



**Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Το μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών-συγγενών αυτών από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.»

**Αποστολοπούλου Δήμητρα
Παπαμαρθαϊάκη Πελαγία**

Επιβλέπων:

Τσουμάνη Ναταλία, Επιστημονικός συνεργάτης

ΤΕ Νοσηλεύτρια

ΤΕ Διαιτολόγος- Διατροφολόγος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009

Περίληψη πτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Το μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών-συγγενών αυτών από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Των: Αποστολοπούλου Δήμητρας και Παπαματθαϊάκη Πελαγίας

Υπό την
επίβλεψη της Τσουμάνη Ναταλίας

Ημερομηνία: Οκτώβριος 2009

Στόχος: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγραφεί αρχικά το μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών που αναζήτησαν Υπηρεσίες Υγείας στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Επιπρόσθετος στόχος ήταν να καταγραφεί το μέγεθος της ικανοποίησης και των συνοδών-συγγενών αυτών που νοσηλεύτηκαν. Μέχρι σήμερα, η συγκεκριμένη σχέση έχει μελετηθεί από λίγους ερευνητές στην Ελλάδα. Επίσης, έγινε μια προσπάθεια καταγραφής της αποτελεσματικότητας του συστήματος Υγείας της Ελλάδας.

Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 180 άτομα συνολικά ηλικίας 18 – 75 (73 άνδρες και 107 γυναίκες). Τα αποτελέσματα καταγράφηκαν με δύο ξεχωριστά ερωτηματολόγια, άλλο για τους ασθενείς και άλλο για τους συγγενείς. Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν περιλάμβαναν ερωτήσεις όπου κατέγραφαν κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία, ερωτήσεις που αφορούσαν την ποιότητα περίθαλψης, την επικοινωνία με το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό, τον τρόπο εξυπηρέτησης, το χρόνο αναμονής. Οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου. Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε 43 ερωτήσεις, ενώ οι συνοδοί σε 22 ερωτήσεις. Τα άτομα επιλέχτηκαν με τυχαία δειγματοληψία από τα δύο μεγάλα νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου (Βενιζέλειο, Πα.Γ.Ν.Η).

Αποτελέσματα Ασθενών: Το δείγμα των ασθενών αποτέλεσαν 100 άτομα από τα οποία το 50% ήταν άνδρες και το άλλο 50% ήταν γυναίκες με μέση ηλικία τα 39,5 έτη. Το 44 % θεωρεί ότι η υγεία του είναι καλή και μόλις το 3 % την θεωρεί πολύ κακή. Η πλειοψηφία των ασθενών φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι από την συνολική αξιολόγηση επικοινωνίας με το διοικητικό και ιατρονοσηλευτικό

προσωπικό, με ποσοστό 41 %. Το 47 % των ατόμων αναζήτησε φροντίδα υγείας με βάση τα οικονομικά τους κριτήρια ενώ το 53 % όχι. Το 30 % των ασθενών πιστεύει ότι ο τομέας υγείας παρουσιάζει έλλειψη σε εξειδικευμένες εξετάσεις, το 27 % σε νοσηλευτές ενώ το 18 % σε νοσοκομειακή υποδομή.

Αποτελέσματα συγγενών-συνοδών: Το δείγμα των συνοδών-συγγενών αποτέλεσαν 80 άτομα (57 γυναίκες και 23 άνδρες) με μέση ηλικία τα 37 έτη. Η πλειοψηφία των συνοδών φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι από την συνολική αξιολόγηση επικοινωνίας με το διοικητικό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, με ποσοστό 43,8 %. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (35 %) μένει με τον ασθενή >8 ώρες και το 28,8 % δεν φεύγει καθόλου. Όσον αφορά την ανάθεση εργασιών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το 52,5 % απάντησε αρνητικά ενώ το 47,5 % απάντησε θετικά. Στην συνοπτική ερώτηση για το που πιστεύουν ότι έχει μεγαλύτερη έλλειψη ο τομέας υγείας, τις θέσεις με τα μεγαλύτερα ποσοστά κατέχουν οι νοσηλευτές με ποσοστό 37,5 %, ακολουθούν οι εξειδικευμένες εξετάσεις 18,8 % και τα κρεβάτια 10,0 %.

Συμπεράσματα: Όταν οι ασθενείς και οι συνοδοί δήλωναν ικανοποιημένοι από την επικοινωνία τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (λήψη απαιτούμενης προσοχής, κατανοητές οδηγίες, οικειότητα, εμπιστευτικότητα), φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι και από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, μέτρια έως καθόλου ικανοποιημένοι φαίνεται να είναι οι ασθενείς και οι συνοδοί από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όταν η επικοινωνία με το υγειονομικό προσωπικό δεν ήταν τόσο καλή.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση, νοσοκομείο, Ποιότητα, Υγεία, Υπηρεσίες Υγείας, επικοινωνία, ασθενείς, συγγενείς, συνοδοί.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Α' : ΘΕΩΡΙΑ

	Κεφάλαιο	
Υγεία και αρρώστια.....		12
	Κεφάλαιο 2.	
Προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας.....		15
	Κεφάλαιο 3.	
Δείκτες υγείας.....		17
	Κεφάλαιο 4.	
Η αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.....		20
	Κεφάλαιο 5.	
Υγεία και ποιότητα ζωής.....		23
	Κεφάλαιο 6.	
Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και υγεία.....		24
	Κεφάλαιο 7.	
Διαφορές και ανισότητες στην υγεία.....		26
7.1 Ανισότητες στο Επίπεδο υγείας.....		26
7.2 Κοινωνικές ανισότητες στη νοσηρότητα και θνησιμότητα.....		27
7.2.α. Συνολικοί δείκτες θνησιμότητας.....		28
7.2.β. Αιτίες θανάτου ανεξαρτήτως ηλικίας.....		28
7.2.γ. Νεογνική/ βρεφική θνησιμότητα.....		28
7.2.δ. Χρήση υπηρεσιών υγείας.....		29
7.3 Ανισότητες στην Προσφορά των υπηρεσιών υγείας.....		30
Πίνακας 1. Υγεία και συναφείς κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες.....		31
Σχήμα 1. Η ολιστική προσέγγιση στην υγεία.....		33
	Κεφάλαιο 8.	
Η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας.....		34
	Κεφάλαιο 9	
Διαφοροποιήσεις στην χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας.....		36
9.1 Θεωρητικά μοντέλα για τη χρήση υπηρεσιών υγείας.....		37
9.1.α. Περιγραφικά μοντέλα.....		37
9.1.β. Κοινωνικοψυχολογικά μοντέλα.....		38

Σχήμα 2. Η πυραμίδα χρήσης υπηρεσιών Υγείας σε ένα πληθυσμό 1000 ενηλίκων σε ένα μήνα.....	39
Σχήμα 3. Μοντέλο πεποιθήσεων για την Υγεία.....	40
9.2 Θεωρητικά μοντέλα για την υγεία και την ασθένεια.....	41
9.2.α Το βιοϊατρικό μοντέλο.....	41
9.2.β. Το Ολιστικό μοντέλο: χρόνια νοσήματα και μελέτη του Φράμινχαμ.....	42
Πίνακας 2. Κυριότερες αιτίες θανάτου στις ΗΠΑ (1900,1993).....	42
Κεφάλαιο 10.	
Ανεπίσημη φροντίδα- Ο ρόλος των άτυπων δικτύων φροντίδας στην ασθένεια.....	44
10.1 Μορφές άτυπων δικτύων φροντίδας.....	45
10.1.α. Αυτοφροντίδα.....	45
10.1.β. Σύγχρονοι εναλλακτικοί θεραπευτές.....	47
Κεφάλαιο 11.	
Επίσημα δίκτυα φροντίδας υγείας.....	49
11.1 Ο ρόλος του ασθενούς- Συμπεριφορά στην ασθένεια.....	49
11.2 Σχέσεις γιατρού- ασθενούς: Λειτουργισμός και θεωρία του χαρακτηρισμού.....	51
11.2.α.Κατηγορίες ασθενειών και ρόλος του ασθενούς.....	51
11.2.β Η σχέση γιατρού- ασθενούς δεν ελέγχεται μόνο από τον γιατρό.....	51
Κεφάλαιο 12.	
Εκτίμηση των αναγκών υγείας- Μελέτες πεδίου.....	52
12.1 Κατηγορίες αναγκών υγείας.....	52
12.2 Μελέτες πεδίου- στόχοι.....	53
Κεφάλαιο 13.	
Συστήματα υγείας.....	56
13.1 Η έννοια του συστήματος.....	56
13.2 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συστήματος.....	57
13.3 Σύστημα υγείας: Εννοιολογική προσέγγιση.....	59
Διάγραμμα 1. Το σύστημα Υγείας.....	60

Διάγραμμα 2. Το σύστημα Υγείας ως παραγωγική διαδικασία.....	62
13.4 Στόχοι των Συστημάτων Υγείας.....	62
13.5 Η σχετική σημασία των στόχων του Συστήματος Υγείας.....	64
Πίνακας 3.	64
13.6 Βασικά χαρακτηριστικά του Συστήματος Υγείας.....	64
Κεφάλαιο 14.	
Μορφές συστημάτων υγείας.....	66
14.1 Ιδιωτικά συστήματα υγείας.....	67
14.2 Εθνικά συστήματα υγείας.....	69
14.3 Μικτά συστήματα υγείας.....	71
Κεφάλαιο 15.	
Τα επίπεδα ασφάλισης.....	72
Κεφάλαιο 16.	
Συστήματα υγείας άλλων χωρών.....	74
16.1 Το Αμερικανικό σύστημα υγείας.....	74
16.1.α. Τρόποι χρηματοδότησης των νοσοκομείων- «Ομοιογενείς διαγνωστικές Ομάδες» (DRGs).....	74
16.1.β. Δημόσιες δαπάνες για την υγεία.....	75
16.1.γ. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.....	77
16.1.γ.i) Πρωτοβάθμια περίθαλψη.....	77
16.1.γ.ii) Τριτοβάθμια περίθαλψη.....	80
16.1.δ. Παροχές και δικαιώματα του πολίτη.....	81
16.1.ε. Συμπερασματικές παρατηρήσεις.....	81
16.2 Το Βρετανικό σύστημα υγείας.....	82
16.2.α. Η χρηματοδότηση του Συστήματος.....	84
16.2.β. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.....	84
16.2.β.i) Πρωτοβάθμια περίθαλψη.....	84
16.2.β.ii) Δευτεροβάθμια περίθαλψη.....	86
16.2.β.iii) Σχέση πρωτοβάθμιας- δευτεροβάθμιας περίθαλψης.....	86
16.2.γ. Παροχές και δικαιώματα του πολίτη.....	87
16.2.δ. Συμπερασματικές παρατηρήσεις	87
16.3 Το Σουηδικό σύστημα υγείας.....	88

16.3.α. Δομή και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.....	89
16.3.β. Χρηματοδότηση του συστήματος.....	90
16.3.β.i) Χρηματοδότηση – Δαπάνες	90
16.3.β.ii) Γιατρών – Νοσοκομείων.....	90
16.3.γ. Δικαιώματα του πολίτη	91
16.3.δ. Οργάνωση του συστήματος υγείας	92
16.3.δ.i) Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.....	92
16.3.δ.ii) Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη.....	93
16.3.δ.iii) Υπηρεσίες για ευπαθείς ομάδες	93
16.3.ε. Συμπερασματικές παρατηρήσεις.....	93
16.4 Το Γερμανικό σύστημα υγείας.....	94
16.4.α. Η χρηματοδότηση του συστήματος.....	96
16.4.β. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.....	97
16.4.γ. Δικαιώματα του πολίτη.....	98
16.4.δ. Συμπερασματικές παρατηρήσεις.....	98

Κεφάλαιο 17.

Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	99
17.1 Η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα.....	102
17.2 Η χρηματοδότηση των Υγειονομικών Συστημάτων.....	111
17.3 Η χρηματοδότηση του Υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα.....	116
17.4 Η σημερινή κατάσταση των κέντρων Υγείας.....	131
Δικαιοσύνη στην κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.....	132
17.5 Η αναδιανεμητική επίπτωση των πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.....	133
Διάγραμμα 3. Δομή του συστήματος χρηματοδότησης των υπηρεσιών Υγείας.....	134
Πίνακας 4. Στοιχεία δαπανών Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τι χώρες του ΟΟΣΑ (1997).....	134
17.6 Η φιλοσοφική και πολιτική διάσταση της έννοιας της δικαιοσύνης.....	137
Πίνακας 5. Μακροοικονομικά μεγέθη έτους 1998.....	137
Πίνακας 6. Φόρος προστιθέμενης αξίας.....	138

Κεφάλαιο 18.	
Η ανταποκρισιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.....	138
18.1 Προσδιορισμός της έννοιας της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας.....	139
Πίνακας 7. Διαφορές ανταποκρισιμότητας και ικανοποίησης.....	139
Κεφάλαιο 19.	
Αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών για τις υπηρεσίες υγείας.....	141
Κεφάλαιο 20.	
Ανισότητες.....	145
ΜΕΡΟΣ Β' : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Σκοπός της μελέτης	148
Υλικό και μέθοδος	148
Δεοντολογία	149
Στατιστική ανάλυση.....	150
Αποτελέσματα	213
Συζήτηση	215
Συμπεράσματα.....	223
Προτάσεις.....	224
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	225
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	239

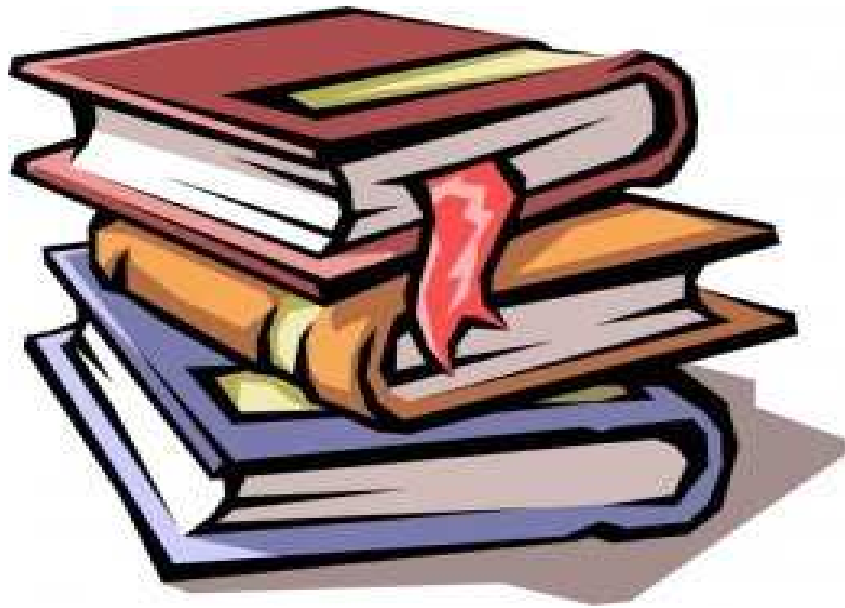
ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας παραμένει ελκυστική σαν έρευνα, παρόλο που υπάρχει πλήθος τέτοιων ερευνών έως τώρα. Η δική μας περιορίστηκε στον πληθυσμό του Νομού Ηρακλείου και των θεωρούμε ενδεικτικό και για τον πληθυσμό της υπόλοιπης χώρας.

Κάνοντας μια ανάλυση των συστημάτων Υγείας της Ελλάδας και άλλων Ευρωπαϊκών χωρών καθώς και αναλύοντας τα αποτελέσματα από την έρευνα μας ως προς την ικανοποίηση των ασθενών και συγγενών αυτών, ίσως καταφέρουμε να αντιληφθούμε που πραγματικά υστερεί το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και να αναρωτηθούμε για πιθανές προτάσεις βελτίωσης του.

Ευχαριστίες ανήκουν στην υπεύθυνη καθηγήτρια Ν. Τσουμάνη, σε όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων καθώς και στους ασθενείς που βοήθησαν με την συμμετοχή τους να ολοκληρώσουμε την έρευνα.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

Υγεία και αρρώστια

Η υγεία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ανθρώπινη φύση. Πολλοί την αντιλαμβάνονται απλά και μόνο σε σχέση με την ύπαρξη ή όχι ασθένειας (Σούλης., 1998). Από το 1941, ο Sigerist επέμενε ότι «η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία από την ασθένεια, αλλά είναι μια κατάσταση θετική».

Λίγα χρόνια αργότερα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, όρισε την υγεία ως την κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλά έλλειψη νόσου ή αναπηρίας (WHO., 1958). Αυτό σημαίνει ότι η κατάσταση και το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αντανακλάται όχι μόνο στους κλασικούς δείκτες αρνητικής υγείας, δηλαδή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, αλλά περιλαμβάνει και τους θετικούς δείκτες αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας από τα ίδια τα άτομα (Κυριόπουλος Γ. και συν., 2003). Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας. Αυτό προϋποθέτει επιπλέον ίση κατανομή των πόρων έτσι ώστε η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή στον καθένα (Θεοδώρου και συν., 2001).

Έχει διαπιστωθεί ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτεύχθηκε πολύ πριν την καθιέρωση της σύγχρονης και πολυδάπανης βιοϊατρικής τεχνολογίας στην καθημερινή ιατρική πρακτική (Mc Keown., 1979; Mc Kinley., 1979), όπως και ότι η αύξηση των δαπανών υγείας τις τελευταίες δεκαετίες δεν οδήγησε στην αναμενόμενη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στις αναπτυγμένες κοινωνίες, όπως

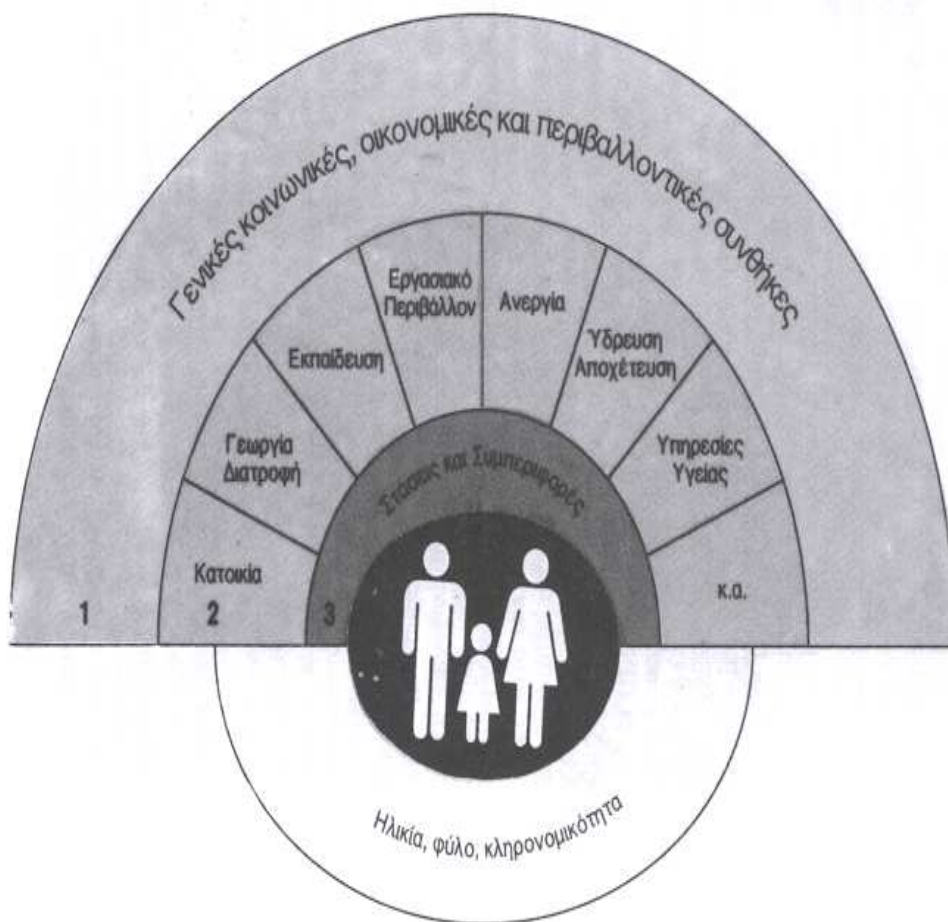
αυτό μετράτε σήμερα με τους δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.ά. (Θεοδώρου και συν., 2001).

Όπως έχει αποδειχθεί, η βελτίωση των γενικών συνθηκών διαβίωσης τα τελευταία 100 χρόνια αποτέλεσε τον κύριο παράγοντα ανόδου του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Αντίθετα η θεραπευτική ιατρική από μόνη της φαίνεται να έχει μικρή αποτελεσματικότητα απέναντι στις σύγχρονες αρρώστιες (καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, ψυχικές παθήσεις) των προηγμένων κοινωνιών, οι οποίες έχουν χαρακτηριστεί και ως αρρώστιες του πολιτισμού (Θεοδώρου και συν., 2001). Από τον παραπάνω χαρακτηρισμό διαπιστώνουμε ότι η υγεία επηρεάζεται όχι μόνο από παθογόνους βιολογικούς παράγοντες, αλλά και από κοινωνικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Η υγεία είναι το προϊόν της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών – οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτήτων και της υπάρχουσας κάθε φορά κοινωνικο-οικονομικής τάξης πραγμάτων (Σούλης., 1987). Έτσι, το σύστημα ιατρικών φροντίδων δεν αποτελεί το μοναδικό παράγοντα διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού.

Για την βελτίωση επομένως του επιπέδου υγείας και την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής ενός πληθυσμού, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η συνολική κοινωνική ανάπτυξη.

Οι ιστορικές μελέτες του Cochrane (1972) και του McKeown (1979) έδειξαν ότι η υγεία ενός πληθυσμού ή μιας κοινωνικής ομάδας εξαρτάται από πολλούς οικονομικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς, βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, που επηρεάζουν ίσως πολύ περισσότερο την υγεία του πληθυσμού από το καθαυτό υγειονομικό σύστημα. Πιο συγκεκριμένα, έδειξαν ότι σε 16 ευρωπαϊκές χώρες, οι δείκτες θνησιμότητας σχετίζονται αρνητικά με το βαθμό της κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης. Όπως θα περίμενε κανείς, οι χώρες με υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο έχουν και τους καλύτερους δείκτες υγείας λόγω διατροφής, εκπαίδευσης, κατοικίας, άσκησης και γενικότερα λόγω καλύτερης διαβίωσης.

ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ



Πηγή: Doxiadis S. (1987)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

Προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας

Όπως είναι γνωστό, η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικο- οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού σήμερα είναι γενικά παραδεκτό ότι επηρεάζεται από ένα σύνολο αιτιολογικών παραγόντων (Σούλης., 1987), σημαντικότεροι των οποίων είναι:

- ◆ Το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του
- ◆ Οι κλιματολογικές συνθήκες
- ◆ Η διατροφή
- ◆ Το εκπαιδευτικό- μορφωτικό επίπεδο
- ◆ Ο τρόπος ζωής
- ◆ Το επίπεδο κοινωνικο- οικονομικής ανάπτυξης
- ◆ Οι κοινωνικές σχέσεις
- ◆ Το επίπεδο διαταραχής οικολογικής ισορροπίας
- ◆ Οι συνθήκες εργασίας
- ◆ Τα καταναλωτικά πρότυπα φαρμάκου
- ◆ Η ποιότητα κατοικίας
- ◆ Η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης

Το επίπεδο εισοδήματος θεωρείται σημαντικός παράγοντας αφού απ' αυτό εξαρτώνται οι περισσότερες μεταβλητές. Έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ ατόμων με

χαμηλά και υψηλά εισοδήματα υπάρχει μια διαφορά 7 ετών στο προσδόκιμο επιβίωσης καθώς και σημαντικές διαφορές στη βρεφική θνησιμότητα μεταξύ των χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικά τάξεων (Υφαντόπουλος., 1986).

Η διατροφή που φτάνει σήμερα στα επίπεδα υπερσιτισμού κακής ποιότητας (οι σύγχρονες διατροφικές συνήθειες απέχουν πολύ από μια υγιεινή διατροφή) σε συνδυασμό με την καθιστική ζωή ενοχοποιούνται για την αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Ο τρόπος ζωής σε ότι αφορά τη χρήση αλκοόλ και καπνού επηρεάζουν τη συχνότητα τροχαίων και εργατικών ατυχημάτων όπως και τη συχνότητα καρδιοπαθειών και καρκίνου.

Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν έναν από τους δυσμενέστερους παράγοντες διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας που επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές ανισότητες μπροστά στο θάνατο (πχ. εργατικά ατυχήματα).

Η διαταραχή της οικολογικής ισορροπίας, που προέρχεται από τη μόλυνση του περιβάλλοντος, (μείωση του στρώματος του όζοντος, νέφος, πυρηνικά ατυχήματα, χημικά απόβλητα, κ. ά.) προξενεί βλάβες στην υγεία των ατόμων.

Το καταναλωτικό πρότυπο φαρμάκων, που χαρακτηρίζεται από το φαινόμενο της πολυφαρμακίας, προκαλεί παρενέργειες στον άρρωστο- χρήστη τους. Σε πρόσφατη έκθεση της ΠΟΥ έχουν υπολογισθεί οι ζημιές από την αλόγιστη, υπερβολική ή κακή χρήση των φαρμάκων σε ανθρώπινες ζωές ή σε δαπάνες για την αντιμετώπιση των παρενεργειών τους. Παρόλο που επιστημονικά είναι παραδεκτό ότι μόνο 200 περίπου βασικά φάρμακα (δραστικές ουσίες) είναι αναγκαία, στην Ελλάδα κυκλοφορούν 3000 ιδιοσκευάσματα σε 8000 μορφές, ενώ στη Σουηδία, Ολλανδία, Νορβηγία και Δανία κυκλοφορούν 2000 μορφές ιδιοσκευασμάτων (Αντωνοπούλου., 1987).

Το κοινωνικό περιβάλλον και η αρρώστια έχουν μια πολυδιάστατη αλληλεπιδρώμενη σχέση. Χαρακτηριστικά του πρώτου συσχετίζονται με την πρόκληση ασθενειών. Είναι γενικά παραδεκτό ότι το κοινωνικό άγχος μειώνει τις άμυνες έναντι της ασθένειας, ενώ η κοινωνική συμμετοχή αυξάνει τις ικανότητες του ατόμου να επιβιώνει και να αναπροσαρμόζεται στο κοινωνικό περιβάλλον (ψυχοσωματικές ασθένειες) (Θεοδώρου και συν., 2001).

Συνοψίζοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του ατόμου ή ομάδων του πληθυσμού, θα μπορούσαμε να τους κατηγοριοποιήσουμε ως εξής:

Κοινωνικο-οικονομική δομή της κοινωνίας: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.

Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης, προγραμματισμός του τομέα υγείας, αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικές ανισότητες.

Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, τάσεις και στάσεις απέναντι στην υγεία και την αρρώστια.

Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες (οικολογικοί): Επίπεδο μόλυνσης του περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.

Γεωγραφικοί παράγοντες (γεωφυσικοί): Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες, επικοινωνίες.

Δημογραφικοί παράγοντες: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ., οικογενειακός προγραμματισμός.

Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών (Θεοδώρου και συν., 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

Δείκτες υγείας

Ενώ η διάγνωση της ασθένειας, με τη βοήθεια της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, είναι σχετικά εύκολη υπόθεση, η διάγνωση της υγείας καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη και περίπλοκη, με ασαφή και πειραματική ακόμη μεθοδολογία, εξ' αιτίας της πολυδιάστατης θεώρησης αυτής. Η υγεία δεν μπορεί να μετρηθεί εύκολα

καθώς είναι ένα φαινόμενο με πολλές διαστάσεις. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υγεία ενός ατόμου εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που βρίσκονται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση με τις φυσιολογικο-οργανικές αναγκαιότητές του, καθώς και με τις γενικότερες κοινωνικο-οικονομικές, οικολογικές και πολιτισμικές μεταβλητές του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει. Στα πλαίσια αυτά η μέτρηση του επιπέδου υγείας είναι εφικτή μόνο μέσα από τη μέτρηση των παραπάνω μεταβλητών και κυρίως μέσα από την συσχέτιση των κοινωνικο-οικονομικών και δημογραφικών παραμέτρων με τους υγειονομικούς παράγοντες (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού έχει ιδιαίτερη σημασία από επιδημιολογική, ιατρική και κοινωνικο-οικονομική άποψη γιατί αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών και κατά συνέπεια για τον καθορισμό και την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων σε κάθε στάδιο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος υγείας (Σούλης., 1991).

Δείκτες ονομάζονται συγκεκριμένοι αριθμοί που απορρέουν από δοκιμασίες, κατάλληλα δομημένες ώστε να μετρούν πραγματικά αυτό που υποτίθεται ότι μετρούν, με ακρίβεια και συνέπεια. Η χρησιμότητα των δεικτών έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου και επομένως συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων (Θεοδώρου και συν., 2001).

Μερικές δεκαετίες πριν οι Stauman και Falk, (Stauman; Falk., 1936) σε συνεργασία με την ΠΟΥ, δημοσίευσαν μια μελέτη με τίτλο «Δείκτες Υγείας». Η ταξινόμηση στην οποία είχαν καταλήξει ήταν η εξής:

Δείκτες ζωής και υγείας,

Δείκτες περιβάλλοντος (κατοικία, διατροφή) και

Δείκτες διοικητικών δραστηριοτήτων (νοσοκομειακός εξοπλισμός, ασφάλιση, ασθένεια).

Οι δείκτες εκφράζονται σε τρεις τύπους: α) κανονικοί, β) αναλογικοί και γ) αντιστοιχίας, ενώ διακρίνονται σε θετικούς (δείκτης γεννησιμότητας, γονιμότητας, προσδόκιμο επιβίωσης κ.ά.) και αρνητικούς (δείκτης νοσηρότητας, θνησιμότητας, εγκληματικότητας, αναπηρίας κ.ά) (Θεοδώρου και συν., 2001).

Εκτός των δημογραφικών δεικτών (θνησιμότητας, νοσηρότητας, προσδόκιμου επιβίωσης, κλπ.) οι πλέον εύχρηστοι δείκτες μέτρησης του επιπέδου υγείας κατά τον San Martin, (San Martin., 1983) είναι οι εξής:

Δείκτες των συνθηκών υγιεινής και του περιβάλλοντος

- Ποσοστό του αστικού και του αγροτικού πληθυσμού που διαθέτει υγιεινό πόσιμο νερό.
- Κατανάλωση πόσιμου υγιεινού νερού κατά άτομο.
- Ποσοστό των αστικών και αγροτικών νοικοκυριών που διαθέτουν ευπρεπή τουαλέτα.
- Ποσοστό των νοικοκυριών χωρίς κατοικία.
- Ποσοστό των νοικοκυριών που ζουν περισσότερα από δύο άτομα κατά δωμάτιο.
- Δείκτης των ατυχημάτων κατά τύπο ατυχήματος και ηλικία.

Δείκτες διατροφής

- Ημερήσια κατανάλωση θερμίδων κατά κεφαλή.
- Κατανάλωση γάλακτος ειδικά στον παιδικό πληθυσμό.
- Ημερήσια κατανάλωση πρωτεϊνών κατά κεφαλή.
- Ποσοστό των παιδιών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, των οποίων το βάρος κρίνεται μη ικανοποιητικό.

Δείκτες των διατιθεμένων πόρων και των δραστηριοτήτων για την υγεία

- Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ετησίως.
- Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους.
- Αριθμός γιατρών και χειρουργών ανά 100.000 κατοίκους.
- Αριθμός νοσηλευτών και μαιών ανά 100.000 κατοίκους.
- Δείκτες πληρότητας- χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών κλινών.
- Ποσοστό πληθυσμού ανά ηλικία ανοσοποιημένων στα λοιμώδη.
- Ποσοστό παιδιών γεννηθέντων στο νοσοκομείο.
- Ποσοστό τοκετών που έγιναν παρουσία γιατρού ή μαιάς.

- Ποσοστό περιγεννητικής συμβουλευτικής κατ' αναλογία του αριθμού των εγκύων γυναικών.
- Ποσοστό θηλαζόντων υπό ιατρική παρακολούθηση.

Δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης

- Μέσο διαθέσιμο εισόδημα κατά νοικοκυριό.
- Σχέση μεταξύ του επιπέδου μισθών και κόστους ζωής.
- Ποσοστό αναλφαβητισμού.
- Ποσοστά εγγραφών στο εκπαιδευτικό σύστημα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια εκπαίδευση).
- Ποσοστό του οικονομικά ενεργού πληθυσμού (ανά ηλικία και φύλο).
- Ποσοστό ανέργων στον ενεργό πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

Η αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού

Η έννοια και η πιθανή χρησιμότητα της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας, έχει εκτενώς συζητηθεί κατά το παρελθόν και είναι πλέον αποδεκτό ότι αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην έρευνα και στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, συμβάλλει στην προσπάθεια προσδιορισμού του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, καθώς θεωρείται σημαντικός δείκτης αυτού, ειδικά καθώς μπορεί να αντανακλά ασθένειες οι οποίες δεν έχουν ακόμα εντοπιστεί με ιατρικές εξετάσεις (Eriksson et al., 2001). Υπό την έννοια αυτή, τα αποτελέσματα μιας αυτοαξιολόγησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε επιδημιολογικές έρευνες και κλινικές μελέτες, αλλά και να συμβάλλουν στη διαμόρφωση πολιτικών πρόληψης νοσηρών καταστάσεων.

Το επίπεδο υγείας όπως το αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο βασίζεται μεν στην πραγματική κατάσταση της υγείας του, δεν συμπίπτει όμως απαραίτητα με αυτήν. Είναι γνωστό ότι ο ορισμός της υγείας και της ευημερίας, αλλά και οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις σχετικά με το επίπεδο υγείας, διαφέρουν από άτομο σε

άτομο, ανάλογα με την ταυτότητα και την κουλτούρα του ατόμου, τα πολιτιστικά στοιχεία, την κατοχή ειδικών γνώσεων και πληροφοριών και γενικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να διαμορφώσουν τις αντιλήψεις του ατόμου (Sadana et al., 2000). Όμως, η αντίληψη του ατόμου σχετικά με την υγεία του δεν ταυτίζεται πάντα ούτε και με το επίπεδο υγείας το οποίο αναφέρει ότι έχει σε μια αυτοαξιολόγηση. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η περίπτωση απόκρυψης κάποιας ψυχικής διαταραχής, για λόγους αποφυγής κοινωνικού στιγματισμού (Sadana et al., 2000). Συνεπώς, γίνεται σαφές ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ του πραγματικού επιπέδου υγείας, όπως αυτό διαγιγνώσκεται με μια σειρά ιατρικών εξετάσεων, του αντιλαμβανόμενου από το άτομο επιπέδου υγείας και του αυτοαξιολογούμενου επιπέδου υγείας.

Υποστηρίζεται ότι η αντίληψη του ίδιου του ερωτώμενου σχετικά με τη γενική κατάσταση της υγείας του μπορεί να λειτουργήσει ως σημαντικός δείκτης της μελλοντικής νοσηρότητας και θνησιμότητάς του (Eriksson et al., 2001). Το επίπεδο υγείας ενός ατόμου, όπως αυτό προσδιορίζεται μέσω της αυτοαξιολόγησης, παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με τη θνησιμότητα, πέρα και ανεξάρτητα από παράγοντες κινδύνου οι οποίοι σχετίζονται με το ιατρικό ιστορικό του ατόμου και το πρότυπο ζωής το οποίο ακολουθεί (Idler; Benyamini., 1997). Ταυτόχρονα, οι κοινωνικο-οικονομικές και ψυχολογικές συνθήκες και οι επιβλαβείς συνήθειες στη ζωή ενός ατόμου αντανακλώνονται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιολογεί το επίπεδο υγείας του (Idler; Kasl., 1991). Μάλιστα, η συσχέτιση της χαμηλής εκτίμησης του επιπέδου υγείας με τη θνησιμότητα παρατηρείται όχι μόνο ανάμεσα στους ηλικιωμένους αλλά και στους νέους και η επίδραση του ιατρικού ιστορικού και του επιπέδου εκπαίδευσης φαίνεται να είναι μικρού βαθμού (Heistaro et al., 2001).

Παρά το γεγονός της αναγνώρισης της αυτοαξιολόγησης της υγείας ως μεθόδου χρήσιμης για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας, κάποιες ενστάσεις υπάρχουν ως προς την αξιοπιστία της και την πραγματική της σημασία. (McCallum et al., 1994). Ωστόσο, η υποκειμενική άποψη του ατόμου για την υγεία του μπορεί να αποτυπωθεί μόνο με την βοήθεια ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων αυτού του τύπου. Από διάφορες μελέτες φαίνεται ότι η υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας συσχετίζεται θετικά με την αντικειμενική αξιολόγησή της, όπως αυτή κρίνεται από το ιατρικό προσωπικό (LaRue et al., 1979; Unden and Elofsson., 2001).

Η έννοια της «υγείας» μπορεί να λάβει πολλές διαστάσεις, καθώς τα άτομα δεν αποδίδουν το ίδιο νόημα στην «καλή υγεία». Είναι γνωστές οι διαφορετικές ερμηνείες ανάμεσα στα δύο φύλα, με τις γυναίκες να σχετίζουν περισσότερο την κακή υγεία με την παρουσία οδοντηρών συμπτωμάτων και καταστάσεων (Heistaro et al., 2001), καθώς και με έλλειψη κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και τους άντρες με την έλλειψη φυσικών ικανοτήτων (Unden; Elofsson., 2001). Συχνά σε μελέτες αυτοαξιολόγησης, γεννάται το ερώτημα τι ακριβώς μετράτε κατά τη διαδικασία αυτοαξιολόγησης της υγείας και ποιους συγκεκριμένους παράγοντες λαμβάνει υπόψη του το άτομο όταν αξιολογεί την υγεία του. Έτσι, υποστηρίζεται ότι τη σημαντικότερη επίδραση στην εκτίμηση της υγείας του ατόμου ασκεί η ύπαρξη ή όχι μακροχρόνιων ασθενειών (Fylkesnes; Forde., 1991). Συμμετέχοντες σε άλλες μελέτες βαθμολόγησαν την υγεία τους με βάση τη συνολική λειτουργικότητά τους (physical functioning) ή τον τρόπο ζωής τους και τις συνήθειές τους (Krause; Jay., 1994). Διαφορές όμως παρατηρούνται και ανάμεσα σε άτομα διαφορετικής ηλικίας και διαφορετικού εκπαιδευτικού επιπέδου (Krause; Jay., 1994). Τα νεότερα άτομα αξιολογούν την υγεία τους κυρίως με βάση τη φυσική τους κατάσταση, τα άτομα της μέσης ηλικίας επηρεάζονται σημαντικά από την ψυχική τους υγεία, ενώ οι μεγαλύτερες ηλικίες δίνουν βαρύτητα στην ύπαρξη χρόνιων ασθενειών (Jylha et al., 1986).

Επιπλέον, η παρουσία άρρωστων ατόμων στο στενό ή και στο ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον ή μέσα στο σπίτι, ίσως έχει αρνητική επίδραση στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιολογεί και την δική του υγεία. Η θρησκεία μπορεί επίσης να παίξει το ρόλο της στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αποδέχεται την ασθένεια ως κάτι φυσιολογικό ή ακόμα και ως μοιραίο και άρα αναπόφευκτο. Ακόμα, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, οι επιβλαβείς συνήθειες (κακή διατροφή, έλλειψη σωματικής άσκησης κτλ.) και οι καταχρήσεις (κάπνισμα, αλκοόλ κτλ.) μπορούν να επηρεάσουν την αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου (Κυριόπουλος Γ. και συν., 2003).

Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα βιώνουν τα συμπτώματα της ασθένειάς τους και αντιδρούν, είναι πιθανό να επηρεάζεται και από την καταγωγή τους, τη γενική τους κουλτούρα και τα πολιτισμικά τους στοιχεία. Έτσι, ορισμένες φορές οι Έλληνες, και ακόμα περισσότερο οι Ελληνίδες, θεωρούνται πιο εκδηλωτικοί στην έκφραση των

συμπτωμάτων και της δυσφορίας μιας ασθένειας από την οποία πάσχουν, σε σχέση με άλλους λαούς. Παρ' όλα αυτά, η θεωρία αυτή είναι μόνο μια υπόθεση, καθώς δεν υπάρχουν ευρήματα τα οποία να μπορούν να την τεκμηριώσουν. Ωστόσο, η σύγκριση του τρόπου με τον οποίο οι λαοί αξιολογούν την υγεία τους αποκαλύπτει σημαντικές διαφορές. (Κυριόπουλος Γ. και συν., 2003). Σε πρόσφατη έρευνα σε 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με κοινή μεθοδολογία και κοινή διατύπωση των ερωτήσεων, 53% των Δανών αξιολόγησαν την υγεία τους ως πολύ καλή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των Πορτογάλων ήταν μόλις 8% (Eurostat., 1997).

Γενικότερα, ως προς τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα απαντούν σε έρευνες οι οποίες χρησιμοποιούν κλίμακα, έχει παρατηρηθεί τάση αποφυγής των ακραίων τιμών, τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών και προτίμηση για μεσαίες και κεντρικότερες τιμές (Sadana at al., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

Υγεία και ποιότητα ζωής

Παρά την έλλειψη συμφωνίας στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής, γίνεται ευρέως αποδεκτό ότι αυτή αποτελεί ένα πολυδιάστατο σύμπλεγμα. Οι Andrews και Whitney, (Andrews; Whitney., 1974) εντόπισαν 800 πιθανές διαστάσεις σε έρευνα βιβλιογραφικής ανασκόπησης, οι οποίοι συμπτύχθηκαν σε 100 περίπου τομείς της ζωής λόγω των αλληλεπικαλύψεων. Οι πλέον σημαντικοί τομείς φαίνεται να είναι η φυσική ευεξία, οι κοινωνικές σχέσεις, η προσωπική εξέλιξη, η επαναδημιουργία και οι οικονομικές συνθήκες ασφάλειας. Αρκετοί ερευνητές προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής σε σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή, την υποκειμενική ή ψυχική ευεξία, την ευτυχία, την ηθική, την αυτοεκτίμηση, κλπ., (Campell et al., 1976).

Προϋπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία του ατόμου. Η καλή υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντική και επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης όπως αποφαίνεται ο Rokeach, (Rokeach., 1973), ο οποίος, εξετάζοντας τις

πλέον αξιόλογες καταστάσεις ύπαρξης του ανθρώπου, διαπίστωσε ότι κάθε άτομο κατέτασσε υψηλότερα στην κλίμακα την καλή υγεία από κάθε άλλη επιλογή.

Η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και όποιο θεραπευτικό μέτρο λαμβάνεται για την βελτίωση της υγείας θα πρέπει να απευθύνεται στην επίδραση που έχει η αρρώστια ή θεραπεία της σε μια ποικιλία διαστάσεων και όχι απλά στο επίπεδο μόνο της φυσικής κατάστασης. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα συμφωνούσαν κατά συνέπεια ότι, η ποιότητα ζωής δεν αφορά μια μονοθεϊστική αντίληψη αλλά μάλλον ένα σύμπλεγμα αλληλεπιδρώντων παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας σε τρεις διαστάσεις: α) της φυσικής ευεξίας, β) της ψυχικής ευεξίας, γ) της κοινωνικής ευεξίας.

Μια σημαντική ιδιαιτερότητα που παρατηρείται σχετικά με την αντίληψη για την καλή υγεία είναι ότι η καλή υγεία προσδιορίζεται περισσότερο από την απουσία της παρά από την παρουσία της. Αρκετοί συγγραφείς έχουν περιγράψει την αυξημένη επιθυμία ευχαρίστησης για ζωή που εμφανίζεται μετά από μια σοβαρή ασθένεια. Αυτό υποδηλώνει ότι συχνά μια βαθύτερη αντίληψη για την υγεία είναι δυνατή όταν έχουμε βιώσει την εμπειρία της απώλειάς της (Θεοδώρου και συν., 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και υγεία

Κατά την δεκαετία του '60 δεν απασχολούσε το υγειονομικό προσωπικό η σχέση κοινωνικής τάξης και υγείας. Ήταν γνωστό ποιες ήταν οι ασθένειες που σχετίζονταν με την ευμάρεια των κοινωνιών, αλλά δεν γνώριζαν ότι ήταν περισσότερο συχνές μεταξύ των λιγότερο πλουσίων. Σήμερα είναι πλέον γενικά παραδεκτό ότι η κοινωνική θέση είναι ένας από τους πλέον ισχυρούς παράγοντες που καθορίζουν την υγεία του ατόμου και την προσδοκώμενη ζωή. Αυτό ισχύει για όλες σχεδόν τις ασθένειες και σε όλη την διάρκεια ζωής.

Κατ' αρχήν φτώχεια σημαίνει μικρότερη πρόσβαση σε αγαθά που παράγει μία κοινωνία, άρα και στις υπηρεσίες υγείας. Όμως η ίση πρόσβαση είναι μόνο ένα βήμα

για την προαγωγή της υγείας. Ακόμα και στις χώρες όπου το κράτος πρόνοιας εξασφαλίζει την ίση δυνατότητα πρόσβασης μέσω του δημόσιου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, οι κοινωνικές ανισότητες σε θέματα υγείας παραμένουν: τα άτομα στη χαμηλότερη βαθμίδα της κοινωνικής κλίμακας έχουν την χειρότερη υγεία απ' όλους, με όποιο τρόπο κι αν μετρηθεί η κοινωνική θέση και ασχέτως χώρας, είδους κοινωνικής ασφάλισης ή επιπέδου φροντίδας υγείας που δέχονται.

Η συσχέτιση κοινωνικής θέσης και υγείας είναι μια δύσκολη υπόθεση, αφού ο καθένας αξιολογεί την κοινωνική θέση με διαφορετικό τρόπο. Συνήθως μετράτε με τρεις μεταβλητές: το εισόδημα του ατόμου, την επαγγελματική θέση ή το κύρος του επαγγέλματος, το επίπεδο εκπαίδευσης. Μάλιστα σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται χρήση σύνθετων δεικτών, που δημιουργούνται από τον συνδυασμό των τριών αυτών μεταβλητών.

Η κάθε μεταβλητή μετρά πιο αναλυτικά:

α) Εισόδημα: Το εισόδημα μετρά την καταναλωτική δύναμη του ατόμου, το επίπεδο κατοικίας και διατροφής ή τις υπηρεσίες υγείας που μπορεί να 'αγοράσει'.

β) Επάγγελμα: Το επάγγελμα ενός ατόμου υποδηλώνει το φορτίο ευθυνών του, τη φυσική του δραστηριότητα και τους επαγγελματικούς κινδύνους που έχουν σχέση με την υγεία.

γ) Εκπαίδευση: Το επίπεδο εκπαίδευσης είναι ενδεικτικό της ικανότητας του ανθρώπου να αποκτήσει θετικούς κοινωνικούς, ψυχικούς και οικονομικούς πόρους.

Στις ΗΠΑ χρησιμοποιείται συνδυασμός και των τριών ανωτέρω μεταβλητών. Στη Μεγάλη Βρετανία εντάσσουν τα άτομα σε 5 κοινωνικές τάξεις, οι οποίες δημιουργήθηκαν από την ομαδοποίηση των επαγγελμάτων, τις εξής:

I) Επαγγελματίες, II) μεσαία τάξη, III) ειδικευμένοι/ μη χειρώνακτες, IV) ειδικευμένοι χειρώνακτες, V) μερικώς ειδικευμένοι χειρώνακτες/ ανειδίκευτοι χειρώνακτες.

Ο Goldthorpe αξιολογεί με τρεις τρόπους την κοινωνική διαστρωμάτωση: αξιολογεί το κύρος του κάθε επαγγέλματος, την κοινωνική θέση (κατά πόσο μέλη της ίδιας κοινωνικής ομάδας αντιμετωπίζονται ως ίσοι), την κοινωνική τάξη.

Για τον Townsend (Townsend; Davidson., 1982) έχει ιδιαίτερη σημασία η έννοια της ‘οικονομικής στέρησης’ και αυτή προσπαθεί να προσδιορίσει. Στο δείκτη οικονομικής στέρησης, ο οποίος ουσιαστικά περιγράφει την έννοια της ‘σχετικής φτώχειας’ (Το πόσο φτωχός είναι κάποιος σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει), συμπεριλαμβάνονται μεταβλητές όπως: πρόσβαση του νοικοκυριού σε ορισμένα αγαθά (πχ. αυτοκίνητο), καθεστώς ενοικίασης ή ιδιοκτησίας, ανεργία, συνθήκες κατοικίας κλπ.

Όμως για να ερμηνεύσουμε τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, η πιο αξιόπιστη μεταβλητή είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, διότι παραπέμπει στην πληροφόρηση, στη σωστή πρόληψη, στη δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων όταν αυτά παρουσιαστούν, στην επιλογή θεραπείας όταν χρειάζεται κ.ο.κ. (Κουκούλη., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

Διαφορές και ανισότητες στην υγεία

7.1 Ανισότητες στο Επίπεδο υγείας

Στην Αγγλία το προσδόκιμο επιβίωσης ενός παιδιού γεννημένου από γονείς με πανεπιστημιακή εκπαίδευση και ανάλογη κοινωνική θέση είναι πέντε χρόνια μεγαλύτερο από το προσδόκιμο επιβίωσης ενός παιδιού γεννημένου από ανειδίκευτους, χειρώνακτες γονείς. Παρόμοιες διαφορές στο προσδόκιμο επιβίωσης παρατηρούνται σε όλες τις χώρες. Οι λιγότερο προνομιούχες κοινωνικές ομάδες έχουν λιγότερες ευκαιρίες επιβίωσης. Η βρεφική θνησιμότητα στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις είναι 2- 3 φορές υψηλότερη από ότι στις υψηλότερες κοινωνικές τάξεις (WHO., 1990).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία, (INSEE., 1978) σχετικά με τις αιτίες θανάτου σε κάθε κοινωνικο- οικονομική κατηγορία διαπιστώθηκε ότι το ανειδίκευτο εργατικό δυναμικό και οι μισθωτοί αγροτικών εκμεταλλεύσεων έχουν δείκτη θνησιμότητας για όλες τις αιτίες θανάτου, πολύ μεγαλύτερο από το μέσο όρο. Οι ανισότητες γίνονται ακόμα μεγαλύτερες στις ειδικές αιτίες θανάτου, όπως η

φυματίωση, τα ατυχήματα, ο αλκοολισμός. Η φυματίωση και τα ατυχήματα ως αιτίες θανάτου δείχνουν με καθαρό τρόπο πως οι συνθήκες εργασίας επηρεάζουν τη θνησιμότητα, ενώ ο αλκοολισμός τονίζει τη γενικότερη κοινωνικο-οικονομική και πολιτιστική κατάσταση που ζουν οι εργαζόμενοι αυτής της κατηγορίας και πως επηρεάζει τις πιθανότητες μπροστά στο θάνατο.

Στην Αγγλία μετά από αρκετές μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι ανειδίκευτοι εργάτες αναγκάζονται να φύγουν λόγω ασθένειας ή ανικανότητας από την εργασία τους 2-3 χρόνια νωρίτερα από ότι οι ειδικευμένοι εργάτες (WHO., 1985).

Οι ανισότητες απέναντι στην αρρώστια και στην υγεία μπορούν να επιβεβαιωθούν μέσα από την σύγκριση στοιχείων που αντιπροσωπεύουν μέσους όρους αλλά και μέσα από την σύγκριση στοιχείων που αφορούν ίδιες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες σε διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες. Αν συγκρίνουμε τα εργατικά ατυχήματα ως αιτία πιθανού θανάτου σε Γαλλία, Ελλάδα και Σουηδία διαπιστώνουμε ότι η πιθανότητα να συμβεί ένα θανατηφόρο εργατικό ατύχημα στο Σουηδό εργαζόμενο του κλάδου των εξορυκτικών επιχειρήσεων είναι μία φορά, στο Γάλλο 2,17 φορές ενώ στον Έλληνα 6,8 φορές. Αντίστοιχα στον κλάδο των κατασκευαστών οι Σουηδοί έχουν μία πιθανότητα, οι Έλληνες 7,16 και οι Γάλλοι 11,9.(C.N.A.M.T.S., 1980; B.I.T., 1978; Υπουργείο Εργασίας., 1978).

Οι πιθανότητες για μικρότερο ή μεγαλύτερο ποσοστό νοσηρότητας ή θνησιμότητας δεν εμφανίζεται μόνο μεταξύ των διαφόρων κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών αλλά και μεταξύ των διαφόρων χωρών. Όσον αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση διαπιστώνεται τουλάχιστον 20 χρόνια διαφορά μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Στις πρώτες είναι περίπου 72 χρόνια ενώ στις δεύτερες μόλις 55 χρόνια και ιδιαίτερα στην Αφρική και Νότια Ασία περίπου 50 χρόνια. Σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης η διαφορά στη βρεφική θνησιμότητα είναι 7 φορές πάνω από το ελάχιστο όριο. Στις ανεπτυγμένες χώρες το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής είναι 10-200‰ ενώ στις αναπτυσσόμενες 100-200‰. Στα 1000 παιδιά που γεννιούνται στις χώρες αυτές, τα 200 πεθαίνουν στην διάρκεια του πρώτου έτους, τα 100 μέχρι την ηλικία των 5 ετών και μόνο τα μισά (500) θα φθάσουν μέχρι 40 ετών (WHO., 1981).

7.2 Κοινωνικές ανισότητες στη νοσηρότητα και θνησιμότητα

Δύο σημαντικές έρευνες στο θέμα των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία έγιναν. Η πρώτη από τους Townsend και Davidson (1982) και η δεύτερη από τον Marmott και συνεργάτες (1984, 1991).

Οι **Townsend και Davidson** δημοσίευσαν τα αποτελέσματα σχετικών μελετών τους στην Αγγλία υπό τον τίτλο “Μαύρη Βίβλος” (Black Report). Η έρευνα αυτή έγινε για να διαπιστωθούν κυρίως τα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας των πέντε διαφορετικών κοινωνικών τάξεων της Βρετανίας, καθώς και οι διαφορές στη προσπελασιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας ήταν τα εξής:

7.2.α. Συνολικοί δείκτες θνησιμότητας

Διαπιστώθηκε κατ’ αρχήν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ θνησιμότητας και κοινωνικής τάξης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες: στους ανειδίκευτους χειρώνακτες εργάτες (τάξη V) τα ποσοστά θνησιμότητας είναι αρκετά υψηλότερα από εκείνα των ατόμων που βρίσκονται σε ανώτερες θέσεις στην κοινωνική κλίμακα.

7.2.β. Αιτίες θανάτου ανεξαρτήτως ηλικίας

Ασθένειες όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, εκφυλιστικές καρδιακές παθήσεις, αγγειακές αλλοιώσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, έλκος, προκάλεσαν στους άνδρες πολύ περισσότερους θανάτους στις τάξεις IV και V, απ’ ότι στις τάξεις I και II. Στις γυναίκες, αν και οι διαφορές δεν είναι τόσο έντονες, οι τάξεις είναι παρόμοιες.

7.2.γ. Νεογνική/ βρεφική θνησιμότητα

Τα παιδιά των ανειδίκευτων χειρώνακτών (τάξη V) διατρέχουν 2 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν στον πρώτο μήνα της ζωής τους (νεογνική θνησιμότητα) από τα παιδιά των επαγγελματιών (τάξη I). Όσον αφορά στην θνησιμότητα στον πρώτο χρόνο της ζωής (βρεφική θνησιμότητα) η αναλογία είναι 3:2:1 (3 θάνατοι βρεφών σε οικογένειες ανειδίκευτων εργατών αντιστοιχούν σε 2 θανάτους βρεφών οικογενειών ειδικευμένων χειρώνακτών και σε 1 θάνατο βρέφους σε οικογένειες επαγγελματιών).

Είναι μάλιστα χαρακτηριστικό ότι και ως προς τις αιτίες θνησιμότητας των βρεφών και παιδιών από 1 έως 14 ετών υπάρχουν σημαντικές ταξικές διαφορές. Έτσι τα παιδιά της τάξης V διατρέχουν 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν από πυρκαγιά, πτώση ή πνιγμό σε σχέση με τα παιδιά της τάξης I. Αυτό σημαίνει, είτε ότι το περιβάλλον ανάπτυξης του παιδιού δεν είναι ασφαλές, είτε ότι οι γονείς δεν δίνουν την απαραίτητη προσοχή στα παιδιά τους, εξαιτίας του είδους της εργασίας τους.

7.2.δ. Χρήση υπηρεσιών υγείας

Οι μεγαλύτερες όμως και πλέον σαφείς κοινωνικές ανισότητες στην υγεία διαπιστώνονται στις προληπτικές υπηρεσίες υγείας και στην ποιότητα της ιατρικής φροντίδας.

Τα μεσαία και υψηλότερα κοινωνικά στρώματα χρησιμοποιούν συχνότερα τις προληπτικές υπηρεσίες υγείας από τα χαμηλότερα στρώματα. Για παράδειγμα οι γυναίκες που ανήκουν στις δύο πρώτες ομάδες (I, II) κάνουν πιο συχνή χρήση των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού από εκείνες της τρίτης ομάδας που πολλές φορές δεν γνωρίζουν την ύπαρξη αυτών των υπηρεσιών.

Επίσης, οι ασθενείς της μεσαίας τάξης αξιοποιούν καλύτερα το χρόνο της ιατρικής εξέτασης, θέτοντας περισσότερες ερωτήσεις και αποσπώντας πληρέστερες πληροφορίες από τον γιατρό. Έχουν δε την ικανότητα να περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση τους και αυτό συμβάλλει θετικά στη θεραπευτική διαδικασία.

Ο **Marmott** και οι συνεργάτες του με τις μελέτες τους για τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία (Whitehall I study/1984, Whitehall II study/1991) ουσιαστικά ενισχύουν, συμπληρώνουν και επεκτείνουν τα αποτελέσματα της "Μαύρης Βίβλου", επικεντρώνοντας σε μία συγκεκριμένη κοινωνικο- επαγγελματική κατηγορία, εκείνη των δημοσίων υπαλλήλων γραφείου της Βρετανίας. Ο κύριος στόχος τους ήταν να μελετήσουν εάν υπάρχουν διαφορές στη θνησιμότητα και νοσηρότητα στο εσωτερικό αυτής της κοινωνικής ομάδας.

Τα αποτελέσματα της πρώτης έρευνας (1984) έδειξαν ότι οι υπάλληλοι που βρίσκονταν στο κατώτερο σημείο της κλίμακας είχαν 3 φορές μεγαλύτερη θνησιμότητα από τους ευρισκόμενους στο ανώτερο σημείο. Επίσης σημαντικό είναι

ότι αυτή η διαφορά ήταν ακόμα μεγαλύτερη από τη διαφορά στη θνησιμότητα μεταξύ χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικών τάξεων σε εθνικό επίπεδο.

Στη δεύτερη μελέτη τους (1991) τον ίδιο πληθυσμό διαπίστωσαν ότι κάθε ομάδα είχε χειρότερη υγεία από εκείνη που βρισκόταν πάνω από αυτή στην ιεραρχία. Το πρώτο επομένως συμπέρασμά τους ήταν ότι υπάρχει μία κοινωνική διαβάθμιση όσον αφορά στη θνησιμότητα και στη νοσηρότητα, που διατρέχει ολόκληρη την κοινωνία. Γιατί, ενώ στα υψηλότερα στρώματα των κρατικών υπαλλήλων δεν υπάρχει φτώχεια, παρά ταύτα αυτοί που πλησιάζουν την κορυφή της κοινωνικής ιεραρχίας έχουν χειρότερη υγεία από αυτούς που βρίσκονται ακριβώς στην κορυφή. Αυτή δε η βαθμίδωση συνεχίζεται μέχρι το κατώτερο σημείο της κλίμακας.

Η δεύτερη ενδιαφέρουσα διαπίστωση της έρευνας του Marmott ήταν ότι τα παραπάνω αποτελέσματα ισχύουν και για τη θνησιμότητα και για τη νοσηρότητα. Δηλαδή ισχύουν για τις περισσότερες κύριες αιτίες θανάτου, όλες τις μετρήσεις της νοσηρότητας και για τη γενική αξιολόγηση της υγείας του από το ίδιο το άτομο.

7.3 Ανισότητες στην Προσφορά των υπηρεσιών υγείας

Έντονες διαφοροποιήσεις και ανισότητες παρατηρούνται τόσο στην κατανάλωση όσο και στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Οι ανισότητες αυτές μπορεί να είναι ακόμη και γεωγραφικές που σημαίνει αδυναμία των κατοίκων μιας περιοχής να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του συστήματος υγείας για την κάλυψη πολλές φορές επειγουσών και σοβαρών αναγκών με αποτέλεσμα το επίπεδο νοσηρότητας και θνησιμότητας να αυξάνεται στις μειονεκτικές περιοχές (Θεοδώρου και συν., 2001). Τα δεδομένα που καταγράφονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δείχνουν με σαφή τρόπο τις ανισότητες αυτές.

Όσον αφορά τις αναλογίες του ανθρώπινου δυναμικού που εργάζεται στον τομέα υγείας, ανεξάρτητα από την εκπαίδευση, την ειδικότητα, τον εξοπλισμό, κλπ., παρατηρούνται τεράστιες διαφορές μεταξύ των χωρών. Στις ανεπτυγμένες χώρες αναλογεί ένας εργαζόμενος στον τομέα υγείας ανά 130 κατοίκους, στις αναπτυσσόμενες η σχέση είναι 1/500 και στις λιγότερο ανεπτυγμένες 1/2400. Αντίστοιχες σχέσεις παρατηρούνται και στις αναλογίες του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού. Ένας γιατρός αντιστοιχεί σε 520 κατοίκους στις ανεπτυγμένες χώρες, 1/2.700 στις αναπτυσσόμενες και 1/17.000 στις λιγότερο

ανεπτυγμένες, ενώ στους νοσηλευτές οι αναλογίες είναι 1/220, 1/1.500 και 1/6.500 αντίστοιχα. Η άνιση κατανομή του υγειονομικού προσωπικού παρατηρείται επίσης σε μεγάλη έκταση και μεταξύ αστικών κέντρων και αγροτικών περιοχών μιας χώρας. Σε ορισμένα αστικά κέντρα ανεπτυγμένων κρατών ένας γιατρός αντιστοιχεί σε 200 κατοίκους περίπου ενώ στην αντίθετη ακραία περίπτωση σε ορισμένες αγροτικές περιοχές των λιγότερο ανεπτυγμένων κρατών, ένας γιατρός αντιστοιχεί σε 200.000 κατοίκους (WHO., 1981).

Παρόλο που το ακαθάριστο εθνικό προϊόν (ΑΕΠ) δεν αντανακλά με πληρότητα την κατανομή των πόρων στον τομέα υγείας, εντούτοις αποτελεί έναν από τους πιο εύχρηστους οικονομικούς δείκτες. Στις ανεπτυγμένες χώρες οι δαπάνες υγείας υπερβαίνουν το 10% του ΑΕΠ, ενώ στις αναπτυσσόμενες κυμαίνονται στο 1% (WHO., 1981). Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται αναλυτικά οι μεγάλες ανισότητες που παρατηρούνται μεταξύ των ανεπτυγμένων, λιγότερο ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ- ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

	ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ	ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ	ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ
•Σύνολο χωρών	29	90	37
•Πληθυσμός (σε εκατομμύρια)	28.3	3.001	1.131
•Ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας στις 1000 γεννήσεις	160	94	19
•Προσδόκιμο επιβίωσης	45	60	72
•Ποσοστό παιδιών με βάρος κατά τη γέννηση 2.500 γρ. & άνω	70%	83%	93%
•Κάλυψη με δίκτυο καθαρού νερού	31%	41%	100%
•Ποσοστό εγγράμματων ενηλίκων	28%	55%	98%
•Κατά κεφαλή ΑΕΠ σε \$	170	520	6.230
•Δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανά κάτοικο σε \$	1.7	6.5	244
•Δημόσιες δαπάνες για	1,0%	1.2%	3.9%

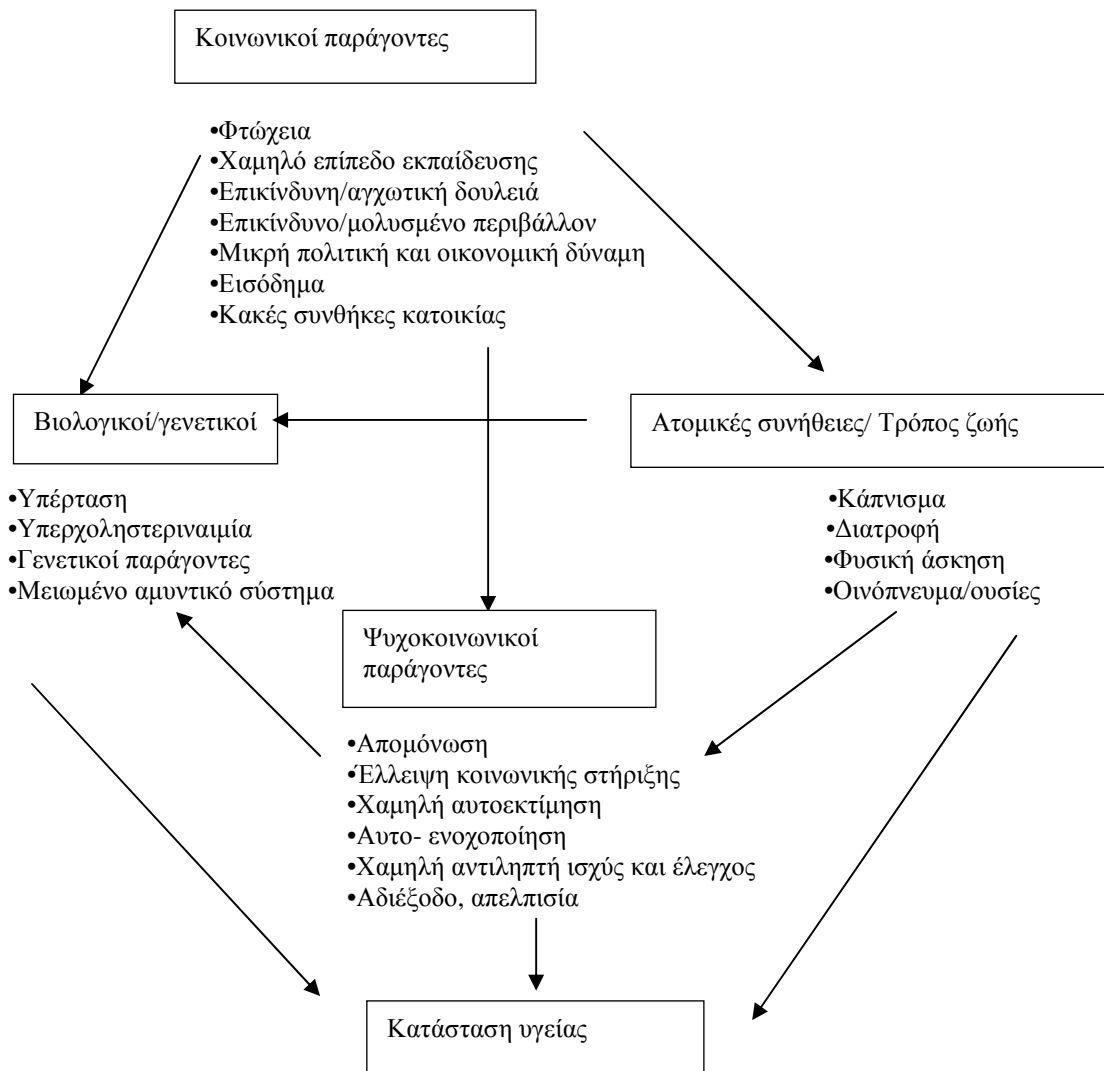
την υγεία ως ποσοστά επί του ΑΕΠ			
-------------------------------------	--	--	--

Πηγή : WHO., 1981

Ανισότητες στην υγεία δημιουργούνται και από τον τρόπο οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος. Στις περισσότερες χώρες το κύριο βάρος του συστήματος υγείας προσδίδεται στην ανάπτυξη της δευτεροβάθμιας νοσοκομειακής περίθαλψης. Το μεγαλύτερο μέρος των πόρων δαπανάται για την αγορά υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας στα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων σε αντίθεση με το χαμηλό ποσοστό των πόρων που διατίθενται για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Είναι γνωστό ότι η εξεζητημένη βιοϊατρική τεχνολογία στα πλαίσια της νοσοκομειακής περίθαλψης δεν προσφέρει τις υπηρεσίες της στη μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού, σε αντίθεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που απευθύνεται στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού. Η άνιση κατανομή των πόρων επιφέρει την άνιση κατανομή υγειονομικών φροντίδων (φροντίδων υγείας) με αποτέλεσμα περιοχές υπανάπτυκτες ή υποβαθμισμένες στην ύπαιθρο, στα επαρχιακά ή και στα αστικά κέντρα, ενώ έχουν αυξημένες ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας (χαμηλή στάθμη σε επίπεδα υγείας) τους παρέχονται λιγότερες και κακής ποιότητας υπηρεσίες. Έτσι αυτοί που έχουν περισσότερες ανάγκες ιατρικής φροντίδας έχουν και λιγότερες πιθανότητες να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους αυτές.

Οι διαφορές και ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας επιδρούν αρνητικά και στις άλλες διαστάσεις της υγείας πλην της βιολογικής, επηρεάζοντας τα επίπεδα της ποιότητας ζωής. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι οι διαφορές στην υγεία που συνδέονται με κοινωνικο-οικονομικούς δείκτες συσχετίζονται επίσης με ψυχολογικούς δείκτες και δείκτες ψυχολογικής δυσανεξίας ή δυσφορίας (Cox., 1987) και (Blaxter., 1990). Είναι γεγονός ότι η αποκατάσταση της υγείας, δεν αφορά μόνο την επαγγελματική επανένταξη του άρρωστου ατόμου που ιατρικά έχει αντιμετωπισθεί αλλά επίσης, με την ολιστική της θεώρηση (Σχήμα 1) , πρέπει να αποκατασταθεί στη συνολική βελτίωση του επιπέδου υγείας και του επιπέδου της ποιότητας ζωής (Θεοδώρου και συν., 2001).

ΣΧΗΜΑ 1: Η ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ



Πηγή: Κουκούλη., 2000

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.

Η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας

Η συμβολή των υπηρεσιών υγείας στην πρόληψη και τη θεραπεία των ασθενειών αμφισβητείται από πολλούς οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού συνδέεται με τις κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές που έλαβαν χώρα μετά το στάδιο της εκβιομηχάνισης (Dubos., 1987; Ferro., 1998). Στα πλαίσια αυτά διατυπώνονται απόψεις το εύρος των οποίων κυμαίνεται από την πλήρη απόρριψη της θεσμικής υγειονομικής περίθαλψης (Illich., 1975) έως την ανάγκη μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας και επαναπροσανατολισμού της ιατρικής επιστήμης (Kouchner., 1996).

Ωστόσο, ενώ εκφράζονται οι παραπάνω επιφυλάξεις, υπάρχει μια ευρύτερη συναίνεση και αποδοχή της άποψης ότι τα άτομα θα πρέπει να μπορούν να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας όταν τις έχουν ανάγκη. Σύμφωνα με τη θέση αυτή, οι περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες έχουν οργανώσει την παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας, στις οποίες η πρόσβαση κατοχυρώνεται είτε μέσω των δικαιωμάτων που απορρέουν από την ιδιότητα του πολίτη (εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge) είτε μέσω της συμμετοχής σε κοινωνικοεπαγγελματικές κατηγορίες (συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck) (Roemer., 1993; Wall., 1996).

Στο επίκεντρο της επιστημονικής συζήτησης και της άσκησης πολιτικής υγείας τίθενται πλέον οι παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν την πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Kasper., 2000).

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται εμπειρικές έρευνες οι οποίες επιχειρούν να εντοπίσουν τα χαρακτηριστικά εκείνα που θέτουν φραγμούς και εμπόδια στην πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας. Η καταγραφή των χαρακτηριστικών αυτών θα ήταν δυνατό να τα κατατάξει σε 4 κατηγορίες οι οποίες

είναι: (α) δημογραφικά, (β) κοινωνικοοικονομικά, (γ) επιδημιολογικά και (δ) δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στα ατομικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο και η ηλικία. Έρευνες σχετικά με τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Bertakis et al., 2000) ή οδοντιατρικής περίθαλψης (Manski., 1995) δείχνουν ότι οι γυναίκες φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας. Η δημογραφική γήρανση συνδέεται με την αύξηση της χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας όπως η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα (Haug., 1981; Demers., 1996), η επείγουσα προ νοσοκομειακή περίθαλψη (Clark et al., 1999), η συνταγογράφηση στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Philippant et al., 2000; Bardel et al., 2000) και η νοσοκομειακή περίθαλψη (Murphy et al., 1996; Haan et al., 1997; Hanlon et al., 1998).

Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στο ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται το άτομο. Περιλαμβάνουν τις συνθήκες διαβίωσης και απασχόλησης, το επίπεδο εισοδήματος και εκπαίδευσης και σχετίζονται με την κοινωνική θέση την οποία καταλαμβάνει το άτομο στην κλίμακα της κοινωνικής ιεραρχίας. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο κάνουν συχνότερη χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας ενώ τα άτομα με μέσο και υψηλό εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο επισκέπτονται συχνότερα τους γιατρούς ειδικοτήτων (Dunlop et al., 2000; Mendoza-Sassi and Beria., 2001; Lostao et al., 2001). Οι εισαγωγές στα νοσοκομεία είναι υψηλότερες για τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης σε σχέση με τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο (Redicor et al., 1996) υποδηλώνοντας ότι η ανοδική κίνηση στην κοινωνική ιεραρχία μειώνει τη χρησιμοποίηση νοσηλευτικών υπηρεσιών (Scott and Mackie., 1975). Επιπροσθέτως, το χαμηλό εισόδημα συνδέεται με αυξημένη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών επείγουσες περίθαλψης (Marin et al., 1997).

Η τρίτη κατηγορία σχετίζεται με το επίπεδο υγείας και τη νοσολογική εικόνα του πληθυσμού. Μελέτες οι οποίες εντάσσονται στην κατηγορία αυτή αναδεικνύουν το επίπεδο υγείας όπως καθορίζονται από αυτό, ως τους σημαντικότερους παράγοντες προσδιορισμού της χρήσης υπηρεσιών υγείας (Grismo., 1984; Borrás., 1994; Krasnik et al., 1997).

Τέλος, τα δομικά χαρακτηριστικά αφορούν στην οργάνωση και χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Το είδος και η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, τα οργανωτικά πρότυπα των προμηθευτών υγείας, το κόστος χρόνου, το μέγεθος της κρατικής παρέμβασης και η ιατρική δημογραφία αναδεικνύονται σε σημαντικούς τομείς επιστημονικού προβληματισμού. Η ύπαρξη οργανωτικών φραγμών στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, το υψηλό κόστος χρόνου και οι εκτεταμένες λίστες αναμονής περιορίζουν τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας αλλά αυξάνουν τις πιθανότητες αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης (Johannesson et al., 1998; Reschovsky and Kemper., 1999; Jofre- Bonet., 2000). Ο αριθμός των γιατρών παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την κατά κεφαλή χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (Carlsen and Grytten., 2000) και τις εισαγωγές σε νοσοκομεία (Groenewegen and Van der Zee., 1988). Η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης σχετίζεται θετικά με τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας (Faulkner and Schauffler., 1997) και την κάλυψη του οικονομικού κινδύνου (Donelan et al., 2000). Η αμοιβή των γιατρών με βάση το μισθό συνδέεται με τη διεξαγωγή λιγότερων διαγνωστικών εξετάσεων και παραπομπών σε σχέση με τις άλλες μεθόδους αμοιβής (Gosden et al., 1999).

Η παραπάνω παρουσίαση δεν είχε ως σκοπό την εξαντλητική καταγραφή των σχετικών εμπειρικών ερευνών. Στόχος της ήταν να ανιχνεύσει το πεδίο και να σκιαγραφήσει τις τάσεις και τις κατευθύνσεις οι οποίες αποτελούν το κυρίαρχο επιστημονικό υπόδειγμα στην έρευνα της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.

Διαφοροποιήσεις στην χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας

Έχει παρατηρηθεί ότι όλα τα άτομα δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες τους. Κάποια άτομα «αναγνωρίζουν» οργανικά συμπτώματα ως παθολογικά (πόνος, υψηλό πυρετό, ναυτία) και αναζητούν γι' αυτά τη βοήθεια γιατρού και άλλα με ανάλογα συμπτώματα επιλέγουν τη μέθοδο της αυτοθεραπείας ή τα αγνοούν (Κουκούλη., 2000).

Το φαινόμενο αυτό έχει περιγραφεί και ποσοτικά και ονομάστηκε «Πυραμίδα της ασθένειας» (White et al., 1961). Οι ερευνητές αυτοί διαπίστωσαν ότι σε ένα τυχαίο δείγμα 1000 ατόμων και σε διάστημα ενός μηνός τα 750 εξ αυτών θα παρουσιάσουν κάποιο οργανικό σύμπτωμα. Από τα 750 μόνο τα 250 θα αναζητήσουν ιατρική βοήθεια. Τα 9 θα χρειαστούν νοσοκομείο δευτεροβάθμιας περίθαλψης, για τα 5 μεταξύ αυτών θα απαιτηθούν δύο ή και περισσότεροι γιατροί και το 1 τελικά θα μεταφερθεί και σε άλλο νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης. (Σχήμα 2)

Τα ερωτήματα που προκύπτουν άμεσα από την πυραμίδα ασθένειας είναι: 1) Γιατί ορισμένοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας για ένα πρόβλημα υγείας και άλλοι για το ίδιο πρόβλημα δεν κάνουν χρήση αυτών των υπηρεσιών και 2) Αν για τα υπόλοιπα 500 άτομα από τα 750 που είχαν πρόβλημα, οι ανάγκες υγείας ήταν πραγματικές και απαιτούσαν ιατρική αντιμετώπιση. Οι παράγοντες που επιδρούν στη λήψη της απόφασης για το αν θα αναζητηθεί τελικά ιατρική βοήθεια, έχουν μελετηθεί αρκετά και είναι πολύ σημαντικοί για την καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε και να παρέχεται καλύτερη ιατρική φροντίδα και να είναι πιο προσπελάσιμες οι υπηρεσίες υγείας σε όσους τις έχουν ανάγκη.

Παρακάτω μελετάται γιατί υπάρχουν διακυμάνσεις στη χρήση υπηρεσιών υγείας με βάση κάποια θεωρητικά μοντέλα.

9.1 Θεωρητικά μοντέλα για τη χρήση υπηρεσιών υγείας

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα που ενσωματώνουν ένα σύνολο μεταβλητών, είτε για να περιγράψουν καλύτερα τις διακυμάνσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, είτε για να τις ερμηνεύσουν.

9.1.α. Περιγραφικά μοντέλα

Το πιο γνωστό μέχρι σήμερα μοντέλο αυτής της κατηγορίας είναι εκείνο του Andersen (Andersen et al., 1975). Σύμφωνα με αυτό υπάρχουν τρεις κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση:

- Προδιαθετικοί παράγοντες (Κοινωνικο- δημογραφικοί, στάσεις και απόψεις για τη φροντίδα της υγείας)

- Επιτρεπτικοί παράγοντες (εισόδημα, ασφαλιστική κάλυψη, διαθεσιμότητα υπηρεσιών, προσπελασιμότητα σε μία μόνιμη πηγή ιατρικής φροντίδας κλπ)
- Οι υπάρχουσες ανάγκες υγείας (κατάσταση υγείας, ανικανότητα/αναπηρία).

Το θεωρητικό αυτό υπόδειγμα δεν λαμβάνει υπ' όψη του τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του, παράγοντας πολύ σημαντικός για τη χρήση. Είναι ουσιαστικά μοντέλο που προσπαθεί να προβλέψει τη χρήση και όχι να εξηγήσει γιατί υιοθετούνται συγκεκριμένες συμπεριφορές. Το δεύτερο αυτό μέρος του προβλήματος καλύπτουν τα κοινωνικο-ψυχολογικά μοντέλα, τα οποία περιγράφονται παρακάτω.

9.1.β. Κοινωνικο- ψυχολογικά μοντέλα

Τα κοινωνικο- ψυχολογικά θεωρητικά μοντέλα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας στηρίζονται κυρίως στις έννοιες της συμπεριφοράς στην υγεία και της συμπεριφοράς στην ασθένεια.

Συμπεριφορά στην υγεία: Το σύνολο των ενεργειών που κάνει το άτομο που πιστεύει ότι είναι υγιές με απώτερο στόχο να προλάβει την εμφάνιση νόσου.

Συμπεριφορά στην ασθένεια: Το σύνολο των δραστηριοτήτων του ατόμου που θεωρεί τον εαυτό του άρρωστο και έχοντας αυτό ως δεδομένο προσπαθεί να προσδιορίσει τη νόσο και να αναζητήσει τρόπους θεραπείας της.

Μοντέλα συμπεριφοράς στην υγεία

Τα μοντέλα συμπεριφοράς στην υγεία χρησιμοποιούνται κυρίως για να γίνουν περισσότερο κατανοητοί οι παράγοντες που συντελούν στην χρησιμοποίηση ή όχι προληπτικών υπηρεσιών υγείας.

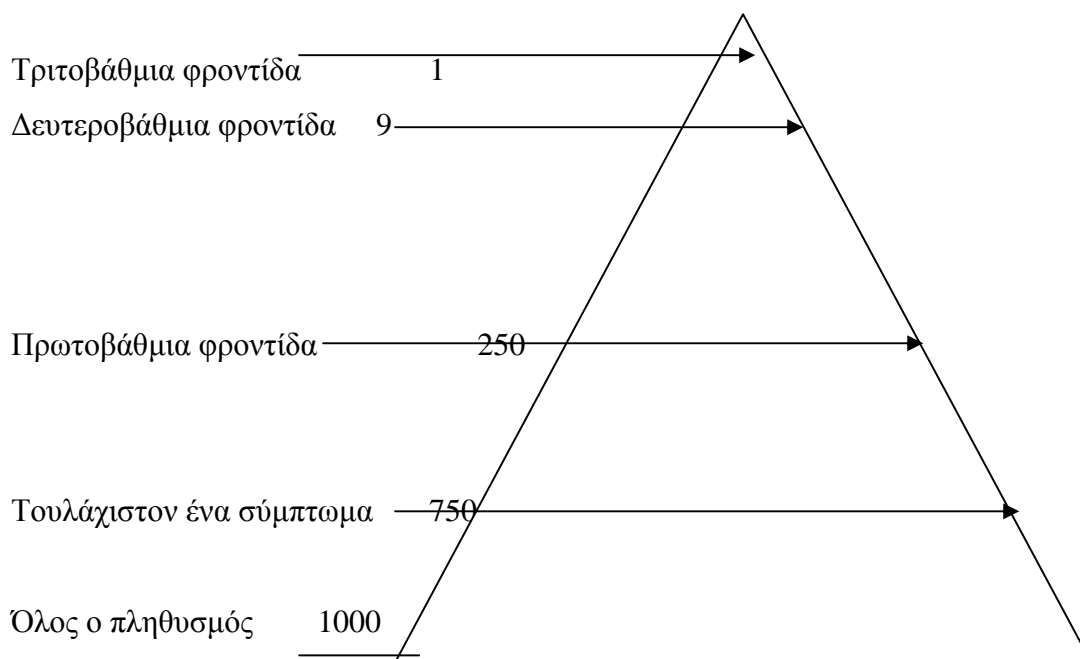
Το πιο γνωστό μοντέλο είναι το 'μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία' (Health Belief Model) του Rosenstock (1966) και Becker (1973). Το μοντέλο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα σε διάφορα προγράμματα πρόληψης. Σύμφωνα με αυτό η συμπεριφορά του ατόμου σε θέματα υγείας εξαρτάται από δύο μεταβλητές: την αξία την οποία προσδίδει κανείς σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα και την πίστη ότι μια δεδομένη πράξη θα φέρει αυτό το αποτέλεσμα (Σχήμα 3). Το μοντέλο αυτό τονίζει ότι ακόμα κι αν ένα άτομο αναγνωρίζει ότι έχει ευαισθησία στην συγκεκριμένη νόσο, δεν αναλαμβάνει να κάνει κάτι γι' αυτό, παρά μόνο όταν

αντιληφθεί ότι η προσβολή του από την ασθένεια θα σημαίνει και σοβαρά προβλήματα για το ίδιο.

Μοντέλα συμπεριφοράς στην ασθένεια

Ο D. Mechanic υποστήριξε ότι υπάρχουν 10 καθοριστικοί παράγοντες για την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας:

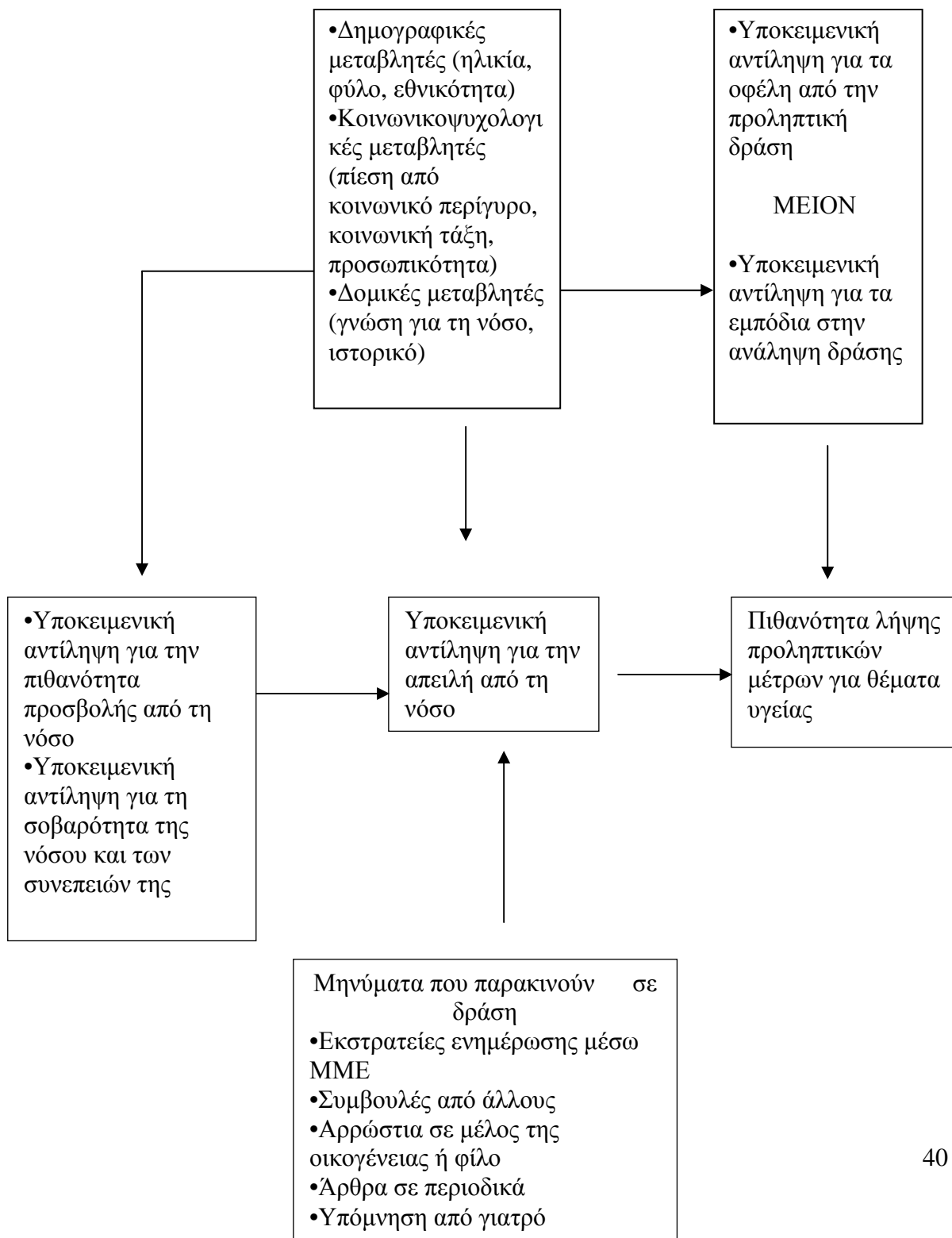
- Το πόσο ορατά και αναγνωρίσιμα είναι τα συμπτώματα.
- Ο βαθμός στον οποίο το άτομο τα θεωρεί επικίνδυνα.
- Ο βαθμός στον οποίο διαταράσσουν την οικογένεια, την εργασία, τις κοινωνικές δραστηριότητες.
- Η συχνότητα εμφάνισής τους και η διάρκεια.
- Ο βαθμός στον οποίο είναι ανεκτά από το άτομο.
- Η διαθέσιμη πληροφόρηση, γνώση κλπ.
- Βασικές ανάγκες που οδηγούν στην άρνηση.
- Άλλες ανάγκες.
- Αλληλοσυγκρουόμενες ερμηνείες που είναι δυνατό να δοθούν στα συμπτώματα, αφότου αναγνωρισθούν.
- Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.



ΣΧΗΜΑ 2. Η ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΠΛΗΘΥΣΜΟ 1000 ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΜΗΝΑ.

Πηγή: Κουκούλη., 2000

ΣΧΗΜΑ 3: ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ



Πηγή: Κουκούλη., 2000

9.2 Θεωρητικά μοντέλα για την υγεία και την ασθένεια

Δύο κυρίως θεωρητικά υποδείγματα για την υγεία και την ασθένεια ισχύουν σήμερα: το **βιοϊατρικό μοντέλο** και το ολιστικό ή **βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο**.

9.2.α. Το βιοϊατρικό μοντέλο

Το βιοϊατρικό μοντέλο απορρέει από τη «μικροβιακή θεωρία» και πρεσβεύει ότι για κάθε ασθένεια υπάρχει μία παθογόνος αιτία (βιολογική/ γενετική), άρα αρκεί να αντιμετωπισθεί η συγκεκριμένη αιτία για να θεραπευθεί το άτομο. Το μοντέλο αυτό επηρέασε και επηρεάζει την άσκηση της ιατρικής και τη θεώρηση του ασθενούς στο μεγαλύτερο μέρος του 20^{ου} αιώνα.

Η κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου ενισχύθηκε κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα από την αλματώδη πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Παρά ταύτα νέα προβλήματα έκαναν την εμφάνισή τους στο χώρο της υγείας που απαιτούσαν την υιοθέτηση ενός νέου μοντέλου για την υγεία και την ασθένεια. Αναφέρονται στη συνέχεια ορισμένα από αυτά:

- Η πολυπλοκότητα της ιατρικής επιστήμης, με τις πολλές εξειδικεύσεις, την χρήση της τεχνολογίας και την έλλειψη χρόνου, αποξένωσε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από τον ασθενή, με άμεσες επιπτώσεις και στην ποιότητα της φροντίδας. Το άτομο αντιμετωπίζεται ως όργανο που πάσχει και όχι ως ένα ψυχοβιολογικό σύνολο που ζει σε μία συγκεκριμένη κοινωνία.
- Η ανάπτυξη της τεχνολογίας δημιούργησε νέους προβληματισμούς και ηθικά διλήμματα, γιατί ενώ διατηρεί στη ζωή τον άρρωστο, του αφήνει πολλές φορές σημαντικές αναπηρίες, τις οποίες πρέπει να υποστεί για το υπόλοιπο του βίου του. Έτσι τίθεται πιο έντονα σήμερα το θέμα της ποιότητας ζωής του ίδιου του ασθενούς, αλλά και της οικογένειάς του.

- Η κακή χρήση φαρμάκων ή της τεχνολογίας γενικότερα δημιούργησε τα λεγόμενα ‘ιατρογενή νοσήματα’, δηλαδή ασθένειες που παράγει το ίδιο το σύστημα υγείας στην προσπάθειά του να θεραπεύσει (πχ. ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, αλληλεπιδράσεις φαρμάκων με τοξικά αποτελέσματα για τον χρήστη κλπ.).
- Το βιοϊατρικό μοντέλο δεν μπορεί να ερμηνεύσει τις ψυχοσωματικές ασθένειες ή να εξηγήσει γιατί υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των ατόμων στην αντιμετώπιση της ίδιας ασθένειας, πολλές φορές με κακή πρόγνωση. Επίσης αναγνωρίζει το γεγονός ότι, η επανεμφάνιση μιας ασθένειας από την οποία θεωρητικά το άτομο θεραπεύτηκε, μπορεί να σχετίζεται με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που αγνοήθηκαν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Κουκούλη., 2000).

9.2.β. Το Ολιστικό μοντέλο: χρόνια νοσήματα και μελέτη του Φράμινχαμ

Τις τελευταίες δεκαετίες το νοσολογικό πρότυπο έχει εντελώς αλλάξει στις χώρες του δυτικού κόσμου. Τα λοιμώδη δεν αποτελούν πλέον τις κυρίαρχες ασθένειες, αλλά την θέση τους έχουν καταλάβει τα χρόνια νοσήματα. Μεταξύ των πρώτων αιτιών θανάτου στην Ελλάδα για το 1996 κατατάσσονται τα νοσήματα του κυκλοφορικού (1^η θέση και 48% των θανάτων), οι κακοήθεις νεοπλασίες (2^η θέση και 24% των θανάτων) και τα νοσήματα του αναπνευστικού (4^η θέση και 5% των θανάτων). Στην 3^η θέση παρεμβάλλονται οι θάνατοι από ατυχήματα (6% των θανάτων). Επίσης ανάλογη αλλαγή του νοσολογικού προτύπου παρατηρείται και στις υπόλοιπες χώρες του δυτικού κόσμου. Παρακάτω γίνεται σύγκριση των κύριων αιτιών θανάτου στις ΗΠΑ στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και το 1993. (πίνακας 2)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΙΣ ΗΠΑ (1900, 1993)

	1900	1993
1 ^η	Γρίπη	Καρδιοπάθειες
2 ^η	Φυματίωση	Καρκίνος
3 ^η	Γαστρεντερίτιδα	Νόσοι των εγκεφαλικών αγγείων (εγκεφαλικές αιμορραγίες, ανεύρυσμα κοκ)
4 ^η	Καρδιοπάθειες	Πνευμονικά νοσήματα (άσθμα, χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονία)
5 ^η	Εγκεφαλική αιμορραγία	Ατυχήματα

6 ^η	Χρόνια νεφρίτιδα	Γρίπη/ πνευμονία
7 ^η	Ατυχήματα	Διαβήτης
8 ^η	Καρκίνος	Aids
9 ^η	Ασθένειες της πρώιμης παιδικής ηλικίας	Αυτοκτονίες
10 ^η	Διφθερίτιδα	Θάνατοι από βίαιες ενέργειες (δολοφονίες)

Πηγή: WHO., 2000

Το ολιστικό μοντέλο είναι ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της ασθένειας, που προέκυψε ακριβώς από τη συνειδητοποίηση της διαφορετικότητας των σύγχρονων προβλημάτων υγείας και τη διαπίστωση ότι η θεραπεία τους απαιτεί την αντιμετώπιση του ασθενούς σαν μία ολότητα. (Σχήμα 1). Θεωρεί ότι ασθενής δεν είναι μόνο ένας οργανισμός που πάσχει, αλλά και ένα άτομο που ζει μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό χώρο. Η ασθένεια εμφανίζεται κάτω από ορισμένες κοινωνικές συνθήκες, οι οποίες πολλές φορές είτε επιτείνουν το πρόβλημα υγείας, είτε καθυστερούν την ανάρρωση του πάσχοντος ή αντίθετα βοηθούν στην βελτίωση της υγείας του με πιο ταχείς ρυθμούς.

Ειδικότερα για τα χρόνια νοσήματα, η εφαρμογή του ολιστικού μοντέλου θεώρησης της ασθένειας είναι απαραίτητη για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής. Κι αυτό γιατί οι αιτίες για τη δημιουργία τους είναι πολύπλευρες και απαιτούν αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων μετά την διάγνωση της νόσου. Συνήθως τα σύγχρονα νοσήματα δεν παραπέμπουν σε μία μόνο αιτία, όπως υποστηρίζει το βιοϊατρικό μοντέλο, αλλά σε πολλές ταυτοχρόνως. Θα αναφερθεί το παράδειγμα της στεφανιαίας νόσου, μιας από τις κύριες αιτίες θανάτου σήμερα στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες.

Η πολύ γνωστή επιδημιολογική μελέτη του Framingham έδειξε ότι ένα σύνολο παραγόντων ευθύνονται για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Η προοπτική αυτή έρευνα, που έγινε στο Framingham της Μασαχουσέτης, ξεκίνησε το 1950 και τα άτομα που συμμετείχαν εθελοντικά υποχρεούτο σε πλήρη έλεγχο κάθε δύο χρόνια και παρακολούθηθηκαν για τα επόμενα 30 χρόνια. Το δείγμα αποτελείτο από 5000 άτομα

ηλικίας από 30-60 ετών. Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιοπαθειών ανεδείχθησαν: το φύλο- οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της νόσου-, η προχωρημένη ηλικία, η υπέρταση, το κάπνισμα, ο διαβήτης, η παχυσαρκία και η υψηλή συγκέντρωση Χαμηλής Λιποπρωτεΐνης (Low Density Lipoproteins ή LDL) στο αίμα. (Τριχόπουλος., 1982).

Όμως το ενδιαφέρον είναι ότι συνδυασμοί όλων αυτών των παραγόντων κινδύνου δίνουν διαφορετικά αποτελέσματα για το άτομο: για παράδειγμα μια γυναίκα μεταπίπτει στις ομάδες υψηλού κινδύνου για καρδιοπάθεια, όταν συγκεντρώνει κάποια άλλα χαρακτηριστικά, όπως να είναι συγχρόνως διαβητική, παχύσαρκη και με υψηλά επίπεδα λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας στο αίμα.

Επίσης σημαντικός είναι ο ρόλος των κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων: για παράδειγμα τα άτομα συμπεριφοράς ‘τύπου Α’ χαρακτηρίστηκαν ομάδα υψηλού κινδύνου για τη συγκεκριμένη ομάδα νοσημάτων. Τα άτομα συμπεριφοράς ‘τύπου Α’ είναι εκείνα που σύμφωνα με τον M. Friedman (1978) έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: υπερβολική ανταγωνιστικότητα, επιθετικότητα, ανυπομονησία, συνεχώς ανανεούμενους στόχους, αεικινησία, έντονο ύφος και χειρονομίες, βιασύνη, αίσθηση ότι ο χρόνος είναι περιορισμένος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.

Ανεπίσημη φροντίδα- Ο ρόλος των άτυπων δικτύων φροντίδας στην ασθένεια

Άτυπα δίκτυα φροντίδας υγείας ονομάζονται εκείνα που δεν αποτελούνται από ειδικούς “ειδικούς” (ιατρο- νοσηλευτικό προσωπικό), αλλά που παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ατόμου. Τα δίκτυα αυτά προηγούνται των ιατρικών συμβουλών, τις υποκαθιστούν, τις επηρεάζουν, τις αξιολογούν και τελικά ωθούν το άτομο στη πλήρη συμμόρφωσή του (ή όχι) με αυτές. Είναι δυνατόν δηλαδή να χρησιμοποιούνται πριν από το επίσημο σύστημα υγείας, παράλληλα με αυτό ή και μετά από αυτό.

Άτυπες μορφές φροντίδας υγείας θεωρούνται: η αυτοφροντίδα, (η φροντίδα υγείας που προσφέρει το ίδιο το άτομο στον εαυτό του), η φροντίδα από την οικογένεια, η φροντίδα από το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο (συγγενείς, φίλους κ.ά.), οι ομάδες αμοιβαίας βοήθειας, η φροντίδα που παρέχεται από ‘εναλλακτικούς’ θεραπευτές.

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί μεγάλη σημασία στην μελέτη των παραπάνω δικτύων φροντίδας υγείας για τους εξής κυρίως λόγους:

- Παρά την αλματώδη πρόοδο της ιατρικής συνεχίζουν να χρησιμοποιούνται και στη σύγχρονη εποχή από τα άτομα και μάλιστα δημιουργούνται νέες μορφές (όπως οι ομάδες αμοιβαίας βοήθειας). Ένας γενικός γιατρός στην Αγγλία διαπίστωσε ότι το 96% των ασθενών που απευθύνθηκαν τελικά στο ιατρείο του είχε καταφύγει προηγουμένα σε άτυπα δίκτυα φροντίδας, με αποτέλεσμα να είναι αμφισβητήσιμο εάν ο οικογενειακός γιατρός στην Αγγλία αποτελεί πράγματι την πρωταρχική πηγή φροντίδας υγείας.
- Η διαπίστωση ότι η πορεία του ασθενούς προς τις ιατρικές υπηρεσίες είναι σύνθετη και η καλύτερη κατανόησή της συμβάλλει σημαντικά στη θεραπεία του.
- Πολλές φορές τα δίκτυα φροντίδας υγείας επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά το αποτέλεσμα της ιατρικής θεραπείας.

Από το τέλος του 19^{ου} αιώνα, περίοδο των μεγάλων ανακαλύψεων στο χώρο της ιατρικής και επομένως της μεγάλης προόδου στη θεραπευτική ικανότητα αυτής της επιστήμης, και μέχρι τη δεκαετία του '70 μετατοπίζεται το ενδιαφέρον από τη σχέση κοινωνικών παραγόντων και υγείας, στο βιοϊατρικό μοντέλο θεώρησης της υγείας και της ασθένειας. Ο ρόλος του γιατρού αναδεικνύεται πανίσχυρος, εφ' όσον θεωρείται ο μόνος ειδήμων, ο μόνος που μπορεί δικαιοματικά να αποφασίσει, ενώ οι θεραπείες που προτείνει είναι και αυτές βιοϊατρικού προσανατολισμού και με τη μέγιστη δυνατή παρέμβαση από την πλευρά του γιατρού.

Όμως οι δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας, η μη ικανοποίηση του ασθενούς από την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών και τη σχέση του με το γιατρό, η εμφάνιση νέων ασθενειών τις οποίες η ιατρική επιστήμη δεν κατόρθωσε ακόμη να θεραπεύσει, είναι μερικές από τις αιτίες που οδηγούν και σήμερα τα άτομα στην

επιλογή άτυπων δικτύων φροντίδας υγείας. Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικότερα η αυτοφροντίδα και οι εναλλακτικοί θεραπευτές στη σύγχρονη κοινωνία.

10.1 Μορφές άτυπων δικτύων φροντίδας

10.1.α. Αυτοφροντίδα

Η έννοια της αυτοφροντίδας αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους το άτομο αντιμετωπίζει μόνο του τα συμπτώματά του, αφού τα αναγνωρίσει και τα αξιολογήσει ως 'σοβαρά'. Έτσι είτε αποφασίζει να μην κάνει τίποτα, είτε παίρνει φάρμακα χωρίς συνταγή, είτε προσπαθεί να αυτοθεραπευθεί χωρίς φάρμακα, είτε τέλος αποφασίζει να ζητήσει τη γνώμη κάποιου ειδικού.

Η απόφαση να αγνοήσει το πρόβλημα

Η απόφαση αυτή συνήθως σχετίζεται με το πόσο σοβαρά θεωρεί ότι είναι τα συμπτώματα. Έτσι έχει διαπιστωθεί σε διάφορες μελέτες ότι, όχι μόνο οξεία περιστατικά, αλλά και χρόνιες καταστάσεις παραμένουν χωρίς θεραπεία, επειδή το άτομο δεν αποφασίζει να λάβει τα κατάλληλα μέτρα.

Λήψη φαρμάκων χωρίς συνταγή

Αυτός είναι ένας πολύ συνηθισμένος τρόπος αυτοφροντίδας. Τα φάρμακα που καταναλώνονται χωρίς συνταγή είναι τριών κατηγοριών:

- 1) Ουσίες που θεωρείται ότι διατηρούν ή προάγουν την υγεία, ή που χρησιμοποιούνται προληπτικά για την αποφυγή της εμφάνισης του προβλήματος υγείας,
- 2) Ουσίες για τη θεραπεία αυτοπεριοριστικών καταστάσεων για το άτομο ή κατά τα αρχικά -ασαφή- στάδια πιο σοβαρών νοσημάτων.
- 3) Ουσίες για τη θεραπεία περισσότερο σοβαρών ασθενειών και χρόνιων καταστάσεων σε συνδυασμό με φάρμακα με συνταγή γιατρού..

Αυτοφροντίδα αυτής της κατηγορίας δεν θεωρείται μόνο η αγορά φαρμάκων από το φαρμακείο χωρίς συνταγή γιατρού, αλλά και άλλες μορφές λήψης φαρμάκων,

όπου είναι σαφές ότι το ίδιο το άτομο έχει τον πλήρη έλεγχο της κατάστασης και όχι ο ειδικός που του χορηγεί τη συνταγή.

Έτσι ο ασθενής μπορεί να παραπλανήσει το γιατρό για να του χορηγήσει τα φάρμακα που νομίζει ότι χρειάζεται, προσποιούμενος κάποια συμπτώματα. Αυτός ο τρόπος φροντίδας υγείας συναντάται συχνά στην κατανάλωση ψυχοφαρμάκων από τις γυναίκες. Επίσης πολλές φορές ο ασθενής σε φάρμακα που πήρε με συνταγή αλλάζει τη δοσολογία, τη διάρκεια λήψης του φαρμάκου ή απορρίπτει το φάρμακο συνολικά. Είναι γνωστό ότι σε μεγάλη έκταση οι ασθενείς δεν συμμορφώνονται με τις συνταγές του γιατρού. Σε άλλες περιπτώσεις είναι δυνατόν να χρησιμοποιεί τα φάρμακα που έλαβε με συνταγή πολύ αργότερα και εφ' όσον κρίνει ότι τα συμπτώματα που παρουσιάζει είναι παρόμοια με εκείνα που προκάλεσαν την αρχική χορήγηση της συνταγής. Επίσης φάρμακα χωρίς συνταγή χρησιμοποιούνται όχι μόνο σε μικροπροβλήματα, αλλά και σε σοβαρές περιπτώσεις. Για παράδειγμα σε μία μελέτη στη Νορβηγία διαπιστώθηκε ότι σε μία ομάδα καρκινοπαθών, 57 στα 100 άτομα έλαβαν ένα ή και περισσότερα φάρμακα φυτικής προέλευσης χωρίς συνταγή μετά τη διάγνωση για καρκίνο (Sigerist., 1960).

Αυτοθεραπεία χωρίς φάρμακα

Η διατήρηση της υγείας, η θεραπεία νόσου σε αρχικό στάδιο ή όταν έχει διαγνωσθεί σοβαρή νόσος είναι στόχοι που είναι δυνατόν να επιτευχθούν από το άτομο χωρίς τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών. Έτσι η αυτοθεραπεία χωρίς φάρμακα αναφέρεται στο σωστό διαιτολόγιο, στη φυσική άσκηση, στην ανάπαυση, στη μείωση της έντασης στην εργασία, στη λήψη κάποιων μέτρων που δεν θα επιδεινώσουν το ήδη υπάρχον πρόβλημα, διακοπές κλπ. Επίσης η παραμονή στο σπίτι και ο πλήρης ή μερικός περιορισμός των δραστηριοτήτων είναι μία μορφή αυτοθεραπείας χωρίς φάρμακα. Στις κοινές νόσους οξείας μορφής (π.χ. γρίπη) αυτή είναι η πιο συνήθης μορφή αυτοθεραπείας (Κουκούλη., 2000).

10.1.β. Σύγχρονοι εναλλακτικοί θεραπευτές

Πολλές φορές όταν παρουσιάζεται ένα πρόβλημα υγείας τα άτομα επιλέγουν τους ονομαζόμενους εναλλακτικούς θεραπευτές για λόγους θρησκευτικούς, οικονομικούς, πολιτιστικούς ή απλά επειδή δεν υπάρχουν γιατροί στην περιοχή τους

ή επειδή η σύγχρονη ιατρική δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες τους. Αυτοί είναι κυρίως λαϊκοί, θρησκευτικοί θεραπευτές και θεραπευτές που παρουσιάζονται ως γιατροί.

Οι λαϊκοί θεραπευτές χρησιμοποιούν διάφορα ‘γιατροσόφια’ που δημιουργούν από την ανάμειξη υλικών, τα οποία υποτίθεται ότι έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα και τα οποία χορηγούν συνήθως με την συνοδεία μιας ιεροτελεστίας. Τα άτομα αυτά δεν ενδιαφέρονται τόσο να θεραπεύσουν τα συμπτώματα, όσο την αιτία της νόσου. Οι λαϊκοί θεραπευτές συναντώνται σε πολλές σύγχρονες κοινωνίες: για παράδειγμα στην Αμερική βρίσκει κανείς πιο συχνά τέτοιους θεραπευτές στους έγχρωμους, τους Μεξικανούς και τους ινδιάνους.

Παράδειγμα: Σε μία φυλή ινδιάνων της Αμερικής (Navajos) υπάρχει ένα ολόκληρο σύστημα αντιμετώπισης της ασθένειας, τα κύρια χαρακτηριστικά του οποίου είναι:

- Τα αίτια της νόσου αποδίδονται στην απώλεια της ψυχής, στη μαγεία, σε κακά πνεύματα ή σε ανάρμοστη συμπεριφορά (πχ. παράβαση κανόνων της φυλής).
- Ένας κύριος θεραπευτής ηγείται της ιεροτελεστίας που έχει σαν στόχο να εξάγει από το σώμα οτιδήποτε είναι αυτό που προκαλεί τη νόσο.
- Στον δεύτερο θεραπευτή αναγνωρίζονται από την ομάδα διαγνωστικές ικανότητες (έχει το χάρισμα να διαγιγνώσκει τη νόσο) και παραπέμπει τον άρρωστο στον κύριο θεραπευτή, ο οποίος και ολοκληρώνει την ιεροτελεστία την κατάλληλη για την κάθε διάγνωση.
- Επίσης υπάρχουν τα άτομα που παρασκευάζουν θεραπευτικά βότανα ή έχουν άλλες πρακτικές γνώσεις για διάφορες κοινές νόσους και τραυματισμούς.

Δεν αποκλείεται βέβαια τα μέλη της συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας να χρησιμοποιούν γιατρό, κυρίως όμως γιατί πιστεύουν ότι θα θεραπεύσει τα συμπτώματα, ενώ οι δικοί τους θεραπευτές τα αίτια της νόσου.

Οι θρησκευτικοί θεραπευτές χρησιμοποιούν κυρίως τη δύναμη της προσευχής και της πίστης τους στο Θεό για να θεραπεύσουν. Οι κατηγορίες της θεραπείας αυτού του είδους μπορεί να είναι αυτοθεραπεία με τη βοήθεια της προσευχής και της πίστης του ίδιου του ατόμου, θεραπεία από άλλο άτομο που πιστεύεται ότι επικοινωνεί με το Θεό, θεραπεία από επίσημο μέλος της εκκλησίας κλπ.

Δεν έχει μελετηθεί αρκετά μέχρι σήμερα η σχέση μεταξύ θρησκείας και υγείας, αν και είναι βέβαιο ότι η πίστη βοηθάς στην καλύτερη αντιμετώπιση μιας νόσου. Σε μία μελέτη σε ένα δείγμα ηλικιωμένων ατόμων βρέθηκε ότι τα άτομα που διατηρούσαν στενότερους δεσμούς με τη θρησκεία παρουσίασαν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και λιγότερα προβλήματα σωματικής ανικανότητας.

Τέλος, πολλές φορές αναφέρονται περιπτώσεις ατόμων που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες υιοθετώντας τον τίτλο του γιατρού χωρίς να είναι ή είναι γιατροί που για διάφορους λόγους τους αφαιρέθηκε η άδεια να εξασκούν το επάγγελμα ('κομπογιαννίτες/ τσαρλατάνοι') (Κουκούλη., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11.

Επίσημα δίκτυα φροντίδας υγείας

11.1 Ο ρόλος του ασθενούς- Συμπεριφορά στην ασθένεια

Είναι η συμπεριφορά των ατόμων στην ασθένεια ομοιόμορφη και ως εκ τούτου ομοιόμορφη πρέπει να είναι και η αντιμετώπισή τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό είναι διαφορετική για τους εκπροσώπους της θεωρίας του λειτουργισμού και εκείνους της θεωρίας της ετικέτας.

Στο βιβλίο «Το κοινωνικό σύστημα» (1951), ο Αμερικανός κοινωνιολόγος Talcott Parsons, κάνει εκτενή αναφορά στην έννοια του 'ρόλου του ασθενούς'. Ο Parsons θεωρεί τον ιατρικό χώρο ένα υποσύστημα του κοινωνικού συστήματος. Μέσα σ' αυτόν οι ρόλοι, οι υποχρεώσεις και τα προνόμια εκείνων που συμμετέχουν (γιατρών, ασθενών) είναι σαφώς καθορισμένα και μαθαίνονται κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης. Από την πλευρά του ο γιατρός είναι κάτοχος πολύ εξειδικευμένων γνώσεων, τις οποίες χρησιμοποιεί με αντικειμενικότητα και έχοντας πάντα ως τελικό στόχο την καλή υγεία του ασθενούς. Επειδή ο γιατρός είναι ο μόνος που διαθέτει την επιστημονική γνώση, είναι και ο μόνος ο οποίος έχει το δικαίωμα να αποδώσει σε μία κατάσταση την παθολογική ταυτότητα και να νομιμοποιήσει την ανάληψη από το άτομο που πάσχει του ρόλου του αρρώστου. Το γεγονός δε ότι, ο ρόλος αυτός εξαιρεί

τους ασθενείς από τις συνήθειες υποχρεώσεις και ευθύνες τους και δημιουργεί προβλήματα στο κοινωνικό σύνολο, τον καθιστά ανεπιθύμητο. Γι' αυτό το λόγο η αναμενόμενη συμπεριφορά των ασθενών είναι να αναζητήσουν εξειδικευμένη βοήθεια, να έχουν σαν τελικό στόχο τη θεραπεία τους και να συνεργαστούν γι' αυτό το σκοπό πλήρως με το γιατρό.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι για τους λειτουργιστές οι ρόλοι είναι προκαθορισμένοι και αναμενόμενοι: ο γιατρός συμβουλεύει για τη θεραπεία βάσει των γνώσεών του, της αντικειμενικής του κρίσης και του αναμφισβήτητου ενδιαφέροντός του για τον άρρωστο, ενώ οι ασθενείς από την πλευρά τους αναμένεται να έχουν το κίνητρο να συνεργασθούν μαζί του. Αυτοί που δεν συνεργάζονται θεωρούνται κοινωνικά παρεκκλίνοντες. Το κύριο χαρακτηριστικό της σχέσης γιατρού- ασθενούς είναι η ασυμμετρία, εφ' όσον ο μιν γιατρός είναι ο κάτοχος της απόλυτης γνώσης, ενώ ο ασθενής είναι παθητικός και εξαρτημένος από το γιατρό.

Σύμφωνα με τους λειτουργιστές υπάρχει μια ομοιομορφία στη συμπεριφορά των ατόμων στην ασθένεια. Αυτό όμως έχει αποδειχθεί ότι δεν ισχύει στην πραγματικότητα και ότι όλα τα άτομα δεν αντιμετωπίζουν την ασθένεια με τον ίδιο τρόπο. Η συμπεριφορά τους εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως: το φύλο, την ηλικία, τη σημαντικότητα των κοινωνικών ρόλων ή τις πολιτισμικές αναφορές του ασθενούς.

Για παράδειγμα τα αγόρια και τα μεγαλύτερα παιδιά την αντιμετωπίζουν πιο στωικά από τα κορίτσια και τα μικρότερα σε ηλικία παιδιά. Επίσης η πρόγνωση παίζει σοβαρό ρόλο. Όταν η πρόγνωση της νόσου είναι αρνητική και αβέβαιη, το άτομο δέχεται να παίξει τον ρόλο του αρρώστου με μεγαλύτερη ευκολία και παραιτείται από τις συνήθειες δραστηριότητές του. Αυτό δεν συμβαίνει με την ίδια ευκολία όταν η πρόγνωση είναι γνωστή και καλή για την υγεία του ασθενούς (Gordon., 1966).

Επιπλέον οι διαφορετικές πολιτιστικές αξίες επηρεάζουν τη συμπεριφορά στην ασθένεια. Έτσι δεν είναι απαραίτητο ότι οι ασθενείς θα συνεργασθούν πάντα με τον γιατρό τους, ούτε πιστεύουν σε όλες τις περιπτώσεις ότι η συνεργασία αυτή θα έχει σαν αποτέλεσμα τη θεραπεία τους. Σε μία παλαιότερη έρευνα διαπιστώθηκε ότι ο καθοριστικός παράγοντας για την υιοθέτηση του ρόλου του ασθενούς ήταν

διαφορετικός ανάλογα με τη θρησκεία του καθενός. Έτσι για τους Προτεστάντες τον κυρίαρχο ρόλο έπαιξε η λειτουργική ανικανότητα (συνήθως δε η ανικανότητα για εργασία), για τους Ιταλούς Καθολικούς η αίσθηση του πόνου, ενώ για τους Εβραίους πιθανές αρνητικές εξελίξεις της υγείας τους (Twaddle., 1969).

Πολύ γνωστή είναι και η μελέτη του M. Zborowski (1952) όσον αφορά την στάση στον πόνο διαφορετικών εθνο- πολιτιστικών ομάδων. Σε παθήσεις στις οποίες το αίσθημα του πόνου λογικά θα έπρεπε να είναι ανάλογης έντασης και να μην παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις, οι αντιδράσεις Εβραίων ασθενών, Ιταλών και Αμερικανών προτεσταντών ήταν διαφορετικές. Εβραίοι και Ιταλοί, σε αντίθεση με τους Αμερικανούς προτεστάντες ήταν πιο ευαίσθητοι στον πόνο και είχαν την τάση να υπερβάλλουν. Οι Αμερικανοί ήταν οι ιδανικοί ασθενείς. Έδειχναν μεγάλη διάθεση συνεργασίας με το προσωπικό του νοσοκομείου και προσπαθούσαν να μην γίνονται βάρος. Επίσης χαρακτηριστικό ήταν ότι δεν εξέφραζαν τον πόνο τους δημόσια και ότι όσο διαρκούσε η ιατρική εξέταση έπαιζαν το ρόλο του αντικειμενικού παρατηρητή στην ασθένειά τους, αποφεύγοντας να φορτίζονται συναισθηματικά και προσπαθώντας με αυτό τον τρόπο να βοηθήσουν το γιατρό να κάνει τη σωστή διάγνωση.

11.2 Σχέσεις γιατρού- ασθενούς: Λειτουργισμός και θεωρία του χαρακτηρισμού

11.2.α. Κατηγορίες ασθενειών και ρόλος του ασθενούς

Οι ρόλοι του ασθενούς και του γιατρού δεν είναι δυνατόν να είναι καθορισμένοι και αμετάβλητοι όπως πρεσβεύει ο λειτουργισμός, αλλά εξαρτώνται και από το νόσημα. Όταν το είδος της σχέσης που ενεργοποιείται μεταξύ των δύο (γιατρού- ασθενούς) δεν είναι εκείνο που αντιστοιχεί στη φύση της κάθε αρρώστιας δημιουργούνται προβλήματα με σοβαρές επιπτώσεις για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ρόλοι γιατρού ασθενούς όπως περιγράφονται από τον Parsons, (Parsons., 1951), είναι εφαρμόσιμοι μόνο σε επείγουσες καταστάσεις (χειρουργική επέμβαση, ατύχημα), όταν ο ασθενής είναι πραγματικά σε παθητική θέση. Επίσης σε καταστάσεις στις οποίες αντιμετωπίζεται μια οξεία νόσος. Δεν ισχύει όμως το ίδιο στην αντιμετώπιση ασθενούς με χρόνια νόσημα. Σ' αυτήν την

περίπτωση ο ρόλος του γιατρού είναι μεν ουσιαστικός στον καθορισμό ενός προγράμματος θεραπείας και στη σωστή παρακολούθηση του πάσχοντος, όμως η θεραπεία δεν θα είναι αποτελεσματική, εάν δεν βοηθήσει και ο ίδιος ο ασθενής προς αυτή την κατεύθυνση. Ο χρόνιος ασθενής επομένως πρέπει να υιοθετήσει ενεργητική και όχι παθητική στάση στην αρρώστια του.

11.2.β. Η σχέση γιατρού- ασθενούς δεν ελέγχεται μόνο από τον γιατρό

Ο Parsons θεωρεί δεδομένο ότι αυτή η σχέση έχει δύο μόνο συνεργαζόμενους- τον γιατρό και τον ασθενή του-, ότι ο γιατρός εύλογα έχει τον έλεγχο της κατάστασης και ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ τους καθορίζει και το αποτέλεσμα της θεραπείας. Αυτό είναι ίσως αλήθεια για τον παραδοσιακό χώρο ενός ιατρείου, όμως διαφορετικές αλληλεπιδράσεις αναπτύσσονται, όταν ο ασθενής νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, όπου συμμετέχουν μία ομάδα γιατρών και άλλα μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου. Επίσης όταν ο ασθενής νοσηλεύεται στο σπίτι του παρεμβάλλονται άλλα άτομα στη σχέση γιατρού- ασθενούς, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν.

Ο Freidson – από τους κύριους εκπροσώπους της θεωρίας του χαρακτηρισμού ή της ετικέτας- διαφοροποιείται από τους λειτουργιστές και ως προς τη σχέση γιατρού- ασθενούς. Πιστεύει ότι ο γιατρός και ο ασθενής είναι μέλη δύο διαφορετικών κοινωνικών συστημάτων και όχι του ίδιου, όπως υποστηρίζει ο Parsons. Η σχέση αυτή χαρακτηρίζεται από σύγκρουση, διότι ο μεν γιατρός περιμένει ο ασθενής να αποδεχθεί πλήρως τις οδηγίες του και με τους δικούς του όρους, ο δε ασθενής ζητά υπηρεσίες από το γιατρό θέτοντας τους δικούς του επίσης όρους. Σύμφωνα με τον Freidson στις συγκρουσιακές σχέσεις γιατρού- ασθενούς συμβάλλει και το γεγονός ότι το σύστημα παραπομπής του πιθανού ασθενούς προς το γιατρό- όπως ‘τα άτυπα δίκτυα φροντίδας υγείας’- είναι αρκετά πολύπλοκο στη σύνθεσή του και εξασκεί τη μεγαλύτερη επίδραση στη δημιουργία άποψης του ίδιου του ασθενούς για την φύση του προβλήματός του και για τα μέτρα που θα πρέπει να λάβει. Μέσα σ’ αυτό το σύστημα, που αποτελείται από φίλους, συγγενείς, ειδικούς, εναλλακτικούς θεραπευτές και άλλους, ο γιατρός δεν είναι παρά ένας από τους πολλούς συμβούλους και τις πηγές διάγνωσης, θεραπείας και παραπομπής. Ο Freidson καταλήγει στο συμπέρασμα ότι για να είναι επιτυχής μία θεραπεία απαιτείται ουσιαστικά

διαπραγμάτευση της σύγκρουσης μεταξύ των συμμετεχόντων στη θεραπευτική διαδικασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12.

Εκτίμηση των αναγκών υγείας- Μελέτες πεδίου

12.1 Κατηγορίες αναγκών υγείας

Για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη η εκτίμηση των πραγματικών αναγκών υγείας τους πληθυσμού.

Οι ανάγκες υγείας διακρίνονται σε *συνειδητές* και *μη συνειδητές*. Για παράδειγμα ένα άτομο που πάσχει από κάποια μορφή καρκίνου, αλλά δεν έχει ακόμη εμφανίσει συμπτώματα, έχει ανάγκη ιατρικής περίθαλψης, χωρίς όμως να έχει συνείδηση αυτής του της ανάγκης. Μόνο οι συνειδητές ανάγκες δημιουργούν ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Παρά ταύτα η αντιστοιχία μεταξύ ‘συνειδητών αναγκών’ και ‘ζήτησης’ δεν είναι απόλυτη. Όλα τα άτομα που έχουν συνειδητοποιήσει τα προβλήματα υγείας τους δεν αναζητούν ιατρική περίθαλψη, αλλά προσπαθούν να θεραπευθούν με άλλος τρόπους, όπως την αυτοθεραπεία, τους εμπειρικούς γιατρούς κλπ. Από την άλλη πλευρά δεν σημαίνει πάντα την ύπαρξη πραγματικών αναγκών, όπως έχει αναφερθεί παραπάνω για τους παράγοντες που επιδρούν στη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Επίσης ο Bradshaw (1972) ταξινόμησε τις ανάγκες υγείας σε 4 κατηγορίες:

- Κανονιστικές ανάγκες υγείας** (normative needs), όπως αυτές καθορίζονται από τους ειδικούς (ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό κλπ),
- Αντιληπτές ανάγκες υγείας** (felt needs), σύμφωνα με το πώς αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο τα προβλήματα υγείας του,
- Εκφρασμένες ανάγκες υγείας** (expressed needs), όταν οι αντιληπτές ανάγκες μεταφράζονται σε ζήτηση υπηρεσιών υγείας,
- Συγκριτικές ανάγκες υγείας** (comparative needs), όταν σε ένα άτομο ή μία ομάδα ατόμων αναγνωρίζονται ανάγκες επειδή υποφέρουν από μία ασθένεια για την οποία άλλοι με ανάλογο πρόβλημα υγείας είναι ήδη αποδεκτές συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπισή της.

Η διάγνωση των ιατρικών αναγκών ενός πληθυσμού και η οργάνωση της αντιμετώπισής τους είναι ένα από τα αντικείμενα της Κοινωνικής Ιατρικής. Η διάγνωση αυτή γίνεται κατά κυριότητα με τη βοήθεια μεθόδων της περιγραφικής επιδημιολογίας, των κοινωνικών επιστημών (ερωτηματολόγιο, συνέντευξη), της δημογραφίας, της βιοστατιστικής και με την διενέργεια των λεγόμενων «Μελετών πεδίου».

12.2 Μελέτες πεδίου- στόχοι

Υπάρχουν δύο μελέτες πεδίου (ή έρευνες νοσηρότητας):

- α) Οι μελέτες πεδίου με ειδικό ιατροκοινωνικό ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από ερωτήσεις καθαρά ιατρικής φύσεως και άλλες που αναφέρονται στο οικογενειακό, το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, στις σχέσεις του με τους άλλους, στις συνθήκες διαβίωσης, στις διαιτολογικές του συνήθειες κ.ο.κ.
- β) Οι μελέτες πεδίου με ιατροκοινωνικό ερωτηματολόγιο, που συνοδεύεται όμως από αντικειμενικές εξετάσεις των ατόμων από γιατρό.

Οι στόχοι των μελετών πεδίου ποικίλουν:

- Αποτελούν τον μόνο τρόπο διαπίστωσης των διαγνώσιμων από τους γιατρούς, αλλά μη συνειδητών αναγκών από τους ίδιους τους ασθενείς και το περιβάλλον τους.
- Συμβάλλουν στην διάγνωση των συνειδητών αναγκών που για οποιοδήποτε λόγο δεν μεταφράζεται σε ζήτηση.
- Αποκαλύπτουν 'εθνικά' υγειονομικά προβλήματα (ένα εθνικό πρόβλημα υγείας για τη Γαλλία είναι η κίρρωση του ήπατος, για την Αγγλία η χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα και για την Ελλάδα ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος).
- Αποκαλύπτουν 'τοπικά' προβλήματα υγείας και έτσι είναι δυνατό να γίνει ακριβής σκιαγράφηση του τοπικού νοσολογικού φάσματος στις διάφορες περιοχές μιας χώρας. Στην Ελλάδα διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές όσον αφορά στη νοσηρότητα μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού, κυρίως σε βάρος του αστικού. Ένα από τα συμπεράσματα στα οποία οδηγεί μια τέτοια

μελέτη είναι ότι η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να είναι η ίδια στις αγροτικές και τις αστικές περιοχές.

- Εντοπίζουν ομάδες ‘υψηλού κινδύνου’ στον πληθυσμό. Πληθυσμός σε κίνδυνο στην επιδημιολογία ονομάζεται η ομάδα εκείνη ατόμων που είναι ευαίσθητη να αναπτύξει ένα πρόβλημα υγείας (καρκίνο πνευμόνων), γιατί είναι εκτεθειμένη σε ένα συγκεκριμένο νοσογόνο παράγοντα (πχ. καπνιστές). Πληθυσμός σε υψηλό κίνδυνο ή ομάδα υψηλού κινδύνου ονομάζεται η ομάδα ατόμων που παρουσιάζεται πιο ευάλωτη στην ασθένεια από το υπόλοιπο του πληθυσμού που εκτίθεται στον ίδιο παράγοντα.
- Καταγράφουν τη διαχρονική εξέλιξη ενός συγκεκριμένου νοσολογικού προτύπου (ενός πληθυσμού καθορισμένου γεωγραφικά) και συνδέουν αυτές τις αλλαγές με εκείνες που συμβαίνουν στο ευρύτερο περιβάλλον (φυσικό, χημικό, βιολογικό, ιατροκοινωνικές παράμετροι κλπ).
- Καθορίζουν υγειονομικές προτεραιότητες κατά τον προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας (πως επιβαρύνουν συγκεκριμένες νόσοι τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας).

Η δομή του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται σε μία μελέτη πεδίου περιλαμβάνει συνήθως τις παρακάτω ενότητες:

- ◆ Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό μελών οικογένειας, διάρκεια παραμονής στο συγκεκριμένο μέρος, προηγούμενος τόπος κατοικίας (εάν έχει μετακινηθεί) κλπ. Αυτή η ενότητα μπορεί να συμπληρωθεί από οποιοδήποτε μέλος της οικογένειας.
- ◆ Κατάσταση υγείας: πληροφορίες για τη νοσηρότητα, όπως αυτές αναφέρονται από το ίδιο το άτομο. Γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου όπως το ίδιο την αξιολογεί τον τελευταίο χρόνο, ύπαρξη χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας, περιορισμός δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρόνιας ασθένειας, προβλήματα με την όραση και την ακοή, κατάλογος αυτό- αναφερόμενων συμπτωμάτων.
- ◆ Χρήση υπηρεσιών υγείας: περιλαμβάνει ερωτήσεις για τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Πρόσφατες επισκέψεις σε γιατρό

(αριθμός, συχνότητα), χρήση εξωτερικών ιατρείων ή άλλων μονάδων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και νοσοκομειακή περίθαλψη.

- ◆ Προσπελασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας: κυρίως ερωτήσεις για προβλήματα στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, για τη σχέση γιατρού-ασθενούς και άλλα εμπόδια αυτής της κατηγορίας που επιδρούν στην ποιότητα της φροντίδας όπως: χρόνος που απαιτείται για να φτάσει στον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, βαθμός ικανοποίησης από τον γιατρό του, χρόνος αναμονής για να δει τον γιατρό.
- ◆ Η υγεία των παιδιών: συνήθως υπάρχει κι ένα ερωτηματολόγιο ειδικά για τα προβλήματα υγείας των παιδιών της οικογένειας που όμως συμπληρώνεται από τους γονείς.
- ◆ Κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος: όπως εισόδημα, επάγγελμα, κατάσταση κατοικίας, άλλα στοιχεία ενδεικτικά της οικονομικής κατάστασης. Επίσης πληροφορίες για την σχέση με άλλα άτομα, κοινωνική δραστηριότητα, κοινωνική απομόνωση κλπ.
- ◆ Ατομικές συνήθειες: κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, διαιτολογικές συνήθειες (Κουκούλη., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13.

Συστήματα υγείας

13. 1 Η έννοια του συστήματος

Η θεωρία των συστημάτων στηρίζεται στην αποδοχή του αξιώματος ότι τα πάντα διέπονται, οργανώνονται και λειτουργούν από ένα σύστημα που συνδέεται με άλλα συστήματα των οποίων αποτελεί υπερσύστημα. Σύμφωνα με το Oxford English Dictionary, «σύστημα είναι μια σειρά πραγμάτων συνδεόμενων ή αλληλεξαρτώμενων με τέτοιο τρόπο ώστε να διαμορφώνουν μια σύνθετη ενότητα: ένα σύνολο που αποτελείται από επιμέρους υποσύνολα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση σύμφωνα με κάποιο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας».

Ένας άλλος ορισμός είναι αυτός που θεωρεί ότι ένα σύστημα εκφράζει μια ολότητα με δεδομένη και καθορισμένη συμπεριφορά, η οποία συντίθεται από διάφορα επιμέρους στοιχεία σε δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν ότι δεν είναι δυνατή μια κοινά αποδεκτή εννοιολογική θεώρηση του συστήματος αν και συμφωνούν στην αποδοχή διαφορετικών μεν αλλά παρεμφερών εννοιολογικών προσδιορισμών της συστηματικής θεώρησης (Katz & Kahn., 1966).

Η κατανόηση της έννοιας του συστήματος εξαρτάται από την κατανόηση των τμημάτων που το αποτελούν, τα οποία στην ενιαία λειτουργία τους συνθέτουν το όλο σύστημα. Έχει επομένως μεγάλη σημασία η κατανόηση των σχέσεων μεταξύ των επιμέρους στοιχείων ή υποσυστημάτων καθώς και η επανασύνδεση αυτών για να λειτουργήσουν ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα (Θεοδώρου και συν., 2001). Σήμερα ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών υποστηρίζει ότι υπάρχουν αρχές που μπορούν να εφαρμοσθούν επί ολότητων, ανεξάρτητα από τις επιμέρους διαφορές μεμονωμένων στοιχείων, οι οποίες προσφέρουν, λόγω της αυξανόμενης εξειδίκευσης των διαφόρων τομέων της επιστήμης, μονοδιάστατη γνώση και άγνοια της υπαρκτής αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης μεταξύ τους (Koontz & Donnel., 1976).

13.2 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συστήματος

Τα συστήματα παρουσιάζουν ορισμένες κοινές ιδιότητες ή χαρακτηρίζονται από ορισμένα κοινά γνωρίσματα, των οποίων ο βαθμός ή η έντασή τους διαφοροποιούνται από σύστημα σε σύστημα (Kast & Rozenzweig., 1972). Τα κυριότερα γνωρίσματά τους είναι τα εξής:

- **Τα συστήματα μπορεί να είναι ανοικτά ή κλειστά:** Ένα σύστημα θεωρείται ανοικτό όταν ανταλλάσσει ενέργεια, ύλη, πληροφορίες, προϊόντα και υπηρεσίες με το περιβάλλον του, ενώ θεωρείται κλειστό όταν δεν έχει σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης με το περιβάλλον του. Τα ανοικτά συστήματα υφίστανται επιδράσεις από το περιβάλλον και ασκούν επιδράσεις προς αυτό.
- **Οριοθέτηση του συστήματος:** Ένα σύνολο στοιχείων για να θεωρηθεί σύστημα πρέπει να έχει καθορισμένα όρια που το διαχωρίζουν από το

περιβάλλον του. Τα όρια αυτά μπορεί να είναι εύκαμπτα ή άκαμπτα, ανοικτά ή κλειστά, ασαφή ή ευκρινή, ρευστά ή σταθερά.

- **Δυναμικότητα των συστημάτων:** Τα ανοικτά συστήματα με την διαρκή αλλαγή ύλης, ενέργειας και πληροφοριών με το περιβάλλον, βρίσκονται σε μια συνεχή δυναμική κατάσταση πάντα σε εξέλιξη, ενώ τα κλειστά συστήματα υπόκεινται στην εντροπία, στην τάση δηλαδή να εξαντλούνται. Ο βαθμός δυναμικότητας ενός συστήματος εκφράζεται με την συχνότητα των σχέσεων ανταλλαγής με το περιβάλλον (εξωτερική δυναμικότητα). Αντίθετα η εσωτερική δυναμικότητα αφορά τη δυναμική του μετασχηματισμού των εισαγόμενων από το περιβάλλον στοιχείων (εισροές) σε επεξεργασμένα στοιχεία προς το περιβάλλον (εκροές). Ένα ανοικτό σύστημα πρέπει να διαθέτει επίσης μια διαδικασία επαναπληρόφρησης- επανατροφοδότησης προκειμένου να είναι σε θέση να γνωρίζει εάν πραγματικά επιτυγχάνει τη δυναμική ισορροπία ή σχέση με το περιβάλλον.
- **Πολυπλοκότητα των συστημάτων:** Η πολυπλοκότητα ενός συστήματος εκφράζεται με το πλήθος των στοιχείων που το συνθέτουν και των σχέσεων μεταξύ τους. Ο βαθμός πολυπλοκότητας διαμορφώνεται όχι τόσο από το πλήθος των στοιχείων όσο από τον αριθμό και τον τύπο των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των στοιχείων. Ο προσδιορισμός βέβαια του βαθμού πολυπλοκότητας στα δυναμικά συστήματα είναι ιδιαίτερα πολύπλοκος και δύσκολος και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη λειτουργικότητα των σχέσεων αυτών.
- **Ιεραρχικότητα των συστημάτων:** Τα συστήματα χαρακτηρίζονται από μία ιεραρχικότητα μεταξύ τους. Όλα τα συστήματα θεωρούνται υποσυστήματα ενός υπερσυστήματος που είναι ολόκληρο το σύμπαν ως όλον. Τα συστήματα με την σειρά τους έχουν υποσυστήματα τα οποία συντίθενται από ένα σύνολο στοιχείων. Κάθε σύστημα έχει το περιβάλλον μέσα στο οποίο ενεργεί και λειτουργεί.
- **Τελεολογική συμπεριφορά των συστημάτων:** Κάθε σύστημα επιδιώκει την επίτευξη ορισμένων στόχων για τους οποίους υπάρχει ή έχει δημιουργηθεί. Με αυτήν την έννοια τα συστήματα έχουν καθορισμένη συμπεριφορά. Τα κοινωνικά συστήματα που είναι δημιουργήματα του ανθρώπου,

κατευθύνονται προς ένα στόχο- τέλος, η εκπλήρωση του οποίου αποτελεί και το μόνο αιτιολογικό παράγοντα ύπαρξής τους. Η συμπεριφορά των επιμέρους στοιχείων ή υποσυστημάτων είναι προσαρμοσμένη και σύμφυτη με αυτήν του συστήματος προκειμένου να ικανοποιηθεί ο τελικός στόχος.

- **Ενδεδειγμένη συμπεριφορά των συστημάτων:** Η δυνατότητα ενός συστήματος να καθορίζει τη συμπεριφορά του προς την κατεύθυνση της εκπλήρωσης ενός συγκεκριμένου στόχου σε συνδυασμό με την ικανότητά του να αναπροσαρμόζει τη συμπεριφορά του ανάλογα με τις επικρατούσες κάθε φορά συνθήκες του περιβάλλοντος, προσδιορίζει την ενδεδειγμένη συμπεριφορά του. Ιδιαίτερα στα κοινωνικά συστήματα που είναι επινοημένα από τον άνθρωπο, η ενδεδειγμένη συμπεριφορά τους επιτυγχάνεται από τον ανθρώπινο παράγοντα, που είναι ο κύριος ρυθμιστής της συμπεριφοράς του όλου συστήματος. Η δυνατότητα αναπροσαρμογής στις διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες του περιβάλλοντος εξασφαλίζεται με τη λειτουργία μιας σταθερής και δυναμικής ροής πληροφοριών που επανατροφοδοτούν τη συμπεριφορά του όλου συστήματος (feed back).

Ανάλογα με τη δομή και τη μορφή τους τα συστήματα διαφοροποιούνται ως προς τη λειτουργία τους όταν:

α) Οι εισροές (inputs) μετασχηματίζονται σε εκροές (outputs). Οι εισροές εισέρχονται στο σύστημα από το περιβάλλον με τη μορφή εγκαταστάσεων, μηχανημάτων, πρώτων υλών, ανθρώπινης εργασίας, χρηματικών πόρων, μεθόδων παραγωγής και πληροφοριών. Οι εισροές υπόκεινται σε επεξεργασία προκειμένου να μετασχηματισθούν σε εκροές. Οι εκροές είναι το αποτέλεσμα του μετασχηματισμού των εισροών που εκρέουν από το σύστημα προς το περιβάλλον με τη μορφή προϊόντων ή υπηρεσιών.

β) Υφίστανται η διαδικασία της επανατροφοδότησης. Μέσω αυτής το σύστημα ενημερώνεται για τη συμπεριφορά του περιβάλλοντος και τις αντιδράσεις του ως προς τις εκροές του. Ταυτόχρονα ρυθμίζει τόσο τις εισροές όσο και τις εκροές και ελέγχει τη συνολική λειτουργία του συστήματος.

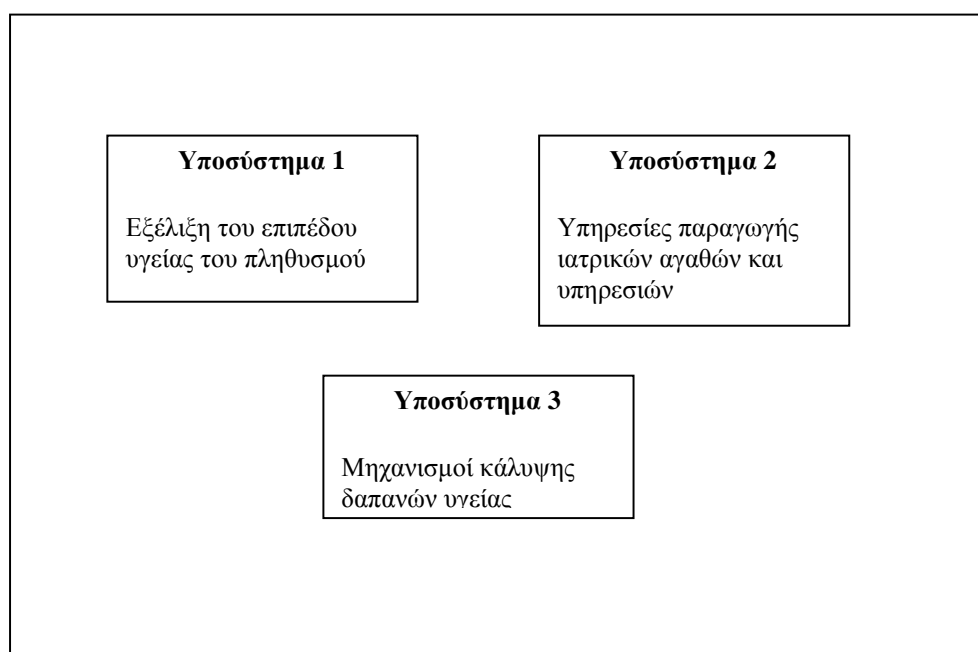
γ) Η συμπεριφορά του συστήματος προσδιορίζεται από το μηχανισμό λήψης αποφάσεων με τον οποίο επιδιώκεται η εξασφάλιση της τελεολογικής και εντελεχειακής συμπεριφοράς του συστήματος.

13.3 Σύστημα υγείας: Εννοιολογική προσέγγιση

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρωπίνων, υλικών και χρηματικών πόρων, καθώς επίσης των οργανισμών, ιδρυμάτων και φορέων οι οποίοι συνδέονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την επιτέλεση «δράσεων υγείας». Ως «δράση υγείας» ορίζεται οποιαδήποτε δραστηριότητα ή σύνολο δραστηριοτήτων η οποία έχει πρωταρχικό της σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας. Με αυτή την έννοια, στο σύστημα υγείας συμπεριλαμβάνονται όχι μόνο το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά όλα τα κοινωφελή και ιδιωτικά ιδρύματα και φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, δεν νοούνται ως δράσεις υγείας δραστηριότητες οι οποίες έχουν ως παρενέργεια τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας, χωρίς να είναι αυτός ο πρωταρχικός τους στόχος (WHO., 2000).

Το σύστημα υγείας θα μπορούσε να προσδιορισθεί ως ένα σύστημα που αποτελείται από τρία υποσυστήματα τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση. Τα τρία αυτά υποσυστήματα είναι: α) Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του, β) Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας και γ) Οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών (Διάγραμμα 1).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ



Πηγή: Levy., 1975

Το πρώτο υποσύστημα έχει άμεση σχέση με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Η συνολική διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας, η εξέλιξη μεταξύ των διαφόρων επιπέδων υγείας στο χώρο και στο χρόνο και ο προσδιορισμός, με τη χρήση επιδημιολογικών μελετών, των αναγκών υγείας οι οποίες με τη σειρά τους διαμορφώνουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, συνθέτουν το πρώτο υποσύστημα.

Το δεύτερο υποσύστημα αφορά την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και αποτελείται από το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση με σκοπό την προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το υποσύστημα αυτό επηρεάζεται από τους γενικότερους οικονομικο- τεχνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία. Το κλασικό μοντέλο παραγωγής διακρίνεται από τα κάτωθι συστατικά στοιχεία:

- α) Τις εισροές (inputs)
- β) Τη διαδικασία (process)
- γ) Τις εκροές (outputs)
- δ) Τα αποτελέσματα (outcomes).

Οι εισροές του συστήματος υγείας είναι η κτιριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι. Η διαδικασία προσδιορίζεται σαν τέτοια με την έννοια ότι ο ασθενής που προσέρχεται στο σύστημα προκαλεί μια παραγωγική διαδικασία (λήψη ιστορικού, εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, επανέλεγχος). Οι εκροές είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εισαγωγές, οι εξετάσεις, κλπ. Με την βοήθεια των στοιχείων αυτών διαπιστώνεται ο βαθμός αποτελεσματικότητας του συστήματος και η αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρει. Τα αποτελέσματα αφορούν το επίπεδο και την εξέλιξη

των δεικτών της θνησιμότητας, νοσηρότητας, κ.ά., βάσει των οποίων μετράται η βελτίωση και εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Διάγραμμα 2).

Το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών. Η μελέτη και γνώση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαία εξαιτίας του ότι:

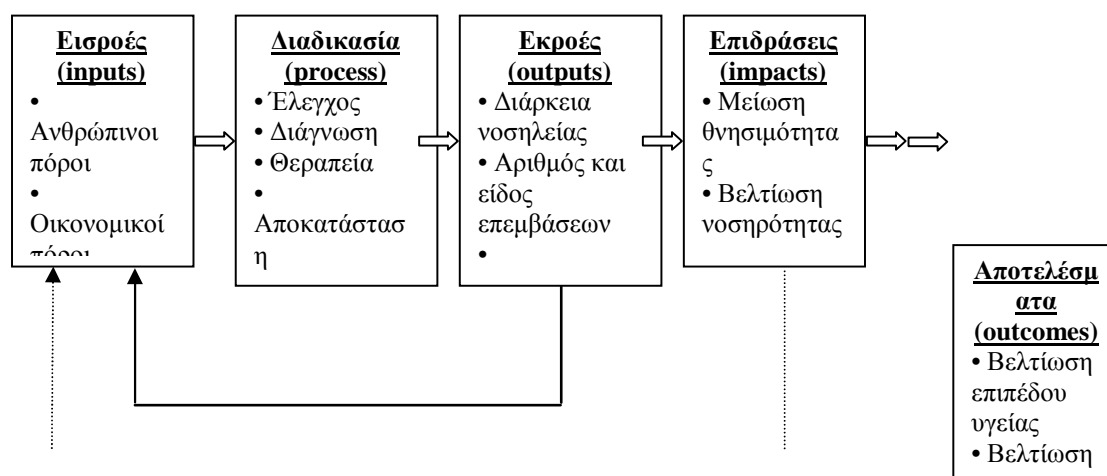
α) Οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με ραγδαίους ρυθμούς, θέτοντας σε κίνδυνο την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας.

β) Το αγαθό υγείας θεωρείται κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα, που ικανοποιεί άμεσες ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη (συντήρηση ανθρώπινου κεφαλαίου, διασφάλιση ευημερίας, ευεξίας και ποιότητας ζωής).

γ) Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε σημαντικά και μέσω των εισφορών κάλυψε μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, με αρνητικές όμως συνέπειες στο κόστος παραγωγής και στην ανταγωνιστικότητα των προϊόντων.

Τα τρία υποσυστήματα βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση και αλληλοσυσχέτιση. Όταν βελτιώνεται το πρώτο, το δεύτερο μειώνει τα παραγόμενα προϊόντα του ή τα βελτιώνει με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων. Το τρίτο υποσύστημα όταν λειτουργεί σωστά επιδρά με τέτοιο τρόπο στο δεύτερο που βελτιώνεται και το πρώτο. Και τα τρία επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης και τεχνολογίας, τη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων κ.ά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ



Πηγή: Μωραΐτης., 1985, (αναπροσαρμογή)

13.4 Στόχοι των Συστημάτων Υγείας

Τα τελευταία χρόνια, ένα από τα μείζονα ζητήματα τα οποία βρίσκονται στο επίκεντρο της επιστημονικής και πολιτικής συζήτησης είναι η αξιολόγηση της λειτουργίας και της απόδοσης των συστημάτων υγείας, με σκοπό την ορθολογική ανάδειξη προτεραιοτήτων (Ham and Honigsbaum., 1998; Coulter and Ham., eds., 2000). Οι επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα των χωρών του ΟΟΣΑ έθεσαν το ερώτημα της δυνατότητας ανάπτυξης μεθοδολογικών εργαλείων κατάλληλων για την εκτίμηση των επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων αυτών (OECD., 1999; Smith., ed., 2000).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), επιχειρεί πρόσφατα τη συγκριτική μελέτη των συστημάτων υγείας των χωρών μελών του, με τη διαμόρφωση συγκεκριμένης μεθοδολογίας αποτίμησης της απόδοσής τους. Το εννοιολογικό πλαίσιο της μεθοδολογίας αυτής στηρίζεται στη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο κάθε σύστημα υγείας επιτυγχάνει στην εκπλήρωση τριών στόχων, οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι (Murray and Frenk., 1999; WHO., 2000; Kawabata., 2001):

α) Ο πρωταρχικός στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Ο στόχος αυτός έχει διπλή διάσταση. Περιλαμβάνει αφενός τη βελτίωση του μέσου επίπεδου υγείας όλου του πληθυσμού και αφετέρου την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού.

β) Ο δεύτερος στόχος είναι η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών, οι οποίες αναφέρονται στην καθημερινή επαφή των πολιτών με το σύστημα. Ειδικότερα, περιλαμβάνει το σεβασμό και την αξιοπρεπή αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες υγείας και την ικανοποίηση που αποκομίζουν ως χρήστες των υπηρεσιών αυτών. Ο στόχος αυτός διακρίνεται σε δύο μέρη, το πρώτο είναι η βελτίωση του μέσου επίπεδου ανταποκρισιμότητας του συστήματος και το δεύτερο η προαγωγή της ισότητας στην

κατανομή της ανταποκρισιμότητας μεταξύ των πολιτών, ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές τις οποίες ενδεχομένως εμφανίζουν.

γ) Ο τρίτος στόχος είναι η δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η προστασία των νοικοκυριών έναντι του οικονομικού κινδύνου λόγω έλευσης κάποιας ασθένειας.

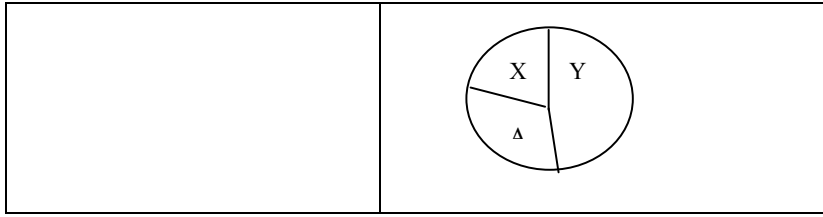
Η έρευνα των συστημάτων υγείας αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού επιδιώκοντας την επίτευξη υψηλότερης ισότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος, ως βασικό στοιχείο της ευρύτερης διαδικασίας κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης (Varkevisser et al., 1991).

13.5 Η σχετική σημασία των στόχων του Συστήματος Υγείας

Επειδή οι πόροι είναι πάντα περιορισμένοι, είναι σημαντικό για τους διαχειριστές ενός συστήματος υγείας να λαμβάνουν υπόψη το σχετικό βάρος που δίνεται στους τρεις στόχους από το πληθυσμό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προκαταρκτικής έρευνας του ΠΟΥ, το σχετικό βάρος που λαμβάνει η βελτίωση της υγείας είναι 49%, η βελτίωση της ανταποκρισιμότητας 29% και η δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση 22% (Gakidou et al., 2000) (πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Στόχοι	Μέση τιμή του ΠΟΥ
Βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Y)	49%
Βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος (A)	29%
Δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του συστήματος (X)	22%



Πηγή: Gakidou et al., 2000

13.6 Βασικά χαρακτηριστικά του Συστήματος Υγείας

Κύρια γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν ένα σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από τη μορφή που έχει, είναι τα εξής:

- ◆ **Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.** Η δυνατότητα δηλαδή του συστήματος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο πληθυσμό χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς (24 ώρες το 24ωρο όλο το χρόνο).
- ◆ **Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.** Κάθε άτομο, οποιασδήποτε κοινωνικοοικονομικής θέσης, πρέπει να έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό προϋποθέτει ισότιμη κατανομή των πόρων και υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού (εκτίμηση αναγκών υγείας, επίπεδο νοσηρότητας ανά γεωγραφική περιοχή).
- ◆ **Συνέχεια στην προσφορά υπηρεσιών υγείας.** Η προσφορά υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό δεν περιορίζεται μόνο στο στάδιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μιας αρρώστιας αλλά επίσης καλύπτει τα στάδια πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου.
- ◆ **Ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών.** Η ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας επιδέχεται δύο εννοιολογικούς προσδιορισμούς, (West., 1981). Ο ένας αφορά την ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων (οριζόντια ισότητα) όπου μόνο όταν οι χρήστες των υπηρεσιών είναι ίσοι επιτυγχάνεται ισότητα. Ο δεύτερος αφορά την άνιση μεταχείριση μη- ίσων ατόμων (κάθετη ισότητα). Στην περίπτωση αυτή, τα άτομα χαρακτηρίζονται από ανομοιογένεια αναγκών και το αποτέλεσμα είναι αυξανόμενη ανισότητα. Κατά το Mooney (Mooney., 1984) υπάρχουν επτά προσδιορισμοί της ισότητας:

-Ισότητα στις δαπάνες κατά κεφαλή.

- Ισότητα στους πόρους κατά κεφαλή.
- Ισότητα στους πόρους για ίσες ανάγκες.
-Ισότητα στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας για ίσες ανάγκες μεταξύ ομάδων πληθυσμού.

-Ισότητα στην οριακή ανάγκη υγείας που αντιμετωπίζεται για κάθε ομάδα πληθυσμού.

-Ισότητα στην κατάσταση της υγείας.

Οι ανάγκες υγείας βέβαια χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και διαφέρουν έντονα από άτομο σε άτομο (μοναδικότητα των αναγκών υγείας). Επομένως ισότητα στην χρήση υπηρεσιών σε άτομα με διαφορετικές ανάγκες δε σημαίνει κατ' ανάγκη ισότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αν δε ληφθούν υπόψη οι ιδιαίτερες ανάγκες που ορισμένα άτομα έχουν σε σχέση με άλλα.

- **Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος.** Κάθε σύστημα υγείας στη διαδρομή του στο χώρο και στο χρόνο δίνει ιδιαίτερο βάρος στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου υπηρεσιών υγείας, το οποίο λειτουργεί ως επίκεντρο, γύρω από το οποίο αναπτύσσεται το σύστημα υγείας στο σύνολό του. Άλλα συστήματα έχουν ως επίκεντρο το νοσοκομείο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης (νοσοκομειοκεντρικό σύστημα) και άλλα οργανώνονται και διαρθρώνονται με επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Κατά αντιστοιχία τα συστήματα με επίκεντρο το νοσοκομείο δίνουν έμφαση στη θεραπευτική αντιμετώπιση της αρρώστιας ενώ τα συστήματα με επίκεντρο την πρωτοβάθμια περίθαλψη δίνουν ιδιαίτερο βάρος στην πρόληψη της αρρώστιας και στην αποκατάσταση μετά την θεραπεία (Θεοδώρου και συν., 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14.

Μορφές συστημάτων υγείας

Το σύστημα υγείας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι κάθε κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος και λειτουργεί με βάση τα δημογραφικά, επιδημιολογικά, πολιτισμικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα της κάθε χώρας, διότι όλα αυτά μαζί συνθέτουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε συστήματος υγείας.

Γι' αυτό το λόγο σε μια χώρα δεν μπορεί να εφαρμοσθεί κάποιο σύστημα και να έχει θετικά αποτελέσματα εάν δεν ληφθούν υπόψη οι κοινωνικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί και επιδημιολογικοί παράγοντες της χώρας. Το σύστημα υγείας συνεχώς αναπτύσσεται και αλλάζει λόγω των διαφορετικών αναγκών που διαχρονικά προκύπτουν, αλλά και λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας, της αλλαγής των πολιτικών, οικονομικών και πολιτιστικών αξιών και τέλος των οικονομικών δυνατοτήτων.

Όλα τα συστήματα από άποψη οργάνωσης και διανομής των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζουν τα ίδια συστατικά στοιχεία, δηλαδή τον «καταναλωτή-ασθενή», τους «προμηθευτές πρώτης γραμμής» (πρωτοβάθμια περίθαλψη και δημόσια υγεία), τους «προμηθευτές δεύτερης γραμμής» (νοσοκομεία), τους δημόσιους φορείς και τους « τρίτους πληρώνοντες» (ασφαλιστικά ταμεία ή ασφαλιστικές εταιρείες). Αυτά τα συστατικά στοιχεία βρίσκονται σε μια δυναμική αλληλεξάρτηση που καθορίζεται από τις εσωτερικές συνθήκες και σχέσεις που έχουν καθορισθεί (Evans., 1981).

Με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τρία πρότυπα οργάνωσης: Το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης («ελεύθερο» ή φιλελεύθερο μοντέλο), το δημόσιο σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο) και το μικτό μοντέλο που αποτελεί κάποια ενδιάμεση μορφή των δύο. Και τα τρία αυτά μοντέλα οργάνωσης έχουν κοινό στόχο τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών μέσα σε συνθήκες κοινωνικής δικαιοσύνης και αποτελεσματικότητας.

Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μια τάση σύγκλισης των συστημάτων υγείας. Μετά την κατάρρευση των συστημάτων που λειτουργούσαν στο ανατολικό μπλοκ, τα οποία θεωρούνταν αμιγώς δημόσια-κρατικά, παρατηρείται από τη μια μεριά τις ΗΠΑ (ελεύθερο μοντέλο) να σκοπεύουν στην εισαγωγή ενός κεντρικά σχεδιασμένου συστήματος υγείας με υποχρεωτική και καθολική κάλυψη, ενώ από την άλλη η Μ. Βρετανία (δημόσιο μοντέλο), αλλά και πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες να επιχειρούν την εισαγωγή στοιχείων αγοράς και ανταγωνισμού στο σύστημα.

Και τα δύο είδη παρεμβάσεων έχουν ως κοινή αφετηρία να περιορίσουν το ολοένα αυξανόμενο κόστος του τομέα υγείας και να κάνουν το σύστημα πιο αποτελεσματικό. Αυτό αποδεικνύει ότι και τα δύο μοντέλα όσο λειτουργούν πιο κοντά στην αμιγή τους μορφή τόσο περισσότερο βρίσκονται μακριά από τους κυρίαρχους στόχους της ισότητας και της αποτελεσματικότητας (Θεοδώρου και συν., 2001).

14.1 Ιδιωτικά συστήματα υγείας

Τα χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι:

- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας καλύπτεται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ το κόστος της περίθαλψης καθορίζεται σύμφωνα με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς (προσφοράς και ζήτησης). Το κράτος δεν ασκεί ουσιαστικό έλεγχο στο σύστημα υγείας.
- Ο γιατρός είναι ο βασικός συντελεστής παραγωγής υπηρεσιών υγείας, ενώ υπάρχει μεγάλη εξάρτηση της ιατρικής φροντίδας από την τριτοβάθμια περίθαλψη και την υψηλή τεχνολογία.
- Ελάχιστη κοινωνική ασφάλιση υγείας, μόνο σε μερικές ομάδες του πληθυσμού (άποροι, άτομα με ειδικές ανάγκες, ηλικιωμένοι).
- Ο προγραμματισμός εφαρμόζεται περιορισμένα (πχ σε επίπεδο νοσοκομείων, κλινικών, ιατρείων και όχι συστημάτων).
- Υψηλό κόστος παροχής υπηρεσιών και σε όσους προσφέρονται είναι υψηλής ποιότητας.
- Περιορισμένες δραστηριότητες δημόσιας υγείας, πρόληψης, κοινωνικής ιατρικής.
- Εξάρτηση από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς για να συγκροτηθεί το κόστος των υπηρεσιών.
- Αστυνόμευση των επαγγελματικών συλλόγων (πχ ιατρικών συλλόγων) στα όργανα λήψης αποφάσεων (τα διάφορα σχετικά υπουργεία), όσον αφορά: α) στις άδειες ασκήσεως επαγγέλματος, β) σταθερή ποιότητα των υπηρεσιών, γ) κώδικες συμπεριφοράς κλπ.
- Οι γιατροί ασκούν κυρίως "αμυντική" ιατρική. Επειδή υπάρχει από την πλευρά του ασθενούς η δυνατότητα προσφυγής στην δικαιοσύνη για ιατρικά σφάλματα, υπάρχει αναλογικά και μεγάλος αριθμός μηνύσεων. Το αποτέλεσμα

είναι οι γιατροί να ασφαρίζονται εναντίον των μηνύσεων, οι ασφάλειες με την σειρά τους αυξάνουν τα ασφάλιστρα, οι γιατροί αναγκάζονται για να αντιμετωπίσουν τα έξοδα να οργανώνονται σε ομάδες, με αποτέλεσμα το κόστος της περίθαλψης στα ιδιωτικά συστήματα υγείας να είναι αρκετά υψηλό (Κουκούλη., 2000).

Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα που εφαρμόζει αυτό το μοντέλο είναι οι ΗΠΑ, όπου τα δύο τρίτα περίπου των υπηρεσιών υγείας ανήκουν σε ιδιώτες (μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες, HMOs, PPOs κλπ.). Στις ΗΠΑ υπάρχουν σήμερα 37 εκατομμύρια ανασφάλιστοι και άλλοι τόσοι υποασφαλισμένοι ενώ το Αμερικάνικο σύστημα υγείας είναι σήμερα το ακριβότερο στον κόσμο.

Μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

- α) Οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Έτσι δεν εξασφαλίζεται ποτέ καθολική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού, ενώ παρατηρείται μεγάλη ανομοιομορφία στο εύρος και στην έκταση των παροχών.
- β) Δημιουργεί το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης από μέρους των γιατρών οδηγώντας συχνά στην εκτέλεση άχρηστων επισκέψεων, εργαστηριακών εξετάσεων και εγχειρήσεων, με αποτέλεσμα ο τομέας υγείας να απορροφά ένα πολύ μεγάλο μέρος των πολύτιμων εθνικών όρων, χωρίς να έχει ανάλογα αποτελέσματα.
- γ) Βασίζεται στο κέρδος και γι' αυτό προσανατολίζεται κυρίως στην θεραπευτική παρέμβαση και την αποκατάσταση της βλάβης και καθόλου ή ελάχιστα στην πρόληψη. Από την άλλη επειδή λειτουργεί σε ένα έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι επαγγελματίες υγείας συχνά περιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν.
- δ) Λόγω της ανυπαρξίας κεντρικού σχεδιασμού, προγραμματισμού και χρηματοδότησης, δημιουργούνται έντονες γεωγραφικές ανισότητες όσον αφορά την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών υγείας (γιατροί, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα).

14.2 Εθνικά συστήματα υγείας

Τα χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού είναι:

- Οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού καλύπτονται σύμφωνα με την έκταση του πληθυσμού, τις επιδημιολογικές μελέτες εκτίμησης αυτών των αναγκών, ενώ οι τιμές της ιατρικής περίθαλψης είναι ελεγχόμενες από το κράτος. Ο ασθενής περιθάλπεται από το κράτος.
- Ελαχιστοποιείται το κοινωνικό κόστος της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Δίνεται δηλαδή έμφαση στην καταπολέμηση των νόσων που πλήττουν κυρίως τους παραγωγικούς τομείς της κοινωνίας. Το κόστος μειώνεται με οργανωτικούς και διοικητικούς συνδυασμούς χαμηλής αποδοτικότητας.
- Ο γιατρός θεωρείται μέλος μιας ομάδας παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, η οποία περιλαμβάνει έναν ευρύτερο αριθμό λειτουργών άλλων ειδικοτήτων. Δίνεται δηλαδή προτεραιότητα στην «ομάδα υγείας».
- Προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας: λειτουργική και γεωγραφική σύνδεση όλων των βαθμίδων περίθαλψης σε ένα ενιαίο επίπεδο.
- Μέγιστη δυνατή κοινωνική ασφάλιση υγείας, δηλαδή θεωρητικά καλύπτονται όλες οι ασθένειες, αλλά στην πράξη διαπιστώνεται ποιοτική και ποσοτική διαφοροποίηση της περίθαλψης μεταξύ των επαγγελματικών κλάδων (ορισμένοι κλάδοι έχουν καλύτερη περίθαλψη από άλλους).
- Δίνεται έμφαση στην πρόληψη, στη δημόσια υγεία και στον προγραμματισμό.
- Η περίθαλψη έχει χαμηλότερο κόστος, αλλά και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται είναι πολλές φορές χαμηλή.
- Υψηλή τεχνολογία- έρευνα (Κουκούλη., 2000).

Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα αυτού του μοντέλου είναι η Μ. Βρετανία, η Σουηδία, η Ιταλία, η Πορτογαλία, η Ισπανία.

Μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

- α) Η ανάπτυξη γραφειοκρατίας που παρεμβάλλει εμπόδια στην άσκηση της ιατρικής και επιβαρύνει τις υπηρεσίες με μεγάλη και συχνά άσκοπη γραφική εργασία.
- β) Η υπόθαλψη της επαγγελματικής χαλαρότητας των γιατρών.

γ) Η εμφάνιση λίστας αναμονών στα νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις, αφού η προτεραιότητα καθορίζεται από τη σοβαρότητα του περιστατικού και όχι από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή.

δ) Η περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου που έχει ο ασθενής.

ε) Η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ.

Κύρια χαρακτηριστικά του δημόσιου συστήματος οποιασδήποτε απόχρωσης είναι ο έντονος κρατικός παρεμβατισμός, μέσα από τον οποίο επιδιώκεται:

α) Καθολική, πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού.

β) Ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός με κεντρική στρατηγική και επιμέρους υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες που βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες υγείας του συνολικού πληθυσμού ή συγκεκριμένων ηλικιακών και κοινωνικών ομάδων.

γ) Χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών μονάδων, των ανθρώπινων και υλικών πόρων, με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού έτσι ώστε να περιορίζονται οι περιφερειακές ανισότητες.

δ) Κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση, που προέρχεται είτε από τη γενική/τοπική φορολογία είτε από ασφαλιστικές εισφορές ή και από τις δύο πηγές, οι δε υπηρεσίες υγείας παρέχονται στον πολίτη δωρεάν.

στ) Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με αποκέντρωση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και του κοινωνικού ελέγχου (Θεοδώρου και συν., 2001).

Κοινό πρόβλημα στη δεκαετία του '90 και για τα ιδιωτικά και για τα εθνικά συστήματα υγείας είναι η εξεύρεση τρόπων περιορισμού του κόστους τους. Πρόσφατα μάλιστα επιχειρείται η εισαγωγή στοιχείων αγοράς και στα εθνικά συστήματα υγείας με τον συνδυασμό ανταγωνισμού και κρατικής παρέμβασης. Ο «ελεγχόμενος ανταγωνισμός», όπως ονομάζεται, είναι κυρίως ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, δηλαδή των γιατρών και των νοσοκομείων, για καλύτερες τιμές και καλύτερη ποιότητα. Από την άλλη πλευρά θα δίνεται η δυνατότητα στον χρήστη να επιλέγει ανάμεσα σε διαφορετικές δέσμες παροχών (Κουκούλη., 2000).

Μεταξύ των δύο τύπων εθνικών συστημάτων υπάρχουν μια σειρά άλλα στα οποία συνυπάρχουν, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, τόσο το κράτος όσο και η

κοινωνική ασφάλιση. Μια τέτοια περίπτωση αποτελεί και το ελληνικό σύστημα υγείας με το ΕΣΥ (κρατικός προϋπολογισμός) και τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία (κοινωνική ασφάλιση).

14.3 Μικτά συστήματα υγείας

Σήμερα ούτε το ιδιωτικό ούτε το δημόσιο μοντέλο λειτουργούν στην αμιγή τους μορφή σε κάποια χώρα. Ανάμεσα στα δύο κλασικά πρότυπα οργάνωσης και χρηματοδότησης υπάρχουν διάφορες ενδιάμεσες μορφές. Τέτοια συστήματα έχουν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Τα συστήματα αυτά επειδή βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση, υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται με βάση την οικονομική δυνατότητα που έχει ο καθένας και όχι τις ανάγκες υγείας που έχει.

Το κράτος παρεμβαίνει σημαντικά παρεμβαίνοντας σε κεντρικό επίπεδο και επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης. Επίσης συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης, διασφαλίζοντας έτσι σε όλο τον πληθυσμό ένα μίνιμουμ υπηρεσιών υγείας (Θεοδώρου και συν., 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15.

Τα επίπεδα ασφάλισης

Σε όλα τα συστήματα υγείας διακρίνουμε δύο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης. Οι μορφές αυτές είναι η εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη και η νοσοκομειακή ή κλειστή. Την εξωνοσοκομειακή (ανοικτή) περίθαλψη αποτελούν οι υπηρεσίες εκείνες που παρέχονται κυρίως από τους γενικούς-οικογενειακούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές συνθέτουν το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εντάσσονται όλες εκείνες οι υπηρεσίες που παρέχονται από ειδικευμένους γιατρούς μέσα στα νοσοκομεία (νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη).

- Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής των ασθενών στα οποία ο ασθενής έχει την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιον επαγγελματία υγείας, γιατρό, μαία, νοσηλεύτρια/τη, επισκέπτρια υγείας, κοινωνική λειτουργό, κ.ά. Ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιατρείο, κέντρο υγείας, πολυκλινική ή πολυϊατρείο) καθορίζει και το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται, το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από 500-50.000 άτομα.
- Το δευτεροβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής (τοπικό ή νομαρχιακό). Το νοσοκομείο σ' αυτό το επίπεδο καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και απευθύνεται σ' έναν πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000 έως 500.000 κατοίκους. Το νοσοκομείο είναι δυναμικότητας 100-600 κλινών και διαθέτει όλες τις βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες.
- Το τριτοβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου και καλύπτει από 500.000 έως 1,5 εκατομμύριο άτομα. Το περιφερειακό νοσοκομείο πρέπει να είναι στελεχωμένο με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και εξοπλισμένο με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας.

Πέραν των τριών αυτών επιπέδων περίθαλψης, στα οποία χωρίζεται το συμβατικό και επίσημο σύστημα υγείας θα μπορούσε να αναφερθεί και ένα τέταρτο, στο οποίο η φροντίδα παρέχεται μέσα στο ευρύτερο οικογενειακό, συγγενικό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή (αυτοφροντίδα).

Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης παρέχεται διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και επείγουσα ιατρική φροντίδα στα εξωτερικά ιατρεία εκτάκτων και επειγόντων αναγκών υγείας. Τα εξωτερικά ιατρεία με πλήρη οργάνωση, συγκρότηση και λειτουργική αυτοτέλεια είναι σε θέση να εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς που προσέρχονται σ' αυτά και έχουν ανάγκη πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης.

Στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας ιατρικής περίθαλψης παρέχεται νοσηλεία, διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών και διενεργούνται γενικές επεμβάσεις (καθετηριασμοί, γενικές εγχειρήσεις, γαστροσκοπήσεις, κλπ.).

Στο επίπεδο της τριτοβάθμιας περίθαλψης η παροχή ιατρικής φροντίδας προϋποθέτει υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις και απαιτεί την υποστήριξη και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Το ιατρικό έργο υποστηρίζεται από σύγχρονο εξειδικευμένο εξοπλισμό με υψηλό κόστος λειτουργίας και συντήρησης. Η τριτοβάθμια περίθαλψη αφορά λίγους αλλά απευθύνεται σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού (υγειονομικές περιφέρειες) (Θεοδώρου και συν., 2001).

Κεφάλαιο 16.

Συστήματα υγείας άλλων χωρών

16.1. Το Αμερικανικό σύστημα υγείας

Το Αμερικανικό σύστημα υγείας θεωρείται ως το πλησιέστερο και πλέον αντιπροσωπευτικό του «ελεύθερου- ιδιωτικού» μοντέλου, λειτουργεί περισσότερο με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς, ή διαφορετικά με το λιγότερο δυνατό κρατικό παρεμβατισμό. Αυτό σημαίνει ότι στην Αμερικανική κοινωνία το δικαίωμα στην υγεία εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την οικονομική δυνατότητα του καθενός να πληρώσει και η ασφάλιση υγείας αποτελεί προσωπική υπόθεση και ευθύνη του ατόμου.

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ένα χαλαρά δομημένο σε περιφερειακό επίπεδο σύστημα, που στηρίζεται κυρίως στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Η συμμετοχή του κράτους περιορίζεται μόνο στα προγράμματα του Medicare και Medicaid, τα οποία χρηματοδοτούνται από την κεντρική και τις πολιτειακές κυβερνήσεις (Θεοδώρου και συν., 2001).

Παρά τις υψηλές δαπάνες υγείας, το Αμερικανικό σύστημα δεν έχει να επιδείξει πολύ καλούς δείκτες υγείας. Το 1988 π.χ. βρισκόταν στην 17^η θέση όσον αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών, στη 16^η θέση στο προσδόκιμο επιβίωσης των

γυναικών και στην 20^η θέση στη βρεφική θνησιμότητα του πίνακα των χωρών του ΟΟΣΑ (Schieber et al., 1991).

16.1.α. Τρόποι χρηματοδότησης των νοσοκομείων- «Ομοιογενείς διαγνωστικές Ομάδες» (DRGs)

Μια βασική αιτία της τεράστιας αύξησης των δαπανών για την υγεία είναι το υψηλό κόστος της νοσηλείας. Μέχρι το 1983 ο τρόπος πληρωμής των νοσοκομείων από το κράτος για τους ασφαλισμένους του ήταν αναδρομικός. Το αποτέλεσμα ήταν να αυξάνονται γεωμετρικά τα έξοδα νοσηλείας, εφ' όσον τα νοσοκομεία παρέτειναν τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο με στόχο να μεγιστοποιήσουν το κέρδος τους. Έτσι το κράτος μετά το 1983 υιοθέτησε ένα νέο τρόπο χρηματοδότησης των νοσοκομείων «κατά διαγνωστική ομάδα».

Σύμφωνα με αυτόν τον τρόπο οι ασθενείς κατατάσσονται σε 23 μεγάλες κατηγορίες, που βασίζονται στα κυριότερα συστήματα του οργανισμού και αυτές υποδιαιρούνται σε 470 διαγνωστικές ομάδες. Η κάθε διαγνωστική ομάδα καθορίζεται από τον συνδυασμό διαφόρων στοιχείων, όπως τη διάγνωση του ασθενούς, το είδος της χειρουργικής επέμβασης που έγινε, την ηλικία, το φύλο, συνοδά νοσήματα κ.ά.

Στα νοσοκομεία στη συνέχεια καταβάλλεται ένα προκαθορισμένο ποσό, ανάλογα με την διαγνωστική ομάδα στην οποία ανήκει ο ασθενής. Όταν το νοσηλευτικό ίδρυμα δαπανήσει για την περίθαλψη ενός ασθενούς ποσό μικρότερο από αυτό που χορηγείται από το κράτος για την περίπτωση του, το υπόλοιπο ποσό παραμένει ως κέρδος για το νοσοκομείο. Αντίθετα όταν δαπανήσει περισσότερα χρήματα, τότε καλύπτει το ίδιο το ίδρυμα την διαφορά. Μόνο στις περιπτώσεις νοσηλείας πολύ σοβαρών περιστατικών, όπου το κόστος ξεπερνά τις δυνατότητες του νοσοκομείου, το κράτος επιχορηγεί το νοσηλευτικό φορέα.

Η φιλοσοφία αυτού του τρόπου χρηματοδότησης είναι ότι ο καλύτερος τρόπος μέτρησης του κόστους νοσηλείας είναι η πάθηση για την οποία θεραπεύεται κανείς και όχι οι υπηρεσίες υγείας, οι οποίες προσφέρονται στο άτομο, ούτε η διάρκεια παραμονής στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

16.1.β. Δημόσιες δαπάνες για την υγεία

Εκτός από τις δαπάνες του ιδιωτικού τομέα για την υγεία, που προέρχονται –όπως ήδη αναφέρθηκε- από τα ίδια τα άτομα και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι κρατικές δαπάνες αφορούν κυρίως στα προγράμματα της «Ιατρικής Φροντίδας» και της «Ιατρικής Βοήθειας» :

I. Το πρόγραμμα της «Ιατρικής Φροντίδας» (Medicare)

Δημιουργήθηκε το 1966. Αρχικός του στόχος ήταν η παροχή ιατρικής φροντίδας σε άτομα 65 ετών και άνω που πληρούσαν τα κριτήρια για το κανονικό πρόγραμμα της Κοινωνικής Ασφάλειας. Μετά το 1972 επεκτείνεται και στους ηλικιωμένους που δεν πληρούν αυτά τα κριτήρια, αλλά που ήθελαν να πληρώσουν ένα ασφάλιστρο για κάλυψη. Το 1973 οι παροχές επεκτείνονται στα άτομα με ειδικές ανάγκες κάτω των 65 ετών, στα εξαρτώμενα από αυτούς μέλη και στους πάσχοντες από χρόνια νόσο των νεφρών.

Το πρόγραμμα αυτό δημόσιας ασφάλισης αποτελείται από δύο μέρη:

- Το 1^ο μέρος του προγράμματος είναι υποχρεωτικό και παρέχει κάλυψη για φροντίδα που προσφέρεται σε νοσοκομείο, σε άλλο παρόμοιο ίδρυμα ή κατ' οίκον. Χρηματοδοτείται από φόρους επί των μισθών που συγκεντρώνονται από το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας.
- Το 2^ο μέρος του προγράμματος είναι ένα συμπληρωματικό προαιρετικό πρόγραμμα, που πληρώνει ένα μέρος του κόστους για υπηρεσίες γιατρού και άλλες δαπάνες (φάρμακα, εργαστηριακές εξετάσεις κλπ.). Χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία και από τις χρηματικές εισφορές των ηλικιωμένων. Το επιπλέον ασφάλιστρο που πληρώνει ο ηλικιωμένος για την ιατρική κάλυψη και τις υπόλοιπες υπηρεσίες αυτού του μέρους του προγράμματος, είναι περίπου 46\$ το μήνα.

Αν και κατά καιρούς γίνονται διάφορες βελτιώσεις του προγράμματος της «Ιατρικής Φροντίδας», η προστασία που παρέχει σε περίοδο ασθένειας είναι περιορισμένη, κοινώς δεν εξοφλεί όλο τον λογαριασμό.

II. Το πρόγραμμα της «Ιατρικής Βοήθειας» (Medicaid)

Είναι ένα πρόγραμμα για τους άπορους που θεσμοθετήθηκε το 1967 και το οποίο διαχειρίζονται από κοινού το ομοσπονδιακό κράτος και οι πολιτείες. Ουσιαστικά

υπάρχουν 50 διαφορετικά προγράμματα αυτού του τύπου, όσες και οι πολιτείες. Οι ομοσπονδιακές δε παροχές στις πολιτείες για τη στήριξη αυτού του προγράμματος είναι αναλογικές, σύμφωνα με το κατά κεφαλή εισόδημα της κάθε πολιτείας.

Οι αρχικές παροχές αφορούσαν στους ηλικιωμένους απόρους, στους τυφλούς, στους ανάπηρους και σε οικογένειες με 'απροστάτευτα' παιδιά εάν ο ένας γονέας είναι απών, άνεργος ή ανίκανος να εργασθεί. Με το πέρασμα του χρόνου έχουν προστεθεί και άλλες κατηγορίες ατόμων που επωφελούνται από το πρόγραμμα.

Η «Ιατρική Βοήθεια» καλύπτει για: 1) νοσηλεία, 2) εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις, ιατρικές υπηρεσίες), 3) εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα για άτομα μεγαλύτερα των 21 ετών.

Το δικαίωμα συμμετοχής σε αυτό το ασφαλιστικό πρόγραμμα καθορίζεται από τις πολιτείες σύμφωνα με το όριο της φτώχειας. Το αποτέλεσμα είναι ότι σε πολλές πολιτείες το όριο αυτό είναι υψηλότερο από εκείνο που ορίζει ως μέσο όρο το ομοσπονδιακό κράτος και έτσι πολλοί πραγματικά άποροι, οι λεγόμενοι 'σχεδόν άποροι', να παραμένουν ανασφάλιστοι (Clark., 1959).

III. Άλλες δημόσιες δαπάνες

- Δαπάνες του ομοσπονδιακού κράτους για νοσοκομειακές και ιατρικές υπηρεσίες για τους βετεράνους.
- Δαπάνες για φροντίδα του Υπουργείου Άμυνας για τις ένοπλες δυνάμεις (και τα εξαρτώμενα μέλη).
- Ένα σύστημα ασφάλισης για τους εργάτες, που συντονίζονται από τις πολιτείες και που τους παρέχει κάποια κάλυψη για ιατρική φροντίδα και για την απώλεια εισοδήματος σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος και ορισμένες φορές και ασθένειας.

IV. «Μπλε ασπίδα» και «Μπλε Σταυρός»

Αυτά είναι κοινωφελή προαιρετικά προγράμματα ασφάλισης για τους πολίτες εκείνους που δεν καλύπτονται από τα δύο παραπάνω προγράμματα («Ιατρικής Φροντίδας» και «Ιατρικής Βοήθειας»). Η «Μπλε ασπίδα» τους ασφαλίζει για τα έξοδα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και ο «Μπλε Σταυρός» για την νοσοκομειακή περίθαλψη.

16.1.γ. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας

16.1.γ.ι) Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Ιδιωτικά ιατρεία

Το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς (80%) παρέχονται στα ιατρεία των ιδιωτικών γιατρών. Τα 2/3 των γιατρών έχουν ιδιωτικό ιατρείο. Από τους ιδιώτες γιατρούς το 75% ασκούν το ιατρικό επάγγελμα, είτε μόνοι τους είτε ανά δύο. Το υπόλοιπο 25% οργανώνεται σε ομάδες 3-4 ατόμων. Το 1990 αναλογούσαν 235 γιατροί στα 100.000 άτομα (1 γιατρός σε 425 κατοίκους) και αυτή η αναλογία προβλέπεται ότι θα αυξηθεί τα επόμενα χρόνια.

Η κατανομή του ιατρικού προσωπικού είναι άνιση από κάθε άποψη. Ανισότητα διαπιστώνεται κατ' αρχήν μεταξύ των ειδικοτήτων: υπάρχει προτίμηση προς τις υπερ εξειδικεύσεις με αποτέλεσμα ο αριθμός των γενικών και οικογενειακών γιατρών να έχει μειωθεί σημαντικά. Επίσης επιλέγονται πιο συχνά οι χειρουργικές ειδικότητες: το 25 % περίπου των γιατρών που αρχίζουν την ειδικότητα κατευθύνονται προς τέτοιου είδους εκπαιδευτικά προγράμματα. Ανισότητα υπάρχει και ως προς την γεωγραφική κατανομή, μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών (το 1983 280 γιατροί ανά 100.000 στην πολιτεία της Νέας Υόρκης, ενώ 91 στο Αρκάνσας και 84 στην Αλάσκα), αλλά και μεταξύ κοινοτήτων στην ίδια πολιτεία. Επίσης οι ιδιώτες γιατροί σπανίως εγκαθίστανται σε συνοικίες των μεγάλων αστικών κέντρων που χαρακτηρίζονται από μεγάλο αριθμό φτωχών και κατοίκων που δεν ανήκουν στη λευκή φυλή.

Ίσως μία βελτίωση έχει παρατηρηθεί τελευταία και εξ αιτίας του ρόλου των κανόνων της αγοράς- προσφορά και ζήτηση- και από το γεγονός ότι δίνονται κίνητρα από το κράτος σε γιατρούς και φοιτητές της ιατρικής να εγκατασταθούν σε απομακρυσμένες περιοχές και περιοχές με 'χαμηλά εισοδήματα' (National Health Service Corps) (Susser et al., 1983).

Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMOs)

Είναι εταιρείες που συνίστανται από ομάδες γιατρών στις οποίες το άτομο προπληρώνει ένα μηνιαίο ασφάλιστρο, έτσι ώστε να του παρέχονται υπηρεσίες υγείας, όταν τις χρειασθεί. Το κύριο βάρος δίνεται στις προληπτικές υπηρεσίες και σε ότι άλλο αφορά στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, με αποτέλεσμα να μειώνεται η χρήση του νοσοκομείου. Οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι: γιατρός, νοσηλεία, εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις και ίσως φάρμακα και άλλες υπηρεσίες υγείας με μικρό ή καθόλου επιπρόσθετο κόστος. Τα εγγεγραμμένα μέλη σε τέτοιες εταιρείες γιατρών είναι κατά μέσον όρο 100.000 άτομα. Μέχρι το 1986 μόνο το 9% του πληθυσμού ανήκε σε τέτοιους οργανισμούς, αλλά το ποσοστό αυτό έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια.

Συνοικιακά κέντρα υγείας

Είναι κλινικές που χρηματοδοτούνται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση ώστε να παρέχουν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη σε περιοχές με χαμηλά εισοδήματα, περιοχές όπου οι υπηρεσίες υγείας είναι είτε ανύπαρκτες είτε ακατάλληλες.

Οργάνωση της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης για διάφορες ομάδες του πληθυσμού

Οι άποροι χωρίς κάλυψη από το πρόγραμμα της «Ιατρικής Βοήθειας» απευθύνονται για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης είτε στα κέντρα υγείας της κοινότητας, είτε στις μονάδες επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Αυτά έχουν καταλήξει να είναι κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εξ αιτίας της έλλειψης γενικών γιατρών, της διστακτικότητας των γιατρών να κάνουν επισκέψεις στο σπίτι του ασθενούς και της μη προτίμησης του ιδιωτικού γιατρού να ασκεί την ιατρική στις φτωχές και υποβαθμισμένες συνοικίες των πόλεων. Για νοσοκομειακή περίθαλψη απευθύνονται είτε στα κρατικά νοσοκομεία, είτε στους θαλάμους εκπαίδευσης/ έρευνας των μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων.

Η μεσαία τάξη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη απευθύνεται στον ιδιώτη γιατρό (γενικό ή ειδικό). Ο ασθενής πληρώνει ο ίδιος ή αν έχει ασφάλιση (ιδιωτική ή ασφάλιση «Μπλε Ασπίδας» και «Μπλε Σταυρού») το ένα μέρος το πληρώνει η ασφάλιση.

Οι ηλικιωμένοι ακολουθούν το ίδιο σύστημα, μόνο που τους πληρώνει μεγάλο μέρος των δαπανών τους το ασφαλιστικό πρόγραμμα της «Ιατρικής Φροντίδας».

Οι ένοπλες δυνάμεις έχουν πλήρη εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή κάλυψη στα νοσοκομεία του στρατού.

Οι βετεράνοι έχουν κάλυψη για νοσοκομειακή περίθαλψη στα νοσοκομεία των απόμαχων.

16.1.γ.ii) Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη

Νοσηλευτές

Υπάρχουν κυρίως δύο κατηγορίες νοσηλευτών: Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι νοσηλευτές με ανωτέρα ή ανώτατη εκπαίδευση (Registered Nurses) και στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν όσοι έχουν μόνο πρακτική εκπαίδευση (Practical Nurses).

Οι νοσηλευτές της πρώτης κατηγορίας είναι υπεύθυνοι για το είδος και την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών και για την ακριβή εφαρμογή των οδηγιών των γιατρών. Η εκπαίδευσή τους είναι: είτε 2 χρόνια σε κολέγια της κοινότητας (associate degree programs), είτε 2,5 με 3 χρόνια σπουδών σε σχολές των νοσοκομείων (το μεγαλύτερο ποσοστό είναι αυτής της κατηγορίας), είτε 4 με 5 χρόνια (πανεπιστημιακές σπουδές). Οι νοσηλευτές της δεύτερης κατηγορίας (πρακτικοί) αναλαμβάνουν την φροντίδα του ασθενούς στο κρεβάτι.

Από την πρώτη κατηγορία προήλθαν στην δεκαετία του '60- όταν υπήρχε έλλειψη γιατρών- νοσηλευτές που με μία μετεκπαίδευση αναλάμβαναν πολλά από τα καθήκοντα ρουτίνας ενός γιατρού και την πρωτοβάθμια φροντίδα του ασθενούς. Έτσι κάνουν φυσική εξέταση, παίρνουν ιστορικό, καθορίζουν το είδος των εργαστηριακών

εξετάσεων που απαιτούνται, κάνουν αγωγή υγείας στον ασθενή και στην οικογένειά του, παίρνουν την απόφαση εάν ο ασθενής θα συμβουλευθεί γιατρό.

Νοσοκομεία

Τα νοσοκομεία στις ΗΠΑ είναι τριών κατηγοριών ανάλογα με το ποιος είναι ο ιδιοκτήτης: τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά, τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά και τα κρατικά. Τα κρατικά νοσοκομεία μπορεί να ανήκουν στο ομοσπονδιακό κράτος, στις πολιτείες ή στις τοπικές κυβερνήσεις (δήμους). Επίσης διακρίνονται σε νοσοκομεία βραχείας νοσηλείας, όπου οι ασθενείς θεωρητικά παραμένουν για λίγες μέρες ή λίγες εβδομάδες και σε μακράς νοσηλείας. Το 55% των νοσοκομείων βραχείας νοσηλείας είναι ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά, ενώ μόνο το 5% ανήκε στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Στα νοσοκομεία μακράς νοσηλείας ανήκουν τα ψυχιατρεία, τα ιδρύματα για χρόνιες παθήσεις κλπ.. Τέλος ανάλογα με τον τύπο υπηρεσιών που προσφέρουν διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Επίσης υπάρχουν νοσοκομεία μόνο για το στρατό και τους απόμαχους.

16.1.δ. Παροχές και δικαιώματα του πολίτη

Στο αμερικάνικο σύστημα υγείας το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού (άνω του 83%) έχει κάλυψη των δαπανών για νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ μικρότερο είναι το ποσοστό που καλύπτεται για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (περίπου 73%). Το κράτος όμως καλύπτει μόνο κατά το ήμισυ αυτές τις δαπάνες. Επίσης αν και έχει επεκταθεί ο πληθυσμός που καλύπτονται τα δύο κύρια κρατικά προγράμματα ασφάλισης της «Ιατρικής Φροντίδας» και της «Ιατρικής Βοήθειας», το 17% του πληθυσμού το 1992 ήταν χωρίς ασφάλιση. Αυτοί είναι κυρίως άνεργοι, εργαζόμενοι που οι εργοδότες δεν τους παρέχουν ασφάλιση υγείας και οι 'σχεδόν φτωχοί' που δεν πληρούν τα κριτήρια (δεν είναι αρκετά φτωχοί) για να έχουν δικαίωμα εγγραφής στο πρόγραμμα ασφάλισης για τους απόρους (Κουκούλη., 2000).

16.1.ε. Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ στηρίζεται στον ιδιωτικό τομέα ο οποίος κυριαρχεί στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Είναι χαρακτηριστικό ότι οποιαδήποτε προσπάθεια γίνεται για βαθιά τομή στο σύστημα και μεγαλύτερη

παρέμβαση του κράτους στις υπηρεσίες υγείας, προσκρούει στο πανίσχυρο ιατρικό λόμπι (American Medical Association) αλλά και στην δυσπιστία του αμερικάνικου λαού και των πολιτικών του προς κάθε ενέργεια που έχει σχέση με ‘κοινωνικοποίηση’ και ‘περιορισμό’ των ελεύθερων επιλογών του πολίτη (Κουκούλη., 2000).

Το σύστημα των ΗΠΑ είναι πολύπλοκο, με σοβαρές αδυναμίες σε σύγκριση με τα συστήματα υγείας άλλων ανεπτυγμένων χωρών και έχει να επιδείξει όχι και τόσο καλούς δείκτες υγείας. Εκτός του ότι είναι σήμερα το πλέον δαπανηρό σύστημα, με ετήσιους ρυθμούς αύξησης των δαπανών πολύ υψηλούς, δεν εξασφαλίζει καθολική κάλυψη του πληθυσμού και είναι κοινωνικά άδικο, αφού η κάλυψη των αναγκών υγείας εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή (Θεοδώρου και συν., 2001).

Οι ίδιοι οι Αμερικανοί πολίτες μέσα από δημοσκοπήσεις παρουσιάζονται ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι από αυτό, ενώ οι επιστήμονες και οι ερευνητές το έχουν κατά καιρό χαρακτηρίσει ως το «πλέον δαπανηρό, αναποτελεσματικό και γραφειοκρατικό σύστημα», (Himmelstein; Woodhandler., 1989) ως «ένα σύστημα της στέρησης και της αφθονίας» (Enthoven; Kronick., 1989) και ως «την πιο μακροχρόνια και δαπανηρή δοκιμασία της ελεύθερης αγοράς στον τομέα της υγείας, που τελικά δεν κατάφερε ποτέ να προσφέρει καλή υγεία σε λογικές τιμές» (Dickman., 1987).

16.2 Το Βρετανικό σύστημα υγείας

Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας ή το NHS (National Health Service) όπως επικράτησε να ονομάζεται, είναι ένα από τα λίγα στον κόσμο που αποτέλεσε παγκόσμιο αντικείμενο ενδιαφέροντος και μελέτης και επηρέασε κατόπιν όσους ασχολούνται με το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Και αυτό, γιατί αν και αναπτύχθηκε σε μία καπιταλιστική δημοκρατία, αναφέρεται σε αρκετά ριζοσπαστικές έννοιες, όπως στην ίση δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας όλων των ανθρώπων, δηλαδή στην υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα. Μπορούμε να πούμε ότι αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός δημόσιου- εθνικού συστήματος,

από το οποίο απουσιάζουν σχεδόν εντελώς τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ η κρατική παρέμβαση είναι έντονη σε όλους τους τομείς του.

Κατά την διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (1942) – περίοδος της συντηρητικής κυβέρνησης του W. Churchill- συστάθηκε μία επιτροπή υπό την επιτήρηση του Λόρδου Beveridge, με σκοπό να μελετήσει το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και να κάνει προτάσεις για περαιτέρω βελτιώσεις. Το αποτέλεσμα ήταν η δημοσίευση της περίφημης έκθεσης Beveridge, η οποία αποτέλεσε την απαρχή του Εθνικού συστήματος Υγείας της Βρετανίας. Η έκθεση αυτή, εκτός του ότι τόνιζε την ανάγκη για διεύρυνση όλων των κλάδων της κοινωνικής ασφάλειας – συντάξεις λόγω γήρατος, παροχές στους άνεργους, στους ανίκανους για εργασία κλπ.- έκανε και ειδικές συστάσεις για τη παροχή υπηρεσιών υγείας ('... δημιουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας το οποίο θα εξασφαλίζει σε κάθε πολίτη την παροχή οποιασδήποτε ιατρικής φροντίδας, υπό οποιαδήποτε μορφή την έχει ανάγκη: κατ' οίκον ή σε ίδρυμα, γενική, ειδική ή συμβουλευτική, επίσης παροχή οδοντιατρικών και άλλων ειδικών υπηρεσιών, αποκατάσταση μετά από ατυχήματα κοκ.). Η πρόταση ήταν αυτό το σύστημα υγείας να βρίσκεται υπό την ευθύνη των Υπουργείων Υγείας (Αγγλίας, Ουαλίας, Σκωτίας και Β. Ιρλανδίας) (Κουκούλη., 2000).

Όμως μόνο μετά το τέλος του πολέμου (1946) ψηφίστηκε ο νόμος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας από την κυβέρνηση των Εργατικών, οι οποίοι αργότερα το χαρακτήρισαν ως το «μεγαλύτερο σοσιαλιστικό τους επίτευγμα» (Food., 1973).

Ο νόμος τέθηκε σε εφαρμογή από το 1948 μετά από αμοιβαίες υποχωρήσεις μεταξύ κυβέρνησης και του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου. Οι βασικοί άξονες του νόμου αυτού ήταν: 1) κάλυψη όλων των πολιτών για μία σειρά υπηρεσιών υγείας, 2) το μεγαλύτερο μέρος των νοσοκομειακών κλινών να περιέλθει υπό κρατικό έλεγχο, αλλά τα κρατικά νοσοκομεία να διατηρήσουν ένα 5% των κλινών τους για ιδιωτικούς ασθενείς και 3) η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας να προέρχεται κυρίως από τα γενικά εισοδήματα (φορολογία) και μόνο ένα μικρό μέρος από ασφαλιστικές εισφορές.

16.2.α. Η χρηματοδότηση του Συστήματος

Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κατά 90% από τον κρατικό προϋπολογισμό και μόνο κατά 10% από την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές

πληρωμές. Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ υπολογίζονται στο 6,5% και είναι από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη. Από αυτές τις δαπάνες το 58% αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, το 20% τις υπηρεσίες και τα φάρμακα που παρέχονται από τους οικογενειακούς γιατρούς, το 7% τις υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας, το 4% την οδοντιατρική περίθαλψη και το υπόλοιπο 11% τις διάφορες άλλες υπηρεσίες και τα διοικητικά έξοδα (Fry., 1993).

Ο μεγάλος όγκος των παρεχόμενων υπηρεσιών προέρχεται από τα νοσοκομεία και τους οικογενειακούς γιατρούς (General Practitioners, GPs), ενώ κάποιες υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης, υγειονομικής διαφώτισης, αλλά και υπηρεσίες για άτομα με ειδικές ανάγκες, παρέχονται κυρίως μέσα από κέντρα υγείας. Ιδιωτική ιατρική υπάρχει σε περιορισμένη κλίμακα και παρέχεται συμπληρωματικά προς τις υπηρεσίες του NHS. Υπολογίζεται ότι σήμερα περίπου 4,5 εκατομμύρια άτομα ή το 8% του συνολικού πληθυσμού αναζητούν συμπληρωματική υγειονομική κάλυψη μέσα από συμβόλαια που έχουν με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (British United Private Association, BUPA).

Μέχρι το 1991 όλα τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνταν από τις Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities, DHAs), χωρίς να υπάρχει καμιά σύνδεση ανάμεσα στο ύψος της χρηματοδότησης και της αποδοτικότητας των παραγωγικών συντελεστών. Ο τρόπος της χρηματοδότησης άλλαξε με τη μεταρρύθμιση του 1991, όταν περίπου το 80% των νοσοκομείων μεταβλήθηκαν σε αυτόνομους και αυτοδιοικούμενους οργανισμούς ή κάτι σαν ΝΠΙΔ (NHs Trusts) που είναι υπόλογα απευθείας στον Υπουργό Υγείας και μόνο το 20% παρέμεινε στον έλεγχο και τη διαχείριση των DHAs. Η νέα αυτή μορφή επέτρεπε στα νοσοκομεία να προσλαμβάνουν το προσωπικό τους και να καθορίζουν τους μισθούς, να τιμολογούν ελεύθερα τις υπηρεσίες που προσφέρουν και να επεκτείνουν ή να περιορίζουν τα τμήματά τους ανάλογα με τη στρατηγική που το κάθε ένα εφαρμόζει. Τα νοσοκομεία αυτά χρηματοδοτούνται και πάλι από τις DHAs, αλλά στη βάση ενός ελεγχόμενου ανταγωνισμού, όπου όλα τα νοσοκομεία της περιοχής, δημόσια ή ιδιωτικά, έχουν την ευκαιρία να ανταγωνίζονται μεταξύ τους στο ποιο από αυτά θα προσφέρει ποιοτικά καλύτερες και φτηνότερες υπηρεσίες υγείας στις αρχές της Υγειονομικής Επαρχίας. Η Υγειονομική Επαρχία από την άλλη πλευρά, που αποτελεί για λογαριασμό των ασφαλισμένων τον αγοραστή των υπηρεσιών υγείας, αναζητά και διαπραγματεύεται

με τα νοσοκομεία, επιδιώκοντας να εξασφαλίσει όσο το δυνατό καλύτερες υπηρεσίες υγείας σε όσο το δυνατό χαμηλότερες τιμές. Αυτού του είδους τα νοσοκομεία έχουν επιπλέον έσοδα από συμβόλαια που με τον ίδιο τρόπο υπογράφουν με οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι με τις μεταρρυθμίσεις απέκτησαν δικό τους προϋπολογισμό (Θεοδώρου και συν., 2001).

16.2.β. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας

16.2.β.i) Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από το γενικό οικογενειακό γιατρό (General Practitioner ή GP). Οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί δεν είναι υπάλληλοι του ΕΣΥ αλλά ανεξάρτητοι επαγγελματίες συμβεβλημένοι με την εθνική υπηρεσία υγείας. Το συμβόλαιό τους είναι συλλογικό και αναθεωρείται κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Προσφέρουν δε τις υπηρεσίες τους μόνοι ή σε ομαδικά ιατρεία. Το Υπουργείο Υγείας από την πλευρά του ενθάρρυνε την ομαδική άσκηση της γενικής ιατρικής δίνοντας σημαντικά οικονομικά κίνητρα. Έτσι ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '70 το 65% των γενικών γιατρών είχαν συμπράξει με άλλο ή άλλα άτομα. Με αυτόν τον τρόπο ο κάθε γενικός γιατρός μπορούσε να ασχοληθεί ειδικότερα με μία πλευρά της γενικής ιατρικής, όπως την φροντίδα του παιδιού, τις απλές χειρουργικές επεμβάσεις ή τα γυναικολογικά προβλήματα.

Ο GP παρέχει ένα ευρύτατο φάσμα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συνταγογραφεί φάρμακα και παραπέμπει τους ασθενείς του είτε σε κάποιο άλλο από τα μέλη της ομάδας του ιατρείου (νοσηλεύτη, μαία, ιατρικό επισκέπτη κλπ.), είτε στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Το παραπεμπτικό σημείωμά του είναι απαραίτητο για την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο με μόνη εξαίρεση την περίπτωση ατυχήματος ή άλλου επείγοντος περιστατικού.

Ο τρόπος αμοιβής του γενικού γιατρού γίνεται με βάση αφ' ενός τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα του ασθενών και αφ' αφετέρου με τη μορφή 'πριμ' για την παροχή ειδικών υπηρεσιών και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας υποδεικνύει ότι η όλη φιλοσοφία του συστήματος είναι να υποστηρίζεται περισσότερο η πρόληψη και όχι τόσο η διάγνωση και η θεραπεία. Όσο καλύτερη κατάσταση υγείας εμφανίζουν οι κάτοικοι της περιοχής ευθύνης του, τόσο

περισσότερο οικονομικό όφελος έχει ο γιατρός: αμείβεται δηλαδή για την καλή υγεία των ατόμων του αρχείου του και όχι τόσο για τη διάγνωση της ασθένειας ή την θεραπεία της.

Για την βελτίωση της γενικής ιατρικής δόθηκαν επιπλέον επιδοτήσεις από την κυβέρνηση για την πρόσληψη υγειονομικού προσωπικού, υψηλότερες κατά κεφαλή αμοιβές για τους ηλικιωμένους ασθενείς, επιπλέον αμοιβές για συγκεκριμένες υπηρεσίες στο ιατρείο αλλά και για τις επισκέψεις στο σπίτι κά.

Εκτός των ιατρείων των γενικών γιατρών, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχουν και οι υγειονομικοί σταθμοί (health department clinics) που ανήκουν στις τοπικές κυβερνήσεις και προσφέρουν κυρίως προληπτικές υπηρεσίες υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στη φροντίδα της μητέρας και του παιδιού. Στους σταθμούς πρόνοιας για το παιδί, για παράδειγμα, γίνονται εμβολιασμοί και δίνονται συμβουλές στις μητέρες για την ανατροφή των παιδιών, ενώ τα άρρωστα παιδιά παραπέμπονται και πάλι στον γενικό γιατρό. Δεν υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ γενικού γιατρού και αυτών των υγειονομικών σταθμών, γιατί απλά οι ρόλοι τους είναι συμπληρωματικοί.

16.2.β.ii) Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Τα νοσοκομεία πριν από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο αντιμετώπιζαν σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Τα κρατικά νοσοκομεία είχαν μονίμως περισσότερα έξοδα απ' ό,τι έσοδα, εφ' όσον εξαρτώντο από τα τοπικά εισοδήματα. Το ίδιο ίσχυε και για τα κοινωφελή νοσοκομεία (ιδιωτικά), γιατί οι φιλανθρωπικές δωρεές και οι άμεσες πληρωμές των ασθενών που αποτελούσαν την κύρια πηγή χρηματοδότησής τους, δεν ήταν πάντα σταθερές. Έτσι όταν το 1948 το Υπουργείο Υγείας πήρε τον έλεγχο της συντριπτικής πλειοψηφίας των ιδρυμάτων αυτών (2700) δεν υπήρξαν σημαντικές αντιρρήσεις.

Τα νοσοκομεία είναι σήμερα στην πλειοψηφία τους κρατικά. Οι περισσότεροι γιατροί με εξειδίκευση ανήκουν στα νοσοκομεία. Εάν εξαιρεθούν οι ειδικευόμενοι, το 60% των υπόλοιπων γιατρών πληρώνονται με μισθούς και το 40% των νοσοκομειακών γιατρών ασκεί και ιδιωτική ιατρική στο 20 με 30% του χρόνου τους.

Τα ψυχιατρεία και τα ιδρύματα για τα άτομα με διανοητική καθυστέρηση περιήλθαν κάτω από τον έλεγχο των 'Περιφερειακών Υγειονομικών Αρχών'. Η εισαγωγή μάλιστα σε ψυχιατρείο μετατράπηκε από νομική σε ιατρική διαδικασία. Οι

περισσότερες εισαγωγές έγιναν προαιρετικές και για τη μειοψηφία απαιτούνταν δύο γιατροί για να βεβαιώσουν την ανάγκη εισαγωγής του ασθενούς. Από την άλλη πλευρά δόθηκε μεγάλη σημασία στην φροντίδα του ψυχικά ασθενούς μέσα στα πλαίσια της κοινότητας.

16.2.β.iii) Σχέση πρωτοβάθμιας- δευτεροβάθμιας περίθαλψης

Ο ασθενής καθοδηγείται στο σύστημα υγείας. Έτσι η πρώτη επαφή του γίνεται με τον Γενικό γιατρό, με εξαίρεση βέβαια τα επείγοντα περιστατικά. Ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί υποχρεωτικά το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας- συχνά και το τελευταίο-, γι' αυτό και εύστοχα χαρακτηρίζεται ο "θυροφύλακάς" του. Η ύπαρξή του συνέβαλε αποτελεσματικά στον περιορισμό των άσκοπων επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, αλλά και στην σωστή παρακολούθηση του ασθενούς πριν την είσοδό του στο νοσοκομείο και μετά την έξοδό του από αυτό.

Εάν ο γενικός γιατρός κρίνει ότι ο ασθενής χρειάζεται νοσηλεία θα τον παραπέμψει στα εξωτερικά ιατρεία. Εκεί ο ειδικός που θα τον εξετάσει θα αποφασίσει εάν πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο. Μετά ο γιατρός του νοσοκομείου ενημερώνει πλήρως τον γενικό γιατρό για την διάγνωσή του και την εξέλιξη του ασθενούς. Επίσης ο γενικός γιατρός μπορεί να στείλει τον ασθενή κατευθείαν για εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις, χωρίς να περάσει αναγκαστικά πρώτα από τα εξωτερικά ιατρεία. Τέλος ο γενικός γιατρός καλείται να συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα του νοσοκομείου ή του ανατίθεται πολλές φορές να εργασθεί στα εξωτερικά ιατρεία ή σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου.

16.2.γ. Παροχές και δικαιώματα του πολίτη

Όλος ο πληθυσμός καλύπτεται αυτόματα από την στιγμή της γέννησης. Κάθε άτομο είναι υποχρεωμένο να γραφτεί στο αρχείο ασθενών ενός γενικού γιατρού της περιοχής του, ενώ του δίνεται η δυνατότητα να επιλέξει τον γενικό γιατρό μεταξύ εκείνων που έχουν ιατρείο στην περιοχή που κατοικεί. Επίσης εάν κάποιος δεν είναι ικανοποιημένος από τον οικογενειακό του γιατρό μπορεί να τον αλλάξει όποτε θέλει. Η περίθαλψη του Άγγλου πολίτη από το ΕΣΥ είναι σχεδόν δωρεάν με μία μόνο μικρή συμμετοχή του στην αγορά φαρμάκων, από την οποία όμως εξαιρείται το 80% του

πληθυσμού. Μόνο ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού έχει πρόσθετη ιδιωτική κάλυψη (Κουκούλη., 2000).

16.2.δ. Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Συμπερασματικά μπορεί να ειπωθεί ότι το Βρετανικό NHS είναι ένα εθνικό σύστημα που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Αποτελεί σήμερα πηγή αυξημένου διεθνούς ενδιαφέροντος για το χαμηλό του κόστος, την καλή του οργάνωση και την αποτελεσματικότητά του, συχνά δε θεωρείται ως παράδειγμα προς μίμηση.

Μετά από σχεδόν μισό αιώνα λειτουργίας, η συντριπτική πλειοψηφία του Βρετανικού λαού το εμπιστεύεται και το επικροτεί (Sutton., 1994). Το σημαντικότερο όμως επίτευγμά του είναι ότι κατάφερε να διατηρήσει τις συνολικές δαπάνες υγείας σε αρκετά χαμηλά επίπεδα, σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες, χωρίς να περιορίσει την ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι δεν αντιμετωπίζει προβλήματα, κάτι που δείχνουν οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις. Τα κυριότερα απ' αυτά έχουν σχέση με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αφού παρατηρούνται μεγάλες λίστες αναμονής για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, για εισαγωγές στα νοσοκομεία και για χειρουργικές επεμβάσεις (Θεοδώρου και συν., 2001).

16.3 Το Σουηδικό σύστημα υγείας

Το Σουηδικό σύστημα υγείας, που αποτελεί σήμερα ένα σημαντικό κομμάτι του περίφημου κράτους πρόνοιας στη χώρα αυτή, διέπεται από την αρχή ότι όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση δικαιούνται ισότιμης και δωρεάν κάλυψης των αναγκών υγείας τους. Σύμφωνα με το νόμο του 1982 οι βασικοί στόχοι του συστήματος είναι «καλή υγεία και καλές υπηρεσίες υγείας που θα παρέχονται ισότιμα σε ολόκληρο τον πληθυσμό». Εντάσσεται δηλαδή στην κατηγορία των εθνικών συστημάτων υγείας, αφού την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το κράτος και οι κατά τόπους εκλεγμένες νομαρχιακές και δημοτικές αρχές. Αυτή η δημοκρατική και αποκεντρωτική δομή του

συστήματος, ίσως αποτελεί και το πλέον αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό (Glennister and Matsaganis., 1992)

Το Σουηδικό μοντέλο διακρίνεται και διαφοροποιείται από τα άλλα δημόσια-εθνικά συστήματα υγείας λόγω κυρίως των αυξημένων εξουσιών που έχει η νομαρχιακή και δημοτική αυτοδιοίκηση στα θέματα της οργάνωσης, παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης του συστήματος. Αυτό οφείλεται στη μεγάλη παράδοση που έχει η τοπική και δημοτική αυτοδιοίκηση στις χώρες του Ευρωπαϊκού Βορρά, αλλά και στην αντίληψη που επικράτησε, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, ότι η αποκέντρωση του συστήματος μέσω της μεταβίβασης ευθυνών βοηθά στη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων και στον περιορισμό των συνολικών δαπανών (Canadian Medical Association., 1993).

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά του Σουηδικού συστήματος υγείας είναι τα εξής:

- Είναι κατ' εξοχήν δημόσιο σύστημα.
- Η ευθύνη για την ανάπτυξη, οργάνωση και λειτουργία του ανήκει στα εκλεγμένα περιφερειακά και νομαρχιακά όργανα.
- Τα νομαρχιακά συμβούλια (county councils) επιβάλλουν φόρους στον πληθυσμό. Τα έσοδα από τους φόρους αυτούς αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.
- Το σύστημα υγείας υποστηρίζεται κεντρικά από ένα εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και περιφερειακά από ένα δίκτυο υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας (Θεοδώρου και συν., 2001).

16.3.α. Δομή και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας

Το εθνικό σύστημα υγείας της Σουηδίας είναι αποκεντρωμένο και περιφερειακά οργανωμένο. Η κεντρική εξουσία, δηλαδή το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, καθορίζει την πολιτική που πρέπει να εφαρμοστεί σε εθνικό επίπεδο και η τοπική εξουσία επιφορτίζεται με την υλοποίηση της εκάστοτε πολιτικής, έχοντας παράλληλα αυξημένα περιθώρια σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο. Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη χρηματοδότηση, οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα ισχυρός. Όσον αφορά στην τοπική οργάνωση, η Σουηδία είναι διαιρεμένη σε 26 νομούς και 286 δήμους.

Υπάρχουν 21 νομαρχιακά συμβούλια που έχουν την ευθύνη της νοσοκομειακής, εξωνοσοκομειακής, οδοντιατρικής και ψυχιατρικής περίθαλψης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η διοίκηση των νοσοκομείων έχει παραχωρηθεί σε ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς ή μη κερδοσκοπικούς φορείς (Τούντας., 2003). Οι 286 δήμοι έχουν στην ευθύνη τους τις υπηρεσίες πρόνοιας για τους ηλικιωμένους, τους χρονίως πάσχοντες και τα άτομα με αναπηρίες. Οι νομοί λόγω της αυτονομίας που έχουν μπορούν να διαφοροποιούνται όσον αφορά τον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Σε περιφερειακό επίπεδο, υπάρχει η Ομοσπονδία των Νομαρχιακών Συμβουλίων, διαπραγματευτικό όργανο των νομαρχιακών συμβουλίων τόσο προς την κυβέρνηση όσο και προς τις επαγγελματικές ενώσεις των εργαζομένων στο χώρο της υγείας (Garpenby., 1997; Θεοδώρου και συν., 2001; Τούντας., 2003).

16.3.β. Χρηματοδότηση του συστήματος

16.3.β.ι) Χρηματοδότηση – Δαπάνες

Το σύστημα χρηματοδότησης του ΕΣΥ στη Σουηδία συγκλίνει περισσότερο με το μοντέλο Beveridge. Κύρια πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι τοπικοί και δημοτικοί φόροι και η χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση. Τα νομαρχιακά συμβούλια επιβάλλουν φόρους στον πληθυσμό και τα έσοδα από αυτούς αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Περίπου το 71% των υπηρεσιών των νομαρχιακών συμβουλίων χρηματοδοτούνται από τους φόρους που επιβάλλουν. Τα νομαρχιακά συμβούλια επίσης έχουν έσοδα από τις χρεώσεις των ασθενών και την πώληση των υπηρεσιών. Το 2002, η Σουηδία εμφανίζεται να δαπανά για την υγεία 9.1% του ΑΕΠ, με το 0.7% του ΑΕΠ να δαπανάται από τους δήμους για τη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων. Από τις συνολικές δαπάνες για τη φροντίδα υγείας, η δημόσια χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση αποτελεί το 83% και οι ιδιωτικές πληρωμές το 17% (The Swedish NBHW., 2003; Τούντας., 2003). Όσον αφορά στην κατανομή των δαπανών υγείας, στοιχεία για το 1991 δείχνουν το 47% των δαπανών να απορροφούνται από τη νοσοκομειακή περίθαλψη, το 18% από την Πρωτοβάθμια και το υπόλοιπο 35% από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες για χρονίως πάσχοντες (Θεοδώρου και συν., 2001). Από τις συνολικές δαπάνες για τη φροντίδα υγείας το 2002, το 14.3% αντιστοιχούσε σε

δαπάνες για φάρμακα, ενώ οι δαπάνες για την οδοντιατρική φροντίδα αντιστοιχούσαν σε 8.6% (The Swedish NBHW., 2003).

16.3.β.ii) Αμοιβή Γιατρών – Νοσοκομείων

Η πλειοψηφία των γιατρών είναι είτε έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι (κυρίως οι νοσοκομειακοί) ή αμείβονται κατά κεφαλή (κυρίως οι γενικοί γιατροί στην ΠΦΥ). Μόνο το 15% των γιατρών είναι ιδιώτες γιατροί, με συμβάσεις με το δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Οι ιδιώτες γιατροί που έχουν σύμβαση με τα νομαρχιακά συμβούλια αμείβονται κατά πράξη (Garpenby., 1997; Θεοδώρου και συν., 2001; Τούντας., 2003). Ένα ποσοστό γιατρών ασκεί ιδιωτική ιατρική εκτός των ωρών εργασίας στο ΕΣΥ, ενώ περίπου το 40% των οδοντιάτρων ασκούν αποκλειστικά ιδιωτική οδοντιατρική (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται στο σύστημα προοπτικών σφαιρικών προϋπολογισμών, που κατά κανόνα στηρίζεται στην ταξινόμηση των ασθενών βάση των διαγνωστικών κατηγοριών. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τα νομαρχιακά συμβούλια έπειτα από ετήσιους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, στους οποίους περιλαμβάνονται οι μισθοί του προσωπικού, τα φάρμακα, τα αναλώσιμα και ο εξοπλισμός (WHO Europe., 1996; Θεοδώρου και συν., 2001; Τούντας., 2003). Το 1992, ξεκίνησε πιλοτικά και υφίσταται ένα σύστημα εσωτερικής αγοράς για τις υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης, με στόχο την ενίσχυση του ρόλου του ασθενή και την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Σύμφωνα με αυτό, οι τοπικές αρχές αγοράζουν για λογαριασμό των ασθενών τους, υπηρεσίες από τα νοσοκομεία, με συμβόλαια και προκαθορισμένες τιμές ανά είδος υπηρεσίας (Garpenby., 1997; Θεοδώρου και συν., 2001).

16.3.γ. Δικαιώματα του πολίτη

Η κοινωνική ασφάλιση στη Σουηδία καλύπτει όλο τον πληθυσμό και σκοπό έχει την οικονομική εξασφάλιση σε διαφορετικές καταστάσεις της ζωής. Χρηματοδοτείται με βάση το εισόδημα από τις υποχρεωτικές εισφορές εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων και από τη γενική φορολογία. Ορισμένες από τις παροχές της είναι τα επιδόματα ασθενείας και αναπηρίας, τα προνόμια επαγγελματικής ασθένειας

και ατυχήματος, οι συντάξεις γηρατειών κ.α. (The Swedish NBHW Social Insurance., 2003; Annual Report., 2003).

Όσον αφορά τη συμμετοχή των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, για την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το νομαρχιακό συμβούλιο έχει το δικαίωμα να χρεώσει συνδρομή για κάθε ημέρα περίθαλψης. Η χρέωση μπορεί να διαφέρει μεταξύ των νομαρχιακών συμβουλίων αλλά δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 80 SEK. Στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα υπάρχει, καθορισμένη από τα νομαρχιακά συμβούλια, συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που καταναλώνει. Κατά συνέπεια, για υπηρεσίες όπως φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία, ή επισκέψεις στους γιατρούς των κέντρων υγείας και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ο ασθενής καλείται να πληρώσει ένα συγκεκριμένο για κάθε επίσκεψη ποσό. Μόνο μερικές υπηρεσίες που ο προληπτικός τους χαρακτήρας είναι προφανής, όπως ο προγεννητικός έλεγχος, παρέχονται εντελώς δωρεάν. Για τον περιορισμό των προσωπικών δαπανών, υπάρχει ένα ανώτατο όριο κόστους. Ένας ασθενής που έχει πληρώσει συνολικά 900 SEK σε συνδρομές ασθενούς, δικαιούται δωρεάν ιατρική φροντίδα για το υπόλοιπο της δωδεκάμηνης περιόδου. Ένα κοινό όριο κόστους εφαρμόζεται για παιδιά κάτω των 18 ετών της ίδιας οικογένειας. Όσον αφορά στην οδοντιατρική και την φαρμακευτική περίθαλψη, καλύπτονται κατά το μεγαλύτερο μέρος τους από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και κατά το υπόλοιπο από τον ασθενή. Οι ασθενείς πληρώνουν το 60% της οδοντιατρικής φροντίδας και το 25% των φαρμάκων. Επίσης, ο ασθενής πληρώνει όλο το κόστος των συνταγογραφημένων φαρμάκων μέχρι το ύψος των 900 SEK. Πάνω από αυτό το ποσό εφαρμόζεται μια αυξανόμενη κλίμακα επιχορήγησης με ένα ανώτερο όριο κόστους, το οποίο σημαίνει ότι ο ασθενής ποτέ δεν πληρώνει περισσότερα από 1.800 SEK σε διάρκεια ενός έτους (Garpenby., 1997; Θεοδώρου και συν., 2001; The Swedish NBHW., 2003). Υπολογίζεται ότι στο 20% περίπου των ιατρικών πληρωμών (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων και ιατρικών υπηρεσιών), συμμετέχει και ο ίδιος ο ασθενής (Τούντας., 2003).

Τέλος, όσον αφορά στην προσπελασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν το κέντρο υγείας, τον οικογενειακό τους γιατρό και το νοσοκομείο της προτίμησής τους (Τούντας., 2003).

16.3.δ. Οργάνωση του συστήματος υγείας

16.3.δ.i) Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

Κάθε νομαρχιακό συμβούλιο χωρίζεται σε περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες συγκροτούνται συνήθως από ένα νοσοκομείο και ορισμένους τομείς ΠΦΥ. Κάθε τομέας ΠΦΥ χωρίζεται σε υποτομείς ΠΦΥ, που αντιστοιχούν συνήθως στους επιμέρους δήμους της χώρας. Το 2000 υπήρχαν 370 υποτομείς ΠΦΥ. Η ΠΦΥ στη Σουηδία παρέχεται από γενικούς γιατρούς και 1200 κέντρα υγείας, καθένα από τα οποία παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό 10.000-15.000 ατόμων. Οι γιατροί στην ΠΦΥ πρέπει να έχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα κυρίως με γενικούς γιατρούς, νοσηλευτές/τριες δημόσιας υγείας και μαίες. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει γυναικολόγος, παιδίατρος, ορθοπαιδικός και ψυχίατρος. Το σύστημα της ΠΦΥ περιλαμβάνει επίσης ειδικά κέντρα για τη μητέρα και το παιδί, στα οποία γίνονται εμβολιασμοί, περιοδικά τσεκ απ και προληπτικοί ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι. Η πρωτοβάθμια δε λειτουργεί ως «φίλτρο» του συστήματος και η προσφυγή στο νοσοκομείο είναι ελεύθερη. Η χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι περιορισμένη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, γιατί το 46% των πρωτοβάθμιων επισκέψεων πραγματοποιείται στα ιατρεία των νοσοκομείων (Garpenby., 1997; Θεοδώρου και συν., 2001; Τούντας., 2003; The Swedish NBHW., 2003).

16.3.δ.ii) Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Οι υπηρεσίες υγείας είναι διαρθρωμένες σε επίπεδο περιφέρειας, νομού και δήμου. Σε επίπεδο περιφέρειας λειτουργεί πάντα ένα περιφερειακό νοσοκομείο για σοβαρά ή δύσκολα περιστατικά. Σε επίπεδο νομού υπάρχει τουλάχιστον ένα νομαρχιακό νοσοκομείο και σε τοπικό επίπεδο υπάρχουν τα κέντρα υγείας και οι άλλες υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Υπό την ευθύνη των νομαρχιακών συμβουλίων λειτουργούν 9 νομαρχιακά-ακαδημαϊκά νοσοκομεία και 84 τοπικά νοσοκομεία. Όταν ο ασθενής χρειάζεται εξειδικευμένες υπηρεσίες παραπέμπεται στα νομαρχιακά νοσοκομεία, τα οποία ανάλογα με το μέγεθος και το βαθμό εξειδίκευσης, ταξινομούνται σε κεντρικά (15-20 ειδικότητες/τμήματα) και σε απλά (τέσσερα ή περισσότερα τμήματα). Υπάρχουν επίσης τα ειδικά νοσοκομεία, κυρίως ψυχιατρικά,

τα οποία τείνουν εγκαταλείπονται και να μεταφέρονται ως τμήματα στα γενικά νοσοκομεία (Θεοδώρου και συν., 2001; The Swedish NBHW., 2003).

16.3.δ.iii) Υπηρεσίες για ευπαθείς ομάδες

Την ευθύνη για τις υπηρεσίες στους ηλικιωμένους και ανάπηρους διατηρούν οι δήμοι, οποίοι διαθέτουν πόρους για την ανέγερση και λειτουργία ειδικών κέντρων για χρονίως πάσχοντες, ηλικιωμένους και ανάπηρους (The Swedish NBHW., 1999) .

16.3.ε. Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Το Σουηδικό μοντέλο οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, όπως αυτό περιγράφηκε προηγουμένως, αποτελεί σήμερα μια πολύ ενδιαφέρουσα περίπτωση ενός εθνικού συστήματος που βρίσκεται σε συνεχείς μεταβολές. Διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα γιατί είναι πλήρως αποκεντρωμένο και γιατί χρηματοδοτείται κυρίως από τοπικούς φόρους. Οι αναζητήσεις και οι μελέτες για την καλύτερη οργάνωση του συστήματος δεν σταματούν ποτέ. Η τελευταία έγινε το 1994 από ομάδα εμπειρογνομόνων για την αναμόρφωση του συστήματος, (Ministry of Health and Social Affairs., 1994) και προτείνει τρεις σημαντικές αλλαγές:

- α) Την πλήρη αναμόρφωση του τρόπου λειτουργίας των νομαρχιακών συμβουλίων στα οποία προτείνεται να δοθεί πλήρης αυτονομία δράσης.
- β) Την εισαγωγή του θεσμού του γενικού γιατρού, στον οποίο θα εκχωρηθεί προϋπολογισμός κατά το Αγγλικό πρότυπο.
- γ) Την εισαγωγή ενός μοντέλου υποχρεωτικής εθνικής ασφάλισης υγείας που πλησιάζει πολύ αυτό του Καναδά.

16.4 Το Γερμανικό σύστημα υγείας

Το Γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται ως το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα εθνικού συστήματος, όπου τον κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση μέσω των ταμείων υγείας. Είναι ένα σύστημα όπου συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας.

Το σύστημα είναι πλήρως αποκεντρωμένο όσον αφορά την δομή και την οργάνωση, και σ' αυτό παρουσιάζει ομοιότητες με το Καναδικό και το Σουηδικό σύστημα. Για θέματα σχεδιασμού και πολιτικής υγείας νομοθετεί η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, ενώ οι τοπικές κυβερνήσεις καλούνται να εφαρμόσουν αυτή την εθνική πολιτική, παρεμβαίνοντας όμως και νομοθετώντας για θέματα τοπικής εμβέλειας (Institute for Health System Research., 1994).

Η χρηματοδότηση του Γερμανικού συστήματος υγείας γίνεται κυρίως μέσα από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismark), σε αντίθεση με το μοντέλο Beveridge που χρηματοδοτείται κυρίως από την γενική φορολογία. Με άλλα λόγια οι πόροι του συστήματος προέρχονται από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

Τα σημαντικότερα θέματα του συστήματος όπως η κατανομή των πόρων, ο έλεγχος του κόστους, η ποιότητα των υπηρεσιών κλπ., καθορίζονται από τις περιφερειακές ενώσεις των γιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Τα ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που έχουν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Από το νόμο υποχρεούνται να προσφέρουν ένα μίνιμουμ παροχών στους ασφαλισμένους τους. Οι πόροι των ταμείων προέρχονται από εργαζόμενους και εργοδότες. Η ασφάλιση των εργαζομένων είναι υποχρεωτική εφόσον το μηνιαίο εισόδημά τους είναι μικρότερο από ένα ορισμένο ποσό που αναπροσαρμόζεται κάθε χρόνο. Η ασφάλιση γίνεται προαιρετική όταν το εισόδημα υπερβαίνει αυτό το ποσό. Εφόσον ο εργαζόμενος επιθυμεί να ασφαλιστεί στο ταμείο, η εισφορά του καθορίζεται στα ανώτατα αυτά ποσά και όχι στο πραγματικό ύψος του εισοδήματός του. Στην αντίθετη περίπτωση μπορεί να προσφύγει στην ιδιωτική ασφάλιση και να επιλέξει ένα από τα πολλά πακέτα υγείας που προσφέρουν οι περίπου 45 ιδιωτικές εταιρείες που υπάρχουν στην Γερμανία (Hurst., 1991). Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από 453 ταμεία

Οι Περιφερειακές Ενώσεις Γιατρών της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούνται από όλους τους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μιας περιφέρειας. Σήμερα υπάρχουν 18 τέτοιες ενώσεις, οι οποίες διαπραγματεύονται τις τιμές με τα ταμεία και χρηματοδοτούνται από αυτά με κάποιας μορφής σφαιρικό

προϋπολογισμό, από τον οποίο πληρώνονται στη συνέχεια οι γιατροί με το σύστημα της κατά πράξη αμοιβής (Θεοδώρου και συν., 2001).

Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από 453 ταμεία υγείας, που καλύπτουν περίπου 72 εκατομμύρια ασφαλισμένους και 52 ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς με 7,1 εκατομμύρια πλήρως ασφαλισμένους (Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs., 2001). Οι μισοί περίπου ασφαλισμένοι στα ταμεία υγείας (κυρίως οι υψηλόμισθοι) έχουν ελευθερία επιλογής ταμείου, ενώ το 40% αυτών μπορούν να επιλέξουν ιδιωτική ασφάλιση (Τούντας., 2003).

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα του συστήματος, οι δείκτες υγείας είναι από τους καλύτερους στην Ευρώπη. Έτσι η βρεφική θνησιμότητα ήταν το 1991 6,7 θάνατοι ανά 1000 γεννήσεις ζώντων βρεφών, όταν ο μέσος όρος στην Ευρώπη το 1990 ήταν 7,7‰. Η μητρική θνησιμότητα ήταν την ίδια χρονιά 8,6 ανά 100.000 και το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν 72,6 χρόνια για τους άντρες και 79,0 για τις γυναίκες (Institute for Health System Research., 1994)

16.4.a. Η χρηματοδότηση του συστήματος

Το συνολικό κόστος του συστήματος υγείας ανερχόταν το 1989 στο 8,2% του ΑΕΠ, από το οποίο το 31,5% για νοσοκομειακή περίθαλψη, το 17,5% για εξωνοσοκομειακή, το 15,6% για φαρμακευτική, το 9,7% για οδοντιατρική, το 3,8% για πρόληψη, το 16,7% για επιδόματα σε χρήμα και το 5% για διοικητικά έξοδα. Οι νοσοκομειακές κλίνες είναι 11 περίπου ανά 1000 κατοίκους και η μέση διάρκεια νοσηλείας ανέρχεται σε 16 ημέρες (1989) (Iglehart., 1991)

Οι πόροι για την χρηματοδότηση του συστήματος προέρχονται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών) και κατά ένα πολύ μικρότερο ποσοστό από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τις ιδιωτικές πληρωμές. Οι εισφορές υπολογίζονται επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού του εργαζομένου και το ύψος τους καθορίζεται ανάλογα με τις ανάγκες χρηματοδότησης του κάθε ασφαλιστικού ταμείου.

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, που αποτελούν δημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου οργανισμούς, συνήθως μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, χωρίς καμία κρατική παρέμβαση. Η μέθοδος αμοιβής είναι κατά ημέρα νοσηλείας. Οι διοικητικές και κεφαλαιουχικές δαπάνες καλύπτονται από

επιδότησεις της ομοσπονδιακής και τοπικής κυβέρνησης. Οι γιατροί των νοσοκομείων αμείβονται με μισθό, με βάση την ειδικότητα και τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Η χρηματοδότηση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης γίνεται από τα ταμεία στις περιφερειακές ενώσεις των γιατρών και ύστερα από διαπραγματεύσεις. Στην συνέχεια οι περιφερειακές ενώσεις πληρώνουν τους γιατρούς κατά πράξη και με τιμές που συμφωνούνται εκ των προτέρων με το ταμείο. Οι γιατροί είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, συμβεβλημένο με τα ασφαλιστικά ταμεία και εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Το μέσο καθαρό ετήσιο εισόδημα ενός γιατρού της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης είναι περίπου 25 εκατομμύρια δραχμές (18 εκατ. για τους γενικούς και 25 για τους ειδικούς) και είναι περίπου 3,5 φορές μεγαλύτερο από εκείνο του βιομηχανικού εργάτη. Το μέσο εισόδημα του οδοντιάτρου είναι ακόμη μεγαλύτερο (Θεοδώρου και συν.,2001).

16.4.β. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας

Η δομή και οργάνωση του συστήματος βασίζεται στην ομόσπονδη δομή της χώρας και της κυβέρνησης. Υπάρχει σε κεντρικό επίπεδο η ομοσπονδιακή και σε περιφερειακό οι τοπικές κυβερνήσεις, οι περιφερειακές και τοπικές αρχές. Η κεντρική κυβέρνηση νομοθετεί για ιδιαίτερα σημαντικά θέματα κοινωνικής προστασίας όπως νόμους για τα ασφαλιστικά ταμεία, για την χρηματοδότηση των νοσοκομείων, για τα ναρκωτικά και τις μεταδοτικές ασθένειες, για τον ομοσπονδιακό κώδικα άσκησης της ιατρικής από τους γιατρούς κλπ (Θεοδώρου και συν.,2001).

Το 2000 λειτουργούσαν στην Γερμανία 2.019 γενικά νοσοκομεία (753 δημόσια, 832 ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά και 429 ιδιωτικά) και αντιστοιχούσαν 9,1 κλίνες ανά 1000 κατοίκους (6,9 για οξεία περιστατικά) (OECD., 2002).

Η εισαγωγή στα νοσοκομεία γίνεται ύστερα από παραπομπή γενικού ή ειδικού γιατρού, ενώ πρόσφατα καταβάλλεται προσπάθεια οι γενικοί γιατροί να αναλάβουν τη γενικότερη ευθύνη ελέγχου της κατανάλωσης (gate keeping) (Wieners., 2001).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς (οικογενειακοί γιατροί), το 75 % των οποίων έχει δικό του ιατρείο (solo practice) και το 25% συστεγάζεται με άλλους γιατρούς (group practice). Το 5% των ιδιωτών

γιατρών έχουν δικαίωμα να περιθάλλουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομείο (Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs., 2001).

Νομοθετικές ρυθμίσεις προβλέπουν στο διαχωρισμό μεταξύ του οικογενειακού γιατρού και του ειδικευόμενου . Σαν οικογενειακοί γιατροί μπορούν να χαρακτηριστούν οι παθολόγοι, οι παιδίατροι, οι παθολόγοι χωρίς ειδίκευση οι οποίοι έχουν επιλέξει να ασχολούνται ως οικογενειακοί γιατροί.

Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από νοσοκομεία που διαθέτουν σχετική άδεια

Σήμερα υπάρχουν 2260 νοσοκομειακές μονάδες. Επίσης υπάρχουν και γηριατρικά νοσοκομεία και 1400 ιδρύματα αποκατάστασης από τα οποία το 69% καλύπτεται από ασθενείς της ιδιωτικής ασφάλισης.

Επίσης αν οι συνθήκες το επιβάλλουν το Ταμείο ασθενείας αναλαμβάνει τις δαπάνες για νοσηλευτική μέριμνα στο σπίτι. Το δικαίωμα αυτό περιορίζεται σε τέσσερις εβδομάδες ανά περιστατικό.

16.4.γ. Δικαιώματα του πολίτη

Η κοινωνική ασφάλεια υγείας καλύπτει τα ασφαλιζόμενα μέλη και τα προστατευόμενα σε περίπτωση ασθένειας και μητρότητας. Σε αυτούς χορηγούνται οι εξής παροχές: α) σε είδος (προληπτικές εξετάσεις, φάρμακα, βοηθήματα, συσκευές, οδοντιατρική αγωγή, νοσοκομειακή περίθαλψη, νοσηλευτική βοήθεια στο σπίτι, δαπάνες μετακίνησης) β) χρηματική λόγω ασθένειας γ) μητρότητας και επίδομα μητρότητας δ) για άτομα που χρήζουν μακροχρόνια θεραπεία.(Busse., 2002)

Ο Νόμος για την αναδιάρθρωση από την 1-1-1997 δίνει το δικαίωμα στους πολίτες για ελεύθερη επιλογή Ασφαλιστικού φορέα με μοναδική προϋπόθεση την τήρηση τρίμηνης καταγγελίας. Η συμμετοχή του ασθενή στα φάρμακα είναι 3 έως 7 μάρκα.

Η περίθαλψη στους πολίτες περιλαμβάνει εξέταση από παθολόγους, ειδικευμένους γιατρούς και οδοντιάτρους. Οι ασφαλιζόμενοι έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ανάμεσα στους ασφαλιζόμενους γιατρούς χωρίς να καταβάλουν κανένα ποσό για την επίσκεψη. Σε περίπτωση που ο θεράπων ιατρός κρίνει απαραίτητη την παραπομπή σε κάποιο ίδρυμα ή πολυκλινική δίνει ένα παραπεμπτικό και εισέρχεται με αυτό.

16.4.δ. Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Το Γερμανικό σύστημα υγείας κρίνεται ότι παρέχει υψηλού επιπέδου φροντίδα σε όλο τον πληθυσμό, παρά τον τεράστιο αριθμό ταμείων που υπάρχουν. Όμως, όπως όλα τα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων κρατών έχει και αυτό να αντιμετωπίσει προβλήματα όπως να λύσει προβλήματα που έχουν σχέση με την αύξηση του κόστους, την πρόληψη και προαγωγή της υγείας που δεν είναι αρκετά ανεπτυγμένες και τη σωστή αντιμετώπιση και αποκατάσταση των χρονίως πασχόντων που σήμερα σε μεγάλο ποσοστό αφήνονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Ακόμη πρέπει να λύσει τα προβλήματα από τον μεγάλο αριθμό των γιατρών και τον μικρό αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού.

Παρά τα όποια προβλήματα το Γερμανικό μοντέλο αποτελεί σήμερα υπόδειγμα ενός αποτελεσματικού και καλά οργανωμένου εθνικού συστήματος υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Εισαγωγή

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Είναι η παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες στο άτομο. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης της υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα. Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής.

Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως το κάπνισμα, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ό,τι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία (Κυριακίδου, 2005).

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από γιατρούς σε κέντρα υγείας μέσω της διάγνωσης και θεραπείας μη σοβαρών ασθενειών, της διεξαγωγής μικρών χειρουργικών επεμβάσεων, της παροχής μαιευτικής φροντίδας, της φροντίδας υγιών παιδιών, της παροχής συμβουλών και παραπομπών σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι γιατροί των κέντρων μπορεί να είναι γενικοί ή ειδικευμένοι. Ο νοσηλευτής αξιολογεί την κατάσταση υγείας των ασθενών, εφαρμόζει τεχνικές διαδικασίες, συνεργάζεται άμεσα με το γιατρό και παρέχει εκπαίδευση σε θέματα υγείας (Taylor, Lillis & LeMone, 2002).

Η ΠΦΥ αποτελεί τα τελευταία χρόνια, το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου αλλά και αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας.

Το θέμα ξεκίνησε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος αποτελεί διεθνή Οργανισμό με 183 χώρες μέλη. Ο ΠΟΥ, ιδρύθηκε το 1984 με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Διαιρείται σε έξι διοικητικές περιοχές για λόγους οργανωτικούς και πρακτικούς, το δε κεντρικό γραφείο του έχει έδρα τη Γενεύη.

Οι έξι περιοχές είναι:

- Αμερική με έδρα την Ουάσιγκτον.
- Αφρική με έδρα την Πρασανβίλ.
- Νοτιοδυτική Ασία με έδρα το Νέο Δελχί.
- Ευρώπη με έδρα την Κοπεγχάγη.
- Περιοχή Δυτικής Μεσογείου με έδρα την Αλεξάνδρεια.
- Ωκεανία με έδρα τη Μανίλα.

Η Ελλάδα ανήκει στο Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης (ΠΓΕ) μαζί με άλλες 50 χώρες και έχει έδρα την Κοπεγχάγη.

Την τελευταία δεκαετία, έγινε συνείδηση σε διεθνής και διακρατικούς οργανισμούς που ασχολούνται με την υγεία ότι, παρά τα τεράστια έξοδα για τη συντήρηση τέλεια

εξοπλισμένων νοσοκομείων σε πολλές χώρες του κόσμου και παρά την μεγάλη τεχνολογική ανάπτυξη και επιστημονική πρόοδο που παρατηρείται, δεν σημειώνεται ανάλογη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της γης.

Οι ανεπτυγμένες χώρες λόγω του τεράστιου κόστους των υπηρεσιών υγείας έχουν αρχίσει να συνειδητοποιούν ότι απαιτείται μια εντελώς νέα προσέγγιση για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού, μια προσέγγιση που θα επιδιώκει την διατήρηση της υγείας με καλά οργανωμένες υπηρεσίες πρόληψης της νόσου και όχι μόνο θεραπείας σε νοσοκομεία, όπως γίνεται μέχρι τώρα, υπηρεσίες στις οποίες θα έχουν πρόσβαση όλα τα άτομα και θα είναι προσιτές σε όλους (Κυριακίδου, 2005).

Ο ΠΟΥ διακήρυξε στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου μέσα στη δεκαετία του 1970 το σύνθημα «Υγεία για όλους το 2000». Η αντίληψη αυτή, που είναι αποτέλεσμα της διεθνούς συνεργασίας και εμπεριέχει τον κοινωνικό προσανατολισμό της ιατρικής παράλληλα με την ανάπτυξη των προληπτικών μεθόδων παρέμβασης, προέρχεται:

1. Από τη στασιμότητα του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων χωρών παρά την αλματώδη ανάπτυξη των θεραπευτικών και διαγνωστικών μεθόδων της παρεμβατικής ιατρικής και τις υψηλές δαπάνες υγείας.
2. Από τη σχετικά μικρή βελτίωση του επιπέδου υγείας των περισσότερων αναπτυσσόμενων χωρών που παρατηρείται για αρκετές δεκαετίες.
3. Από τη θεαματική βελτίωση του επιπέδου υγείας ορισμένων αναπτυσσόμενων χωρών που ακολούθησαν μια πολιτική πρόληψης των ασθενειών και στηρίχτηκαν ουσιαστικά στην ενημέρωση και τη συνεργασία του πληθυσμού στο επίπεδο της κοινότητας (Κυριακόπουλος & Νιάκας, 1994)

Το 1978 έγινε το Ιστορικό Διεθνές Συνέδριο του ΠΟΥ και της UNICEF στην πρωτεύουσα του Καζακστάν Alma-Ata το οποίο παρακολούθησαν εκπρόσωποι 134 κρατών και 67 οργανώσεων. Το συμπέρασμα του συνεδρίου ήταν ότι το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού του ΠΟΥ «Υγεία για όλους το 2000» θα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Το συνέδριο συνέταξε την περίφημη διακήρυξη της Alma-Ata με τα 10 άρθρα της, η οποία έγινε ομόφωνα δεκτή από όλα τα κράτη και τις οργανώσεις που συμμετείχαν στη διάσκεψη.

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχουν τα πιο κάτω πέντε κύρια χαρακτηριστικά:

1. Είναι προσιτές σε όλους, όλα τα άτομα της κοινότητας έχουν πρόσβαση σ' αυτές.
2. Είναι απαραίτητο να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.
3. Η έμφαση τοποθετείται περισσότερο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας παρά στη θεραπεία.
4. Χρησιμοποιείται η ανάλογη σύγχρονη τεχνολογία. Μέθοδοι, νοσηλείες, τεχνικές και μέσα πρέπει να έχουν επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες των ατόμων κάθε κοινότητας.
5. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τμήμα της όλης προσπάθειας για προαγωγή της υγείας. Η συνεργασία με άλλους τομείς όπως εκπαίδευση, δημόσια διοίκηση, δημοτικές υπηρεσίες κλπ. είναι επίσης απαραίτητη για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του κοινού.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τοποθετούνται οι πιο κάτω οκτώ βασικοί σκοποί των υπηρεσιών ΠΦΥ που διατυπώθηκαν στο ίδιο συνέδριο.

1. του κοινού σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους για πρόληψη και περιορισμό τους.
2. Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής διατροφής σε όλους.
3. Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινού νερού.
4. Φροντίδα υγείας μητέρας-βρέφους και οικογενειακός προγραμματισμός.
5. Εμβολιασμοί.
6. Πρόληψη και περιορισμός των νόσων που ενδημούν στην κάθε χώρα.
7. Αποτελεσματική αντιμετώπιση νόσων και ατυχημάτων.
8. Εξασφάλιση αναγκαίων φαρμάκων.

Το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης στο οποίο ανήκει και η Ελλάδα, μετά τη διακήρυξη της Alma-Ata που αφορούσε όλες τις χώρες μέλη της ΠΟΥ, ανέλαβε ιδιαίτερα έντονη πρωτοβουλία για τη επιτυχία του σκοπού «Υγεία για όλους το 2000», στις χώρες της Ευρώπης.

Το ΠΓΕ απηύθυνε έκκληση στις χώρες μέλη του για μια ριζική αλλαγή στην πολιτική της υγείας που ακολουθούν και ζήτησε να δοθεί πολύ μεγαλύτερη έμφαση

στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας των ατόμων της κάθε χώρας. Η κάθε χώρα μέλος, έχει χρέος να προσαρμόσει τις υπηρεσίες υγείας με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΓΕ για την επιτυχία του σκοπού «Υγεία για όλους το 2000» και να δίδει έκθεση προόδου προς την κατεύθυνση αυτή, κάθε δύο χρόνια (Κυριακίδου, 2005).

17. 1 Η ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμια φροντίδας στην Ελλάδα είναι σχεδόν παράλληλη με εκείνη της ανάπτυξης της Κοινωνικής Ασφάλισης. Καθοριστικό ρόλο στη πορεία της διαδραμάτισαν οι αντίστοιχες εξελίξεις στο χώρο της υγείας και της επέκτασης της κοινωνικής ασφαλιστικής κάλυψης. Οι παρεμβάσεις αυτές επηρεάστηκαν:

- Από τη βιομηχανική ανάπτυξη.
- Τις μείζονες πολιτικές εξελίξεις στον τόπο μας.
- Την αλλαγή του νοσολογικού προτύπου μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο.
- Από την σημασία και την προτεραιότητα που αποδίδει η κάθε κοινωνία στην αξία της διατήρησης τη υγείας.

Στην Ελλάδα αρχίζει η προσπάθεια εφαρμογής των κατευθύνσεων αυτών και οργάνωσης της ΠΦΥ το 1934 με τη δημοσίευση του νόμου 6298/1934 που προέβλεπε τη δημιουργία πολυϊατρείων του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές.

Ο νόμος 2592/53 προέβλεπε αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, δηλαδή τους Κοινοτικούς Υγειονομικούς Σταθμούς, οι οποίοι μετά το 1955 συμπληρώθηκαν με τα Κοινοτικά και Αγροτικά Ιατρεία (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996).

Ο νόμος 1397/83 αποτελεί σταθμό στην εξέλιξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα και προβλέπει την ίδρυση Κέντρων Υγείας συνδεδεμένων με τα νοσοκομεία από τα οποία και εξαρτώνται. Η Νοσηλευτική αποτελεί μία από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας, μαζί με την Ιατρική και τη Διοικητική υπηρεσία, αφού τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων.

Ο νόμος 1597/85 άρθρο 5 κατοχυρώνει τον τίτλο του νοσηλευτή ο οποίος απονέμεται στους απόφοιτους ΑΕΙ και ΤΕΙ. Ο ίδιος νόμος καθορίζει 4 νοσηλευτικές ειδικότητες (Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική, Ψυχιατρική).

Στη συνέχεια ο νόμος 2071/92 χωρίζει τη χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες και τοποθετεί τα Κέντρα Υγείας κάτω από τον έλεγχο και την κατεύθυνση των Νομαρχιών. Σύμφωνα με το νόμο αυτό τα ΚΥ μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες ΠΦΥ οι οποίες δεν υπάγονται στα νοσοκομεία όπως ο προηγούμενος νόμος (1397/83) προέβλεπε.

Ο πιο πάνω νόμος επίσης καθορίζει:

1. Τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των ΚΥ
2. Τη λειτουργία προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας στα ΚΥ
3. Τα καθήκοντα και αρμοδιότητες της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας
4. Τις εργασιακές σχέσεις, την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση γιατρών.

Με το τελευταίο 'μίνι Νομοσχέδιο 2194/94 για την Υγεία', τα ΚΥ επανέρχονται στα νοσοκομεία από όπου και εξαρτώνται διοικητικά, όπως προέβλεπε αρχικά ο ιδρυτικός νόμος για τη ΠΦΥ (Κυριακίδου, 2005).

Πρέπει να τονίσουμε ότι το ΙΚΑ είναι ο μοναδικός ίσως ασφαλιστικός φορέας στην Ευρώπη και στον κόσμο που, πρώτον, ανέπτυξε από την ίδρυσή του και παράλληλα με την ασφαλιστική του προσπάθεια υγειονομικές μονάδες παροχής Υγειονομικών Υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον αστικό και αργότερα ημιαστικό χώρο, και δεύτερον, διείδε από πολύ νωρίς τη σημασία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού μέσα στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την καθιέρωσε από το 1960 (Κυριόπουλος & Φιλαλήτης, 1996).

Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Οι σκοποί των υπηρεσιών ΠΦΥ δεν είναι δυνατό να επιτευχθούν από ένα μόνο άτομο, οποιασδήποτε ειδικότητας. Η συνειδητοποίηση του γεγονότος αυτού οδήγησε στην ανάπτυξη της ιδέας της διεπιστημονικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας της κοινότητας και την ανάπτυξη και οργάνωση της Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η ομάδα υγείας λειτουργεί και στα 3 επίπεδα υγειονομικών υπηρεσιών, την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ΠΦΥ προσφέρεται στα ΚΥ, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και ασφαλιστικών οργανισμών. Επεκτείνεται όμως στο σπίτι, στο σχολείο, τους χώρους εργασίας, ψυχαγωγίας, άθλησης και οπουδήποτε ζει, σπουδάζει, εργάζεται και δραστηριοποιείται το άτομο με οποιονδήποτε τρόπο.

Η Ομάδα ΠΦΥ διαχωρίζεται σε δύο ομάδες ανάλογα την σύσταση, το μέγεθος και τον αριθμό ειδικοτήτων.

1. Την Πυρηνική ομάδα που αποτελείται από γιατρούς και νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων οι οποίοι εργάζονται χρησιμοποιώντας τις ευρύτερες υπηρεσίες ενός νοσοκομείου και προσφέρουν υπηρεσίες σε μια συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού της κοινότητας.

2. Την Διευρυμένη Υγειονομική Ομάδα όπου περιλαμβάνει και άλλες ειδικότητες με σκοπό την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών της κοινότητας. Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, υγειονομικοί μηχανικοί, ψυχολόγοι και πολλές άλλες ειδικότητες που ασχολούνται με θέματα υγείας και με την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν από την διαταραχή της υγείας των ατόμων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει τον πιο κάτω ορισμό για την Ομάδα Υγείας: Ομάδα Υγείας είναι ένας μη ιεραρχικός συνεταιρισμός ανθρώπων διαφορετικής επιστημονικής ειδικότητας που έχουν κοινό αντικειμενικό σκοπό την προσφορά της καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα (Κυριακίδου, 2005).

Φροντίδα υγείας στην κοινότητα

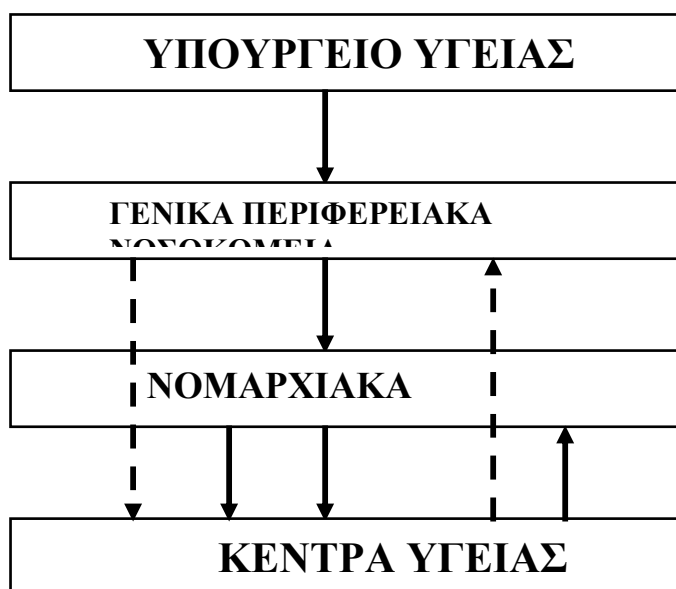
Είναι η φροντίδα που παρέχεται σε άτομα που ζουν σε μια ορισμένη γεωγραφική περιοχή ή έχουν κοινές ανάγκες. Είναι ολιστική, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις διαστάσεις του ατόμου τόσο σε καταστάσεις υγείας όσο και ασθένειας. Η φροντίδα υγείας στην κοινότητα σχεδιάζεται ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων, καθώς αυτά μετακινούνται μεταξύ διαφόρων υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας. Παρέχεται διαμέσου πολλών διαφορετικών υπηρεσιών όπως ιατρεία,

νοσοκομεία, σπίτια, σχολεία και κέντρα ημερήσιας φροντίδας για παιδιά και ηλικιωμένους.

Άλλες υπηρεσίες φροντίδας υγείας στην κοινότητα είναι τα κέντρα παρέμβασης σε κρίση, τα κέντρα ψυχικής υγείας, τα προγράμματα αποκατάστασης αλκοολικών και τοξικομανών, τα ιατρεία ετοιμότητας και οι εκκλησίες. Μερικές υπηρεσίες για φροντίδα υγείας στην κοινότητα παρέχουν εμβολιασμούς σε βρέφη και παιδιά, έλεγχο για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή τη φυματίωση. Τέλος, η φροντίδα υγείας στην κοινότητα μπορεί να εστιάζει σε ειδικές ανάγκες, όπως των ηλικιωμένων ατόμων ή των ασθενών με νοσήματα τελικού σταδίου (Taylor, Lillis & LeMone, 2002).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα Κέντρα Υγείας

Στην Ελλάδα κύτταρο και πυρήνας της ΠΦΥ αποτελεί το Κέντρο Υγείας. Είναι απαραίτητο λοιπόν να δούμε πιο αναλυτικά την οργάνωση, στελέχωση και λειτουργία του. Στο παρακάτω σχήμα φαίνεται η οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών.



Οι υπηρεσίες υγείας κατευθύνονται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και λειτουργούν σε 3 επίπεδα.

- Τη Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που δίδεται από τα μεγάλα Περιφερειακά Νοσοκομεία τα οποία πρέπει να είναι εξοπλισμένα με όλες τις ειδικότητες και να δίδουν εξειδικευμένη φροντίδα στα άτομα που τη χρειάζονται.
- Τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας που δίδεται από τα μικρότερα νομαρχιακά νοσοκομεία που διαθέτουν όλες τις βασικές ειδικότητες, δεν έχουν όμως πλήρη εξοπλισμό για την εξειδικευμένη φροντίδα σε όλες τις περιπτώσεις.
- Τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που δίδεται από τα Κέντρα Υγείας τα οποία βρίσκονται κατά το δυνατόν κοντά στον τόπο ζωής του ατόμου και αποτελούν τον πρώτο σταθμό για την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας του ατόμου της κοινότητας.

Το μέγεθος των Κέντρων Υγείας, ο εξοπλισμός και η στελέχωση τους με το απαραίτητο επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό πρέπει να είναι ανάλογο με τον πληθυσμό και τις ανάγκες του οποίου καλύπτει. Τα Κέντρα Υγείας κάθε χώρας κατανομούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζουν φροντίδα σε όλο το πληθυσμό τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές.

Τα Κέντρα υγείας πρέπει να συνεργάζονται άμεσα τόσο με τα νοσοκομεία Δευτεροβάθμιας όσο και τα νοσοκομεία Τριτοβάθμιας Φροντίδας. Η σχέση μεταξύ των τριών διαβαθμίσεων είναι αμφίδρομη. Το άτομο μπορεί να σταλεί από την υγειονομική ομάδα του κέντρου υγείας στο περιφερειακό νοσοκομείο για μια συγκεκριμένη νοσηλεία και να επιστρέψει. Σε κάθε περίπτωση όμως, όλες οι γραπτές πληροφορίες που αφορούν το άτομο, το συνοδεύουν όπου χρειαστεί να μεταφερθεί. Εξασφαλίζεται έτσι η συνέχεια της φροντίδας το ατόμου και η σωστή και πλήρης ενημέρωση του υγειονομικού προσωπικού.

Το άτομο της κοινότητας για κάθε οξύ ή χρόνια πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει δεν καταφεύγει στο νοσοκομείο, αλλά στο ΚΥ της περιοχής του. Το επιστημονικό προσωπικό του Κέντρου αξιολογεί το πρόβλημα, κάνει τις απαραίτητες εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις και αποφασίζει κατά πόσο το άτομο έχει ανάγκη από ειδικότερη φροντίδα στο νοσοκομείο.

Η προσφορά του ΚΥ δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση του προβλήματος αλλά επεκτείνεται πολύ περισσότερο στην πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητας που εξυπηρετεί. Η αγωγή υγείας που γίνεται σε άτομα και ομάδες είναι συνεχής και καλύπτει όλα τα θέματα υγείας και γίνεται τόσο μέσα στους χώρους του Κέντρου όσο και εκτός από αυτό, σε σχολεία, εργασιακούς χώρους, χώρους άθλησης και ψυχαγωγίας ή και στο χώρο του σπιτιού.

Για να ανταποκριθεί στον προορισμό του το ΚΥ πρέπει να έχει τις κατάλληλες κτιριακές εγκαταστάσεις, ανάλογο εξοπλισμό και να είναι επανδρωμένο με κατάλληλο προσωπικό. Οι απαραίτητοι χώροι για την ομαλή λειτουργία του ΚΥ είναι οι εξής:

- ◆ Αίθουσα υποδοχής, η οποία αποτελεί συνήθως τον κεντρικό χώρο του κτιρίου και εκεί δίνονται πληροφορίες και κατευθύνσεις για την εξυπηρέτηση των ατόμων.
- ◆ Γραφεία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και τραπεζαρία ή κάποιος χώρος αναπαύσεως.
- ◆ Αίθουσες ιατρικής εξέτασης οι οποίες είναι ανάλογες σε αριθμό με τις ειδικότητες που διαθέτει το κέντρο.
- ◆ Αίθουσα μικρο επεμβάσεων που χρησιμοποιείται για διάφορες απλές επεμβάσεις όπως συρραφή τραύματος, τοποθέτηση γύψου, αφαίρεση ξένων σωμάτων κλπ.
- ◆ Δωμάτιο φιλοξενίας αρρώστων όπου φιλοξενούνται οι άρρωστοι που χρειάζονται παρακολούθηση για μερικές ώρες είτε γιατί έκαναν επέμβαση, είτε γιατί χρειάζεται να αποφασιστεί κατά πόσον ο άρρωστος μπορεί να πάει σπίτι του ή να σταλεί σε νοσοκομείο.
- ◆ Χώρος φυσιοθεραπείας όπου είναι ιδιαίτερα χρήσιμος διότι μπορεί το άτομο να κάνει τη φυσιοθεραπεία του χωρίς να χρειάζεται να ξοδεύει σε ιδιώτες ή να αναγκάζεται να πάει σε νοσοκομείο για το σκοπό αυτό.
- ◆ Αίθουσες διδασκαλίας που χρησιμοποιούνται για τις εκπαιδευτικές ανάγκες του προσωπικού του ΚΥ και για ομαδική διδασκαλία του πληθυσμού της κοινότητας.
- ◆ Μικροβιολογικό εργαστήριο.
- ◆ Ακτινολογικό εργαστήριο.

Στη νοσηλευτική υπηρεσία χρειάζεται να ακολουθηθεί κάποια ιεραρχία και να καθοριστούν τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες κάθε νοσηλευτικού επιπέδου, με σκοπό την εξασφάλιση καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας στον πληθυσμό.

Η νοσηλευτική ιεραρχία του ΚΥ ακολουθεί την ιεραρχία του νοσοκομείου:

1. Προϊστάμενος/νη ΚΥ. Πρέπει απαραίτητα να είναι νοσηλευτής με ειδικότητα στην Κοινωνική Νοσηλευτική. Είναι υπεύθυνος για την κατανομή και τον συντονισμό της εργασίας όλου του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων. Εποπτεύει και ελέγχει την εργασία και φροντίζει για την ποιότητα της φροντίδας που προσφέρεται.

2. Νοσηλευτές υπεύθυνοι τομέων. Είναι υπεύθυνοι για την προσφορά ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα της κοινότητας που περιλαμβάνονται στον τομέα του, πρέπει να έχουν μια ευρύτερη γνώση της κοινότητας και των αναγκών κάθε ομάδας πληθυσμού.

3. Πτυχιούχοι νοσηλευτές. Πρέπει να είναι επαγγελματικά υπεύθυνοι για τη εκτίμηση των αναγκών, τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση του αποτελέσματος της φροντίδας που προσφέρεται σε μια συγκεκριμένη περιοχή. Επίσης επιβλέπουν και κατευθύνουν τους βοηθούς νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται κάτω από τη δική τους επίβλεψη.

4. Βοηθοί νοσηλευτές. Σε αυτούς δίδεται μόνον η ευθύνη για απλές νοσηλείες όπως η καθαριότητα του αρρώστου, η διατροφή του κλπ. και βοηθούν τον νοσηλευτή στην υπόλοιπη φροντίδα (Κυριακίδου, 2005).

Κέντρα Υγείας του Νομού Ηρακλείου

Ο Νομός Ηρακλείου έχει δύο νοσοκομεία, το Βενιζέλειο και το ΠΕΠΑΓΝΗ.

Με τα νοσοκομεία είναι συνδεδεμένα τα έξι Κέντρα Υγείας με τα

οποία συνεργάζονται τα 31 ιατρεία του νομού. Τα ΚΥ είναι τα εξής:

1. Αγ. Βαρβάρας με το οποίο συνεργάζονται τα ιατρεία του Ζαρού, του Βενεράτου, των Δαφνών, του Αγ. Θωμά, των Κάτω Ασίτων και της Γέργερης.
2. Άνω Βιάνου με το οποίο συνεργάζονται τα ιατρεία του Εμπάρου και του Πεύκου.

3. Αρκαλοχωρίου με το οποίο συνεργάζονται τα ιατρεία του Σκινιά, του Αλαγνίου, των Πεζών, της Γαρύπας, της Πεδιάδος και της Παναγιάς.
4. Καστελίου με το οποίο συνεργάζονται τα ιατρεία του Μόχου, του Θραψανού, των Αγ. Παρασκιών και του Αμαριανού.
5. Μοιρών με το οποίο συνεργάζονται τα ιατρεία της Γρηγοριάς, των Αγ. Δέκα, του Σίβα, της Πόμπιας, της Βασιλικής, των Ανωγείων, του Μιάμου και του Τυμπακίου.
5. Χάρακα με το οποίο συνεργάζονται τα ιατρεία του Τεφελιού, των Γωνιών, του Μεσοχωρίου, του Ασημίου, του Πύργου και του Μεταξοχωρίου (Αδαμόπουλος, 1992).

Ανθρώπινο δυναμικό και Υπηρεσίες Υγείας

Στα 163 Κέντρα Υγείας, το 1990, όπου υπηρετούσαν 1.616 γιατροί και 374 οδοντίατροι πραγματοποιήθηκαν 3.780.164 ιατρικές εξετάσεις. Οι εξετάσεις αυτές αντιστοιχούν σε 23.191 ημερησίως ή 63 εξετάσεις ημερησίως ανά ΚΥ. Σε κάθε ΚΥ υπηρετούν κατά μέσο όρο 12 γιατροί και οδοντίατροι. Οι 23.191 ετήσιες εξετάσεις, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από κάθε Κέντρο Υγείας, αντιστοιχούν σε 5 εξετάσεις ανά γιατρό και οδοντίατρο ημερησίως. Άλλες υπηρεσίες, εκτός των ιατρικών εξετάσεων, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε όλα τα ΚΥ της χώρας είναι:

- Εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες απαριθμούν σε 1.875.948 και αντιστοιχούν σε 11.509 ανά Κέντρο ετησίως ή σε 32 ημερησίως.
- Εμβόλια, τα οποία απαριθμούν σε 257.641 και αναλογούν σε 1.581 εμβόλια ανά Κέντρο ετησίως ή σε 4 ημερησίως.
- Ενέσεις, οι οποίες ανέρχονται σε 90.084 και αντιστοιχούν σε 553 ενέσεις ετησίως ή 1,5 ημερησίως ανά Κέντρο Υγείας.
- Συγκεκριμένα στα 6 Κέντρα Υγείας του Νομού Ηρακλείου έγιναν συνολικά 112.505 ιατρικές εξετάσεις, 39.707 εργαστηριακές εξετάσεις, 12.291 εμβόλια και 15.498 ενέσεις το έτος 1990 (Αδαμόπουλος, 1992).

Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως αναφέρθηκε, παρέχεται εκτός από την πολιτεία και από άλλους φορείς, όπως οι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί. Ο μεγαλύτερος από τους οργανισμούς αυτούς είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Το ΙΚΑ κατά το έτος 1988 διέθετε 273 μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και από αυτές εξυπηρετήθηκαν 4.987.000 άτομα. Από αυτά άμεσοι ασφαλισμένοι ήταν 1.766.000 και οι υπόλοιποι 3.221.000 ήταν έμμεσοι ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι. Παρατηρείται ότι η σχέση των άμεσων ασφαλισμένων προς τους έμμεσα ασφαλισμένους είναι 1:1,8, δηλαδή ένας άμεσα ασφαλισμένος καλύπτει, εκτός του εαυτού του και δύο περίπου άτομα επιπλέον.

Για την κάλυψη των αναγκών του ΙΚΑ απασχολούνται 19.93 άτομα τα οποία διακρίνονται σε:

- Ιατρικό προσωπικό που αριθμεί σε 6.289 άτομα και καλύπτουν το 31,6% του συνόλου των εργαζομένων.
- Υγειονομικούς υπαλλήλους οι οποίοι είναι 4.549 και αντιστοιχούν στο 22,8% των εργαζομένων.
- Διοικητικούς υπαλλήλους οι οποίοι είναι 9.075 και αναλογούν στο 45,6% του συνόλου των εργαζομένων.

Παρατηρείται δηλαδή ότι οι διοικητικοί υπάλληλοι είναι περισσότεροι και αναλογούν στους μισούς περίπου όλων των εργαζομένων. Σημειωτέων ότι το Ίδρυμα αυτό έχει τεράστιο οικονομικό έλλειμμα.

Οι παροχές ασθενείας και ειδικότερα, ιατρικής περίθαλψης, φαρμακευτικής περίθαλψης, ημέρες επιδότησης κοινής νόσου, εργατικού ατυχήματος, μητρότητας ενός έτους, του έτους 1988, έχει ως εξής:

- Επισκέψεις σε ιατρεία, 21.520.964
- Επισκέψεις κατ' οίκων, 539.552
- Επισκέψεις μητέρας και παιδιού, 434.586
- Αριθμός συνταγών, 18.072.632
- Αριθμός φαρμάκων, 36.296.775
- Ημέρες επιδότησης κοινής νόσου, 6.296.803
- Ημέρες επιδότηση εργατικού ατυχήματος, 753.388
- Ημέρες επιδότησης μητρότητας, 1.921.591

Ως προς τη συνταγογραφία διαπιστώνεται ότι ο μέσος όρος συνταγογραφούμενων φαρμάκων ανά συνταγή ανέρχεται σε 2 φάρμακα. Η αναλογία αυτή δεν είναι μεγάλη και έρχεται σε αντίθεση με τη γενικότερη εντύπωση περί μεγάλης κατανάλωσης φαρμάκων στο ΙΚΑ (Αδαμόπουλος, 1992).

17.2 Η χρηματοδότηση των Υγειονομικών Συστημάτων

Υπάρχει μια ποικιλία συνδυασμών και εναλλακτικών τρόπων, σε ό,τι αφορά την προέλευση των κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα.

Οι σπουδαιότερες πηγές κεφαλαίων, όπως προκύπτει από τη διεθνή εμπειρία, μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

1. Δημόσιος τομέας

◆ Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

-Έσοδα από γενική φορολογία

-Έσοδα από ειδικούς φόρους

◆ Υποχρεωτική Καθολική Ασφάλιση

-Εισφορές εργαζόμενων και εργοδοτών

-Εισφορές ομάδων πληθυσμού που προσδιορίζονται σύμφωνα με το ύψος του ετήσιου εισοδήματος και που λειτουργούν ως ένας υποθετικός ειδικός φόρος για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

-Ειδική φορολογία προσώπων και επιχειρήσεων που προσδιορίζεται σύμφωνα με το ύψος των κερδών.

2. Ιδιωτικός τομέας

-Ιδιωτική Ασφάλιση

-Εργοδοτικές παροχές

-Οικογενειακό Εισόδημα νοικοκυριών

-Δωρεές Φιλανθρωπικών Οργανισμών

3. Εξωτερική Βοήθεια και Συνεργασία

-Διεθνής Τράπεζα, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κλπ (Κυριακόπουλος & Νιάκας, 1991)

Η διάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Στη χώρα μας, όπως και στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, η παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε ένα μικτό σύστημα του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Και οι δύο τομείς μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70 αντλούσαν κυρίως τα έσοδα τους από τους οργανισμούς της κοινωνικής ασφάλισης.

Οι οργανισμοί της κοινωνικής ασφάλισης ή τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας όπως έχουν καθιερωθεί να ονομάζονται, ασφαλίζουν υποχρεωτικά τις ειδικές ομάδες και κοινωνικά στρώματα για τα οποία έχουν ιδρυθεί και καθένα έχει τη δική του οικονομική, οργανωτική και διοικητική αυτοτέλεια. Σε ότι αφορά την παραγωγή των φροντίδων υγείας, ο ιδιωτικός τομέας υγείας είχε σημαντικό βάρος, αφού στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη η ιδιωτική παροχή υπηρεσιών ήταν το βασικό πρότυπο και στη νοσοκομειακή περίθαλψη πάνω από 50% των νοσοκομειακών κλινών άνηκαν στον ιδιωτικό τομέα μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '70.

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 η σοσιαλιστική κεντρική διοίκηση, επιχειρεί να πραγματοποιήσει σημαντικές και διαρθρωτικές αλλαγές στο επίπεδο της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας. Η εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας σκοπεύει στη δημόσια παραγωγή και διανομή των φροντίδων για όλο το πληθυσμό, ανεξάρτητα από εισόδημα, κοινωνική τάξη και φορέα ασφαλιστικής κάλυψης.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το ΕΣΥ ακολουθώντας τη θεμελιώδη αρχή των εθνικών συστημάτων υγείας 'δωρεάν φροντίδα υγείας στον τόπο της χρησιμοποίησης' και 'ίση φροντίδα υγείας για ίση ανάγκη' έχει αρκετές ομοιότητες με το Βρετανικό ΕΣΥ. Πιο συγκεκριμένα, τα κοινά στοιχεία των δύο συστημάτων αφορούν την υπευθυνότητα του κράτους για την υγεία των πολιτών, την περιφερειακή οργάνωση των παρεχόμενων φροντίδων υγείας και το θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Όμως το ελληνικό ΕΣΥ έχει ταυτόχρονα υιοθετήσει τις κατευθυντήριες αρχές του ΠΟΥ για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και προβλέπει την ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας, όπως αυτά είναι γνωστά από τη σκανδιναβική εκδοχή του ΕΣΥ. Σε γενικές γραμμές η διάρθρωση του ΕΣΥ έχει ως

εξής: Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι το αρμόδιο όργανο από την πλευρά του κράτους για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Ο Υπουργός είναι υπεύθυνος προς την κυβέρνηση και το κοινοβούλιο για την υγειονομική πολιτική και υπό τον άμεσο έλεγχο του βρίσκονται όλες οι υπηρεσίες του ΕΣΥ.

Για την εξυπηρέτηση της αποκέντρωσης και των τοπικών υγειονομικών αναγκών ο υγειονομικός τομέας έχει διαιρεθεί σε εννέα υγειονομικές περιφέρειες. Σε κάθε περιφέρεια προβλέπεται η ύπαρξη ενός τουλάχιστον περιφερειακού πανεπιστημιακού νοσοκομείου του ΕΣΥ, το οποίο είναι υπεύθυνο για την παροχή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αντίστοιχα σε νομαρχιακό επίπεδο, ένα τουλάχιστο γενικό νοσοκομείο καλύπτει τις ανάγκες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ είχε κάποια θετικά αποτελέσματα πρέπει όμως να τονιστεί, ότι μερικά γενικά νοσοκομεία, βάση μελετών, φαίνεται ότι υπολειτουργούν και δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού για δευτεροβάθμια φροντίδα. Η έλλειψη υποδομής και ιατρικού προσωπικού είναι οι βασικότεροι λόγοι που ωθούν τους κατοίκους στα αστικά κέντρα.

Η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχει τις περισσότερες δυσκολίες και προβλήματα, επειδή οι ρυθμίσεις του ΕΣΥ ήταν αρκετά φιλόδοξες. Η κακή οικονομική κατάσταση της χώρας σε συνδυασμό με τη γενική αντίθεση του ιατρικού σώματος στις ρυθμίσεις αυτές ανάγκασε ή/και διευκόλυνε την κεντρική σοσιαλιστική διοίκηση να αναβάλλει την ολοκλήρωση των προγραμματισθέντων αλλαγών στην ΠΦΥ.

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία

Η παροχή των φροντίδων υγείας στη χώρα μας πριν το ΕΣΥ είχε ακολουθήσει το πρότυπο της κοινωνικής ασφάλισης του Bismarck. Παρά το γεγονός ότι η δημιουργία των ασφαλιστικών ταμείων άρχισε στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, τα σημαντικότερα από αυτά δημιουργήθηκαν το 1937 το ΙΚΑ, το 1934 το ΤΕΒΕ και το 1961 ο ΟΓΑ.

Ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων υγείας είναι περίπου 80, αλλά τα περισσότερα από αυτά έχουν ένα μικρό αριθμό ασφαλισμένων. Τα μεγαλύτερα

ασφαλιστικά ταμεία όπως το ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ καλύπτουν πάνω από 75% του συνολικού πληθυσμού και λειτουργούν και ως ταμεία συντάξεως. Ο αριθμός των ανασφάλιστων δεν είναι γνωστός, αν και δεν πρέπει να ξεπερνά το 5% του πληθυσμού και αφορά τους μόνιμα άνεργους. Στην περίπτωση της υγείας το ποσοστό αυτό δεν αποτελεί πρόβλημα, διότι και αυτοί μπορούν να χρησιμοποιήσουν νοσοκομειακές υπηρεσίες και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων χωρίς καμία επιβάρυνση.

Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι δημόσιοι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και οι πηγές των πόρων τους προέρχονται από εισφορές των εργαζόμενων και εργοδοτών στην περίπτωση της εξαρτημένης εργασίας, των ασφαλισμένων στην περίπτωση της αυτοαπασχόλησης και από κοινωνικούς πόρους για ορισμένα ταμεία. Σε ό,τι αφορά τον ΟΓΑ ολόκληρη η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το θεσμικό πλαίσιο των ασφαλιστικών ταμείων δίνει το δικαίωμα στον αρμόδιο Υπουργό Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να επεμβαίνει σε κρίσιμα ζητήματα της λειτουργίας τους, όπως στον καθορισμό του ασφαλιστρού και στην άσκηση της διοίκησης. Ο ορισμός των διοικητικών συμβουλίων των ταμείων είναι αποκλειστικό δικαίωμα του Υπουργού.

Ο Ιδιωτικός Τομέας Υγείας

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στη χώρα μας έχει μια σημαντική παράδοση και ασκεί ακόμη και σήμερα ένα μεγάλο ρόλο. Η αδυναμία ή και η αδιαφορία του κράτους στην ανάπτυξη των δημόσιων υπηρεσιών ήταν επόμενο να προκαλέσει το επιχειρηματικό ενδιαφέρον του ιδιωτικού τομέα. Στα μέσα της δεκαετίας του '50 το επιτυχημένο πρότυπο του Έλληνα γιατρού ήταν να ασκεί την ιατρική σε δική του κλινική. Οι ιδιωτικές κλινικές ήταν μικρά νοσοκομεία με 20-50 κλίνες μίας ή περισσότερων ειδικοτήτων. Αργότερα ομάδες γιατρών ανέπτυξαν μεγαλύτερες μονάδες με 100-250 κλίνες.

Ο νόμος του ΕΣΥ επέβαλλε σοβαρούς περιορισμούς σε ό,τι αφορά την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Ο πρώτος αφορά την απαγόρευση για επέκταση και ανάπτυξη των κλινικών του ιδιωτικού τομέα υγείας και ο δεύτερος την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών που υπηρετούν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Παρά

τους περιορισμούς ο ιδιωτικός τομέας υγείας είχε μία σημαντική ανάπτυξη, παράλληλα με την ανάπτυξη του δημόσιου τομέα.

Πρώτον, ο μεγάλος αριθμός των γιατρών βρίσκει διέξοδο στην άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής επειδή το ΕΣΥ στην πορεία της ανάπτυξής του έδωσε κυρίαρχη έμφαση στο νοσοκομειακό τομέα και όχι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Δεύτερον, μια πληθώρα διαγνωστικών κέντρων υψηλής τεχνολογίας κατέκλυσαν την αγορά των υπηρεσιών υγείας, καθώς τα κεφάλαια για επενδύσεις του δημόσιου τομέα προέρχονται από ένα ελλειμματικό δημόσιο προϋπολογισμό είναι περιορισμένα. Το έδαφος αυτό ήρθε να καλύψει η ιδιωτική επιχειρηματική πρωτοβουλία για να αποκομίσει υψηλά κέρδη και να εκμεταλλευτεί και τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα σε μια δραστηριότητα με μελλοντικές προοπτικές ανάπτυξης (Κυριακόπουλος & Νιάκας, 1991).

17.3 Η χρηματοδότηση του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα

Στη χώρα μας όπως και αλλού, η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα αποτελεί μία σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία. Ασφαλιστικά ταμεία και ταμεία υγείας, ο δημόσιος προϋπολογισμός και ιδιωτικές δαπάνες υγείας αποτελούν τις βασικές πηγές χρηματοδότησης, παρά το γεγονός ότι ιστορικά και θεσμικά το υπόδειγμα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση. Η προσπάθεια αλλαγής όμως του παράγοντα της προσφοράς με τη θέσπιση του ΕΣΥ, επέφερε σημαντικές επιδράσεις και στη ζήτηση ή τις υφιστάμενες διαδικασίες χρηματοδότησης.

Προκειμένου να κατανοηθεί το παραπάνω ζήτημα, το οποίο είναι το κυρίαρχο στην εξέλιξη του τρόπου χρηματοδότησης και συναρτάται άμεσα με τις διαδικασίες οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομειακών μονάδων, θα επιχειρηθούν να περιγραφούν σύντομα, οι κύριες λειτουργίες και οι πραγματικές συναλλαγές του υγειονομικού τομέα.

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία

Σε ό,τι αφορά το νοσοκομειακό τομέα όλα σχεδόν τα ασφαλιστικά ταμεία αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και δεν παράγουν πλέον τα ίδια νοσοκομειακές υπηρεσίες για τους ασφαλισμένους τους. Αυτό οφείλεται τόσο στο υψηλό νοσοκομειακό κόστος, όσο και στη θέσπιση του ΕΣΥ. Σε ό,τι αφορά την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπάρχουν δύο βασικά υποδείγματα, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις αλληλοσυμπληρώνονται.

Στο πρώτο υπόδειγμα παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνονται ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία έχουν στην κατοχή τους υπηρεσίες και παράγουν υπηρεσίες επιχειρώντας να καλύψουν τις περισσότερες ανάγκες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους τους. Το υπόδειγμα αυτό έχει ακολουθηθεί από το ΙΚΑ. Τα περισσότερα ταμεία του είδους αυτού, παρέχουν υπηρεσίες στα μεγάλα αστικά κέντρα σε καθημερινή βάση σε δικά τους πολυιατρεία με όλες σχεδόν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες. Οι γιατροί παρέχουν σχέση εξαρτημένης εργασίας και αμείβονται με μισθό.

Το δεύτερο υπόδειγμα αφορά ασφαλιστικά ταμεία που δεν παράγουν καθόλου υπηρεσίες υγείας. Τα περισσότερα από αυτά συμβάλλονται με συμβόλαια ετήσιας διάρκειας με γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι παράλληλα με την άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής δέχονται ασφαλισμένους των ταμείων και οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη, δηλαδή σύμφωνα με τον αριθμό των επισκέψεων. Μερικά δεν έχουν καμία σύμβαση με τους γιατρούς. Ακολουθούν το παράδειγμα των ασφαλισμένων του δημοσίου, που έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν οιονδήποτε γιατρό που αμείβεται κατά τη κρίση του και τις υπάρχουσες τιμές της ιατρικής αγοράς και εκ των υστέρων επιχορηγούνται από τον ασφαλιστικό τους φορέα, σύμφωνα με τις επίσημες τιμές που καθορίζει το Υπουργείο Υγείας.

Την τελευταία δεκαετία η κυβέρνηση έχει αρνηθεί να ακολουθήσει τις πραγματικές τιμές που έχει διαμορφώσει η ζήτηση και η προσφορά και αυτό έχει συντελέσει στο να επιβαρύνονται οι ασφαλισμένοι με σημαντικά ποσά που προέρχονται από τα ατομικά τους εισοδήματα. Όμως πρέπει παράλληλα να αναφερθεί, ότι τα υπάρχοντα κέντρα υγείας στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων στις αστικές περιοχές προσφέρουν ελεύθερα και δωρεάν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλους ανεξάρτητα από το φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης.

Η ίδια διαδικασία έχει ακολουθηθεί για την αγορά των υπηρεσιών της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η αποζημίωση-χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται στην εκ των υστέρων μέθοδο και έχει ως βάση το κλειστό νοσήλιο. Για κάθε μέρα νοσηλείας οι ασφαλιστικοί οργανισμοί πληρώνουν για όλα τα έξοδα και ανεξάρτητα από το είδος και τη βαρύτητα της ασθένειας μία συγκεκριμένη τιμή. Η τιμή αυτή δεν καθορίζεται με βάση τα στοιχεία του κόστους του κάθε νοσοκομείου, αλλά είναι αυθαίρετη και προσδιορίζεται ετησίως από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Ο Κρατικός Προϋπολογισμός

Η συνεισφορά της γενικής φορολογίας στη λειτουργία του υγειονομικού τομέα ήταν μάλλον μικρή μέχρι και την δεκαετία του '60, αφού το σύστημα στηριζόταν στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης και στις ιδιωτικές δαπάνες. Ο δημόσιος προϋπολογισμός χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για να χρηματοδοτήσει γενικά προληπτικά μέτρα δημόσιας υγείας, ιατρικές δαπάνες των δημοσίων υπαλλήλων, το κόστος της κεντρικής διοίκησης και δαπάνες περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού, ο οποίος ακόμη και σήμερα δεν πληρώνει εισφορές στο ασφαλιστικό του ταμείο, τον ΟΓΑ.

Η γενική φορολογία άρχισε να παίζει ένα σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από τη δεκαετία του '70 και ιδιαίτερα όταν η κεντρική διοίκηση αποφάσισε να ακολουθήσει την πολιτική του κλειστού νοσηλίου και να καθλώσει αυτό σε χαμηλότερες τιμές. Το πρώτο άμεσο αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής στο νοσοκομειακό τομέα, ήταν τα μεγάλα ελλείμματα των νοσοκομειακών προϋπολογισμών. Για να αποφύγει τον κίνδυνο της διακοπής της λειτουργίας των περισσότερων δημοσίων και κοινωφελούς χαρακτήρα νοσοκομεία η κυβέρνηση αποφάσισε να τα χρηματοδοτήσει από το δημόσιο προϋπολογισμό. Με αυτό τον τρόπο, άρχισε να εμπλέκεται όλο και πιο ενεργά ο κρατικός προϋπολογισμός στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Τελικά η κυβέρνηση με τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και τη μετατροπή των κοινωφελούς χαρακτήρα νοσοκομείων ανέλαβε από το 1984 να καλύπτει μέσω του κρατικού προϋπολογισμού όλα τα έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων που αφορούν αμοιβές προσωπικού. Η δραστηριότητα αυτή περιήλθε στην κεντρική διοίκηση προκειμένου να ενταχθεί στο συνολικό κεντρικό προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας, όπως αυτός εκφράσθηκε με τη θεσμοθέτηση του ΚΕΣΥ και του ΕΣΥ.

Αξίζει τέλος να αναφερθεί, ότι κατά την διάρκεια των τελευταίων χρόνων η χρηματοδότηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων δεν περιορίζεται μόνο στην κάλυψη των δαπανών μισθοδοσίας που σε αρκετές περιπτώσεις ξεπερνά το 75% των συνολικών εξόδων. Η μείωση των εσόδων από τα νοσήλια ανάγκασε την κεντρική διοίκηση να χρηματοδοτεί και μέρος των τρεχουσών δαπανών λειτουργίας. Έτσι σήμερα μπορεί με βεβαιότητα να ειπωθεί ότι αν αφαιρεθεί το σωρευτικό έλλειμμα των νοσοκομείων, η συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων ξεπερνά το 85% του συνολικού κόστους λειτουργίας τους.

Οι Ιδιωτικές Δαπάνες

Μια άλλη αρκετά σημαντική πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα και ιδιαίτερα του ιδιωτικού, είναι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας που προέρχονται από τα οικογενειακά εισοδήματα των ελληνικών νοικοκυριών. Υψηλά ποσοστά ιδιωτικών δαπανών υγείας σε σχέση με τις δημόσιες, αποτελεί μια παράδοση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα.

Μια σειρά διαφορετικών λόγων εξηγούν το φαινόμενο αυτό. Η υπανάπτυξη του κράτους-πρόνοια στην Ελλάδα, η αναποτελεσματικότητα και ο κατακερματισμός του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος αποτελούν τους κυρίαρχους λόγους για την περίοδο 1960-75. Αύξηση των οικογενειακών εισοδημάτων σε συνδυασμό με την έλλειψη πλήρους κάλυψης στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, μη ικανοποιητική ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών από ασφαλιστικούς οργανισμούς όπως το ΙΚΑ και η πολιτική τιμών στον υγειονομικό τομέα αποτελούν τους βασικούς λόγους που εξηγούν την διόγκωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας τη δεύτερη περίοδο. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί, ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας, προέρχονται

κυρίως από ατομικά εισοδήματα και όχι από δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Η Ανάπτυξη και το μέγεθος των Δαπανών Υγείας

Η αύξηση και ανάπτυξη των δαπανών υγείας για μια σειρά λόγων (δημογραφικοί, επιδημιολογικοί, κοινωνικοοικονομικοί και τεχνολογικοί) είχαν μια ραγδαία εξέλιξη τις δεκαετίες '60 και '70 σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Από τη δεκαετία του '80 λόγω της οικονομικής κρίσης οι περισσότερες χώρες άρχισαν να λαμβάνουν μέτρα για τον περιορισμό του κόστους. Υπό το πρίσμα των διεθνών και εσωτερικών εξελίξεων, η αύξηση και ανάπτυξη των δαπανών υγείας θα μπορούσε να χωρισθεί σε δύο χρονικές περιόδους.

Η πρώτη 1960-75, κατά τη διάρκεια της οποίας οι ευνοϊκές οικονομικές εξελίξεις επέδρασαν καταλυτικά στην αύξηση των δαπανών και στη διόγκωση του υγειονομικού τομέα. Η δεύτερη 1976 έως και σήμερα που οι δυσμενείς οικονομικές εξελίξεις και προοπτικές επιβάλλουν περιοριστικές πολιτικές, έλεγχο του κόστους και αξιοποίηση των πόρων που απορροφά ο υγειονομικός τομέας.

Μια σύγκριση μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών και της Ελλάδας, δείχνει μια διαφορετική ανάπτυξη των δαπανών υγείας της χώρας μας σε σχέση με τις διεθνείς εξελίξεις. Χαμηλά επίπεδα ανάπτυξης την πρώτη περίοδο κατά τη διάρκεια της οποίας η ελληνική οικονομία είχε μία σημαντική και σταθερή συσσώρευση και υψηλά επίπεδα αύξησης των δαπανών σε μια περίοδο που το γενικό οικονομικό κλίμα της χώρας είναι μη ευνοϊκό.

Αρκετοί οικονομικοί αναλυτές έχουν υποστηρίξει ότι το παραπάνω παράδοξο φαινόμενο της υψηλής αύξησης των δαπανών υγείας σε σχέση με το αρνητικό εσωτερικό οικονομικό κλίμα και τις διεθνείς εξελίξεις των υγειονομικών συστημάτων οφείλεται σε:

- Νέες προτεραιότητες στην πολιτική υγείας καθώς οι ανάγκες και οι προσδοκίες του πληθυσμού συνεχώς αλλάζουν.
- Στην επιθυμία των κυβερνήσεων σε μια περίοδο δημοκρατικών ελευθεριών να ανταποκριθεί και να εγκαθιδρύσει ένα τύπο κράτους-πρόνοια, να επεκτείνει

τις παροχές της δημόσιας ασφάλισης υγείας και να προμηθεύσει πλήρη ιατρική κάλυψη σε ολόκληρο τον πληθυσμό.

- Στην εγκαθίδρυση του ΕΣΥ σε συνδυασμό με την ευρεία επέκταση του δημόσιου τομέα υγείας.

Σύνθεση και Κατανομή των Δαπανών Υγείας

Η κατανομή των οικονομικών πόρων είναι μια διαδικασία που δεν έχει απασχολήσει την κεντρική διοίκηση. Οι προϋπολογισμοί των ασφαλιστικών ταμείων είναι ανοικτοί και εξαρτώνται κυρίως από τη ζήτηση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών σε συνδυασμό με τις κάθε φορά υπουργικές αποφάσεις που αφορούν την τιμή των υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, ο δημόσιος προϋπολογισμός είναι κλειστός και κατανέμει τα κεφάλαια στα νοσοκομεία, όχι με βάση κάποιο παραγόμενο έργο και δραστηριότητα, αλλά με βάση την κάλυψη των αμοιβών του υπηρετούντος προσωπικού.

Αναφορικά με την κατανομή των πόρων σε περιφερειακό επίπεδο και τη διασφάλιση της γεωγραφικής ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών, η έλλειψη κριτηρίων είναι περισσότερο από προφανές. Το μεγαλύτερο τμήμα του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία κατανέμεται με τη μεσολάβηση των Νομαρχιών στα νοσοκομεία και τα κριτήρια της κατανομής είναι ο αριθμός του υπηρετούντος προσωπικού και σε μερικές περιπτώσεις το κύρος και η διαπραγματευτική ικανότητα του νοσοκομείου. Η απουσία κριτηρίων ισότητας αναπαράγει ιστορικά υποδείγματα υγειονομικών ανισοτήτων, ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζει σταθερά τις υγειονομικές εξελίξεις της χώρας μας.

Εκτός από την έλλειψη κριτηρίων στη χρηματοδότηση και την κατανομή πόρων στον υγειονομικό τομέα, ένα άλλο κρίσιμο και σημαντικό πρόβλημα είναι η παραοικονομία. Δύο διαφορετικές μελέτες που έχουν ακολουθήσει διαφορετικές μεθόδους προσέγγισης έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ένα υψηλό μέγεθος ιδιωτικής δαπάνης υγείας, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται στους εθνικούς λογαριασμούς.

Η πρώτη μελέτη προσεγγίζει το σύνολο της παραοικονομικής δραστηριότητας της ελληνικής οικονομίας. Για την περίπτωση του υγειονομικού τομέα εκτιμάται ότι ο όγκος των συναλλαγών που δεν καταγράφεται και ξεφεύγει από τις επίσημες εγγραφές φθάνει το 1,2 του ονομαστικού ΑΕΠ. Η δεύτερη μελέτη αφορά μόνο το μέγεθος της παραοικονομίας στις υπηρεσίες υγείας. Υποστηρίζεται ότι το συνολικό μέγεθος της παραοικονομίας φθάνει το 1,9 του επίσημου ΑΕΠ και οι περισσότερες ιδιωτικές δαπάνες κατευθύνονται προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ο μεγάλος όγκος της παραοικονομίας οφείλεται εκτός από τους υψηλούς φορολογικούς συντελεστές α) στην ιδιομορφία της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, β) στην πολιτική τιμών στον υγειονομικό τομέα, η οποία σε μία μεγάλη έκταση ακυρώνει το δικαίωμα των ασφαλισμένων για χρήση της ασφαλιστικής τους κάλυψης, γ) στην επέκταση της παροχής των ιατρικών υπηρεσιών στη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στο μεγάλο αριθμό των γιατρών σε σχέση με τους κατοίκους (1 γιατρός ανά 280 κατοίκους) και δ) στην υπάρχουσα δυνατότητα για υπερβάλλουσα ζήτηση εκ μέρους του ιατρικού σώματος.

Η Οικονομική Διαχείριση και οι Νοσοκομειακοί Προϋπολογισμοί

Οι πηγές χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων είναι:

1. Ο κρατικός προϋπολογισμός και το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων.
2. Οι φορείς της κοινωνικής ασφάλισης.
3. Ο ιδιωτικός τομέας (ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες-ιδιώτες).
4. Ίδιες πηγές.

Ο κρατικός προϋπολογισμός, είναι πλέον η κύρια πηγή χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων. Αυτό συμβαίνει επειδή η κεντρική διοίκηση παρεμβαίνει μέσω της επιτροπής τιμών και εισοδημάτων και διαμορφώνει τις τιμές του νοσηλίου, που έχει επιλεγεί ως τρόπος αποζημίωσης από τη δεκαετία του '70. Ο καθορισμός του ύψους των δημοσίων δαπανών υγείας, που προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, είναι τελικά ένα αποτέλεσμα διαπραγμάτευσης σε ανώτερο επίπεδο μεταξύ των κυβερνητικών στελεχών.

Οι δαπάνες υγείας του κρατικού προϋπολογισμού επιχειρούν να καλύψουν ένα τμήμα των λειτουργικών δαπανών και το ετήσιο κόστος των αποδοχών του προσωπικού των

νοσοκομείων. Η διαδικασία που προβλέπεται για την κρατική επιχορήγηση, είναι η κατανομή των δαπανών υγείας μέσω του Γενικού Λογιστηρίου στις Νομαρχίες και μέσω αυτών, η τελική κατανομή στα νοσοκομεία της περιοχής-ευθύνης τους. Η ακριβώς αντίθετη διαδικασία, ακολουθείται κατά τη διάρκεια των εγκρίσεων των προϋπολογισμών.

Σε ό,τι αφορά το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων, το οποίο είναι αρμοδιότητας του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας, οι επιχορηγήσεις προς τον υγειονομικό τομέα αφορούν συνήθως την ανέγερση και βελτίωση εγκαταστάσεων και τον τεχνικό, επιστημονικό εξοπλισμό των νοσοκομείων. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει συνήθως μικρά κονδύλια για επενδύσεις που δεν ξεπερνούν το 5% της συνολικής κρατικής επιχορήγησης.

Δεύτερη, σημαντική πηγή χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων, αποτελούν οι φορείς της κοινωνικής ασφάλισης. Τα ασφαλιστικά ταμεία και οι κλάδοι υγείας αποζημιώνουν κάθε φορά τα νοσοκομεία με το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο και τον αριθμό ημερών νοσηλείας που πραγματοποιούν οι ασφαλισμένοι τους και τα μέλη των οικογενειών τους.

Ο ιδιωτικός τομέας και κυρίως οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αποτελούν μία πολύ μικρή πηγή εσόδων για τα δημόσια νοσοκομεία. Αυτό εξηγείται τόσο από τα μικρά ποσοστά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην αγορά υπηρεσιών, όσο και από το γεγονός του υποχρεωτικού θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης.

Τέλος, οι ίδιες πηγές εσόδων αφορούν ορισμένα νοσοκομεία, τα οποία έχουν πάγια περιουσιακά στοιχεία που προέρχονται συνήθως από κληροδοτήματα, τα οποία εκμεταλλεύονται επιχειρηματικά. Οι πλέον συνήθεις εκμεταλλεύσεις αφορούν την ενοικίαση των κληροδοτημάτων, την παραχώρηση χώρου για τη λειτουργία κυλικείων κ.α.

Από μία σύγκριση εσόδων-εξόδων των νοσοκομείων προκύπτει ότι, το σύνολο των δαπανών προσωπικού και τα έξοδα λειτουργίας βαρύνουν ουσιαστικά τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα έσοδα από τα νοσήλια καλύπτουν τις δαπάνες για τρόφιμα και φάρμακα. Τέλος, ένα τμήμα των δαπανών εξοπλισμού/εγκαταστάσεων καλύπτεται από το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων και τελικά ένα ποσοστό που ανέρχεται περίπου στο 5% αποτελεί το πρόσθετο ετήσιο έλλειμμα του νοσοκομειακού τομέα. Με άλλα λόγια, τα νοσοκομεία μεταφέρουν ένα τμήμα των

υποχρεώσεών τους προς τους προμηθευτές το επόμενο έτος, με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται ένα έλλειμμα που τα τελευταία χρόνια έχει έναν αυξανόμενο ρυθμό, λόγω της αδυναμίας κάλυψης από τον κρατικό προϋπολογισμό που και αυτός με τη σειρά του είναι ελλειμματικός.

Η κατάρτιση το προϋπολογισμού αποτελεί ευθύνη της Υποδιεύθυνσης Οικονομικών κάθε νοσοκομείου, αλλά συνήθως ένας υπάλληλος αναλαμβάνει τη σύνταξή του κατά τη διάρκεια των φθινοπωρινών μηνών του έτους. Η σύνταξη του προϋπολογισμού βασίζεται στα πραγματοποιηθέντα έξοδα του τρέχοντος έτους αν και εφόσον αυτά είναι διαθέσιμα. Επειδή, στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν είναι διαθέσιμα λόγω του δημόσιου λογιστικού συστήματος, ο προϋπολογισμός συντάσσεται με βάση τον προηγούμενο με αναπροσαρμογή των διαφόρων ποσών στην προοπτική του αναμενόμενου πληθωρισμού. Την ολοκλήρωση του προϋπολογισμού, ακολουθεί η σύνταξη υποτυπώδους εισηγητικής έκθεσης μαζί με σχετικούς πίνακες εσόδων-δαπανών που στη συνέχεια υποβάλλονται για έγκριση στη διοίκηση του νοσοκομείου.

Τα τελευταία χρόνια, λόγω των δημοσίων ελλειμμάτων και των οικονομικών προβλημάτων του δημόσιου τομέα, υπάρχουν αυστηρές συστάσεις και οδηγίες για την περικοπή των ελαστικών ή άλλων δαπανών προκειμένου να περιορισθεί το δημόσιο έλλειμμα. Η τήρηση των οδηγιών αυτών και οι περικοπές στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς επιχειρείται να υλοποιηθούν από τα αρμόδια κεντρικά και περιφερειακά όργανα διοίκησης.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, τις περισσότερες φορές, οι προϋπολογισμοί δεν είναι πραγματικοί, επειδή υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των προϋπολογισθέντων εσόδων και ιδιαίτερα των πόρων που αναμένονται ως κρατική επιχορήγηση και των κονδυλίων που έχουν εγκριθεί τελικά. Ταυτόχρονα, η απουσία οποιουδήποτε κριτηρίου αντιστοιχίας παραγόμενου έργου και χρηματοδότησης εντείνει μέσω των νοσοκομειακών προϋπολογισμών τις πληθωριστικές πιέσεις και τα ελλείμματα. Με αυτόν τον τρόπο, οδηγούνται τα νοσοκομεία στη συνεχή μεγέθυνση των ελλειμμάτων τους και στην αύξηση του σωρευτικού ελλείμματος του δημόσιου υγειονομικού τομέα, ενώ κάθε προσπάθεια ελέγχου του κόστους καθίσταται αδύνατη.

Η Χρηματοδότηση και Οικονομική Διαχείριση της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στη χώρα μας, συνυπάρχουν όλες οι κλασσικές μορφές παραγωγής και διανομής φροντίδων υγείας και κατά συνέπεια διαφορετικοί τύποι χρηματοδότησης με επικρατέστερους α) την αμοιβή κατά πράξη και β) την αποζημίωση των γιατρών με μισθό. Ειδικότερα, οι μεγάλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί και κυρίως το ΙΚΑ και ο ΟΓΑ καλύπτουν τους ασφαλισμένους με δίκτυο πολυϊατρείων και κέντρων υγείας αντίστοιχα, με μισθωτούς γιατρούς, ενώ οι ασφαλισμένοι στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, στο τραπεζικό σύστημα και οι αυτοαπασχολούμενοι έχουν τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής γιατρού.

Η χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης καλύπτεται εξ ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό για τους ασφαλισμένους το δημοσίου και τους αγρότες, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (μισθωτοί και αυτοαπασχολούμενοι) καλύπτονται από υπηρεσίες των ιδίων ασφαλιστικών φορέων ή ιδιώτες γιατρούς που χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από τους προϋπολογισμούς της κοινωνικής ασφάλισης.

Δεδομένου ότι, η νοσοκομειακή περίθαλψη χρηματοδοτείται με έμμεση επιχορήγηση κατά 90% περίπου, εικάζεται ότι οι ανισότητες στην πρόσβαση και στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών, παράγονται κυρίως στην ανοικτή πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι ανεπάρκειες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας μπορούν να αποτυπωθούν και να αναδειχθούν σε μεγάλη έκταση από το γεγονός της εκτεταμένης ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία και από τα μεγάλα μεγέθη της παραοικονομίας στο χώρο αυτό.

Η απουσία μηχανισμού ελέγχου και κριτηρίων κατανομής οικονομικών πόρων και στην ΠΦΥ, προκαλεί την κινητοποίηση επενδύσεων και τον προσανατολισμό των προμηθευτών σε ένα πρότυπο παροχής υπηρεσιών υγείας, του οποίου η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα αμφισβητείται και ίσως ενέχεται για την αμφισβητούμενη ηθική και δεοντολογική στάση της κλινικής ιατρικής. Παράλληλα, η χρηματοδότηση-αποζημίωση των προμηθευτών με βάση το μισθό στα κέντρα υγείας και στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, προκαλεί γραφειοκρατική ακαμψία και ανάπτυξη αντιοικονομικών, δεδομένου ότι η οικονομική διαχείριση και χρηματοδότηση δε συνδέεται με κίνητρα προς τους επαγγελματίες υγείας και δεν ανταποκρίνεται στην ποιότητα και την ποσότητα του παραγόμενου έργου.

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει σημειωθεί, ότι η αμοιβή κατά πράξη διευκολύνει την υπερκατανάλωση υπηρεσιών υγείας και είναι δυνατό να εμφανισθεί το φαινόμενο της ηθικής βλάβης από μέρους του προμηθευτή με την προσδοκία μεγιστοποίησης του εισοδήματος. Παράλληλα, η αποζημίωση των προμηθευτών με μισθό, έχει επικριθεί για την απουσία κινήτρων, την έλλειψη αναζήτησης αποτελεσματικών και αποδοτικών πρακτικών και τη γραφειοκρατική αδράνεια. Για την αντιμετώπιση των παραπάνω δυσμενών προοπτικών, προωθούνται τα τελευταία χρόνια στο διεθνή χώρο εναλλακτικά πρότυπα οργάνωσης και χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που βασίζονται από τη μία πλευρά στην ελεύθερη και πληροφορημένη εκλογή μεταξύ των προσφερομένων υπηρεσιών και από την άλλη στην αποζημίωση κατά κεφαλή ή στη χρησιμοποίηση μεικτών συστημάτων με στόχο τη διαμόρφωση ταξινόμησης των ασθενών (Κυριακόπουλος & Νιάκας, 1991).

Κατανομή του πληθυσμού ανά γεωγραφικό διαμέρισμα

Ο Ελληνικός πληθυσμός στα γεωγραφικά διαμερίσματα κατανέμεται ως εξής:

- Στην περιοχή της πρωτεύουσας το 30,2%
- Στη Μακεδονία το 20%
- Στη Στερεά Ελλάδα και στην Εύβοια το 12,0%
- Στην Πελοπόννησο το 10,5%
- Στη Θεσσαλία το 7,1%
- Στην Κρήτη το 5,2%
- Στα νησιά του Αιγαίου το 4,5%
- Στην Ήπειρο το 3,3%
- Στη Θράκη το 3,3%
- Στα νησιά του Ιονίου το 1,9%

Νοσηρότητα στην Ελλάδα

Η νοσηρότητα όλης της χώρας υπολογίστηκε βάσει των εξιτηρίων όλων των θεραπευτηρίων και διαμορφώνεται ως εξής:

- Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος

Η νοσηρότητα από τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος κατέχει την πρώτη θέση με ποσοστό 12%, όπως και η θνησιμότητα με 46,2%, του συνόλου. Η νοσηρότητα αυτή σχετίζεται με τη συχνότητα των παραγόντων κινδύνου –υπέρταση, κάπνισμα, σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία, καθιστική ζωή κλπ- και συνεπώς έχουν ανάγκη παροχής αυξημένων υπηρεσιών ΠΦΥ. Η αυξημένη νοσηρότητα του κυκλοφορικού συστήματος παρατηρείται κυρίως στις τεχνολογικά ανεπτυγμένες αλλά και αναπτυσσόμενες χώρες. Μεταξύ αυτών ταξινομείται και η Ελλάδα.

Στην νοσηρότητα του κυκλοφορικού συστήματος ανά γεωγραφικό διαμέρισμα παρατηρείται ότι την πρώτη θέση κατέχει η περιοχή της πρωτεύουσας με ποσοστό 34,8% και 1.721 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους και την τελευταία η Στερεά Ελλάδα μαζί με την Εύβοια.

- Νοσηρότητα πεπτικού συστήματος

Η νοσηρότητα από τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος είναι επίσης συχνή σε αντίθεση με τη θνησιμότητα που είναι λιγότερη συχνή. Η πρώτη καλύπτει ποσοστό 11,8% και η δεύτερη 2,4%. Η νοσηρότητα διαφέρει ανάμεσα στα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας. Το μεγαλύτερο ποσοστό εντοπίζεται στην περιοχή της πρωτεύουσας, 32,3%. Όμως, η Κρήτη κατέχει την πρώτη θέση όταν η νοσηρότητα κατανεμηθεί στον πληθυσμό του γεωγραφικού διαμερίσματος. Είναι 1.804 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους, ακολουθεί η περιοχή της πρωτεύουσας με 1.535 ασθενείς και έπειτα η Μακεδονία με 1.450 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους.

- Νοσηρότητα κακώσεων και δηλητηριάσεων

Οι κακώσεις και οι δηλητηριάσεις είναι η τρίτη αιτία νοσηρότητας στην Ελλάδα. Μεταξύ αυτών είναι και τα τροχαία ατυχήματα. Η Κρήτη σε αναλογία με τον πληθυσμό της βρίσκεται στην πρώτη θέση με 1.644 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους, ακολουθούν τα Ιόνια νησιά με 1.558 και έπεται η Πελοπόννησος με 1.321. Τα δεδομένα που αφορούν τα τροχαία δείχνουν ότι αυξάνονται στην Ελλάδα,

στην Ιταλία και στην Ισπανία. Αντίθετα στο Βέλγιο, στη Γερμανία, στη Δανία, στην Ιρλανδία και στην Ολλανδία μειώνονται ενώ στη Πορτογαλία είναι σταθερά.

- Εργατικά ατυχήματα

Ατυχήματα κατά την εργασία σε εργαζόμενους οι οποίοι είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ κατά το έτος 1990 ανήλθαν σε 27.846. Από αυτά τα 84 ήταν θανατηφόρα όπως προέκυψε από την καταμέτρηση των δελτίων λήξης επιδοτήσεων εργατικού ατυχήματος.

- Νοσηρότητα αναπνευστικού συστήματος

Η νοσηρότητα του αναπνευστικού συστήματος ταξινομείται μεταξύ των συχνότερων και είναι μεγαλύτερη της θνησιμότητας. Ανέρχεται σε 8,1% έναντι σε 5,7% αντίστοιχα. Αν και το υψηλότερο ποσοστό νοσηρότητας είναι στην περιοχή της πρωτεύουσας με 33,8%, η Κρήτη, αναλογικά με τον πληθυσμό, κατέχει και πάλι την πρώτη θέση με 1.858 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους. Ακολουθούν τα Ιόνια νησιά με 1.260 και έπεται η περιοχή της πρωτεύουσας με 1.179 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους.

- Καρκίνος

Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η εντόπιση στους άνδρες διαφέρει εκείνης των γυναικών.

Οι τέσσερις συχνότερες αιτίες με φθίνουσα συχνότητα στους άνδρες είναι:

1. Κακοήθη νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος και των ενδοθωρακικών οργάνων, 21,8%
2. Κακοήθη νεοπλάσματα των οργάνων του πεπτικού συστήματος και του περιτοναίου, 20,6%
3. Κακοήθη νεοπλάσματα των οργάνων του ουροποιογεννητικού συστήματος, 15,4%
4. Κακοήθη νεοπλάσματα του λεμφικού και του αιμοποιητικού ιστού, 8,1%

Στις γυναίκες η εντόπιση του καρκίνου επίσης με φθίνουσα συχνότητα έχει ως εξής:

1. Κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Στην ομάδα αυτή καταχωρούνται και τα κακοήθη νεοπλάσματα των οστών, του συνδετικού ιστού και του δέρματος. Το ποσοστό των κακοήθων νεοπλασμάτων της ομάδας αυτής ανέρχεται σε 36,0% του συνόλου.
2. Κακοήθη νεοπλάσματα των οργάνων του πεπτικού συστήματος και του περιτοναίου, 18,7%
3. Κακοήθη νεοπλάσματα των οργάνων του ουροποιογεννητικού συστήματος, 15,8%
4. Κακοήθη νεοπλάσματα του λεμφικού και του αιμοποιητικού ιστού, 7,2%

Διαπιστώνεται ότι η συχνότητα προσβολής των διαφόρων ιστών και οργάνων από καρκίνο είναι σχεδόν παρόμοια και στα δύο φύλλα, με εξαίρεση του βρογχογενούς καρκινώματος στους άνδρες και του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Η νοσηρότητα με κριτήριο τη διάγνωση που αναγράφεται στο εξιτήριο όλων των θεραπευτηρίων της χώρας διαφέρει μεταξύ των γεωγραφικών διαμερισμάτων. Η περιοχή της πρωτεύουσας κατέχει την πρώτη θέση με 1.132 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους, ακολουθεί η Θεσσαλία με 1.025 και έπεται η Ήπειρος με 1.009 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους.

- Νοσηρότητα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η νοσηρότητα ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή, όπως επίσης διαφέρει μεταξύ της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και των Νοσοκομείων. Στα νοσοκομεία εισάγονται κατά κανόνα δυσδιάγνωστα περιστατικά, πάσχοντες με νοσήματα βαριάς μορφής, ενώ στο χώρο της ΠΦΥ προσφεύγουν οι ασθενείς με οξεία και συνήθη χρόνια νοσήματα.

Μελέτη ανάμεσα στα Κέντρα Υγείας όλης της χώρας έδειξε ότι η νοσηρότητα διαφέρει εκείνης όλων των νοσοκομείων με κριτήριο τη διάγνωση εξόδου και το εξιτήριο. Τα νοσήματα του κυκλοφορικού, του αναπνευστικού, του μυοσκελετικού συστήματος, οι λοιμώξεις και τα νοσήματα του δέρματος και του υποδόριου ιστού είναι διπλάσια στο χώρο της ΠΦΥ. Αντίθετα, τα νεοπλάσματα, τα νοσήματα του αιμοποιητικού συστήματος, τα περιγεννητικά νοσήματα και οι επιπλοκές της κύησης συναντώνται συχνότερα στα νοσοκομεία (Αδαμόπουλος, 1992).

Θνησιμότητα στην Ελλάδα

Οι πέντε κυριότερες αιτίες θανάτων είναι:

1. Τα καρδιακά νοσήματα.
2. Τα νεοπλάσματα.
3. Τα νοσήματα των αγγείων το εγκεφάλου.
4. Τα νοσήματα του αναπνευστικού, πλην καρκίνου.
5. Τα ατυχήματα.

Οι πέντε αυτές αιτίες καλύπτουν το 75,3% του συνόλου των θανάτων. Εκτός από αυτές υφίστανται άλλες 15 κύριες αιτίες θανάτων αλλά είναι λιγότερο συχνές. Ειδικότερα οι αιτίες των θανάτων είναι:

1. Τα καρδιακά νοσήματα τα οποία καλύπτουν το 25,7% του συνόλου των θανάτων, με ειδικό ποσοστό θνησιμότητας 229,6 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.
2. Τα νεοπλάσματα μαζί με τα νεοπλάσματα του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού αποτελούν το 19,9%, με ποσοστό 178,1 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.
3. Τα αγγειακά νοσήματα του εγκεφάλου είναι το 19,3% όλων των θανάτων, με ειδικό ποσοστό 172,5 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.
4. Τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, πλην του καρκίνου, ανέρχονται σε 50,7 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, που αντιστοιχούν σε 5,7% του συνόλου των θανάτων.
5. Τα ατυχήματα έχουν ειδικό ποσοστό θνησιμότητας 44,7 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, που είναι το 5,0% όλων των θανάτων.
6. Τα ενδοκρινικά, μεταβολικά νοσήματα και ανοσοβιολογικές διαταραχές καλύπτουν το 4,3% που αντιστοιχεί σε ειδικό ποσοστό θνησιμότητας 38,8 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.
7. Τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος καλύπτουν το 2,4% όλων των θανάτων, με ειδικό ποσοστό θνησιμότητας 21,6% θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.
8. Οι νόσοι του νευρικού συστήματος με 12,3 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους και ειδικό ποσοστό θνησιμότητας 1,4% του συνολικού αριθμού των θανάτων.

9. Ορισμένες καταστάσεις περιγεννητικής προέλευσης οι οποίες καλύπτουν το 1,1% όλων των θανάτων και αντιστοιχεί σε ειδικό ποσοστό θνησιμότητας 10,1 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

10. Άλλα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος των οποίων το ειδικό ποσοστό θνησιμότητας ανέρχεται σε 11,1 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους και καλύπτουν το 1,2% όλων των θανάτων.

11. Οι συγγενείς ανωμαλίες αποτελούν το 0,8% του συνόλου των θανάτων, των οποίων το ειδικό ποσοστό θνησιμότητας είναι 7,1 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

12. Οι ψυχικές διαταραχές με ειδικό ποσοστό θνησιμότητας 5,1 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους που αντιστοιχεί στο 0,6% όλων των θανάτων.

13. Οι αυτοκτονίες καλύπτουν το 0,4% του συνόλου των θανάτων, των οποίων το ειδικό ποσοστό θνησιμότητας ανέρχεται σε 3,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

14. Τα νοσήματα του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων καλύπτουν το 0,3% του συνόλου των θανάτων και έχουν ειδικό ποσοστό θνησιμότητας 2,5 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

Παρατηρείται ότι η θνησιμότητα στην ηλικία κάτω του ενός έτους ανέρχεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 10%. Παρόμοιο ποσοστό εμφανίζεται και πάλι στην 5ετία 60-64 ετών το οποίο αυξάνεται περαιτέρω στις επόμενες ηλικίες. Σημαντικές μεταβολές της θνησιμότητας έχουν διαπιστωθεί τις τελευταίες 10ετίες. Οι λοιμώξεις πριν τέσσερις ή πέντε 10ετίες αποτελούσαν την κυριότερη αιτία θανάτου. Σήμερα τα νοσήματα αυτά έχουν περιορισθεί πάρα πολύ και αντί αυτών πλέον είναι τα καρδιαγγειακά, ο καρκίνος και άλλα νοσήματα, όπως αναφέρθηκε πριν (Αδαμόπουλος, 1992).

17.4 Η σημερινή κατάσταση των Κέντρων Υγείας

- Ανθρώπινο δυναμικό

Σε όλα τα ΚΥ της χώρας παρατηρούνται ελλείψεις σε πολλές από τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Οι κυριότερες ελλείψεις παρατηρούνται στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και στο βοηθητικό προσωπικό (καθαρίστριες και οδηγόι

ασθενοφόρων). Παρατηρείται επίσης έλλειψη στους ειδικευμένους γιατρούς διότι τα Κέντρα Υγείας εξυπηρετούνται κατά 50% περίπου από νέους πτυχιούχους γιατρούς οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι από το νόμο να υπηρετήσουν στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

- Τεχνολογικός εξοπλισμός

Όλα τα ΚΥ σχεδόν έχουν ηλεκτροκαρδιογράφο. Σε ποσοστό 77,3% υφίσταται και εφεδρικός ηλεκτροκαρδιογράφος. Απινιδωτής υπάρχει στα 29,1% από τους οποίους το 27,8% λειτουργούν καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου. Ακτινολογικό μηχάνημα έχει το 88,8% των Κέντρων Υγείας. Από αυτά το 17,7% λειτουργούν όλο το 24ωρο. Μηχανικός αναπνευστήρας υφίσταται σε ποσοστό 32,9%. Η τοποθέτηση ενδοτραχειακού σωλήνα είναι εφικτή σε 25,3%. Οξυγόνο είναι διαθέσιμο σε ποσοστό 97,5% του συνόλου των Κέντρων Υγείας.

- Δυνατότητα διάγνωσης και παρέμβασης

Η διάγνωση ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι εφικτή σε ποσοστό 91,2%, δυνατότητα αντιμετώπισης μιας καρδιακής συγκοπής σε 4,7%, εμπειρία τοποθέτησης ενδοτραχειακού σωλήνα σε 25,3%, δυνατότητα επείγουσας τραχειοτομίας σε 7,5%, αντιμετώπιση πνευμοθώρακα σε 20,2%, παρακέντηση κοιλίας σε 37,9%, οσφυονωτιαία παρακέντηση σε 17,7% και εμπειρία ανάταξης διαστρέμματος σε ποσοστό 44,3% του συνόλου των Κέντρων Υγείας.

- Εργαστηριακές εξετάσεις

Βιοχημικές και αιματολογικές εξετάσεις είναι δυνατόν να εκτελεστούν σε 78,6%, γενική ανάλυση ούρων σε 62,2%, καλλιέργεια ούρων σε 31,6% και καλλιέργεια αίματος σε ποσοστό 15,1% των Κέντρων Υγείας (Αδαμόπουλος, 1992).

Δικαιοσύνη στην κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Κοινός τόπος της συζήτησης και των προσπαθειών σε διεθνές επίπεδο για την ανάπτυξη σύγχρονης πολιτικής υγείας προβάλλεται η ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα μέσα από την προσπάθεια σύζευξης της αποδοτικής και αποτελεσματικής αξιοποίησης των πόρων με την ισότιμη κατανομή αυτών. Ο σκοπός είναι η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ωφελιμότητας και η άρση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία (Γείτονα και Κυριόπουλος 2000).

Η δικαιοσύνη στη κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους τρεις βασικούς στόχους οι οποίοι προσδιορίζουν το πλαίσιο αξιολόγησης της απόδοσης του υγειονομικού συστήματος. Ο στόχος αυτός, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την αύξηση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες των πολιτών, συνθέτουν τον πυρήνα του μεθοδολογικού εργαλείου το οποίο έχει αναπτύξει ο ΠΟΥ, με σκοπό να βοηθήσει τα μέλη του να προβούν στην αξιολόγηση των συστημάτων υγείας τους (Murray and Frenk., 1999; World Health Report., 2000).

17.5. Η αναδιανεμητική επίπτωση των πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

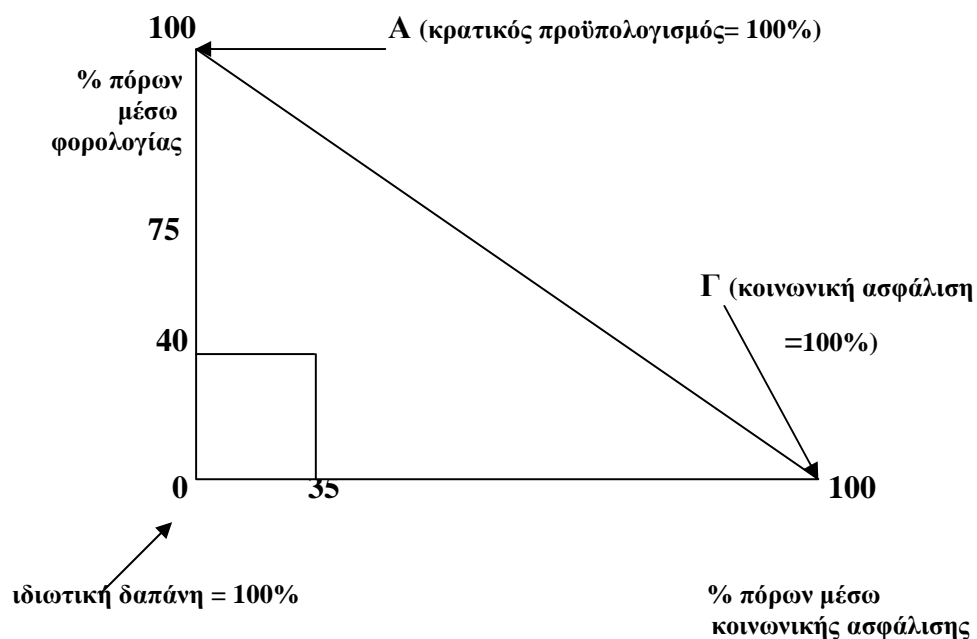
Η δικαιοσύνη στη κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας συνδέεται άμεσα με την έννοια της ισοτιμίας στη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος. Η παραπάνω έννοια αναφέρεται στην έκταση στην οποία οι τέσσερις βασικές πηγές κάλυψης των δαπανών υγείας, δηλαδή η φορολογία, οι εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, η ιδιωτική ασφάλιση και οι άμεσες πληρωμές, συμβάλλουν στην αναδιανομή του εισοδήματος.

Οι δύο πρώτες πηγές χρηματοδότησης ενέχουν σε σημαντικό βαθμό την κοινή διαχείριση του κινδύνου (risk pooling), έτσι ώστε να αποτρέπονται περιπτώσεις ιδιαίτερα επιβαρυντικών και καταστροφικών για τα νοικοκυριά δαπανών υγείας. Ωστόσο είναι δυνατό να εμφανίζουν ορισμένα κενά σε σχέση με την προστασία ομάδων όπως οι πολύ φτωχοί, οι μετανάστες ή οι εργαζόμενοι στον άτυπο τομέα παραγωγής. Επιπροσθέτως παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών σε σχέση με ζητήματα όπως η δομή του φορολογικού συστήματος και της αγοράς εργασίας, παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν το βαθμό προοδευτικότητας και

αλληλεγγύης που χαρακτηρίζει κάθε χώρα (Κυριόπουλος και συν., 2003). Οι δύο άλλες πηγές χρηματοδότησης, δηλαδή η ιδιωτική ασφάλιση και οι άμεσες πληρωμές, συνδέουν την κάλυψη και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με το ύψος του εισοδήματος και συνεπώς, σύμφωνα με την ορολογία του Noam Chomsky (1999), ευνοούν τους έχοντες και αγνοούν τους μη κατέχοντες (Donaldson and Gerald., 1993; Clinitz et al., 1998; Wagstaff et al., 1999; Van Doorslaer et al., 1999).

Ο βαθμός στον οποίο κάθε χώρα στηρίζεται σε καθεμία από τις 4 παραπάνω πηγές για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας διαφέρει. Στο διάγραμμα 3 παρουσιάζονται μερικοί από τους δυνατούς συνδυασμούς. Όσο περισσότερο πλησιάζουμε στην ευθεία ΑΓ, τόσο μικρότερος γίνεται ο ρόλος της ιδιωτικής δαπάνης. Συστήματα τα οποία να στηρίζονται αποκλειστικά σε μία πηγή χρηματοδότησης όπως στα σημεία Α (κρατικός προϋπολογισμός), Β (ιδιωτικές δαπάνες) και Γ (κοινωνική ασφάλιση) είναι σπάνια. Οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες στηρίζονται σε ένα συνδυασμό των πηγών όπως στο σημείο Δ, με διαφοροποιήσεις ως προς το βαθμό συμμετοχής των ιδιωτικών δαπανών (Saltman and Figueras., 1997; Van Doorslaer et al., 1999; Wagstaff et al., 1999) (Πίνακας 3)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



Πηγή: Wagstaff A; Van Doorslaer E. et al., 1999

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΙ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΟΟΣΑ (1997)

A / A	Ομάδες χωρών/ χώρες	Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας USD (exchange rate)	Συνολική ή δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	Δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας	Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας	Δείκτης χρηματοδοτικής δικαιοσύνης των συστημάτων υγείας*	Κλίμακα αβεβαιότητας *	
1	Αυστρία	2.100	7,9	71,4	28,6	0,976	0,959	0,991
2	Βέλγιο	2.112	8,6	71,0	29,0	0,979	0,964	0,991
3	Δανία	2.730	8,2	82,3	17,7	0,979	0,964	0,991
4	Φινλανδία	1.737	7,3	76,1	23,9	0,977	0,961	0,990
5	Γαλλία	2.324	9,4	77,7	22,3	0,971	0,956	0,983
6	Γερμανία	2.697	10,5	76,6	23,4	0,978	0,964	0,989
7	Ελλάδα	965	8,7	55,2	44,8	0,963	0,946	0,978
8	Ιρλανδία	1.577	6,9	75,6	24,4	0,978	0,965	0,989
9	Ιταλία	1.702	8,3	67,5	32,5	0,961	0,935	0,981
10	Λουξεμβούργο	2.571	5,9	92,5	7,5	0,981	0,967	0,992
11	Ολλανδία	2.172	8,7	68,9	31,1	0,973	0,959	0,985
12	Πορτογαλία	801	7,5	67,1	32,9	0,951	0,932	0,968
13	Ισπανία	1.001	7,0	77,2	23,5	0,971	0,956	0,984
14	Σουηδία	2.196	8,1	84,3	15,7	0,976	0,959	0,990
15	Ηνωμένο Βασίλειο	1.499	6,7	83,7	16,3	0,977	0,963	0,988
A / A	Ομάδες χωρών/ χώρες	Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας USD (exchange rate)	Συνολική ή δαπάνη υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	Δημόσια δαπάνη υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας	Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας	Δείκτης χρηματοδοτικής δικαιοσύνης των συστημάτων υγείας*	Κλίμακα αβεβαιότητας *	
	Ευρωπαϊκή Ένωση	1.879	8,0	75,1	24,9	0,973	0,957	0,986
16	Αυστραλία	1.889	8,3	68,3	31,7	0,971	0,956	0,983
17	Καναδάς	1.880	9,0	69,9	30,1	0,974	0,959	0,986

7								
18	Τσεχοσλοβακία	364	7,1	91,7	8,3	0,943	0,894	0,981
19	Ουγγαρία	308	6,8	75,3	24,7	0,927	0,875	0,970
20	Ισλανδία	2.174	8,0	83,7	16,3	0,976	0,961	0,988
21	Ιαπωνία	2.467	7,4	79,5	20,5	0,977	0,961	0,990
22	Κορέα	520	5,0	41,0	59,0	0,955	0,931	0,974
23	Μεξικό	227	5,3	43,3	56,7	0,903	0,880	0,905
24	Νέα Ζηλανδία	1.310	7,6	77,3	22,7	0,972	0,956	0,985
25	Νορβηγία	2.832	8,0	83,0	17,0	0,977	0,962	0,990
26	Πολωνία	228	6,1	72,0	28,0	0,896	0,838	0,946
27	Σλοβακία*	574	8,6	81,8	18,2	0,933	0,864	0,981
28	Ελβετία	3.701	10,2	74,1	26,8	0,964	0,948	0,979
29	Τουρκία	125	4,2	71,6	28,4	0,958	0,941	0,973
30	ΗΠΑ	4.015	13,0	45,5	54,5	0,954	0,929	0,974
	ΟΟΣΑ	1.693	7,8	72,8	27,2	0,962	0,940	0,980
* WHO: The World Health Report 2000.								

Πηγή: OECD Health Data., 2001.

Στα πλαίσια αυτά το ερώτημα το οποίο τίθεται είναι τι συνιστά μια δίκαιη κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους του συστήματος υγείας. Η απάντηση στο ερώτημα αυτό συνδέεται με την ύπαρξη τριών καταστάσεων:

- α) της μη ανάγκης καταβολής απρόβλεπτων και εξαιρετικά υψηλών πληρωμών οι οποίες επιβαρύνουν υπέρμετρα το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών,
- β) των περιπτώσεων όπου νοικοκυριά με ισοδύναμο εισόδημα επιβαρύνονται ίσα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και
- γ) του βαθμού προοδευτικότητας των καταβολών, με την έννοια του κατά πόσο τα πιο εύπορα στρώματα συνεισφέρουν περισσότερο στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας σε σχέση με τα λιγότερο εύπορα (Κυριόπουλος και συν.,2003).

Συνεπώς, σύμφωνα με την οπτική του ΠΟΥ, η αποφυγή καταβολής καταστροφικών πληρωμών, η ίση συμμετοχή στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας μεταξύ νοικοκυριών με ισοδύναμο εισόδημα (οριζόντια ισότητα) και η προοδευτικότητα της συμμετοχής (κάθετη ισότητα) συνιστούν τα βασικά στοιχεία της δίκαιης κατανομής. Ως καταστροφικές πληρωμές ορίζονται από τον ΠΟΥ οι δαπάνες για την υγεία που καταβάλλει ένα νοικοκυριό όταν αυτές υπερβαίνουν το 40% του πραγματικού διαθέσιμου εισοδήματός του (Κυριόπουλος και συν.,2003).

17.6 Η φιλοσοφική και πολιτική διάσταση της έννοιας της δικαιοσύνης

Σε φιλοσοφικό- πολιτικό επίπεδο, η έννοια της δικαιοσύνης σχετίζεται με την έννοια της αμεροληψίας. Σημαντική στο σημείο αυτό θεωρείται η συμβολή του John Rawls και της θεωρίας του για τη δικαιοσύνη (Rawls., 1971). Ο Rawls επιχειρεί να απαντήσει στο ερώτημα «Ποιους κανόνες δικαιοσύνης, προσδιοριστικούς των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεών τους, θα επέλεγαν τα άτομα για τη λειτουργία των κοινωνικών θεσμών, αν οι απόψεις τους δεν επηρεάζονταν από τη κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα άτομα αυτά». Υιοθετεί την έννοια της «αρχικής κατάστασης», όπου τα αρχικά μέλη της κοινωνίας δεν γνωρίζουν τη θέση που θα καταλάβουν σε αυτή και καλύπτονται από ένα «πέπλο άγνοιας». Στην αρχική αυτή κατάσταση οι άνθρωποι θα θέσουν κανόνες κατανομής των «πρωταρχικών αγαθών», δηλαδή των αναγκαίων, πέρα των φυσικών, αγαθών- κοινωνικά, πολιτικά και αστικά δικαιώματα τα ονομάζει ο Marshall (Marshall., 1965) – για την πραγματοποίηση των στόχων τους.

Δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Πίνακας 5: Μακροοικονομικά μεγέθη έτους 1998	
Μέγεθος	Ποσό (εκατ. δρχ.)
Δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης για υγεία	928.476
Δαπάνες κρατικού προϋπολογισμού για υγεία	837.203
Εθνική δημόσια δαπάνη για υγεία	1.765.679

Ιδιωτική δαπάνη για υγεία	1.273.234
Σύνολο δαπανών για υγεία	3.038.913
Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν χώρας	35.677.000
Σύνολο δημοσίων δαπανών	10.424.000
Σύνθεση φορολογικών εσόδων	
Άμεσοι φόροι	37,9%
Έμμεσοι φόροι	62,1%
Σύνθεση δημοσίων πηγών χρηματοδότησης	
Κοινωνική ασφάλιση	35,2%
Κρατικός προϋπολογισμός (φορολογία)	64,8%

Πηγή: ΕΣΥΕ, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1998-99
ΕΣΥΕ, Εθνικοί Λογαριασμοί

Πίνακας 6: Φόρος Προστιθέμενης Αξίας	
ΕΙΔΟΣ/ΠΡΟΪΟΝ	ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ
Γενικός ΦΠΑ	18%
Είδη πρώτης ανάγκης, πχ τρόφιμα	8%
Βιβλία- χαρτικά	4%
Αμοιβές γιατρών και δικηγόρων	0%

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18.

Η ανταποκρισιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας της Ευρωπαϊκής επιτροπής σχετικά με την ικανοποίηση των πολιτών των κρατών- μελών από τις υπηρεσίες υγείας, το 53,9% των Ελλήνων εμφανίζονται πολύ έως πάρα πολύ δυσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες υγείας της χώρας (European Commission., 1998). Η παραπάνω δυσαρέσκεια είναι δυνατό να ερμηνευθεί από τον χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των πολιτών όσο αφορά στις οργανωτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες των δημοσίων νοσοκομείων, σε αντίθεση με τις ιατρικές υπηρεσίες οι οποίες κρίνονται ως υψηλής

ποιότητας (Κυριόπουλος και συν., 1994). Επιπροσθέτως, η ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εμφανίζεται μέτρια για το ιατρικό και νοσηλευτικό μέρος και μικρή για το διοικητικό- διαχειριστικό (Γεωργούση και συν.,1994). Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό τμήμα του πληθυσμού να δηλώνει διατεθειμένο να πληρώσει κάποιο πρόσθετο ποσό για τη βελτίωση της ποιότητας των λαμβανομένων υπηρεσιών υγείας (Δόλγερας και συν., 2001).

Το πολυδιάστατο και η συχνά απροσδιόριστη χρήση της έννοιας της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας, ώθησε τον ΠΟΥ στην ανάπτυξη και την υιοθέτηση μιας νέας έννοιας: της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας. Η έννοια αυτή ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις θεμιτές προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με όλες τις μη ιατρικές πλευρές της συναλλαγής τους με αυτό (de Silva., 2000; Darby et al.,2000).

18.1 Προσδιορισμός της έννοιας της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας

Η ανταποκρισιμότητα διαφέρει και δεν ταυτίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή και την ποιότητα της φροντίδας, παρόλο που υπάρχουν ορισμένες αλληλεπικαλυπτόμενες διαστάσεις μεταξύ των εννοιών αυτών. Οι διαφορές εντοπίζονται σε τρεις βασικούς άξονες (de Silva., 2000):

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	
Ανταποκρισιμότητα	Ικανοποίηση
Πεδίο αναφοράς	
Αξιολογεί το σύστημα υγείας συνολικά, ως μία οντότητα	Αξιολογεί συναλλαγές με κλινικό σκοπό σε συγκεκριμένη μονάδα υγείας
Εύρος	
Αναφέρεται μόνο στις διαστάσεις του συστήματος οι οποίες δεν αφορούν στην ιατρική βελτίωση ή διατήρηση της υγείας	Αναφέρεται τόσο στις ιατρικές όσο και στις μη ιατρικές διαστάσεις της συναλλαγής
Σκεπτικό	
Συγκρίνει τις αντιλήψεις του ατόμου για το σύστημα υγείας σε σχέση με τις «θεμιτές οικουμενικές προσδοκίες»	Αντιπροσωπεύει ένα σύμπλεγμα αντιλαμβανόμενων αναγκών, ατομικών προσδοκιών και ατομικών εμπειριών

Πηγή: Κυριόπουλος και συν., 2003

Με βάση το παραπάνω σκεπτικό, ο ΠΟΥ, προχώρησε στη διεξαγωγή ερευνών οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα τον καθορισμό των στοιχείων τα οποία συνθέτουν την ανταποκρισιμότητα. Τα στοιχεία αυτά είναι τα ακόλουθα (Darby et al., 2000; de Silva., 2000):

α) Η αξιοπρέπεια

Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ατόμου συνδέεται με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως η ελευθερία μετακίνησης των ατόμων που πάσχουν από AIDS, την ευπρεπή συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού προς τους εξυπηρετούμενους κατά τη διάρκεια της παροχής θεραπείας, τη διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή στη διατύπωση ερωτήσεων και την παροχή πληροφοριών κατά τη διάρκεια των επισκέψεων και της θεραπείας και τη διεξαγωγή των ιατρικών εξετάσεων με σεβασμό της ιδιωτικότητας.

β) Η αυτονομία

Η επίτευξη της αυτονομίας του ασθενή προϋποθέτει την κατοχύρωση μιας σειράς δικαιωμάτων όπως η πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια από την οποία πάσχει και τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας της, η συναίνεση και η ενεργός συμμετοχή του στις αποφάσεις για τη θεραπεία του, η συγκατάθεσή του για τη διεξαγωγή εξετάσεων και θεραπείας καθώς επίσης και η δυνατότητα άρνησης της θεραπείας υπό την προϋπόθεση πνευματικής διαύγειας.

γ) Η έγκαιρη προσοχή

Η έγκαιρη προσοχή επιτυγχάνεται με την παροχή έγκαιρης φροντίδας στις επείγουσες περιπτώσεις, την παροχή φροντίδας μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα έτσι ώστε οι λίστες αναμονής να μην καλύπτουν μεγάλες χρονικές περιόδους, το μικρό χρόνο αναμονής στις ιατρικές επισκέψεις και στη διεξαγωγή των εξετάσεων.

δ) Η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών

Η προστασία της ιδιωτικότητας του ατόμου κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης καθώς επίσης και η προστασία του απόρρητου των πληροφοριών τις οποίες παρέχει ο ασθενής και των πληροφοριών οι οποίες σχετίζονται με την ασθένειά του, εκτός των περιπτώσεων όπου οι πληροφορίες είναι αναγκαίο να δοθούν σε κάποιο προμηθευτή υπηρεσιών υγείας ή έχει δώσει τη συγκατάθεσή του ο ασθενής, αποτελούν τις βασικές παραμέτρους αυτού του στοιχείου.

ε) Η επικοινωνία

Η εγκαθίδρυση ενός κατάλληλου κλίματος επικοινωνίας σχετίζεται με προϋποθέσεις όπως το προσωπικό να ακούει προσεκτικά τον πολίτη, να δίνονται κατανοητές και επαρκείς εξηγήσεις προς τον εξυπηρετούμενο και να υπάρχει χρόνος για ερωτήσεις από μέρους του.

στ) Η επιλογή προμηθευτών

Το δικαίωμα της επιλογής των προμηθευτών λαμβάνει διπλή υπόσταση, δεδομένου ότι αναφέρεται αφενός στη δυνατότητα επιλογής γιατρού, νοσηλευτών/τριών, ή άλλων υγειονομικών επαγγελματιών και αφετέρου στη δυνατότητα επιλογής υγειονομικής μονάδας.

ζ) Η κοινωνική υποστήριξη (αξιολογείται μόνο για νοσοκομειακή φροντίδα)

Η κοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει το δικαίωμα να δέχεται ο ασθενής επισκέψεις συγγενών και φίλων, την άδεια παροχής τροφής ή άλλων ειδών προσωπικής χρήσης από τους συγγενείς και φίλους αν δεν παρέχονται από το νοσοκομείο και την ελευθερία άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων και των εθιμικών παραδόσεων εφόσον δεν παρακωλύουν τη λειτουργία του νοσοκομείου ή προσβάλλουν την ευαισθησία των άλλων ατόμων.

η) Το περιβάλλον

Η επάρκεια του χώρου, της επίπλωσης, του κλιματισμού, του καθαρού νερού, των αποχωρητηρίων, του ιματισμού και των τροφίμων, το καθαρό περιβάλλον και οι εγκαταστάσεις και τέλος η τακτικότητα στις διαδικασίες καθαρισμού και συντήρησης

των κτιριολογικών εγκαταστάσεων, αποτελούν τις βασικές συνιστώσες προσδιορισμού του περιβάλλοντος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19.

Αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών για τις υπηρεσίες υγείας

Τόσο η Έκθεση Black και η Έκθεση Whitehead οι οποίες αναφέρονται στη Βρετανία (Townsend et al., eds., 1992), όσο και έρευνες οι οποίες εξετάζουν άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (Fox, ed., 1989), αναδεικνύουν την έλλειψη υλικών πόρων από τα φτωχά στρώματα του πληθυσμού, τη χαμηλή εκπαίδευση, τις άσχημες συνθήκες στέγασης, την απασχόληση σε θέσεις χαμηλού κοινωνικού γοήτρου και γενικότερα το δυσμενές κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, ως ερμηνευτικούς παράγοντες της ύπαρξης ανισοτήτων στην υγεία και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα παλαιότερες μελέτες και έρευνες προσεγγίζουν τα παραπάνω ζητήματα και ο προβληματισμός τον οποίο θέτουν καταλήγει σε παρόμοια συμπεράσματα. Σύμφωνα με τον Μπαμπανάση (1981), κατά την περίοδο 1900-1981, η φτώχεια, η κακή διατροφή, οι άσχημες συνθήκες κατοικίας και υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους εργασίας και γενικότερα οι δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης συνδέονται με υψηλότερη θνησιμότητα και νοσηρότητα των χαμηλών στρωμάτων. Σε εμπειρική έρευνα των Μαδιανού και συν., (1988) τα προβλήματα της αστικής και βιομηχανικής ανάπτυξης της χώρας όπως η ποιότητα της κατοικίας και οι συνθήκες εργασίας σχετίζονται με τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού. Ο Υφαντόπουλος (1988) υποστηρίζει ότι η υγεία του ελληνικού πληθυσμού εξαρτάται από τον τρόπο ζωής την εκπαίδευση και την οικονομική ανάπτυξη. Στην μελέτη των Καράγιωργα και συν., (1990) για τις διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα, διαπιστώνονται διαφορές στο φάσμα νοσηρότητας μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών και στους δείκτες, τη διάρκεια και την έκβαση της νοσηλείας μεταξύ των ασφαλισμένων διαφορετικών ταμείων και μεταξύ απόρων και μη απόρων ασθενών.

Κοινωνικές ανισότητες εμφανίζονται και στο υποσύστημα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, με την ιδιαίτερα αυξημένη βαρύτητα των

ιδιωτικών δαπανών για την υγεία (42% του συνόλου των δαπανών υγείας) και την εκτεταμένη παραοικονομία (16,9% των δαπανών υγείας) (Kygiopoulos et al., 2001) καθώς επίσης και την άνιση κατανομή του φορολογικού βάρους η οποία οφείλεται στην κυριαρχία των έμμεσων φόρων (Καράγιωργας; Πάκος., 1988). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η επιλογή του τρόπου παραγωγής, των μεθόδων χρηματοδότησης και των κριτηρίων αποζημίωσης εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης (Κυριόπουλος., 2001).

Όλο και λιγότερο σε σχέση με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους ζουν οι Έλληνες, σύμφωνα με την παρουσίαση μελέτης του Τούντα (Τούντας., 2007). Παρότι το προσδόκιμο ζωής των Ελλήνων αυξήθηκε κατά 1,7 χρόνια την περίοδο 1990-2004, στις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες η αντίστοιχη αύξηση ήταν διπλάσια, με αποτέλεσμα η Ελλάδα να κατατάσσεται το 2004 στην 11η θέση με μέσο χρόνο ζωής τα 79,05 έτη, όταν το 2001 κατείχε την 7η και το 1991 τη 2η θέση. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής των Ελλήνων φαίνεται να υστερεί σε σχέση με εκείνη των Ευρωπαίων.

Ειδικά οι έφηβοι στην Ελλάδα κατέχουν την τρίτη χαμηλότερη θέση στην ψυχική ευεξία, δηλώνουν λιγότερο αυτόνομοι από τους συνομηλίκους τους Ευρωπαίους, ενώ παραπονιούνται για την περιορισμένη επικοινωνία με τους γονείς τους.

Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η θνησιμότητα των ενηλίκων από καρδιαγγειακά νοσήματα, που αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου (48%), μειώνεται τα τελευταία χρόνια, με ρυθμούς ωστόσο βραδύτερους από των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Σταθερή σχεδόν παραμένει η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα (25%), που είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα. Ακολουθούν τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος με 7% και τα ατυχήματα (5%).

Ειδικά στο κάπνισμα, η Ελλάδα κατέχει τη δεύτερη υψηλότερη θέση στην Ε.Ε., με το 40% των ενηλίκων και το 24,6% των μαθητών ηλικίας 14-17 ετών να καπνίζουν συστηματικά. Στη δεύτερη χειρότερη θέση μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. των «15» βρίσκεται η Ελλάδα όσον αφορά και στο αυξημένο σωματικό βάρος (57,7% του πληθυσμού).

Άλλα στοιχεία της μελέτης δείχνουν ότι παρά την αύξηση του πληθυσμού της χώρας -κυρίως λόγω μετανάστευσης- κατά 4,2% την τελευταία δεκαετία, ο συνολικός πληθυσμός εμφανίζεται γερασμένος. Τα χρόνια νοσήματα παρουσιάζονται συχνότερα στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (36,9%) σε σύγκριση με τις ανώτερες (30,4%). Αντιστοίχως, περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλήν ΑΕΠ, όπως η Ανατολική Μακεδονία και η Θράκη, παρουσιάζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα και υψηλότερο ποσοστό καρδιαγγειακών παθήσεων.

Η **Βίκυ Παπανικολάου** και ο **Δρ. Ιωακείμ Σιγάλας** έκαναν μια προσπάθεια μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης του ασθενή (Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι., 1994).

Το δείγμα της έρευνας ήταν οι εξερχόμενοι ασθενείς από το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (531 άτομα) και το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ (300 άτομα), δυναμικότητας σε κρεβάτια 710 και 670 αντίστοιχα. Η όλη έρευνα διήρκεσε τέσσερις εβδομάδες.

Σύμφωνα με τα συναχθέντα συμπεράσματα, η ικανοποίηση των εξερχόμενων ασθενών από τα δύο Νοσοκομεία είναι υψηλού βαθμού για την Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα που δέχτηκαν και μετρίου βαθμού για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες.

Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών ήταν το αντικείμενο μελέτης και έρευνας και των **Α. Αντωνόπουλου**, **Δ. Καραμητόπουλου** και **Ε. Σοφιανού**. (1989). Στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσει τις προϋποθέσεις για τη βελτίωση του επιπέδου εξυπηρέτησης των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία σε ημέρες εφημερίας. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα, η διαμόρφωση των γνώμων των ασθενών σχετικά με το επίπεδο των υπηρεσιών περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία καθορίζεται από την επικοινωνία που είχαν κυρίως με τους ιατρούς και από τους λόγους για τους οποίους επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου. Τα άτομα τα οποία επισκέπτονται το Νοσοκομείο χωρίς να τους ωθεί σε αυτό κάποια οικονομική ανάγκη, δείχνουν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του, ενώ, αντίθετα, εκείνοι οι οποίοι οδηγήθηκαν σε αυτό για οικονομικούς λόγους, είναι δυσαρεστημένοι από τις προαναφερθείσες υπηρεσίες. Ένα άλλο συμπέρασμα που προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων είναι ότι υπάρχει μια κατηγορία, νέων κυρίως ανθρώπων,

εξαρτημένων οικονομικά, οι οποίοι είναι δυσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες περίθαλψης, ιδίως λόγω της σχέσης τους με το προσωπικό.

Οι **Τούντας, Λοπατατζίδης και Χουλιάρα (2003)**, εξέτασαν το βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. από τις αντίστοιχες παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες.

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 51,2% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι έχει καλή υγεία, το 76,1% προτιμά να επισκέπτεται πρώτα έναν γενικό γιατρό, ενώ οι ασφαλισμένοι του δείγματος της έρευνας πραγματοποίησαν 10 επισκέψεις κατά μέσο όρο τον τελευταίο χρόνο στις υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. Το 51% των ερωτηθέντων αξιολογεί τις υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. ως πολύ καλές ή καλές και το 13,8% ως κακές ή πολύ κακές. Τέλος, το 51,2% είναι μέτρια ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το 31,4% πολύ ικανοποιημένο και το 8,9% καθόλου ικανοποιημένο. Λαμβάνοντας υπόψη το βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Ι.Κ.Α., διαπιστώνεται η ανάγκη βελτίωσης των υπηρεσιών αυτών.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω και από υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, δεν υπάρχει καθολική και πλήρης ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού της χώρας για υγειονομικές υπηρεσίες. Επιπροσθέτως, το συνδυαστικό αποτέλεσμα ως προς την αναδιανεμητική επίπτωση της φορολογίας και των ασφαλιστικών εισφορών εμφανίζει χαμηλή προοδευτικότητα και συνεπώς μικρά αναδιανεμητικά αποτελέσματα (Φέτση 1990).

Κεφάλαιο 20.

Ανισότητες

ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ στη χρήση των υπηρεσιών υγείας καταγράφονται σε έρευνα της Hellas Health I, σύμφωνα με την οποία το 80% των ατόμων των ανωτέρων εισοδηματικών στρωμάτων είχαν επαφή με επαγγελματίες υγείας τον τελευταίο χρόνο, όταν το αντίστοιχο ποσοστό για τα κατώτερα στρώματα ήταν 65%.

Το πρόβλημα απεικονίζεται εντονότερα στη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων, όπου οι διαφορές είναι σαφείς σε όλο το φάσμα των εξετάσεων, με πιο

σημαντικές στη μέτρηση του PSA (41,4% έναντι 19,7%) και στη δακτυλική εξέταση (37,9% έναντι 8,2%). Αντίστοιχες διαφορές παρατηρούνται και μεταξύ των ασφαλισμένων βασικών ταμείων, όπου παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συχνότητα προληπτικών εξετάσεων μεταξύ ασφαλισμένων στο δημόσιο, σε σχέση με το ΙΚΑ και τον ΟΓΑ.

Τα αίτια των μεγάλων κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία σχετίζονται κυρίως με τη πολυδιάσπαση των ταμείων και τις άνισες παροχές τους, καθώς και με τη συνεχή υποβάθμιση και συρρίκνωση του ΕΣΥ. Γι' αυτό είναι αναγκαία η διαμόρφωση ενός βασικού πακέτου παροχών για κάθε Έλληνα ασφαλισμένο που θα περιέχει νοσοκομειακές, πρωτοβάθμιες και προληπτικές παροχές, πράγματι δωρεάν, καθώς και η ενίσχυση της χρηματοδότησης του ΕΣΥ με αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία της τάξης των 1,7 δις. ευρώ κατ' έτος και με τη μεταφορά ιδιωτικών δαπανών από τον ιδιωτικό τομέα στον δημόσιο.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ στην έκθεση για το 2006, παρατηρείται διεύρυνση των ανισοτήτων στην Ελλάδα που πλέον με 48,5% ιδιωτικές δαπάνες υγείας και 97% άμεσες πληρωμές βρίσκεται στην πρώτη τριάδα του κόσμου μαζί με το Μεξικό και την Κορέα. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, το 2006 κάθε ελληνική οικογένεια πλήρωσε εκτός από τις ασφαλιστικές κρατήσεις, επιπλέον 128,17 ευρώ το μήνα κατά μέσο όρο, για δαπάνες υγείας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



jde0089 www.fotosearch.com

ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Εισαγωγή

Η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής περίθαλψης, αποτελεί τον κεντρικό αφετηριακό άξονα για τα προγράμματα διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας.

Σκοπός της μελέτης

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να πραγματοποιηθεί μια συγκριτική ανάλυση των συστημάτων Υγείας μεγάλων Ευρωπαϊκών χωρών, με της Ελλάδας και να βρεθούν τόσο ομοιότητες όσο και διαφορές. Μέχρι σήμερα η συγκεκριμένη σχέση έχει μελετηθεί στην Ελλάδα. Επίσης, έγινε μια προσπάθεια μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και συγγενών αυτών,όσον αφορά τις Υπηρεσίες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Τέλος, έγινε μια προσπάθεια καταγραφής κατά πόσο το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι αρκετά αποτελεσματικό.

Υλικό και μέθοδος

Για την ανάλυση των συστημάτων Υγείας έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για την επίτευξη του στόχου όσον αφορά την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και συγγενών αυτών,αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο 43 ερωτήσεων για τους ασθενείς και 22 ερωτήσεων για τους συγγενείς- συνοδούς αυτών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 100 ασθενείς (50 άνδρες και 50 γυναίκες) οι οποίοι νοσηλεύονταν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και Νομαρχιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (Βενιζέλειο) καθώς και σε 80 συγγενείς-συνοδούς αυτών (23 άνδρες και 57 γυναίκες). Από την έρευνα αποκλείστηκαν ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 17 ετών και μεγαλύτερης των 75, καθώς και όσοι δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν για διάφορους λόγους, θέλοντας να αποφύγουμε τυχόν δυσκολίες στην επικοινωνία κατά την χρήση των ερωτηματολογίων. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 37 για του ασθενείς και 39,5 για τους συγγενείς- συνοδούς.

Το δείγμα αφορά ασθενείς που νοσηλεύονταν σε διαφορετικά τμήματα των δύο παραπάνω νοσοκομείων και η νοσηλεία τους αφορούσε το διάστημα από αρχές του 2009 έως τέλος.

Η επιλογή του δείγματος έγινε με την μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Για την συλλογή των δεδομένων εφαρμόστηκε ερωτηματολόγιο που αφορά:

α) Τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική κατάσταση, κτλ.)

β) Την περίθαλψη (Υπηρεσίες υγείας που έχουν επισκεφθεί, χρόνος αναμονής για εργαστηριακές εξετάσεις, αξιολόγηση περιβάλλοντος, αξιολόγηση φαγητού κτλ.)

γ) Την επικοινωνία τους με το ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό (Κατανοητή εξήγηση, σεβασμός από το προσωπικό, εμπιστευτικότητα κτλ.).

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με στατιστικό έλεγχο chi- square και έγινε χρήση του προγράμματος SPSS έκδοση 16.0.

Δεοντολογία

Για την διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε άδεια από την επιτροπή δεοντολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Πα.Γ.Ν.Η) με την υπ' αριθμό απόφαση 120/2008, καθώς και από την επιτροπή του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Βενιζέλειο) με την υπ' αριθμό απόφαση 120/2008.

Η συμμετοχή των ατόμων βασίστηκε στην δική τους βούληση. Επίσης τηρήθηκαν και τηρούνται όλες οι προϋποθέσεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και του ιατρικού απορρήτου.

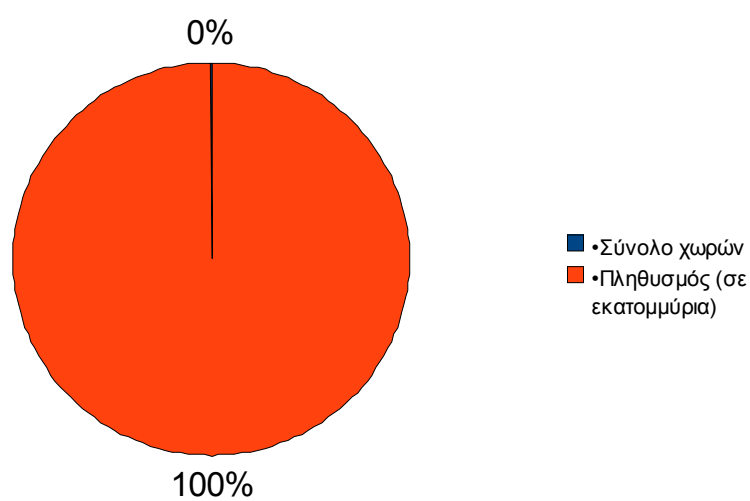
Αποτελέσματα- Στατιστική ανάλυση

Για τους ασθενείς

Μέσος όρος ηλικίας Ασθενών : 39,5 έτη

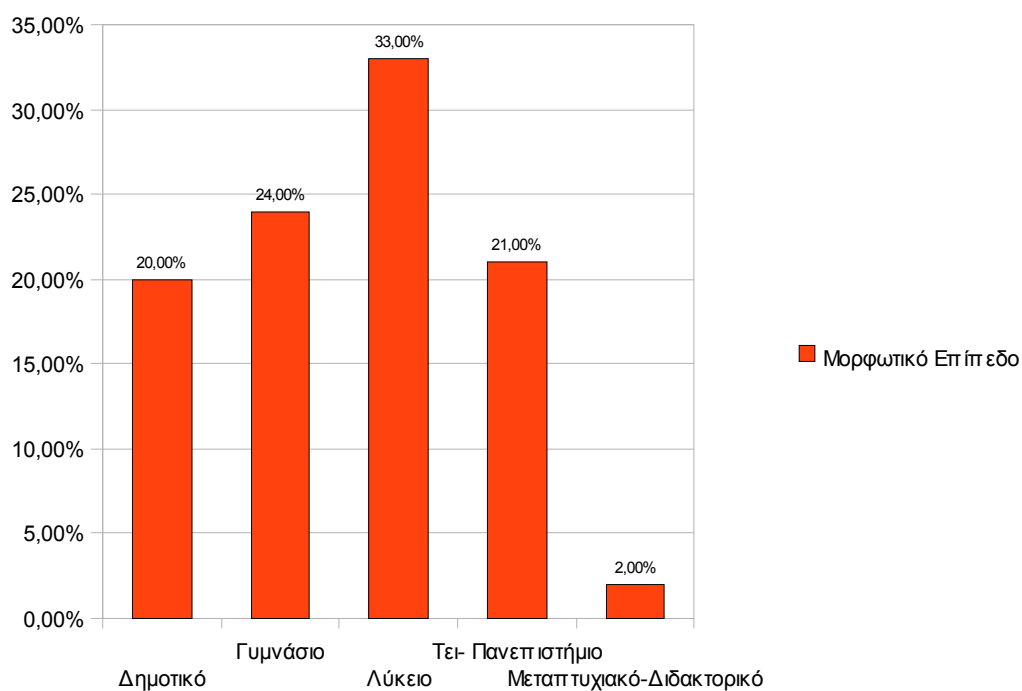
Φύλο	Ποσοστό
Άνδρες	50,00%
Γυναίκες	50,00%

Πίνακας: Έχετε γεννηθεί στην Ελλάδα;



Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Ναι	81,00%
Όχι	19,00%

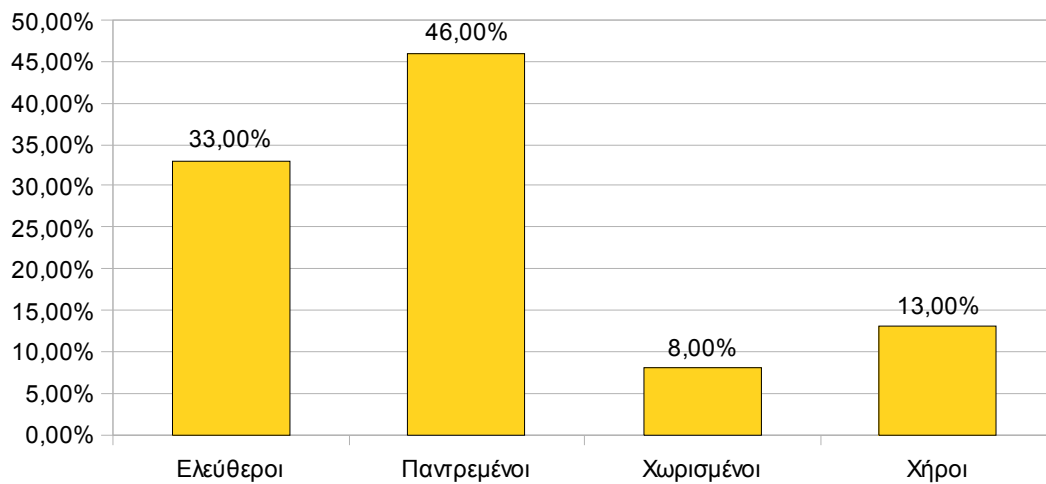
Πίνακας: Μορφωτικό επίπεδο



Μορφωτικό Επίπεδο Κατηγορίες	Ποσοστό (N=100)
Δημοτικό	20,00%
Γυμνάσιο	24,00%
Λύκειο	33,00%
ΤΕΙ- Πανεπιστήμιο	21,00%
Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό	2,00%

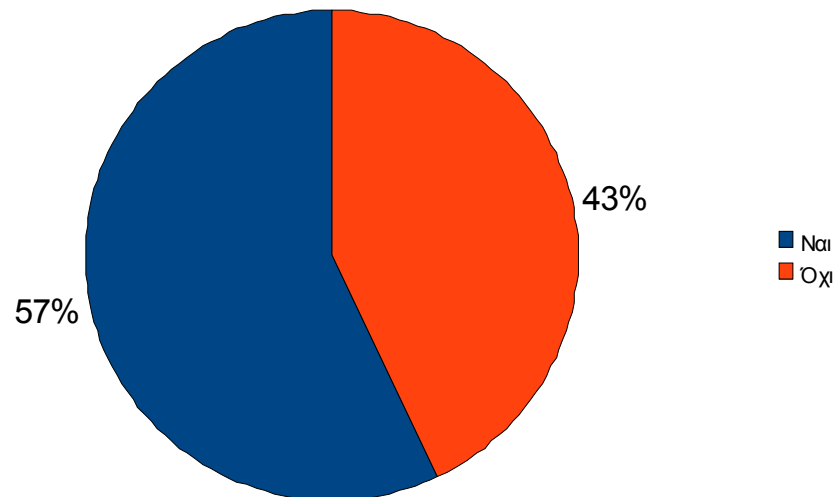
Πίνακας: Συζυγική κατάσταση

Συζυγική κατάσταση	Ποσοστό (N=100)
<i>Ελεύθερος/η</i>	33,00%
<i>Παντρεμένος/η</i>	46,00%
<i>Χωρισμένος/η</i>	8,00%
<i>Χήρος/α</i>	13,00%



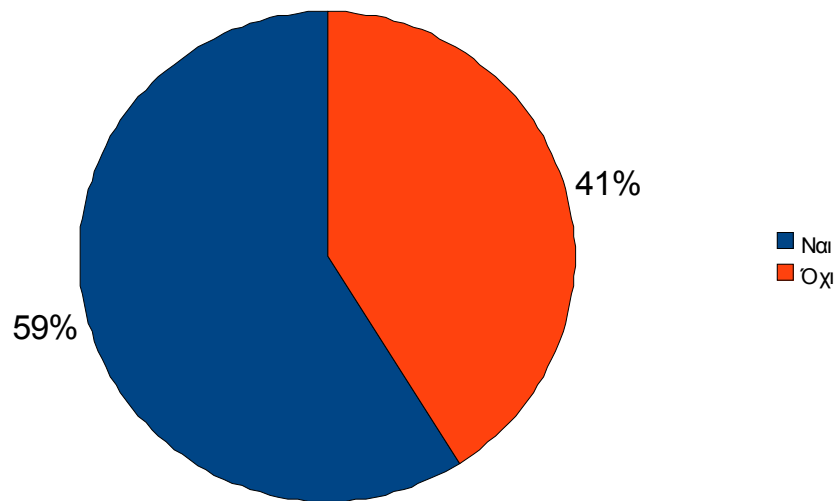
Πίνακας : Έχετε παιδιά

Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
<i>Ναι</i>	57,00%
<i>Όχι</i>	43,00%



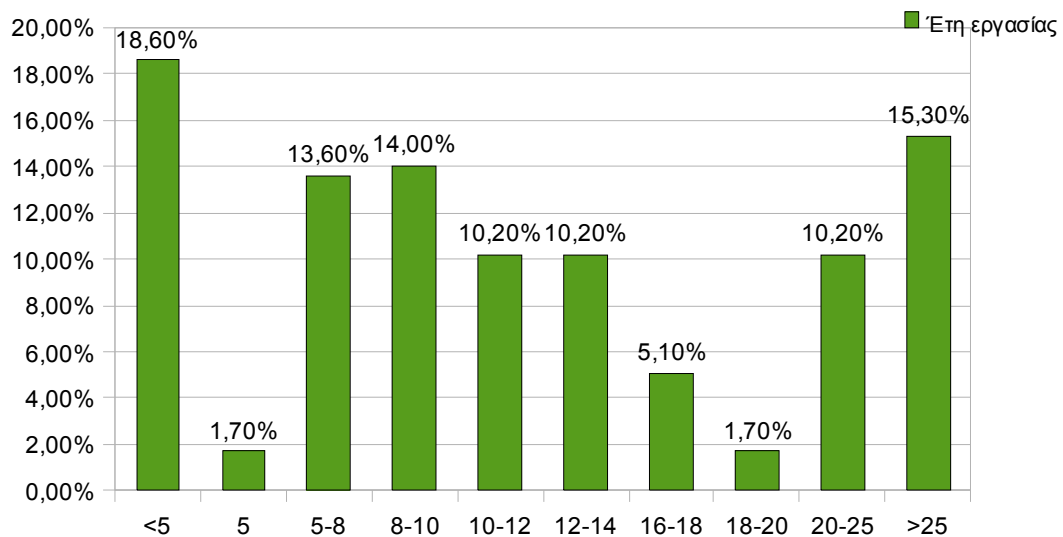
Πίνακας: Εργάζεστε

Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
<i>Ναι</i>	59,00%
<i>Όχι</i>	41,00%



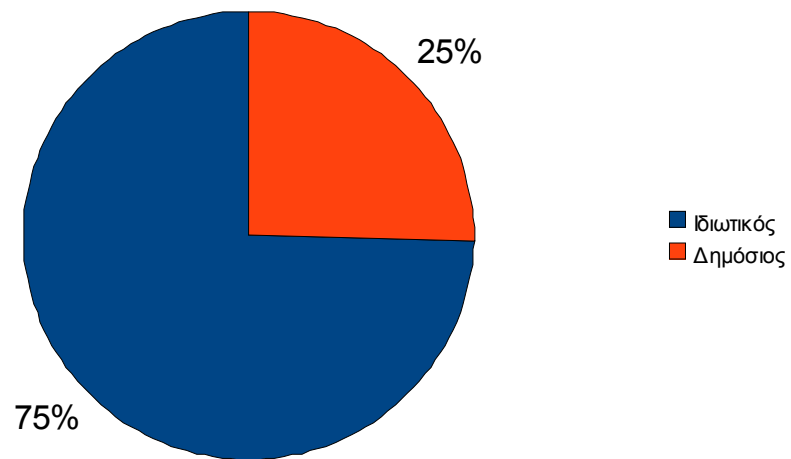
Πίνακας: Χρόνια εργασίας

Έτη	Ποσοστό (N=59)
< 5	(11) 18,6%
5	(1) 1,7%
5-8	(8) 13,6%
8-10	(8) 13,6%
10-12	(6) 10,2%
12-14	(6) 10,2%
16-18	(3) 5,1%
18-20	(1) 1,7%
20-25	(6) 10,2%
>25	(9) 15,3%



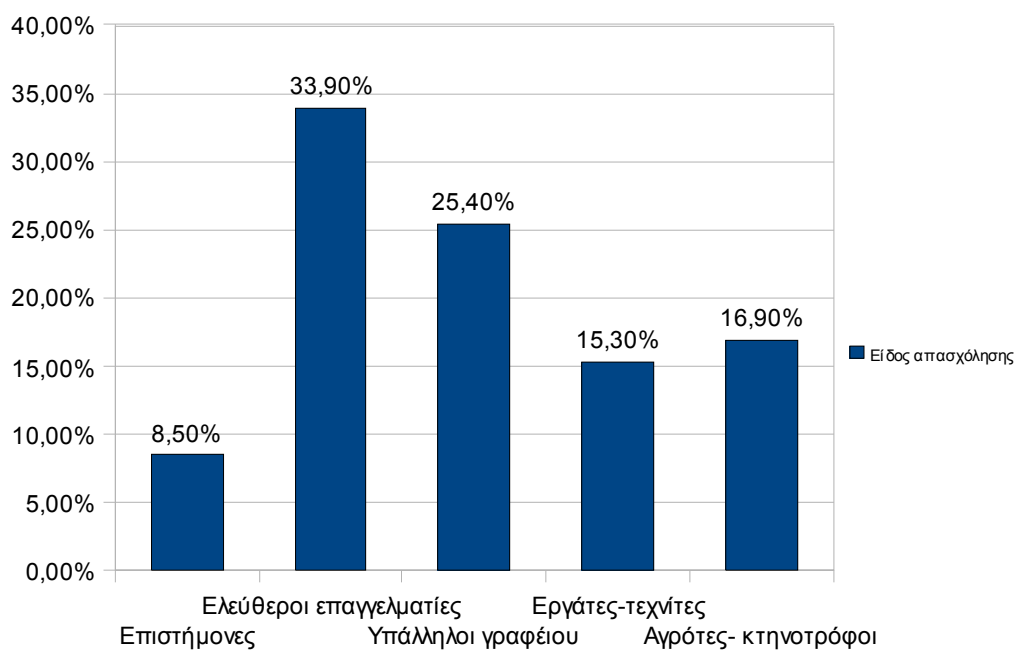
Πίνακας : Τομέας Απασχόλησης

Κατηγορία	Ποσοστό (N= 59)
Ιδιωτικός	(44) 74,6%
Δημόσιος	(15) 25,4%

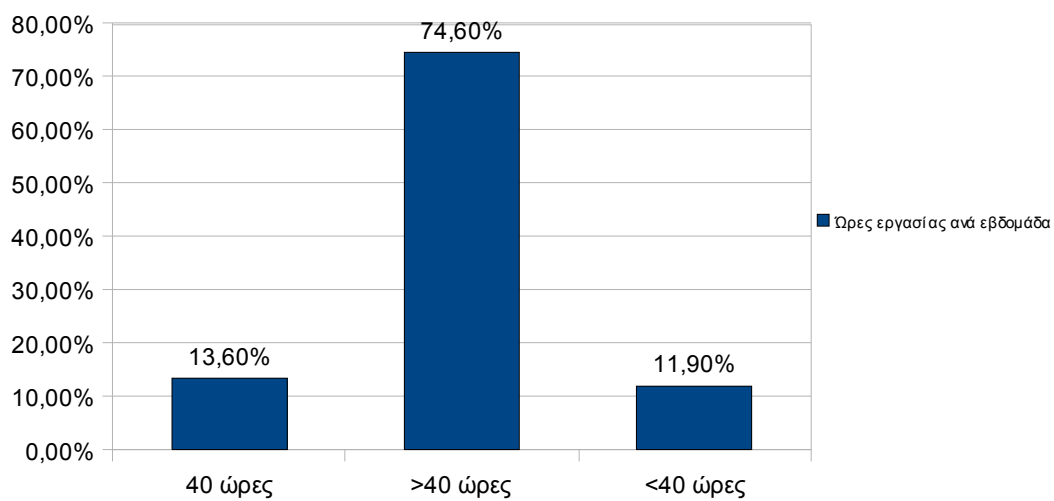


Πίνακας : Είδος απασχόλησης

Κατηγορία	Ποσοστό (N= 59)
Επιστήμονας	(5) 8,5%
Ελεύθερος επαγγελματίας, έμπορος	(20) 33,9 %
Υπάλληλος γραφείου	(15) 25,4%
Εργάτης- τεχνίτης	(9) 15,3%
Αγρότης- κτηνοτρόφος	(10) 16,9%



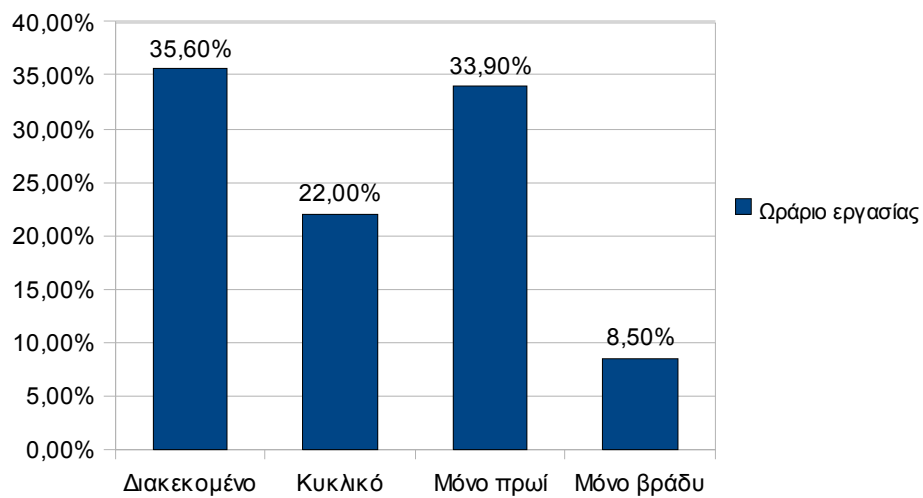
Πίνακας: Ώρες εργασίας ανά βδομάδα



Ώρες εργασίας	Ποσοστό (N= 59)
40	(8) 13,6%
>40	(44) 74,6%
<40	(7) 11,9%

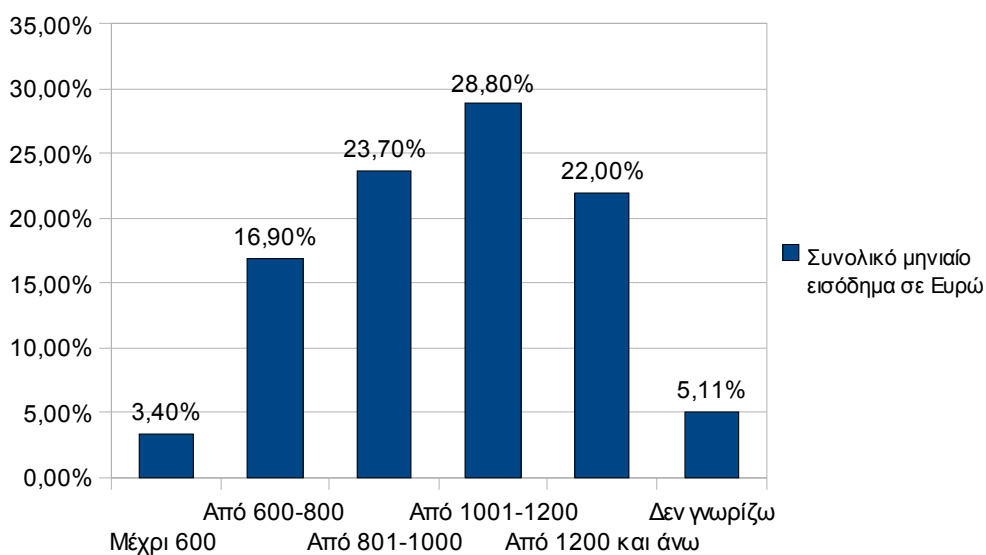
Πίνακας: Ωράριο εργασίας

Είδος ωραρίου	Ποσοστό (N= 59)
<i>Διακεκομμένο</i>	(21) 35,6%
<i>Κυκλικό</i>	(13) 22%
<i>Μόνο πρωί</i>	(20) 33,9%
<i>Μόνο βράδυ</i>	(5) 8,5%



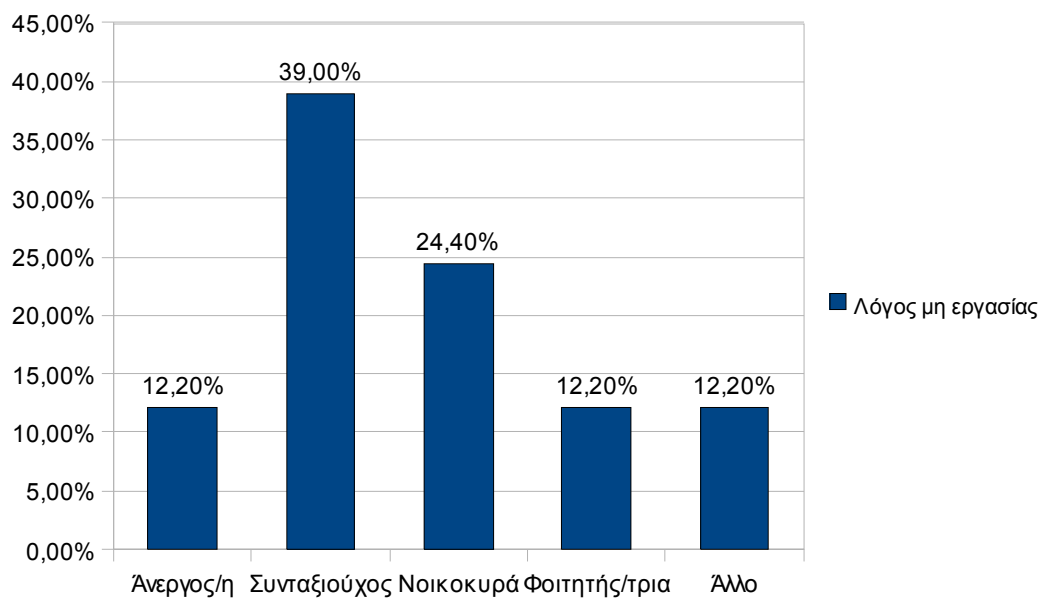
Πίνακας: Συνολικό Μηνιαίο εισόδημα

Μηνιαίο εισόδημα	Ποσοστό (N= 59)
Μέχρι 600 ευρώ	(2) 3,4%
Από 600-800 ευρώ	(10) 16,9%
Από 801-1000 ευρώ	(14) 23,7%
Από 1001-1200 ευρώ	(17) 28,8 %
Από 1200 ευρώ και άνω	(13) 22,1%
Δεν γνωρίζω	(3) 5,11%



Πίνακας: Λόγος μη εργασίας

Λόγος	Ποσοστό (N= 41)
Άνεργος/η	(5) 12,2%
Συνταξιούχος/α	(16) 39%
Νοικοκυρά	(10) 24,4%
Φοιτητής/α	(5) 12,2%
Άλλο	(5) 12,2%

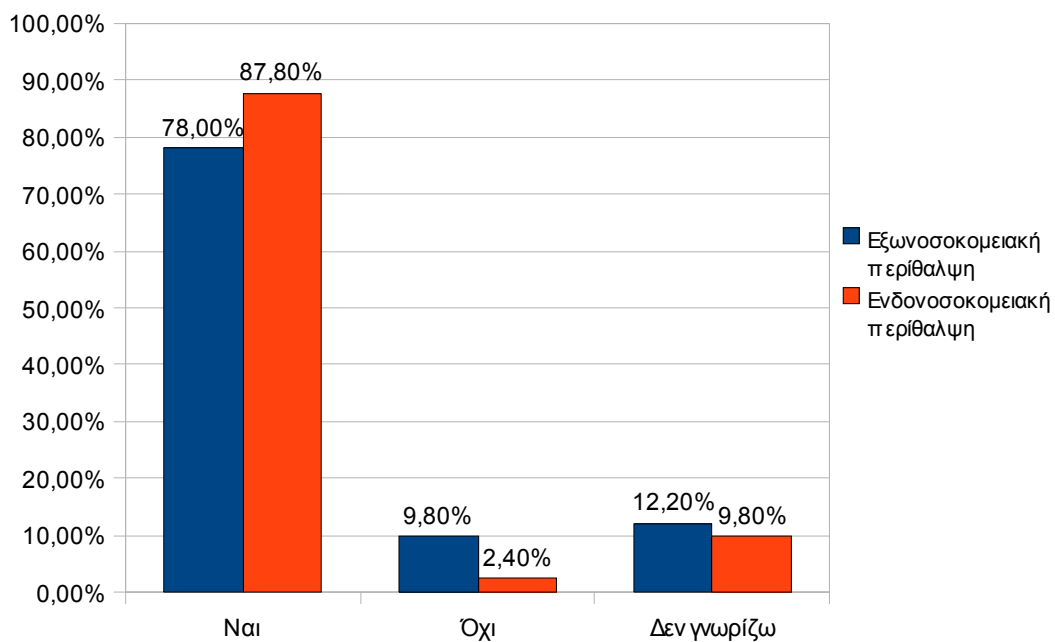


Πίνακας: Ασφαλισμένοι για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη

Κατηγορία	Ποσοστό (N=41)
Ναι	(32) 78%
Όχι	(4) 9,8 %
Δεν γνωρίζω	(5) 12,2%

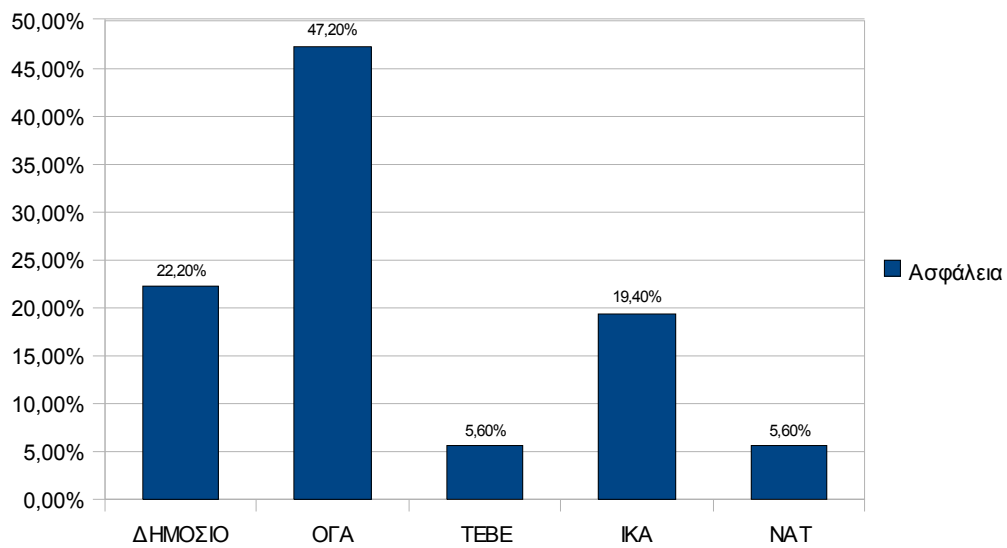
Πίνακας: Ασφαλισμένος για νοσοκομειακή περίθαλψη

Κατηγορία	
Ναι	
Όχι	
Δεν γνωρίζω	



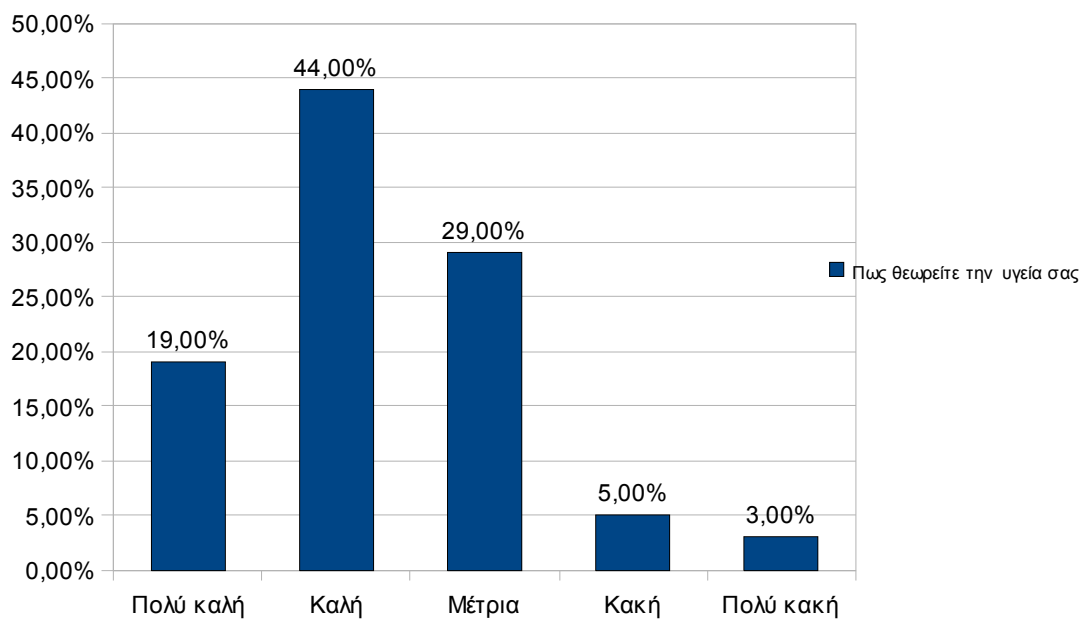
Πίνακας: Τι ασφάλεια έχετε

Ασφάλεια	Ποσοστό (N=41)
<i>ΔΗΜΟΣΙΟ</i>	(8) 22,20%
<i>ΟΓΑ</i>	(17) 47,20%
<i>ΤΕΒΕ</i>	(2) 5,60%
<i>ΙΚΑ</i>	(7) 19,40%
<i>NAT</i>	(2) 5,60%



Πίνακας: Πως θεωρείτε την υγεία σας

Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Πολύ καλή	(19) 19%
Καλή	(44) 44%
Μέτρια	(29) 29%
Κακή	(5) 5%
Πολύ κακή	(3) 3%

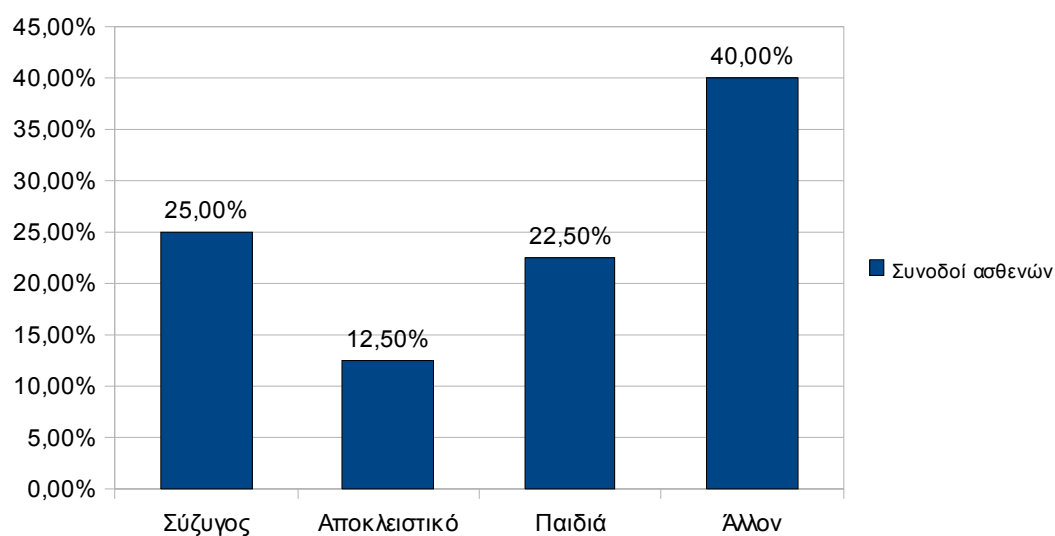


Πίνακας: Έχετε συνοδό;

Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Ναι	(20) 80%
Όχι	(20) 20%

Πίνακας: Αν ναι, ποιον;

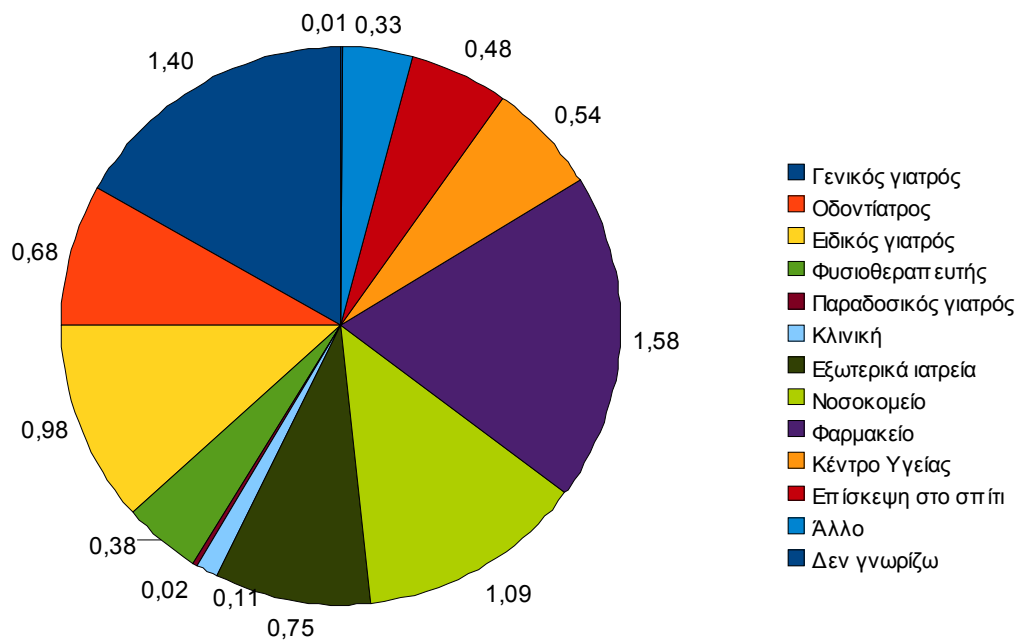
Συνοδός	Ποσοστό (N=80)
Σύζυγος	(20) 25%
Αποκλειστικό	(10) 12,5%
Παιδιά	(18) 22,5%
Άλλον	(32) 40%



Πίνακας: Υπηρεσίες Υγείας- Μέση τιμή επισκέψεων σε 12 μήνες

Υπηρεσίες Υγείας	Μέση τιμή φορών επισκέψεων (N=100)
------------------	------------------------------------

Γενικός γιατρός	1,4
Οδοντίατρος	0,68
Ειδικός γιατρός	0,98
Φυσιοθεραπευτής	0,38
Παραδοσιακός θεραπευτής	0,02
Κλινική	0,11
Εξωτερικά ιατρεία	0,75
Νοσοκομείο	1,09
Φαρμακείο	1,58
Κέντρο Υγείας	0,54
Επίσκεψη στο σπίτι	0,48
Άλλο	0,33
Δεν γνωρίζω	0,01



Πίνακας: Υπηρεσίες Υγείας- Ποσοστά φορών επισκέψεων σε 12 μήνες

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
------------------	------------------	-----------------

<i>Γενικός γιατρός</i>	0	51,00%
	1	23,00%
	2	11,00%
	3	6,00%
	5	3,00%
	6	2,00%
	7	2,00%
	8	1,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Οδοντίατρος</i>	0	64,00%
	1	16,00%
	2	13,00%
	3	4,00%
	4	1,00%
	5	2,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Ειδικός γιατρός</i>	0	54,00%
	1	19,00%
	2	16,00%
	3	6,00%
	4	1,00%
	5	3,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Φυσιοθεραπευτής</i>	0	83,00%
	1	7,00%
	2	4,00%
	3	2,00%
	4	3,00%
	5	1,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Παραδοσιακός θεραπευτής</i>	0	99,00%
	1	1,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Κλινική</i>	0	91,00%
	1	8,00%
	3	1,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Εξωτερικά ιατρεία</i>	0	51,00%
	1	29,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
	2	17,00%
	3	2,00%
	6	1,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Νοσοκομείο (για εισαγωγή)</i>	0	5,00%
	1	82,00%
	2	12,00%
	3	1,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Φαρμακείο (όπου δεν αγοράσατε απλά φάρμακα, αλλά μιλήσατε για την ασθένεια σας και την θεραπεία της)</i>	0	41,00%
	1	16,00%
	2	16,00%
	3	12,00%
	4	5,00%
	5	8,00%
	7	2,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Κέντρο Υγείας</i>	0	70,00%
	1	19,00%
	2	6,00%
	4	2,00%
	5	3,00%

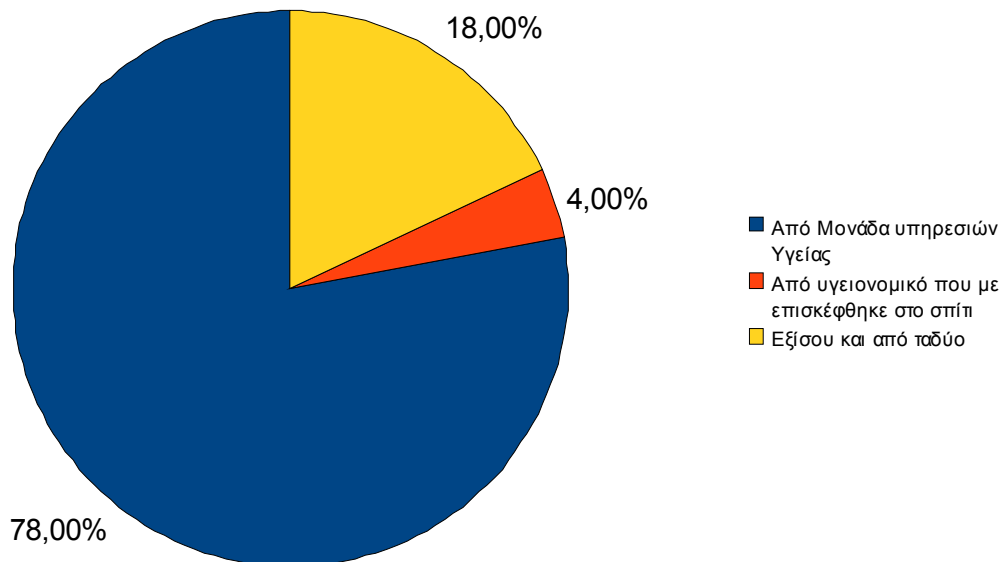
Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Επίσκεψη επαγγελματία υγείας στο σπίτι</i>	0	81,00%
	1	8,00%
	2	4,00%
	3	4,00%
	4	1,00%
	8	2,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
<i>Άλλο</i>	0	78,00%
	1	15,00%
	2	4,00%

Υπηρεσίες Υγείας	Φορές επισκέψεων	Ποσοστό (N=100)
	3	2,00%
	4	1,00%

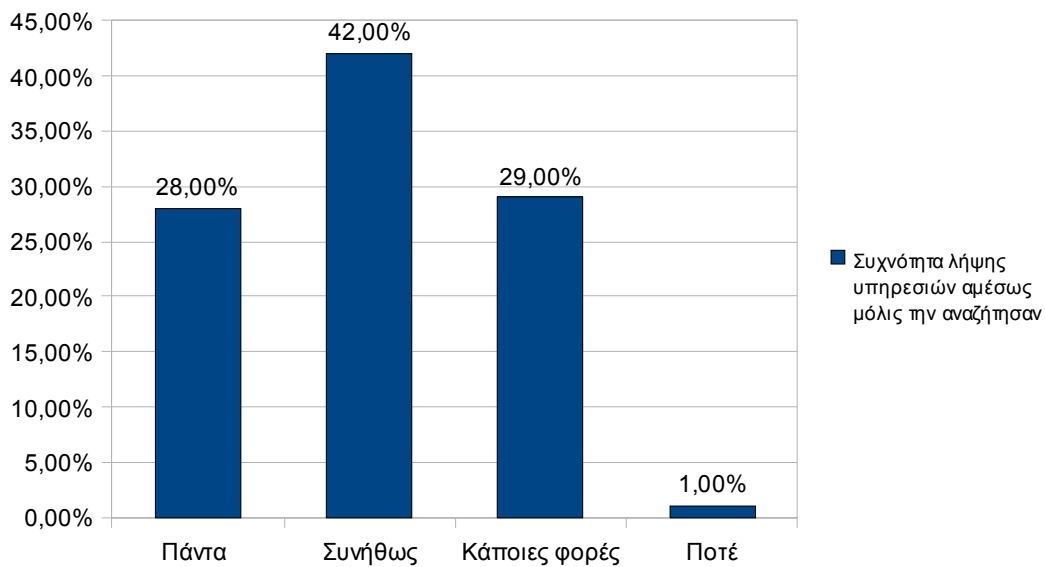
Πίνακας: Λήψη Φροντίδας Υγείας Από

Φροντίδα Υγείας	Ποσοστό
Μονάδα υπηρεσιών υγείας	78,00%
Υγειονομικός στο σπίτι	4,00%
Εξίσου και από τα δύο	18,00%



Πίνακας: Συχνότητα λήψης υπηρεσιών Υγείας μόλις την αναζητήσατε

Συχνότητα	Ποσοστό (N=100)
Πάντα	28,00%
Συνήθως	42,00%
Κάποιες φορές	29,00%
Ποτέ	1,00%



Πίνακας: Χρόνος αναμονής λήψης υπηρεσιών Υγείας

Χρόνος αναμονής	Ποσό	Ποσοστό (N=100)
<i>Λεπτά</i>	0	92,00%
	30	5,00%
	40	3,00%

Χρόνος αναμονής	Ποσό	Ποσοστό (N=100)
<i>Ωρες</i>	0	27,00%
	1	18,00%
	2	25,00%
	3	15,00%
	4	5,00%
	5	8,00%
	6	2,00%

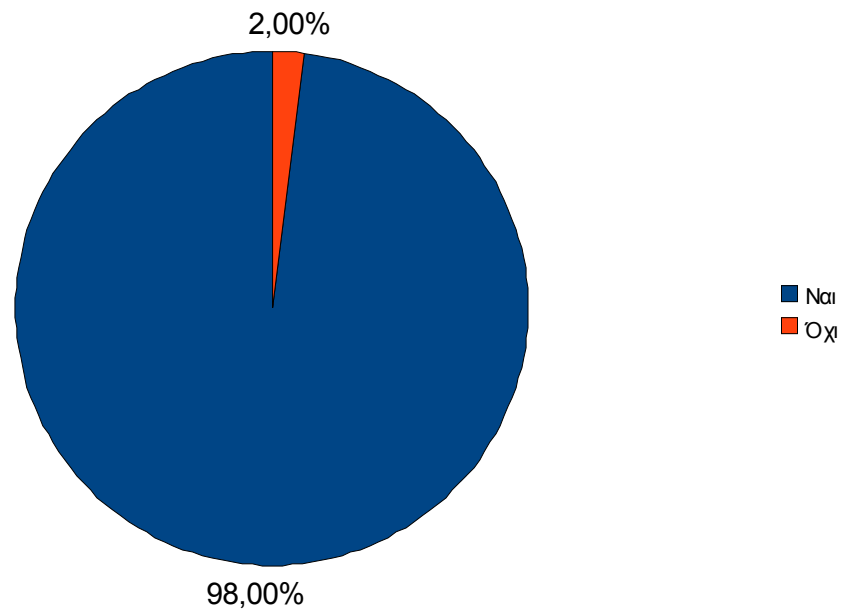
Χρόνος αναμονής	Ποσό	Ποσοστό (N=100)
<i>Μέρες</i>	0	90,00%
	1	2,00%
	3	1,00%
	4	2,00%
	5	2,00%
	7	2,00%
	10	1,00%

Χρόνος αναμονής	Ποσό	Ποσοστό (N=100)
<i>Εβδομάδες</i>	0	93,00%
	2	7,00%

Χρόνος αναμονής	Ποσό	Ποσοστό (N=100)
<i>Μήνες</i>	0	98,00%
	2	2,00%

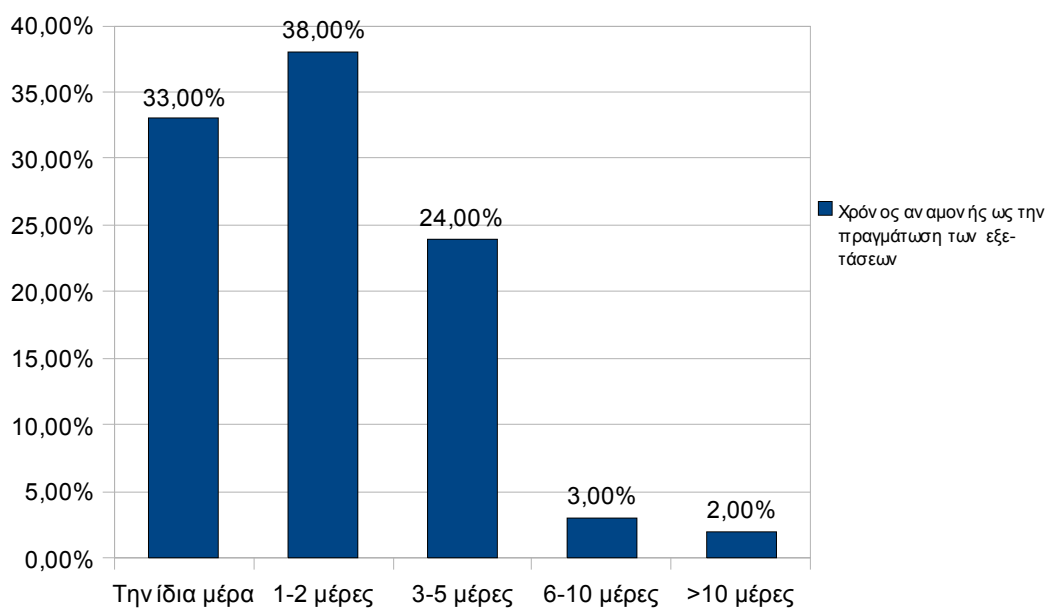
Πίνακας: Τους τελευταίους 12 μήνες χρειαστήκατε εργαστηριακές εξετάσεις;

Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
<i>Ναι</i>	98,00%
<i>Όχι</i>	2,00%



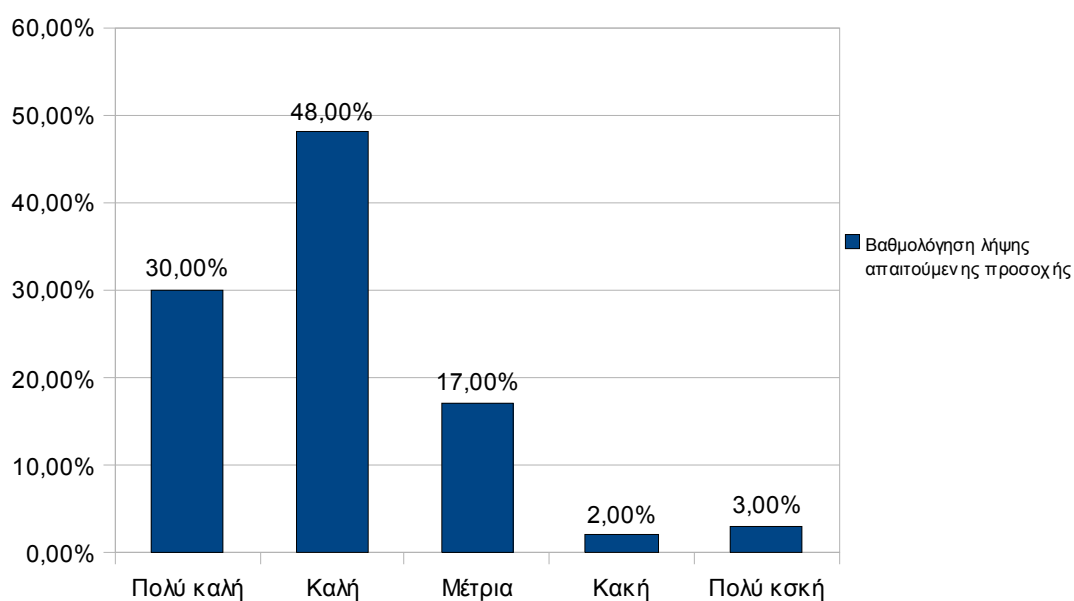
Πίνακας: Χρόνος αναμονής ως την πραγμάτωση των εργαστηριακών εξετάσεων-δοκιμασιών

Χρόνος αναμονής	Ποσοστό (N=100)
<i>Ίδια μέρα</i>	33,00%
<i>1-2 μέρες</i>	38,00%
<i>3-5 μέρες</i>	24,00%
<i>6-10 μέρες</i>	3,00%
<i>>10 μέρες</i>	2,00%



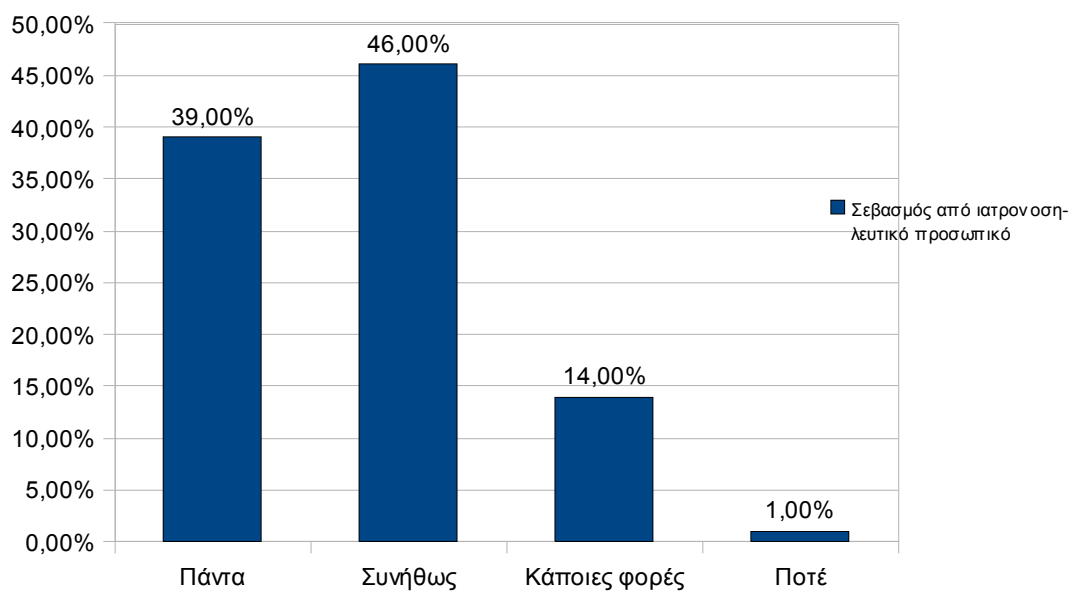
Πίνακας: Εμπειρία από Υπηρεσίες Υγείας σε σχέση με την λήψη απαιτούμενης προσοχής

Βαθμολόγηση εμπειρίας	Ποσοστό (N=100)
<i>Πολύ καλή</i>	30,00%
<i>Καλή</i>	48,00%
<i>Μέτρια</i>	17,00%
<i>Κακή</i>	2,00%
<i>Πολύ κακή</i>	3,00%



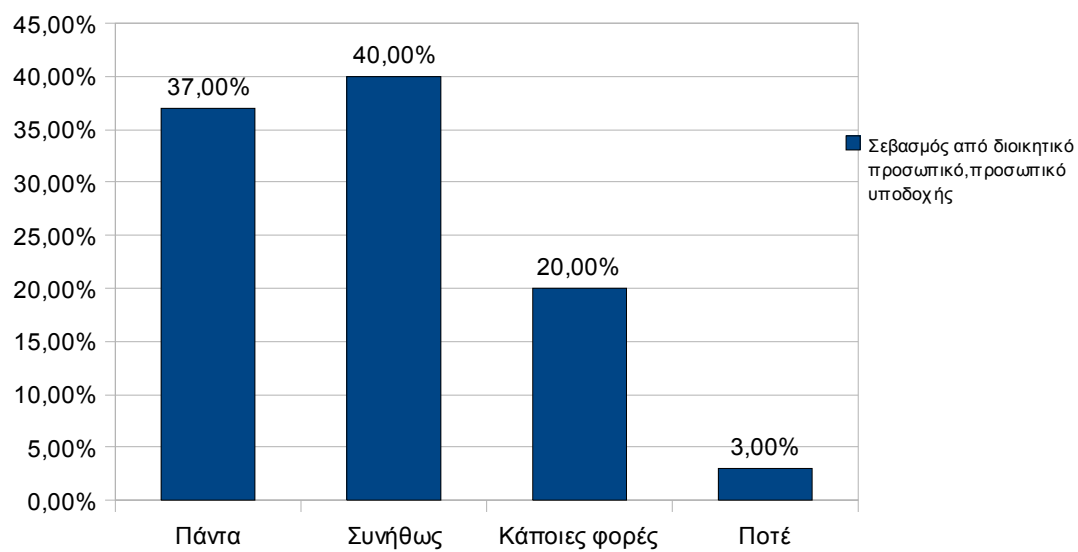
Πίνακας: Σεβασμός από Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Συχνότητα	Ποσοστό (N=100)
Πάντα	39,00%
Συνήθως	46,00%
Κάποιες φορές	14,00%
Ποτέ	1,00%



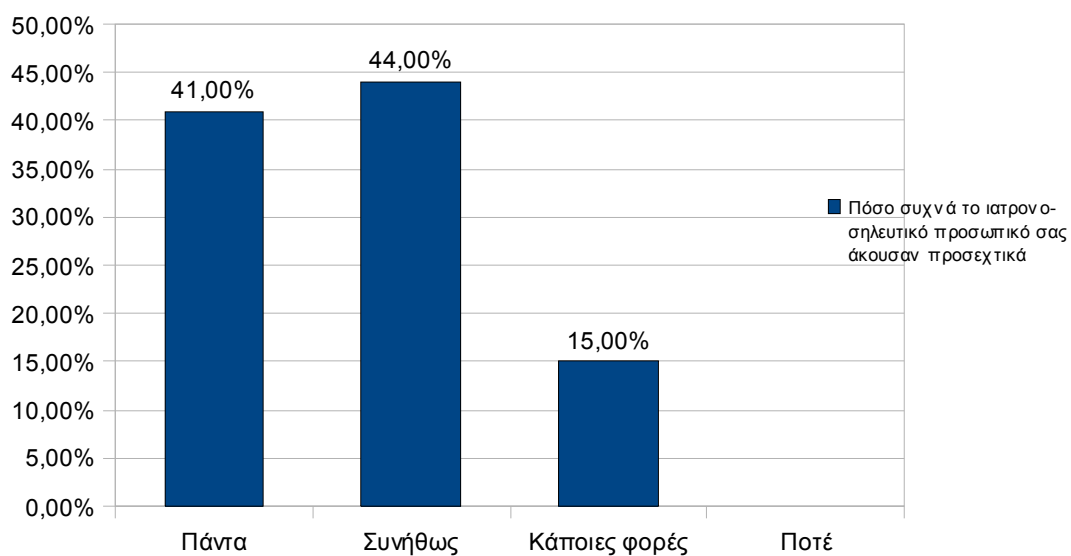
Πίνακας: Σεβασμός από διοικητικό προσωπικό,προσωπικό υποδοχής

Συχνότητα	Ποσοστό (N=100)
<i>Πάντα</i>	37,00%
<i>Συνήθως</i>	40,00%
<i>Κάποιες φορές</i>	20,00%
<i>Ποτέ</i>	3,00%



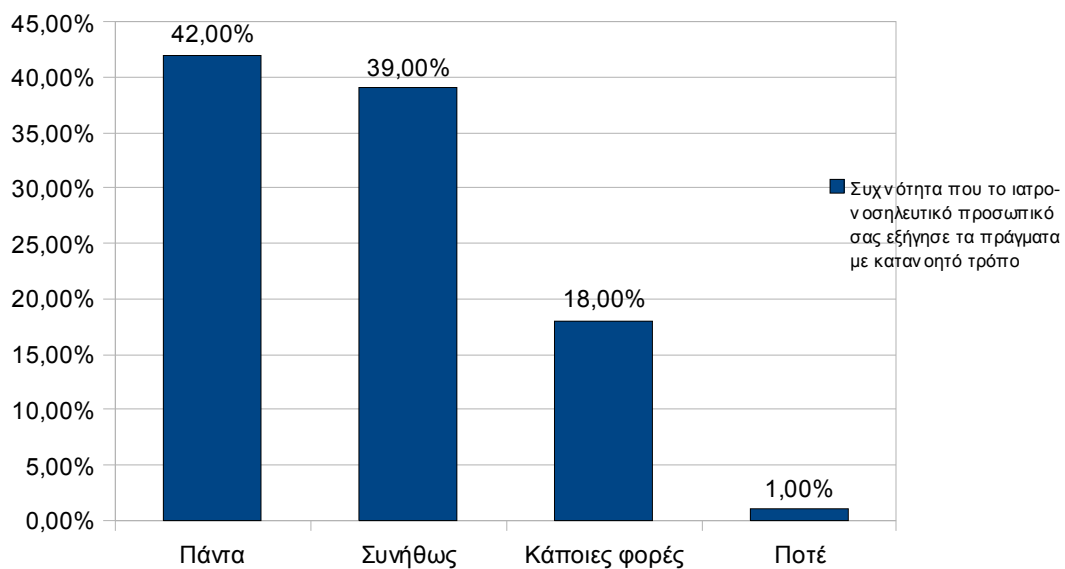
Πίνακας: Συχνότητα που το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας άκουσε προσεχτικά

Συχνότητα	Ποσοστό (N=100)
Πάντα	41,00%
Συνήθως	44,00%
Κάποιες φορές	15,00%
Ποτέ	0,00%



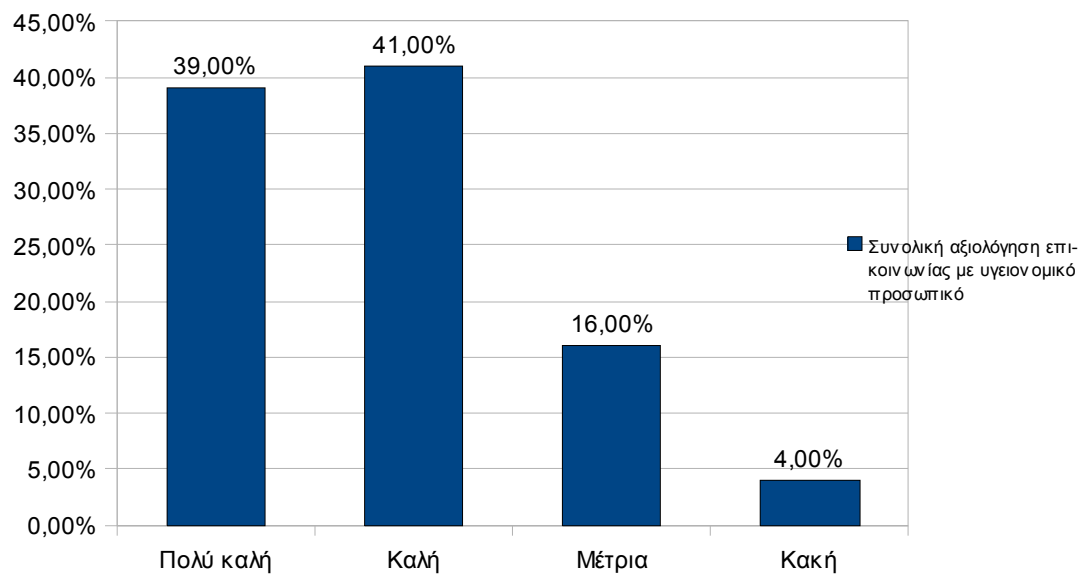
Πίνακας: Πόσο κατανοητά σας εξήγησαν τα πράγματα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Συχνότητα	Ποσοστό (N=100)
Πάντα	42,00%
Συνήθως	39,00%
Κάποιες φορές	18,00%
Ποτέ	1,00%



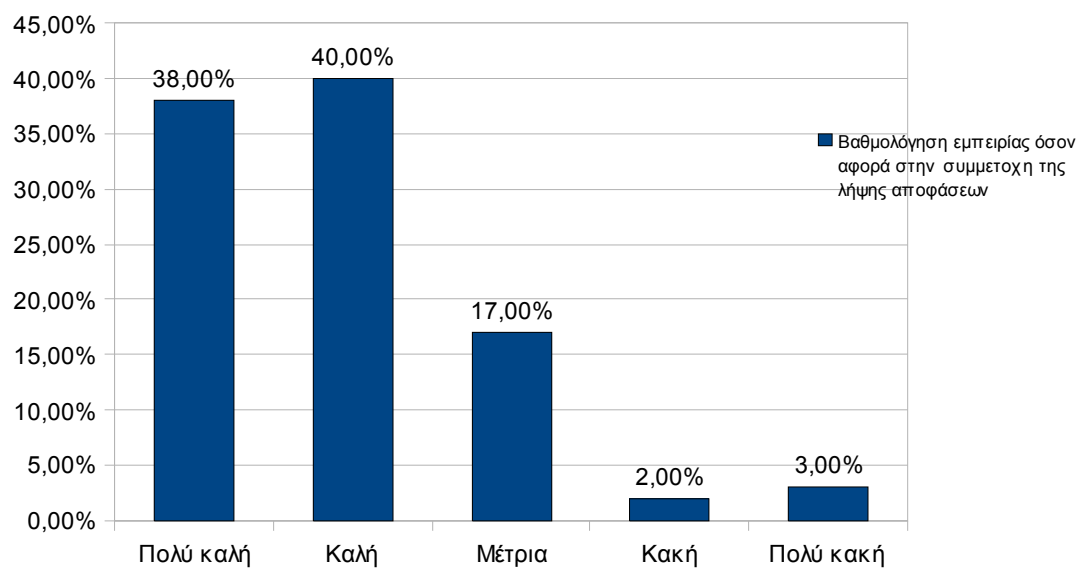
Πίνακας: Συνολική αξιολόγηση επικοινωνίας με τους υγειονομικούς

Βαθμολόγηση	Ποσοστό (N=100)
Πολύ καλή	39,00%
Καλή	41,00%
Μέτρια	16,00%
Κακή	4,00%



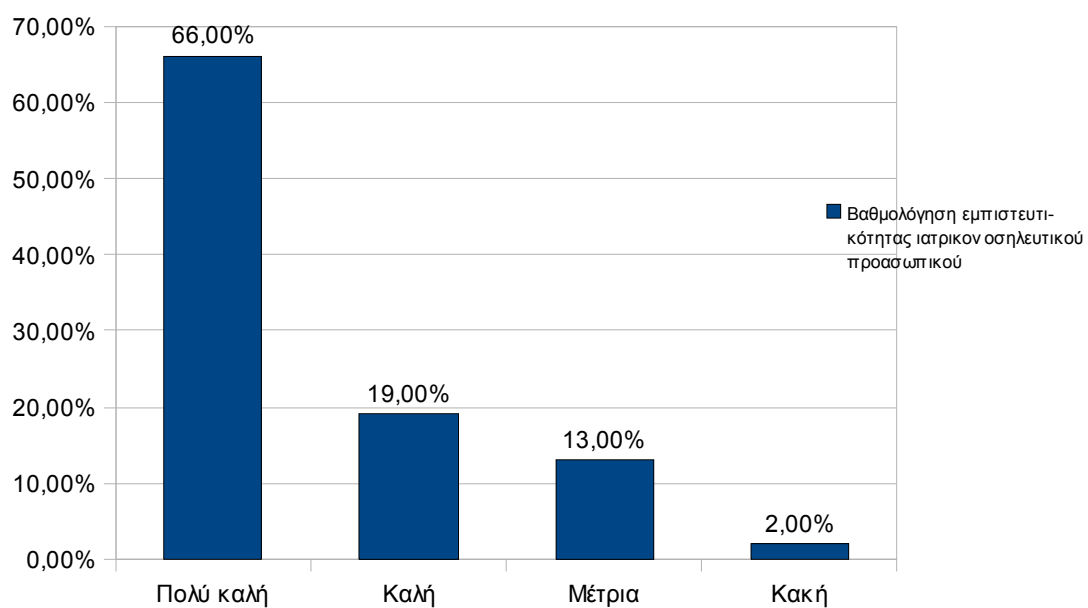
Πίνακας: Βαθμολόγηση εμπειρίας σε σχέση με την συμμετοχή σας στην λήψη αποφάσεων

Βαθμολόγηση	Ποσοστό (N=100)
<i>Πολύ καλή</i>	38,00%
<i>Καλή</i>	40,00%
<i>Μέτρια</i>	17,00%
<i>Κακή</i>	2,00%
<i>Πολύ κακή</i>	3,00%



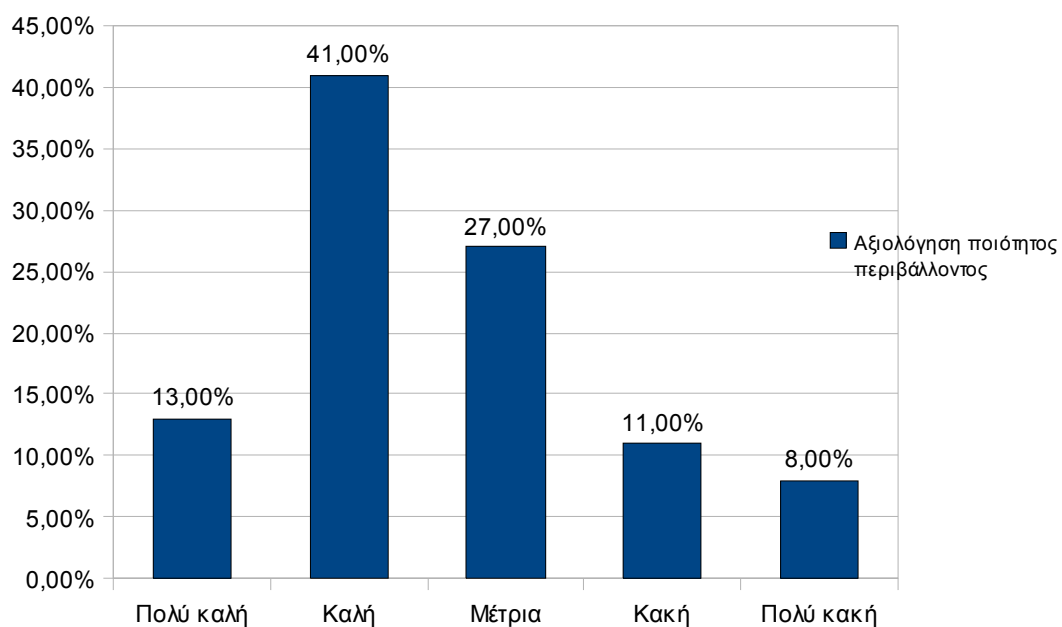
Πίνακας: Βαθμολόγηση εμπιστευτικότητας

Βαθμολόγηση	Ποσοστό (N=100)
Πολύ καλή	66,00%
Καλή	19,00%
Μέτρια	13,00%
Κακή	2,00%



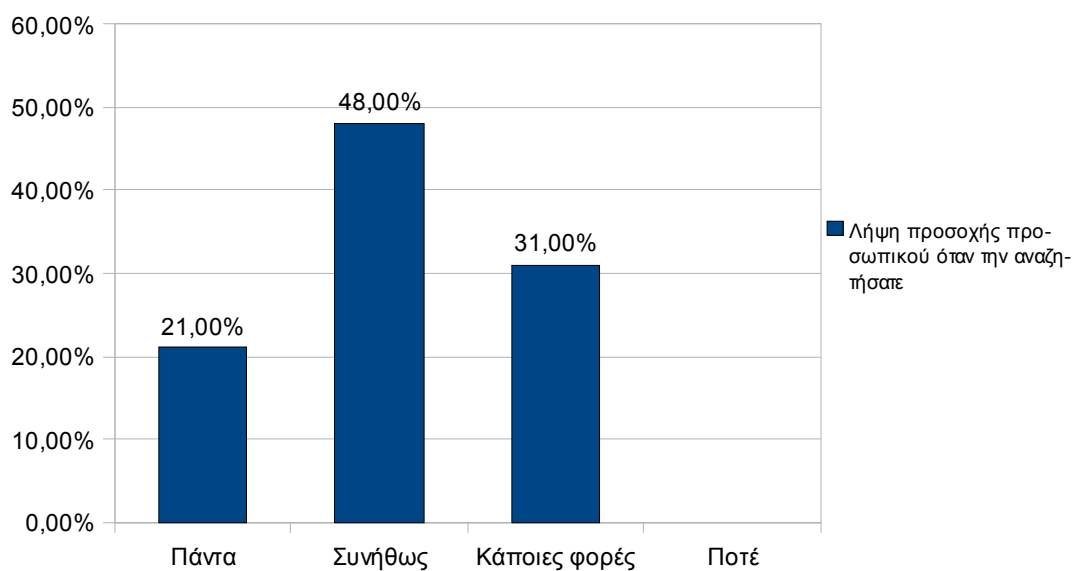
Πίνακας: Συνολική βαθμολόγηση ποιότητας περιβάλλοντος υπηρεσιών υγείας(Καθίσματα, καθαριότητα,χώροι)

Βαθμολόγηση	Ποσοστό (N=100)
<i>Πολύ καλή</i>	13,00%
<i>Καλή</i>	41,00%
<i>Μέτρια</i>	27,00%
<i>Κακή</i>	11,00%
<i>Πολύ κακή</i>	8,00%



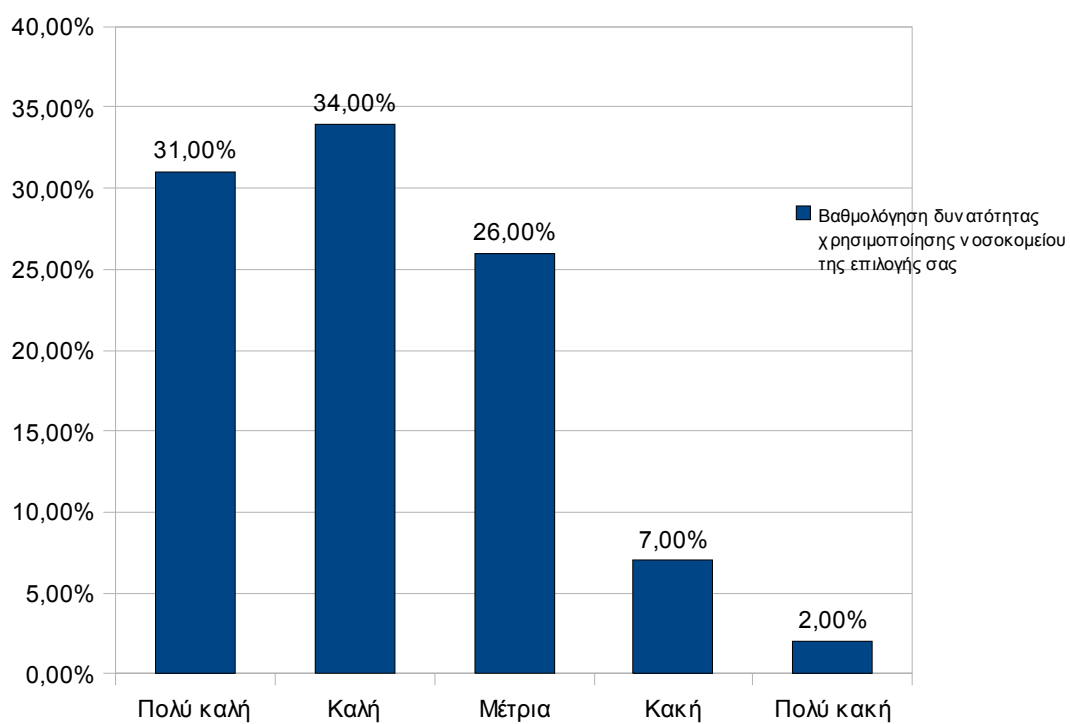
Πίνακας: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο πόσο γρήγορα λάβατε την προσοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όταν την αναζητήσατε;

Συχνότητα	Ποσοστό (N=100)
Πάντα	21,00%
Συνήθως	48,00%
Κάποιες φορές	31,00%
Ποτέ	0,00%



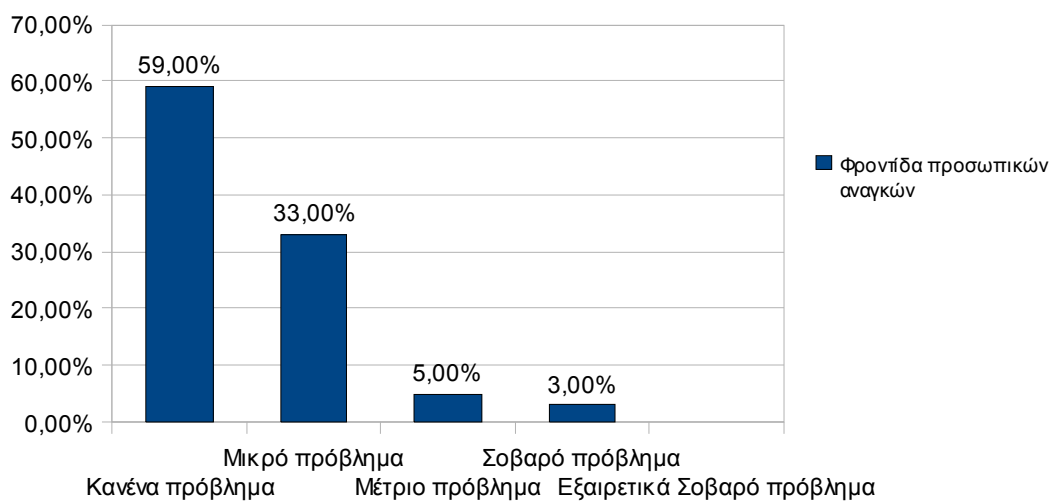
Πίνακας: Βαθμολόγηση δυνατότητας χρήσης νοσοκομείου της επιλογής σας.

Βαθμολόγηση	Ποσοστό (N=100)
<i>Πολύ καλή</i>	31,00%
<i>Καλή</i>	34,00%
<i>Μέτρια</i>	26,00%
<i>Κακή</i>	7,00%
<i>Πολύ κακή</i>	2,00%



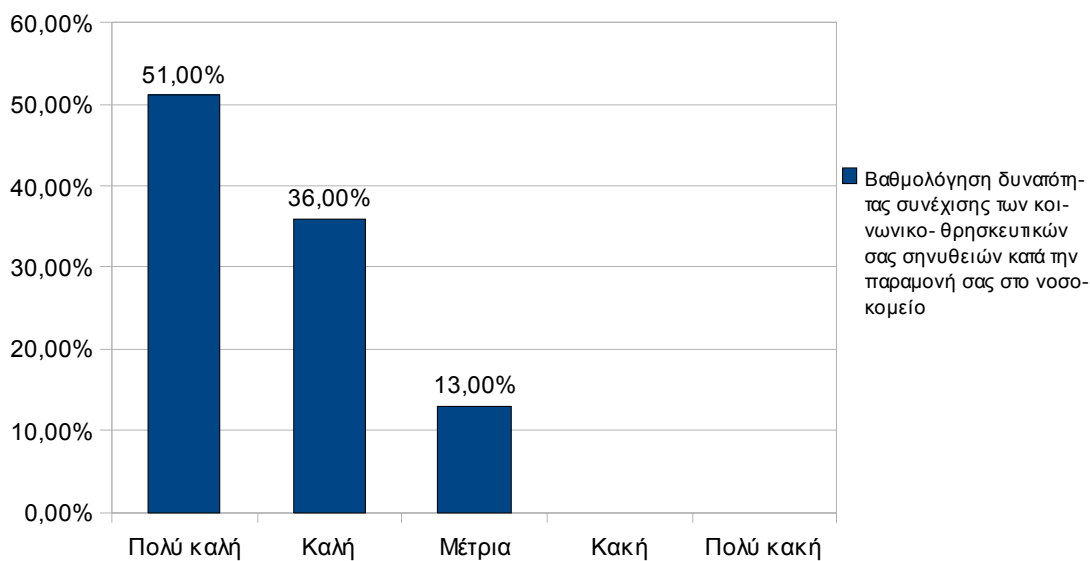
Πίνακας: Συγγενείς- πρόβλημα στο να φροντίσουν τις προσωπικές σας ανάγκες κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο

Βαθμολόγηση	Ποσοστό (N=100)
<i>Κανένα πρόβλημα</i>	59,00%
<i>Μικρό πρόβλημα</i>	33,00%
<i>Μέτριο πρόβλημα</i>	5,00%
<i>Σοβαρό πρόβλημα</i>	3,00%
<i>Εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα</i>	0,00%



Πίνακας: Βαθμολόγηση ικανότητας συνέχισης των κοινωνικών και θρησκευτικών σας συνηθειών κατά την διάρκεια παραμονής σας στο νοσοκομείο

Βαθμολόγηση	Ποσοστό (N=100)
<i>Πολύ καλή</i>	51,00%
<i>Καλή</i>	36,00%
<i>Μέτρια</i>	13,00%
<i>Κακή</i>	0,00%
<i>Πολύ κακή</i>	0,00%



Πίνακας : Λόγος άσχημης αντιμετώπισης από τις υπηρεσίες υγείας της χώρας

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Υπηκοότητα	Ναι	11,00%
	Όχι	89,00%

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Κοινωνική τάξη	Ναι	10,00%
	Όχι	90,00%

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Ιδιωτική ασφάλεια	Ναι	15,00%
	Όχι	85,00%

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Φυλή	Ναι	15,00%
	Όχι	85,00%

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Χρώμα	Ναι	4,00%
	Όχι	96,00%

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Φύλο	Ναι	5,00%
	Όχι	95,00%

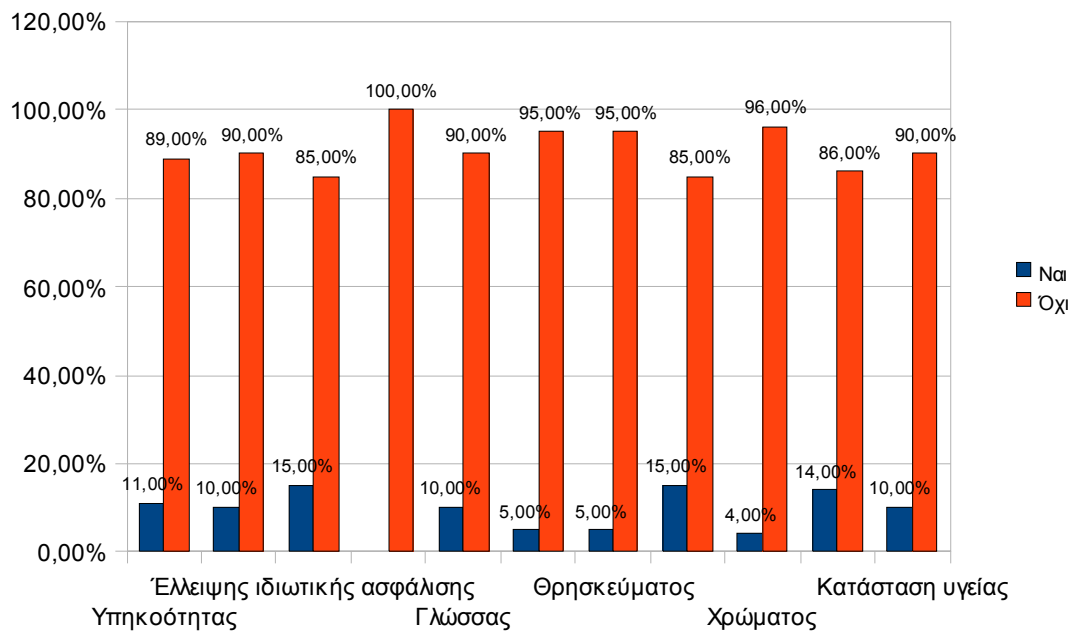
Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Γλώσσα	Ναι	10,00%
	Όχι	90,00%

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Θρησκεία	Ναι	5,00%
	Όχι	95,00%

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Πολιτικών πεποιθήσεων	Ναι	0,00%
	Όχι	100,00%

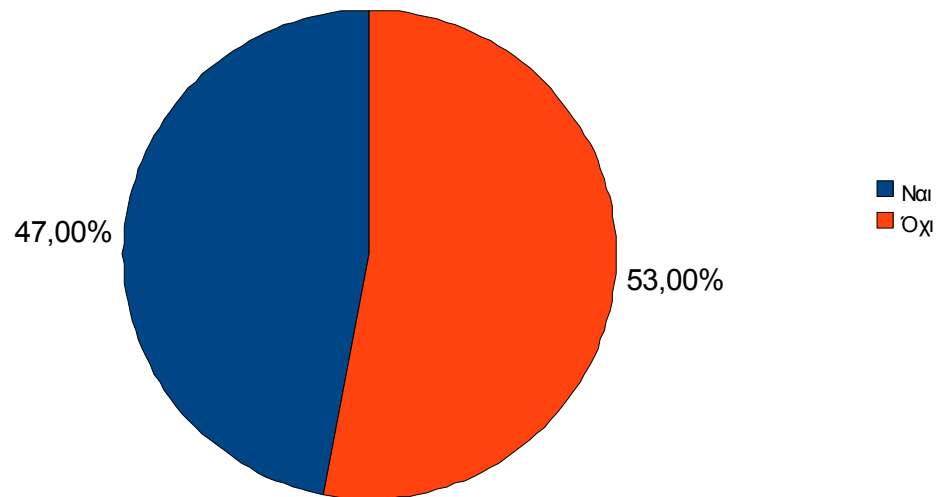
Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Κατάσταση υγείας	Ναι	10,00%
	Όχι	90,00%

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
Έλλειψη χρημάτων	Ναι	14,00%
	Όχι	86,00%



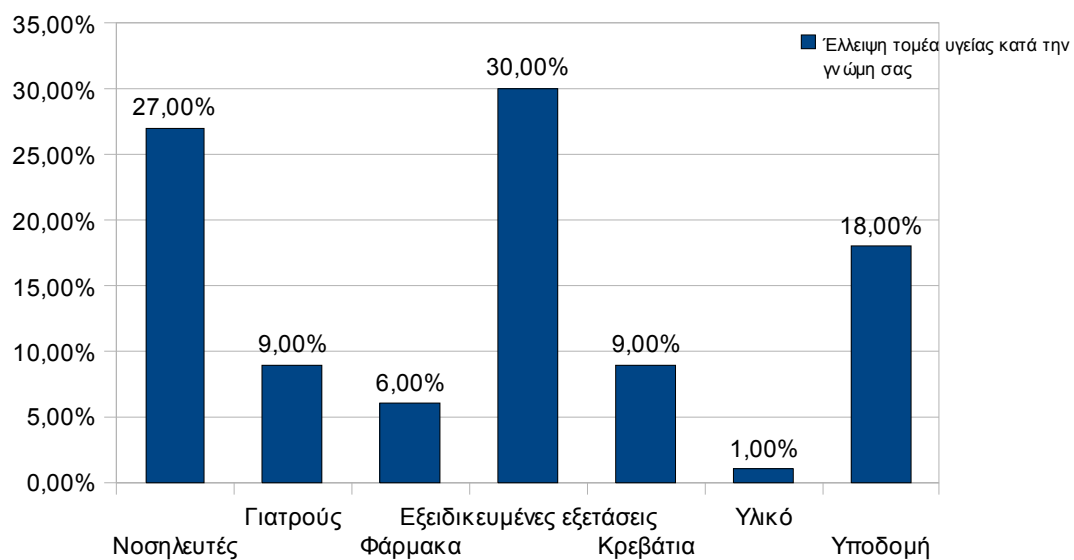
Πίνακας: Τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε στιγμή που δεν αναζητήσατε φροντίδα υγείας λόγω μη οικονομικής δυνατότητας;

Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
<i>Ναι</i>	47,00%
<i>Όχι</i>	53,00%



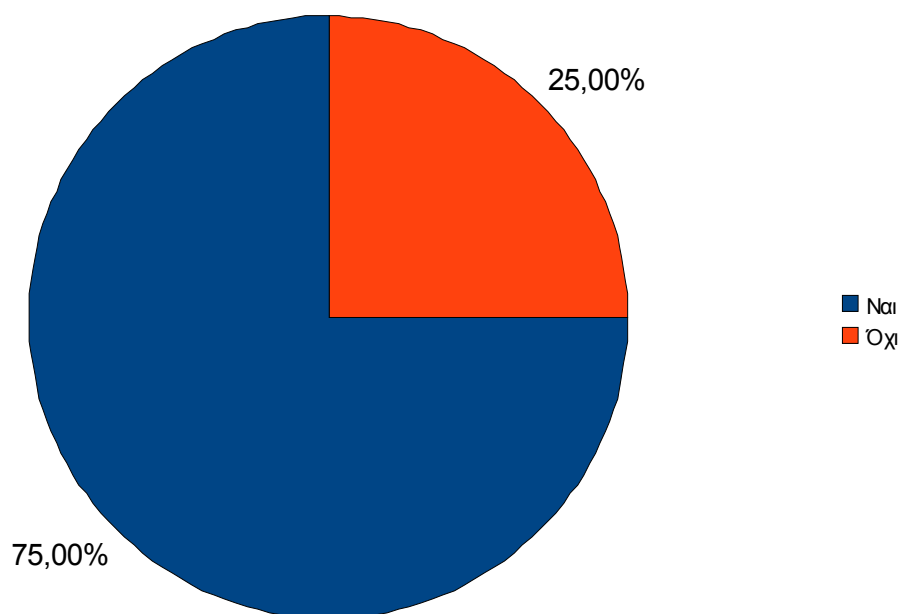
Πίνακας: Που νομίζετε ότι έχει μεγαλύτερη έλλειψη ο τομέας υγείας

Τομέας έλλειψης	Ποσοστό (N=100)
Νοσηλευτές	27,00%
Γιατρούς	9,00%
Φάρμακα	6,00%
Εξειδικευμένες εξετάσεις	30,00%
Κρεβάτια	9,00%
Υλικό	1,00%
Υποδομή	18,00%



Πίνακας: Τρώτε το φαγητό του νοσοκομείου;

Κατηγορία	Ποσοστό (N=100)
<i>Ναι</i>	75,00%
<i>Όχι</i>	25,00%



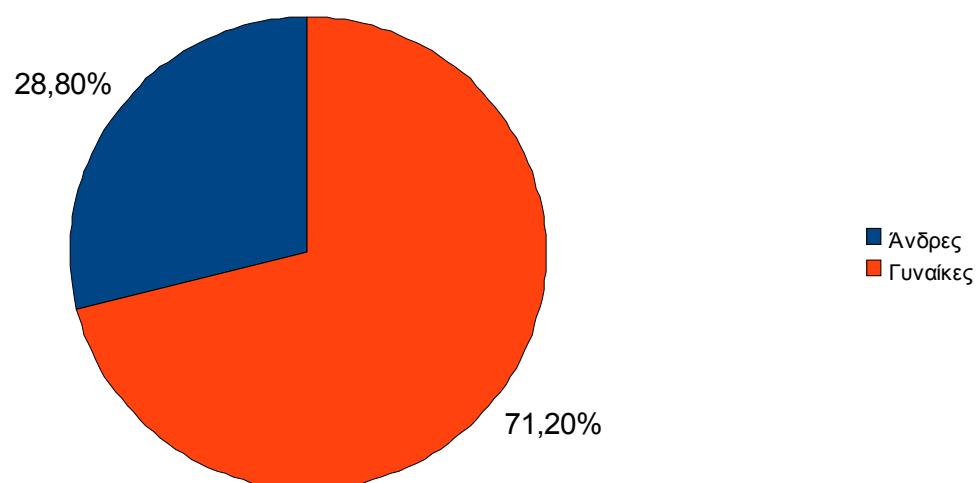
Πίνακας: Αν τρώτε το φαγητό του νοσοκομείου πως το βρίσκετε;

Βαθμολόγηση	Ποσοστό (N=100)
<i>Πολύ καλό</i>	17,00%
<i>Καλό</i>	38,00%
<i>Μέτριο</i>	15,00%
<i>Χάλια</i>	30,00%

Για τους συγγενείς- συνοδούς

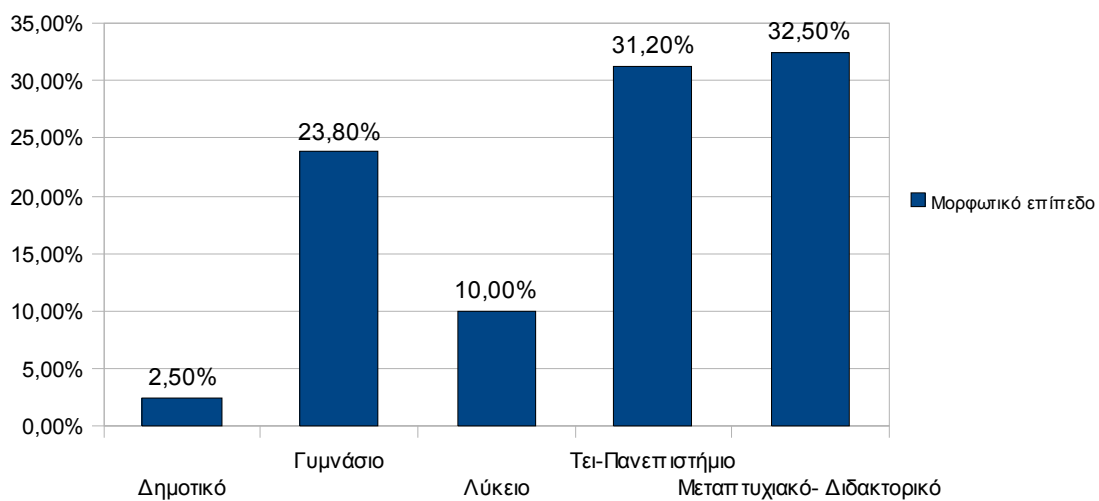
Μέσος όρος ηλικίας συγγενών: 37 έτη

Φύλο	Ποσοστό (N=80)
Ανδρες	(23) 28,8 %
Γυναίκες	(57) 71,2 %



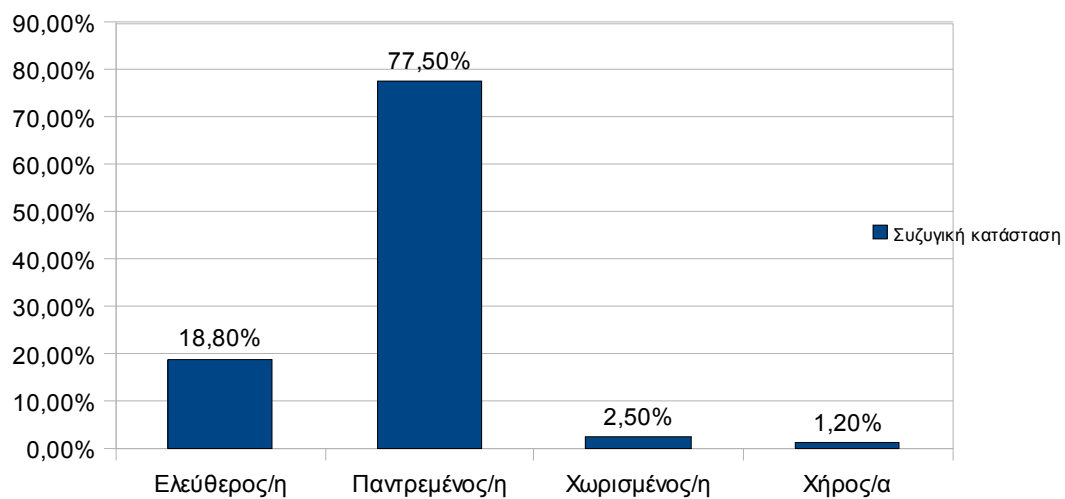
Πίνακας: Μορφωτικό επίπεδο

Μορφωτικό επίπεδο	Ποσοστό (N= 80)
Δημοτικό	(2) 2,5 %
Γυμνάσιο	(19) 23,8 %
Λύκειο	(8) 10 %
ΤΕΙ- Πανεπιστήμιο	(25) 31,2 %
Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό	(26) 32,5 %



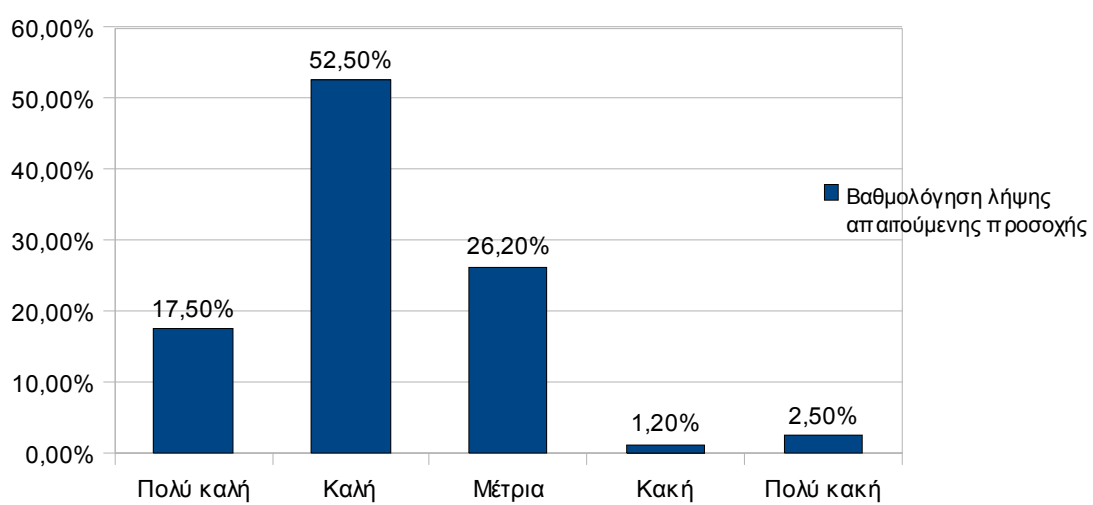
Πίνακας: Συζυγική κατάσταση

Συζυγική κατάσταση	Ποσοστό (N=80)
<i>Ελεύθερος/η</i>	(15) 18,8 %
<i>Παντρεμένος/η</i>	(62) 77,5 %
<i>Χωρισμένος/η</i>	(2) 2,5 %
<i>Χήρος/α</i>	(1) 1,2 %



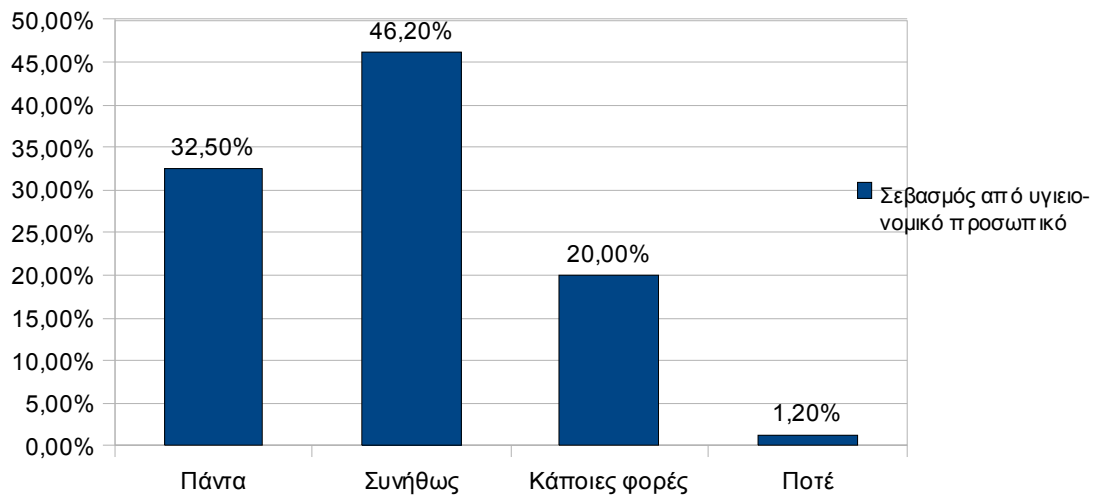
Πίνακας: Βαθμολόγηση λήψης απαιτούμενης προσοχής

Βαθμολόγηση	Ποσοστό (N=80)
Πολύ καλή	(14) 17,5 %
Καλή	(42) 52,5 %
Μέτρια	(21) 26,2 %
Κακή	(1) 1,2 %
Πολύ κακή	(2) 2,5 %



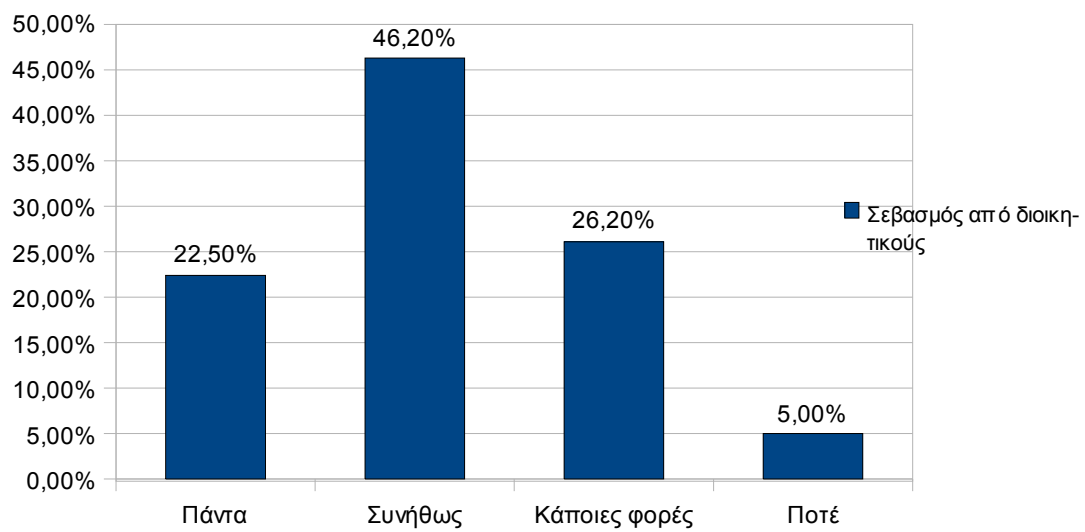
Πίνακας: Σεβασμός από υγειονομικό προσωπικό

Κλίμακα	Ποσοστό (N= 80)
Πάντα	(26) 32,5 %
Συνήθως	(37) 46,2 %
Κάποιες φορές	(16) 20 %
Ποτέ	(1) 1,2 %



Πίνακας: Σεβασμός από διοικητικό προσωπικό

Κλίμακα	Ποσοστό (N= 80)
Πάντα	(18) 22,5 %
Συνήθως	(37) 46,2 %
Κάποιες φορές	(21) 26,2 %
Ποτέ	(4) 5 %



Πίνακας : Λόγος άσχημης αντιμετώπισης από τις υπηρεσίες υγείας της χώρας

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Υψηκοότητα	Ναι	(13) 16,2 %
	Όχι	(67) 83,8 %

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Κοινωνική τάξη	Ναι	(7) 8,8 %
	Όχι	(73) 91,8 %

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Ιδιωτική ασφάλεια	Ναι	(12) 15 %
	Όχι	(68) 85 %

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Φυλή	Ναι	(9) 11,2 %
	Όχι	(71) 88,8 %

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Χρώμα	Ναι	(2) 2,5 %
	Όχι	(78) 97,5 %

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Φύλο	Ναι	(7) 8,8 %
	Όχι	(73) 91,2 %

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Γλώσσα	Ναι	(8) 10 %
	Όχι	(72) 90 %

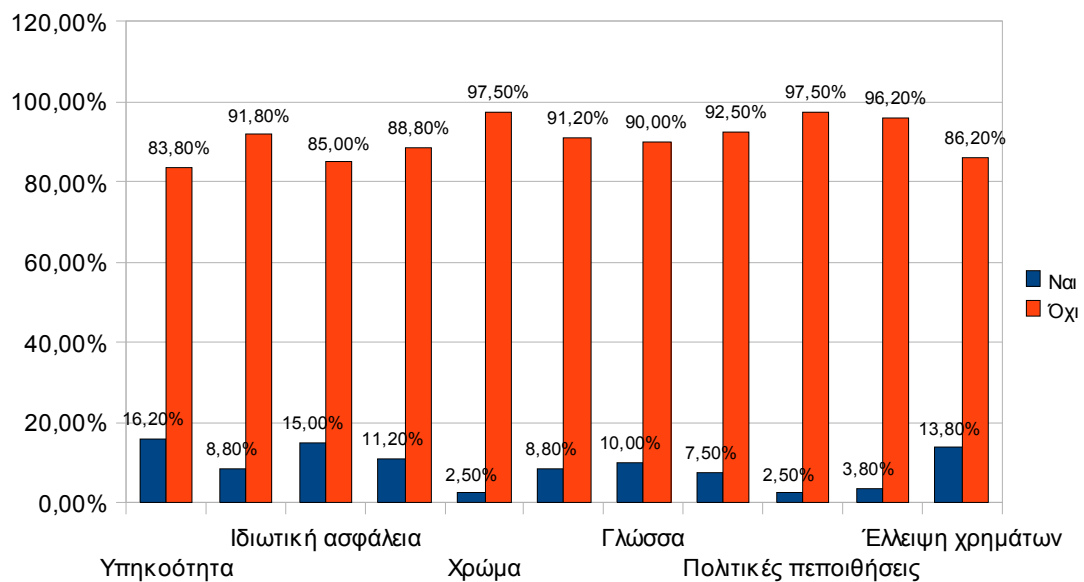
Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Θρησκεία	Ναι	(6) 7,5 %
	Όχι	(74) 92,5 %

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Πολιτικών πεποιθήσεων	Ναι	(2) 2,5 %
	Όχι	(78) 97,5 %

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
-------	-----------	-----------------

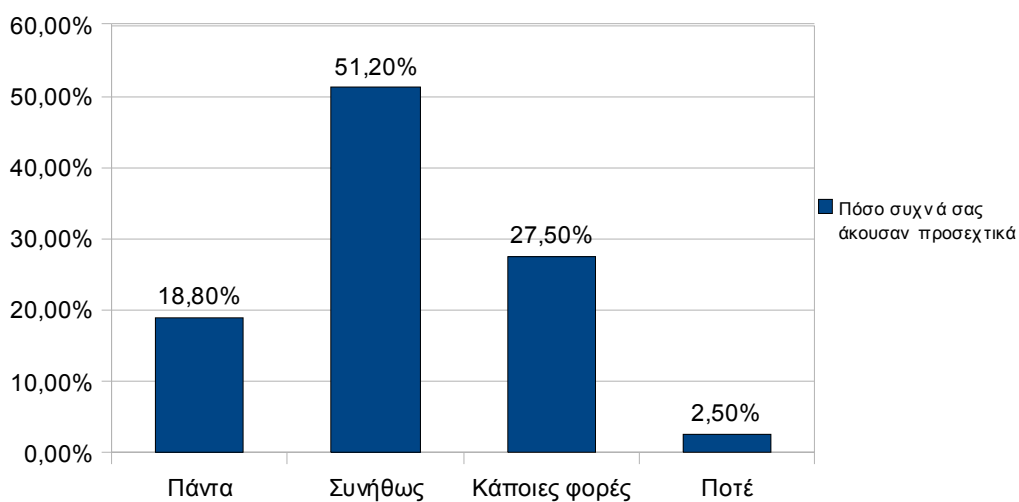
Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Κατάσταση υγείας	Ναι	(3) 3,8 %
	Όχι	(77) 96,2 %

Λόγος	Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
Έλλειψη χρημάτων	Ναι	(11) 13,8 %
	Όχι	(69) 86,2 %



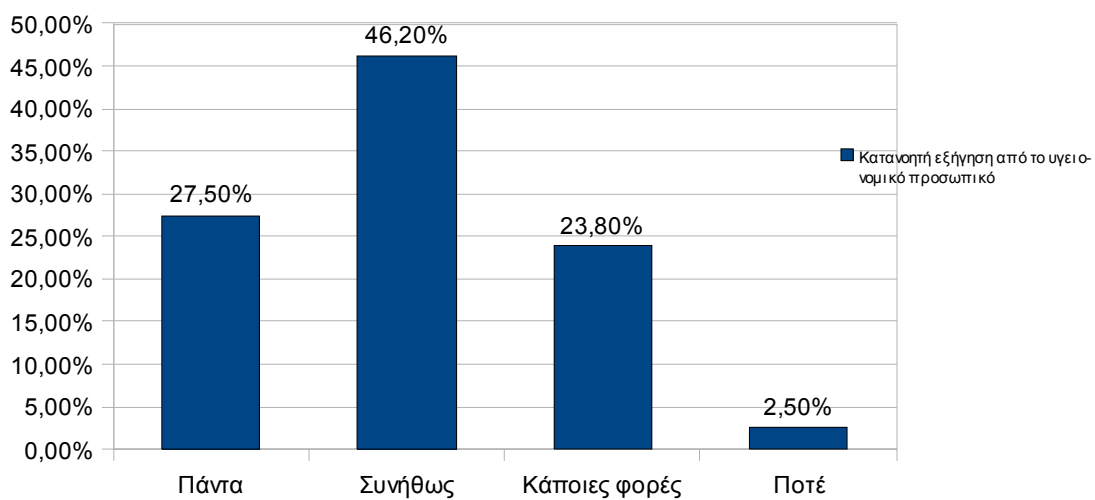
Πίνακας: Πόσο συχνά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σας άκουσε προσεχτικά

Κλίμακα	Ποσοστό (N=80)
<i>Πάντα</i>	(15) 18,8 %
<i>Συνήθως</i>	(41) 51,2 %
<i>Κάποιες φορές</i>	(22) 27,5 %
<i>Ποτέ</i>	(2) 2,5 %



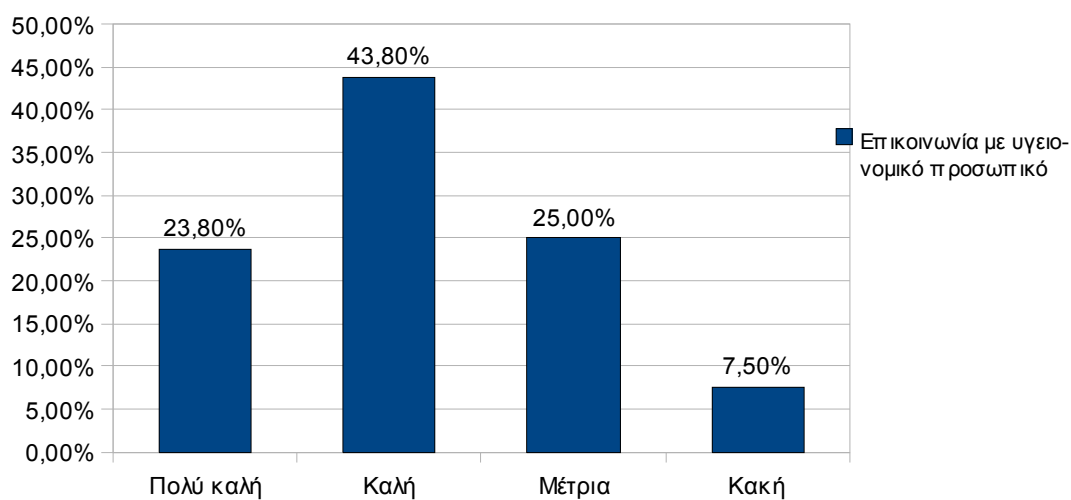
Πίνακας: Πόσο συχνά το υγειονομικό προσωπικό σας εξήγησαν με τρόπο κατανοητό

Κλίμακα	Ποσοστό (N=80)
Πάντα	(22) 27,5 %
Συνήθως	(37) 46,2 %
Κάποιες φορές	(19) 23,8 %
Ποτέ	(2) 2,5 %



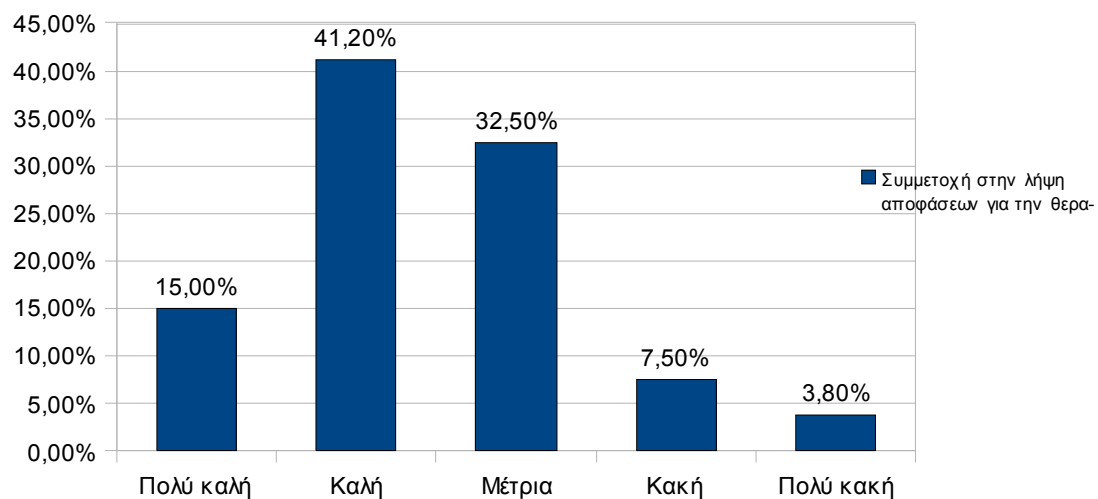
Πίνακας: Συνολική βαθμολόγηση επικοινωνίας με το υγειονομικό προσωπικό

Κλίμακα	Ποσοστό (N=80)
<i>Πολύ καλή</i>	(19) 23,8 %
<i>Καλή</i>	(35) 43,8 %
<i>Μέτρια</i>	(20) 25,0 %
<i>Κακή</i>	(6) 7,5 %



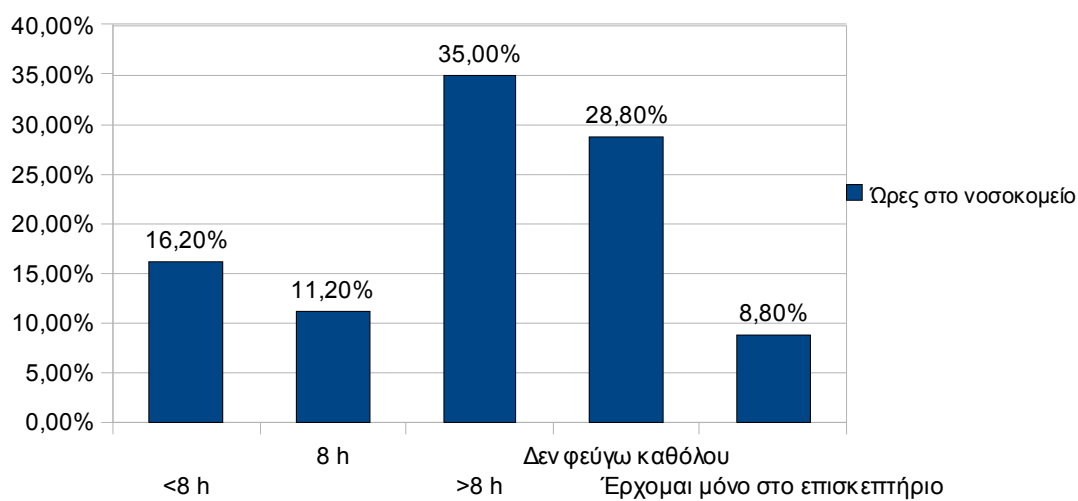
Πίνακας: Βαθμολόγηση συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων για την θεραπεία

Κλίμακα	Ποσοστό (N=80)
<i>Πολύ καλή</i>	(12) 15 %
<i>Καλή</i>	(33) 41,2 %
<i>Μέτρια</i>	(26) 32,5 %
<i>Κακή</i>	(6) 7,5 %
<i>Πολύ κακή</i>	(3) 3,8 %



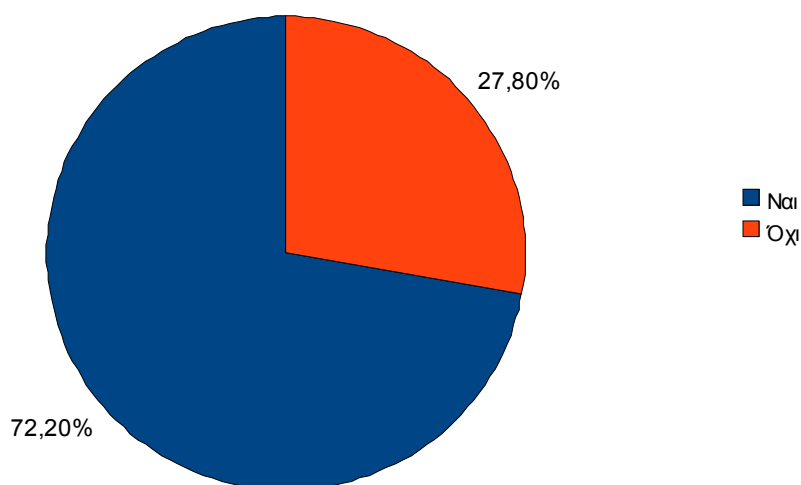
Πίνακας: Ώρες στο νοσοκομείο

Ώρες	Ποσοστό (N=80)
<8 ώρες	(13) 16,2 %
8 ώρες	(9) 11,2 %
>8 ώρες	(28) 35,0 %
Δεν φεύγω καθόλου	(23) 28,8 %
Έρχομαι μόνο στο επισκεπτήριο	(7) 8,8 %



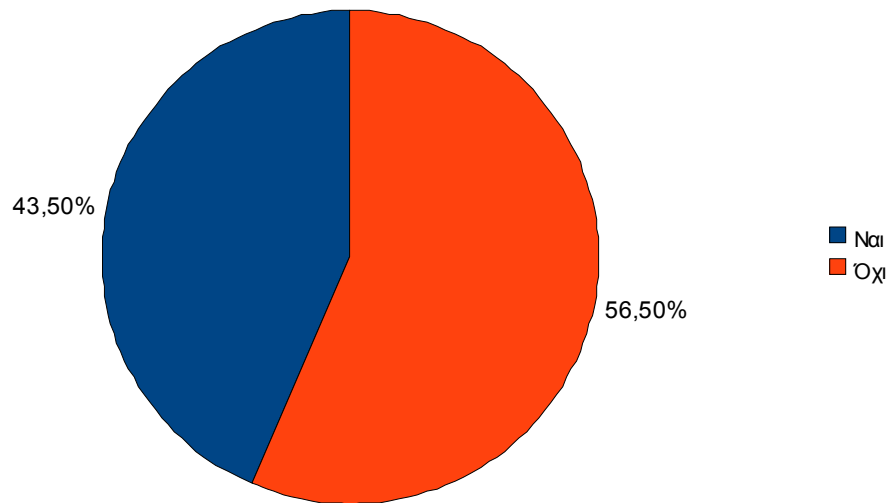
Πίνακας: Ανασφάλεια να αφήσετε μόνο του τον συγγενή σας

Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
<i>Ναι</i>	(57) 72,2 %
<i>Όχι</i>	(23) 27,8 %



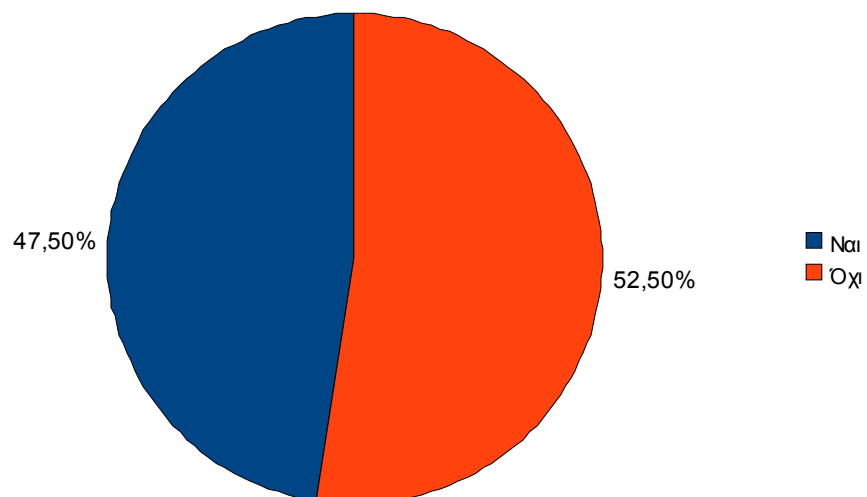
Πίνακας: Αν ναι, θα αισθανόσασταν ασφάλεια αν προσλαμβάνατε αποκλειστική

Κατηγορία	Ποσοστό (N=57)
<i>Ναι</i>	(24) 43,5 %
<i>Όχι</i>	(32) 56,5 %



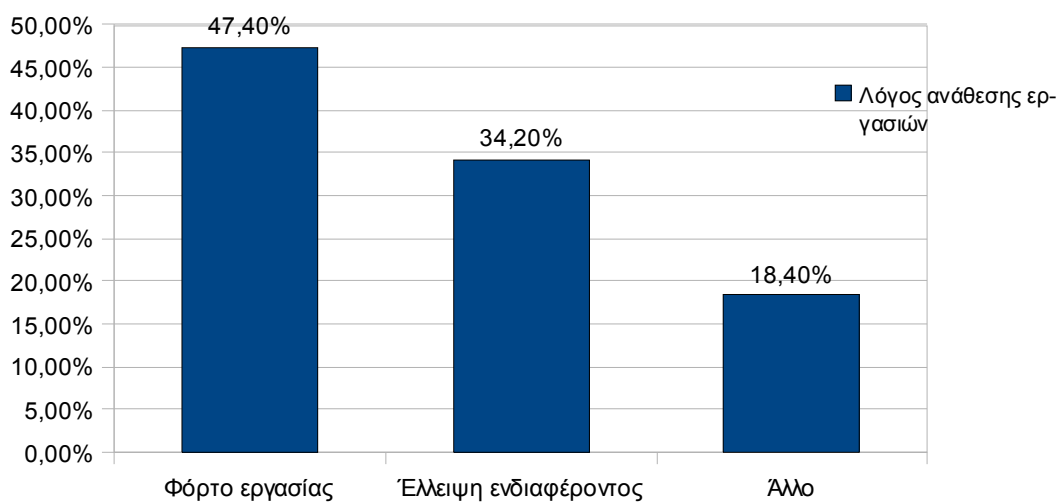
Πίνακας: Σας αναθέτουν εργασίες το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
<i>Ναι</i>	(38) 47,5 %
<i>Όχι</i>	(42) 52,5 %



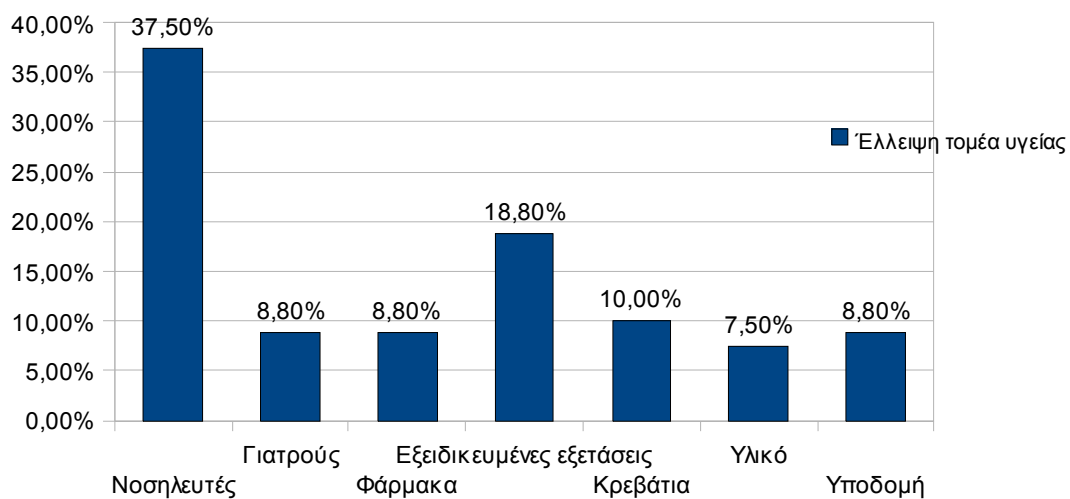
Πίνακας: Αν ναι,για ποιο λόγο νομίζετε ότι συμβαίνει αυτό

Λόγος	Ποσοστό (N=38)
Φόρτος εργασίας	(18) 47,4 %
Έλλειψη ενδιαφέροντος	(13) 34,2 %
Άλλο	(7) 18,4 %



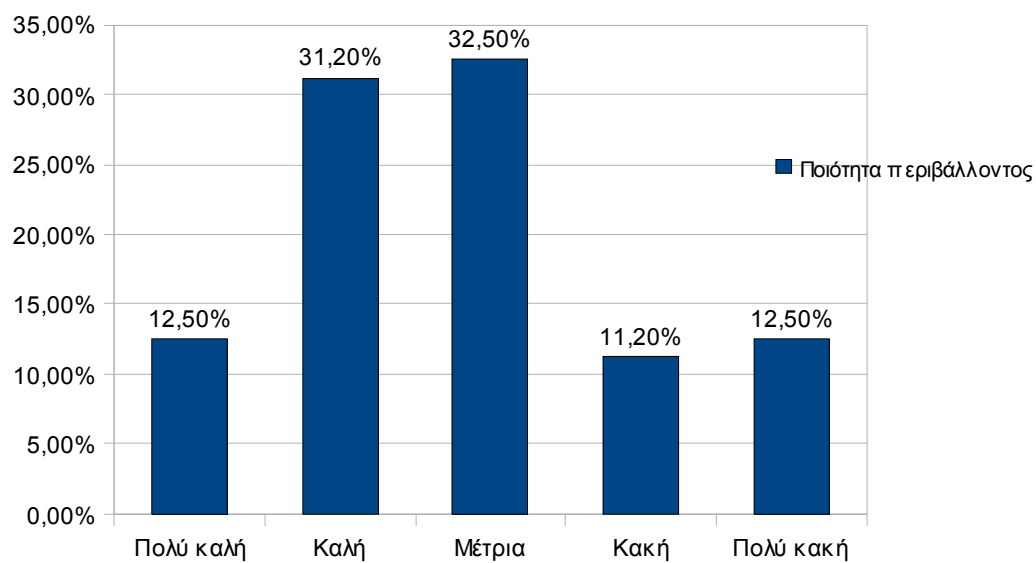
Πίνακας: Που νομίζετε ότι έχει μεγαλύτερη έλλειψη ο τομέας υγείας

Τομέας	Ποσοστό (N= 80)
Νοσηλεύτες	(30) 37,5 %
Γιατρούς	(7) 8,8 %
Φάρμακα	(7) 8,8 %
Εξειδικευμένες εξετάσεις	(15) 18,8 %
Κρεβάτια	(8) 10,0 %
Υλικό	(6) 7,5 %
Υποδομή	(7) 8,8 %



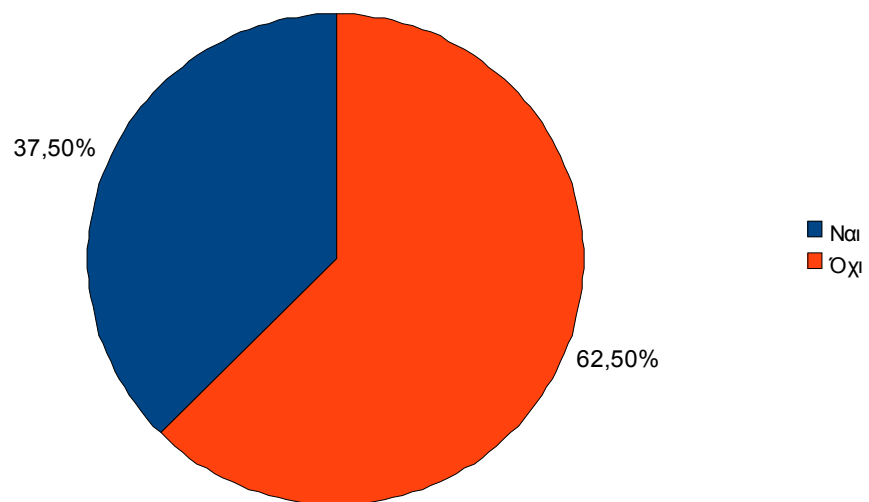
Πίνακας: Βαθμολόγηση ποιότητας περιβάλλοντος

Κλίμακα	Ποσοστό (N= 80)
<i>Πολύ καλή</i>	(10) 12,5 %
<i>Καλή</i>	(25) 31,5 %
<i>Μέτρια</i>	(26) 32,5 %
<i>Κακή</i>	(9) 11,2 %
<i>Πολύ κακή</i>	(10) 12,5 %



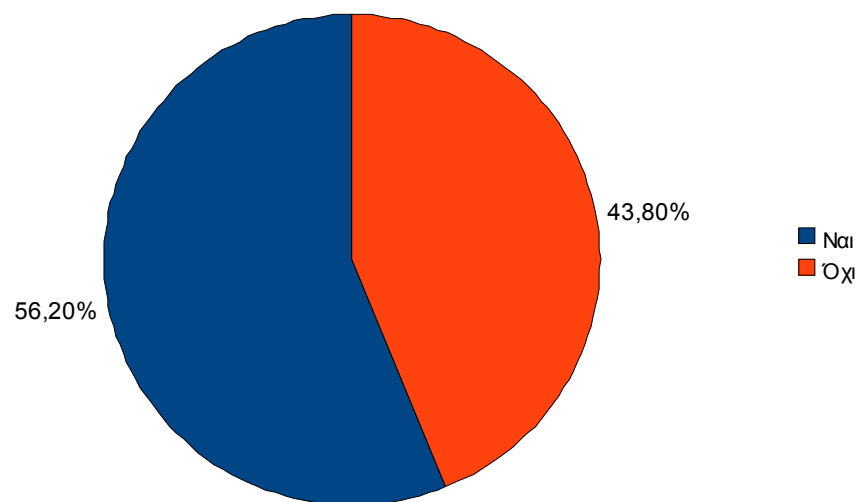
Πίνακας: Αναγκάζεστε να μαγειρεύετε στον συγγενή σας

Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
<i>Ναι</i>	(30) 37,5 %
<i>Όχι</i>	(50) 62,5 %



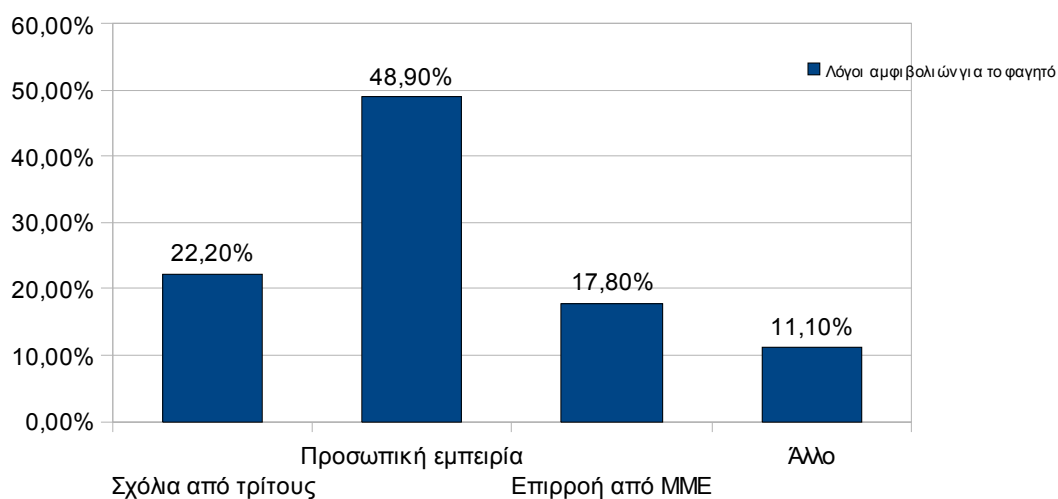
Πίνακας: Έχετε αμφιβολίες για το φαγητό

Κατηγορία	Ποσοστό (N=80)
<i>Ναι</i>	(45) 56,2 %
<i>Όχι</i>	(35) 43,8 %



Πίνακας: Λόγοι που έχετε αμφιβολίες για το φαγητό

Λόγοι	Ποσοστό (N= 45)
Σχόλια από τρίτους	(10) 22,2 %
Προσωπική εμπειρία	(22) 48,9 %
Επιρροή από ΜΜΕ	(8) 17,8 %
Άλλο	(5) 11,1 %



Αποτελέσματα

Ασθενείς και δημογραφικά στοιχεία

Το σύνολο των ερωτηθέντων ήταν 100 ασθενείς (50 άνδρες και 50 γυναίκες) και η μέση ηλικία αυτών 39.5 έτη. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 81 %, έχει γεννηθεί στην Ελλάδα, ενώ το υπόλοιπο 19 % έχει γεννηθεί σε άλλη χώρα. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό, το 33 %, έχει τελειώσει το λύκειο, ενώ μόλις το 2 % έχει μεταπτυχιακές σπουδές.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 46 %, είναι παντρεμένοι, το 33 % είναι ελεύθεροι, το 13 % χήροι και το 8 % χωρισμένοι. Από αυτούς το 57 % έχουν παιδιά ενώ το 43 % όχι, ένα αρκετά ανησυχητικό ποσοστό που δικαιολογείται με το μεγάλο ποσοστό των ελεύθερων.

Οριακή είναι η διαφορά μεταξύ εργαζόμενων (59 %) και μη (41 %), ποσοστό που οφείλεται στο ότι το 39 % είναι συνταξιούχοι, το 24,4 % ασχολούνται με τα οικιακά, το 12,2 % είναι φοιτητές και το 12,2 % απάντησε για άλλο λόγο. Από τους εργαζόμενους το μεγαλύτερο ποσοστό, το 18,6 % εργάζεται λιγότερο από 5 χρόνια, ενώ μόλις το 1,7 % 18-20 χρόνια. Από αυτούς το 74,6 % εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, ενώ μόλις το 25,4 % στον δημόσιο. Το 33,9 % των εργαζόμενων είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και μόλις το 8,5 % επιστήμονες, ενώ δεν φάνηκαν μεγάλες διακυμάνσεις όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα καθώς το 74 % λαμβάνει από 600-1200 ευρώ μηνιαίως. Από τους άνεργους ασθενείς το 78 % είναι ασφαλισμένοι για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ μόλις το 9,8 % δεν είναι. Νοσοκομειακή περίθαλψη έχει το 87,8 % ενώ το 2,4 % όχι. Οι περισσότεροι άνεργοι είναι ασφαλισμένοι στο ΟΓΑ με ποσοστό 47,2 %, ενώ οι λιγότεροι με ποσοστό 5,6% σε NAT και ΤΕΒΕ.

Ασθενείς και περίθαλψη

Όσον αφορά το πώς θεωρούν την υγεία τους, το 44 % θεωρεί ότι η υγεία του είναι καλή και μόλις το 3 % την θεωρεί πολύ κακή.

Το 80 % είχε συνοδό από τους οποίους μόνο το 12,2 % είχε αποκλειστική. Όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών υγείας μέσα σε ένα χρόνο, την μεγαλύτερη μέση τιμή επισκέψεων κατέχουν τα φαρμακεία με πόσο 1,58 φορές, ακολουθεί ο γενικός γιατρός με ποσό 1,40 φορές, ενώ την τρίτη θέση, με μέση τιμή επισκέψεων 1,09 φορές, καταλαμβάνουν τα νοσοκομεία, ακολουθούν οι ειδικοί γιατροί με ποσοστό 0,98 φορές και την τελευταία θέση έχουν οι παραδοσιακοί θεραπευτές με μέση τιμή 0,02.

Όσον αφορά την φροντίδα υγείας το 78 % λαμβάνει υπηρεσίες από Μονάδες Υγείας ενώ το 4 % από υγειονομικό στο σπίτι.

Όσον αφορά την λήψη υπηρεσιών υγείας όταν την αναζήτησαν το 42 % απάντησε συνήθως και μόλις το 1 % ποτέ. Επίσης, από το 98 % που χρειάστηκαν απλές εργαστηριακές εξετάσεις, το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 38 %, περίμενε μέχρι και 2 μέρες.

Όσον αφορά την δυνατότητα χρήσης νοσοκομείου της επιλογής τους για το 31 % ήταν πολύ καλή, για το 34 % καλή, μέτρια για το 26 % και μόνο το 7 % και το 2 % φάνηκαν να είναι πολύ δυσαρεστημένοι με απάντηση κακή και πολύ κακή αντίστοιχα.

Οριακή είναι η διαφορά των ποσοστών όσων αναζήτησαν φροντίδα υγείας με βάση την οικονομική τους κατάσταση, καθώς το 47 % την αναζήτησε βάση των οικονομικών τους ενώ το 53 % όχι.

Όσον αφορά την ποιότητα περιβάλλοντος του νοσοκομείου (χώροι, καθίσματα, καθαριότητα) το 41 %, την βαθμολογεί ως καλή ενώ μόνο το 8 % ως πολύ κακή.

Όσον αφορά το φαγητό, το μεγαλύτερο ποσοστό, το 75 %, απάντησε ότι τρώει το φαγητό του νοσοκομείου. Από αυτούς οριακή είναι η διαφορά στο αν το θεωρούν καλό ή κακό καθώς το 38 % απάντησε καλό ενώ το 30 % κακό.

Στην συνοπτική ερώτηση για το που πιστεύουν ότι έχει μεγαλύτερη έλλειψη ο τομέας υγείας, τις θέσεις με τα υψηλότερα ποσοστά κατέχουν οι εξειδικευμένες εξετάσεις με ποσοστό 30 %, ακολουθούν οι νοσηλευτές με ποσοστό 27 % και η νοσοκομειακή υποδομή με ποσοστό 18 %.

Ασθενείς και επικοινωνία

Η πλειοψηφία των ασθενών φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι από την συνολική αξιολόγηση επικοινωνίας με το διοικητικό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, με ποσοστό 41 %. Η αξιολόγηση αυτή αφορούσε την λήψη απαιτούμενης προσοχής (καλή 48 %), τον σεβασμό από το ιατρονοσηλευτικό-διοικητικό προσωπικό (συνήθως 46 %), το κατά πόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τους άκουσε προσεκτικά (συνήθως 44 %), το πόσο κατανοητά τους εξήγησαν την κατάσταση που αφορούσε την υγεία τους (πάντα 42 %), καθώς και κατά πόσο γρήγορα λάμβαναν την προσοχή του προσωπικού όταν την αναζήτησαν (συνήθως 48 %). Επίσης, φαίνεται να μην υπάρχουν ιδιαίτερες διακρίσεις από το προσωπικό λόγω διαφορετικής κοινωνικής τάξης, υπηκοότητας, θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων, γλώσσας, χρώματος και φύλου, με μέσο όρο 90 %. Τέλος, ικανοποιημένοι φαίνεται να είναι και από την συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων (καλή 40 %), καθώς και από την εμπιστευτικότητα (πολύ καλή 66 %).

Συζήτηση

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και των ειδικών αναγκών υγείας (Sitzia; Wood., 1997). Σύμφωνα με τον Donabedian (Donabedian A., 1997) η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, αποτελεσματικότητα και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους

που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας (Wave et al., 1983).

Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με : α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία, β) τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος, γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Sitzia; Wood., 1997). Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενούς συναρτάται άμεσα με τον βαθμό κατά τον οποίον οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Υπό αυτή, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει (Ross et al., 1994).

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί ένα μεικτό σύστημα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Το 80' έγινε η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ στην Ελλάδα ακολουθώντας την θεμελιώδη αρχή των ΕΣΥ “δωρεάν φροντίδα υγείας στον τόπο της χρησιμοποίησης” και “ίση φροντίδα υγείας για ίση ανάγκη”. Έχει αρκετές ομοιότητες με το Βρετανικό ΕΣΥ, πιο συγκεκριμένα, τα κοινά στοιχεία των δύο συστημάτων αφορούν την υπευθυνότητα του κράτους για την υγεία των πολιτών, την περιφερειακή οργάνωση των παρεχόμενων φροντίδων υγείας και το θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων είναι ο κρατικός προϋπολογισμός και πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων, φορείς της κοινωνικής ασφάλισης, ο ιδιωτικός τομέας και οι ίδιες οι πηγές των νοσοκομείων.

Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι δημόσιοι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και οι πηγές των πόρων προέρχονται από εισροές των εργαζομένων και ασφαλισμένων. Στην Ελλάδα υπάρχουν 80 περίπου ασφαλιστικά ταμεία όπου τα κυριότερα είναι το ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ και ο ΟΓΑ. Μόνο ο ΟΓΑ χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό (Κυριακόπουλος και Νιάκας, 1991).

Διεθνώς, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού θεωρείται καθοριστικός για την επιτυχία ενός συστήματος υγείας. Ο θεσμός αυτός λειτουργεί ήδη σε πολλές χώρες. Έχει γίνει κατανοητό ότι όσον βελτιώνεται η πρωτοβάθμια περίθαλψη, το αντικείμενο δηλαδή του οικογενειακού γιατρού, τόσο αποδοτικότερα λειτουργεί όλο το σύστημα υγείας (Οικονομίδης Σ., 2004). Η οργάνωση της πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας είναι αναμφίβολα ο «αδύναμος κρίκος» του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Η καλή λειτουργία του θεσμού συμβάλει στην ορθολογικότερη και οικονομικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας. Απαλλάσσει το σύστημα από άσκοπες επισκέψεις στις ειδικότητες και στα Νοσοκομεία, προλαμβάνει άσκοπες εισαγωγές και μειώνει τις τις ημέρες νοσηλείας. Όπως αποτρέπει και τις άσκοπες επισκέψεις σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων (Βογιατζής Γ., 2009).

Ασθενείς και δημογραφικά στοιχεία

Τα γενικά δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων είναι στα πλαίσια των γενικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού στην Ελλάδα. Το 81 %, έχει γεννηθεί στην Ελλάδα ενώ το υπόλοιπο 19 % σε άλλη χώρα, ένα καθόλου ευκαταφρόνητο ποσοστό, αν σκεφτούμε το μεγάλο μέγεθος των μεταναστών που υπάρχουν στην χώρα μας.

Ασθενείς και περίθαλψη

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση του υψηλού ποσοστού που δηλώνει καλή υγεία (44 %) ενώ μόνο το 3 % πιστεύει ότι έχει κακή υγεία. Ως γνωστό, το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού είναι διεθνώς από τα υψηλότερα. Από αντίστοιχες μελέτες στο γενικό πληθυσμό διαπιστώθηκε ότι το 80 % των ανδρών και το 60 % των γυναικών θεωρούν την υγεία τους καλή (Τσαμανδουράκη Κ. Και συν., 1992), ενώ σε πληθυσμό εργαζομένων σε νοσοκομείο του λεκανοπεδίου, το 11,3 % θεωρούσε την υγεία του εξαιρετική, το 47,2 % πολύ καλή, το 28,6 % καλή, το 10,8 % μέτρια και το 2,2 % κακή. (Tountas et al., 2001).

Από άλλη παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ΙΚΑ Αττικής, οι ασφαλισμένοι δήλωσαν ότι έχουν καλή υγεία με ποσοστό 51,2 %, μέτρια 36,7 % και μόνο 10,4 % θεωρεί ότι έχει κακή υγεία. (Τούντας Γ. και συν., 2007).

Την μεγαλύτερη μέση τιμή επισκέψεων σε υπηρεσίες υγείας κατέχουν τα φαρμακεία με πόσο 1,58 φορές, ακολουθεί ο γενικός γιατρός με ποσό 1,40 φορές, ενώ την τρίτη θέση, με μέση τιμή επισκέψεων 1,09 φορές, καταλαμβάνουν τα νοσοκομεία, ακολουθούν οι ειδικοί γιατροί με ποσοστό 0,98 φορές και την τελευταία θέση έχουν οι παραδοσιακοί θεραπευτές με μέση τιμή 0,02. Ενδιαφέρον έχουν τα

ποσοστά αυτά καθώς οι ασθενείς φαίνονται να προτιμούν τις επισκέψεις στα φαρμακεία (η επίσκεψη δεν αφορούσε μόνο αγορά κάποιου προϊόντος αλλά και συζήτηση με τον φαρμακοποιό για την ασθένεια και θεραπευτικές λύσεις), ίσως λόγω καλύτερης προσβασιμότητας, καθώς είναι μεγάλος ο αριθμός αυτών, άμεση η εξυπηρέτηση και μικρός ο χρόνος αναμονής.

Ενθαρρυντικό για το μέλλον του θεσμού του προσωπικού γιατρού είναι το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων προτιμά να επισκέπτεται πρώτα έναν γενικό γιατρό. Αντίθετα, μικρή προτίμηση δείχνουν ως προς την χρήση των νοσοκομείων, γεγονός που οφείλεται στις μεγάλες λίστες αναμονής, καθώς και στο ότι το μεγαλύτερο μέρος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αποτελείται από ειδικευόμενους.

Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ΙΚΑ Αθηνών, οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 76,1 % απάντησαν ότι προτιμούν να επισκέπτονται πρώτα έναν γενικό γιατρό, ενώ το 20,8 % δήλωσε ότι προτιμά να επισκέπτεται κατευθείαν τον ειδικό γιατρό (Τούντας Γ. και συν., 2007).

Όσον αφορά την φροντίδα υγείας το 78 % λαμβάνει υπηρεσίες από Μονάδες Υγείας ενώ το 4 % από υγειονομικό στο σπίτι, ποσοστό που δικαιολογείται από το μεγάλο κόστος φροντίδας καθώς και στο γεγονός ότι το είδος αυτής της υπηρεσίας δεν έχει αναπτυχθεί στη χώρα μας.

Ικανοποιημένοι φαίνεται να είναι οι ασθενείς από την λήψη υπηρεσιών υγείας μόλις την αναζήτησαν, καθώς το 42 % απάντησε συνήθως και μόλις το 1 % ποτέ. Ωστόσο προβληματισμό δημιουργεί το γεγονός ότι από το 98 % που χρειάστηκαν απλές εργαστηριακές εξετάσεις, το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 38 %, περίμενε μέχρι και 2 μέρες, αναμονή που φαίνεται να αποτελεί πηγή δυσαρέσκειας για τους ασθενείς.

Ικανοποιημένοι φαίνεται να είναι οι ερωτηθέντες όσον αφορά την δυνατότητα χρήσης νοσοκομείου της επιλογής τους, καθώς για το 31 % ήταν πολύ καλή, για το 34 % καλή, μέτρια για το 26 % και μόνο το 7 % και το 2 % φάνηκαν να είναι πολύ δυσαρεστημένοι με απάντηση κακή και πολύ κακή αντίστοιχα.

Οριακή είναι η διαφορά των ποσοστών όσων αναζήτησαν φροντίδα υγείας με βάση την οικονομική τους κατάσταση, καθώς το 47 % την αναζήτησε βάση των οικονομικών τους ενώ το 53 % όχι. Ανησυχία προκαλεί το αποτέλεσμα αυτό καθώς

παρ' όλο που το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι ασφαλισμένοι, φαίνεται να είχαν προβλήματα στην αναζήτηση φροντίδας υγείας λόγω οικονομικών δυσκολιών, παρ' όλο που όντας ασφαλισμένοι το κράτος τους παρέχει δωρεάν φροντίδα υγείας κατά κύριο λόγο από τα νοσοκομεία. Αυτό κυρίως οφείλεται στις μεγάλες λίστες αναμονής και στο χρονοβόρο κλείσιμο ραντεβού.

Από την ποιότητα περιβάλλοντος του νοσοκομείου όσον αφορά την καθαριότητα, τους χώρους, τα καθίσματα, οι ερωτηθέντες φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 41 %, την βρίσκει καλή ενώ μόνο το 8 % πολύ κακή, παρ' όλο που περιμέναμε αντίθετο αποτέλεσμα λόγω μη ικανοποιητικής κτιριακής υποδομής.

Από παρόμοια έρευνα σε νοσοκομείο της Αττικής βρέθηκε ότι στην βαθμολόγηση της καθαριότητας του δωματίου τα αποτελέσματα ήταν 95,4 % πολύ καλές συνθήκες και 88,8 % άριστες (Πολύζος Ν. και συν., 2004).

Όσον αφορά το φαγητό, το μεγαλύτερο ποσοστό, το 75 %, απάντησε ότι τρώει το φαγητό του νοσοκομείου. Από αυτούς οριακή είναι η διαφορά στο αν το θεωρούν καλό ή κακό καθώς το 38 % απάντησε καλό ενώ το 30 % κακό.

Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εξειδικευμένο νοσοκομείο και δημόσιο νοσοκομείο της Αττικής, οι εντυπώσεις για την ποιότητα του φαγητού ήταν άριστες κατά 55,2 % και 13,5 % αντίστοιχα (Πολύζος Ν. και συν., 2004).

Στην συνοπτική ερώτηση για το που πιστεύουν ότι έχει μεγαλύτερη έλλειψη ο τομέας υγείας, τις θέσεις με τα υψηλότερα ποσοστά κατέχουν οι εξειδικευμένες εξετάσεις με ποσοστό 30 %, ακολουθούν οι νοσηλευτές με ποσοστό 27 % και η νοσοκομειακή υποδομή με ποσοστό 18 %. Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε την περίοδο 1996- 2006 από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών προκύπτει ότι ανεπάρκειες σε υποδομές και προσωπικό, χαρακτηρίζουν τις ελληνικές υπηρεσίες Υγείας.

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Αττικής σε επαγγελματίες υγείας αξιολογούν με σειρά βαρύτητας τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας και χρήζουν ποιοτικής βελτίωσης και αναβάθμισης ως εξής: Στον ιδιωτικό τομέα: έλλειψη προσωπικού, ανεπαρκής χρηματοδότηση, έλλειψη εκπαίδευσης, έλεγχος, έλλειψη μηχανογράφησης και

εξοπλισμός, ενώ στον δημόσιο τομέα τις αξιολόγησαν ως εξής: έλλειψη προσωπικού, έλλειψη εκπαίδευσης, έλεγχος και αξιολόγηση, εξοπλισμός, ανεπαρκής χρηματοδότηση, έλλειψη μηχανογράφησης (Ιακωβίδου και συν., 2008).

Σε μια ακόμα σχετική έρευνα που έγινε με σκοπό την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε χειρουργικούς ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου το 2005 οι ερωτηθέντες αναφέρθηκαν σε τρεις τομείς ότι χρήζουν βελτίωση. Ο πρώτος αφορούσε στη διεπικοινωνία μεταξύ του διοικητικού, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Ο δεύτερος αφορούσε στη στελέχωση της κλινικής, για την οποία επισημάνθηκε ότι χρειάζεται η παροχή υπηρεσιών από φυσιοθεραπευτή και κοινωνική λειτουργό σε συστηματική βάση και τέλος ο τρίτος αφορούσε στην ενημέρωση τόσο των ασθενών όσο και των συνοδών τους (Διομήδους και συν., 2005).

Ασθενείς και επικοινωνία

Η πλειοψηφία των ασθενών φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι από την συνολική αξιολόγηση επικοινωνίας με το διοικητικό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, με ποσοστό 41 %. Η αξιολόγηση αυτή αφορούσε την λήψη απαιτούμενης προσοχής (καλή 48 %), τον σεβασμό από το ιατρονοσηλευτικό-διοικητικό προσωπικό (συνήθως 46 %), το κατά πόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τους άκουσε προσεκτικά (συνήθως 44 %), το πόσο κατανοητά τους εξήγησαν την κατάσταση που αφορούσε την υγεία τους (πάντα 42 %), καθώς και κατά πόσο γρήγορα λάμβαναν την προσοχή του προσωπικού όταν την αναζήτησαν (συνήθως 48 %). Επίσης, φαίνεται να μην υπάρχουν ιδιαίτερες διακρίσεις από το προσωπικό λόγω διαφορετικής κοινωνικής τάξης, υπηκοότητας, θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων, γλώσσας, χρώματος και φύλου, με μέσο όρο 90 %. Τέλος, ικανοποιημένοι φαίνεται να είναι και από την συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων (καλή 40 %), καθώς και από την εμπιστευτικότητα (πολύ καλή 66 %).

Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δύο νοσοκομεία της Αττικής (εξειδικευμένο και δημόσιο) η επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό αξιολογήθηκε ως άριστη και πολύ καλή με ποσοστό 80 % (κατανοητές και επαρκείς ιατρικές οδηγίες, προθυμία και κατανόηση) και με το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογήθηκε

ως 83 % (κατανόηση, προθυμία, ενημέρωση για τις νοσηλευτικές πράξεις). Όσον αφορά την επικοινωνία με το διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων αυτών, το 82 % την αξιολόγησε ως άριστη και πολύ καλή (Πολύζος Ν. και συν., 2004).

Συγγενείς-Συνοδοί και δημογραφικά στοιχεία

Το σύνολο των ερωτηθέντων ήταν 80 συνοδοί (57 γυναίκες και 23 άντρες) γεγονός που δικαιολογείται στο ότι οι γυναίκες από την φύση τους είναι πιο πρόθυμες να βοηθήσουν στην φροντίδα και ατομική υγιεινή του ασθενούς αλλά και να συμμετάσχουν στην διεκπεραίωση του ερωτηματολογίου μας. Τα υπόλοιπα γενικά δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων είναι στα πλαίσια των γενικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού στην Ελλάδα.

Συγγενείς-Συνοδοί και επικοινωνία

Οι πλειοψηφία των συνοδών φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι από την συνολική αξιολόγηση επικοινωνίας με το διοικητικό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, με ποσοστό 43,8 %. Η αξιολόγηση αυτή αφορούσε την λήψη απαιτούμενης προσοχής (καλή 52,5 %), τον σεβασμό από το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό (συνήθως 46,2 %), το κατά πόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τους άκουσε προσεκτικά (συνήθως 51,2 %), το κατά πόσο το υγειονομικό προσωπικό έκανε κατανοητές επεξηγήσεις (συνήθως 46,2%) καθώς και κατά πόσο συμμετείχαν στην λήψη αποφάσεων για την θεραπεία (καλή 41,2 %). Τέλος και οι συνοδοί φαίνεται να μην αντιμετώπισαν προβλήματα λόγω διαφορετικής κοινωνικής τάξης, υπηκοότητας, θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων, γλώσσας, χρώματος και φύλου, με μέσο όρο 92 %.

Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Παιδιατρικό νοσοκομείο Αγλαΐα Κυριακού, η επικοινωνία με το υγειονομικό προσωπικό αξιολογήθηκε ως 33,3 % πολύ καλή και 14,9 % άριστη. Όσον αφορά την επικοινωνία με το διοικητικό προσωπικό (ευγένεια και σεβασμός), αξιολογήθηκε ως 54,3 % πολύ καλή, ενώ η γενική εντύπωση από τις νοσηλευτικές φροντίδες κυμάνθηκε στο πολύ καλά με ποσοστό 30-31,5 % (Μακρυνήμητρης Α., Υφαντόπουλος Ι., 2004).

Συγγενείς-Συνοδοί και περίθαλψη

Ενδιαφέρον προκαλούν τα αποτελέσματα όσον αφορά τις ώρες παραμονής τους στο νοσοκομείο, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 35 %, μένει με τον ασθενή περισσότερο από 8 ώρες και το 28,8 % δεν φεύγει καθόλου. Το 72,2 % των ερωτηθέντων αισθάνεται ανασφάλεια να τον αφήσουν μόνο του και από αυτούς το 56,5 % αισθάνεται ανασφάλεια ακόμα και αν προσλάμβαναν αποκλειστική, γεγονός που αν εξαιρέσουμε τον συναισθηματικό παράγοντα θα πρέπει να μας κάνει αν διερωτηθούμε και να αναζητήσουμε την πραγματική αιτία που προκαλεί την ανασφάλεια αυτή.

Στην ερώτηση για την ποιότητα περιβάλλοντος του νοσοκομείου το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 32,5 %, την βρίσκει μέτρια, ενώ το 12,5 % πολύ κακή. Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο παιδιατρικό νοσοκομείο Αγγλαΐα

Κυριακού από τους συμμετέχοντες στην έρευνα το 35,2 % δήλωσε ότι οι κτιριακές εγκαταστάσεις του νοσοκομείου χρήζουν ανακαίνισης και το 9,8 % βελτίωσης της καθαριότητας του νοσοκομείου. (Παπαγιαννοπούλου Β., 2007).

Ενδιαφέρον προκαλούν τα ποσοστά ως προς την ανάθεση εργασιών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς το 52,5 % απάντησε αρνητικά ενώ το 47,5 % απάντησε θετικά, εκ των οποίων το 47,4 % πιστεύει ότι αυτό οφείλεται σε φόρτο εργασίας του προσωπικού, το 34,2 % σε έλλειψη ενδιαφέροντος και το 18,4 % σε κάτι άλλο.

Στην συνοπτική ερώτηση για το που πιστεύουν ότι έχει μεγαλύτερη έλλειψη ο τομέας υγείας, τις θέσεις με τα μεγαλύτερα ποσοστά κατέχουν οι νοσηλευτές με ποσοστό 37,5 %, ακολουθούν οι εξειδικευμένες εξετάσεις 18,8 % και τα κρεβάτια 10,0 %. Η άποψη των συνοδών ότι ο τομέας υγείας κατά κύριο λόγο υστερεί σε νοσηλευτές δικαιολογεί και το μεγάλο χρόνο παραμονής τους με τον ασθενή και κατά συνέπεια το αίσθημα ανασφάλειας που παρατηρήθηκε. Επίσης, η οριακή διαφορά μεταξύ εκείνων που απάντησαν θετικά ως προς την ανάθεση εργασιών από το προσωπικό και εκείνων που απάντησαν αρνητικά, επίσης δικαιολογεί την άποψή τους αυτήν ως προς την έλλειψη του τομέα υγείας.

Σε αντίστοιχη μελέτη που έγινε το 2006 και αφορούσε τη “Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε Παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής”, η πλειοψηφία των συνοδών των παιδιών (35,2 %) δήλωσε ότι οι κτιριακές εγκαταστάσεις του νοσοκομείου χρήζουν ανακαίνισης, ενώ το 19,2 % αναφέρθηκε στην ανάγκη για αμεσότερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Επιπρόσθετα οι συνοδοί προέβαλλαν ως σημαντικό παράγοντα, από πλευράς υγιεινής, τον διαχωρισμό των χώρων υγιεινής των ασθενών από αυτούς των συνοδών (10,5 %), αλλά και την βελτίωση της καθαριότητας του νοσοκομείου (9,8 %). Το 8 % υπέδειξε ως αδυναμία του νοσοκομείου τον ελλιπή χώρο στάθμευσης, ενώ το 12,2 % θα επιθυμούσε την μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών αλλά και την αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού (5,6 %) (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008).

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της ανάλυσης της έρευνάς μας, διαπιστώνουμε ότι αν και η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υστερούν σημαντικά και δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλουν τα διεθνή πρότυπα και οι προσδοκίες των χρηστών, η μέτρηση της ικανοποίησης από τις φροντίδες που παρέχουν, οδηγεί σε αντίθετα συμπεράσματα. Έτσι, η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Κρίνεται ιδιαίτερα απαραίτητη η ανάπτυξη μιας πλατφόρμας διοίκησης για την εφαρμογή των νέων μεθόδων και εργαλείων προγραμματισμού, οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων. Αυτό που πρέπει να είναι ξεκάθαρο είναι ότι ο ασθενής είναι στο επίκεντρο κάθε αλλαγής στο σύστημα υγείας άρα το Εθνικό Σχέδιο για την Υγεία πρέπει να έχει δύο βασικούς στόχους, τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πολίτη και την ικανοποίησή του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Έτσι, οραματιζόμενοι την ισότιμη -όχι όμως και ανεξέλεγκτη- πρόσβαση όλων των πολιτών στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας οι κύριοι στόχοι μας θα πρέπει να αφορούν στην αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών των νοσοκομειακών

υπηρεσιών και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της λειτουργίας των φορέων παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών. Τέλος, απαραίτητο είναι η βελτίωση της ανταπόκρισης των μονάδων παροχής δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας και αναβάθμιση και προαγωγή του προσωπικού μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (Χανιώτικα Νέα., 2009).

Προτάσεις

Ενοποίηση των δημόσιων δομών και υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, με στόχο ένα ολοκληρωμένο δημόσιο σύστημα υγείας με νέα μορφή διοίκησης.

Ανάπτυξη ΠΦΥ

Αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού και συνεχής βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Ανασυγκρότηση του ΕΣΥ οργανωτικά και διοικητικά με την δημιουργία ολοκληρωμένων περιφερειακών συστημάτων υγείας.

Βελτίωση υποδομών και χώρων των νοσοκομείων.

Επαγγελματισμός υγείας, προθυμία και διάθεση εξυπηρέτησης από το προσωπικό.

Επικοινωνία και ποιότητα οδηγιών αντιμετώπισης της ασθένειας.

Βιβλιογραφία Ελληνική

- Αδαμόπουλος Ν., Παν (1992)**, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Μία σφαιρική προσέγγιση, Αθήνα
- Αντωνοπούλου Α., (1987)**, Η Κρατική Πολιτική για το Φάρμακο στις Χώρες του Αναπτυγμένου Κόσμου. Σύγχρονα Θέματα.
- Αντωνοπούλου Α., Καραμητοπούλου Α., Σοφιανός Ε. (1989)**, «Παράγοντες που επηρεάζουν το Επίπεδο Ικανοποίησης των Ασθενών», Επιθεώρηση Υγείας (Αθήνα).
- Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., (2000)**, "Ισότητα και αποδοτικότητα στην υγεία: Θεωρητική ανάλυση και εμπειρικές προσεγγίσεις", στο: Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., (επιμ.), "Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας", Θεμέλιο, Αθήνα.
- Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Α., Κυριόπουλος Γ., (1994)**, «Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., (επιμ.), «Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.
- Διομήδους Μ., Διαμαντής Θ., Λιάσκος Ι., Πιστόλης Ι., Μαντάς Ι., (2005)**, « Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε χειρουργικούς ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου», Νοσηλευτική 2005, 44 (1): 106-114.
- Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος Γ., Κοντός Δ., (2001)**, «Η πρόθεση των χρηστών για πρόσθετη πληρωμή για τη βελτίωση της ασφαλιστικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση του Λεκανοπεδίου Αττικής», στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Α., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ., (επιμ.), «Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα.
- ΕΣΥΕ, (2001)**, "Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1998-99", Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2001)**, «Συστήματα υγείας». Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- Ιακωβίδου Ε., Μανιού Μ., Πάλλη Ε., Κωστόπουλος Ε., Ζάραγκας Σ., Κατσανέβας Θ., (2008)**, «Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών Υγείας , δημόσιου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στην χώρα μας», Το Βήμα του Ασκληπιού 2008,7 (4).

- Καράγιωργας Σ., Πάκος Θ., (1988)**, “Η κατανομή του φορολογικού βάρους στην Ελλάδα: 1982”, Τιμητικός Τόμος στη Μνήμη Σ. Καράγιωργα, Ινστιτούτο Περιφερειακής Ανάπτυξης Παντείου Πανεπιστημίου, Αθήνα.
- Καράγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοϊζίδης Γ., Μπούζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ., (1990)**, “Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα”, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.
- Κουκούλη Σ., (2000)**, Κοινωνιολογία. Σημειώσεις Διδασκαλίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τει Ηρακλείου.
- Κυριακίδου Θ., Ελένη (2005)**, Κοινωνική Νοσηλευτική, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., (1991)**, Η χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ., (1996)**, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ., (2001)**, “Η επίδραση της ασφάλισης υγείας στη ζήτηση υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης”, στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ., (επιμ.), “Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα”, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορ Σ., Οικονόμου Χ., (2003)**, «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό». Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.
- Λεμονίδου Χ., Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., (2002)**, Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής, Η επιστήμη και η τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Αθήνα.
- Μαδιανός Μ., Ζάρναρη Ο., Κατουσέλη Α., Κοτταρίδη Γ., Παππάς Π., Τσακίρη Ε., Φακιόλας Ν., (1988)**, “Υγεία και ελληνική κοινωνία. Εμπειρική έρευνα”, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.
- Μπαμπανάσης Σ., (1981)**, “Η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα του 20^{ου} αιώνα 1900-1981” , Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, β’ & γ’ τετράμηνο.
- Μωραΐτης Ε., (1985)**, Συστήματα Υγείας. Σημειώσεις, ΤΕΙ- Αθήνας, Αθήνα.
- Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ.,** «Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας σε Παιδιατρικό Νοσοκομείο της Αθήνας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008, 20 (1): 73-82.

- Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. (1994)**, «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας», Θεσσαλονίκη.
- Σιγάλας Ι., Παπανικολάου Β., (1995)**, «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας», Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος 56, Αθήνα, σελ. 244-256.
- Σούλης Σ., (1987)**, Εισαγωγή στην Οικονομική της Υγείας. Προσυνεδριακό Σεμινάριο, 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα.
- Σούλης Σ., (1998)**, «Οικονομική της υγείας», 1998.
- Σούλης Σ., (1991)**, Δημογραφία και Υγεία. ΤΕΙ- Αθήνας (εκδ.), Αθήνα.
- Τούντας Γ., (2003)**, Οικονομία της Υγείας: Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα ανεπτυγμένων χωρών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20: 76-87.
- Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Α., (2003)**, Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 20(5), 497-503, 2003 - Ερευνητική εργασία.
- Τούντας Γ., (2007)**, «Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού 1997-2006», Αθήνα.
- Τριχόπουλος Δ., (1982)**, «Επιδημιολογία». Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα.
- Τσαμανδουράκη Κ., Αλαμάνος Ι., Τούντας Ι., (1992)**, «Μελέτη νοσηρότητας και χρήσης Υπηρεσιών Υγείας στο Δήμο Αργυρούπολης Αττικής», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 1992, 9:91-96.
- Υπουργείο Εργασίας**, Έκθεση Περιφερειακών Υπηρεσιών Υπουργείου Εργασίας για τις Δραστηριότητες της Περιόδου 1975-1978. (7/10/1976-28/07/1977).
- Υφαντόπουλος Γ., (1986)**, Κοινωνικο- οικονομική Ανάπτυξη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Ιατρική*, 50, σελ. 33-46.
- Υφαντόπουλος Γ., (1988)**, «Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

Φέτση Α., (1990), “Η αναδιανεμητική επίπτωση του δημόσιου τομέα στα εισοδήματα των νοικοκυριών”, στην: Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τεύχος 73Α.

Χανιώτικα Νέα., (2009), “Παράγοντες ικανοποίησης ασθενών στο σύστημα υγείας, τεύχος 6/9/09.

Ξένη Βιβλιογραφία

Andrews F., Whitney S. B., (1974), Social Indicators of Well- being: American’s Perceptions, of Life Quality. Plenum Press, New York.

Andersen et al., (1975),

Annales des Statistiques de Travail., (1978), B.I.T. Geneva, 1978.

Bardel A., Wallander M.A., Svardsudd K., (2000), “Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65 year old women in mid-Sweden: A population- based study”, Journal of Clinical Epidemiology, 53(6):637-643.

Becker H.S. Outsiders, (1973), Studies in the sociology of deviance. The Free Press (ed), New York.

Bertakis K. D., Azaris R., Helms L. J., Callahan E. J., Robbins J. A., (2000), “Gender differences in the utilization of health services”, Journal of Family Practice, 49(2): 147-152.

Blaxter M., (1990), Health and Lifestyles. Tavistock, London.

Borras J.M., (1994), “Utilization of health services”, Gac. Sanit., 8(40): 30-49.

Bradshaw J., (1972), The taxonomy of social need, in G. McLachlan (ed.), “Problems and Progress in Medical Care”, Oxford University Press, Oxford.

Busse., (2002), Competition Intensity, Potential Competition and Transaction Cost Economics, *World Competition*, Vol. 25, No. 3, pp. 349-359.

Campell A., Converse P. E., Rodgers W. L., (1976), The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions. Russell Sage Foundation, New York.

- Canadian Medical Association., (1993)**, The Language of Health System Reform. CMA, Ottawa
- Carlsen F., Grytten J., (2000)**, “Consumer satisfaction and supplier induced demand”, *Journal of Health Economics*, 19(5): 731-753.
- Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs., (2001)**, An exploration of future hospital care in 10 countries. Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs, Amsterdam.
- Chomsky N., (1999)**, “Οι έχοντες και οι μη κατέχοντες. Κοινωνικοί αγώνες σήμερα”, *Καστανιώτης*, Αθήνα.
- Clark M., (1959)**, “Health in the Mexican- American culture”, University of California Press, Berkeley.
- Clark M. J., Purdie J., Fitzgerald G. J., Bischoff N.G., O’ Rourke P.K., (1999)**, “Predictors of demand for emergency prehospital care: an Australian study”, *Prehospital Disaster and Medicine*, 14(3):167-173.
- Clinitz D., Preker A., Wasem J., (1998)**, “Balancing competition and solidarity in health care financing”, in: Saltman R., Figueras J., Sakellarides C., (1998), “Critical challenges for health care reform in Europe”, Open University Press. Buckingham.
- Cochrane., (1972)**, “ Effectiveness and efficiency: random reflections on health services”, London : Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Coulter A., Ham C., (eds.), (2000)**, “The global challenge of health care rationing”, Open University Press, Buckingham.
- Cox B., (1987)**, Health and Lifestyle Survey. Health Promotion Research Trust, Cambridge.
- Darby C., Valentine N., Murray C., de Silva A., (2000)**, “Strategy on measuring responsiveness”, World Health Organization, Geneva, (GPE Discussion Paper Series: No 23.
- Demers M., (1996)**, “Factors explaining the increase in cost for physician care in Quebec’s elderly population”, *CMAJ*, 155(11):1555-1560.
- Dickman R., (1987)**, An end to patchwork reform of Health Care. *N. Engl. J Med.*, Vol. 317, No.17, pp.1086-1089.

- Donabedian A., (1997)**, “The quality of care: How can it be assessed?”, Arch Pathol Lab J. 11:1145-1150.
- Donaldson C., Gerald K., (1993)**, “Economics of health care financing. The visible hand”, MacMillan, London.
- Donelan K., DesRoches C.M., Schoen C., (2000)**, “Inadequate health insurance: costs and consequences” Med. Gen. Med., 11(6): E37.
- Doorslaer van E., Wagstaff A., Burg van der H., Christiansen T., Citoni G., Biase di R., Gerdtham U.G., Gerfin M., Gross L., Hakinnen U., Johnson P., John J., Klavus J., Lachaud C., Lauritsen R., Leu R., Nolan B., Peran E., Pereira J., Propper C., Puffer F., Rochaix L., Schellhorn M., Sundberg G., Winkelhake O., (1999)**, “The redistributive effect of health care financing in twelve OECD countries”, Journal of Health Economics, 18,3;291-313.
- Doxiadis S., (1987)**, “Ethical Dilemmas in Health Promotion”. John Wiley & Sons, Chichester.
- Dubos R., (1987)**, “Mirage of Health: utopias, progress and biological change”, Rutgers University Press.
- Dunlop S., Coyte P.C., McIssaac V., (2000)**, “Socioeconomic status and the utilization of physician services results from the Canadian National population health survey”, Social Science and Medicine, 51(1):123-133.
- Enthoven A., Kronick R., (1989)**, A consumer- choice Health Plan for the 1990s. N. Engl. J Med., Vol. 320, No.1, pp.29-37.
- Eriksson I., Unden A. L., Elofsson S., (2001)**, “Self- rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study”, International Journal of Epidemiology, 30: 326- 333.
- European Commission., (1998)**, “Citizens and health systems: Main results from a Eurobarometer survey”, Luxembourg.
- Eurostat., (1997)**, “Self- reported health in the European Community. Statistics in focus, populations and social conditions”, Luxembourg.
- Evans R., (1981)**, “Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry”, (eds.) Ivan der Gaar J. & Perlman M: “Health, Economics and Health Economics”, Amsterdam, North Holland.

- Faulkner L.A., Schaffler H.H., (1997)**, “The effect of health insurance coverage on the appropriate use of recommended clinical preventive services”, *American Journal of Preventive Medicine*, 13(6): 453-458.
- Ferro M., (1998)**, “Les Societes maladies du progress”, Plon, Paris.
- Food M., (1973)**, *Averin Bevan. vol.2*, Davis- Poynter: London.
- Fox J., (ed.), (1989)**, “Health inequalities in European countries”, Gower, Aldershot.
- Freidson., (1964)**, “The journal of the Royal Society for the Promotion of health.1964; 84: 212.
- Fry J., (1993)**, *General Practice: The Facts*, Radcliffe Medical Press, London.
- Friedman M.,** “Type A behaviour: It’s possible relationship to pathogenic processes responsible for coronary heart disease. In T. M. Dembroski et al. (eds), *Coronary Prone Behavior*, pp.137-140, New York: Springer-Verlag.
- Fylkesnes K., Forde O. H., (1991)**, “The Tromso study: predictors of self-evaluated health: has society adopted the expanded health concept?” *Social Science and Medicine*, 32: 141- 14.
- Gakidou E., Murray CJL., Frenk J., (2000)**, “Measuring Preferences on Health System Performance Assessment”, World Health Organization, Geneva, (GPE Discussion Paper Series: No 20).
- Garpenby P., (1997)**, Implementing quality programmes in three Swedish county councils: the views of politicians, managers and doctors. *Health Policy*, 39: 195-206
- Glennerster H., Matsaganis M., (1992)**, “The English and Swedish Health Care Reforms”. Economic and Social Research Council, Welfare State Programme, Number WSP/79, London.
- Gosden T., Pedersen L., Torgerson D., (1999)**, “How should we pay doctors? A systemic review of salary payments and their effect on doctor behaviour”, *QJM*, 92(1): 47-55.
- Gordon., (1966)**, “OrganizationStructure and Performance: A Critical Review, University of California, 1966.
- Goldthorpe., (2000)**, “On sociology: numbers, narratives, and the integration of research and theory. Oxford: Oxford University Press.

- Grismo A., Siem H., (1984)**, “Factors affecting primary health care utilization”, *Family Practise*, 1(3): 155-161.
- Groenewegen P.P., Van der Zee J., (1988)**, “The comparison of health care systems through regional analysis: the case of hospital admissions in Belgium and The Netherlands”, *Social Science and Medicine*, 26(1): 91-100.
- Haan M.N., Selby J.V., Quesenberry C.P., Schmittiel J.A., Fireman B.H., Rice D.P., (1997)**, “The impact of aging and chronic disease on use of hospital and outpatient services in a large HMO: 1971-1991”, *Journal of American Geriatric Society*, 45(6):667-674.
- Ham C., Honigsbaum F., (1998)**, “Priority setting and rationing health services”, in: Saltman R., Figueras J., Sakellarides C., (eds.), “Critical challenges for health care reform in Europe”, Open University Press, Buckingham.
- Hanlon P., Walsh D., Whyte B.W., Scott S.N., Lightbody P., Gilhooly M.L., (1998)**, “Hospital use by an aging cohort: an investigation into the association between biological, behavioural and social risk markers and subsequent hospital utilization”, *Journal of Public Health Medicine*, 20(4):467-476.
- Haug M. R., (1981)**, “Age and medical utilization patterns”, *Journal of Gerontology*, 36(1): 103-111.
- Heistaro S., Jousilahti P., Lahelma E., Vartiainen E., Puska P., (2001)**, “Self-rated health and mortality: a long- term prospective study in eastern Finland”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 227- 232.
- Himmelstein D., Woodhandler S., (1989)**, ‘A National Health Program for the United States: A Physicians’ Proposal. *N. Engl. J Med.*, Vol. 321, No.2, pp.102-108.
- Hurst W.J., (1991)**, *Reform of Health Care in Germany. Health Care Financing Review*, Spring 1991, Vol. 12, No.3, pp.73-86.
- Idler E. L., Benyamini Y., (1997)**, “Self- rated health and mortality: a review of twenty- seven community studies”, *Journal of Health and Societal Behavior*, 38:21- 37.

- Idler E. L., Kasl S., (1991)**, “Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? ”, *Journal of Gerontology*, 46: 55- 65.
- Iglehart K.J., (1991)**, Germany’s Health Care System (δύο μέρη). *The N. Engl.J.Med.*, Vol. 324, No.7, pp.503-508 (πρώτο μέρος) και Vol. 324, No.24, pp.1750-1756 (δεύτερο μέρος).
- Illich I., (1975)**, “Medical Nemesis: The expropriation of health”, Calder and Boyars, London.
- INSEE, (1978)**, Paris.
- . Institute for Health System Research., (1994)**, Health Care in Germany: The Health Care System in the Federal Republic of Germany. The Federal Ministry of Health, Bonn.
- Jofre- Bonet M., (2000)**, “Public health care and private insurance demand: the waiting time as a link”, *Health Care Management Science*, 3(1): 51-71.
- Johannesson M., Johansson P.O., Soberqvist T., (1998)**, “Time spent on waiting lists for medical care: an insurance approach”, *Journal of Health Economics*, 17(5): 627-644.
- Jylha M., Leskinen E., Alanen E., Leskinen A. L., Heikkinen E., (1986)**, “Self-rated health and associated factors among men of different ages”, *Journal of Gerontology*, 41: 710-717.
- Kasper J., (2000)**, “Health care utilization and barriers to health care”, in: Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S., (eds.), “Social studies in health and medicine”, Sage, London.
- Kast F.E., Rozenzweig J.E., (1972)**, General System Theory: Applications for Organization and Management. *Academy of Management Journal*, vol. 15, No. 4.
- Katz D., Kahn R.L., (1966)**, “The Social Psychology of Organization”, J. Willey & Sons Inc., New York.
- Kawabata K., (2001)**, “A framework for health systems performance assessment”, in: Kyriopoulos J., Beazoglou T., Heffley D., (eds.), “Health economics in the new era”, Exandas, Athens.

- Koontz H., Donell C., (1976)**, Οργάνωση και Διοίκηση. Μία Συστημική και Ενδεχομενική Ανάλυση των Διοικητικών Λειτουργιών. Εκδ. Παπαζήση, 1984, Αθήνα.
- Kouchner B., (1996)**, “La dictature medicale”, Robert Laffont, Paris.
- Krasnik A., Hansen E., Keiding N., Sawitz A., (1997)**, “Determinants of general practice utilization in Denmark”, Danish Medical Bulletin, 44(5): 542-546.
- Krause N. M., Jay G. M., (1994)**, “What do global self- rated health items measure?” Medical Care, 32: 930-942.
- Kyriopoulos J., Economou Ch., Dolgeras A., (2001)**, “Side payments in Greece: The dilemma of equity and efficiency”, in: Kyriopoulos J., Beazoglou T., Heffley D., (eds.), “Health economics in the new era”, Exandas, Athens.
- LaRue A., Bank L., Jarvik L., Hetland M., (1979)**, “Health in old age: how do physicians’ ratings and self- ratings compare? ”, Journal of Gerontology, 34: 687-91.
- Levy E., (1975)**, L’ Economie du Systeme de Sante. Dunod, Paris.
- Lostao L., Redicor E., Calle M.E., Navarro P., Dominquez V., (2001)**, “Changes in socioeconomic differences in the utilization of and accessibility to health services in Spain between 1987 and 1995/97”, Rev. Esp. Salud Publica 75(2):115-127.
- Marin N., Caba A., Ortiz B., Perez- Tornero E., Martinaz L., Lopez M., Fornieles H., Delgaro- Rodriguez M., (1997)**, Socioeconomic determinants and utilization of emergency hospital services”, Med. Clin., 108(19): 726-729.
- Marmott και συνεργάτες (1984, 1991)** (Whitehall I study/1984, Whitehall II study/1991).
- Manski R. J., (1995)**, “Variable confounding and the influence of non economic determinants on dental utilization for the elderly”, MSDA, 38(4):171-1794.
- Marshall T. H., (1965)**, “Class, citizenship and social development”, Doubleday Anchor Book.
- Mc Keown T., (1979)**, The role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? Blackwell, Oxford.
- Mc Kinley J.M., (1979)**, Epidemiological and Political Determinants of Social Policies Regarding the Public Health. Soc. Sci. Med, 13, App: 541-7.

- McCallum J., Shadbolt B., Wang D., (1994)**, “Self- rated health and survival: a 7- year follow- up study of Australian elderly”, *American Journal of Public Health*, 84: 1100- 1105.
- Mechanic D. (1989)**, “Painful Choices: Research and Essays on Health Care.
- Mendosa-Sassi R., Beria J.U., (2001)**, “Health services utilization: a systemic review of related factors”, *Cad Saude Publica*, 17(4):819-832.
- Ministry of Health and Social Affairs., (1994)**, Three Models for Health Care Reform in Sweden. A Report from the Expert Group to the Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care, (HSU 2000).
- Mooney G., (1984)**, Equity in Health Care: Confronting the Confusion. Health Economics Research Unit Aberdeen University, Discussion Paper No. 11/82, Aberdeen.
- Murphy J.F., Hepworth J.T., (1996)**, “Age and gender differences in health services utilization”, *Res. Nurs. Health*, 19(4):323-329.
- Murray C., Frenk J., (1999)**, “A WHO framework for health system performance assessment”, GPE Discussion Paper Series No 6, WHO, Geneva.
- OECD., (1999)**, “An assessment of health system performance across OECD countries”, OECD DEELSA/ELSA/WPI 3.
- OECD., (2002)**, Health Data 2002: A Comparative analysis of 29 countries. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris.
- Parsons T., (1951)**, “The social system”. Glencoe, Ill.: The Free Press.
- Philippant D., Van Tielen R., Sturbois G., Peys F., (2000)**, Discriptive analysis of the pharmaceutical prescription evolution in the Belgian ambulatory Sector between 1986 and 1996”, *Archives of Public Health*, 58, 2:85-107.
- Rawls J., (1971)**, “A theory of justice”, Harvard University Press, Cambridge.
- Redicor E., de Mateo S., Gutierrez-Fisac J.L., Fernandez de la Hoz K., Rodriguez C., (1996)**, Socioeconomic differences in the use and the accessibility of health care services in Spain”, *Med. Clin*, 107(8):285-288.
- Reschovsky J.D., Kemper P. (1999)**, “Do HMOs make a difference?” *Inquiry*, 36(4): 374-377.
- Roemer M., (1993)**, “National health systems of the world. The issues”, Oxford University Press, Oxford.

- Rokeach J., (1973)**, *The Nature of Human Values*. Free Press / Macmillan, New York.
- Rosenstock ., (1966)**, “Lingo of Linguistics”, *The Eugen Rosenstock- Hussey Lectures*, Vol. 29; Western Washington State College, Bellingham, Washington.
- Ross C., Frommelt G., Hazelwood L., Chang R., (1994)**, “The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed), *Health Care marketing Foundation for managed quality*”, Gaithersbourg, MD, Aspen: 55-69.
- Sadana R., Mathers C., Lopez A., Murray C., Iburg K., (2000)**, “Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status”, World Health Organization, Geneva, (GPE Discussion Paper Series: No 15).
- Saltman R., Figueras J., (1997)**, “European health care reform. Analysis of current strategies”, WHO, Copenhagen.
- San Martin H., (1983)**, *Sante Publique et Medicine Preventive*. Masson, Paris.
- Schieber G., Poullier J.P., Greenwald L., (1991)**, *Health Care Systems in Twenty Four Countries*, *Health Affairs*, 10 (3), pp. 22-38.
- Scott H.D., Mackie A., (1975)**, “Decisions to hospitalize and operate: a socioeconomic perspective in an urban state”, *Surgery*, 72(2):311-317.
- Sigerist H.E., (1960)**, “The special position of the sick”, pp.10-11 in Henry E. Sigerist on the sociology of medicine, M. Roemer (ed). MD publications, New York.
- Sitzia J., Wood N., (1997)**, “Patient satisfaction: A review of issues and consepts. *Soc. Sci. Med*, 12: 1829-1843.
- Smith P., (ed.), (2000)**, “Reforming markets in health care”, Open Univercity Press, Buckingham.
- Stauman K., Falk I.S., (1936)**, *Health Indices*. Bulletin of Health Organization of the League of Nations, Vol. 5, p. 916 in Jazairi N.T (1976) *Differentes Approches pour l’ Elaboration d’ Indicateurs de Sante*, OCDE, Paris.
- Statistiques Nationales d’ Accidents du Travail (Annees 1974-1978)**, C.N.A.M.T.S (eds.), Paris 1978, 1980.

- Susser M., Hopper K., Richman J., (1983)**, “Society, culture and health”, pp.23-49 in ‘Handbbook of Health, Health Care and the Health Professions’, D. Mechanic (ed.), The Free Press, New York.
- Sutton R., (1994)**, The British National Health Service. Pace, Vol. 17, pp. 1178-1181.
- The Swedish National Board of Health and Welfare (1999)**, Social Services in Sweden: Needs- Interventions-Development.
- The Swedish National Board of Health and Welfare (2003)**, Health Care Status Report.
- The Swedish National Board of Health and Welfare(2003)**, Social Insurance in Sweden.
- The Swedish National Board of Health and Welfare(2003)**, Social Insurance, Annual Report, Budget Year 2003.
- Tountas Y., Aga E., Houliara L., Povie., (2001)**, “Quality of the personal of the Hellenic Network of Health Promoting Hospitals”, Poster Presentation of the 9th International Conference of Health Promoting Hospitals, Copenhagen.
- Townsend P., Davidson N., (1982)**, Inequalities in health, (eds.) Penguin, Great Britain.
- Townsend P., Davidson N., Whitehead M., (eds.), (1992)**, “Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide”, Penguin 1992, London.
- Twaddle., (1969)**,
- Varkevisser C.M., Pathmanathan I., Brownlee A., (1991)**, “Designing and conducting health systems research projects: Health systems research training services”, WHO, International Development Research Centre, Geneva.
- Wagstaff A., Doorslaer van E., Burg van der H., Calogne S., Christiansen T., Citoni G., Gerdtham U.G., Gerfin M., Gross L., Hakinnen U., Johnson P., John J., Klavus J., Lachaud C., Lauritsen R., Leu R., Nolan B., Peran E., Pereira J., Propper C., Puffer F., Rochaix L., Rodriguez M., Schellhorn M., Sundberg G., Winkelhake O., (1999)**, “Equity in the finance of health care: some further international comparisons”, Journal of Health Economics, 18,3;263-290.

- Wall A., (ed.), (1996)**, “Health care systems in liberal democracies”, Routledge, London.
- Wave J., Snyder M., Wright R., Davies A., (1983)**, “ Defining and measuring patient satisfaction with medical care”, *Evaluation and Program Planning*, 6:247-263.
- West P.A., (1981)**, Theoretical and Practical Equity in the National Health Service in England. *Soc. Sci. Med.* 15c., 2.
- White K.R., Williams T.F., Greenberg B.G., (1961)**, The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, 165: 885-892.
- WHO, (1958)**, The First Ten Years of WHO, Annex Constitution of the WHO, Geneva.
- WHO., (1981)**, Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva.
- WHO., (1985)**, Targets for Health for all 2000. Targets in support of the Eurorean Regional Strategy for Health for all. Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO., (1990)**, The Concepts and Principles of Equity and Health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO Europe., (1996)**, *Health Care Systems in Transition: Greece*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO., (2000)**, “The world health report 2000. Health systems: Improving performance”, Geneva.
- Wieners., (2001)**, Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena. Jessey-Bass Inc, San Francisco.
- Zborowski., (1952)**, “Cultural components in responses to pain”. *Journal of Social Issues*, 8:16-30.

Ερωτηματολόγια μελέτης

Για τους Ασθενείς:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΑΕ

Κοινωνικο-Δημογραφικά Στοιχεία

- 1) Ηλικία:
- 2) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
- 3) Έχετε γεννηθεί σε αυτή την χώρα; Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
- 4) Μορφωτικό επίπεδο: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο Πανεπιστήμιο - Τ.Ε.Ι Μεταπτυχιακό –Διδακτορικό
- 5) Συζυγική κατάσταση: Ελεύθερος /η Παντρεμένος /η ή συζεί με σύντροφο
 Χωρισμένος /η Χήρος /α
- 6) Έχετε παιδιά : Ναι Όχι

Εργασία

- 7) Εργάζεστε: Ναι Όχι
- 8) Πόσα χρόνια εργάζεστε: <5 5 5-8 8-10 10-12 12-14 14-16
 16-18 18-20 20-25 >25 χρόνια
- 9) Τομέας Απασχόλησης : Ιδιωτικός Δημόσιος
- 10) Είδος απασχόλησης : Επιστήμονες Ελεύθεροι Επαγγελματίες, Έμποροι
 Υπάλληλοι Γραφείου Εργάτες – Τεχνίτες
- Αγρότης – Κτηνοτρόφος
- 11) Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα : 40 ώρες Περισσότερο από 40 ώρες
 Λιγότερο από 40 ώρες
- 12) Ωράριο εργασίας : Διακεκομμένο (πρωί-απόγευμα) Κυκλικό (με βάρδιες)
 Μόνο πρωί Μόνο βράδυ
- 13) Ποιο είναι το συνολικό μηνιαίο εισόδημα στο σπίτι σας;
 Μέχρι 600 ευρώ Από 600 -800 Από 801-1000 Από 1001 έως 1200
 Από 1200 και άνω Δεν γνωρίζω

**Για όσους δεν εργάζονται

- 14) Για ποιο λόγο δεν εργάζεστε:
 Είμαι άνεργος /η Είμαι συνταξιούχος /α Είμαι νοικοκυρά Είμαι φοιτητής / α Για άλλο λόγο
- 15) Είστε ασφαλισμένος σε κάποιο δημόσιο ή ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα για επισκέψεις σε γιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη; Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
- 16) Είστε ασφαλισμένος σε κάποιο δημόσιο ή ιδιωτικό ασφαλιστικό ταμείο για νοσοκομειακή περίθαλψη;
 Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
- 17) Τι ασφάλεια έχετε:

Περίθαλψη

18) Πως θεωρείτε την υγεία σας: Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή
 Πολύ κακή

19) Τώρα που νοσηλεύεστε, έχετε κάποιο συνοδό: Ναι Όχι
Ποιόν: Ο/η σύζυγος Αποκλειστικό Παιδιά Άλλον

20) Υπάρχουν διαφορετικές υπηρεσίες υγείας που αναγράφονται παρακάτω τις οποίες μπορείτε να χρησιμοποιήσετε. Παρακαλώ μπορείτε να αναφέρετε πόσες φορές πήγατε σε κάθε μία από αυτές τις τελευταίες 30 μέρες;

Φορές

- Γενικούς γιατρούς (γιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή γιατρούς χωρίς ειδικότητα)
- Οδοντίατρους
.....
- Ειδικούς γιατρούς (γιατρούς με ειδικότητα πλην γενικής ιατρικής)
.....
- Φυσιοθεραπευτές
.....
- Παραδοσιακούς θεραπευτές (πρακτικούς)
.....
- Κλινική (που προσφέρει κυρίως υπηρεσίες από νος/τές, που δουλεύουν σε μονάδα που δεν είναι νοσοκομείο).....
- Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου
.....
- Νοσοκομείο (Για εισαγωγή)
.....
- Φαρμακείο (όπου δεν αγοράσατε απλώς φάρμακα, αλλά μιλήσατε για την ασθένειά σας & την θεραπεία της).....
- Κέντρο υγείας
.....
- Σας επισκέφτηκε στο σπίτι σας γιατρός, νοσηλεύτρια/της ή άλλος επαγγελματίας υγείας
- Άλλο (π.χ. ιδιωτική κλινική ή διαγνωστικό κέντρο) (αναφέρατε)
.....
- Δεν γνωρίζω
.....

21) Τους τελευταίους 12 μήνες, τις περισσότερες φροντίδες για την υγεία σας τις λάβατε από μια μονάδα υγείας ή από τον υγειονομικό που σας επισκέφθηκε στο σπίτι σας; Κυρίως στη μονάδα υπηρεσιών υγείας
 Κυρίως από τον υγειονομικό που με επισκέφθηκε στο σπίτι Εξίσου και από τα δύο

22) Τους τελευταίους 12 μήνες, όταν αναζητήσατε υπηρεσίες υγείας, πόσο συχνά λάβατε την υπηρεσία αμέσως μόλις την αναζητήσατε; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ

23) Τους τελευταίους 12 μήνες, από την στιγμή που αναζητήσατε υπηρεσίες μέχρι την στιγμή που τις λάβατε, συνήθως πόσο έπρεπε να περιμένετε; (Σημειώσατε τον κατάλληλο χρόνο σε ένα από τα παρακάτω διαστήματα)
α).....λεπτά, β).....ώρες, γ).....μέρες, δ).....εβδομάδες, ε).....μήνες

24) Τους τελευταίους 12 μήνες, χρειασθήκατε καθόλου εργαστηριακές εξετάσεις ή δοκιμασίες; (π.χ. αναλύσεις αίματος, ακτινογραφίες, υπερηχογράφημα) Ναι Όχι

25) Γενικά, πόσο χρειάστηκε να περιμένετε πριν μπορέσετε να κάνετε τις εργαστηριακές εξετάσεις ή δοκιμασίες;
 Τις έκανα την ίδια ημέρα 1-2 μέρες 3-5 μέρες 6-10 μέρες Περισσότερο από 10 μέρες (γράψτε πόσες).....μέρες

26) Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με το να λάβετε την απαιτούμενη προσοχή από τις υπηρεσίες υγείας, τους τελευταίους 12 μήνες; Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

27) Τους τελευταίους 12 μήνες, όταν αναζητήσατε φροντίδα υγείας, πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλεύτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί σας αντιμετώπισαν με το σχετικό σεβασμό; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ

28) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά το διοικητικό προσωπικό, όπως οι υπάλληλοι από τον χώρο της υποδοχής ή οι γραμματείς σας αντιμετώπισαν με τον απαιτούμενο σεβασμό; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ

29) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλεύτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί σας άκουσαν προσεκτικά; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ

30) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλεύτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί σας εξήγησαν τα πράγματα με τρόπο που ήταν κατανοητός; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ

31) Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με το πόσο καλά οι υγειονομικοί επικοινωνήσαν μαζί σας, τους τελευταίους 12 μήνες; Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

32) Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία της συμμετοχής σας στη λήψη των αποφάσεων για την φροντίδα ή τη θεραπεία σας σε σχέση με όσο θα θέλατε, τους τελευταίους 12 μήνες;
 Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

33) Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κράτησαν τις πληροφορίες για σας εμπιστευτικές, κατά τους τελευταίους 12 μήνες;

- Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

34) Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα του περιβάλλοντος, για παράδειγμα, χώρους, καθίσματα, καθαρό αέρα, καθαριότητα των υπηρεσιών υγείας που επισκεφθήκατε τους τελευταίους 12 μήνες;

- Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

35) Όσο είστε (ή ήσασταν) στο νοσοκομείο, πόσο συχνά λάβατε την προσοχή του γιατρού, των νοσηλευτών/τριών τόσο γρήγορα όσο εσείς θα θέλατε; Πάντα

- Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ

36) Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσετε το νοσοκομείο της επιλογής σας, κατά τους τελευταίους 12 μήνες; Θα λέγατε ότι ήταν...

- Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

37) Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, όταν μείνατε σε ένα νοσοκομείο, πόσο μεγάλο ήταν το πρόβλημα, αν υπήρχε, να επιτρέπει το νοσοκομείο στην οικογένειά σας και στους φίλους σας να φροντίσουν τις προσωπικές σας ανάγκες, όπως το να σας φέρουν το αγαπημένο σας φαγητό, το σαπούνι, κλπ;

- Κανένα πρόβλημα Μικρό πρόβλημα Μέτριο πρόβλημα Σοβαρό πρόβλημα Εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα

38) Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας, σε σχέση με το πώς επέτρεψε το νοσοκομείο να επικοινωνείτε με την οικογένεια, τους φίλους και να συνεχίσετε τις κοινωνικές και θρησκευτικές συνήθειες, κατά την διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο, τους τελευταίους 12 μήνες; Πολύ καλή Καλή Μέτρια

- Κακή Πολύ κακή

39) Παρακαλώ σημειώστε ένα ναι ή ένα όχι για κάθε ερώτηση. (σημειώστε όλα όπου ταιριάζουν)

Κατά τους τελευταίους 12 μήνες αντιμετωπισθήκατε άσχημα από το σύστημα ή τις υπηρεσίες υγείας της χώρας λόγω:

- | Ναι | Όχι | Ναι | Όχι |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40) Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε στιγμή κατά την οποία δεν αναζητήσατε φροντίδα υγείας επειδή δεν μπορούσατε να την αντιμετωπίσετε οικονομικά; Ναι Όχι

41) Που νομίζετε ότι έχει μεγαλύτερη έλλειψη ο τομέας υγείας;

- Σε νοσηλευτές Γιατρούς Σε φάρμακα Σε εξειδικευμένες εξετάσεις
 Σε κρεβάτια Σε υλικό Σε υποδομή

42) Τρώτε το φαγητό του νοσοκομείου; Ναι Όχι

43) Πως το βρίσκετε; Πολύ καλό Καλό Μέτριο Χάλια

Για τους συγγενείς- συνοδούς:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΑΕ

1) Ηλικία:

2) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

3) Μορφωτικό επίπεδο: Μεταπτυχιακό –Διδακτορικό Δημοτικό Γυμνάσιο
 Λύκειο Πανεπιστήμιο -Τ.Ε.Ι

4) Συζυγική κατάσταση: Ελεύθερος /η Παντρεμένος /η ή συζεί με σύντροφο
 Χωρισμένος /η Χήρος /α

5) Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με το να λάβετε την απαιτούμενη προσοχή από τις υπηρεσίες υγείας, για τον ασθενή που συνοδεύετε τους τελευταίους 12 μήνες;

Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

6) Τους τελευταίους 12 μήνες, όταν αναζητήσατε βοήθεια για τον συγγενή σας , πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλεύτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί σας αντιμετώπισαν με το σχετικό σεβασμό;

Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ

7) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά το διοικητικό προσωπικό, όπως οι υπάλληλοι από τον χώρο της υποδοχής ή οι γραμματείς σας αντιμετώπισαν με τον απαιτούμενο σεβασμό; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ

8) Αν πιστεύετε ότι δεν αντιμετωπισθήκατε με τον απαιτούμενο σεβασμό από τις υπηρεσίες υγείας της χώρας, σημειώστε παρακάτω τον πιθανό λόγο/λόγους:

<input type="checkbox"/> Υπηκοότητας	<input type="checkbox"/> Χρώματος	<input type="checkbox"/> Φύλου
<input type="checkbox"/> Κοινωνικής τάξης	<input type="checkbox"/> Θρησκευματος	<input type="checkbox"/>
Έλλειψης χρημάτων		
<input type="checkbox"/> Έλλειψης ιδιωτικής ασφάλισης	<input type="checkbox"/> Γλώσσας	<input type="checkbox"/>
Κατάστασης υγείας		
<input type="checkbox"/> Πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων	<input type="checkbox"/> Φυλής	<input type="checkbox"/> Άλλου

(γράψτε).....

9) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλεύτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί σας άκουσαν προσεκτικά; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ

10) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλεύτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί σας εξήγησαν τα πράγματα με τρόπο που ήταν κατανοητός; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ

- 11) Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με το πόσο καλά οι υγειονομικοί επικοινωνήσαν μαζί σας, τους τελευταίους 12 μήνες; Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή
- 12) Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία της συμμετοχής σας στη λήψη των αποφάσεων για την φροντίδα ή τη θεραπεία του συγγενή σας σε σχέση με όσο θα θέλατε, τους τελευταίους 12 μήνες;
 Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή
- 13) Πόσες ώρες είστε στο νοσοκομείο με το συγγενή σας;
 < 8 ώρες 8 ώρες > 8 ώρες Δεν φεύγω καθόλου Έρχομαι μόνο στο επισκεπτήριο
- 14) Αισθάνεστε ανασφάλεια να αφήσετε μόνο του τον συγγενή σας για κάποιες ώρες; Ναι Όχι
- 15) Αν ναι, θα αισθανόσασταν καλύτερα αν προσλαμβάνατε αποκλειστική;
 Ναι, θα λάμβανε την απαραίτητη φροντίδα Όχι, δεν εμπιστεύομαι κανένα
- 16) Σας αναθέτουν δικές τους εργασίες το νοσηλευτικό προσωπικό ή γιατροί; Ναι Όχι
- 17) Αν ναι, πιστεύετε ότι αυτό συμβαίνει λόγω: Φόρτου εργασίας Έλλειψη ενδιαφέροντος Άλλο
- 18) Που νομίζετε ότι έχει μεγαλύτερη έλλειψη ο τομέας υγείας;
 Σε νοσηλευτές Γιατρούς Σε φάρμακα Σε εξειδικευμένες εξετάσεις Σε κρεβάτια Σε υλικό Σε υποδομή
- 19) Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα του περιβάλλοντος, για παράδειγμα, χώρους, καθίσματα, καθαρό αέρα, καθαριότητα των υπηρεσιών υγείας που επισκεφθήκατε τους τελευταίους 12 μήνες;
 Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή
- 20) Αναγκάζεστε να μαγειρεύετε στο συγγενή σας; Ναι Όχι
- 21) Έχετε ή είχατε ποτέ αμφιβολίες για την ποιότητα του φαγητού στο νοσοκομείο; Ναι Όχι
- 22) Αν ναι, για ποιον/ποιους από τους παρακάτω λόγους: Αρνητικά σχόλια από τρίτους Προσωπική εμπειρία
 Αρνητική επιρροή από Μ.Μ.Ε. Άλλο (γράψτε)

