης στην ΤΟ.Μ.Υ τους τελευταίους 6 μήνες			0,11 ^γ	0,05^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα «διαπροσωπικές σχέσεις» και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «διαπροσωπικές σχέσεις».

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,01	0,003 έως 0,01	0,004
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	0,12	0,04 έως 0,20	0,003
Φορές επίσκεψης στην ΤΟ.Μ.Υ τους τελευταίους 6 μήνες	0,05	0,002 έως 0,09	0,04

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- ✚ Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της ικανοποίησης.
- ✚ Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 3% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην κλίμακα «διαπροσωπικές σχέσεις».

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "επικοινωνία".

Πίνακας 12. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "επικοινωνία".

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή ρ
Φύλο			0,8 ^α
Γυναίκες	4,3	0,6	
Άνδρες	4,3	0,7	
Ηλικία		-0,04 ^β	0,5 ^β
Υπηκοότητα			0,9 ^α
Ελληνική	4,3	0,6	
Άλλη	4,3	0,4	
Εκπαίδευση		0,0 ^γ	0,9 ^γ
Οικογενειακή κατάσταση			0,3 ^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	4,2	0,6	
Έγγαμοι	4,3	0,7	
Εργασιακή κατάσταση			0,1^α
Εργαζόμενοι	4,4	0,6	
Συνταξιούχοι/άνεργοι	4,3	0,6	
Ασφαλισμένοι			0,2 ^α
Ναι	4,3	0,6	
Όχι	4,5	0,7	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,05 ^γ	0,4 ^γ
Πρώτη επίσκεψη στην TOMY			0,9 ^α
Όχι	4,3	0,6	

	Ναι	4,3	0,6	
Λόγος επίσκεψης				0,3 ^δ
	Συνταγογράφηση φαρμάκων	4,3	0,6	
	Περίπτωση έκτακτης ανάγκης	4,1	0,6	
	Έκδοση πιστοποιητικού	4,3	0,9	
	Ιατρική εξέταση	4,3	0,7	
	Ιατρική εξέταση και συνταγογράφηση φαρμάκων	4,3	0,6	
	Κοινοποίηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών-διαγνωστικών εξετάσεων	4,4	0,5	
Χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού			-0,15 ^γ	0,02^γ
Επαγγελματίας υγείας στον οποίο έγινε η επίσκεψη				<0,001^δ
	Γενικός ιατρός	4,0	0,7	
	Παθολόγος	4,4	0,6	
	Παιδίατρος	4,4	0,6	
	Νοσηλεύτης	4,0	0,7	
Φορές επίσκεψης στην ΤΟ.Μ.Υ τους τελευταίους 6 μήνες			0,09 ^γ	0,09^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα «επικοινωνία» και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή

γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «επικοινωνία».

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Παθολόγοι/παιδιάτροι σε σχέση με γενικούς γιατρούς/νοσηλευτές	0,34	0,16 έως 0,52	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- ✚ Οι ασθενείς που επισκέφτηκαν παθολόγους/παιδιάτρους είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν γενικούς γιατρούς/νοσηλευτές.
- ✚ Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 7% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην κλίμακα «επικοινωνία».

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "χρόνος με τον ιατρό".

Πίνακας 14. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "χρόνος με τον ιατρό".

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,8 ^α
	Γυναίκες	4,0	0,8
	Άνδρες	4,1	0,7
Ηλικία		0,15 ^β	0,01^β
Υπηκοότητα			0,9 ^α
	Ελληνική	4,0	0,8
	Άλλη	4,1	0,5
Εκπαίδευση		-0,12 ^γ	0,03^γ
Οικογενειακή κατάσταση			0,3 ^α
	Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	4,0	0,8
	Έγγαμοι	4,1	0,7
Εργασιακή κατάσταση			0,7 ^α
	Εργαζόμενοι	4,0	0,8
	Συνταξιούχοι/άνεργοι	4,1	0,7
Ασφαλισμένοι			0,6 ^α
	Ναι	4,0	0,7
	Όχι	4,2	0,9
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,00 ^γ	0,9 ^γ
Πρώτη επίσκεψη στην TOMY			0,5 ^α
	Όχι	4,1	0,7

	Ναι	4,0	0,8	
Λόγος επίσκεψης				0,02^δ
	Συνταγογράφηση φαρμάκων	4,2	0,5	
	Περίπτωση έκτακτης ανάγκης	4,0	0,8	
	Έκδοση πιστοποιητικού	4,0	0,9	
	Ιατρική εξέταση	4,1	0,9	
	Ιατρική εξέταση και συνταγογράφηση φαρμάκων	4,0	0,8	
	Κοινοποίηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών-διαγνωστικών εξετάσεων	4,3	0,6	
Χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού			-0,08 ^γ	0,2^γ
Επαγγελματίας υγείας στον οποίο έγινε η επίσκεψη				0,1^δ
	Γενικός ιατρός	3,9	0,8	
	Παθολόγος	4,1	0,8	
	Παιδίατρος	4,1	0,7	
	Νοσηλεύτης	3,9	0,7	
Φορές επίσκεψης στην ΤΟ.Μ.Υ τους τελευταίους 6 μήνες			0,15 ^γ	0,01^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα «χρόνος με τον ιατρό» και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή

γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 15.

Πίνακας 15. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «χρόνος με τον ιατρό».

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Παθολόγοι/παιδιάτροι σε σχέση με γενικούς γιατρούς/νοσηλευτές	0,29	0,07 έως 0,51	0,01
Φορές επίσκεψης στην ΤΟ.Μ.Υ τους τελευταίους 6 μήνες	0,08	0,02 έως 0,13	0,008

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- ✚ Οι ασθενείς που επισκέφτηκαν παθολόγους/παιδιάτρους είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν γενικούς γιατρούς/νοσηλευτές.
- ✚ Η αύξηση των επισκέψεων στις ΤΟΜΥ σχετίζονταν με αύξηση της ικανοποίησης.
- ✚ Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην κλίμακα «χρόνος με τον ιατρό».

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες".

Πίνακας 16. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στην κλίμακα "ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες".

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή ρ
Φύλο			0,6^α
Γυναίκες	3,6	0,7	
Άνδρες	3,6	0,7	
Ηλικία		-0,17 ^β	0,005^β
Υπηκοότητα			0,2^α
Ελληνική	3,6	0,7	
Άλλη	3,8	0,6	
Εκπαίδευση		-0,02 ^γ	0,8 ^γ
Οικογενειακή κατάσταση			0,2^α
Άγαμοι/διαζευγμένοι/χήροι	3,6	0,7	
Έγγαμοι	3,6	0,7	
Εργασιακή κατάσταση			0,04^α
Εργαζόμενοι	3,7	0,8	
Συνταξιούχοι/άνεργοι	3,6	0,7	
Ασφαλισμένοι			0,3^α
Ναι	3,6	0,7	
Όχι	3,8	0,6	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,17 ^γ	0,002^γ
Πρώτη επίσκεψη στην TOMY			0,07^α
Όχι	3,6	0,7	

	Ναι	3,7	0,7	
Λόγος επίσκεψης				0,4 ^δ
	Συνταγογράφηση φαρμάκων	3,5	0,7	
	Περίπτωση έκτακτης ανάγκης	3,7	0,7	
	Έκδοση πιστοποιητικού	3,9	0,7	
	Ιατρική εξέταση	3,6	0,9	
	Ιατρική εξέταση και συνταγογράφηση φαρμάκων	3,5	0,7	
	Κοινοποίηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών-διαγνωστικών εξετάσεων	3,7	0,7	
Χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού			-0,46 ^γ	<0,001 ^γ
Επαγγελματίας υγείας στον οποίο έγινε η επίσκεψη				<0,001 ^δ
	Γενικός ιατρός	3,4	0,7	
	Παθολόγος	3,7	0,7	
	Παιδίατρος	3,9	0,6	
	Νοσηλεύτης	3,3	0,6	
Φορές επίσκεψης στην ΤΟ.Μ.Υ τους τελευταίους 6 μήνες			-0,04 ^γ	0,5 ^γ

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα «ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες» και 8 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε

πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 17.

Πίνακας 17. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες».

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Παθολόγοι/παιδιάτροι σε σχέση με γενικούς γιατρούς/νοσηλευτές	0,29	0,09 έως 0,51	0,005
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	0,13	0,04 έως 0,22	0,005
Χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού	-0,03	-0,04 έως -0,01	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ασθενείς που επισκέφτηκαν παθολόγους/παιδιάτρους είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τους ασθενείς που επισκέφτηκαν γενικούς γιατρούς/νοσηλευτές.
- Η αύξηση της αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας σχετίζονταν με αύξηση της ικανοποίησης.
- Η αύξηση του χρονικού διαστήματος μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού σχετίζονταν με μείωση της ικανοποίησης.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 23% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην κλίμακα «ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες».

Κεφάλαιο 8: Συζήτηση

Όπως και σε άλλες αντίστοιχες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία, έτσι και εδώ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (Papp *et al.*, 2014; Aldosari *et al.*, 2017b; Wilfred and O. M. Pascalia, 2017). Αυτό πιθανώς οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες προσέχουν πιο πολύ την υγεία τους, χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας π.χ. για προληπτικές εξετάσεις και φαίνεται να συμμορφώνονται πιο εύκολα στη θεραπευτική τους αγωγή σε σχέση με τους άντρες.

Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι οι περισσότερες επισκέψεις αναφέρονται σε παθολόγους. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι αφενός οι περισσότεροι γιατροί που υπηρετούν στις Τ.ΟΜ.Υ. είναι παθολόγοι και αφετέρου, πιθανώς πολλοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας και κυρίως οι ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να διαχωρίσουν τις ειδικότητες του παθολόγου και του γενικού γιατρού. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι η έλλειψη των γενικών γιατρών δεν περιορίζεται μόνο στις Τ.ΟΜ.Υ. αλλά στο σύστημα υγείας της Ελλάδας εν γένει. Επιπλέον, τα χαμηλά ποσοστά επισκέψεων στον κοινωνικό λειτουργό, οφείλονται επίσης στην χαμηλή έως ανύπαρκτη γνώση των πολιτών για το ρόλο του σαν επαγγελματίας υγείας. Ωστόσο, όσο περνάει ο καιρός φαίνεται ότι οι εξυπηρετούμενοι αρχίζουν και γνωρίζουν τη σημασία που έχει στο σύστημα υγείας με αποτέλεσμα να αυξάνονται και οι επισκέψεις σε αυτόν.

Βάσει αποτελεσμάτων, η κατηγορία που απέσπασε τις περισσότερες θετικές απαντήσεις από τους ασθενείς είναι η «επικοινωνία». Πιο αναλυτικά, η κατηγορία αυτή περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν την άποψη των ασθενών ως προς το αν εξηγούν οι γιατροί τον λόγο για τον οποίο πρέπει να διενεργηθούν ιατρικές εξετάσεις και το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας είναι πρόθυμοι να ακούσουν προβληματισμούς και απορίες των ασθενών. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας μας δείχνουν ότι οι εξυπηρετούμενοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους παθολόγους και τους παιδίατρους σε σχέση με τους γενικούς γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Αποτελέσματα με πολύ ικανοποιημένους και ικανοποιημένους ασθενείς αναφορικά με την επικοινωνία τους με τους επαγγελματίες υγείας, βρίσκουμε και σε άλλες έρευνες που διενεργήθηκαν στην Ελλάδα, με ποσοστά ικανοποίησης 86,3% (επικοινωνία με τον γιατρό), 80,3% (οδηγίες που τους δόθηκαν) και 55,8% (συμφωνούν ότι οι γιατροί ακούνε αυτά που τους λένε οι ασθενείς) (Νικολαΐδη και Ευαγγέλου, 2012; Γκαλάπη, 2018), όπως επίσης και σε

έρευνα στο εξωτερικό όπου οι ασθενείς έμειναν αρκετά ικανοποιημένοι από την επεξήγηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους (Araim, Nicholl and Campbell, 2013). Ωστόσο, σε αντίθεση με τα παραπάνω ευρήματα, αξίζει να σημειωθεί ότι σε έρευνα που διεξήχθη στη Μαλαισία, για την ικανοποίηση των ασθενών από την εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας, η επικοινωνία σημείωσε τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης (Ganasegeran *et al.*, 2015).

Η κατηγορία «διαπροσωπικές σχέσεις» έρχεται δεύτερη στην ικανοποίηση των ασθενών και μας δίνει σαν αποτέλεσμα ότι η ηλικία σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης και πιο συγκεκριμένα ότι η αύξηση της ηλικίας σχετίζεται με αύξηση της ικανοποίησης. Τα ίδια αποτελέσματα συναντάμε σε έρευνες του εξωτερικού (Risto *et al.*, 2014), όπου οι πιο ηλικιωμένοι σημειώνουν υψηλότερα σκορ ικανοποίησης σε σχέση με τους πιο νέους και η ικανοποίηση είναι υψηλότερη σε ασθενείς άνω των 50 ετών (Ganasegeran *et al.*, 2015). Αντίστοιχα ευρήματα συναντάμε και στην Ελλάδα, όπου η στατιστική ανάλυση δείχνει ασθενείς πολύ ικανοποιημένους από τη συμπεριφορά του προσωπικού (Νικολαΐδη και Ευαγγέλου, 2012) και “μάλλον καλές” εντυπώσεις από τη συμπεριφορά των νοσηλευτών (48,1%) (Μιχαήλ Μικέ, 2018).

Στην κατηγορία «χρόνος με τον γιατρό», η οποία σημείωσε μέση τιμή “4”, οι ασθενείς καλούνταν να αξιολογήσουν αν οι επαγγελματίες υγείας τους αφιερώνουν πολύ χρόνο και αν οι γιατροί βιάζονται κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από τους παθολόγους και τους παιδίατρος σε σχέση με τους γενικούς γιατρούς και τους νοσηλευτές. Επιπλέον, σημειώθηκε ότι όσες περισσότερες φορές έχουν επισκεφθεί την Τ.ΟΜ.Υ., τόσο πιο ικανοποιημένοι δηλώνουν. Παρόμοιο υψηλό ποσοστό ικανοποίησης από τον διαθέσιμο χρόνο των γιατρών προς τους ασθενείς συναντάμε και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα με ποσοστό 88,1% (Νικολαΐδη και Ευαγγέλου, 2012) αλλά και σε έρευνα του εξωτερικού με ποσοστό 95% (Sebo *et al.*, 2015).

Επόμενη στην κατάταξη κατηγορία μελέτης είναι η «γενική ικανοποίηση», η οποία σημείωσε ως μέση τιμή “3,9”. Στην κατηγορία αυτή οι ασθενείς καλούνταν να βαθμολογήσουν την ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν και το αν είναι δυσαρεστημένοι με κάποια στοιχεία της. Στην συγκεκριμένη κατηγορία, βρέθηκε στατιστική σχέση με αρκετούς παράγοντες, σημαντικότεροι των οποίων είναι το

εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών και η αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας τους. Πιο αναλυτικά, η στατιστική ανάλυση μας παρουσιάζει ότι η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετιζόταν με μείωση της ικανοποίησης. Παρόμοια ευρήματα παρουσιάζονται και σε έρευνα στη Βραζιλία (Aldosari *et al.*, 2017a). Πιθανώς, αυτή η συσχέτιση οφείλεται στο γεγονός ότι όσοι κατέχουν ένα υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, έχουν και περισσότερες προσδοκίες και απαιτήσεις από την ποιότητα φροντίδας που λαμβάνουν και από τις υπηρεσίες των επαγγελματιών υγείας, με αποτέλεσμα να ικανοποιούνται πιο δύσκολα. Επιπλέον, όσον αφορά την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών, όσο πιο καλά αξιολογούσαν το επίπεδο της υγείας τους, τόσο πιο αυξημένα ήταν και τα επίπεδα ικανοποίησης τους. Το συγκεκριμένο εύρημα ταυτίζεται και με τα ευρήματα άλλης έρευνας στη Βραζιλία, που υποδηλώνουν ότι όσοι είχαν καλό επίπεδο υγείας, δήλωναν πιο ικανοποιημένοι (Soeiro *et al.*, 2017). Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε αυτή τη συσχέτιση θα μπορούσαμε να πούμε ότι όσοι κατέχουν ένα καλό επίπεδο υγείας, δεν έχουν πολλές απαιτήσεις από τις υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, όσοι πάσχουν από διάφορα νοσήματα και αξιολογούν την συνολική κατάσταση της υγείας τους από μέτρια έως κακή, υποβαθμίζουν και το σύστημα υγείας και το αξιολογούν αντίστοιχα. Θα μπορούσαμε ενδεχομένως να πούμε ότι αν δεν παρατηρούν βελτίωση στο βιοτικό τους επίπεδο, αυτό τους κάνει να μην έχουν πίστη στο σύστημα υγείας και να τα βλέπουν όλα με μία πιο αρνητική σκοπιά.

Πέμπτη στη σειρά έρχεται η κατηγορία «τεχνικές ποιότητας» με μέση τιμή 3,9. Για την αξιολόγηση της συγκεκριμένης κατηγορίας, οι συμμετέχοντες στην έρευνα, έπρεπε να αξιολογήσουν τον βαθμό στον οποίο είναι εξοπλισμένη η Τ.ΟΜ.Υ., την ικανότητα και εμπειρία των επαγγελματιών υγείας και την σχολαστικότητά τους κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Τα αποτελέσματα που βγήκαν από τη στατιστική ανάλυση αυτών των δεδομένων είναι ότι οι εργαζόμενοι παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με αυτούς που δεν εργάζονται και τους συνταξιούχους. Επίσης, και εδώ συναντάμε ότι η αύξηση των επισκέψεων, επιφέρει και αύξηση της ικανοποίησης, όπως επίσης και η αύξηση της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας. Παρόμοια αποτελέσματα συναντάμε σε έρευνα στην Ελλάδα, η οποία παρουσιάζει ποσοστά ικανοποίησης 55,8% (συμφωνώ) και 30,7% (συμφωνώ απόλυτα) (Γκαλάπη, 2018) και έρευνα του εξωτερικού, με τη συγκεκριμένη κατηγορία να σημειώνει τα μεγαλύτερα σκορ (Ganasegeran *et al.*, 2015). Αντιθέτως, σε έρευνα

που διεξήχθη σε δομή ΠΦΥ στο Πακιστάν, λόγοι που οδήγησαν τους ασθενείς να εκφράσουν δυσαρέσκεια ως προς τις τεχνικές ποιότητας, ήταν η ανικανότητα των γιατρών να διαχειριστούν κρίσιμες καταστάσεις, η ανακριβείς διαγνώσεις των γιατρών και η παρουσία άπειρων γιατρών (Jalil *et al.*, 2017), κάτι που στην παρούσα έρευνα δεν αναφέρθηκε, καθώς οι Τ.ΟΜ.Υ. στελεχώνονται από ειδικευμένους και έμπειρους γιατρούς.

Τελευταία στην κατάταξη, χωρίς όμως χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης αλλά αντίθετα, με λίγο πιο πάνω από μέτρια και με μέση τιμή "3,6", έρχεται η κατηγορία «ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας». Σχετικά με αυτή την κατηγορία, προκύπτουν τα εξής: οι ασθενείς που επισκέφθηκαν παθολόγους και παιδίατρους ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με αυτούς που επισκέφθηκαν γενικούς γιατρούς και νοσηλευτές και η αύξηση του χρονικού διαστήματος μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού σχετιζόταν με μείωση της ικανοποίησης. Όσον αφορά την άμεση διαθεσιμότητα των ραντεβού, αν και το μέσο χρονικό διάστημα ήταν 10 μέρες από την τηλεφωνική επικοινωνία, που θα μπορούσε κανείς να πει ότι είναι ένα ούτε μεγάλο αλλά ούτε και μικρό χρονικό διάστημα, παίζει ρόλο η έλλειψη των γιατρών. Πράγματι, αν και όλο αυτό το εγχείρημα με τις Τ.ΟΜ.Υ. φαίνεται να είναι άκρως ευεργετικό τόσο για τους εξυπηρετούμενους, όσο και για την αποσυμφόρηση των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσοκομείων, η συμμετοχή των γιατρών σε αυτές είναι μικρή. Συνεπώς, όταν κάθε Τ.ΟΜ.Υ., στελεχώνεται από 2-3 ιατρούς για πληθυσμό 10.000 κατοίκων περίπου, είναι λογικό ότι θα υπάρχει και αντίστοιχη αναμονή για τη διαθεσιμότητα των ραντεβού, καθώς οι γιατροί δεν επαρκούν ώστε να καλύψουν τις ανάγκες όλων των πολιτών της περιοχής ευθύνης τους. Έρευνα στη Πολωνία μας δείχνει ότι υπάρχουν μεν δυσκολίες ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όπως π.χ. η δυνατότητα τηλεφωνικής συνεννόησης με το γιατρό και παροχής καθοδήγησης μέσω τηλεφώνου, αλλά επισημαίνεται ότι η πρόσβαση στις ιατρικές συμβουλές είναι υψηλότερη σε σχέση με το προηγούμενο σύστημα υγείας (Marcinowicz, Konstantynowicz and Chlabicz, 2008).

8.1 Περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα εξ' ορισμού, αντιμετώπιζε την δυσκολία ότι πρόκειται να αξιολογήσει νέες στο χώρο, δομές υγείας, οι περισσότερες από τις οποίες λειτουργούσαν μόλις λίγους μήνες. Αυτό συνεπάγεται ότι οι εξυπηρετούμενοι, βρισκόντουσαν στη δυσάρεστη θέση να μην επιθυμούν να συμμετέχουν στην έρευνα, είτε γιατί είχαν επισκεφτεί την Τ.ΟΜ.Υ. για πρώτη φορά προκειμένου να ανοιχτεί ο φάκελος υγείας τους, με αποτέλεσμα να μην έχουν άποψη για τις υπηρεσίες υγείας, είτε γιατί οι φορές που είχαν επισκεφθεί την Τ.ΟΜ.Υ. δεν επαρκούσαν για να διαμορφώσουν μία ολοκληρωμένη άποψη. Οπότε αυτές οι δύο περιπτώσεις δυσκόλευαν την έρευνα ως προς τη συλλογή του επιθυμητού δείγματος.

Επιπλέον, άλλος ένας περιορισμός ήταν ότι σε κάποιες Τ.ΟΜ.Υ., η παρουσία αλλοδαπών, προσφύγων και μεταναστών ασθενών έκαναν δύσκολη τη συλλογή των ερωτηματολογίων καθώς οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν την ελληνική γλώσσα, με αποτέλεσμα να καθιστούν την επικοινωνία δυσχερή.

8.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή της παρουσίασης των αποτελεσμάτων, η ικανοποίηση από όλες τις επιμέρους κατηγορίες ικανοποίησης ήταν υψηλή έως αρκετή υψηλή. Αξίζει όμως να σημειωθούν κάποιες προτάσεις προκειμένου, πτυχές της φροντίδας υγείας που παρέχουν οι Τ.ΟΜ.Υ. που απέσπασαν τη χαμηλότερη ικανοποίηση, να φτάσουν και αυτές όσο πιο ψηλά γίνεται.

Αρχικά, το μείζον θέμα που πλήττει τη λειτουργία των Τ.ΟΜ.Υ. είναι το λιγοστό ενδιαφέρον που εκφράζουν οι γιατροί ως προς αυτές. Αν και μέχρι στιγμής έχουν γίνει δύο προσπάθειες να στελεχωθούν οι Τ.ΟΜ.Υ. πλήρως με ιατρικό προσωπικό, οι γιατροί παραμένουν να εκδηλώνουν μικρό ενδιαφέρον και άρα να σημειώνεται μικρή συμμετοχή. Συνεπώς, προκειμένου να λυθεί το θέμα πληρότητας των ιατρικών θέσεων, ίσως θα ήταν συνετό, οι αρμόδιοι φορείς να δώσουν κάποια επιπλέον δυνατά κίνητρα, ώστε να κεντρίσουν το ενδιαφέρον των ιατρών και κατά αυτόν τον τρόπο να αυξήσουν εν τέλει τις συμμετοχές τους.

Συμπληρωματικά στο πρόβλημα του μειωμένου αριθμού των ιατρών που εργάζεται στις Τ.ΟΜ.Υ., συνυπάρχει και η έλλειψη των γενικών ιατρών. Δυστυχώς, στη χώρα

μας, η ειδικότητα της γενικής ιατρικής δεν έχει τη θέση που της αξίζει, σε αντίθεση με άλλες χώρες της Ευρώπης όπως είναι η Μ. Βρετανία. Είναι γεγονός, ότι όλο και περισσότεροι απόφοιτοι της ιατρικής, όταν έρχεται η δύσκολη στιγμή της επιλογής της ιατρικής ειδικότητας, επιλέγουν κάθε άλλη εκτός από την ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Προκειμένου λοιπόν οι φοιτητές ιατρικής να γνωρίσουν, να εξοικειωθούν και με αυτή την ειδικότητα και να αρχίζουν να την επιλέγουν όλο και περισσότεροι, θα ήταν χρήσιμο εάν στο πρόγραμμα σπουδών των ιατρικών σχολών σε όλη τη χώρα, δινόταν μία έμφαση και μία επιπλέον εκπαίδευση ως προς αυτόν τον κλάδο της ιατρικής επιστήμης.

Ένα άλλο στοιχείο που παρατηρήθηκε στις Τ.ΟΜ.Υ., αφορά την ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όπου σημειώθηκε και η μικρότερη ικανοποίηση από τους ασθενείς και εστιάζεται στη διαθεσιμότητα των ραντεβού. Δηλαδή στη χρονική διάρκεια μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και του ραντεβού, όπου όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια τόσο μεγαλύτερη ήταν και η δυσαρέσκεια. Η αιτία αυτού του προβλήματος εντοπίζεται και πάλι στην έλλειψη προσωπικού και κυρίως των γιατρών. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι κάθε Τ.ΟΜ.Υ. έχει ως πληθυσμό ευθύνης της περίπου 10.000 άτομα (ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της περιοχής στην οποία βρίσκεται, ο αριθμός αυτός μπορεί να διαφέρει). Συνεπώς, προκειμένου να παρέχει αποδοτικές και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας, πρέπει να είναι και επαρκώς στελεχωμένη, τόσο από ιατρικό προσωπικό και από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας) όσο και από διοικητικό προσωπικό.

Τέλος, σχετικά με την κατηγορία «τεχνικές ποιότητας» η οποία ήταν προτελευταία ως προς την ικανοποίηση των ασθενών, παρουσιάζονται κάποιες ελλείψεις, οι οποίες αφορούν κυρίως τον εξοπλισμό των Τ.ΟΜ.Υ., τον οποίο οι ασθενείς κλήθηκαν να αξιολογήσουν. Πιο αναλυτικά, εκτός από αυτά που παρέχονται στους ασθενείς (συνταγογράφηση φαρμάκων/εργαστηριακών εξετάσεων, ιατρική εξέταση, έκδοση πιστοποιητικών υγείας, κ.α.), θα μπορούσε να υπάρχει μικροβιολογικό εργαστήριο προς τη διενέργεια αιματολογικών εξετάσεων. Επιπλέον, όσο περισσότερος εξοπλισμός με διαγνωστικά μηχανήματα υπήρχε (π.χ. διενέργεια υπερήχων), τόσο μεγαλύτερη θα ήταν και η ικανοποίηση των ασθενών.

Εκτός από τις εντοπισμένες ελλείψεις και αδυναμίες που εντοπίστηκαν και παρατηρήθηκαν, υπάρχει κάτι ακόμη που πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας.

Δεδομένου ότι οι τοπικές μονάδες υγείας είναι κάτι πολύ φρέσκο και ένα νέο εγχείρημα στην Ελλάδα, στο χώρο της υγείας, θα πρέπει να το στηρίξουμε όλοι, εργαζόμενοι και εξυπηρετούμενοι, προκειμένου η ΠΦΥ να χτίσει γερά θεμέλια στο σύστημα υγείας και να λάβει τη θέση που πρέπει. Επίσης, εκτός από στήριξη θα πρέπει να επιδείξουμε και πίστη στο νέο σύστημα υγείας και να δώσουμε χρόνο, ώστε όλες οι αδυναμίες και τα εμπόδια πάσης φύσεως να αντιμετωπιστούν εν καιρώ.

8.3 Συμπεράσματα

Συνολικά, οι εξυπηρετούμενοι των Τ.ΟΜ.Υ. της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής, φαίνεται ότι είναι αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Αυτό υποδηλώνεται από τα υψηλά ποσοστά που σημειώθηκαν στις απαντήσεις τους ως προς όλες τις κατηγορίες της φροντίδας υγείας, με τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης να σημειώνονται στην κατηγορία «επικοινωνία» και τα χαμηλότερα στην «ευκολία στη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας».

Αν και, όπως έχει τονιστεί πολλές φορές, οι Τ.ΟΜ.Υ. αποτελούν νέες δομές στο χώρο της υγείας, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας θα μπορούσαμε να εκτιμήσουμε ότι οι πολίτες τις έχουν πρώτον, «αγκαλιάσει» σαν θεσμό και δεύτερον, έχουν επωφεληθεί αρκετά από αυτές, όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν. Περιορισμοί, ελλείψεις και δυσκολίες υπάρχουν σε όλους τους τομείς και ακόμα περισσότερο σε κάτι που βρίσκεται στην αρχή του. Το σημαντικό όμως είναι ότι τα αρχικά δείγματα για την αξιολόγηση του νέου συστήματος της ΠΦΥ, μέσα από τα μάτια των πολιτών, φαίνεται να αποτελούν έναν καλό οίονο για την πορεία του συστήματος υγείας της χώρας, σε συνδυασμό με τη διενέργεια απαραίτητων παρεμβάσεων.

« Ο χρόνος άπαντα τοίσιιν ύστερον φράσει. Λάλος γαρ ούτος ουκ ερωτώσιν λέγει»

(Ο χρόνος δίνει όλες τις απαντήσεις. Είναι πολύ ομιλητικός και δεν χρειάζεται καν τις ερωτήσεις) (Ευριπίδης, 480-406 π.Χ.)

Βιβλιογραφία

Διεθνής

Adbellah, F. and Levine, E. (1957) 'Developing a measure of patient and personal satisfaction with nursing care.', *Nursing Research*, (5), pp. 100–108.

AHGREN, B. (2010) 'Competition and integration in Swedish health care.', in *Health Policy 2010*.

Aldosari, M. *et al.* (2017a) 'Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care.', *Plos One*.

Aldosari, M. *et al.* (2017b) 'Factors associated with patients' satisfaction in Brazilian dental primary health care', *Plos One*.

ANELL, A., ROSÉN, P. and HJORTSBERG, C. (1996) 'Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents', in *Health Policy 1996*.

Arain, M., Nicholl, J. and Campbell, M. (2013) 'Patients' experience and satisfaction with GP led walk-in centres in the UK; a cross sectional study.', *BMC health services research*. England, 13, p. 142. doi: 10.1186/1472-6963-13-142.

Asadi-Lari, M., Tamburin, M. and Gray, D. (2004) 'Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model', *Health Qual Life Outcomes*.

BARNETT, P. (2001) 'Rapport and the hospitalist', *Am J Med*.

Bidaut-Russel, M. *et al.* (2002) *Determinants of patient satisfaction in chronic illness. Arthritis Rheum*.

Boerma, W. *et al.* (2015) *Building primary care in a changing Europe (2015)*.

Bond, S. and Thomas, L. . (1992) 'Measuring patients' satisfaction with nursing care.', *Journal of advanced Nursing*.

Boyle, S. (2011) 'Health Systems in Transition, United Kingdom (England): Health system review.', in *European Observatory on Health Systems and Policies*.

- Burgess, W. (1983) *Community health nursing practice*. Edited by Norwalk Appleton Century. Crofts.
- Busse, R. and Blumel, M. (2014) *Germany: health system review. Health Systems in Transition*.
- CARMEL, S. and GLICK, S. (1996) 'Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern.', *Soc Sci Med*.
- Donabedian, A. (1988a) *Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means*.
- Donabedian, A. (1988b) *The quality of care. How it can be assessed?* JAMA.
- DROSSMAN, D. (1997) 'Psychosocial sound bites: Exercises in the patient-doctor relationship', *Am J Gastroenterol*.
- Economou, C. (2010) *Greece: Health System Review. Health Systems in Transition*.
- Economou, C. (2015) *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. Edited by WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Economou, C. et al. (2017) *Greece Health System Review*. Health Sys. Edited by A. Maresso and M. Karanikolos. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf?ua=1.
- Gadallah, M. A. et al. (2010) 'Are patients and healthcare providers satisfied with health sector reform implemented in family health centres?', *Quality & safety in health care*. England, 19(6), p. e4. doi: 10.1136/qshc.2007.024364.
- Ganasegeran, K. et al. (2015) 'Patient satisfaction in Malaysia's busiest outpatient medical care.', *TheScientific World Journal*.
- GLENNGÅRD, A. et al. (2005) *Health care systems in transition: Sweden*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Grant, N. M. and Heys, R. D. (1994) *The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18)*. Santa Monica, CA: RAND Corporation, Rand. doi:

10.1111/j.1525-1497.2004.30059.x.

Groenewegen, P. and Jurgutis, A. (2013) *A future for primary care for the Greek population*. Quality in.

Hall, J. *et al.* (1990) 'Older patients health status and satisfaction with medical care in an HMO population.', *Med Care*.

Hanning, M. (1996) 'Maximum waiting-time guarantee – an attempt to reduce waiting lists in Sweden.', in *Health Policy 1996*, pp. 17–35.

Hays RD, Davies RD, W. J. (1987) *Scoring the medical outcomes study patient satisfaction questionnaire: PSQ-III*. In: *MOS Memorandum*. Santa Monica (CA): Rand Corporation. Santa Monica. Available at: https://www.rand.org/health/surveys_tools/psq.html (Accessed: 25 March 2018).

HOLLAND, C., CASON, C. and PRATER, R. (1997) 'Patients' recollections of critical care.', *Dimens Crit Care Nurs*.

Jalil, A. *et al.* (2017) 'Patient satisfaction with doctor-patient interactions: a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan.', *BMC health services research*. England, 17(1), p. 155. doi: 10.1186/s12913-017-2094-6.

Lister, J. (2008) 'The NHS after 60. For patients or profits?', *Middlesex University Press, London*.

Marcinowicz, L., Konstantynowicz, J. and Chlabicz, S. (2008) 'The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland.', *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4).

Mossialos, E. *et al.* (2015) *International Profiles of Health Care Systems*. Edited by T. Commonwealth and Fund.

O'CONNOR, S., SHEWCHUK, R. and CARNEY, L. (1994) 'The great gap. Physicians' perceptions of patient service quality expectations fall short of reality.', *J Health Care Mark*.

OECD (2015) *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD.

Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en.

OECD (2017) *No Titl.* Available at: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.

Oldridge, N. *et al.* (1998) 'Predictors of healthrelated quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction.', *J Cardiopulmonary Rehabil.*

Papp, R. *et al.* (2014) 'Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions', *BMC Family Practice.*

Philalithis, A. (2004) 'Primary Health Carein Europe:20+years after Alma-Ata', in Kyriopoulos, J. (ed.) *Health Systems in the World: From Evidence to Policy.* Athens: Papazisis.

Rice, T. *et al.* (2013) *United States of America Health system review.* Health Sys. Edited by B. R. Saltamn and E. van Ginneken.

Risto, R. *et al.* (2014) 'Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study', *BMC Family Practice.*

Schauffer, H., Rodriquez, T. and Milstein, A. (1996) 'Health education and patient satissfaction', *J Fam Pract.*

Sebo, P. *et al.* (2015) 'What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices?', *BMC health services research.* England, 15, p. 328. doi: 10.1186/s12913-015-0985-y.

Senior, K. (2012) 'Helping GPs to diagnose cancer earlier', in *The Lastest Oncology.*

Siponen, U. and Valimaki, M. (2003) 'Patients' Satisfaction with outpatient psychiatric care.', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.*

Soeiro, O. *et al.* (2017) 'Patient satisfaction with pharmaceutical services in Brazilian primary health care.', *PMC.*

Taylor, C., Lillis, C. and Le Mone, P. (2002) *Θεμελιώδεις αρχές της*

Νοσηλευτικής. Edited by Πασχαλίδης. Αθήνα.

Thompson, D., Meadows, K. and Lewin, R. (1998) 'Measuring quality of life in patients with coronary heart disease.', *Eur Heart J*.

WHO-UNICEF (1978) 'Primary Health Care: Joint Report. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata', in.

Wieners, W. W. (2001) *Global Health Care Markets: A Comprehensive Guide to Regions, Trends, and Opportunities Shaping the International Health Arena*. Edited by J. Bass. San Francisco.

Wilfred, N. N. and Pascalia, M. O. (2017) 'Patient satisfaction with nurse-delivery primary health care services in Free State and Gauteng provinces, South Africa: A comparative study', *PMC*.

Wilfred, N. N. and Pascalia, O. M. (2017) 'Patient satisfaction with nurse-delivery primary health care services in Free State and Gauteng provinces, South Africa: A comparative study', *Afr J Prim Health Care Fam Med*.

Wolper, L. (2001) *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*. Edited by Mediforce. Αθήνα.

A85, Φ. (2016) "Ένιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού – συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθ- μίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνί- ων και άλλες διατάξεις".

Αδαμακίδου, Θ. and Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008) *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Available at: http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-265.pdf.

Αντεριώτη, Π. and Αντωνίου, Γ. (2014) 'ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ', in *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*.

Γιανασμίδης, Α. and Τσιαούση, Μ. (2012) 'Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου', *Αρχ Ελλ Ιατρ*. Available at: www.mednet.gr.

Γκαλάπη, Ε. (2018) *Ο ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ*

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΝΕΑΣ ΖΙΧΝΗΣ.

Δικαίος, Κ. and Χλέτσος, Μ. (1999) *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο ιδιοφυτίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Τόμος Β.* Edited by ΔΜΥ51. Πάτρα.

Ευριπίδης (480AD) 'Ο χρόνος άπαντα τοίσιν ύστερον φράσει. Λάλος γαρ ούτος ουκ ερωτώσιν λέγει.'

ΕΦΚΑ (2017) *No Title.* Available at: <https://www.efka.gov.gr/el>.

Ζηλίδης, Χ. (1988) *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού.* Edited by ΑΤΕ. Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. and Σούλης, Σ. (1997) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα.* Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. and Σούλης, Σ. (2001a) *ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ. Παπαζήση, Κοινωνικές Επιστήμες και Υγείας.* Παπαζήση. Αθήνα.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. and Σούλης, Σ. (2001b) *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα.* Edited by Παπαζήση. Αθήνα.

Καδδά, Ό. *et al.* (2010) 'Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας στην Ελλάδα', *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ.*

Καλογεροπούλου, Μ. (2011) *Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων.* Edited by Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007) *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας.* Edited by Βήτα. Αθήνα.

Λιαρόπουλος, Λ. Λ. (2010) *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας.* Edited by ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Μερκούρης, Α. (1996) *Η ικανοποίηση του αρρώστου, κριτήριο ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών.* Αθήνα.

Μιχαήλ Μικέ, Χ. (2018) *Διερεύνηση αδυναμιών στην εφαρμογή ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από την πλευρά της ικανοποίησης των πολιτών.*

Μπαρδής, Β. (2006) *Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκεντρωτική διοίκηση των συστημάτων υγείας*. Edited by Παπαζήση. Αθήνα.

Μωραΐτης, Ε. *et al.* (1995) *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας.

Νικολαΐδη and Ευαγγέλου (2012) *Μελέτη ικανοποίησης και προσδοκιών ασθενών σε δομές πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας (π.φ.υ) της περιφέρειας. η περίπτωση των κ.υ.Αρεόπολης, Βλαχιώτη και Γυθείου, του νομού Λακωνίας*.

Πετρέλης, Μ. and Δομάγερ, Φ.-Ρ. (2016) 'Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης', *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*.

Πολύζος, Ν. (2013) *Μελέτη οργάνωσης – χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ*. Κομοτηνή-Αθήνα: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Πολυκανδριώτη, Μ. (2011) 'Ανάγκη ενημέρωσης/πληροφόρησης των ασθενών', *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*.

Πολυκανδριώτη, Μ. and Κουτελέκος, Ι. (2013) 'Ανάγκες ασθενών', in *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, pp. 73–83.

Σουλιώτης, Κ. (2014) 'Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή', *www.mednet.gr*. Available at: <http://www.mednet.gr/archives/2014-sup/pdf/7.pdf>.

Σπάρος (2001) *Μετα-Επιδημιολογία*. Edited by Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα.

Τούντας, Γ. (2003) *Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών*. Available at: <http://www.mednet.gr/archives/2003-1/pdf/76.pdf>.

Τούντας, Γ. (2008) *Υπηρεσίες Υγείας*. Edited by ΟΔΥΣΣΕΑΣ/ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ.

Τριχόπουλος, Α., Καλαποθάκη, Β. and Πετρίδου, Ε. (2000) *Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*. Edited by Βήτα. Αθήνα.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ (2009) *ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Available at: <http://www.moh.gov.gr/articles/newspaper/nomothesia-kanonismoι/194-isxyoysa-nomothesia>.

ΦΕΚ 38/Α/28-3-2017 (2017) *ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4461 Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις*. Available at: [http://tomy.moh.gov.gr/Files/N.4461\(2017\).pdf](http://tomy.moh.gov.gr/Files/N.4461(2017).pdf).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο διερεύνησης της ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ): Η περίπτωση των Τ.Ο.Μ.Υ της
1^{ης} ΥΠΕ

Α. Δημογραφικά Στοιχεία

1) Φύλο:

- Άνδρας Γυναίκα

2) Ηλικία:

3) Υπηκοότητα:

- Ελληνική
 Άλλη:

4) Επίπεδο Εκπαίδευσης:

- Καμία εκπαίδευση
 Απόφοιτος/η πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικό)
 Απόφοιτος/η δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο)
 Απόφοιτος ΙΕΚ, Επαγγελματικής σχολής, κλπ
 Απόφοιτος/η ανώτερης εκπαίδευσης (ΤΕΙ)
 Απόφοιτος/η ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ)
 Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου
 Κάτοχος διδακτορικού τίτλου

5) Οικογενειακή Κατάσταση:

- Άγαμος/η
 Παντρεμένος/μένη
 Διαζευγμένος/μένη
 Χήρος/α

6) Εργασιακή Κατάσταση:

- Εργαζόμενος, -η
 Συνταξιούχος
 Άνεργος, -η
 Άλλη (π.χ. οικιακά, εισοδηματίας κ.λ.π.):

7) Ασφαλιστική Κάλυψη:

- Άμεσα Ασφαλισμένος, -η
 Έμμεσα Ασφαλισμένος, -η
 Καθόλου Ασφαλισμένος, -η
 Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ

8) Είναι η πρώτη επίσκεψη στην Τ.Ο.Μ.Υ;

- Ναι
 Όχι
 Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ

9) Λόγος της επίσκεψης στην Τ.Ο.Μ.Υ:

- Συνταγογράφηση Φαρμάκων
 Περίπτωση Έκτακτης Ανάγκης

- Έκδοση πιστοποιητικού
- Ιατρική εξέταση
- Ιατρική εξέταση & Συνταγογράφηση φαρμάκων
- Κοινοποίηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών-διαγνωστικών εξετάσεων
- Άλλο:

10) Αναφέρετε το χρονικό διάστημα μεταξύ της τηλεφωνικής σας επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού που σας δόθηκε (ημέρες):

11) Με ποιόν επαγγελματία υγείας ήταν κλεισμένο το ραντεβού σας;

- Γενικό ιατρό
- Παθολόγο
- Παιδίατρο
- Νοσηλεύτη – τρια
- Επισκέπτη -τρια Υγείας
- Κοινωνικό- ή Λειτουργό

12) Αξιολογήστε τη συνολική κατάσταση της υγείας σας:

- Πολύ κακή
- Κακή
- Μέτρια
- Καλή
- Πολύ καλή

13) Πόσες φορές επισκεφτήκατε τη ΤΟ.Μ.Υ τους τελευταίους 6 μήνες; φορές

B. Ερωτήσεις ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ

	Συμφωνώ		Ούτε		Διαφωνώ
	Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ/Ούτε	Διαφωνώ	
14) Οι ιατροί εξηγούν τον λόγο, για τον οποίο πρέπει να γίνουν οι ιατρικές εξετάσεις	1	2	3	4	5
15) Θεωρώ ότι η Τ.ΟΜ.Υ. είναι πλήρως εξοπλισμένη για παροχή φροντίδας υγείας	1	2	3	4	5
16) Θεωρώ ότι η φροντίδα υγείας που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια	1	2	3	4	5
17) Κάποιες φορές, αναρωτιέμαι αν η διάγνωση που μου έκαναν οι ιατροί, είναι όντως σωστή	1	2	3	4	5
18) Στη Τ.ΟΜ.Υ. που επισκέπτομαι, οι επαγγελματίες υγείας είναι προσεκτικοί να ελέγξουν τα πάντα κατά την εξέταση	1	2	3	4	5
19) Έχω εύκολη πρόσβαση/παραπομπή στους ειδικούς ιατρούς που χρειάζομαι	1	2	3	4	5
20) Υπάρχει μεγάλη αναμονή για την εξυπηρέτηση ενός επείγοντος περιστατικού	1	2	3	4	5
21) Οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύ τυπικοί και απρόσωποι απέναντι μου	1	2	3	4	5
22) Οι επαγγελματίες υγείας, μου συμπεριφέρονται με πολύ φιλικό και ευγενικό τρόπο	1	2	3	4	5

	Συμφωνώ		Ούτε συμφωνώ/Ούτε		Διαφωνώ
	Απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Απόλυτα
23) Οι επαγγελματίες υγείας όταν με εξετάζουν, κάποιες φορές βιάζονται πάρα πολύ	1	2	3	4	5
24) Οι επαγγελματίες υγείας πολλές φορές αγνοούν αυτά που τους λέω	1	2	3	4	5
25) Έχω αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας που με θεραπεύουν	1	2	3	4	5
26) Οι επαγγελματίες υγείας συνήθως μου αφιερώνουν πολύ χρόνο	1	2	3	4	5
27) Δυσκολεύομαι να κλείσω αμέσως ένα ραντεβού για φροντίδα υγείας	1	2	3	4	5
28) Είμαι δυσαρεστημένος με κάποια στοιχεία της ιατρικής φροντίδας που λαμβάνω	1	2	3	4	5
29) Μπορώ να λάβω φροντίδα υγείας οποτεδήποτε το χρειάζομαι	1	2	3	4	5

30) Θα προτείνατε τη συγκεκριμένη ΤΟ.Μ.Υ σε άλλους;

- Ναι
- Όχι
- Δε γνωρίζω/ Δεν απαντώ

31) Παρακαλούμε περιγράψτε αν σας ενόχλησε κάτι κατά την επίσκεψή σας στη ΤΟ.Μ.Υ.:

.....

.....

.....

32) Προτάσεις βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών:

.....

.....

.....