

**ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ  
ΧΡΗΣΤΩΝ. ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΡΑΚΑ.

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΕΛΕΚΙΔΟΥ ΛΙΝΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ  
ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ**

**Ηράκλειο 2015**

## *Ευχαριστίες*

*Για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας πρωτίστως στην καθηγήτριά μας, Πελεκίδου Λίνα για την πολύτιμη καθοδήγησή της και επίσης στις οικογένειές μας για την υποστήριξη που μας προσέφεραν καθόλη τη διάρκεια*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>5</b>
Α ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΙΟΤΗΤΑ.....</b>	<b>6</b>
1.1ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	6
1.1.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	8
1.2.1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	11
1.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>14</b>
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ .....	14
2.2 ΓΙΑΤΙ ΕΧΕΙ ΣΗΜΑΣΙΑ Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ</b>	<b>20</b>
3.1Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
3.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	22
3.3ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	24
3.3.1 ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	24
3.3.2. ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΚΤΩΝ .....	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΚΤΥΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>27</b>
4.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	27
4.2 ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΔΙΚΤΥΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ Η ΕΦΙΚΤΗ ΛΥΣΗ;.....	30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ .....</b>	<b>32</b>
5.1 ΣΤΗΝ ΕΣΘΟΝΙΑ .....	32
5.2 ΣΤΗΝ ΓΕΡΜΑΝΙΑ .....	34
5.3 ΣΤΗΝ ΣΟΥΗΔΙΑ .....	38
5.4ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΧΩΡΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>41</b>
6.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	41
6.2 ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	42
6.3 ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ.....	44
6.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	46

## **B ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>49</b>
7.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	49
7.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	49
7.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ.....	50
7.4 ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....	50
7.5 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ .....	52
7.6 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	53
7.7 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	53
7.8 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ .....	55
7.9 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	55
7.10 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	56
7.11 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ .....	56
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>59</b>
8.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ.....	59
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>75</b>
9.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ .....	75
9.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	76
9.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	77
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>79</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>83</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Υγεία είναι ότι πολυτιμότερο αγαθό έχει ο άνθρωπος. Αποτελεί απαραίτητη και αναγκαία προϋπόθεση ύπαρξης, εξέλιξης, προόδου, ανάπτυξης, ευημερίας και ευτυχίας. Η προστασία και προαγωγή της αποτελούν πρωταρχικό καθήκον φροντίδας της Πολιτείας, της κοινότητας αλλά και του ίδιου του ατόμου. Το μεμονωμένο άτομο, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην προστασία και προαγωγή της υγείας, ιδιαίτερα στον τομέα της πρόληψης. Σε διεθνές επίπεδο αναζητούνται μέθοδοι που θα συμβάλουν στην κάλυψη των αναγκών υγείας, με όσο το δυνατόν λιγότερο οικονομικό κόστος και με παράλληλη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η επιδίωξη αυτή θεωρείται εφικτή μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία όμως πρέπει να είναι υψηλού επιπέδου, με δραστηριοποίηση της Προληπτικής Ιατρικής και με συμμετοχή τόσο της κοινότητας όσο και του ίδιου του ατόμου. Η προσπάθεια αυτή έχει στόχο την όσο το δυνατόν υποκατάσταση της δαπανηρής Νοσοκομειακής περίθαλψης.<sup>1</sup>

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τη θεμέλια βάση της ανθρώπινης υγείας και ένας παγκόσμιος κοινωνικός στόχος. Αφορά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών έξω από το νοσοκομείο, στο άτομο, στο κοινωνικό σύνολο και στην κοινότητα. Η παροχή των υπηρεσιών αυτών επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στον άρρωστο και περιλαμβάνει τη διάγνωση και την αντιμετώπιση τόσο των οξέων όσο και των χρόνιων νοσημάτων. Επίσης φροντίζει για την διακομιδή του ασθενή που πάσχει βαριά καθώς και εκείνου που αντιμετωπίζει δυσκολία στη διάγνωση της νόσου του και μεριμνά για τη μεταφορά του στην κατάλληλη μονάδα. Άλλοι στόχοι της Παγκόσμιας Φροντίδας Υγείας είναι η πρόληψη, η κατ' οίκον νοσηλεία, η αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης, η προστασία και προαγωγή και αγωγή της υγείας και τέλος η δημόσια υγεία.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Παναγιώτης Ν. Αδαμόπουλος, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Μια σφαιρική προσέγγιση*, Αθήνα, 1992, Εκδόσεις: Γρηγόριος Γρ. Παρισινός, σ. κα' - κδ'.

<sup>2</sup> Μουστάκα, 2008.

## Α' Μέρος : Θεωρητικό

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΙΟΤΗΤΑ

#### 1.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Στα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας είναι έντονη και υψηλής προτεραιότητας. Τα παραπάνω συστήματα χρησιμοποιούν, όλο και περισσότερο, οδηγίες που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία που στόχο έχουν την μείωση των ιατρικών λαθών και την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ασφάλεια των ασθενών. Η ποιότητα της υγείας περιλαμβάνει επίσης και τις προσπάθειες για περιορισμό της σπατάλης και της μη αποδοτικότητας των πόρων, ώστε να χρησιμοποιούνται με τέτοιο τρόπο που θα αποκομίζουμε πλήρως τα οφέλη τους. Η ποιότητα έχει οριστεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους από πολλούς ανθρώπους και οργανισμούς. Διαφορετικοί ορισμοί και προσεγγίσεις έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί, ενώ πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι ο όρος ποιότητα προκαλεί συχνά σύγχυση.<sup>3</sup>

Ο Joran (1986) όρισε την ποιότητα ως «καταλληλότητα προς χρήση», οι χρήστες δηλαδή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας θα πρέπει να μπορούν να βασίζονται σε αυτά τα εργαλεία, για να πετύχουν το σκοπό τους. Έτσι αναγνωρίζει πέντε σημεία καταλληλότητας χρήσης: ποιότητα του σχεδίου, ποιότητα ανταπόκρισης, διαθεσιμότητα, ασφάλεια και επιτόπια χρήση. Ο Crosby (1980) ορίζει την ποιότητα ως εξής: «Ποιότητα είναι η συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις». Οι απαιτήσεις πρέπει να ορίζονται ξεκάθαρα ώστε να μην υπάρχει περίπτωση να παρερμηνευτούν. Οι μετρήσεις πραγματοποιούνται συνεχώς για να καθορίσουν την ανταπόκριση στις συγκεκριμένες απαιτήσεις. Η έλλειψη ποιότητας έχει σαν αποτέλεσμα την αποτυχία ανταπόκρισης. Τα προβλήματα ποιότητας μετατρέπονται σε προβλήματα αποτυχημένης ανταπόκρισης. Μια πιο λεπτομερή προσέγγιση στον ορισμό της ποιότητας εκθέτει ο Daming (1993) που ορίζει :

<sup>3</sup> Βίκυ Παπανικολάου, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, 2007, Παπαζήση, σ. 23-25.

«Ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη». Η ικανοποίηση εκφράζεται από τη σχέση : Ικανοποίηση = τωρινή απόδοση – αναμενόμενη απόδοση. Η δυσκολία στον καθορισμό της ποιότητας είναι να μετατρέψει τις μελλοντικές ανάγκες του χρήστη σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά ώστε το προϊόν να σχεδιαστεί για να δίνει ικανοποίηση στον πελάτη, με μια τιμή στην οποία να μπορεί να ανταπεξέλθει. Αυτό βέβαια δεν είναι καθόλου εύκολο, γιατί μόλις κάποιος νιώσει σχετικά επιτυχής στην προσπάθειά του, καταλαβαίνει ότι οι ανάγκες του πελάτη έχουν αλλάξει, οι ανταγωνιστές έχουν μπει στο παιχνίδι, προκύπτουν νέα υλικά καλύτερα από τα παλαιά, κάποια χειρότερα, αλλά φθηνότερα και πιο αγαπητά.<sup>4</sup>

Η ποιότητα οποιουδήποτε προϊόντος ή υπηρεσίας, είναι μια πολυεπίπεδη έννοια. Υποστηρίζει ότι έχει πολλά διαφορετικά κριτήρια τα οποία αλλάζουν συνεχώς. Και μάλιστα, διαφορετικά άτομα αξιολογούν τα ίδια κριτήρια διαφορετικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η μέτρηση των προσδοκιών των καταναλωτών και η συχνή επανάληψη της μέτρησης αυτής. Στη δεκαετία του 1980 οι απόψεις του Daming άσκησαν μεγάλη επίδραση στη φιλοσοφία της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Οι οργανισμοί φροντίδας υγείας υιοθέτησαν πρόθυμα τις στρατηγικές διοίκησης οι οποίες μιμούνταν την βιομηχανική διοίκηση. Ωστόσο, η καταγραφή των ωφελειών τους δεν έχει αποδειχθεί τόσο εύκολη στη φροντίδα υγείας όσο στη βιομηχανία.<sup>5</sup>

Από τα παραπάνω προκύπτει το συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει ένας παγκόσμια κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα, αλλά όλοι οι παραπάνω συγγραφείς επιχειρούν να θέσουν τις βάσεις για την ουσιαστική και αποτελεσματική λειτουργία αυτής της έννοιας. Η ποιότητα λοιπόν μπορεί να οριστεί <sup>6</sup> ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τις διαδικασίες, τους ανθρώπους και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη. Αυτό που θεωρείται ποιότητα μπορεί να αλλάξει και συχνά αλλάζει καθώς περνά ο καιρός και οι συνθήκες μεταβάλλονται. Τα στοιχεία των υπηρεσιών, των προϊόντων, των ανθρώπων, των διαδικασιών και του περιβάλλοντος είναι

---

<sup>4</sup> Στο ίδιο,...σ. 27-29.

<sup>5</sup> Α. Αθανασοπουλος .Γ.Τσάκος, *Ισότητα Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, 2000, Εκδόσεις Θεμέλιο, σ. 81-84.

<sup>6</sup> Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα.

σημαντικά. Τονίζουν ότι η ποιότητα δεν εφαρμόζεται μόνο στα προϊόντα και στις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται, αλλά και στους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχονται.<sup>7</sup>

## 1.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον του Εθνικού Συστήματος πολλών χωρών έχει στραφεί προς την ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία έχει επίκεντρο τον άνθρωπο και αποτελεί τη βάση για την προαγωγή της υγείας και την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Οι κυριότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εκτός από την περίθαλψη και την πρόληψη μέσω συγκεκριμένων θεσμών συμπεριλαμβάνουν την νοσηλεία στο σπίτι, την αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης, την αγωγή και προαγωγή της υγείας και τη δημόσια υγεία. Όμως, ο βασικός στόχος της αντικατοπτρίζει τις απόψεις του Ιπποκράτη, ο οποίος υποστήριζε, ότι «Καλύτερα να προλαμβάνεις παρά να θεραπεύεις». Αντιθέτως, η έλλειψη της ποιοτικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και συνεπώς της πρόληψης, έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των πληθυσμών και στην οικονομική επιβάρυνση της κοινωνικής ασφάλισης κάθε χώρας.<sup>8</sup>

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata<sup>9</sup> οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα πρέπει να συγκεντρώνουν τα παρακάτω πέντε κύρια χαρακτηριστικά για να είναι ποιοτικές:

1. Εύκολη πρόσβαση σε όλα τα άτομα της κοινότητας.
2. Ενεργό συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.
3. Πρόληψη και προαγωγή της υγείας.

---

<sup>7</sup> Βίκυ Παπανικολάου, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, 2007, Παπαζήση, σ. 23-29.

<sup>8</sup> Δ. Ανδριώτη...Τ. Φιλαλήθης, *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, 1996, Εκδόσεις Θεμέλιο, σ. 17-21.

<sup>9</sup> [www.vima-asklipiou.gr/.../VA\\_OP\\_1\\_09\\_01\\_10.pdf](http://www.vima-asklipiou.gr/.../VA_OP_1_09_01_10.pdf).



4. Χρήση σύγχρονων διαγνωστικών τεχνολογικών μεθόδων και εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων, τεχνικής και νοσηλείας, προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας.

5. Συνεργασία με άλλους τομείς όπως εκπαίδευση, δημόσια διοίκηση, δημοτικές υπηρεσίες για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και γενικότερα της ποιότητας ζωής.

Παρότι, όμως έχουν γίνει πολλές προσπάθειες βελτίωσης της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εντούτοις από την παγκόσμια βιβλιογραφία τονίζεται, ότι αφενός τα συστήματα υγείας ακόμα και στις πιο αναπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν φτωγή ποιότητα παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας αφετέρου καταγράφεται χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών ανά χώρα. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο τρόπος πρόσβασης στη φροντίδα υγείας διαφέρει από χώρα σε χώρα και επηρεάζεται από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αυτής.<sup>10</sup>

Η εκτίμηση των αναγκών των πολιτών ως προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι σημαντική, διότι επιτρέπει όχι μόνο την αναγνώριση του μεγέθους των αναγκών αλλά και την ιεράρχηση αυτών συμβάλλοντας στην πρόληψη διαμέσου της κατάλληλης και πρώιμης παρέμβασης, στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και στη μείωση της νοσηρότητας. Η ποιότητα αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια με πολλαπλές συνέπειες για τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Η σύγχρονη αντίληψη για τη διοίκηση της ποιότητας στην υγεία διευρύνεται πέρα από τις εσωτερικές διοικητικές λειτουργίες που αφορούν στην παραγωγή της υπηρεσίας. Η σχέση χρήστη-παραγωγού είναι θεμελιώδους σημασίας για την ποιότητα των υπηρεσιών και, τελικά, για τη βιωσιμότητα του δεύτερου. Ο πυρήνας της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας αφορά στην υπόθεση ότι *«οι παραγωγοί και οι ρυθμιστικές αρχές εντός του δημόσιου συστήματος υγείας στη χώρα μας ωφελούνται εάν διαμορφώσουν συστήματα διοίκησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, που να εξετάζουν τη μέτρηση των προσδοκιών των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες»*. Η προαναφερθείσα προσέγγιση αφορά σε μια μορφή «ειδικού» management, το οποίο συνδέεται με τη Διοίκηση της Ποιότητας,

---

<sup>10</sup> Βήμα του Ασκληπιού, (περιοδικό), Άρθρο: Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

αναφέρεται και με διαφορετικό όνομα ως «Διοίκηση Προσδοκιών» (expectations management).<sup>11</sup>

Στην χώρα μας έχει ψηφιστεί η μεταρρύθμιση 3245/2004 για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που στόχο έχει την ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης επαρκούς και ποιοτικής φροντίδας υγείας, μέσω της παραπομπής και παρακολούθησης της πορείας τους από τον οικογενειακό γιατρό του συστήματος υγείας. Με αυτή την μεταρρύθμιση εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και η σύσταση φορέα πιστοποίησης των κέντρων υγείας. Δυστυχώς όμως στην Ελλάδα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συνεχίζει να λειτουργεί με ένα νομοθετικό καθεστώς του οποίου οι διατάξεις κατά το μεγαλύτερο μέρος τους παραμένουν ανεφάρμοστες και οι μονάδες που την επιτελούν κομματιασμένες.

Η φροντίδα για την υγεία των πολιτών αντιμετωπίζει αρκετά σημαντικά προβλήματα:

- υψηλού βαθμού κατακερματισμό στο σύστημα υγείας ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα.
- έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και ανταπόκριση στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης.
- έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου ιατρό-νοσηλευτικού προσωπικού.
- ελλιπής στελέχωση.
- χαμηλοί μισθοί.
- απουσία οικογενειακού ιατρού.
- περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες.
- χαμηλή αξιοπιστία του συστήματος.
- τέλος ο έλεγχος του συστήματος είναι ανύπαρκτος όσον αφορά την συνταγογράφηση σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Π. Α. Κωσταγιόλας (2005), Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, άρθρο: Διοίκηση συστημάτων υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών, σ. 603-604.

<sup>12</sup> Αδαμακίδου, Θ και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. 2008.

### 1.2.1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Απαραίτητη προϋπόθεση για την συγκροτημένη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που αυτή προσφέρει έτσι ώστε να καταστεί εφικτή η βελτίωση της ποιότητας με στοχευμένες δράσεις. Στην Ελλάδα απουσιάζουν οι συστηματικές προσπάθειες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και η διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, οι οποίες θα συνέβαλαν καθοριστικά στη θέσπιση προτεραιοτήτων και στην ορθολογική λήψη αποφάσεων.<sup>13</sup>

Η αξιολόγηση της ποιότητας είναι ένα κεντρικό ζήτημα και μια υποχρεωτική διαδικασία στα συστήματα υγείας. Οι λόγοι για τους οποίους είναι σημαντική η πρόοδος της ποιότητας της φροντίδας υγείας είναι: η δυνατότητα που δίνει στους επαγγελματίες υγείας και στους διοικητικούς υπαλλήλους του τομέα της υγείας να εξασφαλίσουν αποδοτικότερες υπηρεσίες, να μειώσουν τα ιατρικά λάθη παράλληλα με την αύξηση της αποτελεσματικότερης φροντίδας και της βελτίωσης και τέλος, να κατευθύνουν την φροντίδα υγείας από τις «ανάγκες» των ασθενών στις «προτιμήσεις» των ασθενών.<sup>14</sup>

Η ποιότητα έχει οριστεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Όταν προσεγγίζεται από την πλευρά του καταναλωτή, σημαίνει ανταπόκριση ή υπερκάλυψη των προσδοκιών του πελάτη. Σε ένα ιδανικό επίπεδο αυτές εκφράζονται με τη μορφή προδιαγραφών, οι οποίες έχουν συμφωνηθεί από κοινού, από τον πελάτη και τον προμηθευτή. Ο έλεγχος ποιότητας εκφράζει τις ενέργειες που πραγματοποιούνται για να αποφευχθούν τα λάθη, οι παραλήψεις και τα ελαττώματα που επηρεάζουν τον πελάτη. Η διασφάλιση της ποιότητας εστιάζεται στις ενέργειες οι οποίες γίνονται για να εμποδίσουν να συμβούν λάθη. Αν και η ποιότητα κρύβει την έννοια της ικανοποίησης των αναγκών του πελάτη, η υπεροχή βρίσκεται στο να τις ξεπερνά. Συχνά είναι πιο λογικό, από πλευράς επιχειρηματικής λογικής, να ξεπερνά κανείς τις προσδοκίες των πελατών. Η ανάπτυξη της ολικής ποιότητας αιτιολογείται από τον ανταγωνισμό που υπάρχει στην παγκόσμια αγορά. Οι χώρες οι οποίες ανταγωνίζονται στην αγορά παγκοσμίως, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των

<sup>13</sup> Αλεξάνδρα Μουστάκα, *Αξιολόγηση της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας, Μια Συστηματική Ανασκόπηση*,

<sup>14</sup> Στο ίδιο, Αδαμακίδου ,Θ και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. 2008

πολιτών τους. Αυτές που δεν τα καταφέρνουν, βλέπουν το βιοτικό τους επίπεδο να πέφτει όλο και χαμηλότερα.<sup>15</sup>

## **1.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Το ραγδαία εξελισσόμενο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και η ταχέως μεταβαλλόμενη τεχνολογία, θέτουν σε αμφισβήτηση τις γενικές απόψεις για την ποιότητα σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη. Πολλές από τις προσπάθειες για την ποιότητα της υγείας, βασίζονται, εκτός από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στην ιατρική και χειρουργική περίθαλψη στα νοσοκομεία. Η συνεχής εξέλιξη του τομέα της υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου βάρους του επιστημονικού προβληματισμού και της έρευνας γύρω από τα συστήματα υγείας, από την ποσότητα και την επάρκεια στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Αλλαγές παρατηρούνται επίσης και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας που σήμερα αλλάζουν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με την υγεία. Έχουν καλύτερη πρόσβαση στη γνώση και στην πληροφορία και διατυπώνουν μεγαλύτερες προσδοκίες αιτήματα και απαιτήσεις. Αυτά δεν περιορίζονται πλέον στην επάρκεια και στο πόσο είναι προσιτή η φροντίδα, αλλά επεκτείνονται στην ικανοποίηση και την αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών και του συστήματος της υγείας. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται ανάμεσα στις προτεραιότητες και τους προσανατολισμούς των συστημάτων υγείας. Οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και αλλαγές βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Σε κάθε περίπτωση πάντως, πρέπει να εντοπιστούν οι παράγοντες και οι τεχνικές που θα μπορέσουν να εξασφαλίσουν την ενσωμάτωση της ποιότητας, τόσο στη διαδικασία λειτουργίας του συστήματος υγείας όσο και στα αποτελέσματά της.<sup>16</sup>

Από την γενική εικόνα που επικρατεί είναι ξεκάθαρο ότι το κόστος της Υγείας πρέπει να πέσει. Μην ξεχνάμε ότι η κυβέρνηση έχει υπογράψει ένα μνημόνιο συνεργασίας για την μείωση των δαπανών για την δημόσια υγεία από το 9,8% στο 6% του ΑΕΠ. Η συρρίκνωση των δαπανών είναι σωστή κίνηση. Ο τρόπος όμως

<sup>15</sup> Βίκυ Παπανικολάου, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, 2007, Παπαζήση σ. 44.

<sup>16</sup> Γιάννης Κυριόπουλος, 2003, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, σ. 13-15.

εφαρμογής του μέτρου παρουσιάζει προβλήματα. Πέρα από το πρόβλημα του κόστους υπάρχει και τεράστιο θέμα με την ποιότητα της περίθαλψης. Παρέχω ποιοτική υγεία σε όλους τους πολίτες σημαίνει ότι παρέχω:

- Ασφαλής υγεία: παροχή υγειονομικής περίθαλψης που να ελαχιστοποιεί τους κινδύνους, αποφεύγοντας τραύματα που μπορούν να προληφθούν, και μειώνοντας τα ιατρικά σφάλματα και λάθη.

- Ωφέλιμη υγεία: παροχή υπηρεσιών που βασίζονται σε επιστημονικές γνώσεις και οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία των ατόμων και των κοινοτήτων.

- Υγεία με κέντρο τον ασθενή (Patient centered): φροντίδα που να σέβεται και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή.

- Αποτελεσματική υγεία: αποφεύγοντας σπατάλη χρόνου και άλλων πόρων.

- Συνεπής υγεία: Σκοπεύει στη μείωση χρόνου αναμονής, και τη βελτίωση των διαδικασιών.

- Δίκαιη υγεία: Σταθερή φροντίδα ανεξάρτητα των χαρακτηριστικών και δημογραφικών στοιχείων του ασθενή.

Έκθεση του ΟΟΣΑ φανερώνει σημαντικά προβλήματα στην ποιότητα δημόσιας υγείας στη χώρα: μιλάει για κακές συνθήκες υγιεινής, αναφέρει κακές πρακτικές και αντιδεοντολογικές συμπεριφορές από την πλευρά των ιατρών. Τονίζει ότι στην Ελλάδα δεν προωθείται η αξιοπρέπεια και ο αυτοσεβασμός του ασθενή και καταλήγει ότι η υγεία στην Ελλάδα είναι αναποτελεσματική, πράγμα που αποδεικνύεται και από τη χαμηλή ικανοποίηση των Ασθενών.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 9<sup>ος</sup>, Τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιανουάριος – Μάρτιος 2010, ΕΡΕΥΝΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες παγκοσμίως οι προσπάθειες όλων των οργανισμών για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών επικεντρώνονται στις εκτιμήσεις των καταναλωτών για τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Για να καθορίσουμε την ποιότητα της φροντίδας, απαιτείται ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της καθώς και των κριτηρίων που απαρτίζουν την καλή φροντίδα. Τα τελευταία χρόνια η ικανοποίηση του ασθενή έχει προστεθεί στη λίστα των ποιοτικών δεικτών. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται.<sup>18</sup>

Ο Oliver (1997) αναφέρει ότι «ο καθένας γνωρίζει τι είναι ικανοποίηση μέχρι να του ζητηθεί να δώσει ένα ορισμό. Τότε φαίνεται ότι κανείς δε γνωρίζει». Οι περισσότεροι ερευνητές ασχολούνται με τις μελέτες για την ικανοποίηση των καταναλωτών, ενώ τα ζητήματα ορισμού της έχουν λάβει περιορισμένη προσοχή. Όπως υποστηρίζουν οι Peterson και Wilson (1992), «οι μελέτες της ικανοποίησης των καταναλωτών χαρακτηρίζονται από την έλλειψή τους σε τυποποίηση ορισμών και μεθόδων». Οι ορισμοί της ικανοποίησης των καταναλωτών έχουν δώσει έμφαση είτε σε μια διαδικασία αξιολόγησης (π.χ., Formell 1992, Oliver 1981) είτε σε μια αντίδραση σε μια διαδικασία αξιολόγησης (π.χ., Halstead, Hartman & Schmidt 1994, Oliver 1997, 1981, Tse και Wilton 1988). Η ικανοποίηση στη διεθνή βιβλιογραφία αντιμετωπίζεται σε μια συνοπτική έννοια (δηλαδή, σαν μια συναισθηματική αντίδραση, μια ψυχολογική κατάσταση ή αντίδραση αξιολόγησης των προηγούμενων προσδοκιών και της παρούσας επίδοσης). Διαφωνία επίσης υπάρχει μεταξύ των ερευνητών όσον αφορά τη φύση αυτής της συνοπτικής έννοιας. Κάποιοι παρουσιάζουν την ικανοποίηση σαν μια γνωστική αντίδραση (π.χ., Bolton & Drew 1991, Tse & Wilton 1988) και κάποιοι άλλοι σαν μια συναισθηματική αντίδραση (π.χ., Hartman & Schmidt 1994). Ακόμα υπάρχουν αρκετοί θεωρητικοί και πρακτικοί ορισμοί που δηλώνουν ότι η αντίδραση μπορεί να περιλαμβάνει και γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις.

<sup>18</sup>

Βίκυ Παπανικολάου, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, 2007, Παπαζήση, σ. 175-176

Αντίθετα η έννοια της δυσαρέσκειας έχει λάβει σχετικά περιορισμένη προσοχή στην έρευνα των καταναλωτών. Παρουσιάζεται ως το αντίθετο της ικανοποίησης ( πλήρως ικανοποιημένος / πολύ δυσαρεστημένος). Η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια θεωρούνται ως δύο διαφορετικές διαστάσεις χρησιμοποιώντας όμοια μέτρα ικανοποίησης και δυσαρέσκειας.<sup>19</sup>

## **2.2 ΓΙΑΤΙ ΕΧΕΙ ΣΗΜΑΣΙΑ Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ;**

Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας υγείας είναι η επίτευξη ενός επιθυμητού επιπέδου υγείας του πληθυσμού καθώς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των οικογενειών και των ατόμων ειδικότερα. Η έρευνα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί ένα νέο σχετικά αντικείμενο για τη χώρα μας σε σύγκριση με άλλες ιατρικές ειδικότητες. Το περιεχόμενο της έρευνας, οι τεχνικές, οι μέθοδοι και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αποτελούν σήμερα πεδίο συζήτησης σε πολλές χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Θέματα όπως η ποιότητα φροντίδας, η εκτίμηση και η εξασφάλιση της ποιότητας προστίθενται στο πεδίο της έρευνας τους και συζητούνται με σκοπό την καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Στη χώρα μας, τα πρώτα θετικά βήματα για την ανάπτυξη της έχουν γίνει. Ανάμεσά τους περιλαμβάνονται:

- Το θεσμικό πλαίσιο για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας,
- Η καθιέρωση διά Προεδρικού Διατάγματος της ειδικότητας της γενικής ιατρικής,
- Η ίδρυση της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής,
- Η ανάπτυξη και λειτουργία ενός πανεπιστημιακού τομέα με γνωστικό αντικείμενο ανάμεσα στα άλλα, την οικογενειακή ιατρική (Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης),
- Η καθιέρωση ακαδημαϊκών βαθμίδων Οικογενειακής Ιατρικής στο παραπάνω Πανεπιστήμιο,
- Η έκδοση και τακτική κυκλοφορία ενός τριμηνιαίου ελληνικού περιοδικού, της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

---

<sup>19</sup> Στο ίδιο, σ. 187-188.

Παρά τους θετικούς αυτούς παράγοντες, η έρευνα στη χώρα μας υστερεί έναντι των χωρών της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης. Λίγες είναι οι δημοσιεύσεις ελληνικών ερευνητικών δραστηριοτήτων σε ξένα περιοδικά. Ενώ μικρή είναι και στα ελληνικά περιοδικά όπως αυτά της *Ιατρικής* και της *Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*.

Μαζί με τις θεσμικές εξελίξεις που συντελούνται στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας, ένα νέο τμήμα ιδρύθηκε και οργανώθηκε σε ένα περιφερειακό Πανεπιστήμιο. Ο Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης είναι ο πρώτος που σε επίπεδο Πανεπιστημίου, αναπτύσσει το αντικείμενο της οικογενειακής ιατρικής. Επίσης στο πρόγραμμα σπουδών του περιλαμβάνονται μαθήματα που αναφέρονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι φοιτητές επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας και ασκούνται πριν να πάρουν το πτυχίο τους. Επίσης διενεργούν έρευνες σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίησή των ασθενών που τις επισκέπτονται.<sup>20</sup>

Στην χώρα μας οι μελέτες ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι πολύ λίγες. Οι έρευνες αυτές είναι ζωτικής σημασίας για την υγειονομική περίθαλψη όπου πολλοί προμηθευτές βρίσκονται αντιμέτωποι με τις τεμαχισμένες δαπάνες, ενώ πρέπει να διατηρούν τις υπηρεσίες τους σε υψηλή ποιότητα. Οι ασθενείς, οι εργοδότες, οι επιχειρησιακές ομάδες, τα σχέδια υγείας και οι ασφαλιστές διερευνούν την παράδοση της φροντίδας, την ποιότητα και την προοπτική κόστους. Στο σημερινό περιβάλλον της ρυθμισμένης φροντίδας, με το μικρότερο μήκος παραμονής και τον αυξανόμενο αριθμό εξωτερικών ασθενών, οι προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης ανταγωνίζονται για να διατηρήσουν μια ισχυρή βάση ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα βασικό συστατικό στον έλεγχο της ποιότητας και της φροντίδας των Κέντρων Πρωτοβάθμιας Υγείας, σε σχέση με το κόστος και τις υπηρεσίες.

Ο A.Donabedian ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί ένα δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Στον τομέα της φροντίδας υγείας, οι πρώτες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α τη δεκαετία του '50 και ακολούθησαν άλλες μελέτες στη Μεγάλη Βρετανία τη δεκαετία του '60. Στο μεσοδιάστημα από τα τέλη της δεκαετίας του '60 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '70,

---

<sup>20</sup> Δ. Ανδριώτη...Τ. Φιλαλήθης, *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, 1996, Εκδόσεις Θεμέλιο, σ. 77-81.



περίπου 200 έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών πραγματοποιήθηκαν στην Μεγάλη Βρετανία. Τα τελευταία χρόνια οι σχετικές έρευνες σε διεθνή κλίμακα έχουν πολλαπλασιαστεί. Πολλές από αυτές αποσκοπούν στη δημιουργία μιας δεξαμενής πληροφοριών για να μπορέσουν να κινητοποιηθούν οι μηχανισμοί παρέμβασης για τη βελτίωση της διαχείρισης με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας των φροντίδων υγείας. Σκοπός τους επίσης είναι να βελτιώσει την εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας. Ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Δυτική Ευρώπη, τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται ενδιαφέρουσα επιστημονική δραστηριότητα προς αυτή την κατεύθυνση.

Η στάση των καταναλωτών υγείας απέναντι στη συμπεριφορά των γενικών και ειδικών γιατρών παρουσιάζει ενδιαφέρον και έχει αποτιμηθεί η επιστημονική, διαχειριστική και οικονομική συμπεριφορά των γιατρών σε σχέση με το κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο των ασθενών. Ένα άλλο σημαντικό κομμάτι που έχει εκτιμηθεί είναι η σχέση της ικανοποίησης του ασθενή με το εισόδημα. Στα νοσοκομεία της Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας έχουν πραγματοποιηθεί «Μηνιαίες Έρευνες Ικανοποίησης Ασθενών». Ενδεικτικά, από τη συγκριτική αξιολόγηση τριών περίπου ομοειδών νοσοκομείων της 5ης Υ. Πε., Καρδίτσας, Τρικάλων και Χαλκίδας, διατίθενται πλήρη στοιχεία των «Μηνιαίων Ερευνών Ικανοποίησης Ασθενών».

Πρόκειται στην πράξη για την επιβράβευση ιατρών και εργαζομένων από τους ίδιους τους ασθενείς. Το αξιοσημείωτο είναι, ότι αυτό συμβαίνει παρά τις μειώσεις μισθών που έχουν υποστεί και οι εργαζόμενοι των νοσοκομείων και αποτελεί στην ουσία διπλή επιβράβευση τους. Τα αποτελέσματα των μηνιαίων ερωτηματολογίων οφείλουν να είναι θέμα προς συζήτηση στις μηνιαίες συναντήσεις των Επιτροπών Ποιότητας, που έχουν συσταθεί έτσι ώστε να επιλύονται προβλήματα και να τίθενται οι στόχοι και μετρήσιμοι δείκτες για την επόμενη περίοδο. Είναι αυτονόητο ότι αυτές οι έρευνες δεν αποτελούν αυτοσκοπό, αλλά την βάση για να μετατραπούν σε χρήσιμο εργαλείο σε μία επίμονη προώθηση πολιτικών που θα αποβούν επωφελείς κυρίως για τους χρήστες υγείας.

Τις τελευταίες δεκαετίες σε όλο τον κόσμο, πολλοί οργανισμοί κάνουν προσπάθειες για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, οργανώνοντας μετρήσεις για την ικανοποίηση των ασθενών για τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Μια βασική συστατική αρχή που χρησιμοποιούν στις θεωρίες τους, είναι ότι οι προμηθευτές ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας πρέπει να ανατροφοδοτούν τα προγράμματά τους με κρίσεις των καταναλωτών, για να μπορούν να εντοπίζουν

τυχόν ελλείψεις. Στην συνέχεια σκοπό έχουν να οργανώνουν προγράμματα βελτίωσης. Οι έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών, με αυτό τον τρόπο, εξελίσσονται από απλά όργανα προώθησης αγαθών και υπηρεσιών σε μεθόδους μέτρησης της ποιότητάς τους. Για να καθορίσουμε όμως την ποιότητα της φροντίδας πρέπει να προσδιορίσουμε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματά της καθώς και τα κριτήρια που συνιστούν την καλή φροντίδα.<sup>21</sup>

Κάθε ασθενής μεμονωμένα μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το προσωπικό και τις υπηρεσίες, οι οποίες δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές από τα μέλη της διοίκησης. Ο ασθενής της περισσότερες φορές εντοπίζει τις προβληματικές περιοχές, συμβάλλοντας έτσι στην υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Η διοίκηση μπορεί για παράδειγμα, να γνωρίζει ότι η διαδικασία της εισαγωγής είναι αργή, παρόλα αυτά να μην αντιλαμβάνεται το βάθος και την ένταση του προβλήματος ή το πόσο επιβλαβές μπορεί να είναι αυτό για τον ασθενή, ώσπου να διαβάσουν τα σχόλια από την έρευνα της ικανοποίησης του ασθενή. Την ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να τη δούμε σαν το μέτρο στο οποίο εκείνοι που παρέχουν φροντίδα υγείας έχουν πετύχει να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς και τις προσδοκίες του. Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, καθώς επίσης και την συνεργασία μεταξύ των προσώπων που παρέχουν την φροντίδα υγείας. Είναι γνωστό ότι «οι ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι ασθενείς συμπεριφέρονται διαφορετικά».<sup>22</sup>

Οι ικανοποιημένοι ασθενείς:

- συνεργάζονται καλύτερα με τους θεραπευτές τους,
- συνεχίζουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας
- διατηρούν μια σχέση με ένα συγκεκριμένο προμηθευτή,
- συμμετέχουν στη θεραπεία τους, αποκαλύπτοντας σημαντικές ιατρικές πληροφορίες.

Αντίθετα οι δυσαρεστημένοι ασθενείς όχι μόνο αμελούν να ζητήσουν φροντίδα όταν χρειάζεται αλλά ακόμα κι αν αυτό γίνει αρνούνται να συμμορφωθούν με την θεραπεία που τους έχει ορίσει ο θεράπων ιατρός. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η κατάσταση της υγείας του ασθενή, η συχνότητα και η διάρκεια της νοσηλείας του και

---

<sup>21</sup> Δ.Βερελής...Χ.Χατζής, *Ενοιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Αθήνα, 1997, Εκδόσεις Θεμέλιο, σ. 19-24.

<sup>22</sup> Ferris 1992.

η συνέχιση της φροντίδας, επηρεάζονται από τη συμμόρφωση και την ικανοποίηση του ασθενή.<sup>23</sup> Ένα άλλο κομμάτι που επηρεάζεται από αυτήν, εξίσου σημαντικό, είναι η πρόσβαση και η χρήση των υπηρεσιών της υγείας. Αποκτά ως εκ τούτου σπουδαία σημασία για το σχεδιασμό και τη χάραξη της πολιτικής υγείας. Η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί:

- Να ενισχύσει το ηθικό των εργαζομένων.
- Να βοηθήσει στην κατανόηση των αναγκών, των προσδοκιών και των επιθυμιών του ασθενή.
- Να τεκμηριώσει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας.
- Να διευκολύνει την διαδικασία αξιολόγησης των δραστηριοτήτων.
- Να διασφαλίσει την εισαγωγή καινοτομιών.
- Να βελτιώσει την ποιότητα περίθαλψης.
- Και τέλος, να γίνει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής μάνατζμεντ για τους οργανισμούς της φροντίδας υγείας.<sup>24</sup>

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα μιας έρευνας μέτρησης της ικανοποίησης των πελατών συνοψίζονται στα παρακάτω σημεία:

1. Τα προγράμματα μέτρησης της ικανοποίησης, εφόσον αποτελούν συνεχείς και συστηματικές προσπάθειες του οργανισμού, βελτιώνουν την επικοινωνία με το σύνολο των πελατών.

2. Ο οργανισμός μπορεί να δει κατά πόσο οι υπηρεσίες που προσφέρει ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών του. Επίσης δίνεται η δυνατότητα να μελετηθεί κατά πόσο νέες ενέργειες και νέα προγράμματα έχουν αντίκτυπο στους πελάτες του οργανισμού.

3. Εντοπίζονται τα αρνητικά σημεία της ικανοποίησης, τα οποία θα πρέπει να βελτιωθούν, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα μπορέσει να πραγματοποιηθεί η βελτίωση αυτή.

4. Εντοπίζονται τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του οργανισμού σε σχέση με τον ανταγωνισμό, όπως το αντιλαμβάνονται οι πελάτες.

---

<sup>23</sup> Βίκυ Παπανικολάου, *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, 2007, Παπαζήση 194-195.  
<sup>24</sup> Στο ίδιο, ...σ. 175-176

5. Δίνεται ένα κίνητρο στο προσωπικό να αυξήσει την παραγωγικότητά του, δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών, αξιολογούνται από τους ίδιους τους πελάτες.

Η επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας τοποθετεί τον πελάτη-ασθενή στο επίκεντρο μιας οργανωμένης πολιτικής. Για να κρατηθεί ο πελάτης σε αυτή την πρώτη θέση πρέπει να μετριέται η ικανοποίηση της παρεχόμενης φροντίδας κατά τακτά χρονικά διαστήματα.<sup>25</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ**

### **3.1 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Στα τέλη της δεκαετίας του '80, η ολοένα και μεγαλύτερη κρίση των συστημάτων υγείας οδήγησε σε αναζήτηση νέων πολιτικών και στην αναβάθμιση άλλων. Με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1979, η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θεωρήθηκε βασικός μοχλός αυτής της προσπάθειας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ορίστηκε ως: «βασική παροχή φροντίδας υγείας προσιτή σε όλους στην κοινότητα (άτομα ή οικογένειες) με μέσα αποδεκτά σ' αυτούς, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν». Αυτή η προσέγγιση καθιέρωσε πρώτη φορά μια διαφορετική αντιμετώπιση του πολίτη, από απλό αποδέκτη των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σε ενεργό συμμετοχο. Συγχρόνως έδωσε το έναυσμα για εστίαση σε φροντίδες υγείας που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας και ζωής και που σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η πρόληψη, η πληροφόρηση - αγωγή υγείας και η προστασία της υγείας.<sup>26</sup>

Σε συνέχεια των ανωτέρω, η 34η γενική συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η οποία πραγματοποιήθηκε το 1981, έθεσε σαν στρατηγική επιδίωξη το «Υγεία για όλους το έτος 2000». Επιβεβαιώθηκε η ανάγκη για ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ένας από τους βασικούς στόχους που

<sup>25</sup> Στο ίδιο..., σ. 194-197.

<sup>26</sup> Π.Ο.Υ. «Διακήρυξη της Άλμα Άτα: ΠΦΥ» 1978.

τέθηκε ήταν ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Οι άλλοι βασικοί στόχοι ήταν η πρόληψη των νοσημάτων και προβλημάτων υγείας που μπορούν να προληφθούν, η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών.<sup>27</sup> Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, θεσμοθετήθηκε το 1986 με την διακήρυξη της Ottawa, η πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion). Με βάση τον ορισμό που δόθηκε «προαγωγή υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους».

Βασική φιλοσοφία του χάρτη της Ottawa είναι :

«Να προστίθενται χρόνια στη ζωή, να προστίθεται ζωή στα χρόνια»  
Για να γίνει αυτό πραγματικότητα απαιτείται, με βάση το χάρτη, όλες οι χώρες να λάβουν μέτρα που στοχεύουν σε:

- δημόσια πολιτική: από τους υπεύθυνους για την υιοθέτηση πολιτικών σε όλα τα επίπεδα, όχι μόνο στην κυβέρνηση αλλά και άλλες δημόσιες αρχές και τη βιομηχανία, να λαμβάνεται υπόψη η υγεία κατά το σχεδιασμό αυτών των πολιτικών.
- υγιές περιβάλλον: με τη συνεχή βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος, στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας, στο δρόμο, στις διακοπές και στον ελεύθερο χρόνο, σε δημόσιους χώρους, ώστε να συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας.
- υγιή τρόπο ζωής: με την αύξηση και οργάνωση της γνώσης και κατανόησης για τον τρόπο που οι συνήθειες της ζωής επηρεάζουν την υγεία οικογενειών και ατόμων, ώστε να τους δοθεί η δυνατότητα να το επιτύχουν.
- υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας: με την αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την εξασφάλιση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ προαγωγής της υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> (Health for AP by the year 2000-HFA 2000). Π.Ο.Υ , «Υγεία για όλους το 2000», 1981.

<sup>28</sup> Ν. Δελούκα, Ε. Λεωνίδα, Ζ. Ρίγγα, Μετάφραση, Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης και το Διεθνές Σύμφωνο των Οικονομικών, Κοινωνικών και Πολιτιστικών Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών, 1982, σελ 43-59.

### 3.2 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η τρέχουσα οικονομική κρίση πλήττει την Ελλάδα περισσότερο από κάθε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα, συνιστώντας μια άμεση απειλή για την υγεία των πολιτών. Παράλληλα όμως προσφέρει στο Ελληνικό σύστημα υγείας ένα σχετικό πλεονέκτημα, την μοναδική ευκαιρία να επανασχεδιαστεί η συνολική βελτίωση στη φροντίδα υγείας. Η απόκριση των κυβερνήσεων στην πρόκληση του τομέα της υγείας μέχρι τώρα είναι, ότι προχώρησαν στην μεταρρύθμιση και συγχώνευση των υπηρεσιών υγείας των πολυάριθμων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και στη σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Το αμέσως σημαντικότερο μέτρο οργάνωσης αποτελεί η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η οποία επιτρέπει την παρακολούθηση και τον έλεγχο της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών. Παράλληλα συντάσσονται κατευθυντήριες οδηγίες τεκμηριωμένης και ασφαλούς κλινικής πρακτικής για τα συχνότερα νοσήματα. Τέλος έχει επιβληθεί σειρά μέτρων με στόχο την συμπίεση της αλόγιστα αυξημένης φαρμακευτικής δαπάνης (η Ελλάδα είναι πρώτη στην ΕΕ στην κατά κεφαλή δαπάνη για φάρμακα με μεγάλη διαφορά από τη δεύτερη χώρα...).<sup>29</sup>

Μέχρι σήμερα εφαρμόζονται:

- συνταγογράφηση δραστικής ουσίας αντί εμπορικής ονομασίας από τους ιατρούς.
- αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ των φαρμάκων με βάση την τιμή αναφοράς.
- αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στη δαπάνη.
- αρνητική λίστα φαρμάκων, κλπ.

Τι πρέπει όμως να γίνει που δεν έχει γίνει ακόμα; Η ασφαλιστική κάλυψη των αναγκών υγείας πρέπει να αποτελεί καθολικό δικαίωμα για όλους τους πολίτες της χώρας και να αποσυνδεθεί από την εργασιακή κατάσταση. Αυτό είναι κρίσιμης σημασίας τη στιγμή που τα ποσοστά ανεργίας όλο και αυξάνονται. Η αποζημίωση των ιατρών από το δημόσιο τομέα πρέπει να είναι δίκαιη και σε συνάρτηση με το

---

<sup>29</sup> Δ. Ανδριώτη...Τ. Φιλαλήθης, *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, 1996, Εκδόσεις Θεμέλιο, σ.18-25.

έργο που παράγουν, διαφορετικά δεν θα εγκαταλειφτούν οι ευκαιριακές συμπεριφορές και η διαφθορά. Η αλλαγή του τρόπου αποζημίωσης των ιατρών προσφέρει την ευκαιρία να δοθούν κίνητρα παραγωγικότητας και αποδοτικότητας. Οι Οικογενειακοί ιατροί να αποζημιώνονται με ένα νέο σύστημα «κατά κεφαλή» (capitation) και «αποζημίωσης σύμφωνα με την απόδοση» (pay for performance), που συνδέει την αμοιβή με τα αποτελέσματα.

Η οργάνωση από την αρχή του συστήματος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στη Δημόσια Υγεία, όπως προτάσσει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στη διακήρυξη του (2008), είναι *«περισσότερο επιτακτικός τώρα από ποτέ»* (“*now more than ever*”). Κρίνεται σκόπιμο να δημιουργηθεί ένα δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που να οργανώνει λειτουργικά του δημόσιους και ιδιωτικούς πάροχους υπηρεσιών υγείας. Ο θεσμός του «Οικογενειακού Ιατρού» πρέπει να εισαχθεί στο σύστημα, με ευθύνη για παραπομπή των ασθενών σε άλλες υπηρεσίες υγείας και σε ανώτερα επίπεδα φροντίδας, διασφαλίζοντας παράλληλα την συνέχεια της. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του Οικογενειακού Ιατρού τους. Η έλλειψη Γενικών Οικογενειακών ιατρών, πράγμα παράδοξο σε σχέση με την υπερπροσφορά ειδικών όλων των ειδικοτήτων, είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί με την προσέλκυση ειδικών να παρακολουθήσουν προγράμματα “on the job” εκπαίδευσης στην Οικογενειακή Ιατρική.<sup>30</sup>

Η εισαγωγή ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς είναι σπουδαίας σημασίας για την ενίσχυση της αποδοτικότητας και της ασφάλειας του συστήματος, καθώς και για την παρακολούθηση της πρακτικής των ιατρών και της συμμόρφωσης τους με τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες. Οι μηχανισμοί εξωτερικού ελέγχου είναι απαραίτητοι. Τέλος περισσότεροι πόροι πρέπει να κατανεμηθούν σε πολιτικές πρόληψης και προαγωγής υγείας. Αυτό αποκτά βαρύνουσα σημασία, αν αναλογιστούμε τις ανθυγιεινές συμπεριφορές και στάση ζωής στον ελληνικό πληθυσμό (πχ κάπνισμα, παχυσαρκία, ανεύθνη οδήγηση κλπ), που αντιστρατεύονται την αποδοτικότητα του συστήματος. Οι περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία, αν δεν συνοδευτούν από ριζικές μεταρρυθμίσεις, θα οδηγήσουν σε μια σύγχρονη τραγωδία στην υγεία. Από την άλλη, η κρίση δημιουργεί την χρυσή ευκαιρία να επανασχεδιαστεί και να αναδιαρθρωθεί το σύστημα υγείας, εξαλείφοντας τις ανεπάρκειες και τις ανακολουθίες του

<sup>30</sup> Κυριάκος Σουλιώτης, *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Αθήνα, 2000, Παπαζήση, σ. 100-103.

παρελθόντος, ώστε να προσφέρει ποιοτική φροντίδα υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, κρατώντας παράλληλα το κόστος υπό έλεγχο.<sup>31</sup>

### 3.3 ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Για την αξιολόγηση της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας την τελευταία δεκαετία χρησιμοποιούνται οι δείκτες ποιότητας. Οι περισσότεροι δείκτες χρησιμοποιούνται για να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας στα νοσοκομεία. Σταδιακά αναπτύσσονται και εργαλεία αποτίμησης της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλη την Ευρώπη. Οι δείκτες είναι ένα εύχρηστο εργαλείο που έχει την δυνατότητα να δίνει μια ένδειξη της ποιότητας της φροντίδας που προσφέρεται στους ασθενείς. Οι δείκτες ποιότητας είναι ρητά καθορισμένα και μετρήσιμα στοιχεία που προσφέρονται για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Στην ουσία είναι μια δήλωση που αφορά τις δομές, την διαδικασία (διαπροσωπική ή κλινική) και τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας. Χρησιμοποιούνται για να παράγουν επακόλουθα κριτήρια ανασκόπησης και πρότυπα που βοηθούν στην εφαρμογή των δεικτών ποιότητας.<sup>32</sup>

#### 3.3.1 ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Οι δείκτες ποιότητας είναι στοιχεία που πρέπει να εναρμονίζονται με υψηλής ποιότητας πρότυπα, να δημιουργούνται με προσεκτικό και μεθοδικό τρόπο και να είναι σχετικοί με τις σημαντικές πτυχές της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Ασφαλώς πρέπει να υπάρχει συνεχής έρευνα που να αποδεικνύει ότι η εισήγηση από την οποία προέρχονται σχετίζεται με την κλινική αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την αποδοτικότητα. Οι δείκτες πρέπει να μετρούν την ποιότητα με έναν έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο με μικρή απόκλιση μεταξύ των ερευνητών, έτσι ώστε να προσφέρονται για σύγκριση μεταξύ επαγγελματιών υγείας, ιατρείων και οργανισμών.

<sup>31</sup> [Fragkoulis E. Economic crisis and primary healthcare in Greece: 'disaster' or 'blessing'? Clin Med. 2012 Dec;12\(6\):607.1](#)

<sup>32</sup> Wollerheim H,.....Grol R., (2007), *Clinical indicators: development and applications*. The Netherlands Journal of Medicine.



Οι δείκτες επιλέγονται από ερευνητικά δεδομένα με επικέντρωση στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών, σε συνάρτηση με την άποψη των ειδικών.<sup>33</sup>

Στην διαδικασία επιλογής η εφαρμογή και η μέτρησή τους είναι σημαντική μαζί με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Ένας δείκτης θα πρέπει να διευκρινίζεται με ακρίβεια και έπειτα από μια δοκιμή να ακολουθούν οι μετρήσεις και ο απολογισμός. Ο απολογισμός εμπεριέχει μια σε βάθος ανάλυση των παραγόντων που σχετίζονται με τα αποτελέσματα των μετρήσεων. Οι δείκτες οφείλουν να είναι μέρος μιας οργανωμένης προσπάθειας που θα εμπλουτίζεται συχνά με νέα στοιχεία.

Από την σκοπιά της μέτρησης υπάρχουν τρεις τύποι δεικτών:

1. δείκτες αποτελεσμάτων,
2. δείκτες διαδικασιών,
3. δείκτες δομών.

### 3.3.2. ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΚΤΩΝ

Η ανάπτυξη και η χρήση των δεικτών ποιότητας είναι σημαντικά βήματα στην προσπάθεια βελτίωσης της φροντίδας υγείας των ασθενών. Για να συνεχιστεί η επιτυχημένη αυτή πορεία επιτυχώς, στο μέλλον πρέπει να γίνει πρόοδος στις έρευνες για βελτίωση των δεικτών έτσι ώστε να μεγιστοποιηθεί η εφαρμοσιμότητα τους. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την διαπίστευση αυτών των δεικτών και την ένταξή τους σε μια επίσημη φόρμα που θα χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας.<sup>34</sup>

Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών είναι πολύ σημαντικά και είναι απαραίτητο να χαρακτηρίζουν κάθε δείκτη ποιότητας.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι:

1. Η συνάφεια (relevancy): ο δείκτης δηλαδή θα πρέπει να είναι συναφής με σημαντικές διαστάσεις (αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και αποδοτικότητα) και σκοπιές της ποιότητας της φροντίδας.

<sup>33</sup> Campbell A, Converse P E, Rodgers W L. (2002). The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction.

<sup>34</sup> Marshal M. N., ...Roland M.O., (2003) Can health care quality indicators be transferred between countries? Quality and Safety in Health Care,12:8-12

2.Η εγκυρότητα (validity): ένας δείκτης πρέπει να είναι έγκυρος στην βάση επιστημονικής τεκμηρίωσης και εμπειρίας. Εγκυρότητα προσώπου, εγκυρότητα περιεχομένου, ομοφωνία και εγκυρότητα πρόβλεψης, ο δείκτης πρέπει να έχει την δυνατότητα να προβλέψει τα αποτελέσματα της ποιότητας της φροντίδας υγείας.

3.Η αξιοπιστία (reliability): ο δείκτης πρέπει να χρησιμοποιεί διαθέσιμες και αξιόπιστες πηγές, τα αποτελέσματα πρέπει να είναι στατιστικά σημαντικά, να υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης, επανάληψης των ευρημάτων και να είναι δυνατή η συλλογή των στοιχείων που χρειάζονται.

4.Η εφικτότητα (feasibility): ο δείκτης πρέπει να έχει την δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί, να είναι εύκολα διαθέσιμος και να χρησιμοποιείται με ευκολία.

5.Η ευαισθησία στην αλλαγή (sensitivity to change): ο δείκτης πρέπει να έχει την δυνατότητα να εντοπίζει τις αλλαγές όταν αυτές συμβαίνουν στην ποιότητα της φροντίδας υγείας.

6.Αποδεκτότητα (acceptability): ο δείκτης πρέπει να είναι αποδεκτός τόσο από αυτούς που αξιολογούνται όσο και από αυτούς που αξιολογούν.

7.Επαναληψιμότητα (reproducibility): η δυνατότητα να δημιουργείται ο ίδιος δείκτης κάθε φορά που χρησιμοποιείται η ίδια μέθοδος δημιουργίας.

Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των αποτελεσμάτων μιας έρευνας ικανοποίησης εστιάζονται, στην εγκυρότητα και την αξιοπιστία. Αφορούν τη διαχείριση των συστηματικών και των τυχαίων σφαλμάτων που μπορεί να προκύψουν γι αυτό πρέπει οι ερευνητές να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup>

Βίκυ Παπανικολάου, *Η Ποιότητα ...*, ό.π., σ. 205-207.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΚΤΥΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 4.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η παραγωγή και η διανομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από την μεριά των δημόσιων υποδομών, παρέχεται κυρίως μέσω ενός δικτύου που περιέχει 200 περίπου κέντρα υγείας στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και 250 περίπου πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές. Το άτυπο αυτό δίκτυο θεωρείται ότι έχει ορθολογική χωροταξική κατανομή, καλή πυκνότητα ιατρικού δυναμικού και ικανοποιητικού επιπέδου τεχνολογία.<sup>36</sup> Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τα Δίκτυα Π.Φ.Υ. είναι τα παρακάτω :

α. Το Δημόσιο Δίκτυο, από υφιστάμενες υποδομές και εκείνες που θα δημιουργηθούν, όπως αναλυτικά περιγράφεται στο άρθρο 3 του σχεδίου νόμου.

β. Το Ιδιωτικό Δίκτυο, από ιδιωτικούς φορείς που ορίζονται στο άρθρο 4 του σχεδίου νόμου.<sup>37</sup>

Το άρθρο 3 αναφέρει ότι οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από τους ακόλουθους Δημόσιους φορείς:

1. Τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας πόλης. Από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, τα κέντρα υγείας πόλης συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αυτά λειτουργούν στα αστικά κέντρα και παρέχουν υπηρεσίες που αφορούν τα χρόνια νοσήματα, (τα οξεία νοσήματα που είναι επείγοντα, θα αντιμετωπίζονται από τα εφημερεύοντα νοσοκομεία της περιοχής). Με την ίδια απόφαση ρυθμίζονται τα θέματα οργάνωσης

---

<sup>36</sup> Κ. Σουλιώτης, Χ. Λιονής, 2003, «Λειτουργική Ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, ΠΕΣΥΠ Κρήτης, Κρήτη, σ.466-476, σ. 467.

<sup>37</sup> Παν. Ν. Αδαμόπουλος, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μια Σφαιρική Προσέγγιση*, Αθήνα, 1992, Εκδόσεις: Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, σ.70-71.

και λειτουργίας των ως άνω νομικών προσώπων και συνιστώνται οι θέσεις προσωπικού που απαιτούνται για την στελέχωση τους.

2. Τα κέντρα υγείας, αγροτικών και ημιαστικών περιοχών, τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας περιφέρειας. Από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, τα κέντρα υγείας περιφέρειας συνιστώνται σε κάθε νομό, με απόφαση των Υπουργών της προηγούμενης παραγράφου ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες Υπηρεσίες, υπαγόμενες διοικητικά στη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επιστημονικά δε και ως προς τη στελέχωση και λειτουργία τους στη διοίκηση του κοντινότερου νοσοκομείου του ΕΣΥ, που ορίζεται με την ίδια απόφαση. Με την ίδια απόφαση ορίζονται η έδρα και η περιοχή ευθύνης του κέντρου υγείας περιφέρειας και συνιστώνται οι θέσεις του προσωπικού.
3. Τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, τα οποία μετονομάζονται σε περιφερειακά πολυϊατρεία, καθώς και τα περιφερειακά ιατρεία, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες υπαίθρου. Από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, τα περιφερειακά πολυϊατρεία και τα περιφερειακά ιατρεία συνιστώνται ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες των κέντρων υγείας περιφέρειας, με απόφαση των Υπουργών της προηγούμενης παραγράφου. Με την ίδια απόφαση ορίζονται η έδρα και η περιοχή ευθύνης των περιφερειακών πολυϊατρείων και των περιφερειακών ιατρείων και συνιστώνται οι θέσεις του προσωπικού.
4. Τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι οποίες εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μετά από προγραμματικές συμβάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αντίστοιχους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και την έκδοση κοινών υπουργικών αποφάσεων των Υπουργών Εσωτερικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
5. Τα εξωτερικά ιατρεία και οδοντιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.
6. Τα κέντρα ψυχικής υγείας καθώς και τα κέντρα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες υπηρεσίες υπαγόμενες στην

Γενική Διεύθυνση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

7. Τις κινητές μονάδες: α) πρόληψης, β) ψυχικής υγείας, γ) πρωτοβάθμιας υγείας.
8. Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), το οποίο υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εποπτεύεται από τη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
9. Το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας, το οποίο υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εποπτεύεται από τη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,
10. Τις υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής.
11. Τις μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας.
12. Τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών, τα οποία εντάσσονται μετά από κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών και Απασχόλησης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
13. Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού
14. Τα αντικαπνιστικά κέντρα
15. Την ανοικτή γραμμή επικοινωνίας, η οποία συνιστάται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως αυτοτελή υπηρεσία της Γενικής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.Ε.Π.Υ.) για την παροχή ιατρικών συμβουλών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω του τηλεφώνου και του διαδικτύου. Η οργάνωση και λειτουργία της ανοικτής γραμμής επικοινωνίας καθορίζονται με απόφαση της Γενικής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μετά από εισήγηση του ΕΚΕΠΥ.<sup>38</sup>

Σύμφωνα με το Άρθρο 4 οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να παρέχονται και από τους ακόλουθους ιδιωτικούς φορείς.

Ιδιωτικά ιατρεία και πολυιατρεία, ιδίως στις ειδικότητες παθολογίας, φυσιολογίας, παιδιατρικής, οδοντιατρικής, καρδιολογίας, ορθοπαιδικής, δερματολογίας,

---

<sup>38</sup> Παν. Ν. Αδαμόπουλος, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μια Σφαιρική Προσέγγιση*, Αθήνα, 1992, Εκδόσεις: Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός, σ.71-74.

οφθαλμιατρικής, γυναικολογίας, ουρολογίας, ψυχιατρικής, νευρολογίας, γενικής ιατρικής και κάθε άλλη ειδικότητα που ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση του ΚΕΣΥ

1. Ιδιωτικά πολυοδοντιατρεία και οδοντιατρεία
2. Διαγνωστικά και μικροβιολογικά εργαστήρια.
3. Εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.
4. Εργαστήρια φυσικοθεραπείας.
5. Φαρμακεία και καταστήματα ιατρικών μηχανημάτων και υλικών
6. Ιδιωτικές μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας.<sup>39</sup>

#### **4.2 ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΔΙΚΤΥΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ Η ΕΦΙΚΤΗ ΛΥΣΗ;**

Είναι αναγκαίο να παρθούν άμεσες πρωτοβουλίες για την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας. Τα ποιοτικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη είναι αδιαμφισβήτητα. Η ανάγκη να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης των υπηρεσιών υγείας είναι δεδομένη και κοινώς αποδεκτή. Στην Ελλάδα η λειτουργία των Κέντρων υγείας αγροτικού τύπου και των Ιατρείων του ΙΚΑ με την μορφή των εξωτερικών ιατρείων (κέντρων συνταγογραφίας και παραπομπής) έχει προσφέρει μια πλούσια εμπειρία που μπορεί να βοηθήσει στην οργάνωσή της. Η τοπική αυτή εμπειρία πρέπει να εμπλουτιστεί με τις σύγχρονες αντιλήψεις ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας. Έτσι θα προκύψει ένα σύστημα υγείας προσαρμοσμένο στην ελληνική πραγματικότητα. Η ανάπτυξη ενός δικτύου Κέντρων Υγείας τα οποία θα καλύπτουν την πλήρη και ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όλου του πληθυσμού, αποτελεί τη μόνη ρεαλιστική και ουσιαστική απάντηση στην κρίση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό θα συμβάλει αποφασιστικά τόσο στην αναβάθμιση της φροντίδας του πληθυσμού όσο και στην αποτελεσματική διαχείριση πόρων και υπηρεσιών. Για να επιτύχει ένα τέτοιο εγχείρημα πρέπει να υπάρξουν συγκεκριμένες στρατηγικές και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την πρωτοβάθμια φροντίδα. Τα Κέντρα

<sup>39</sup>

Στο ίδιο, ...σ. 75-77.

Υγείας αστικού τύπου δεν πρέπει να αποτελέσουν μόνο μια αλλαγή ονόματος των ιατρείων του ΙΚΑ αλλά να σχεδιαστούν με στόχο την μακροχρόνια χρήση τους.<sup>40</sup>

Σήμερα, κάτω από το βάρος του μνημονίου και την αγωνιώδη προσπάθεια για περιορισμό των δαπανών, η νέα ηγεσία του Υπουργείου Υγείας οργάνωσε διαδικασίες για τη διαμόρφωση ενός νέου μοντέλου Πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η πρωτοβουλία αυτή είναι σωστή τόσο για τη θεραπεία μιας χρόνιας παθολογίας του ελληνικού συστήματος όσο και απαραίτητη στους δύσκολους καιρούς που ζούμε, για την εξυγίανση των δαπανών υγείας. Για την αντιμετώπιση της προβληματικής αυτής κατάστασης, έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορες λύσεις. Οι περισσότερες βασίζονται στη δημιουργία αστικών Κέντρων Υγείας και στη θεσμοθέτηση του οικογενειακού ή προσωπικού γιατρού. Και οι δύο αυτές λύσεις είναι σήμερα ανεφάρμοστες. Ούτε πόροι υπάρχουν για νέες υποδομές και γιατρούς, ούτε υπάρχει ανάλογη νοοτροπία των πολιτών, οι οποίοι έχουν συνηθίσει στην άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς. Αντίθετα, αυτό που έχουμε ανάγκη και μπορεί να γίνει χωρίς επιπλέον δαπάνες, είναι να διαμορφωθεί ως θεσμός «η οικογενειακή ιατρική», με τη συμμετοχή γιατρών των βασικών ειδικοτήτων και άλλων επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι θα παρέχουν στους πληθυσμούς, πρόληψη, θεραπεία, φροντίδα, σε μόνιμη και συνεχή βάση, διευκολύνοντας και καθοδηγώντας ταυτόχρονα την πρόσβαση σε εξειδικευμένες ή νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Ο θεσμός αυτός θα πρέπει να αναπτυχθεί σταδιακά μέσα στις υπάρχουσες δημόσιες υποδομές των Κέντρων Υγείας των Πολυιατρείων του ΙΚΑ και των Δήμων, καθώς και από συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς. Τα νοσοκομεία του ΙΚΑ θα πρέπει να ενταχθούν άμεσα στο ΕΣΥ ή να αποτελέσουν ξεχωριστό οργανισμό, προκειμένου να εναχθούν μαζί με τις πρωτοβάθμιες μονάδες του ΕΣΥ και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, στις αρμοδιότητες των νέων Καλλικρατικών Δήμων. Όλες οι παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του συστήματος θα αμείβονται από την κοινωνική ασφάλιση με τα ίδια κριτήρια λειτουργίας για το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Έτσι, θα διαμορφωθεί ένα βασικό πακέτο αναγκαίων παροχών υγείας, που θα προσφέρεται σε κάθε Έλληνα ασφαλισμένο, ενισχύοντας έτσι τον αναδιανεμητικό ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης, αλλά κυρίως μειώνοντας τις σημερινές μεγάλες

---

<sup>40</sup>

Στο ίδιο, ...σ. 213-216.

κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και τις ανεξέλεγκτες δαπάνες προς τον συμβεβλημένο ιδιωτικό τομέα.<sup>41</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ**

### **5.1 ΣΤΗΝ ΕΣΘΟΝΙΑ**

Η ανάπτυξη του συστήματος υγείας της Εσθονίας κατά τη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα, έχει επηρεαστεί όπως και στις υπόλοιπες χώρες, από τις δραματικές πολιτικές εξελίξεις. Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα υπήρχε ένα βασικό σύστημα φροντίδας υγείας που σε μεγάλο βαθμό ήταν αποκεντρωμένο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχονταν κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Το 1991, η Εσθονία μετά από 50 χρόνια ανακτά την ανεξαρτησία της. Η αναβάθμιση της υγείας είναι μέσα στις προτεραιότητες της δημόσιας πολιτικής. Από το 1991 έως σήμερα, έχουν ολοκληρωθεί τρεις σημαντικές μεταρρυθμίσεις, ενώ η τέταρτη έχει μόλις αρχίσει. Στοχεύει να βελτιώσει την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών και να δημιουργήσει ένα σύγχρονο και ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής υποστήριξης και νοσηλευτικής φροντίδας. Το βασικότερο όργανο χάραξης της πολιτικής της υγείας είναι το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων, τις κατευθύνσεις του οποίου ακολουθούν οι τοπικές κυβερνήσεις. Τα τελευταία χρόνια δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην ενδυνάμωση των υπηρεσιών που σχετίζονται με την πρόληψη, καθώς και σε ζητήματα που αφορούν το εργασιακό περιβάλλον (ασφάλεια στην εργασία κ.α).<sup>42</sup>

Με το νόμο του 1994 Περί Οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας, πέρασε στις τοπικές κυβερνήσεις η αρμοδιότητα για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με το νόμο αυτό εισήχθη ο θεσμός του γιατρού του νομού και του δημοτικού ιατρού (county and municipal physician) οι οποίοι είναι οι αντιπρόσωποι

---

<sup>41</sup> W.W.W neaygeia. gr/page.asp?=1267 Γιάννη Τούντα, Αν. Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Προέδρου Ε.Ο.Φ.

<sup>42</sup> [www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/14/12/599.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/14/12/599.pdf)



του υπουργείου σε περιφερειακό επίπεδο. Ειδικότερα, οι γιατροί του νομού, είναι υπεύθυνοι για τον έλεγχο και τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο νομού καθώς και για την πρόληψη. Η θητεία τους είναι 5 έτη και διευθύνουν τα συμβούλια υγείας του νομού, τα οποία συμβουλεύουν τον κυβερνήτη του νομού σε θέματα υγείας. Τα μέλη τους προέρχονται από τις τοπικές κυβερνήσεις, είναι δημοτικοί ιατροί, ιδιώτες προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, εκπρόσωποι των περιφερειακών ταμείων ασφάλισης υγείας, εκπρόσωποι ενώσεων ιατρών κ.ά. Σήμερα έχει εισαχθεί και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού στο σύστημα υγείας. Σε πολύ μεγάλο ποσοστό (87% του πληθυσμού) δείχνει να είναι ευχαριστημένο από αυτόν το θεσμό. Η καινούργια ειδικότητα κερδίζει έδαφος ιδιαίτερα στους κύκλους των νέων επαγγελματιών, λόγω και των οικονομικών ενισχύσεων που δίνονται στους οικογενειακούς γιατρούς. Η εισαγωγή του θεσμού είχε ως στόχο τη μείωση των επισκέψεων σε ειδικούς γιατρούς βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα τη μεταστροφή του προφίλ της πολιτικής υγείας της Εσθονίας. Από ένα σύστημα επικεντρωμένο στην πολυέξοδη νοσοκομειακή φροντίδα, να γίνει λιγότερο δαπανηρό. Η φιλοσοφία του θα στηρίζεται κυρίως στην πρόληψη των ασθενειών και στην καταπολέμησή τους.<sup>43</sup>

Ο ιδιωτικός τομέας καταλαμβάνει μεγάλο ποσοστό υπηρεσιών που παρέχονται πέρα από τα νοσοκομεία, ιδιαίτερα στην οδοντιατρική όπου το 75% των προμηθευτών είναι ιδιώτες. Το γενικό ποσοστό συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αυξήθηκε το 1998, με αποτέλεσμα το 50% περίπου των προμηθευτών υπηρεσιών να είναι συμβεβλημένοι ιδιώτες. Κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Υπάρχει υψηλός βαθμός κάλυψης του πληθυσμού και υψηλός βαθμός αλληλεγγύης. Από το συνολικό αριθμό ασφαλισμένων το 52% δεν πληρώνει εισφορές, έναντι του 47% όσων πληρώνουν. Ανάμεσα στις κατηγορίες ατόμων που καλύπτονται χωρίς να πληρώνουν εισφορές, είναι οι σύζυγοι που ασχολούνται με τα οικιακά, όλα τα παιδιά έως την ηλικία των 18 ετών, οι φοιτητές, οι συνταξιούχοι, οι έγκυες κ.ά. Παρέχεται επίσης ασφάλιση υγείας στους άνεργους και σε όσους κάνουν την στρατιωτική τους θητεία, εφόσον το κράτος πληρώνει το μερίδιο των εισφορών τους. Εκτός από την κοινωνική ασφάλιση, στο σύστημα χρηματοδότησης συμμετέχει και ο κρατικός

---

<sup>43</sup> Παν. Ν. Αδαμόπουλος, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μια Σφαιρική Προσέγγιση*, Αθήνα, 1992, Εκδόσεις: Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός, σ.85-102.

προϋπολογισμός. Ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει το 7% της συνολικής δαπάνης για την υγεία, ενώ οι δημοτικοί προϋπολογισμοί το 2%.

Η ασφάλιση υγείας στην Εσθονία περιλαμβάνει και την αποζημίωση από την ασθένεια και άδεια μητρότητας, όπως επίσης και τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Το πακέτο παροχών είναι αρκετά μεγάλο διατηρώντας σε μεγάλο βαθμό τις παροχές που υπήρχαν από το προηγούμενο καθεστώς. Οι υπηρεσίες που περιλαμβάνονται στο βασικό πακέτο παροχών, αποφασίστηκαν από το Υπουργείο, το οποίο αξιολόγησε τις προτάσεις μιας επιτροπής, η οποία αποτελείτο από εκπροσώπους προμηθευτών και ταμείων. Πέρα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, καλύπτεται κι η θεραπεία στο εξωτερικό από το EESTI HAIGEKASSA, είτε βάσει των διμερών συμφωνιών που υπήρχαν ανάμεσα στην Εσθονία και την άλλη χώρα, ή μετά από ειδική έγκριση της κάθε περίπτωσης. Μετά την είσοδο στην Ε.Ε., αναμένεται να αλλάξει η κατάσταση, εφόσον θα διευκολυνθεί ακόμη περισσότερο η κυκλοφορία των ασθενών. Τα τελευταία χρόνια γίνονται συνεχώς προσπάθειες για να συμπεριληφθούν στο πακέτο και νέες υπηρεσίες όπως η τεχνητή γονιμοποίηση.<sup>44</sup>

## 5.2 ΣΤΗΝ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας στηρίζεται στο Κοινωνικό Προνοιακό μοντέλο. Σχεδόν ολόκληρος ο πληθυσμός ασφαρίζεται μέσω κάποιου, από τα εκατοντάδες, ασφαλιστικά ταμεία, που υπάρχουν ( δημόσια ή ιδιωτικά ) αν και περίπου 100.000 πολίτες ήταν ανασφάλιστοι το 1995. Μέσω εισφορών των μελών, τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας καλύπτουν ένα εύρος βασικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο είναι πολύ περιεκτικό σε σύγκριση με αυτά των άλλων χωρών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσω ενός συνδυασμού δημοσίων, ιδιωτικών και μη κερδοσκοπικών οργανισμών. Τα περισσότερα νοσοκομεία είναι δημόσια και οι γιατροί είναι ιδιώτες επαγγελματίες. Το σύστημα βασίζεται σ' έναν κανόνα αυτοδιοίκησης, σύμφωνα με τον οποίο τα Ταμεία Υγείας, οι γιατροί και τα νοσοκομεία εκπροσωπούνται από νομικά θεσπισμένες συνδικαλιστικές ενώσεις και διαπραγματεύονται μεταξύ τους για σημαντικά ζητήματα της φροντίδας υγείας.

<sup>44</sup>

[www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/14/12/599.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/14/12/599.pdf)

Παρόλα αυτά, η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και τα Ομόσπονδα Κρατίδια θέτουν τους γενικούς κανόνες για την πολιτική της δημόσιας υγείας.<sup>45</sup>

Περίπου το 90% του συνολικού πληθυσμού είναι ασφαλισμένο στο Θεσμικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας ( Statutory Health Insurance Programm – GKV ). Το GKV είναι ένα εθνικό ασφαλιστικό πρόγραμμα το οποίο καλύπτει εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη, οδοντιατρική φροντίδα ( περιλαμβάνει 50-65% των δαπανών), αποκατάσταση, συνταγές φαρμάκων, θεραπείες, επισκέψεις στο σπίτι, αποζημιώσεις ασθένειας και υπηρεσίες για εγκύους και μητέρες βρεφών. Επίσης, ένας συνδυασμός εισφορών φόρων, πληρωμές ασφαλιστικών ταμείων και ιδιωτικών πληρωμών χρηματοδοτούν προγράμματα για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση ασθενειών, με ιδιαίτερη έμφαση στον καρκίνο, το AIDS, και τα ναρκωτικά. Τα ταμεία επίσης πληρώνουν για προληπτική οδοντιατρική φροντίδα και εμβολιασμούς, προάγουν την ασφάλεια στην εργασία και δίνουν βοήθεια σε ομάδες αυτοθεραπείας. Η πλειοψηφία των υπηρεσιών που προσφέρονται από το πρόγραμμα GKV είναι υποχρεωτικές από το νόμο. Όσοι είναι εγγεγραμμένοι σ' αυτό συμμετέχουν στις δαπάνες για νοσοκομειακή νοσηλεία, υπηρεσίες spa, θεραπείες αποκατάστασης, συνταγές φαρμάκων, θεραπείες, οδοντιατρική φροντίδα και έξοδα μεταφοράς. Για τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, οι συνολικές πληρωμές μπορούν να φτάσουν μέχρι ένα ανώτατο όριο του 1% του ετήσιου εισοδήματος του ασθενούς κατά τον πρώτο χρόνο.

Από κει και πέρα οι ασθενείς εξαιρούνται από κάθε δαπάνη για όλη τη διάρκεια της ασθένειάς τους. Το GKV χρηματοδοτεί τις υπηρεσίες του μέσω εισφορών των μελών του. Στις περιπτώσεις εργαζομένων, ο εργοδότης πληρώνει το 50% και ο εργαζόμενος το υπόλοιπο. Η συμμετοχή στο GKV αυτόματα καλύπτει και τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειας. Σύμφωνα με την αρχή της Αλληλεγγύης για την δημόσια φροντίδα υγείας, η συμμετοχή στο GKV είναι υποχρεωτική για τους εργαζόμενους που έχουν εισόδημα πάνω από 6,450 DM μηνιαία στη Δυτική Γερμανία και πάνω από 5,325 DM στην Ανατολική Γερμανία, και οι εισφορές τους υπολογίζονται σαν ποσοστό του μικτού μηνιαίου εισοδήματός τους. Όσοι έχουν υψηλότερο μισθό από αυτόν και οι αυτό απασχολούμενοι μπορούν να συμμετέχουν αν θέλουν στο GKV με υψηλότερες εισφορές ή μπορούν να κάνουν ιδιωτική

---

<sup>45</sup> Μπουρσανίδης Χ., (1995): Το κορπορατιστικό μοντέλο κοινωνικής διοίκησης. Μια προσπάθεια θεωρητικής θεμελίωσης και σκιαγράφησης του συστήματος υγείας στη Γερμανία. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία. 4,1 (1995), σ. 31-58.

ασφάλιση υγείας. Οι εισφορές για τις ιδιωτικές ασφάλειες βασίζονται στο προφίλ ασφαλιστικού κινδύνου για τον κάθε ασφαλισμένο, ξεχωριστά, και διαφέρουν ανάλογα με τις προβλεπόμενες υπηρεσίες που καλύπτουν. Γενικά οι υψηλόμισθοι με ιδιωτικές ασφάλειες δεν έχουν καμία σχέση με το GKV. Καθώς δεν συμμετέχουν στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας για τις ομάδες πολιτών με χαμηλά εισοδήματα.

Αυτός ο τύπος ασφάλισης υποσκάπτει την Αλληλεγγύη του Γερμανικού δημόσιου συστήματος υγείας. Ο εξωνοσοκομειακός και ο νοσοκομειακός τομέας λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα μεταξύ τους στην προσφορά υπηρεσιών υγείας. Στον εξωνοσοκομειακό τομέα, οι ιδιώτες γενικοί γιατροί και οι εξειδικευμένοι είναι αυτοαπασχολούμενοι και η μεγάλη πλειοψηφία τους έχει ιδιωτικά ιατρεία. Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέξουν το γιατρό τους και έχουν άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς. Οι γιατροί αμείβονται για τις υπηρεσίες τους σύμφωνα με ένα εύρος αμοιβών, αλλά υπάρχει και κάποιος προϋπολογισμός ο οποίος αποτελεί όριο για τις συνολικές δαπάνες. Σύμφωνα με την αρχή της Αυτοδιοίκησης, οι υπηρεσίες περίθαλψης από τους γιατρούς και οι αποζημιώσεις τους ρυθμίζονται μέσω συμβάσεων μεταξύ των οργανισμών χρηματοδότησης της υγείας και των ενώσεων των γιατρών που έχουν συμβάσεις με τα Ταμεία. Οι νοσοκομειακές υποδομές καθορίζονται από τα Ομόσπονδα Κρατίδια της Γερμανίας στο πλαίσιο του εθνικού σχεδιασμού νοσοκομειακής ανάπτυξης. Ο στόχος της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης, για το 2003 ήταν, πάντως να εισάγει ένα συνολικό, προσανατολισμένο προς τις υπηρεσίες, σύστημα χρηματοδότησης, το οποίο θα βασίζεται σε καθορισμένες αμοιβές. Οι δαπάνες υγείας το 1997 έφτασαν το 10.7% του ΑΕΠ, δηλαδή \$2,364 κατά κεφαλήν. Η Γερμανία βρίσκεται πρώτη στον αριθμό των γιατρών και των νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1000 κατοίκους καθώς και στον αριθμό των ημερών νοσηλείας σε νοσοκομεία. Βρίσκεται δεύτερη στον αριθμό των παραπομπών σε νοσοκομεία και στον μέσο όρο διάρκειας παραμονής σε νοσοκομεία. Το εύρος των νοσοκομειακών παροχών έχει μειωθεί αισθητά από τις αρχές των '90s, αλλά σ' αυτόν τον τομέα η Γερμανία βρίσκεται πίσω από την γενική τάση των άλλων χωρών. Αν και έχουν γίνει πολλές βελτιώσεις, η αναμενόμενη ζωή για τις γυναίκες είναι λίγο πιο κάτω από το μέσο όρο σε σύγκριση με τις άλλες χώρες και για τους

άνδρες είναι ακόμα πιο κάτω. Η παιδική θνησιμότητα, στο μεταξύ, έχει μειωθεί σημαντικά μέχρι ένα επίπεδο κάτω από τον διεθνή μέσο όρο.<sup>46</sup>

Από τη δεκαετία του '70 έχουν γίνει πολλές πρωτοποριακές προσπάθειες στη Γερμανία με σκοπό την αναβάθμιση της διασφάλισης της ποιότητας στην ιατρική φροντίδα. Αλλά μέχρι τα τέλη των '80s και τις αρχές των '90s δεν είχε επιδιωχθεί τόσο επισταμένα. Στον νόμο του 1989 για την Μεταρρύθμιση της Υγείας, για παράδειγμα, οι νομοθέτες πρότειναν την εισαγωγή διαδικασιών για τη διασφάλιση της ποιότητας. Τελικά, υποχρεωτικές διαδικασίες για τη διασφάλιση, καθορίστηκαν στα κεφάλαια 135 – 137 του Πέμπτου Κοινωνικού Κώδικα, αλλά η εφαρμογή τους αφέθηκε στα χέρια των σωμάτων αυτοδιοίκησης, περιορίζοντας, έτσι, την αποτελεσματικότητα της υποχρέωσης από το νόμο. Το κεφάλαιο 135 περιέχει μια διάταξη που λέει ότι όλες οι νέες αλλά και οι παραδοσιακές μέθοδοι φροντίδας θα πρέπει να ελέγχονται για την αποτελεσματικότητά τους, τα οφέλη που προκύπτουν και την εξοικονόμηση πόρων που παρέχουν και ότι η έγκρισή τους θα γίνεται ανάλογα με τα αποτελέσματα των ελέγχων αυτών. Στον εξωνοσοκομειακό τομέα, καθορίζει ότι η Εθνική Ένωση Γιατρών, ( Union of Fund-Affiliated Physicians ) θα θεσπίζει οδηγίες για μέτρα διασφάλισης ποιότητας και διαδικασίες. Στον νοσοκομειακό τομέα, όλα τα εγκεκριμένα νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να διαμορφώσουν μέτρα διασφάλισης ποιότητας. Στην πραγματικότητα, εφαρμόζονται πολλά προγράμματα, τα οποία κυμαίνονται από κύκλους ποιότητας που οργανώνονται από γιατρούς και διαχείριση ποιότητας στα νοσοκομεία μέχρι πιστοποιήσεις από εξωτερικούς οργανισμούς. Αλλά τα προγράμματα αυτά που έχουν προκύψει κυρίως από μεμονωμένες πρωτοβουλίες, ποικίλουν στην ποιότητά τους και δεν ακολουθούν έναν ενιαίο προγραμματισμό. Για να αναβαθμίσει την διασφάλιση της ποιότητας, το Υπουργείο Υγείας έχει ιδρύσει και χρηματοδοτεί πιλοτικά προγράμματα για τη διασφάλιση της ποιότητας και στον εξωνοσοκομειακό και στον νοσοκομειακό τομέα. Αυτή τη περίοδο η German Medical Society συνεργάζεται με τις ενώσεις των Ταμείων για την ανάπτυξη μιας ειδικής διαδικασίας πιστοποίησης για νοσοκομεία. Επιπροσθέτως, η Μεταρρύθμιση της Υγείας 2000 προτείνει την θέσπιση πιο αυστηρών επιταγών για υποχρεωτική διαχείριση της ποιότητας για όλους τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας.

---

<sup>46</sup> Εμμανουηλία Γ. Μουστάκα, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, *Ανάλυση του Ασφαλιστικού Μηχανισμού του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας*, Πειραιάς, 2012, σ.22-25.

### 5.3 ΣΤΗΝ ΣΟΥΗΔΙΑ

Στη Σουηδία, οι νομικές διατάξεις οι οποίες ρυθμίζουν το Σύστημα Φροντίδας Υγείας, είναι θεσμοθετημένοι από τη Βουλή. Υπουργείο Υγείας δεν υπάρχει. Αντί αυτού, υπάρχει ένα Κοινωνικό και Ιατρικό συμβούλιο, σε Εθνικό επίπεδο, το οποίο έχει τον έλεγχο της λειτουργίας των 28 Νόμων -*landsting*- που το κύριο έργο τους είναι η οργάνωση των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας. Οι Νόμοι, μεταξύ των οποίων είναι ο Νόμος Dalarna, έχει πολύ μεγάλου βαθμού αυτοδιοίκηση και επάρκεια όσον αφορά στον τομέα φροντίδας υγείας εντός των ισχυόντων νομικών διατάξεων. Στην Σουηδία υπάρχουν τρία πολιτικά επίπεδα:

- η Βουλή,
- ο Νόμος, είναι 28 Νόμοι και
- η κοινότητα, που είναι περίπου 280 σε όλη τη χώρα.

Το κύριο έργο των αρχών του Νόμου είναι να παρέχει καλή φροντίδα υγείας. Ποσοστό 95% του προϋπολογισμού του διατίθεται για την υγεία. Είναι για τη λειτουργία των Νοσοκομείων και των Κέντρων Φροντίδας Υγείας. Οι κάτοικοι πληρώνουν 10-12% του εισοδήματός τους ως φόρο στη Νομαρχία.<sup>47</sup>

Στην Σουηδία όταν μιλάμε για Πρωτοβάθμια Υγείας εννοούμε την φροντίδα των εξωνοσοκομειακών κυρίως ασθενών από πλευράς πολιτείας. Διοικείται από Νομαρχιακά συμβούλια, όπως αυτό συμβαίνει και στα νοσοκομεία. Τα συμβούλια αυτά είναι ο εργοδότης του ιατρικού αλλά και του άλλου προσωπικού. Ο αριθμός του προσωπικού (ιατρικού και μη ιατρικού) σε κάθε κέντρο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ποικίλει. Αλλά μπορεί να εργάζονται από 1 έως 10 γιατροί, ο μέσος όρος όμως είναι 4 έως 5 άτομα ανά κέντρο. Ο γιατρός των κέντρων αυτών ονομάζεται «District Doctor» ή «Medical Officer», στα Ελληνικά αποδίδεται ως Γενικός Γιατρός. Ο Γενικός Γιατρός είναι υπεύθυνος για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και της πρόληψης μέσα σε ορισμένη γεωγραφική περιοχή και πληθυσμό. Βέβαια στο χώρο αυτό εργάζονται και γιατροί με άλλες ειδικότητες όπως Γυναικολόγοι-Μαιευτήρες και Παιδίατροι. Τα Νομαρχιακά συμβούλια έχουν σαν στόχο τη στελέχωση της χώρας με ένα γιατρό για κάθε περιοχή αποτελούμενη από

<sup>47</sup> Παν. Ν. Αδαμόπουλος, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Μια Σφαιρική Προσέγγιση*, Αθήνα, 1992, Εκδόσεις «Γρηγόριος Κ. Παρισινός», σ. 212-214..

2000 πληθυσμό. Δεν είναι υποχρεωτικό οι ασθενείς να επισκέπτονται πρώτα το γιατρό της περιοχής τους πριν συμβουλευτούν ένα γιατρό άλλης ειδικότητας.<sup>48</sup>

Μερικά κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αγροτικών περιοχών έχουν Ιδρύματα ηλικιωμένων κυρίων ασθενών, τους οποίους φροντίζει ο Γενικός γιατρός της περιοχής αντί να τον στείλει στο νοσοκομείο. Οι ακτινολογικές εξετάσεις γίνονται στα Νοσοκομεία μετά από παραπεμπτικό σημείωμα του Γενικού γιατρού της περιοχής. Αιμοληψία για εργαστηριακό έλεγχο του αίματος γίνεται στα Κέντρα Υγείας και οι εξετάσεις είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν σε εργαστήρια είτε του ίδιου κέντρου ή του Νοσοκομείου. Μόνο το 5-10% των ασθενών που συμβουλευόταν τον Γενικό γιατρό παραπέμπονται σε άλλους ειδικούς γιατρούς. Οι ασθενείς πληρώνουν ένα ποσό, το οποίο διαφέρει από επαρχία σε επαρχία για κάθε επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας. Το έργο του Γενικού γιατρού περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των συνηθισμένων οξέων και χρόνιων νοσημάτων, αλλά και την Παιδιατρική φροντίδα. Έχει την υπευθυνότητα, σε συνεργασία με την αδελφή νοσοκόμο, της κατ'οίκον νοσηλείας ασθενών. Το 90% των ιατρικών προβλημάτων του πληθυσμού καλύπτονται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στα κέντρα οι γιατροί μαζί με τις αδερφές νοσοκόμες, τους φυσιοθεραπευτές και άλλους που ασχολούνται με την υγεία αποτελούν μια μικρή ομάδα εργασίας, που καλύπτει τις ανάγκες υγείας συγκεκριμένου αριθμού ατόμων. Ο πληθυσμός ο οποίος εξυπηρετείται από κάθε Κέντρο Υγείας συνήθως είναι καθορισμένος, όπως και οι κοινωνικές υπηρεσίες. Έτσι η συνεργασία μεταξύ τους είναι εύκολη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν φαίνεται να έλκει τους γιατρούς αφού υπάρχουν περίπου 3.000 έμμισθες θέσεις εργασίας για γιατρούς Γενικής Ιατρικής από τις οποίες πολλές είναι κενές. Κανονικά πρέπει σε κάθε 2.000 κατοίκους να αντιστοιχεί ένας γιατρός. Για να επιτευχθεί όμως ο στόχος αυτός χρειάζονται ακόμα 2.000 γιατροί. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα αποτελεί την πρώτη επαφή, την πρώτη επικοινωνία τόσο του ατόμου όσο και του κοινωνικού συνόλου με το γιατρό για την επίλυση θεμάτων υγείας. Σε πολλές περιοχές είναι εξαιρετικά δύσκολο να προσληφθούν και να παραμείνουν Γενικοί γιατροί. Αυτό αποτελεί κύριο πρόβλ

ημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στη Σουηδία. Έτσι σε μερικές περιοχές παρατηρείται να υπάρχει ένας γιατρός για 10.000 κατοίκους πράγμα που δεν είναι ευχάριστο για τους γιατρούς. Όσον αφορά στο ποσοστό των γιατρών που εργάζονται

---

<sup>48</sup>

Στο ίδιο, σ. 199-201.

στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ανέρχεται σε 15% όλων των γιατρών της χώρας, ενώ το 10-15% του προϋπολογισμού υγείας διατίθεται για τις υπηρεσίες του χώρου αυτού. Σήμερα που οι οικονομικές δυνατότητες περιορίζονται όλο και περισσότερο αυξάνεται η εμπιστοσύνη του κοινωνικού συνόλου στο Γενικό γιατρό.<sup>49</sup>

#### **5.4 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΧΩΡΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Τα πιο κοινά θέματα υγείας σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες είναι η γήρανση των ευρωπαϊκών κοινωνιών, οι ανησυχίες για την αύξηση του κόστους και της ποιότητας της περίθαλψης και η ισχυρή επιθυμία για πρόσβαση στην περίθαλψη αυτή. Οι περισσότερες χώρες στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη βρίσκονται στη διαδικασία της αναμόρφωσης του συστήματος υγείας τους. Ενώ παρουσιάζονται πολλές πρωτοβουλίες σε τοπικό επίπεδο, η ιατρική περίθαλψη και η πολιτική για την υγεία συχνά δεν είναι προσανατολισμένη προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση ολοένα και περισσότερο μελετούν τις επιπτώσεις στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας. Μέσα από κατευθυντήριες γραμμές, διατάγματα και την κατανομή των επιδοτήσεων, δημιουργούνται ευκαιρίες για την βελτίωση των συστημάτων υγείας μέσω ενός κοινού οράματος. Συνοψίζοντας αναφέρουμε τα βασικότερα χαρακτηριστικά που συνθέτουν τις βέλτιστες συνθήκες οργάνωσης και λειτουργίας των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας που μελετήθηκαν πιο πάνω. Αυτά είναι:

- Αποκέντρωση, το σύστημα υγείας βρίσκεται κοντά στον πολίτη-χρήστη των υπηρεσιών.
- Γενικοί Γιατροί, Ομάδες Γενικών Γιατρών.
- Διαπραγματεύσεις και στοιχεία ελεγχόμενου ανταγωνισμού, σφαιρικοί προϋπολογισμοί.
- Διασφάλιση της ποιότητας, Οδηγίες, Δικαιώματα των ασθενών, νομική κάλυψη.

---

<sup>49</sup> Παν. Ν. Αδαμόπουλος, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Μια Σφαιρική Προσέγγιση*, Αθήνα, 1992, Εκδόσεις «Γρηγόριος Κ. Παρισινός», σ. 201-204..



Τα περισσότερα από αυτά τα στοιχεία, που χαρακτηρίζουν τις ευρωπαϊκές χώρες, στην χώρα μας είναι ελλιπή. Η μηχανική μεταφορά των παραπάνω τεχνικών και προτύπων στο Ελληνικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι άστοχη. Εκείνο που είναι απαραίτητο να γίνει, είναι η ανάδειξη των συγκριτικών πλεονεκτημάτων και η μετατόπιση των δραστηριοτήτων για την υγεία προς την κατεύθυνση των σύγχρονων τάσεων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ**

### **6.1 ΓΕΝΙΚΑ**

Το "Κέντρο Υγείας" είναι μικρή νοσηλευτική μονάδα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε μικρές κωμοπόλεις και χωριά της Ελλάδας. Ξεκίνησαν να κατασκευάζονται επί υπουργίας Γιωργίου Γεννηματά την δεκαετία 1981-90 (στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας) και συντέλεσαν στην βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης στην ύπαιθρο και στην εν μέρει αποσυμφόρηση των νοσοκομείων των πόλεων. Εφημερεύουν σε 24ωρη βάση, διαθέτουν μικρό αριθμό ειδικευμένων γιατρών, ιατρικά εργαστήρια και παρέχουν βραχεία νοσηλεία. Ένας από τους βασικούς στόχους του ΕΣΥ ήταν η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τη λειτουργία Κέντρων Υγείας αγροτικού ή αστικού τύπου, για την επί τόπου κάλυψη των αναγκών των πληθυσμών αυτών. Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νομαρχιακών Νοσοκομείων με άμεση επιστημονική, οργανωτική και χρηματοδοτική σύνδεση και έχουν ως στόχο:

- Την παροχή ισότιμης Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή.
- Τη νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
- Την παροχή πρώτων βοηθειών και τη νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, καθώς και τη διακομιδή των αρρώστων στο Νοσοκομείο.
- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη.

- Την επιδημιολογική και ιατροκοινωνική έρευνα.
- Την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- Την ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Σήμερα έχει αναγνωρισθεί ο ρόλος του Κέντρου Υγείας στην άσκηση υγειονομικής πολιτικής με επικέντρωση, στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης.<sup>50</sup>

## 6.2 ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Την σημερινή εποχή το υπουργείο υγείας επεξεργάζεται ένα πλαίσιο συγχωνεύσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, περιλαμβάνει συστεγασίες μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ με όμορα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ και στενή συνεργασία των γιατρών των αντίστοιχων μονάδων για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Το σχέδιο που εξετάζει το υπουργείο Υγείας βασίζεται αρχικά στη λειτουργική διασύνδεση 45-50 Κέντρων Υγείας (εκ των οποίων 11 είναι στην Αττική, 8 στη Θεσσαλονίκη και 6 στην Κρήτη) με μονάδες του ΕΟΠΥΥ που βρίσκονται σε κοντινή απόσταση. Ήδη, ο υπουργός Υγείας κ. Άδωνης Γεωργιάδης που πρόσφατα χαρακτήρισε ως «πρέπον» να συνδυαστούν τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ με άλλες δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έχει ζητήσει την δημοσίευση των στοιχείων προκειμένου να προχωρήσει άμεσα σε παρεμβάσεις. Η «συνεργασία» που αναφέρεται στο παραπάνω σχέδιο, αφορά κυρίως σε συστεγασίες υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) στα Κέντρα Υγείας, με ενδεικτικές περιοχές όπου θα μπορούσε να γίνει αυτό, το Κορωπί, το Λαύριο, το Μαρκόπουλο, την Ελευσίνα, τα Μέγαρα, τη Σαλαμίνα, τον Βύρωνα, το Κιάτο, τα Μουδανιά Χαλκιδικής κ.α. Σκοπός είναι να δημιουργηθούν μονάδες υγείας, το ωράριο λειτουργίας των οποίων θα είναι διευρυμένο σε σχέση με το τι ισχύει στα ιατρεία του ΙΚΑ, και συνεπώς με καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων.

Όπως ανέφερε ενδεικτικά στην «Κ» ο πρώην πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ κ. Γεράσιμος Βουδούρης, με τη συγχώνευση του πολυιατρείου Μαρκόπουλου και του

<sup>50</sup> [www.isth.gr/imagew/uploads/02.3\\_ ELLHNAS.pdf](http://www.isth.gr/imagew/uploads/02.3_ ELLHNAS.pdf).

Κέντρου Υγείας της περιοχής θα μπορούσε να δημιουργηθεί μία μονάδα με προσωπικό που θα κάλυπτε με επάρκεια 24ωρη λειτουργία, ακόμα και βραχεία νοσηλεία ασφαλισμένων. Επιπλέον, στο πλαίσιο της «συνεργασίας» προβλέπεται και η επιστημονική υποστήριξη των Κέντρων Υγείας από γιατρούς του ΕΟΠΥΥ σε ειδικότητες στις οποίες υπάρχει έλλειψη. Η δυνατότητα αυτής της συνεργασίας ΕΣΥ με γιατρούς του ΕΟΠΥΥ προβλέπεται και από τη νομοθεσία (σε νόμο του υπουργείου Υγείας για τις συγχωνεύσεις στην Πρόνοια) ωστόσο ουδέποτε ενεργοποιήθηκε από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Εκτός από την παροχή καλύτερων υπηρεσιών Υγείας στους ασφαλισμένους και την πιο ορθολογική διαχείριση προσωπικού, με τις συνενώσεις επιχειρείται και μείωση δαπανών που δίνονται για ενοίκια κτιρίων. Άλλωστε, όπως αναφέρουν στελέχη του υπουργείου Υγείας, τα παραδείγματα ιατρείων του ΕΟΠΥΥ με ελάχιστο προσωπικό, σε κτίρια με υψηλά ενοίκια και μόλις λίγα μέτρα απόσταση από Κέντρα Υγείας, είναι αρκετά.<sup>51</sup>

Τεράστιο κοινωνικό ζήτημα γεννιέται και έρχεται να πλήξει την Ελληνική Περιφέρεια. Τις απομακρυσμένες περιοχές, τα χωριά τις μικρές πόλεις, τον κάθε πολίτη βιοπαλαιστή που εξυπηρετούνταν δίπλα στο σπίτι του, σε Αγροτικό Ιατρείο ή σε Κέντρο Υγείας, που είχε δικαίωμα στην ιατροφαρμακευτική κάλυψη και συνεπώς δικαίωμα στη ζωή. Σήμερα βρίσκεται αντιμέτωπος με το χάος και την ανασφάλεια. Ο Υπουργός Υγείας Άδωνης Γεωργιάδης σύμφωνα με δημοσιεύματα που έχουν φουντώσει και επικαλούνται πηγές του Υπουργείου, βλέπει μπροστά του αριθμούς και σχεδιάζει μεγάλο κύμα κινητικότητας στην υγεία που θα έρθει να πλήξει δομές της τις πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Συνολικά όπως αναφέρουν πληροφορίες 10.000 εργαζόμενοι θα μπουν στο στόχαστρο και θα «παγώσουν» έως ότου ορισθεί η νέα τους θέση στο σύστημα. Θα μείνουν δηλαδή εκτός για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα με το 75% του μισθού τους και στη συνέχεια θα μετακινηθούν στο νέο τους πόστο, εάν βρεθεί... Εκείνοι που θα φύγουν πρώτοι θα προέρχονται από όσες μονάδες υγείας κλείσουν με τις σχεδιαζόμενες αλλαγές καθώς αυτό που ετοιμάζεται είναι να μπει λουκέτο στα πολυιατρεία και κέντρα υγείας που δεν έχουν δικό τους κτίριο και λειτουργούν σε νοικιασμένο. Στόχος να απαλλαγεί ο ΕΟΠΥΥ από τα υπέρογκα ενοίκια που σήμερα σε ετήσια βάση αγγίζουν τα 20 εκατ. ευρώ. Αμέσως μετά σειρά θα έχουν οι εργαζόμενοι που εργάζονται σε μονάδες που δεν καλύπτουν μεγάλο κομμάτι πληθυσμού. Εξάλλου η ανακατανομή του προσωπικού θα γίνει με

<sup>51</sup> [News.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w...1.../2012\\_497139](http://News.kathimerini.gr/4dcgi/_w...1.../2012_497139).

βάση γεωγραφικά κριτήρια. Αναμένεται να ενισχυθούν οι μονάδες που θα έχουν κεντρικό ρόλο και θα καλύπτουν μεγάλες περιφέρειες ενώ οι μικρότερες όπως είναι προφανώς τα Κέντρα Υγείας, είτε θα κλείσουν είτε θα διαθέτουν το απαραίτητο προσωπικό για την αντιμετώπιση των βασικών προβλημάτων υγείας. Έτοιμοι για «πόλεμο» οι κάτοικοι των περιοχών που λειτουργούν Κέντρα Υγείας, πολυιατρεία και Αγροτικά Ιατρεία. Σε καμία περίπτωση δεν θα αποδεχτούν να «χάσουν» τον γιατρό τους.<sup>52</sup>

### 6.3 ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Ο αρχικός σχεδιασμός των Κέντρων Υγείας καθόρισε τις περιοχές ευθύνης τους, ώστε κάθε ένα από αυτά να καλύπτει ένα πληθυσμό που, ανάλογα με τις ιδιομορφίες της περιοχής, να κυμαίνεται από 2.500 έως 35.000 κατοίκους. Το πλαίσιο στελέχωσης των Κέντρων Υγείας διέπεται από την αρχή ότι αυτά θα πρέπει να έχουν πολυδύναμο χαρακτήρα και να διαθέτουν το αναγκαίο προσωπικό για να λειτουργούν ως αυτοδύναμες μονάδες που θα καλύπτουν πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.<sup>53</sup> Από τον αρχικό σχεδιασμό των Κέντρων Υγείας μέχρι σήμερα επιχειρήθηκαν διάφορες οργανωτικές και διαχειριστικές παρεμβάσεις, μέσω μιας σειράς νομοθετημάτων και οργανωτικών ρυθμίσεων, χωρίς ωστόσο ουσιαστικά αποτελέσματα. Έτσι, η ΠΦΥ στο ΕΣΥ δεν έχει αποκτήσει τον ουσιαστικό ρόλο που προβλεπόταν από τις θεσμοθετημένες ρυθμίσεις και επιβάλλεται από τις σύγχρονες ανάγκες υγείας.

Η διοικητική διάρθρωση του προσωπικού των Κέντρων Υγείας περιλαμβάνει

- (α) την ιατρική υπηρεσία,
- (β) τη νοσηλευτική υπηρεσία,
- (γ) τη διοικητική υπηρεσία και

<sup>52</sup> [www.iatropedia.gr/articles/read/5156](http://www.iatropedia.gr/articles/read/5156) Oct 7,2013.

<sup>53</sup> Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας. 1985.

- (δ) τα τμήματα συναφών επαγγελματιών υγείας, όπως κοινωνικής προστασίας, φυσιοθεραπευτών, ιατρικών εργαστηρίων κ.ά., τα οποία εντάσσονται είτε στη νοσηλευτική, είτε στη διοικητική υπηρεσία. Στη νοσηλευτική υπηρεσία υπάγονται πλην των νοσοκόμων και οι επισκέπτες υγείας, οι μαιευτές και οι τραυματιοφορείς, ενώ στη διοικητική υπηρεσία υπάγονται το διοικητικό, το τεχνικό και το τμήμα επιστάσις (θυρωροί, καθαριστές, οδηγοί κ.λπ.).<sup>54</sup>

Με βάση τα στοιχεία του Χάρτη Υγείας του 2004, υπάρχουν 1.778 ιατροί που εργάζονται στα Κέντρα Υγείας της χώρας, από τους οποίους οι 358 είναι αγροτικοί ιατροί. Σύμφωνα, με νεώτερα στοιχεία του υπουργείου Υγείας (ΥΥΚΑ 2005), το σύνολο των αγροτικών ιατρών –που εργάζονται στη μεγάλη τους πλειοψηφία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη– είναι 1.922. Περίπου το 20% των ιατρών των Κέντρων Υγείας είναι γενικοί ιατροί (συμπεριλαμβανομένων όσων έχουν θέση αγροτικών), το 21,9% παθολόγοι (συμπεριλαμβανομένων όσων έχουν θέση γενικού ιατρού), το 17,3% οδοντίατροι, το 12% παιδίατροι, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 20% περίπου είναι αγροτικοί ιατροί. Ο αριθμός των γενικών ιατρών κρίνεται μικρός συγκριτικά με τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, όπου η πρωτοβάθμια περίθαλψη ασκείται σχεδόν αποκλειστικά από γενικούς ιατρούς.<sup>55</sup>

Η στελέχωση των Κέντρων Υγείας είναι ελλιπής, τόσο σε ιατρικό, όσο και σε νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνικό-υποστηρικτικό προσωπικό. Η μέση κάλυψη των συστημένων θέσεων ιατρικού προσωπικού στο σύνολο της χώρας το 2000 δεν ξεπερνούσε το 47%. Τα μεγαλύτερα ποσοστά κάλυψης των θέσεων ιατρικού προσωπικού παρατηρούνται στην Αττική με 74% και στην Υγειονομική Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας με 71%. Αντίθετα, σε άλλες περιοχές της χώρας, όπως για παράδειγμα στα Ιόνια Νησιά και στην Πελοπόννησο, η στελέχωση των προβλεπόμενων θέσεων ιατρικού προσωπικού δεν ξεπερνάει το 31%, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 2.2.3. (Θεοδώρου και συν. 2005). Όσον αφορά στο υπόλοιπο προσωπικό η κατάσταση φαίνεται να είναι ελαφρώς βελτιωμένη, αφού κατά μέσο όρο η κάλυψη των συστημένων θέσεων για το υπόλοιπο προσωπικό (νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό) ανέρχεται κατά μέσο όρο σε ποσοστό 54%.<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> Δ. Ανδριώτη...Τ. Φιλαλήτης, *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα, 1996, Εκδόσεις Θεμέλιο, σ. 163-165.

<sup>55</sup> Πηγή Υπουργείο Υγείας 2004.

<sup>56</sup> Urbact. Eu/...Healthy.../ Stratigiki\_tomeaYKA07-13\_VERSIONB\_31.1.07...

## 6.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η **Κοινωνική εργασία** είναι σύγχρονη κοινωνική επιστήμη και επάγγελμα που επιδιώκει την κοινωνική αλλαγή, την δικαιοσύνη και την κοινωνική πρόνοια. Η κοινωνική εργασία έχει διαφοροποιηθεί από τις άλλες κοινωνικές επιστήμες όπως η κοινωνιολογία, τόσο λόγω του εφαρμοσμένου χαρακτήρα της όσο και της συνεχούς εξειδίκευσης των κοινωνικών επιστημών στις αρχές του 20ου αιώνα. Μοιράζεται και δανείζεται θεωρίες ανθρωπολογίας, κοινωνικής ανάπτυξης, ιατρικής, κοινωνιολογίας, νομικής, οικονομίας, πολιτικών επιστημών, φιλοσοφίας, ψυχολογίας κ.α. Πιστεύεται ότι η Κοινωνική Εργασία πρωτοεμφανίστηκε εξαιτίας της ανάγκης αντιμετώπισης των προβλημάτων επιβίωσης που αντιμετώπιζαν άτομα και ομάδες εξαιτίας πολέμων, οικολογικών καταστροφών, αστικοποίησης, ή εκβιομηχάνισης, ωστόσο περιγράφονται εμπειρίες κοινωνικής εργασίας σε διάφορες χώρες από πολύ παλαιότερα. Για παράδειγμα, στην Ελλαδική ιστορία η κοινωνική εργασία έχει τις ρίζες στην Αρχαία Ελλάδα.<sup>57</sup>

Οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με τη φύση, την αιτιολογία και την επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικά αποκλεισμένες ή καταπιεζόμενες ομάδες του πληθυσμού, ανεξάρτητα από τις κοινότητες που ανήκουν. Ενδιαφέρονται για την επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων αποβλέποντας στην κοινωνική ευημερία και δικαιοσύνη. Ως εκ τούτου η κοινωνική εργασία σχετίζεται καθαρά με την πολιτική πράξη ως προς την εφαρμογή της. Μάλιστα μπορεί να αποσκοπεί πολλές φορές σε ριζικές, ριζοσπαστικές ή ακόμα και ανατρεπτικές αλλαγές προς όφελος των αδυνάτων. Ωστόσο, οι κοινωνικοί λειτουργοί στη χώρα μας συχνά εργάζονται στο δημόσιο τομέα που αυτό μπορεί να μπερδεύει ή ακόμα και να διακυβεύει τα συμφέροντα της κοινωνικής εργασίας και κατ' επέκταση του ευπαθούς πληθυσμού που εξυπηρετούν. Δηλαδή μπορεί να αναπτύσσονται πολιτικά θέματα στην κάθε κοινότητα (π.χ.

---

<sup>57</sup> Τεκούρα Άννα, «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα Δίκτυα Κοινωνικής Φροντίδας. Η Σύγχρονη Προσέγγιση στην Ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Συστημάτων Προστασίας Υγείας: Το Διεθνές Περιβάλλον και η Θέση της Ελλάδας», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα, 2003, σ.8.

κομματικές αντιπαραθέσεις, συμφέροντα της παρούσας διοίκησης κλπ) που παρεμποδίζουν το έργο και το σκοπό της κοινωνικής εργασίας.<sup>58</sup>

Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως οι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν εξατομικευμένη συμβουλευτική και παρέμβαση σε άτομα, οικογένειες, κοινωνικές ομάδες, οργανισμούς και κοινότητες. Συμβάλλουν στην ανάπτυξη κοινωνικής πολιτικής και στη βελτίωση των κοινωνικών προβλημάτων και την δημόσια υγεία. Χαρακτηριστικό γνώρισμα στην Ελλάδα, είναι πως οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται συχνά και με κοινότητες. Είτε αυτό είναι η κοινότητα ενός νοσοκομείου, των τσιγγάνων, των μεταναστών, των ατόμων με μαθησιακές και κινητικές δυσκολίες, των ανθρώπων που χρήζουν βοήθειας στο σπίτι κλπ.

Η προσφορά τους στην δημόσια υγεία είναι σημαντική καθώς:

- Διενεργούν κοινωνικές έρευνες σε συνεργασία με το Τμήμα Επιδοματικής Πολιτικής στα εξής θέματα: παροχή οικονομικής ενίσχυσης των οικονομικά αδυνάτων, υγειονομική περίθαλψη σε άτομα που δεν διαθέτουν τα οικονομικά μέσα για την κάλυψη της, σχετική μίσθωση ακίνητων, ρύθμιση διαφόρων θεμάτων κοινωνικής κατοικίας και επιβολή κυρώσεων για παραβάσεις της οικείας νομοθεσίας.

- Συνεργάζονται με το Τμήμα Κοινωνικής Ασφάλισης στα εξής θέματα: έκδοση πιστοποιητικών οικονομικής αδυναμίας, έκδοση βιβλιαρίων υγείας οικονομικά αδυνάτων, εισήγηση δωρεάν παραχώρησης της χρήσης οικημάτων λόγω απορίας ή για άλλους σοβαρούς λόγους, εμβολιασμούς. Αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής συνδρομής. Εισήγηση έκδοσης αποφάσεων παροχής κοινωνικής προστασίας.

- Ασκούν κοινωνική εργασία με άτομα, οικογένειες και κοινωνικές ομάδες κατόπιν αιτήματός τους.

- Λειτουργούν μονάδες συμβουλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης.

- Συνεργάζονται με τα γραφεία του Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής σε θέματα που αφορούν την Τρίτη Ηλικία, τα άτομα με αναπηρίες, τις πολιτικές ισότητας των φύλων, τους αλλοδαπούς, των πρόσφυγες, τους Ρομά.

- Διεξάγουν Κοινωνική Εργασία με τους τοπικούς φορείς και τα τοπικά ιδρύματα ανά δημοτική κοινότητα.

---

<sup>58</sup>

E-mail: [koin.ergasia@cityofathens.gr](mailto:koin.ergasia@cityofathens.gr)

- Προωθούν δράσεις ευαισθητοποίησης των επιχειρήσεων, για συνεργασία σε κοινωνικά θέματα.
- Μεριμνούν για την προώθηση και ανάπτυξη του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Οι υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας συνεργάζονται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων. Οι φτωχοί, οι μονογονικές οικογένειες, τα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα και οι μετανάστες που είναι εύάλωτοι στις ασθένειες, χρειάζονται φροντίδα. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι ψυχικά ασθενείς και οι χρονίως πάσχοντες χρειάζονται υπηρεσίες κοινωνικής στήριξης, αποκατάστασης και επανένταξης. Το Κέντρο Υγείας, που κατά βάση παρέχει την Πρωτοβάθμια Υγεία, απασχολεί Κοινωνικούς λειτουργούς που συνεργάζονται με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και παρέχει φροντίδα σε όσους ασθενείς την έχουν ανάγκη. Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας από παλιά είχαν την ευθύνη της καταπολέμησης των λοιμωδών νόσων και της πρόληψης των επιδημιών. Τα τελευταία χρόνια, έχουν επεκτείνει την ευθύνη τους στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη των χρόνιων νόσων που σχετίζονται με τις συνθήκες διαβίωσης, τις συνθήκες ζωής και με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που η Πρωτοβάθμια Υγεία έχει αναλάβει την ευθύνη εκτέλεσης προγραμμάτων παρέμβασης για την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup>

Δ. Ανδριώτη...Τ. Φιλαλήθης, *Η Πρωτοβάθμια...*, ό.π., σ.236-239.



## **B' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **7.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Βασικός σκοπός της μελέτης αυτής αποτελεί η συσχέτιση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται στο Κέντρο Υγείας Χάρακα στους επισκέπτες, τόσο με τους πόρους που προσφέρονται στο ιατρικό αυτό κέντρο, όσο και με τις εγκαταστάσεις, τις παροχές και το προσωπικό από άποψη κατάρτισης και εξυπηρέτησης. Μέσω αυτής της μελέτης θέλουμε να εξετάσουμε εάν οι άλλοτε επισκέπτες, άλλοτε ασθενείς αισθάνονται εμπιστοσύνη στο χώρο αυτό, κατά πόσο νιώθουν να εξυπηρετούνται οι ανάγκες τους, τη σχέση που έχουν με τους εργαζόμενους και αν οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός καλύπτουν τα περιστατικά τους.

#### **7.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

##### **Ερευνητική Υπόθεση**

Βασική ερευνητική μας υπόθεση είναι κατά πόσο η ποιότητα των υπηρεσιών στο Κέντρο Υγείας Χάρακα καλύπτει τις ανάγκες των χρηστών του.

##### **Βασικά Ερευνητικά Ερωτήματα**

1. Ενδιαφέρεται το Κέντρο Υγείας Χάρακα για τον ασθενή; Κατά πόσο αυτό αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά και στο χρονικό περιθώριο που υπόσχεται;
2. Οι εργαζόμενοι του Κέντρου Υγείας Χάρακα είναι πρόθυμοι να προσφέρουν την βοήθεια τους στον ασθενή και έχουν το χρόνο να ασχοληθούν μαζί του;
3. Παρέχονται γρήγορα οι κατάλληλες υπηρεσίες στο Κέντρο Υγείας ανάλογα με το πρόβλημα;
4. Πόσο άνετα, ασφαλή και προστατευμένοι αισθάνονται οι ασθενείς με το συγκεκριμένο προσωπικό και πόσο καταρτισμένο είναι από άποψη γνώσεων;

5.Ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το περιβάλλον και οι συνθήκες που επικρατούν στο Κέντρο Υγείας Χάρακα καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών;

### 7.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

Η ερευνητική στρατηγική μας είναι περιγραφική και αποτελεί μια εξαιρετικά διαδεδομένη μέθοδο της ποσοτικής έρευνας, παρουσιάζεται και συσχέτιση των στοιχείων για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Το ζητούμενο στις περιγραφικές έρευνες περιορίζεται, κυρίως, στην καταγραφή των διαφόρων εκφάνσεων του φαινομένου καθώς και στην αναζήτηση και στον εντοπισμό γενικών τάσεων και πιθανών σχέσεων των μεταβλητών του ερευνητικού προβλήματος. ( Δαρβίρη, 2009 ).

### 7.4 ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ- ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το Κέντρο Υγείας Χάρακα βρίσκεται στο χωριό Χάρακας του δήμου Αρχανών-Αστερουσίων στο νομό Ηρακλείου και εποπτεύεται από το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο. Άρχισε να λειτουργεί στις 10/5/1989 και σε αυτό υπάγονται τα περιφερειακά ιατρεία: Πύργου, Μεσοχωριού, Τεφελίου, Μεταξοχωριού και Ασημίου Εξυπηρετεί 12.284 άτομα σύμφωνα με την απογραφή πληθυσμού του 2001. **Στοιχεία επικοινωνίας: Διεύθυνση:** Χάρακας Μονοφατσίου, Τ.Κ. 70010 **Τηλέφωνο:** 28933-40000 **URL:** <http://www.hc-crete.gr/ky-charakas> **Email:** [kych@kycharakas.gr](mailto:kych@kycharakas.gr)

Το Κέντρο Υγείας Χάρακα εποπτεύεται από το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, από το οποίο απέχει 40,8 Km με μέσο χρόνο πρόσβασης 47 λεπτά. Το Κέντρο προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον πληθυσμό ευθύνης του. Γεωγραφικά, στην περιοχή ευθύνης του εντάσσονται οι δήμοι:

1. Αστερουσίων: (Δημοτικά Διαμερίσματα: Πύργου,Χάρακα, Εθιάς, Λιγορτύνου, Αχεντριά, Μεσοχωριού, Τεφελίου, Χαρακίου, Παρανύμφων και Πραιτορίων).
2. Κόφινα: (Δημοτικά Διαμερίσματα: Ασημίου, Σοκαρά, Λουρών, Διονυσίου, τόλων, Άνω Ακρίων, Στερνών και Σταβιών) και

3. Ν. Καζαντζάκη (Δημοτικά Διαμερίσματα: Μεταξοχωρίου και Δαμανίων).<sup>60</sup>

Στο Κέντρο Υγείας Χάρακα λειτουργούν ιατρεία διαφόρων ειδικοτήτων για την προσφορά πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει εποπτικά τα ιατρεία που λειτουργούν στο Κέντρο Υγείας Χάρακα και το αντίστοιχο ωράριο λειτουργίας. Στο Κέντρο Υγείας Χάρακα λειτουργεί Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας.

Ιατρείο	Ωράριο Λειτουργίας
Γενικής Ιατρικής/Παθολογικό	Ενεργής Εφημερίας
Οδοντιατρικό	Ωράριο 8πμ έως 2μμ και Μικτής Εφημερίας
Παιδιατρικό	Ωράριο 8πμ έως 2μμ και Μικτής Εφημερίας
Χειρουργικό	

Επίσης, στα Τακτικά Ιατρεία του Κέντρου Υγείας δεν λειτουργεί σύστημα ορισμού ραντεβού. Τα εργαστήρια που λειτουργούν στο Κέντρο Υγείας είναι: Μικροβιολογικό και Ακτινολογικό. Στα πλαίσια των δραστηριοτήτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πραγματοποιούνται επίσης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Κέντρου Υγείας κατ' οίκον επισκέψεις. Οι επισκέψεις αυτές γίνονται από γιατρούς ή από επισκέπτες υγείας, μαίες, κοινωνικούς λειτουργούς κτλ του Κέντρου Υγείας σε άτομα που δεν μπορούν να προσέλθουν στο Κέντρο Υγείας λόγω κατάκλισης, κινητικών προβλημάτων ή μη ύπαρξης συγγενικών προσώπων. Στο Κέντρο Υγείας Χάρακα δραστηριοποιείται ιατρικό προσωπικό των παρακάτω ειδικοτήτων:

- Αγροτικός Ιατρός
- Γενικός Ιατρός
- Μικροβιολόγος
- Οδοντίατρος

<sup>60</sup> Παν. Ν. Αδαμόπουλος, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Μια Σφαιρική Προσέγγιση*, Αθήνα, 1992, Εκδόσεις «Γρηγόριος Κ. Παρισιανός», σ. 103-104.

- Παιδίατρος
- Γενικός Ιατρός σε θέση Αγροτικού

Υποστηρικτικό έργο προσφέρει ένα σύνολο άλλων επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται στο Κέντρο Υγείας Χάρακα. Ειδικότερα, οι ειδικότητες που υπάρχουν στο Κέντρο Υγείας είναι: Νοσηλεύτης/τρια και Παρασκευαστής.<sup>61</sup>

Το πεδίο μελέτης μας είναι οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας του Κέντρου Υγείας Χάρακα, που ο πληθυσμός ευθύνης του ανέρχεται σε 12284 άτομα. Γεωγραφικά, στην περιοχή ευθύνης του εντάσσεται ο Δήμος Αρχανών- Αστερουσίων που περιλαμβάνει τα χωριά :Χάρακας, Πύργος, Εθιά, Λιγόρτυνος, Αχεντριάς, Μεσοχωριό, Τεφέλι, Χαράκι, Παρανύμφοι, Πραιτόρια, Ασήμι, Σοκαρά, Λούρες, Στέρνες, Μεταξοχώρι, Δαμάνια, Τόλοι, Άνω Άκρια, Διονύσι και Στάβοι.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούν οι χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Κέντρου Υγείας Χάρακα, άνω των 18 ετών.

## 7.5 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Η έρευνα διεξήχθη με τη χρήση της ποσοτικής μεθόδου, λόγω της σχετικής δυνατότητάς της να οδηγεί σε γενικεύσιμα δεδομένα. Η μέθοδος αυτή, θα οδηγεί στη στατιστική ανάλυση, η οποία απαιτεί την ύπαρξη ποσοτικού δείγματος, προϋποθέτει τη συλλογή ερευνητικού υλικού και βασίζεται στη μέτρηση οποιασδήποτε ερευνητικής πληροφορίας σε αριθμό που βασίζεται σε στατιστική – μαθηματική ανάλυση. ( Δαρβίρη, 2009). Ο αριθμός των ερωτώμενων θα είναι υψηλός.

## 7.6 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της πτυχιακής είναι το ερωτηματολόγιο από τη Διατριβή επιπέδου Μάστερ από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με τίτλο: «Διοίκηση μονάδων υγείας με βάση τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας: Η περίπτωση μελέτης ενός Κέντρου Υγείας αγροτικής

<sup>61</sup> [www.hc-crete.gr/xarths/monada\\_ky.asp?mon=3](http://www.hc-crete.gr/xarths/monada_ky.asp?mon=3)

περιοχής». (Χαραυγή, 2011). Το ερωτηματολόγιο στη συγκεκριμένη Διατριβή είναι μεταφρασμένο. Η κύρια πηγή μας είναι από το SERVQUAL, το οποίο είναι ένα θεωρητικό μοντέλο της ποιότητας των υπηρεσιών των Parasuraman, Berry & Zeithaml (1985) που προσπαθεί να ελέγξει τις αντιλήψεις των πελατών σχετικά με την ποιότητα υπηρεσιών, να προσδιορίσει τα αίτια όπου υπάρχουν ελλείμματα στην ποιότητα και να λάβει τα κατάλληλα μέτρα έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών.

## 7.7 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο, χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να πραγματοποιηθεί έλεγχος των παραγόντων που επηρεάζουν κάθε διεργασία όπως είναι το ανθρώπινο δυναμικό, οι μέθοδοι εκτέλεσης αυτών, ο εξοπλισμός που θα χρησιμοποιηθεί και η εισροή πληροφόρησης, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ποιοτική φροντίδα. Έτσι, ο έλεγχος αυτός αποδεικνύει την αξία εφαρμογής της ποιοτικής φροντίδας, ελέγχει την επίτευξη των αναμενόμενων αποτελεσμάτων και αιτιολογεί την αποδοτικότητα της εφαρμογής. Το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε στις ανάγκες της δικής μας έρευνας όσον αφορά το δείγμα, το πεδίο της έρευνας και τις υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, οι “προσωπικές πληροφορίες” στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο βρίσκονταν στο τέλος ενώ στο δικό μας τις βάλαμε στον πρώτο άξονα κάνοντας κάποιες μικρές αλλαγές στη διατύπωση των ερωτήσεων (φύλο, ηλικία, υπηκοότητα) και αφαιρέσαμε την ερώτηση (αριθμός ατόμων που ζουν μαζί σας και το μηνιαίο εισόδημα). Στον άξονα “συναισθηματική κατανόηση” αφαιρέσαμε την ερώτηση (το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα δείχνει σ’ εμένα ξεχωριστή προσοχή) καθώς επίσης και την ερώτηση (οι ώρες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Χάρακα εξυπηρετούν απόλυτα) και την βάλαμε στον άξονα “απτότητα”. Στην ερώτηση (οικογενειακή κατάσταση) προσθέσαμε «χήρος», «διαζευγμένος». Όσον αφορά την (εκπαίδευση), αλλάξαμε τις κατηγορίες «βασική», «μέση», «ανώτερη», «ανώτατη», «μεταπτυχιακό» και βάλαμε «απόφοιτος Δημοτικού», «απόφοιτος Γυμνασίου», «απόφοιτος Λυκείου ή εξατάξιου Γυμνασίου», «απόφοιτος Τεχνικής/ Πανεπιστημιακής σχολής». Επιπλέον, προσθέσαμε επάγγελμα, τόπος διαμονής (ανοιχτή ερώτηση), ασφαλιστική κάλυψη με τις εξής κατηγορίες: «Δημόσιο», «ΙΚΑ», «ΟΓΑ», «ΤΕΒΕ», «ΤΣΜΕΔΕ», «ιδιωτική ασφάλιση», «άλλη (παρακαλώ αναφέρετε)». Τέλος, στον άξονα “Απτότητα” και

συγκεκριμένα στην τελευταία ερώτηση αφήσαμε τον ερωτώμενο να εκφράσει ελεύθερα την άποψή του χωρίς περιορισμούς.

#### Άξονες ερωτηματολογίου –Θεματικές Ενότητες

- 1.Προσωπικές ερωτήσεις
- 2.Αξιοπιστία
- 3.Ανταπόκριση
- 4.Ασφάλεια
- 5.Συναισθηματική κατανόηση
- 6.Απτότητα

Ο άξονας « Προσωπικές ερωτήσεις» αναφέρεται κυρίως στα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, υπηκοότητα, εκπαίδευση, επάγγελμα, ασφαλιστική κάλυψη και τόπο διαμονής). Ο άξονας « Αξιοπιστία» αναφέρεται στο κατά πόσο το Κέντρο Υγείας Χάρακα ενδιαφέρεται για τα προβλήματα των εξυπηρετούμενων, αν αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά και αν οι υπηρεσίες παρέχονται στο χρονικό διάστημα που ειπώθηκε. Ο άξονας « Ανταπόκριση» αναφέρεται στο κατά πόσο το προσωπικό του Κέντρου Υγείας είναι πρόθυμο να ανταποκριθεί στις ανάγκες- απαιτήσεις των εξυπηρετούμενων. Ο άξονας « Ασφάλεια» περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την εμπιστοσύνη, τη σιγουριά, την ευγένεια και τις γνώσεις του προσωπικού του Κέντρου υγείας. Δηλαδή κατά πόσο οι εξυπηρετούμενοι μπορούν να νιώσουν σιγουριά, εμπιστοσύνη και ασφάλεια απέναντι στο προσωπικό. Ο άξονας « Συναισθηματική κατανόηση» αναφέρεται στο κατά πόσο το Κέντρο Υγείας αντιμετωπίζει τα προβλήματα των ασθενών σαν ξεχωριστές περιπτώσεις, δίνει προτεραιότητα στα συμφέροντά τους και κατά πόσο αντιλαμβάνεται τις ανάγκες τους. Τέλος ο άξονας « Απτότητα» αναφέρεται στον εξοπλισμό, τις εγκαταστάσεις, το προσωπικό και τις ώρες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας.

## **7.8 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ**

Θα πραγματοποιηθεί δείγμα ευκολίας, είναι μια επιλογή ενός δείγματος κατά την οποία κάθε μέλος του πληθυσμού έχει γνωστή πιθανότητα να περιληφθεί στο δείγμα και η πιθανότητα αυτή είναι ίδια για όλα τα μέλη του πληθυσμού. ( Δαρβίρη, 2009). Όσον αφορά τον πληθυσμό, παραμένει άγνωστος ο τρόπος προσδιορισμού

του γι' αυτό και ο υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος θα γίνει με το διάστημα εμπιστοσύνης. Ως προς τα χαρακτηριστικά του δείγματος, για να μπορούν να είναι τα αποτελέσματά μας αντικειμενικά θα χρησιμοποιήσουμε γνωρίσματα όπως το φύλο και την ηλικία (θα μελετήσουμε ένα φάσμα ηλικιών από 18 και άνω).

Στη δική έρευνα, θα πραγματοποιηθεί στο Κέντρο Υγείας Χάρακα. Πρώτο μας βήμα είναι να γνωστοποιήσουμε τόσο στο προσωπικό όσο και στους χρήστες το σκοπό της έρευνας μας και έπειτα θα μοιράσουμε στους χρήστες το ερωτηματολόγιο, που θα συμπληρωθεί πρόσωπο με πρόσωπο, μεταξύ των ερωτώμενων (οι εξυπηρετούμενοι του Κέντρου Υγείας) και των σπουδαστών. Στη συνέχεια θα πραγματοποιηθούν καθημερινές επισκέψεις στο Κέντρο Υγείας οι οποίες θα διαρκέσουν περίπου ένα μήνα.

## **7.9 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ**

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSS “Statistical Package for the Social Science”, το οποίο είναι ένα στατιστικό πακέτο ανάλυσης δεδομένων το οποίο μας προσφέρει δυνατότητες για δημιουργία αναφορών, ανάλυσης δεδομένων και γραφική αναπαράστασή τους. Θα γίνει συσχέτιση των μελών, μεταξύ της συχνότητας που τα μέλη λαμβάνουν τις υπηρεσίες σε σχέση με το φύλο και την ηλικία. Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε είναι ο pearson correlation γιατί οι μεταβλητές μας είναι ποσοτικές. Η συχνότητα μας ενδιαφέρει γιατί ο pearson correlation που χρησιμοποιήσαμε μετράει τη μορφή των συχνοτήτων. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε και ο στατιστικός έλεγχος t-test καθώς μετράει τον μέσο όρο και χρειάστηκε προκειμένου να βγάλουμε χρήσιμα συμπεράσματα για την ηλικία. Εκτός όμως από την ανάλυση της επισκεψιμότητας των εξυπηρετούμενων στο Κέντρο Υγείας αξιολογήσαμε και την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχονται. Ο βαθμός της ποιότητας διαφαίνεται από μια κλίμακα ικανοποίησης που κλήθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια οι εξυπηρετούμενοι. Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα αυτή είναι η ακόλουθη: «Διαφωνώ απόλυτα», «Διαφωνώ», «Δεν είμαι σίγουρος/η», «Συμφωνώ», «Συμφωνώ απόλυτα». Καταλήξαμε λοιπόν στο ότι αυτή η στατιστική ανάλυση μας βοήθησε να βγάλουμε συμπεράσματα για την αξιολόγηση της

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους εξυπηρετούμενους με βάση την ικανοποίησή τους .

## **7.10 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Κατά τη διάρκεια της έρευνας δεν προέκυψαν ιδιαίτερες δυσκολίες πέραν των οικονομικών και της μετακίνησής μας, λόγω της μεγάλης απόστασης που υπάρχει ανάμεσα στον τόπο διαμονής μας και στο πεδίο μελέτης. Παρόλα αυτά ήμασταν ενήμερες για το ότι η πραγματοποίηση ερευνών αποτελεί δαπανηρή διαδικασία.

Ακόμη, κάτι το οποίο μας προβλημάτισε ήταν το γεγονός ότι ίσως πολλοί από τους ερωτηθέντες, λόγω της βιασύνης τους, να συμπλήρωσαν γρήγορα τα ερωτηματολόγια και να μην έδωσαν την κατάλληλη προσοχή στις ερωτήσεις, με αποτέλεσμα πιθανώς λανθασμένα αποτελέσματα. Έτσι κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τους ερωτηθέντες βρισκόμασταν παρούσες έτσι ώστε να μας υποβάλουν και οποιαδήποτε απορία τους γεννιόνταν τη συγκεκριμένη στιγμή.

## **7.11 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

Σύμφωνα με την Παπανικολάου (2007) η ηθική είναι ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της έρευνας στο χώρο της υγείας. Σημαντική διάσταση της ηθικής στην έρευνα είναι η αύξηση των πιθανοτήτων να αποφευχθούν επιβλαβείς ή επικίνδυνες για την ζωή των υποκειμένων συνθήκες.

Μερικά ηθικά ερωτήματα, τα οποία προκύπτουν από την έρευνα και τα οποία απαντήθηκαν είναι τα εξής:

- 1.Υπάρχει ηθικά δικαιολογημένη αιτία για την έρευνα;
- 2.Υπάρχει λογική προσδοκία, ότι η έρευνα θα προσφέρει τη γνώση που αναζητήθηκε;



3.Είναι απόλυτα απαραίτητη η χρησιμοποίηση ανθρώπων;

4.Έχουν πληροφορηθεί τα υποκείμενα της έρευνας για το σκοπό και τα οφέλη της; Έχει εξασφαλιστεί η συγκατάθεση και η εθελοντική συμμετοχή τους;

5.Έχει μελετηθεί η αναλογία του οφέλους, ως προς τους κινδύνους που διατρέχουν τα υποκείμενα, κατά τη διάρκεια της έρευνας;

Προκείμενου η έρευνά μας να έχει ηθική υπόσταση, απαντήσαμε στα παραπάνω ηθικά ζητήματα. Ο λόγος για τον οποίο πραγματοποιείται η συγκεκριμένη έρευνα είναι κατά κύριο λόγο εκπαιδευτικός για την διαδικασία της εκπόνησης πτυχιακής εργασίας. Επίσης, η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών του Κέντρου Υγείας Χάρακα του δήμου Αρχανών Αστερουσίων είναι σημαντική γιατί μπορεί να φάνει χρήσιμη και να συμβάλλει στο σχεδιασμό και σε πιθανές μελλοντικές αλλαγές με την κατάλληλη αξιοποίηση των αποτελεσμάτων από τους επαγγελματίες. Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας συμπεριλαμβάνουν τους δείκτες της δομής, της διαδικασίας και του αποτελέσματος (επικοινωνία, ασφάλεια, ανταπόκριση, αξιοπιστία, επαγγελματική πίστη, ευγένεια, κατανόηση και ικανότητα). Σκοπός της έρευνας είναι να ελέγξουμε αν τα χαρακτηριστικά αυτά αποδίδονται πλήρως. Άρα υπάρχει ηθικά δικαιολογημένη αιτία για την έρευνα.

Η αξιολόγηση λοιπόν θα γίνει με βάση τους παραπάνω δείκτες. Έτσι, μέσα από τη διαδικασία αυτή θα προκύψουν νέα δεδομένα μέσα από τη συλλογή των απόψεων των χρηστών για το πώς βλέπουν τις υπηρεσίες που τους παρέχονται. Αυτό μπορεί να είναι και ένας λόγος που να οδηγήσει σε προβληματισμό και συζήτηση τους επαγγελματίες και το προσωπικό για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεδομένου βέβαια ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί ανάλογη έρευνα στο παρελθόν.

Σημαντικό κομμάτι στην έρευνά μας είναι η άποψη των χρηστών προκειμένου να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες που τους παρέχονται και να εκτιμηθούν βάση της ικανοποίησης τους και της αποτελεσματικότητας που έχουν στην υγεία τους. Άλλο ένα ηθικό ζήτημα που ανακύπτει είναι η εξασφάλιση της τεκμηριωμένης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων γιατί χωρίς αυτή τη συγκατάθεση δεν θα μπορούσαμε να πραγματοποιήσουμε την έρευνα καθώς καταπατούνται τα ανθρώπινα δικαιώματα και ο σεβασμός προς το πρόσωπό τους. Για την πραγματοποίηση και διεξαγωγή της έρευνας απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συγκατάθεση των υπεύθυνων επαγγελματιών με γραπτή αίτηση για χορήγηση της άδειας από τον Διευθυντή του Κέντρου Υγείας η από την 7 η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, όπως επίσης και η συναίνεση των χρηστών, η οποία θα εξασφαλίζεται με τη χορήγηση ενημερωτικού

εντύπου όπου θα αναγράφεται ο σκοπός της έρευνας. Τα υποκείμενα της έρευνας δεν διατρέχουν κανένα κίνδυνο. Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών γίνεται για δικό τους όφελος προκειμένου να διορθωθούν πιθανά προβλήματα τα οποία δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. (Παπανικολάου, 2007

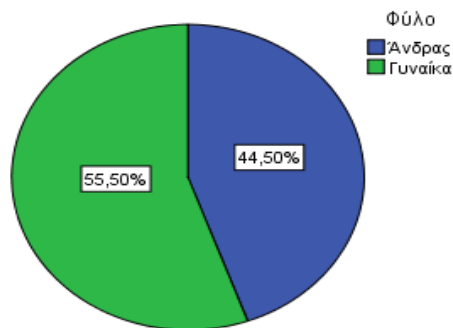
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 8.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

#### Προσωπικές Πληροφορίες

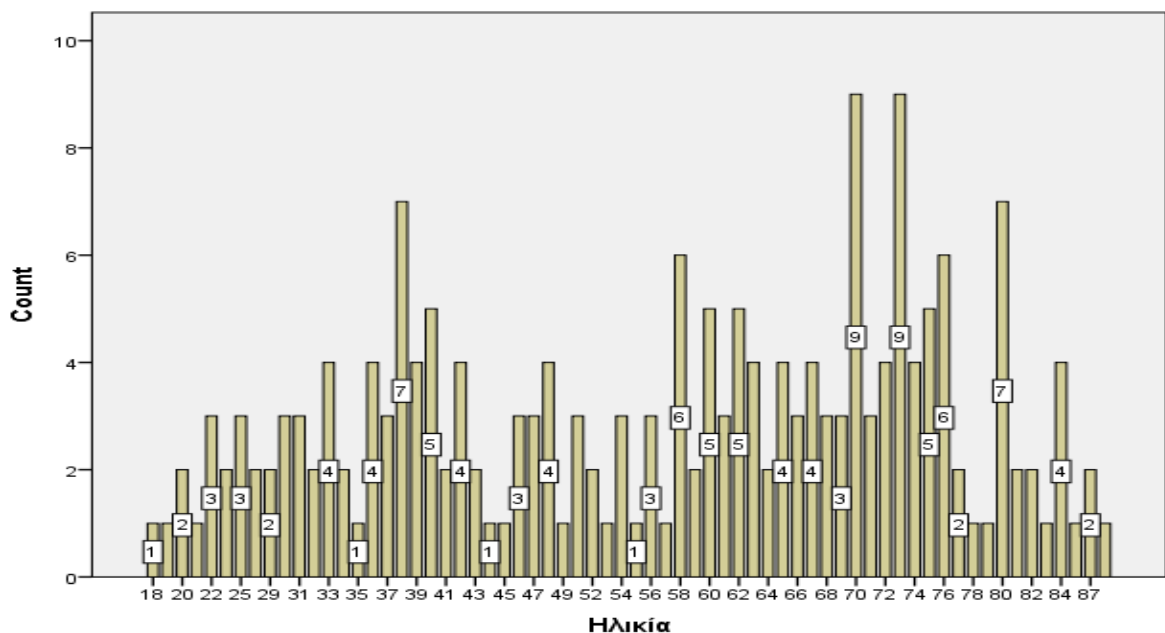
Στον παρόν τμήμα παρουσιάζονται στοιχεία με τρόπο περιγραφικό όσον αφορά τα δημογραφικά του δείγματος.

Από τους 200 ερωτώμενους που συμμετείχαν στο δείγμα της έρευνας η πλειοψηφία με ποσοστό 55,5 % ήταν οι γυναίκες, ενώ οι άνδρες τους δείγματος ήταν σε χαμηλότερο ποσοστό με 44,5 %. (Γραφ.1)



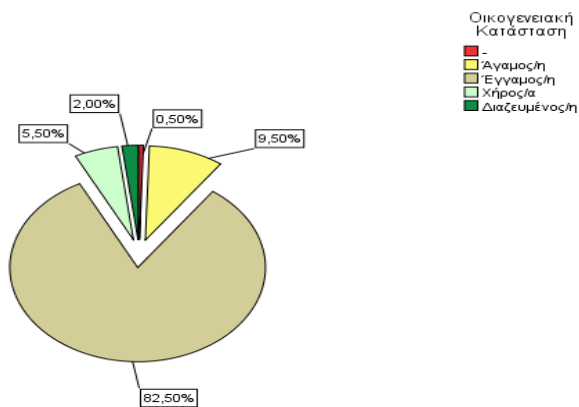
*Γράφημα 1. Φύλο δείγματος*

Όσον αφορά την ηλικία των ερωτηθέντων οι περισσότεροι ανήκουν μεταξύ 36-42 ετών, 58-67 ετών και 70-80 ετών. (Γραφ.2)



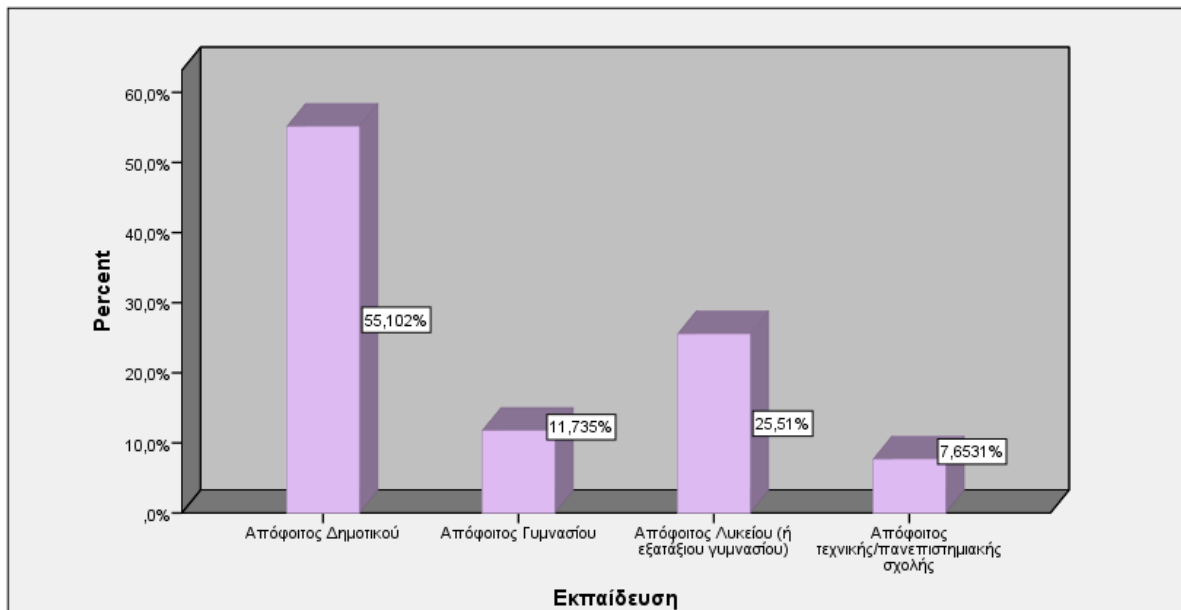
*Γράφημα 2. Ηλικία του δείγματος*

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, όπως παρατηρούμε στο Γράφημα 3 τα περισσότερα άτομα δήλωσαν ότι είναι έγγαμοι/έγγαμες με ποσοστό 82,5 %, το 9,5 % των ερωτώμενων δηλώσαν άγαμοι/άγαμες, 5,5% των ερωτηθέντων είναι χήροι/ες, οι διαζευγμένοι/ διαζευγμένες είναι το 2,0 % του δείγματος ενώ το 0,5 % των ερωτηθέντων δεν απάντησαν στο σχετικό ερώτημα.(Γραφ.3).



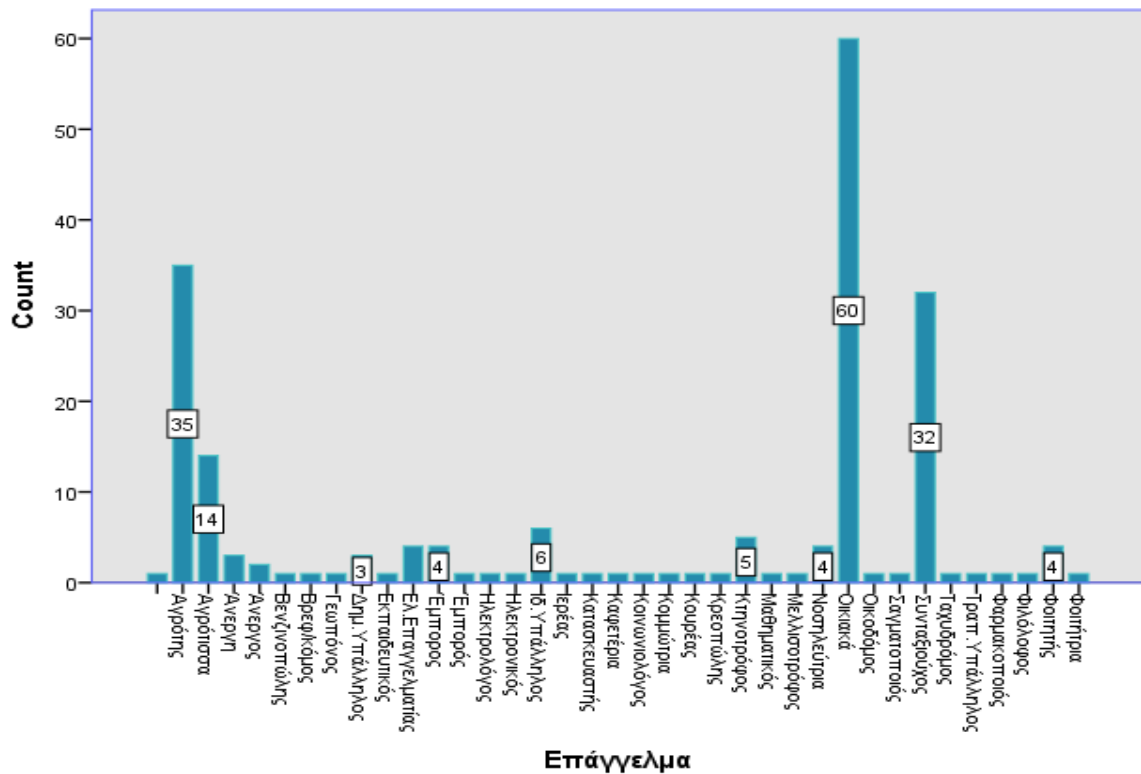
**Γράφημα 3. Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος.**

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτώμενων με πίνακα συχνότητας και έπειτα με διάγραμμα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες με ποσοστό 54% δηλώνουν ότι είναι απόφοιτοι Δημοτικού ενώ αξιόλογο ποσοστό παρατηρείται για τους απόφοιτους Λυκείου με 11,5% και Γυμνασίου με 11,5%. Επίσης, ένα ποσοστό της τάξης του 7,5% δηλώνει ότι απόφοιτος τεχνικής/πανεπιστημιακής σχολής. Τέλος, τέσσερα άτομα εκ των ερωτηθέντων δεν απάντησαν στην σχετική μας ερώτηση . (Γραφ.4).



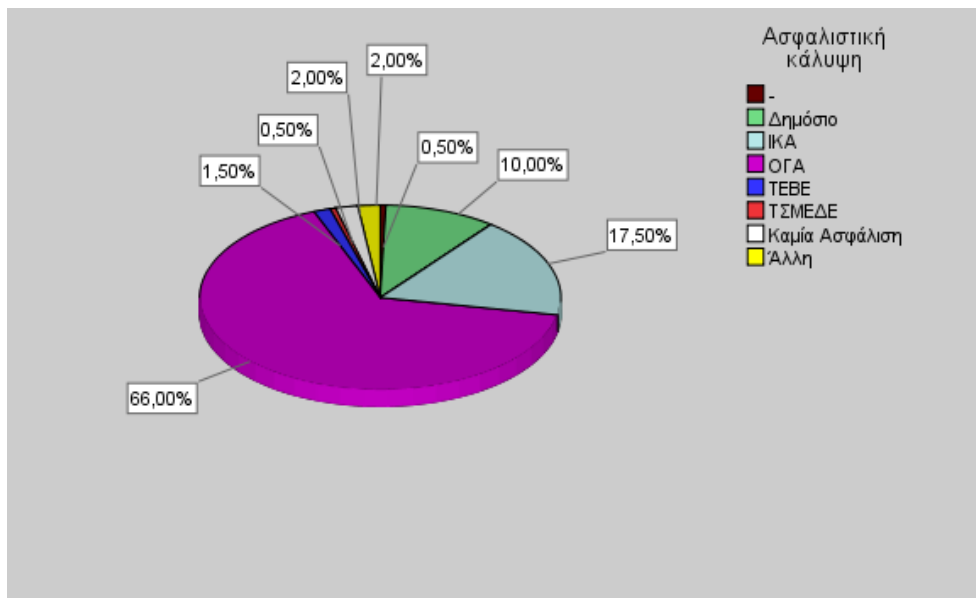
**Γράφημα 4. Η εκπαίδευση του δείγματος**

Στην πορεία μπορούμε να παρατηρήσουμε την επαγγελματική δραστηριότητα του δείγματος μέσα από το παρακάτω διάγραμμα ράβδων όπου παρατηρούμε πως οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες μας απασχολούνται στα οικιακά με σύνολο ατόμων 60 και έπειτα οι περισσότεροι από τους υπολοίπους απασχολούνται στον αγροτικό τομέα ή είναι συνταξιούχοι με αριθμό ατόμων 35 και 32 αντίστοιχα. (Γραφ.5).



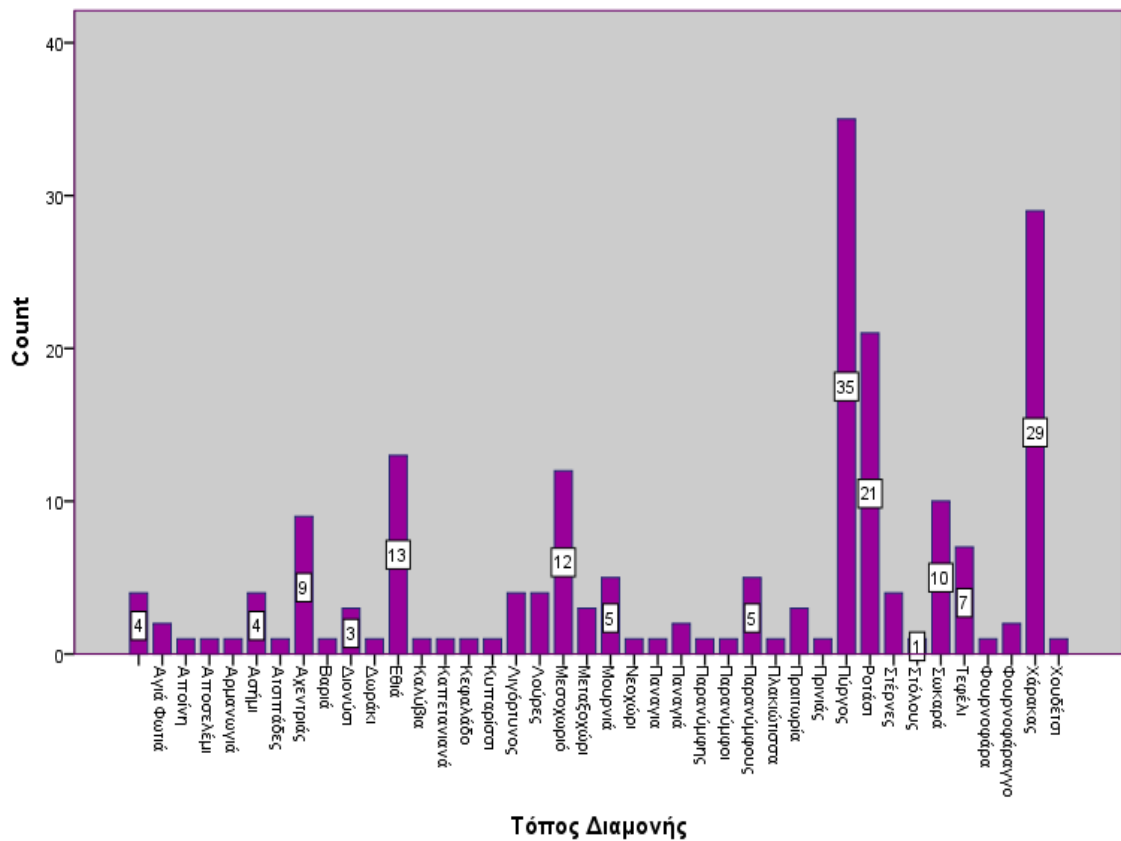
### **Γράφημα 5. Η επαγγελματική δραστηριότητα του δείγματος**

Στην πορεία της έρευνας μας στην κατηγορία των προσωπικών πληροφοριών μελετάμε την ασφαλιστική κάλυψη των ερωτηθέντων, παρατηρώντας πως οι περισσότεροι από αυτούς και με πολύ υψηλό ποσοστό 66% καλύπτονται από το ασφαλιστικό φορέα του ΟΓΑ, έπειτα από το ταμείο του ΙΚΑ και Δημοσίου με ποσοστό 17,5% και 10% αντίστοιχα. Ένα 2% δεν καλύπτεται από κανένα ταμείο όπως επίσης και ένα επιπλέον 2% καλύπτεται από διαφορετικό φορέα όπως για παράδειγμα ο Οίκος Ναύτου ή διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση. Σε ποσοστό 1,5% ανέρχονται οι ασφαλισμένοι του ΤΕΒΕ, σε ποσοστό 0,5% εκείνοι του ΤΣΜΕΔΕ, όπως επίσης και εκείνοι που δεν απάντησαν στην σχετική ερώτηση. (Γραφ.6).



**Γράφημα 6. Η Ασφαλιστική κάλυψη του δείγματος**

Ο τύπος διαμονής του δείγματός μας παρουσιάζεται στο παρακάτω ραβδόγραμμα όπου παρατηρούμε πως οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες κατοικούν στον Πύργο (35 άτομα) και στον Χάρακα (29 άτομα). Μεγάλος αριθμός ατόμων κατοικεί επίσης στο Ροτάσι, στην Εθιά, στο Μεσοχωριό και στο Σωκαρά (Γραφ.7).



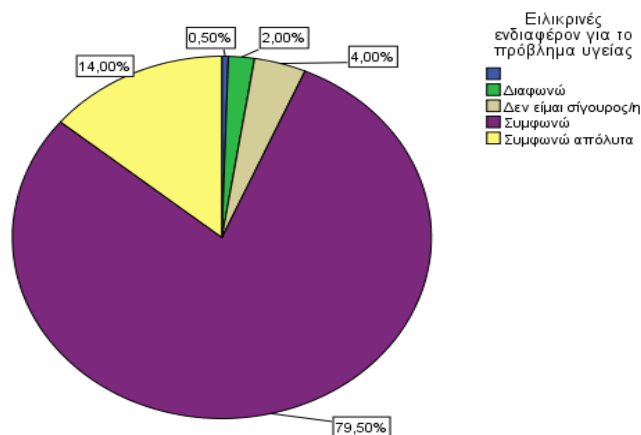
**Γράφημα 7. Τόπος Διαμονής του δείγματος**

### Αξιοπιστία

Στην συνέχεια μελετάμε το Κέντρο Υγείας Χάρακα ως προς την αξιοπιστία του. Στο ερωτηματολόγιο μας για αυτήν την κατηγορία ερωτήσεων όπως και για τις υπόλοιπες του ερωτηματολογίου, για κάθε ερώτηση κατηγοριοποιήσαμε τις απαντήσεις όπου:

- 1: Διαφωνώ απόλυτα
- 2: Διαφωνώ
- 3: Δεν είμαι σίγουρός/η
- 4: Συμφωνώ
- 5: Συμφωνώ απόλυτα

Η πίτα είναι αντιπροσωπευτική για το ενδιαφέρον του Κέντρου Υγείας απέναντι στον επισκέπτη, όπου παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό (79,5%) δείχνει ικανοποιημένο ως προς το ενδιαφέρον που δέχεται από το Κέντρο, ενώ 0,5% δεν απάντησε καθόλου στο σχετικό ερώτημα. (Γραφ.8)



**Γράφημα 8. Ειλικρινές ενδιαφέρον από το Κέντρο Υγείας Χάρακα για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει ο ασθενής.**

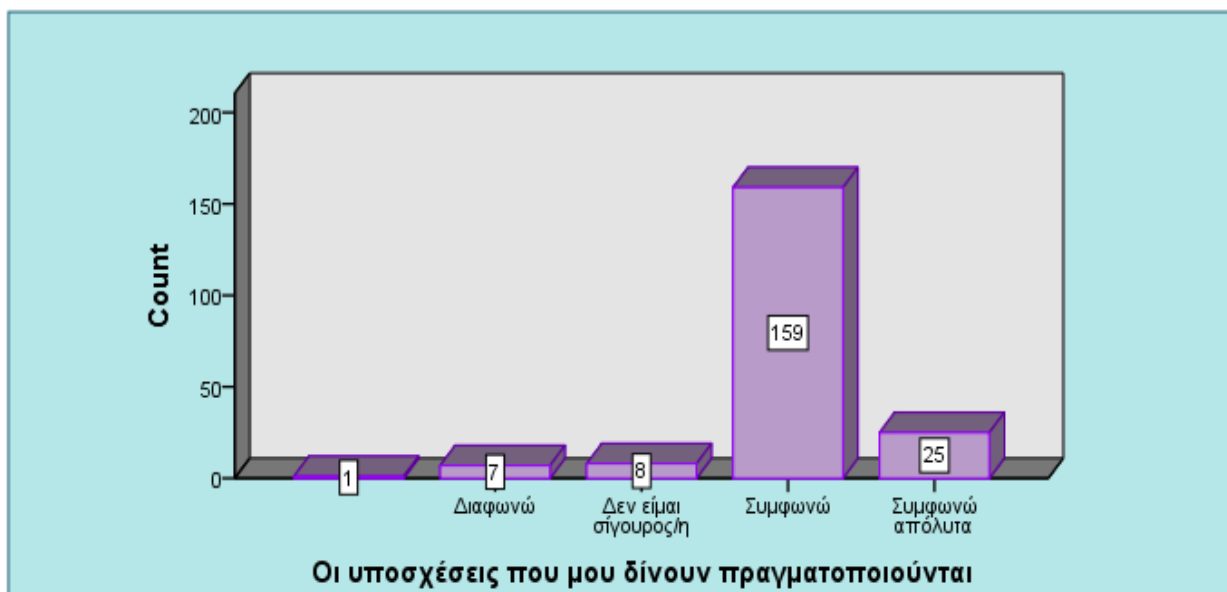
Επόμενο ερώτημα που παραθέεται στο ερωτηματολόγιο είναι αν υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενή από την πρώτη επίσκεψή του στο Κέντρο. Τα αποτελέσματα του ερωτήματος αυτού παρατίθενται στον επόμενο πίνακα όπου παρουσιάζεται η συχνότητα και το αντίστοιχο ποσοστό. Αυτό που παρατηρούμε είναι πως το μεγαλύτερο ποσοστό 75,5% που αντιστοιχεί σε 151 άτομα επί των ερωτηθέντων δείχνει ικανοποιημένο, καθώς συμφωνεί πως το πρόβλημά του αντιμετωπίζεται από την πρώτη του επίσκεψη. (Πίνακας 1).

	Συχνότητα	Ποσοστό
Valid	1	0,5
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,5
Διαφωνώ	7	3,5
Δεν είμαι σίγουρος/η	9	4,5
Συμφωνώ	151	75,5
Συμφωνώ απόλυτα	31	15,5
Total	200	100,0

**Πίνακας 1. Αποτελεσματική αντιμετώπιση προβλήματος από την πρώτη επίσκεψη.**

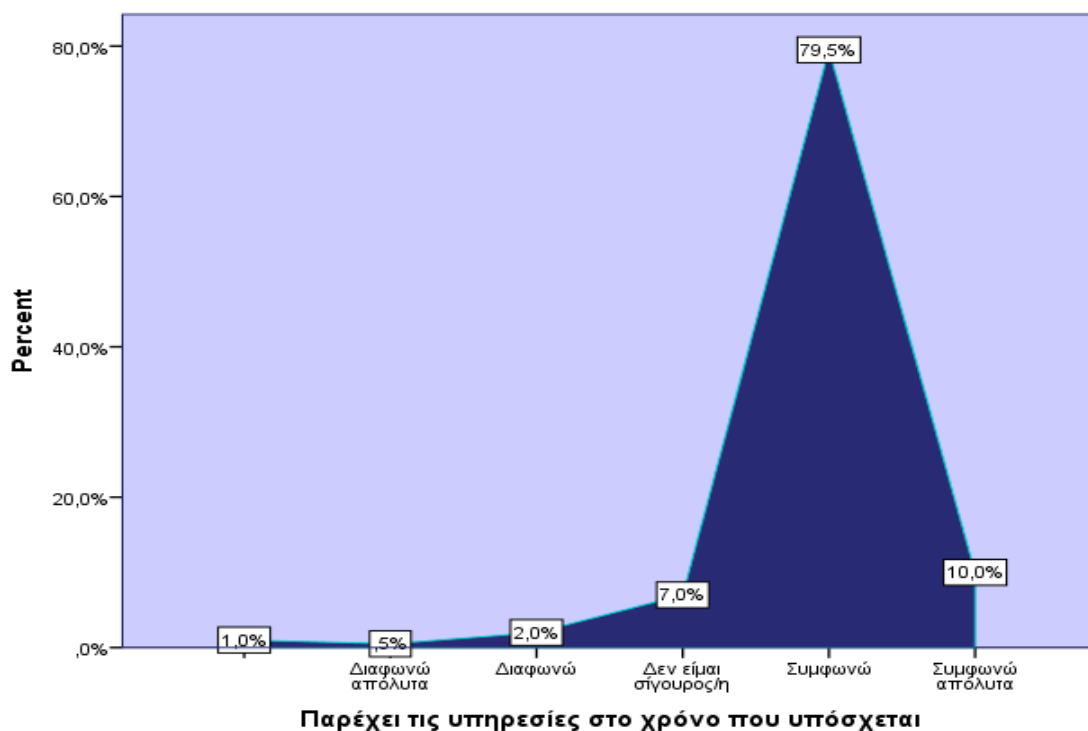
Στην πορεία φαίνεται πως το Κέντρο Υγείας Χάρακα αποτελεί ένα αξιόπιστο κέντρο υγείας καθώς κατά κύριο λόγο τηρεί τις υποσχέσεις που δίνονται στους επισκέπτες του και αυτό διαφαίνεται και μέσα από το παρακάτω ραβδόγραμμα όπου οι 159 από τους 200 ερωτηθέντες απάντησαν πως συμφωνούν στην συγκεκριμένη ερώτηση. (Γραφ.9).





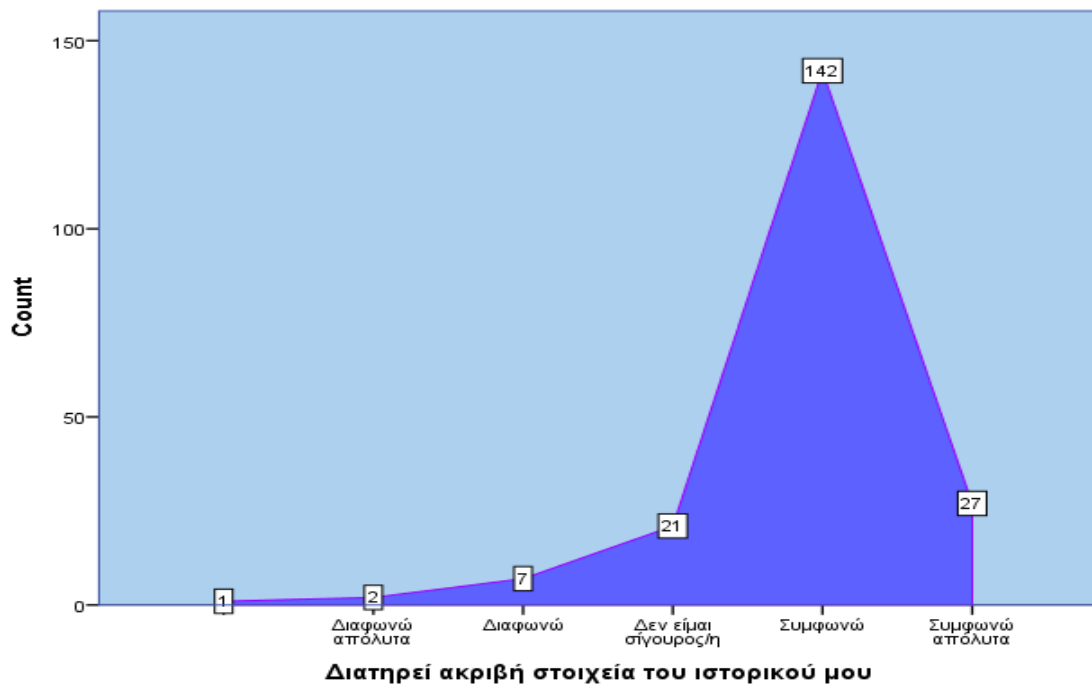
**Γράφημα 9. Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στο Κέντρο Υγείας Χάρακα πραγματοποιούνται.**

Για την παροχή υπηρεσιών του Κέντρου στο χρόνο που υπόσχεται αλλά για το αν διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού του ασθενή, τα αποτελέσματα των ερωτηθέντων φαίνονται στα παρακάτω διαγράμματα, όπου σε γενικές γραμμές οι ασθενείς φαίνονται ικανοποιημένοι καθώς το 79,5% συμφωνεί στο συγκεκριμένο ερώτημα περί παροχής υπηρεσιών.(Γραφ.10).



**Γράφημα 10. Το Κέντρο Υγείας Χάρακα παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται.**

Αλλά και για τα στοιχεία που διατηρούνται στο Κέντρο όπως και παραπάνω αναφέρθηκε οι περισσότεροι από τους 200 ερωτηθέντες (142) απάντησαν πως συμφωνούν με το συγκεκριμένο ερώτημα.(Γραφ.11).



**Γράφημα 11. Το Κέντρο Υγείας Χάρακα διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου.**

### Ανταπόκριση

Στον τομέα της ανταπόκρισης οι υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας παρέχονται γρήγορα, γεγονός που διαφαίνεται και από τον επόμενο πίνακα, με ποσοστό 81% να συμφωνεί σε αυτό το ερώτημα (Πίνακας 2).

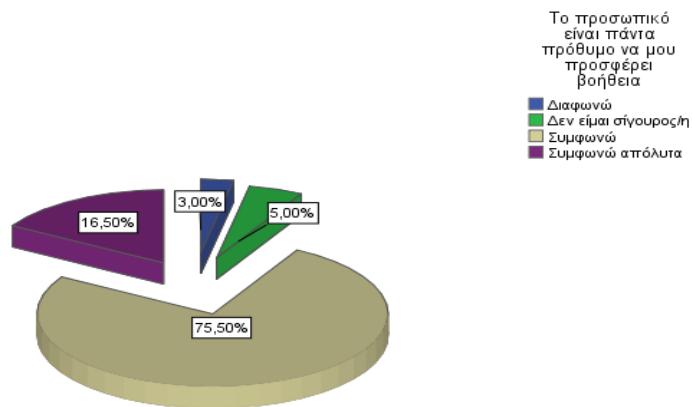
		Συχνότητα	Ποσοστό
Valid	Διαφωνώ απόλυτα	1	0,5
	Διαφωνώ	9	4,5
	Δεν είμαι σίγουρος/η	10	5,0
	Συμφωνώ	162	81,0
	Συμφωνώ απόλυτα	17	8,5
	Total	199	99,5
Missing	System	1	0,5
Total		200	100,0

**Πίνακας 2. Οι υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας Χάρακα παρέχονται γρήγορα.**

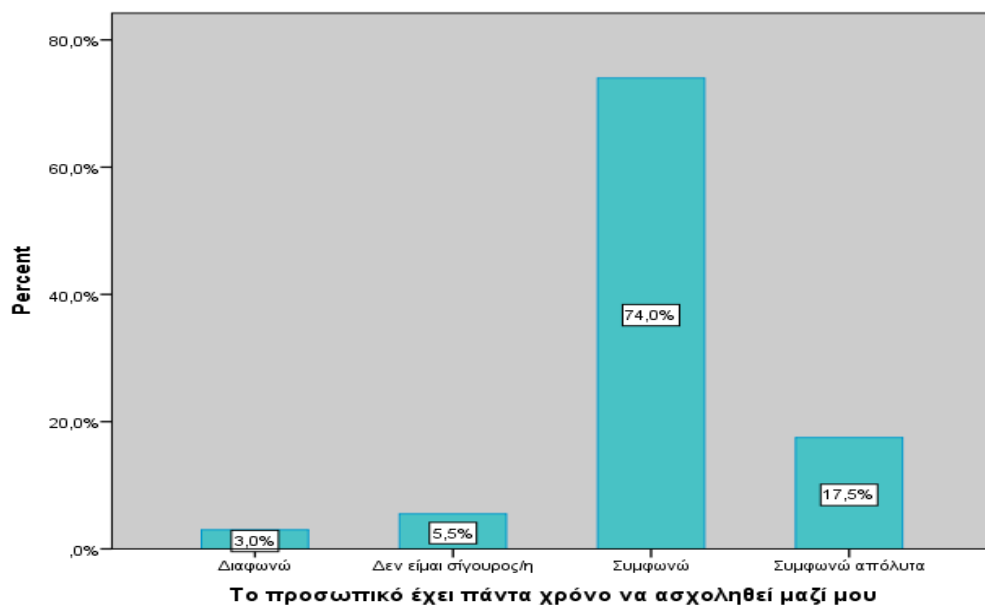
Στα επόμενα δύο γραφήματά μας παρουσιάζονται τα αποτελέσματά μας για το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα όπου διακρίνεται η προθυμία του και το κατά πόσο διαθέτει χρόνο για να ασχοληθεί με τον ασθενή.

Αρχικά, οι ερωτηθέντες συμφώνησαν σε ποσοστό 75,5% πως το προσωπικό είναι πάντα πρόθυμο να προσφέρει την βοήθειά του. (Γράφ.12).

Επειτα, σε ποσοστό 74% οι ερωτηθέντες συμφώνησαν στο γεγονός πως το προσωπικό έχει πάντα χρόνο να ασχοληθεί μαζί τους.(Γραφ.13).

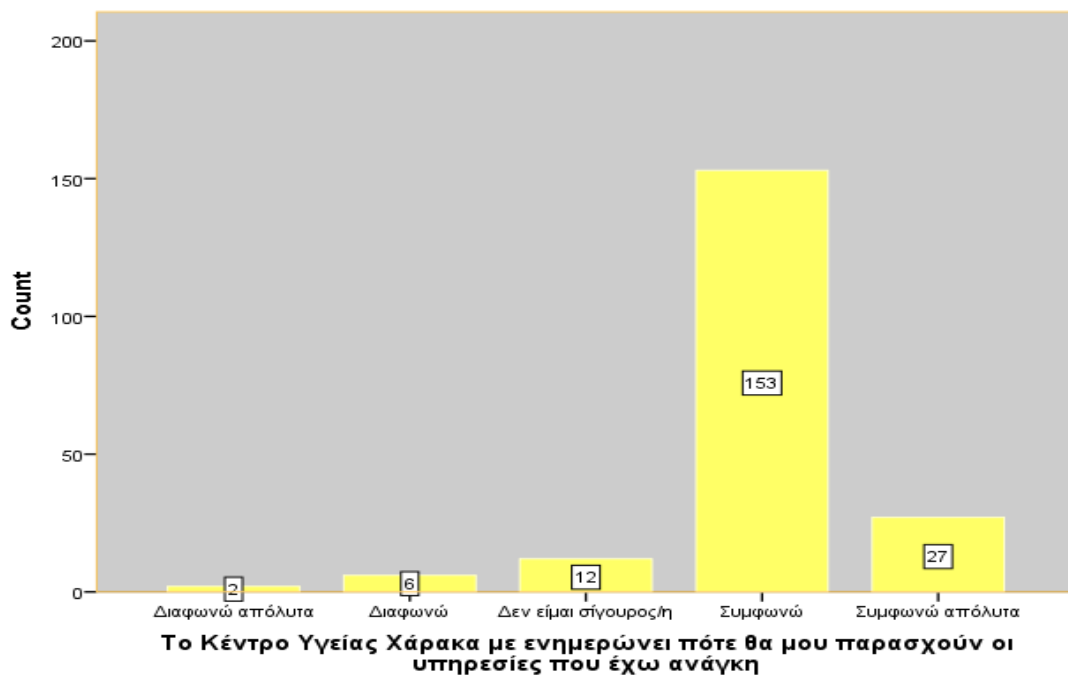


**Γράφημα 12. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα είναι πάντα πρόθυμο να προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζεται.**



**Γράφημα 13. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα έχει πάντα το χρόνο να ασχοληθεί με τον ασθενή.**

Τέλος, στο κομμάτι της ανταπόκρισης το τελευταίο ερώτημα που τίθεται στους ερωτηθέντες είναι κατά πόσο ενημερώνει το Κέντρο Υγείας για το πότε θα παρασχεθούν οι υπηρεσίες που ο εκάστοτε ασθενής έχει ανάγκη. Το επόμενο διάγραμμα είναι αντιπροσωπευτικό των απαντήσεων και φαίνεται πως τα 153 άτομα των ερωτηθέντων συμφωνούν πως ενημερώνονται έγκαιρα. (Γραφ.14).



**Γράφημα 14. Το Κέντρο Υγείας Χάρακα ενημερώνει πότε θα παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχει ανάγκη ο ασθενής .**

### Ασφάλεια

Για τον τομέα της ασφάλειας του Κέντρου Υγείας παραθέεται συγκεντρωτικά ο παρακάτω πίνακας, με τα ερωτήματα που τέθηκαν στους ερωτηθέντες συγκεντρωτικά, όπου και καταγράφονται τα στατιστικά στοιχεία των απαντήσεων συγκεντρωτικά, παρουσιάζοντας την ελάχιστη (Minimum) και μέγιστη (Maximum) απάντηση για κάθε ερώτημα αλλά και τον μέσο όρο (Mean). (Πίνακας 3).

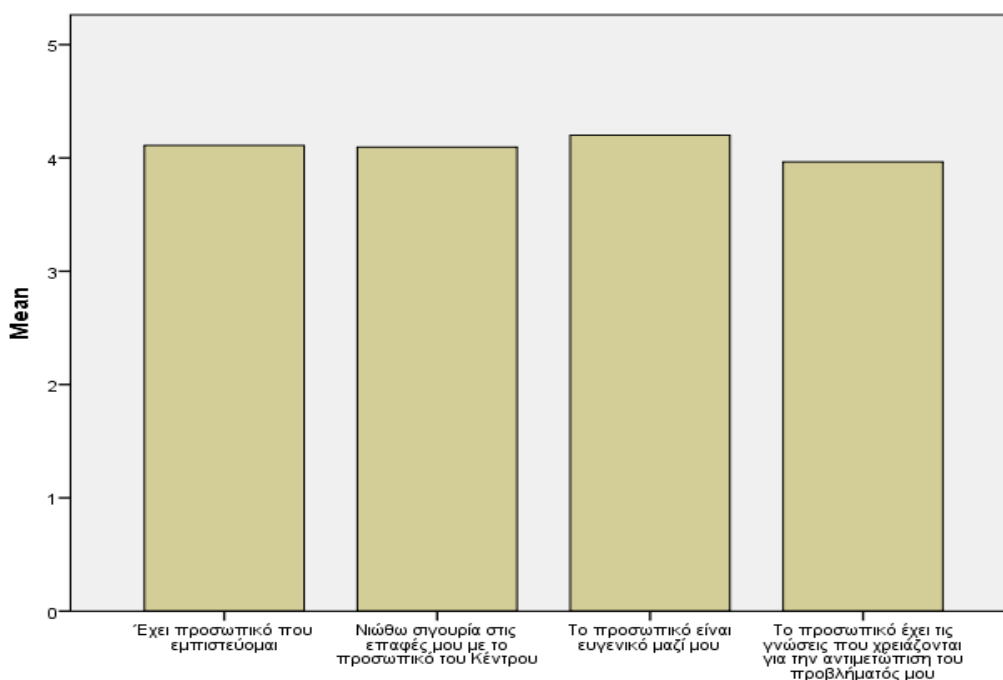
		Έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι	Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του Κέντρου	Το προσωπικό είναι ευγενικό μαζί μου	Το προσωπικό έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματός μου
N	Valid	199	199	199	199
	Missing	1	1	1	1
<b>Mean</b>		4,11	4,10	4,20	3,96
<b>Minimum</b>		1	2	2	1
<b>Maximum</b>		5	5	5	5

*Πίνακας 3. Συγκεντρωτικά στατιστικά αποτελέσματα απαντήσεων για την Ασφάλεια του Κέντρου Υγείας Χάρακα .*

Τα στοιχεία λοιπόν που μπορούμε να αντλήσουμε από τον πίνακα αυτόν είναι πως οι ασθενείς σε μεγάλο βαθμό εμπιστεύονται το προσωπικό και νιώθουν μια σιγουριά μαζί του. Το προσωπικό είναι ευγενικό απέναντι τους και κυρίως έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα των ασθενών.

Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι πως στην δεύτερη και τρίτη ερώτηση, δηλαδή αν οι ασθενείς νιώθουν σιγουριά και αν το προσωπικό είναι ευγενικό, δεν δόθηκαν καθόλου απαντήσεις κατηγορίας 1: Διαφωνώ απόλυτα.

Όλα τα παραπάνω μπορούμε να τα διακρίνουμε και στο παρακάτω ραβδόγραμμα που φαίνονται συγκεντρωτικά οι μέσοι όροι των απαντήσεων των ερωτηθέντων στα σχετικά ερωτήματα.(Γραφ.15).



**Γράφημα 15. Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι για τα ερωτήματα που αφορούν την Ασφάλεια του Κέντρου Υγείας Χάρακα .**

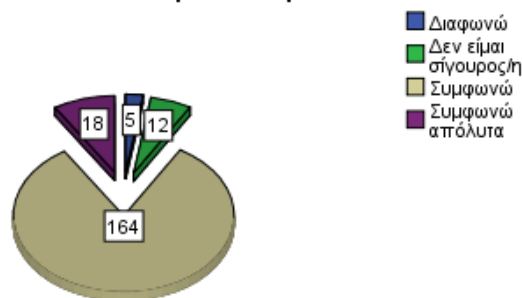
**Συναισθηματική Κατανόηση**

Στην κατηγορία των ερωτήσεων που αφορούν την συναισθηματική κατανόηση οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε τρεις ερωτήσεις.

Αρχικά απάντησαν στην ερώτηση για το αν το προσωπικό αντιμετωπίζει το πρόβλημα ως ξεχωριστή περίπτωση.

Στις απαντήσεις του δείγματος βλέπουμε πως οι 164 από τους 200 ερωτηθέντες συμφωνούν πως αντιμετωπίζονται ως ξεχωριστή περίπτωση, γεγονός ευχάριστο τόσο για το Κέντρο, όσο και για το προσωπικό που δείχνει την εξατομικευμένη αντιμετώπιση που δέχεται κάθε ασθενής.(Γραφ.16).

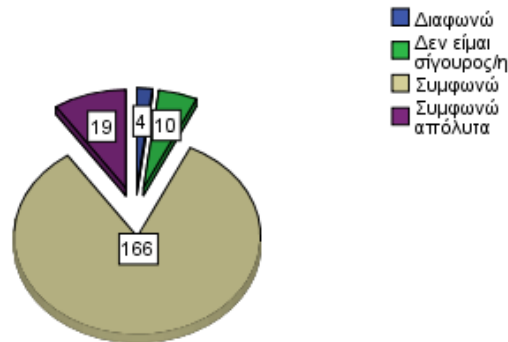
**Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα αντιμετωπίζει το πρόβλημα μου σαν ξεχωριστή περίπτωση**



**Γράφημα 16. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση.**

Έπειτα, παρουσιάζουμε τα στοιχεία που αφορούν την προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς που δίνεται από το προσωπικό, όπου και εδώ μπορούμε να δούμε πως οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους είναι ευχαριστημένοι καθώς 166 άτομα απάντησαν πως συμφωνούν σε αυτό το ερώτημα.(Γραφ.17).

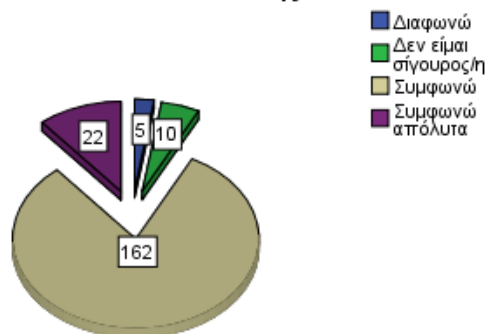
**Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς**



**Γράφημα 17. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς.**

Τέλος, στην τελευταία ερώτηση της συγκεκριμένης κατηγορίας διαφαίνεται πως το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα έχει σωστό αίσθημα αντίληψης και κρίσης αφού αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες του κάθε ασθενή αλλά και πως διαθέτει τον απαιτούμενο χρόνο για κάθε ένα από τους αυτούς. (Γραφ.18).

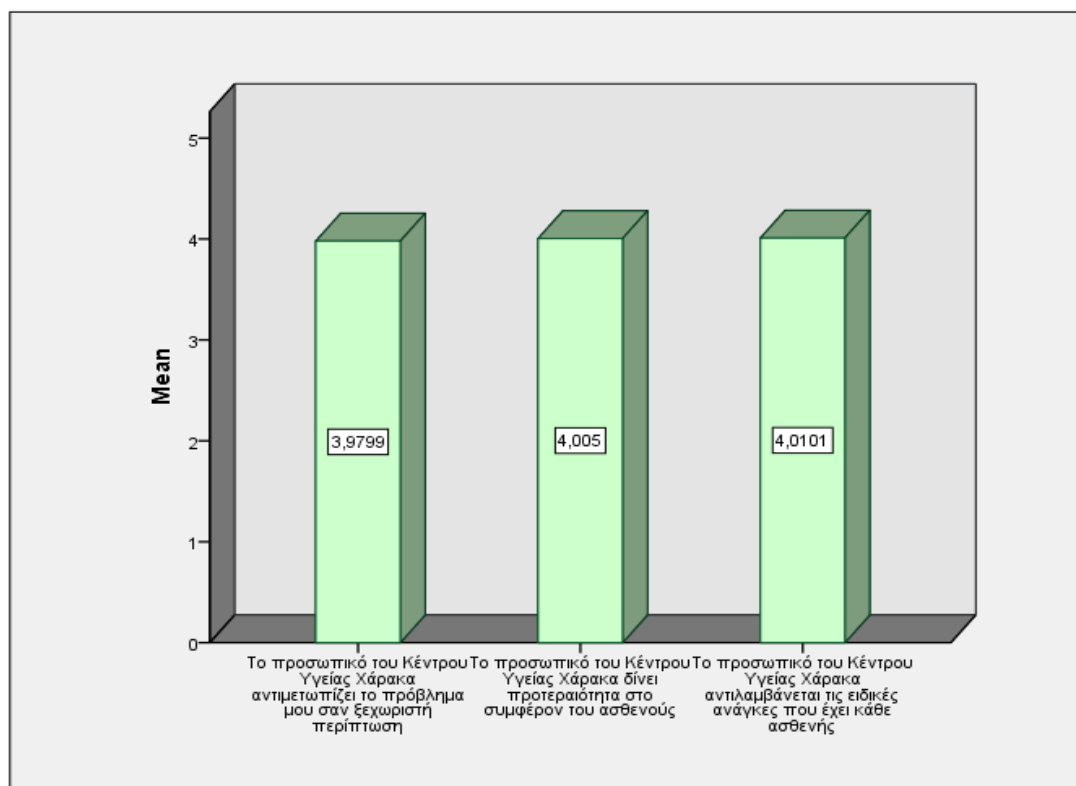
**Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει κάθε ασθενής**



**Γράφημα 18. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής.**

Τους μέσους όρους των παραπάνω ερωτημάτων μπορούμε να δούμε στο παρακάτω ραβδόγραμμα όπου διαφαίνεται καθαρά η ευχαρίστηση που έχουν οι ασθενείς απέναντι στο προσωπικό κατά την επίσκεψή τους στο Κέντρο Υγείας

Χάρακα αφού όλοι οι μέσοι όροι είναι λίγο πριν ή λίγο μετά την κατηγορία απάντηση 4:Συμφωνώ.(Γραφ.19).



**Γράφημα 19. Μέσοι όροι ερωτήσεων που αφορούν την Συναισθηματική Κατανόηση.**

### Απτότητα

Στο τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου μας αφορά την Απτότητα του Κέντρου Υγείας Χάρακα όπου απαντήθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τις κτηριακές εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό του Κέντρου όπως επίσης για τις ώρες λειτουργίας αλλά και για το κατά πόσο οι εργαζόμενοι είναι περιποιημένοι.

Στο συγκεκριμένο τμήμα του ερωτηματολογίου απάντησαν οι 199 από τους 200 ερωτηθέντες και αυτό φαίνεται και από τον πίνακά μας καθώς μας δείχνει πως είχαμε 199 έγκυρες απαντήσεις και 1 άτομο που δεν απάντησε στις σχετικές ερωτήσεις.

Από τον πίνακά μας παρατηρούμε πως το Κέντρο Υγείας Χάρακα βρίσκεται σε αρκετά καλή κατάσταση καθώς οι ερωτηθέντες εξυπηρετούνται από το ωράριο και τις εγκαταστάσεις του κτηρίου και νιώθουν ευχάριστα σε αυτές, πράγμα που φαίνεται



από τον μέσο όρο των απαντήσεων, που συγκεντρώνονται λίγο πιο πάνω από την κατηγορία 4:Συμφωνώ.

Επιπλέον, το μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσιάζει η ερώτηση με το αν οι άνθρωποι που εργάζονται στο Κέντρο Υγείας Χάρακα είναι πάντα περιποιημένοι και τέλος αξίζει να σημειωθεί πως ο εξοπλισμός του κτηρίου ίσως θα πρέπει να προβληματίσει τους αρμόδιους καθώς οι απαντήσεις που συγκεντρώνονται στην ερώτηση σχετικά με το αν το Κέντρο Υγείας Χάρακα διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό περιβάλλονται γύρω από την κατηγορία 3:Δεν είμαι σίγουρος/η. (Πίνακας 4).

		Οι εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας Χάρακα δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον	Οι άνθρωποι που εργάζονται στο Κέντρο Υγείας Χάρακα είναι πάντα περιποιημένοι	Οι εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας Χάρακα με εξυπηρετούν απόλυτα	Οι ώρες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Χάρακα εξυπηρετούν απόλυτα
N	Valid	199	199	199	199
	Missing	1	1	1	1
<b>Mean</b>		3,37	4,19	4,34	4,22

**Πίνακας 4. Συγκεντρωτικά στατιστικά αποτελέσματα απαντήσεων για την Απτότητα του Κέντρου Υγείας Χάρακα .**

Για το τελευταίο ερώτημα του ερωτηματολογίου που ο κάθε ερωτηθείσας καλείται να απαντήσει στο «Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το Κέντρο Υγείας Χάρακα» η πλειονότητα των κατοίκων φαίνονται να είναι ικανοποιημένοι σε πολύ μεγάλο ποσοστό. Η αμεσότητα των εργαζομένων στο Κέντρο Υγείας Χάρακα και η καθημερινή ενασχόλησή τους με τον κάθε ασθενή προσωπικά, είναι αυτό που εκτιμάται περισσότερο. Η ανάγκη των κατοίκων της επαρχίας για ασφάλεια σε θέματα υγείας φαίνεται πως καλύπτεται αρκετά.

Η αίσθηση της σιγουριάς η οποία επιζητείται ότι σε μια δύσκολη περίσταση θα έχουν δίπλα τους κάποιον ειδικό και πρόθυμο να τους εξυπηρετήσει έχει σε μεγάλο βαθμό επιτευχθεί από το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα. Ένα μικρό ποσοστό ενώ αναγνωρίζει τις φιλότιμες προσπάθειες και την προθυμία εξυπηρέτησης του προσωπικού εστιάζει στις ανάγκες του Κέντρου για τεχνολογικό

εξοπλισμό και εξειδικευμένο προσωπικό· έτσι ώστε να αισθανθεί πιο ασφαλές σε μια απομακρυσμένη περιοχή.

Επιζητούν επίσης και δευτεροβάθμια περίθαλψη για να μειωθούν οι πιθανότητες να χάνονται ανθρώπινες ζωές εξαιτίας της αποστάσεως με τις κεντρικές μονάδες περίθαλψης.

Εκείνο που μας προβλημάτισε είναι ότι ένα ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε μονολεκτικά «καλές» που δεν πρέπει να ερμηνευθεί ως αδιαφορία αλλά ως έκφραση της κόπωσής τους από την αναμονή για καλύτερες συνθήκες δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 9.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνθηκε η έρευνά μας ήταν επισκέπτες του Κέντρου Υγείας Χάρακα άνω των 18 ετών. Το δείγμα μας αποτέλεσαν 200 άτομα. Οι επισκέπτες του Κέντρου Υγείας αποτελούν μια ομάδα, όπου θα μπορούσαμε να πούμε πως ζουν το πρόβλημα στην καρδιά του και πως αποτελούν έγκυρο δείγμα καθώς είναι εκείνοι οι οποίοι θα μας απαντήσουν με ειλικρίνεια για την κατάσταση που επικρατεί στο Κέντρο Υγείας. Αποτελώντας ένα σχετικά μεγάλο δείγμα για την περιοχή, αλλά και λόγω της ηλικίας τους αποτελούν έγκυρη πηγή πληροφοριών, αλλά προαγωγής των προβλημάτων που επικρατούν.

Αρχικά, να υπενθυμίσουμε πως το σύνολο των ατόμων που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια δεν συμμετείχαν σε καμία κοινωνική οργάνωση. Η κοινωνική συμμετοχή, επηρεάζεται από τα επίπεδα της εμπιστοσύνης, της αίσθησης του ανήκει αλλά και τα κοινωνικά δίκτυα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνά μας, παρατηρείται πως οι σχέσεις ανάμεσα στους ερωτώμενους και στο προσωπικό του Κέντρου Υγείας είναι πολύ καλές, με συχνές επαφές ακόμα και σε επείγουσες περιπτώσεις. Οι επισκέπτες με το συγκεκριμένο προσωπικό αισθάνεται ασφάλεια και εμπιστοσύνη και κρίνει πως κατέχει τις απαραίτητες γνώσεις για να αντιμετωπίζει κάθε φορά το πρόβλημα που προκύπτει. Όσον αφορά τις φιλικές σχέσεις νιώθουν σίγουροι ότι θα λάβουν τη βοήθεια που πιθανώς θα χρειάζονται τη συγκεκριμένη στιγμή. Οι καλές και διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των επισκεπτών και των εργαζόμενων, αποτελούν βασικό παράγοντα για την εικόνα του Κέντρου Υγείας αλλά και για την αποτελεσματική έκβαση τόσο της λειτουργίας του.

Το ζήτημα της εμπιστοσύνης λοιπόν είναι σημαντικό κομμάτι του Κέντρου Υγείας καθώς η εμπιστοσύνη στους άλλους επηρεάζει θετικά την προθυμία των ανθρώπων, ως προς τη συμμετοχή τους δραστηριότητες, στην δική μας περίπτωση την αποτελεσματική συμμετοχή τους στον εργασιακό τους χώρο και μπορεί επίσης να επηρεάσει τη διάθεσή τους για συμμετοχή σε καινοτόμες διαδικασίες. Τα επίπεδα

εμπιστοσύνης στους άλλους, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ευημερία των ίδιων των πολιτών αλλά και των ατόμων που συναναστρέφονται μεταξύ τους.

Από άποψη λειτουργίας του Κέντρου Υγείας τα αποτελέσματα της έρευνας είναι ενθαρρυντικά καθώς οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με την λειτουργία του Κέντρου αφού όπως κατά μέσο όρο το δείγμα αναφέρει το προσωπικό διατηρεί στο αρχείο του το πλήρη ιστορικό των ασθενών ανατρέχοντας σε αυτό όποτε χρειαστεί, οι ασθενείς εξυπηρετούνται άμεσα όταν το επιστεφτούν και οι δεσμεύσεις που τους δίνονται πραγματοποιούνται στα χρονικά περιθώρια που τους υποσχέθηκαν.

Οι ασθενείς επιπλέον σύμφωνα με τα αποτελέσματα πιστεύουν πως κάθε περίπτωση αντιμετωπίζεται ξεχωριστά και κάθε περιστατικό ως διαφορετικό. Δίνεται προτεραιότητα στις ανάγκες τους και στο πρόβλημά τους και στις εκάστοτε ιδιαιτερότητές τους, πράγμα που τους ικανοποιεί.

Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο και για τον εξοπλισμό του Κέντρου Υγείας όπου οι επισκέπτες πιστεύουν ότι χρειάζεται αναβάθμιση και πως σε γενικές γραμμές μπορεί να είναι ευχαριστημένοι καθώς εξυπηρετούνται αλλά δε θεωρούν πως είναι και ο πιο σύγχρονος εξοπλισμός που μπορούν να έχουν.

## **9.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Συμπερασματικά λοιπόν, μελετώντας τα στοιχεία που προκύπτουν από τις απαντήσεις του δείγματος μπορούμε να διαπιστώσουμε την σημασία που έχει στην τοπική κοινωνία η ύπαρξη ενός Κέντρου Υγείας που παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι σχέσεις του προσωπικού με τους κατοίκους της περιοχής είναι άρτιες και χαρακτηρίζονται από αμεσότητα και καθημερινή προσωπική επαφή. Το επάγγελμα και το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να μην επηρεάζουν την θετική άποψη των κατοίκων για τις υπηρεσίες που προσφέρει το προσωπικό, ενώ εκείνο που τους προβληματίζει είναι η υλικοτεχνική υποδομή της συγκεκριμένης δομής.

Πιστεύουν πως οι εγκαταστάσεις, τα κτίρια και ο εξοπλισμός είναι ένα μέρος του Κέντρου Υγείας που μπορούν να δεχτούν βελτίωση καθώς δε καλύπτουν πλήρως τις επιθυμίες των ασθενών – επισκεπτών.

### 9.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μπορεί να δημιουργηθεί ένα σύγχρονο, λειτουργικό κρατικό σύστημα υγείας στην Ευρώπη; Το σύστημα είναι νοσοκομοκεντρικό και δεν έχουμε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υπάρχει υπερσυγκέντρωση των μονάδων στην Αθήνα, καθώς δεν υπάρχει έλεγχος ποιότητας.

Δεν υπήρξε Υπουργός Υγείας ο οποίος να μην προώθησε ένα μεταρρυθμιστικό νόμο. Όλες αυτές οι μεταρρυθμίσεις αφορούσαν το δημόσιο τομέα και ειδικότερα τα νοσοκομεία και έπειτα κατ' επέκταση τα Κέντρα Υγείας. Δεν υπήρξε καμία αξιολογη προσπάθεια, αφενός για μεταρρύθμιση του ιδιωτικού τομέα και ειδικά του ιδιωτικού νοσηλευτικού τομέα και αφετέρου της εξωνοσοκομειακής πτυχής της Υγείας (απαγόρευση της διαφήμισης των τσιγάρων, υποχρεωτικό κράνος στα δίτροχα, ειδικά για τους νέους, σοβαρά μέτρα κατά των ναρκωτικών, υγειονομική επιμόρφωση στα σχολεία κλπ.).

Οι Έλληνες εμφανίζονται δυσαρεστημένοι από το σύστημα υγείας. Αυτή την εικόνα τουλάχιστον δίνουν τα ΜΜΕ και προκύπτει από τις καθημερινές συζητήσεις που κάνουμε ως απλοί πολίτες μεταξύ μας. Φωτεινό παράδειγμα είναι το “φακελάκι”. Οι δωροδοκίες όμως, που είναι βέβαια καθημερινές, μόνο κατ' εξαίρεση καταγγέλλονται. Όταν συμβεί κάτι τέτοιο τότε γίνεται πρώτη είδηση στα κανάλια, σαν να ήταν κάτι εξαιρετικό, ενώ γνωρίζουμε ότι, ειδικά σε ορισμένες ειδικότητες, οι ιατροί που δεν παίρνουν “φακελάκι” είναι οι εξαιρέσεις! Επίσης, πολλές μετρήσεις δείχνουν ότι το θέμα της Υγείας δεν είναι από τις πρώτες προτεραιότητες των Ελλήνων. Μάλιστα φαίνεται πως είμαστε ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας, ενώ παράλληλα το κρίνουμε τριτοκοσμικό.

Μπορούμε άραγε να επαναδημιουργήσουμε το ΕΣΥ; Να γίνει ένα ασθενοκεντρικό νοσοκομειακό σύστημα και παράλληλα να αναπτυχθεί ένα σύστημα Αγωγής Υγείας που να επικεντρώνεται στην πρόληψη; Η πρόληψη είναι κατά πολύ φθηνότερη, αποτελεσματικότερη και κοινωνικά δικαιότερη και πρέπει να αφορά όλα τα επίπεδα ζωής και διαβίωσης όλων των πολιτών.

Το πρόβλημα είναι ότι ο ορίζοντας των κυβερνήσεων είναι η τετραετία, ενώ η μέση διάρκεια θητείας ενός υπουργού στο υπουργείο Υγείας δεν ξεπερνά τον ενάμιση χρόνο. Μήπως η δυστοχία μεταρρύθμισης της Υγείας σχετίζεται κυρίως με το πολιτικό σύστημα της χώρας μας; Είναι σημαντικό να αναφέρονται οι πολιτικές

ενός σύγχρονου σοσιαλιστικού κόμματος σε όλους τους πολίτες και να διασφαλίζουν την προσβασιμότητα στο σύστημα χωρίς οικονομικά ή άλλα κριτήρια. Ο τομέας υγείας εμφανίζει μεγάλα προβλήματα στην οργάνωση και στη λειτουργία του, στη χρηματοδότηση και στην αποτελεσματικότητα, με μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση και στην παροχή υπηρεσιών.

Πολλές φορές παρουσιάζεται πληθωρισμός γιατρών σε μεγάλες νοσοκομειακές εγκαταστάσεις και μεγάλες ελλείψεις στα περιφερειακά μικρότερα νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας. Παρουσιάζεται ανεπαρκές οργανωτικό και χρηματοδοτικό πλαίσιο για τα νοσοκομεία.

Το ελληνικό σύστημα υγείας προσπαθεί να πετύχει κάποιο σκοπό ή έργο, αλλά συνεχώς οι απόπειρες ματαιώνονται επειδή ο σκοπός λειτουργεί περισσότερο ως υπόσχεση και λιγότερο ως πραγματικότητα.

Ίσως να απουσιάζει ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο αλλαγών με πολιτικούς στόχους και συγκεκριμένη διοικητική-οργανωτική μεταρρύθμιση, δηλαδή η σχεδίαση και η εφαρμογή της κατάλληλης στρατηγικής και μεθοδολογίας. Επίσης, πολύ πιθανόν τα προβλήματα αυτά να παρουσιάζονται λόγω έλλειψης σχεδίων, αλλά και πολιτικής θέλησης, έλλειψη οργανωτικών και διοικητικών δομών.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

- Αδαμακίδου, Θ και Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, Α. (2008) *Το Οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Ανασκόπηση.
- Αδαμόπουλος, Παναγιώτης, Ν. ( 1992) *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας : μια σφαιρική προσέγγιση*. Αθήνα: Παρισιάνος.
- Ανδριώτη, Δ και Φιλαλήθης, Τ. (1996) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Βερελής, Δ και Χατζής, Χ. (1997) *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Γεωργούση, Ε. και Κυριόπουλος, Γ. (2000) *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Δαρβίρη, Χ. ( 2009) *Μεθοδολογία Έρευνας στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης
- Δόλγερας, Α. και Κυριόπουλος, Γ. (2000) *Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Θεοδώρου, Μ. και Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (1992) *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης
- Κυριόπουλος, Γ. Ματσαγγάνης, Μ. Μπεαζόγλου, Τ. Μπένος, Α. Νιάκας. Δ. Ρόμπολης, Σ. Σκουτέλης, Γ. Τήνιος, Π. Τσαλίκης, Γ. Φιλαλήθης, Τ. (1995) *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Κυριόπουλος, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (1996) *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Κυριόπουλος, Γ. ( 2003) *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Κυριόπουλος, Γ. και Σίσσουρας, Α. (1997) *Ενιαίος φορέας υγείας, αναγκαιότητα και αυταπάτη*. Αθήνα: Θεμέλιο
- Λυκούργος, Λ. και Λιαρόπουλος, (2010) *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Αθήνα: βήματα

- Μουστάκα, Α. (2008) *Η Αξιολόγηση της ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μια συστηματική ανασκόπηση. Μεταπτυχιακή εργασία Πανεπιστήμιο Κρήτης*
- Μουστάκα, Ε. (2012) *Ανάλυση του Ασφαλιστικού Μηχανισμού του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας. Πειραιάς: Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών.*
- Μπουρσανίδης, Χ.(1995) *Το κορπορατιστικό μοντέλο κοινωνικής διοίκησης. Μια προσπάθεια θεωρητικής θεμελίωσης και σκιαγράφησης του συστήματος υγείας στη Γερμανία : Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία.*
- Παπανικολάου, Β. (2007) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης*
- Σουλιώτης, Κ. (2000) *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης*
- Σουλιώτης, Κ και Λιονής, Χ. *Λειτουργική Ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.*
- Τεκούρα, Α. (2003) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα Δίκτυα Κοινωνικής Φροντίδας. Η Σύγχρονη Προσέγγιση στην Ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Συστημάτων Προστασίας Υγείας: Το Διεθνές Περιβάλλον και η Θέση της Ελλάδας. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.*
- Χαραυγή, Ν. (2011) *Διοίκηση μονάδων υγείας με βάση τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας: Η περίπτωση μελέτης ενός Κέντρου Υγείας αγροτικής περιοχής Μεταπτυχιακή εργασία επιπέδου Μάστερ. Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.*

### **Ξενόγλωσση**

- Bedeian A.G., Ferris G.R., Kacmar K.M., *Age, tenure and job satisfaction: A tale of two perspectives, Journal of Vocational Behavior, 1992, 40, pp. 33-48.*
- Campbell A, Converse P E, Rodgers W L., *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions, 2002.*



- Isabel Pasarin, M. Berra, S. Rajmil, L. Solans, M. Borrell, C. & Starfield, B. (2007) *A tool to evaluate Primary Health Care from the population perspective*. [www.doyma.es/173.909](http://www.doyma.es/173.909)
- Lippincott. Williams & Wilkins (2011) *Trends in Primary Health Care – sensitive condition in Brazil*. Volume 49, Number 6, June 2011 [www.lww-medicalcare.com](http://www.lww-medicalcare.com))
- Marshal M. N., Roland M.O, *Can health care quality indicators be transferred between countries? Quality and Safety in Health Care*, 2003.
- Nolte, E. Knai, C. Hofmarcher, M. Conklin, A. Erler, A. Elissen, A. Flamm, M. Foullerton, B. Sonnichsen, A. & Vrijhoef, H. J. M.(2012) *Overcoming fragmentation in Health Care : chronic care in Austria, Germany and the Netherlands*. Cambridge University press.
- Parasuraman A., Zeithamlv., Berry L.L. (1998), “SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality”, *Journal of Retailing*, 64:12-37 Robinson St 1999, “Measuring service quality: current thinking and future requirements” *Marketing Intelligence & Planning*, 17(1): 21-32
- Reisberg, M. (1996) *Customer satisfaction in Health Care* [www.asha.org/about/Membership-Certification/divs/div\\_11.htm](http://www.asha.org/about/Membership-Certification/divs/div_11.htm)
- WHO Regional office for Europe (2007) *Primary Care quality management in Uzbekistan*. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/100231/E91927.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/100231/E91927.pdf)
- WHO European Ministerial Conference on Health Systems (2008) *Health Systems, Health and Wealth*. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/78918/E92150.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/78918/E92150.pdf)
- Wollerheim H, Grol R., *Clinical indicators: development and applications*. The Netherlands Journal of Medicine, 2007.

### **Ηλεκτρονική**

Δ.Υ.Π.Ε. Ηρακλείου: [www.hc-crete.gr](http://www.hc-crete.gr) [Ημερομηνία πρόσβασης: 7 Απριλίου 2013]

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/91609/E92661.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/91609/E92661.pdf)

[Ημερομηνία πρόσβασης: 20 Μαρτίου 2013]

[http://www.dcp2.org/file/77/DCPP\\_PrimaryHealthCare.pdf](http://www.dcp2.org/file/77/DCPP_PrimaryHealthCare.pdf) [Ημερομηνία πρόσβασης: 23 Μαρτίου 2013 ]

[www.iatropedia.gr/articles/read/5156](http://www.iatropedia.gr/articles/read/5156) Oct 7,2013.

[www.vima-asklipiou.gr/.../VA\\_OP\\_1\\_09\\_01\\_10](http://www.vima-asklipiou.gr/.../VA_OP_1_09_01_10) pdf.

[www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/14/12/599](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/14/12/599) pdf

[www.isth.gr/imagew/upioads /02.3 \\_ELLHNAS.pdf](http://www.isth.gr/imagew/upioads /02.3 _ELLHNAS.pdf).

[News.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w...1.../2012\\_497139](http://News.kathimerini.gr/4dcgi/_w...1.../2012_497139).

[Urbact.Eu/...Healthy.../Stratigiki\\_tomeaYKA07-13\\_VERSIONB\\_31.1.07...](http://Urbact.Eu/...Healthy.../Stratigiki_tomeaYKA07-13_VERSIONB_31.1.07...)

[www.neaygeia.gr/page.asp?=1267](http://www.neaygeia.gr/page.asp?=1267)

### ***Μεταφρασμένη βιβλιογραφία***

Παπαδάκη, Ε. (2000) *Social workers, work orientation and job satisfaktion in public social services in Crete*. Umea, ( Sweden): Umea universitet

## Παράρτημα

ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ:

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΗΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ.  
ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΧΑΡΑΚΑ».

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΕΛΕΚΙΔΟΥ ΛΙΝΑ  
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ  
ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2015

## ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. **Φύλο:**

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. **Ηλικία:** ..... Ετών

3. **Οικογενειακή κατάσταση:**

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Χήρος/α
- Διαζευγμένος/η

4. **Υπηκοότητα:** .....

5. **Εκπαίδευση:**

- Απόφοιτος δημοτικού
- Απόφοιτος γυμνασίου
- Απόφοιτος λυκείου (ή εξατάξιου γυμνασίου)
- Απόφοιτος τεχνικής/ πανεπιστημιακής σχολής

6. **Επάγγελμα:** .....

7. **Ασφαλιστική κάλυψη:**

- Δημόσιο
- ΙΚΑ
- ΟΓΑ
- ΤΕΒΕ
- ΤΣΜΕΔΕ
- Ιδιωτική Ασφάλιση
- Καμία Ασφάλιση

- Άλλη( παρακαλώ αναφέρετε): .....

8. Τόπος διαμονής: .....

## ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

1. Στο Κέντρο Υγείας Χάρακα ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

2. Το Κέντρο Υγείας Χάρακα αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημά μου από την πρώτη επίσκεψη.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

3. Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στο Κέντρο Υγείας Χάρακα πραγματοποιούνται.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

4. Το Κέντρο Υγείας Χάρακα παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η

- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

5. Το Κέντρο Υγείας Χάρακα διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

## ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

1. Οι υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας Χάρακα παρέχονται γρήγορα.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

2. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει την βοήθεια που χρειάζομαι.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

3. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

4. Το Κέντρο Υγείας Χάρακα με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

## ΑΣΦΑΛΕΙΑ

1. Το Κέντρο Υγείας Χάρακα έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

2. Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

3. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα είναι ευγενικό μαζί μου.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

4. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

### **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ**

1. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα αντιμετωπίζει το πρόβλημα μου σαν ξεχωριστή περίπτωση.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

2. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

3. Το προσωπικό του Κέντρου Υγείας Χάρακα αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα



## ΑΠΤΟΤΗΤΑ

1. Το Κέντρο Υγείας Χάρακα διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

2. Οι εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας Χάρακα δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

3. Οι άνθρωποι που εργάζονται στο Κέντρο Υγείας Χάρακα είναι πάντα περιποιημένοι.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

4. Οι εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας Χάρακα με εξυπηρετούν απόλυτα.

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

5. Οι ώρες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Χάρακα εξυπηρετούν απόλυτα .

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Συμφωνώ
- Συμφωνώ απόλυτα

Γενικά πως θα αξιολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το Κέντρο Υγείας Χάρακα

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.**

ΕΝΕΡΓ ΕΙΕΣ	ΠΡ	ΑΙΟΣ	ΟΥΝ	ΟΥΛ	ΥΣΤ	ΕΠΤ	ΚΤ	ΕΜΒΡ	ΕΚ
Επεξεργασία διαγράμματος αίτησης και κατάθεση για έγκριση									
Επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας									
Συγκέντρωση υλικού για το θεωρητικό μέρος									
Επεξεργασία και καταγραφή θεωρητικού μέρους									
Μοίρασμα για συμπλήρωση ερωτηματολογίων									
Καταχώρηση δεδομένων στο SPSS									
Ανάλυση δεδομένων									
Κλείσιμο και αναμονή για παρουσίαση									