



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην
ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες
της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ ΣΕΒΑΣΤΗ
Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ραφτόπουλος Βασίλειος, Επίκουρος Καθηγητής του Τμήματος Νοσηλευτικής του
Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, **Επιβλέπων Καθηγητής**

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλίας,
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηπείρου,
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2016



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**Inquiry about the impact of the economic crisis regarding the
satisfaction of Primary Health Care services**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	5
Περίληψη	6
Abstract	7
A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
1. Οικονομική κρίση και Συστήματα Υγείας	10
2. Οικονομική κρίση και επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού	13
3. Οικονομική κρίση και μεταρρυθμίσεις στην Υγεία	15
4. Οικονομική κρίση και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	18
5. Οικονομική κρίση – είναι πάντα αρνητική;	23
5. Οικονομική κρίση και ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες της ΠΦΥ	25
C. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	27
1. Σκοπός	27
2. Πληθυσμός Μελέτης και Μέθοδος	27
i) Πληθυσμός μελέτης -σκεπτικό	27
ii) Ερωτηματολόγια- Προεγκρίσεις	28
iii) Κριτήρια Συμμετοχής -Αποκλεισμού	29
iv) Επεξεργασία Δεδομένων	29
v) Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	29
3. Αποτελέσματα	30
4. Συζήτηση	46
Περιορισμοί.....	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	50
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	56
1. Υπόδειγμα Ερωτηματολογίου	56

2. Έγκριση αιτήματος από τον Διοικητή της 4ης Υ.Πε. διανομής ερωτηματολογίων για τη διενέργεια έρευνας στο Π.Ε.Δ.Υ. - Κ.Υ. Ζαγκλιβερίου και στο Π.Ε.Δ.Υ. - Μ.Υ. 25ης Μαρτίου Νομού Θεσσαλονίκης	66
3. Έγκριση αιτήματος από τον Διοικητή της 3ης Υ.Πε. διανομής ερωτηματολογίων για τη διενέργεια έρευνας στο Γ.Ν.Θ. "Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ", στο Π.Ε.Δ.Υ. - Κ.Υ.Α.Τ. ΕΥΟΣΜΟΥ, στο Π.Ε.Δ.Υ. - Μ.Υ. ΠΥΛΗΣ ΑΞΙΟΥ ΣΤΟ Π.Ε.Δ.Υ. - Κ.Υ. ΚΟΥΦΑΛΙΩΝ	67
4. Έγκριση αιτήματος από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου διανομής ερωτηματολογίων για τη διενέργεια έρευνας στο Γ.Ν.Θ. "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ" ευθύνης της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας	68
5. Έγκριση αιτήματος από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου διανομής ερωτηματολογίων για τη διενέργεια έρευνας στο Γ.Ν.Θ. "ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ" ευθύνης της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας	69

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

**Ευχαριστώ την οικογένεια και τους φίλους μου για την στήριξη και την
πίστη στις δυνατότητές μου**

Περίληψη

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και η επίδρασή της στον τομέα της υγείας είναι ένα θέμα που έχει εξαντλητικά ερευνηθεί την τελευταία δεκαετία. Λίγα όμως έχουν δημοσιευτεί σχετικά με την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αυτή έχει εξελιχθεί σε συνθήκες ύφεσης, αυστηρής λιτότητας και σοβαρής υποχρηματοδότησης.

Η παρούσα έρευνα θέλει να αναδείξει με ποσοτικά δεδομένα, το βαθμό που η οικονομική ύφεση επηρέασε την ικανοποίηση των πολιτών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Συμμετείχαν ανώνυμα 210 άτομα από τυχαίο δείγμα 7 υγειονομικών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Θεσσαλονίκης. Η αναλογία του μεγέθους του δείγματος προς το σύνολο των υγειονομικών δομών του Νομού είναι περίπου το 32%.

Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα E-PQ-SPCSS για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ερωτηματολόγιο δομημένο και σταθμισμένο για τον ελληνικό πληθυσμό, με απαντήσεις βαθμονομημένες σε κλίμακα τύπου likert. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το SPSS, έκδοση 22.

Επί συνόλου 210 ερωτώμενων το 51% ήταν άντρες και το 49% γυναίκες. Η πλειονότητα ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (αθροιστικά 64,2%), παντρεμένοι 71,4%, Έλληνες 97,1%, συνταξιούχοι ή άνεργοι σε ποσοστό 51%. Το 81% δηλώνει αρκετά/πολύ ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν στο τμήμα, το 81,5% αρκετά/πολύ ικανοποιημένο από τις ιατρικές υπηρεσίες και το 83,8% από τις νοσηλευτικές.

Παρά την μακροχρόνια οικονομική ύφεση ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα 69-97%. Θεωρώντας δεδομένη την υποχρηματοδότηση, την υποστελέχωση και την έλλειψη ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού φαίνεται ότι οι προσδοκίες των πολιτών μεταλλάσσονται αναλογικά με την οικονομική λιτότητα, αλλά αυτό πρέπει να είναι αντικείμενο άλλης μελέτης.

Λέξεις – κλειδιά : ικανοποίηση ασθενούς, οικονομική κρίση, ύφεση, λιτότητα, πρόσβαση στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας , κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.

Abstract

The financial crisis in Greece and its effect in health sector is a subject that has exhaustively researched the past decade. Few have been published regarding public satisfaction on primary health care services as it has evolved in remission conditions, strict austerity and severe underfunding.

The present research aims to demonstrate with the use of quantitative data, the measure that financial crisis influenced the satisfaction of the public by the offered health services in primary level.

210 persons participated anonymously by random sample from seven primary health care units in the district of Thessaloniki. The proportion of the sample size to the sum of the health units of the district is about 32%.

It has been used the E-PQ-SPCS Scale for the evaluation of primary care services, that was developed and validated for Greek population with answers integrated in likert type scale. Data were analyzed using SPSS, version 22.

In a sum of 210 interviewed people 51% of them were male, 49% female. The majority were graduates of primary and secondary education (in total 64,2%), married 71,4%, Greeks 97,1%, pensioners and unemployed 51%. 81% claims that they are adequately/ very satisfied by the provided services by the unit, 81% claims that they are adequately/ very satisfied by the medical services and 83,8% by the nursing services.

Despite the long term recession the satisfaction rate regarding the primary health care services varies in a high level between 69-97%. Given the underfunding, the understaffing and the lack of medical equipment, it seems that public expectations are transformed relative to the fiscal politics austerity and that should be considered for further research.

Key words: patient satisfaction, economic crisis, recession, austerity, socioeconomic inequalities, primary health care access

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκοσμιοποίηση είναι ένα τεράστιο οικονομικό «κύκλωμα», που έχει ροές προς όλες τις περιοχές του πλανήτη, παρά το ότι ανήκουν σε ζώνες διαφορετικών οικονομικών ταχυτήτων και ποιότητας ζωής. Μια διαταραχή στην άκρη αυτού του κυκλώματος μπορεί να φέρει στα όρια της αντοχής το πιο αδύναμο σημείο της [1].

Έτσι η οικονομική κρίση που ξέσπασε στο τραπεζικό σύστημα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Η.Π.Α.) το 2007, έκανε ένα ιστορικό χτύπημα στις οικονομίες και τα οικονομικά των νοικοκυριών σε όλο τον κόσμο. Γρήγορα εξαπλώθηκε στην Ευρώπη και στη χώρα μας. Τα χρηματιστήρια κατακρημνίστηκαν και τα ποσοστά ανεργίας άγγιξαν πρωτόγνωρα ύψη. Κάποιοι άντεξαν, κάποιοι όχι. Η οικονομική αστάθεια επηρέασε κάθε τομέα της ζωής, ακριβώς όπως η πτώση ενός βότσαλου επηρεάζει την ήρεμη επιφάνεια μιας λίμνης.

Η Ελλάδα δεν πέρασε αλώβητη. Αδύναμη η ίδια δημοσιονομικά, με το εξωτερικό χρέος να αυξάνεται μαζί με τον πληθωρισμό και ισχυρές πιέσεις στο εσωτερικό, προέβη σε δανεισμό με κατάπτυστους όρους [2,3]. Οι πολιτικοί φάνηκαν αδύναμοι να χειριστούν το χάος, τα αντισταθμιστικά μέτρα δεν ευδοκίμησαν και η χώρα πέρασε από την εποχή της ουτοπίας στην εποχή της αυστηρής λιτότητας, της υψηλής φορολόγησης και της καταστρατήγησης όλων των εργατικών δικαιωμάτων με πρόσχημα τις απαιτήσεις των δανειστών μας.

Πέρα από το ασφαλιστικό, ο τομέας της Υγείας ήταν αυτός που υπέστη όλο το βάρος των αλλαγών [4,5,6] Οριζόντιες περικοπές μισθών, υποχρηματοδότηση, καθυστέρηση στις πληρωμές των προμηθευτών, έλλειψη προσωπικού, έλλειψη γενικών ιατρών, μειώσεις κονδυλίων, μειώσεις προϋπολογισμών, έλλειψη υλικών και μηχανημάτων. Η λειτουργία των δομών, όπως πολλά πράγματα στην Ελλάδα, στηρίζεται στο φιλότιμο των εργαζομένων και την ανοχή του κόσμου.

Από την άλλη, έπρεπε να ευθυγραμμιστούμε με την Ευρώπη και να εφαρμόσουμε προγράμματα πληροφορικής της υγείας σε μια προσπάθεια να ελέγξουμε την υπερσυνταγογράφηση και τη κατασπατάληση του προϋπολογισμού σε φάρμακα και εξετάσεις. Έτσι εφαρμόστηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και παραπομπή σε εξετάσεις και η ηλεκτρονική καταγραφή των παροχών των ασφαλισμένων και των νοσηλίων [7,8]. Το 2011 έχουμε τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) [9] για να ελεγχθούν οι πόροι των ταμείων και να γίνεται καλύτερος οικονομικός και διαχειριστικός έλεγχος.

Ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), μέσα από το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), είναι ένα στοίχημα που κανένας πολιτικός και καμία πολιτική δεν μπόρεσε να κερδίσει [10]. Για χρόνια προσπαθεί να επιβιώσει με δυσμενές νομοθετικό καθεστώς, καιροσκοπικό συνδικαλισμό, ελλιπή χρηματοδότηση, έλλειψη προσωπικού και με εξειδικευμένους ιατρούς πολλών διαφορετικών συμβάσεων εργασίας. Έτσι δεν αναπτύχθηκε ποτέ και δεν μπόρεσε να εκπληρώσει τους

στόχους της. Ιδιαίτερα την τελευταία πενταετία υπέστη σημαντικές αλλαγές, οργανωτικές και διοικητικές και συρρίκνωση των δομών.

Το 2011 τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων περνούν στην ευθύνη του νεοϊδρυθέντος Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) για να τα μεταφέρει μετά από δύο χρόνια στην εποπτεία των Υγειονομικών Περιφερειών. Το ίδιο διάστημα τα Κέντρα Υγείας υπολειπόμενα κυρίως λόγω σοβαρής έλλειψης προσωπικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και αδυναμία αναπλήρωσης αναλωσίμων υλικών. Τα περιφερικά ιατρεία των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ.) και τα τοπικά ιατρεία των Μονάδων Υγείας (Μ.Υ.) μειώνονται και ο Υγειονομικός Χάρτης «εν μία νυχτί» αλλάζει και μετατρέπονται στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) [11].

Πολλοί ειδικοί στα οικονομικά της Υγείας είδαν στις μεταρρυθμίσεις αυτές μια ευκαιρία για συμμαζέμα, για νοικοκυριό, παρά τη βιαιότητα και την ταχύτητα με την οποία έγιναν. [12, 13] Μεταρρυθμίσεις, που για χρόνια ήταν κλεισμένες στο συρτάρι, εφαρμόστηκαν σε μια ανέτοιμη να τις δεχτεί κοινωνία.

Τι άλλαξε όμως στην καθημερινότητα του Έλληνα πολίτη; Οι έρευνες δείχνουν ότι η υγεία των πολιτών επηρεάζεται από τη λιτότητα, κάποιοι λένε θετικά, αλλά οι περισσότεροι αρνητικά. Σε αυτό που συμφωνούν είναι η αύξηση των ψυχολογικών προβλημάτων και των αυτοκτονιών [14].

Όμως οι αλλαγές στην οικονομία, δεν άλλαξαν μόνο τα οικονομικά της Υγείας, άλλαξαν και τα οικονομικά των νοικοκυριών, τον πυρήνα της οικονομίας [5]. Μπορεί τα μεγέθη να είναι διαφορετικά, αλλά η επίδραση τους στην υγεία του πολίτη είναι αλληλένδετη. Αυτές οι αλλαγές είναι πιθανό να μετέβαλλαν και τις απαιτήσεις του Έλληνα πολίτη από το Σύστημα Υγείας. Η αβεβαιότητα για το αύριο και η πολιτική ρευστότητα μπορεί να τον οδήγησαν σε μείωση των προσδοκιών του και σε συμβιβασμό με το Σύστημα Υγείας που μας απέμεινε, προκειμένου να επιβιώσει; Μήπως αποδέχεται τις περικοπές στην Υγεία, όπως ο ίδιος μόνος του έκανε περικοπές στα οικονομικά του δικού του νοικοκυριού;

Πολλά έχουν ειπωθεί για την οικονομική κρίση και τα συστήματα υγείας. Αυτή η έρευνα διαφέρει από άλλες, γιατί αντικείμενό της είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και σκοπό έχει να αναδείξει πως η οικονομική κρίση επηρεάζει τις προσδοκίες και την ικανοποίηση των πολιτών του Νομού Θεσσαλονίκης, μία περιοχή ιδιαίτερα φορτισμένη καθώς έχει πολύ υψηλά ποσοστά ανεργίας και ανασφάλιστου πληθυσμού.

B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Οικονομική Κρίση και Συστήματα Υγείας

Το ερώτημα που εγείρεται πάντα όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε μια οικονομική κρίση στο χώρο της υγείας, είναι αν θα μπορέσει το σύστημα υγείας να ανταποκριθεί σε αυτή, αν θα είναι βιώσιμο. Καθώς τα συστήματα υγείας στηρίζονται στην κρατική επιχορήγηση, η εξασφάλιση των εισροών θεωρείται απαραίτητη για τη διασφάλιση της λειτουργίας τους · πληρωμή εργαζομένων, προμηθευτών, συντήρηση μηχανημάτων, αγορά αναλωσίμων [15]. Δεδομένου του τεράστιου χρέους και της ανάγκης των κυβερνήσεων να ανταπεξέλθουν επιθετικά, με περικοπές κονδυλίων και υποχρηματοδότηση, έχουμε φτωχοποίηση της υγείας και το διακύβευμα είναι αν μπορεί να διατηρηθεί η ποιότητα στην φροντίδα με λιγότερα έσοδα.

Παρά τα εντυπωσιακά επιστημονικά επιτεύγματα και την τεράστια οικονομική ανάπτυξη των τελευταίων εξήντα (60) ετών, η ελπίδα για βελτίωση της υγείας για όλους τους πληθυσμούς της Γης, ακόμα και στις φτωχότερες χώρες, όπως αναπτύχθηκε στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, φαίνεται ουτοπία. Δεν μπορέσαμε να ανταποκριθούμε στην πρόκληση λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, που, όπως φαίνεται, ακόμα δεν έχει ολοκληρωθεί, αφού δεν φαίνονται σημάδια ανάσχεσης [16] .

Δημιουργήσαμε ένα κόσμο οικονομικά ασταθές · υπερκαταναλωτισμός, κοινωνική αδικία, κατάρριψη όλων των οικονομικών θεωριών της ελεύθερης αγοράς και του σύγχρονου καπιταλισμού. Οι δυνάμεις της αγοράς επηρέασαν ανεξίτηλα τα συστήματα της υγείας. Η υψηλή ιατρική εξειδίκευση και οι τεχνολογίες αιχμής που αναπτύχθηκαν δεν κατάφεραν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων σε παγκόσμιο επίπεδο.

Σε μια προσπάθεια να ανιχνεύσουν την αιτία της ύφεσης συγκροτήθηκε στις ΗΠΑ Εξεταστική Επιτροπή της Οικονομικής Κρίσης των Ηνωμένων Πολιτειών, η οποία συμπέρανε ότι η κρίση προκλήθηκε από μια υπεραφθονία επενδύσεων με δάνεια υψηλού κινδύνου [4]. Σε μια αλυσιδωτή αντίδραση, η αύξηση των επιτοκίων δημιούργησε αδυναμία και αθετήσεις πληρωμών, οι τράπεζες έχασαν την αξιοπιστία τους με αποτέλεσμα την κατάρρευση του κτηματομεσιτικού τομέα και του χρηματιστηρίου.

Την τελευταία δεκαετία του 20^{ου} αιώνα το 89% του κόστους της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο ξοδευόταν στο 16% του παγκόσμιου πληθυσμού, ενώ πάνω από το 50% του πληθυσμού ζουν σε χώρες που τα έξοδα για την υγεία ανέρχονται σε 15\$ ανά άτομο το χρόνο, ενώ δεν υπάρχει πρόσβαση σε βασικά φάρμακα.

Παρόλα αυτά η κρίση εξαπλώθηκε στον αναπτυσσόμενο κόσμο, με κατάρρευση του διεθνούς εμπορίου και σταδιακή μείωση των χρηματοδοτήσεων, ενώ είχαμε σοβαρές μειώσεις του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) των χωρών που «μολύνθηκαν» [17]. Είναι πραγματικά

ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε τις διαφορετικές αντισταθμιστικές πολιτικές που αναπτύχθηκαν σε κάθε χώρα της Ευρώπης, ιδιαίτερα σε αυτές που ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αποτελούν ένα σύνθετο πειραματικό εργαστήριο, που θα έχει σημαντική αξία για τον ιστορικό του μέλλοντος. Αυτό που παρατηρείται είναι το χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στην Ανατολική και Δυτική Ευρώπη, τη Βόρεια και τη Νότια και αυτό έχει σχέση κυρίως με τη δυνατότητα αντίστασης στην ύφεση, που είχε η κάθε χώρα ξεχωριστά. Όμως, ακόμα και οι δυνατότερες των χωρών θεωρείται ότι απέτυχαν, αφού δεν μπόρεσαν να περιορίσουν τους θανάτους από κατάχρηση καπνού και αλκοόλ ή να ελέγξουν τους θανάτους που σχετίζονται με λοιμώδη νοσήματα, ασφάλεια οδική και παιδιού.

Κάθε χώρα εφάρμοσε διαφορετικές πολιτικές, που είχαν και διαφορετικά αποτελέσματα στις κοινωνίες τους. Τα αντισταθμιστικά μέτρα, σε πολλές περιπτώσεις, είναι πιο επώδυνα από την ίδια την κρίση [4]. Η μείωση των εισοδημάτων, οι υπερχρεώσεις νοικοκυριών, η υπερφορολόγηση, η αβεβαιότητα στον εργασιακό χώρο, η ανεργία έφεραν κοινωνική αναταραχή, αλλαγή του τρόπου ζωής, μελαγχολία και κατάθλιψη καθώς αποδιοργανώθηκε η κοινωνική δομή και άλλαξε η κοινωνική και οικονομική θέση των ανθρώπων. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι τα αποτελέσματα μιας συγκεκριμένης πολιτικής υγείας ήταν διαφορετικά και μέσα στην ίδια τη χώρα ανάλογα με την περιοχή και τα ιδιαίτερα δημογραφικά της χαρακτηριστικά. Πιο ανθεκτική στη λαίλαπα της οικονομικής ύφεσης αναδείχτηκε η Ισλανδία, αφού είναι η μόνη χώρα στην Ευρώπη, που μπόρεσε να αποφύγει τις αρνητικές επιπτώσεις της λιτότητας στον τομέα της υγείας.

Σε συγκριτική μελέτη για τις πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν σε Ελλάδα, Πορτογαλία και Κύπρο εν μέσω οικονομικής λιτότητας έγινε φανερό ότι η εύκολη λύση για να αντιμετωπίσουν την επερχόμενη καταστροφή ήταν η μείωση των μισθών, η κατάργηση επιδομάτων και η υπερωριακή απασχόληση [18]. Παρά ταύτα, δεν έγινε καμία παρέμβαση για την ορθή κατανομή των ανθρωπίνων πόρων, δηλαδή να ισορροπήσει η κατανομή των εργαζομένων, ούτε για την αναδιοργάνωση της εκπαίδευσης και της επιδεξιότητάς τους.

Σε άλλη έρευνα που συγκρίνει την Ελλάδα, τη Φιλανδία και τη Ισλανδία ο μελετητής δεν βρίσκει σημαντικές διαφορές στην υγεία του πληθυσμού, ενώ τη καλή υγεία των Ελλήνων ειδικά, τη θεωρεί πλεονέκτημα για το κράτος την επόμενη μέρα της κρίσης [19]. Παρόλα αυτά προτείνει να ακολουθηθούν στοχευμένες πολιτικές και προγράμματα που θα βελτιώσουν τις ολοένα επιδεινούμενες νέες τάσεις, την εξάπλωση του HIV και την αύξηση των αυτοκτονιών.

Η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών ώθησε τους πολίτες στα δημόσια νοσοκομεία [20]. Η αύξηση της προσέλευσης, η μείωση του προσωπικού λόγω συνταξιοδοτήσεων και άρσης προσλήψεων, η έλλειψη βασικών υγειονομικών υλικών έχει φέρει τους γιατρούς και το προσωπικό στα όριά τους. Όπως πολύ περιγραφικά αναφέρει η Kerasidou et al σε πρόσφατη έρευνα, οι γιατροί βρίσκονται σε εμπόλεμη κατάσταση προσπαθώντας να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών, χωρίς να συμβιβαστούν ή να μειώσουν τα επαγγελματικά τους πρότυπα, αντιστεκόμενοι στις

πολιτικές λιτότητας και στις οδηγίες που τους μετατρέπουν από λειτουργούς υγείας σε εργάτες γραμμής παραγωγής.

Από τις περικοπές στη χρηματοδότηση στο χώρο της υγείας, οι μεγαλύτερες μειώσεις αφορούσαν την φαρμακευτική δαπάνη με μείωση στο 42,3%, αμέσως μετά τη φροντίδα των εξωτερικών ασθενών με μείωση στο 34,6% και τέλος, την μείωση στη φροντίδα των εσωτερικών ασθενών στο 8,6%. Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν ήταν γρήγορες, οριζόντιες και χωρίς να λάβουν σοβαρά παραμέτρους όπως η χρονιότητα ή η σοβαρότητα της πάθησης, ενώ πέρα από το πρόσκαιρο οικονομικό όφελος, δεν έφεραν καμία ουσιαστική, ριζική μεταρρύθμιση [21, 22].

Ο Rachiotis το 2014 ανέδειξε ότι η αυστηρή λιτότητα στο χώρο της υγείας και η έλλειψη των υλικών, όχι μόνο υποβίβασε τις προσφερόμενες υπηρεσίες, αλλά εξάντλησε ψυχολογικά το προσωπικό, που δεν έχει το σθένος να ανταποκριθεί στην πρόκληση της στέρησης, μετατρέποντας την οικονομική κρίση σε ανθρωπιστική [23].

Ο Λιαρόπουλος έδειξε μία άλλη οπτική στο θέμα. Τα συστήματα υγείας τροφοδοτούνται εν μέρει από τα ασφαλιστικά ταμεία. Όμως εν καιρώ κρίσης είναι καταδικασμένα να αποτύχουν αν δεν ανανεωθούν, καθώς αναπτύχθηκαν τη δεκαετία του '50 όταν το προσδόκιμο ζωής ήταν τα 60-65 χρόνια. Για τα οικονομικά της υγείας αυτό σημαίνει ότι οι αποδιδόμενες από τους ασφαλιστικούς φορείς συντάξεις θα επαρκούσαν για ένα αναμενόμενο χρονικό διάστημα [24]. Όμως ο 21^{ος} αιώνας, με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, κυρίως απεικονιστικά και φαρμακευτικά, αύξησε το προσδόκιμο ζωής στα 80 χρόνια με πολύ καλή ποιότητα ζωής · αυτό σημαίνει απόδοση συντάξεων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Σε συνδυασμό με την υψηλή εξειδίκευση της ιατρικής επιστήμης, την αλματώδη ανάπτυξη των ιατροτεχνολογικών προϊόντων, με την υψηλή ανεργία κι επομένως τη μείωση των εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων, η κατάρρευσή τους είναι δεδομένη και αναμενόμενη.

Οι κυβερνήσεις των χωρών της Λατινικής Αμερικής που αντιμετώπισαν την ίδια κατάσταση τη δεκαετία του '90, προσπάθησαν να προάξουν την υγεία των κατοίκων τους αντιστεκόμενοι στις απαιτήσεις των δανειστών τους για μείωση των δαπανών στη δημόσια υγεία. Η πολιτική αυτή πέτυχε. Η βελτίωση των οικονομικών δεικτών και των δεικτών υγείας στις χώρες αυτές απέδειξε ότι οι πολιτικές λιτότητας είναι αντιεπισημονικές και επικίνδυνες, αλλά αναστρέψιμες [10].

Η κακή δημοσιονομική πολιτική των τελευταίων δεκαετιών προκάλεσε τη διάβρωση των συστημάτων υγείας και την απώλεια της εμπιστοσύνης στους θεσμούς. Για να ξεπεραστεί αυτή η κατάσταση είναι κοινή πεποίθηση η ανάπτυξη ενός νέου, καινοτόμου τρόπου σκέψης και εφαρμογής πολιτικών και η συνειδητοποίηση ότι όλες οι χώρες, ευνοημένες και φτωχές, είναι απόλυτα συνδεδεμένες στο θέμα της υγείας και πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο κάθε κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας [2].

2. Οικονομική Κρίση και επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού

Το 2009 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έδειχνε να ανησυχεί για την επερχόμενη οικονομική κρίση, χωρίς να μπορεί να φανταστεί την έκτασή που θα έπαιρνε [25]. Το κύριο μέλημα ήταν να αποτραπεί να μετατραπεί η οικονομική κρίση σε κρίση κοινωνική και υγειονομική. Έτσι ζητά να είναι όλες οι χώρες σε εγρήγορση για να προστατέψουν τους πληθυσμούς τους, ιδιαίτερα στις υπό ανάπτυξη χώρες με χαμηλότερο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ).

Προηγούμενες εμπειρίες με χώρες σε οικονομική λιτότητα ανέδειξαν ότι μια συνετή άσκηση πολιτικής, όπου οι τιμές σταθεροποιούνται, μειώνεται το κόστος της αγοράς του καθημερινού φαγητού και βοηθώντας τους πολίτες να ανταπεξέρχονται στις ασφαλιστικές τους υποχρεώσεις και προωθώντας τα παιδιά να μην εγκαταλείψουν το σχολείο, έμμεσα, αλλά πολύ αποτελεσματικά, βοηθά στην διατήρηση του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού.

Λίγα χρόνια αργότερα, το 2015 σε έκθεσή του ο ΠΟΥ επιβεβαιώνεται. Επισημαίνει ότι παρατηρούνται ανισότητες στην πρόσβαση πολιτών σε δομές υγείας λόγω των δύσκολων οικονομικών συνθηκών [26]. Κυριότερα, πλήττονται οι γυναίκες, οι λιγότεροι μορφωμένοι, οι αγρότες, οι φτωχοί και οι περιθωριακές ομάδες.

Τα ψυχολογικά προβλήματα που αναδύονται σε καιρούς οικονομικής λιτότητας παρουσιάζει με νέα έκθεσή του ο ΠΟΥ το 2011. Υπολογίζεται ότι το 3-4% της μείωσης του ΑΕΠ παγκοσμίως οφείλεται στην απώλεια παραγωγικότητας λόγω προβλημάτων ψυχικής υγείας [5]. Ένας υγιής άνθρωπος έχει συναισθηματική ευελιξία, αναπτύσσει την ικανότητα να αντιμετωπίζει το καθημερινό άγχος και να λειτουργεί τόσο μέσα στην οικογένεια, όσο και μέσα στην κοινότητα. Αρκεί να υπάρχει σταθερότητα στο χώρο της εργασίας, διασφαλισμένα έσοδα και κοινωνικό κεφάλαιο, δηλαδή ποιότητα στις κοινωνικές σχέσεις μέσα στην ίδια την κοινωνία, την αίσθηση του «ανήκειν» σε σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης.

Σε καθεστώς ύφεσης με τις εργασιακές σχέσεις επισφαλείς, φορολογικό καταγισμό και αβέβαιο εισόδημα η ψυχική υγεία επηρεάζεται. Ιδιαίτερα οι αδύναμες ομάδες των γυναικών, των προσφύγων, των άπορων, των ανασφάλιστων και των ανέργων. Επίσης, έρευνες αποδεικνύουν ότι οι άντρες σε μεγαλύτερο ποσοστό έναντι των γυναικών, κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και καπνού, πάσχουν συχνότερα από αυτοκτονικό ιδεασμό και προβαίνουν σε απόπειρες αυτοκτονίας [27]. Η κατάσταση επιτείνεται στους μακροχρόνιους ανέργους.

Μάλιστα, τα ποσοστά των αυτοκτονιών είναι σε παράλληλη πορεία με τη σοβαρότητα της οικονομικής ύφεσης μιας χώρας [28, 29, 6]. Τα χαρακτηριστικά των ανθρώπων με αυτοκτονικό ιδεασμό όπως έδειξαν οι μελέτες είναι: άνδρες, άνεργοι, Ευρωπαίοι, μεσήλικες, αστοί, έγγαμοι. Ειδικότερα για τους Ευρωπαίους, οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σαράντα (40) φορές περισσότερες από τις αυτοκτονίες, ενώ ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι δέκα (10) φορές μεγαλύτερος σε χώρα με

οικονομική ύφεση σε σχέση με την ίδια χώρα σε περίοδο οικονομικής ευμάρειας. Βέβαια δεν παραλείπεται όλη η ψυχιατρική παθογένεια · κατάθλιψη, άγχος, εκδηλώσεις πανικού, έντονη ανησυχία που αυξάνει γεωμετρικά με σημαντικό στοιχείο ότι αφορά τους εργαζόμενους και την έκφραση της προσωπικής τους ανασφάλειας και όχι τους ανέργους.

Σε αυτά συμφωνούν κι άλλοι ερευνητές που παρατήρησαν ότι στις χώρες που πλήττονται από οικονομική ύφεση οι δείκτες υγείας δεν είναι καλοί [27, 30]. Συγκεκριμένα, απέδειξαν ότι οι άνεργοι έχουν 20-25% υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας, που οφείλεται στο γεγονός ότι δεν τρέφονται σωστά και δεν έχουν πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα όταν το χρειάζονται.

Η αύξηση της ανεργίας συνδέεται άμεσα με την αύξηση των πρόωγων θανάτων λόγω εσκεμμένης βίας (αυτοκτονίες, θάνατοι από κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών), ενώ παρατηρείται μείωση των τροχαίων.

Οι άνεργοι, όχι μόνο έχουν έλλειψη ή περιορισμό εισοδήματος, μετά την απώλεια της δουλειάς τους, αλλά χάνουν και την ασφαλιστική τους κάλυψη κι αυτό σημαίνει, για τα περισσότερα συστήματα υγείας, πρόσβαση στην υγεία μόνο ιδιωτικά. [30,31,17]. Αυτό προκαλεί ανισότητες στην πρόσβαση στην υγεία και από κοινωνικό αγαθό γίνεται ακριβή πολυτέλεια, μόνο για τους έχοντες.

Επιπλέον, έρευνα έδειξε ότι, αντισταθμιστικά στην έλλειψη εργασίας και στη μείωση του εισοδήματος και της αγοραστικής τους δύναμης, τα νοικοκυριά μειώνουν ή σταματούν τις προγραμματισμένες ή τις προληπτικές επισκέψεις στο γιατρό. Η μείωση αυτή αφορά το 25% των Αμερικανών και το 5-12% των Ευρωπαίων [32]. Επίσης, παρατηρείται μία στροφή από τον ιδιωτικό προς το δημόσιο τομέα, ιδιαίτερα για υπηρεσίες που είναι δωρεάν ή με χαμηλό κόστος [8].

Η φτώχεια οδηγεί τα άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό καθώς αναγκάζονται να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να μην προσέχουν τη διατροφή τους ή να αποδέχονται επικίνδυνες εργασίες που σε κανονικές συνθήκες δεν θα είχαν δεχτεί [33].

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης θα προληφθούν ή θα ανατραπούν μόνο μέσα από ένα σφιχτό κοινωνικό ιστό, που θα στηρίζει τις ευάλωτες ομάδες και την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών που στόχο θα έχουν: τη διατήρηση του δικαιώματος της εργασίας για όλους τους πολίτες και τη στήριξη με προγράμματα χρηματοδότησης τόσο για την καθημερινή επιβίωση των ανέργων, όσο και για τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας.

Σε μια άλλη μελέτη, σχετικά με το τι πιστεύουν οι ίδιοι οι πολίτες για την υγεία τους σε περιβάλλον αυστηρής λιτότητας και ελλείψεων, δήλωσαν ότι θεωρούν χειρότερη την υγεία τους οι ηλικιωμένοι, οι συνταξιούχοι, οι νοικοκυρές και αυτοί που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, ενώ οι άνδρες και τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση ή εισόδημα δήλωσαν ότι η υγεία τους δεν έχει επηρεαστεί [34].

Αξίζει να σημειωθεί εδώ, ότι από τις χώρες της Ευρώπης, που επηρεάστηκαν σοβαρά από την οικονομική κρίση, η Ισλανδία ήταν η μόνη που δεν είδε αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του

πληθυσμού της, καθώς αρνήθηκε την πρόταση του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου να κάνει περικοπές στον προϋπολογισμό για κοινωνική φροντίδα και υγειονομική περίθαλψη, ενώ αντίθετα, εφάρμοσε κοινωνικές πολιτικές για τη στήριξη των πολιτών της [35].

Μήπως όμως έπρεπε να το προβλέψουμε, να προετοιμάσουμε τον πληθυσμό μας και να ενισχύσουμε το κράτος με εφικτές αντισταθμιστικές πολιτικές; Πριν από την κρίση στην Ευρώπη, υπήρχε ήδη από το 2008 η κρίση στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής [36]. Στους Αμερικάνους η οικονομική κρίση ξέσπασε σαν τσουνάμι, ξαφνικά και σαρωτικά. Ο φόβος της απόλυσης ή η εμπειρία της απόλυσης, η μείωση της αξίας των επενδύσεων και των σπιτιών, η ανατίμηση των ειδών και η υποτίμηση του συναλλάγματος οδήγησε τους ανθρώπους στην εκδήλωση άγχους, αντικοινωνικής συμπεριφοράς, υποκλινικής κατάθλιψης και σε σωματικές εκδηλώσεις ψυχολογικών διαταραχών. Επίσης, η μείωση του εισοδήματος ανάγκασε τα νοικοκυριά να μειώσουν την κατανάλωση ή να καταναλώνουν προϊόντα, συνειδητά, αμφιλεγόμενης ποιότητας, αλλά σίγουρα, φθηνότερης τιμής. Η επιλογή αυτή αργά ή γρήγορα θα έχει αντίκτυπο στην υγεία τους.

Επίσης, η οικονομική λιτότητα και η διαχείρισή της ωθεί, αυτούς που έχουν προδιάθεση, στην κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, ενώ παρατηρείται παράλληλα αύξηση της χρήσης καπνού. Επιπλέον, εμφανίζεται αύξηση του Ca μαστού, όχι γιατί πραγματικά αλλάζει το επιδημικό προφίλ της νόσου, αλλά επειδή λόγω της οικονομικής δυσχέρειας δεν προβαίνουν οι γυναίκες στον συστηματικό προληπτικό τους έλεγχο.

Η μακροχρόνια ύφεση και οι συνέπειες στον ελληνικό πληθυσμό έγιναν αντικείμενο μελέτης τόσο από Έλληνες όσο και από ξένους ερευνητές, όπως παρουσιάζεται στη ανασκόπηση της Simou [37]. Κοινό τους σημείο είναι ότι οι πολίτες έχοντας να αντιμετωπίσουν προβλήματα όπως η αδυναμία να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές υποχρεώσεις, η ανεργία και η απώλεια της ασφαλιστικής ικανότητας, παύουν να ασχολούνται με τα θέματα της υγείας τους, δεν τηρούν τη φαρμακευτική αγωγή και απομακρύνονται από την ιατρική φροντίδα.

Μια πολύ σημαντική μελέτη του Hessel et al ανέδειξε τις πραγματικές διαστάσεις της κρίσης στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα [38]. Συνέκρινε δύο χώρες με οικονομικά προβλήματα, την Ελλάδα και την Ιρλανδία, και απέδειξε ότι στην Ελλάδα έχουν επιδεινωθεί οι δείκτες υγείας των ηλικιωμένων πολιτών, αλλά και αυτών που ζουν σε πιο πυκνοκατοικημένες περιοχές, ενώ στην Ιρλανδία οι πολιτικές υγείας που εφαρμόστηκαν δεν μετέβαλαν τους δείκτες και θεωρούνται άκρως πετυχημένες.

Αντίστοιχο αποτέλεσμα, ανέδειξαν οι έρευνες του Vandoros, και του Kondilis. Ο πρώτος συγκρίνοντας την Ελλάδα με την Πολωνία παρατήρησε ότι το 2013, οι δείκτες υγείας φαίνονται να έχουν επηρεαστεί από την κρίση, αλλά ο ερευνητής αναμένει θεαματική εξέλιξη της υγειονομικής παρακμής στα επόμενα χρόνια [39]. Κι αυτό, γιατί ο πληθυσμός νοσεί ψυχολογικά λόγω της παρατεινόμενης οικονομικής κρίσης, της ανέχειας, της φορολόγησης και του υψηλού ποσοστού ανεργίας με συνέπεια να στρέφεται στο αλκοόλ, το κάπνισμα, να αδιαφορεί για την διατροφή του, ενώ

έχει αυξηθεί το ποσοστό των αυτοκτονιών. Στα παραπάνω συναινεί και ο Kondilis [40] από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο της Θεσσαλονίκης επισημαίνοντας ότι οι δείκτες είναι χειρότεροι στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού τους ανέργους, τους ανασφάλιστους, τους μετανάστες κι αυτούς που δεν έχουν κανένα εισόδημα.

Σε άλλη έρευνα, παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων AIDS, λόγω μετάδοσης μεταξύ των χρηστών ουσιών, και διπλασιασμό των περιστατικών φυματίωσης, ενώ εμφανίστηκε ελονοσία, τοπικού τύπου, λόγω ακύρωσης των αεροψεκασμών [35]. Έχουμε μείωση των γεννήσεων λόγω οικονομικής δυσχέρειας, αλλά και μικρή αύξηση της νεογνικής θνητότητας, αφού οι άπορες έγκυες δεν έχουν τη δυνατότητα ιατρικής παρακολούθησης ή δεν έχουν ενημερωθεί πώς να το κάνουν δωρεάν στις δημόσιες δομές.

3. Οικονομική Κρίση και Μεταρρυθμίσεις στην Υγεία

Η Ελλάδα αδιαμφισβήτητα έχει να αντιμετωπίσει την χειρότερη κρίση στην ιστορία της, που δεν είναι μόνο οικονομική, αλλά είναι και πολιτική, κοινωνική και πνευματική [41]. Ποτέ πριν δεν ήταν τόσο απροετοίμαστη, ανοχύρωτη κι ευάλωτη, αναπαυμένη σε μία ψευδαίσθηση ατρωσίας και μιας αδικαιολόγητης αυτοπεποίθησης.

Αρχές του 21^{ου} αιώνα το δημοσιονομικό αδιέξοδο στο οποίο βρέθηκε την έφερε στα πρόθυρα της χρεωκοπίας. Για να αποτραπεί αυτό, συμβιβάστηκε το 2010 με ένα αυστηρό πρόγραμμα επιτήρησης από τους δανειστές της, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, τη λεγόμενη «τρίκα». Προκειμένου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις των δανειστών υποχρεώθηκε σε αυστηρή λιτότητα και αναδιάρθρωση όλων των δημοσιονομικών κλάδων, έτσι ώστε το δημόσιο χρέος μακροπρόθεσμα να γίνει βιώσιμο.

Σύμφωνα με τις επιταγές του μνημονίου [42], η Ελλάδα έπρεπε εκτός από τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, να αναθεωρήσει τη συμμετοχή του ασφαλισμένου, να περιορίσει τα πρωτότυπα φάρμακα και να αυξήσει τη λίστα με τα μη συνταγογραφούμενα, να μειώσει το κόστος των γενοσήμων, να μειώσει το κέρδος των φαρμακοποιών, να μειωθούν τα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων, να συγχωνευτούν υγειονομικές εγκαταστάσεις, να αυξηθεί η συνδρομή των αγροτών στην περίθαλψη και να αναθεωρηθεί το πακέτο των παροχών από τον ΕΟΠΥΥ. Ενώ μέσα στη γενικότερη αναδιάρθρωση του δημοσίου τομέα περιλαμβάνεται η μείωση των θέσεων εργασίας κατά 150.000 άτομα και η μείωση κατά 20% των αποδοχών σε οριζόντια βάση.

Αυτά ζητούν οι δανειστές μας, το πώς θα εφαρμοστούν είναι πολιτική επιλογή [43]. Ακολούθησαν άλλα δύο δάνεια, άλλα δύο μνημόνια αυστηρότερα από το πρώτο. Το Υπουργείο Υγείας για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της τρίκας πήρε πολύ αυστηρά μέτρα τα οποία μπορούν να χωριστούν σε τρεις (3) μεγάλες κατηγορίες : μέτρα λιτότητας οικονομικής, μέτρα περιορισμού της

πρόσβασης και προγράμματα ιδιωτικοποιήσεων και απορρύθμιση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας [9]. Τα μέτρα λιτότητας αφορούσαν την περιστολή του προϋπολογισμού για την Υγεία, τη άρση χορήγησης επιδομάτων και υπερωριών, τις μειώσεις μισθών των επαγγελματιών υγείας, το πάγωμα των προσλήψεων, τις απολύσεις των εκτάκτων και των προς συνταξιοδότηση υπαλλήλων και την κάλυψη των κενών θέσεων προσωπικού με μεταφορές υπαλλήλων από άλλους φορείς, ακόμα και με διαφορετική ειδικότητα.

Έτσι τη τελευταία πενταετία παρακολούθησαμε το σημαντικότερο διαρθρωτικό εγχείρημα στο χώρο της Υγείας, την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ το 2011, στον οποίο συγχωνεύτηκαν οι πόροι των τεσσάρων σημαντικότερων ασφαλιστικών ταμείων αρχικά, του ΟΠΑΔ, του ΟΑΕΕ, του ΟΓΑ και του ΙΚΑ [9]. Όμως ο Οργανισμός σχηματίστηκε κάτω από τρομακτική πίεση, τόσο χρονική όσο και οικονομική, που οφείλεται μάλλον στην πολιτική ρευστότητα εκείνης της περιόδου. Λίγες ημέρες πριν τη λειτουργία του δεν είχε έδρα, ΑΦΜ, προσωπικό, κανονισμό οικονομικής διαχείρισης, συμβάσεις, διαχειρίστρια τράπεζα. Το βέβαιο ήταν ότι κληρονόμησε το χρέος των τεσσάρων συγχωνευμένων ασφαλιστικών ταμείων, δηλαδή 3,5 δισεκατομμύρια ευρώ [44].

Το εύρος των παροχών του ΕΟΠΥΥ καθορίστηκε με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) [45], ο οποίος ανάλογα με τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ την επόμενη χρονική περίοδο συρρικνώθηκε άλλες δύο φορές [46, 47], πάντα σε βάρος των ασφαλισμένων, ιδιαίτερα των χρονίως πασχόντων.

Τα ιατρεία των ασφαλιστικών φορέων, με σημαντικότερα του ΙΚΑ, κληρονομήθηκαν κι αυτά στον ΕΟΠΥΥ. Αυτή η συναινετική σχέση διήρκεσε δύο χρόνια, γιατί ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορούσε να είναι πάροχος και αγοραστής υπηρεσιών υγείας κι έτσι το 2013 έκλεισε τα ιατρεία ή τα μεταβίβασε στις Διοικήσεις των υγειονομικών περιφερειών. Η διαδικασία ήταν σκληρή και επίπονη, με διαθεσιμότητα του προσωπικού και κλείσιμο όλων των ιατρείων για πάνω από ένα μήνα και τον κόσμο χωρίς πρόσβαση στις παραδοσιακές δομές. Με αυτό τον τρόπο, ολοκληρώθηκε ο κύκλος μετακίνησης των ιατρείων των ασφαλιστικών ταμείων από την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας, στο Υπουργείο Υγείας, με μεγάλη ταλαιπωρία των ασφαλισμένων, που έψαχναν να βρουν ιατρεία και γιατρούς .

Αναμφίβολα, ο χώρος της υγείας, δέχτηκε τα σκληρότερα οικονομικά μέτρα, αποτέλεσμα σημαντικών μεταρρυθμίσεων, που ήταν σε εκκρεμότητα για πολλά χρόνια [48]. Είναι άλλωστε ευρέως αποδεκτό, ότι ο κοινωνικός τομέας στην Ελλάδα, είχε ανάγκη σαρωτικής αλλαγής λόγω της εκτεταμένης διαφθοράς, της αναποτελεσματικότητας και της κρατικής κακομεταχείρισης [35].

Συνέχεια των μεταρρυθμίσεων ήταν η ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και παραπομπή για ιατρικές εξετάσεις. Για να εφαρμοστεί στην Ελλάδα χρειάστηκαν δύο νομοθετικές ρυθμίσεις [7,8], κι ένα λογισμικό για το οποίο κανένας ιατρός δεν εκπαιδεύτηκε επίσημα, αλλά έπρεπε να χρησιμοποιεί. Η πρωτοβουλία της εκπαίδευσης αφέθηκε από το επίσημο κράτος στους κατά

τόπους Ιατρικούς Συλλόγους ή τις φαρμακευτικές εταιρίες. Αυτό δεν υποβαθμίζει καθόλου το γεγονός, ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ήταν μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις, αφού δίνει τη δυνατότητα σε πραγματικό χρόνο, να μελετηθούν τα μοτίβα συνταγογράφησης.

Η έρευνα του Polyzos et al ανέδειξε ότι με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχουμε περιορισμό της φαρμακευτικής σπατάλης, κάτι βέβαια που δεν οφείλεται μόνο στην πιο επιμελή συνταγογράφηση, αλλά και στην μείωση των τιμών των φαρμάκων και στην ευρεία χρήση των γενοσήμων, που με το νόμο 4213/2013 [49] ορίστηκε η ανώτατη τιμή τους να είναι το 65% του φαρμάκου αναφοράς.

Από την άλλη, η έρευνα του Labiris et al αποδεικνύει ότι οι έλληνες γιατροί αν και θέλουν να συμβάλλουν στον εξορθολογισμό της αγοράς και του κόστους του φαρμάκου, δεν πείστηκαν για την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων έναντι των προτύπων, ούτε για το οικονομικό όφελος της χρήσης τους, οπότε δεν τα προτιμούν ή δεν τα προτείνουν παρά την εθνική οδηγία [50].

Ο καθηγητής Σίσσουρας που διετέλεσε σύμβουλος του Υπουργείου Υγείας σε συνέντευξή του στον Μενέλαο Τζαφαλιό, παρουσίασε πολύ παραστατικά την εικόνα του ελληνικού συστήματος υγείας [13]. Τόσο στο ιδιωτικό, όσο και στο δημόσιο τομέα, ο χώρος της υγείας καταλάμβανε το 2009 το 9% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) · ποσοστό που για κάποιους είναι σημαντικό. Στην Ελλάδα όμως, έχουμε πρόβλημα διαχείρισης και ελέγχου των εξόδων. Έτσι ο καθηγητής υπερθεματίζει της ίδρυσης το 2011 του ΕΟΠΥΥ, καθώς και της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Αποτέλεσμα ήταν ο περιορισμός και ο έλεγχος τόσο των παροχών σε ιατροτεχνολογικό υλικό, όσο και της διάθεσης των φαρμάκων.

4. Οικονομική κρίση και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ποια είναι η εικόνα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα;

Ο Μόσιαλος το 2005, πολύ πριν την οικονομική κρίση, έδωσε μια σαφή εικόνα της Π.Φ.Υ. που στήθηκε το 1983 ως αναπόσπαστο κομμάτι του ελληνικού Ε.Σ.Υ., όπως αυτή «εξελίχθηκε» στην Ελλάδα · κατακερματισμός δομών, ελλειμματική χρηματοδότηση, ανισότητα στην πρόσβαση, χωρίς ποιότητα στις προσφερόμενες υπηρεσίες, καμία αξιολόγηση προσωπικού, αδιαφάνεια σε κάθε διαδικασία πρόσληψης, δωροδοκίες ιατρών, καμία καταγραφή του τοπικού επιδημικού προφίλ του πληθυσμού, αδιαφάνεια προσλήψεων, πεδίο ιδανικό για πολιτικές παρεμβάσεις, χωρίς διάθεση για αλλαγή [15].

Το 2010 οι Οικονόμοι και Μαργιόλης [51] αναρωτήθηκαν πόσο συμβατή είναι η Ελλάδα της οικονομικής κρίσης με τις επιταγές της διάσκεψης της Alma Ata [52] 30 χρόνια περίπου μετά τη διοργάνωσή της. Η διάσκεψη αποτέλεσε ένα κομβικό σημείο για το στρατηγικό σχεδιασμό των συστημάτων Υγείας, αφού μετατόπισε την παγκόσμια σκέψη από την ιατροκεντρική εξειδικευμένη

φροντίδα σε επίπεδο αποκλειστικά τριτοβάθμιο, στην ανάγκη ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας με ασθενοκεντρική προσέγγιση, με ισότητα πρόσβασης και δικαιοσύνη για όλους τους ασθενείς. Αυτό που παρατήρησαν ήταν ότι στην Ελλάδα η Π.Φ.Υ. έχει ιατρούς με υψηλή εξειδίκευση, χωρίς όμως γενικούς ιατρούς. Επιπλέον, οι ασθενείς έχουν πρόσβαση κατευθείαν στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς δεν υπάρχει κάποιο φίλτρο στο σύστημα υγείας για να τους αποτρέψει.

Ο Kondilis το 2012 σε ανασκόπηση σχετικά με την εξέλιξη και τη δομή της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και τις προσπάθειες για μεταρρύθμιση, αναφέρει ότι στα μειονεκτήματα της είναι ο κατακερματισμός των δομών, η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη μηχανημάτων και υλικών, η μη καταγραφή επιδημιολογικών δεδομένων, και το ιδιαίτερο εργασιακό καθεστώς των ιατρών που εργάζονται στα ιατρεία των ασφαλιστικών φορέων, καθώς τους επιτρέπεται να εργάζονται με μειωμένο ωράριο ασκώντας παράλληλα και ιδιωτικό έργο, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ανήθικων τακτικών, όπως η προσέλκυση ασθενών από το δημόσιο στο ιδιωτικό τους ιατρείο [3]. Το υπάρχον σύστημα υποφέρει, κι αυτό έχει ως αποτέλεσμα το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών, που τους οδηγεί από την επαρχία προς τα αστικά κέντρα και από τα κέντρα υγείας στα νοσοκομεία.

Ο ερευνητής ολοκληρώνοντας πιστεύει ότι είναι επείγουσα η ανάγκη ορθολογισμού και αναδιοργάνωσης της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, γιατί έχει απομακρυνθεί από τις επιταγές της Διακήρυξης της ALMA ATA και δεν εκπληρώνει τους στόχους της.

Ο Σουλιώτης προχωρά ένα βήμα παραπάνω μελετώντας το πέρασμα των ιατρικών των ασφαλιστικών ταμείων από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. χαρακτηρίζει τη διαδικασία «η θυσία της πρωτοβάθμιας» θέλοντας να τονίσει τις δραματικές συνθήκες που εξελίχθηκαν μετά το 2012 [44]. Οι απανωτές τροποποιήσεις του προϋπολογισμού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. επηρέασαν την χρηματοδότηση των Μονάδων Υγείας (πρώην ιατρεία ΙΚΑ) καταλήγοντας στο ποσοστό των 8% μόλις του προϋπολογισμού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για την διετία που είχε τα ιατρεία υπό την επίβλεψή του.

Η Ελλάδα πασχίζει να περιορίσει το κόστος της υγείας στις απολύτως βασικές ανάγκες αναφέρει στην έρευνά του ο Sbarouni, κι αυτό επηρεάζει την καθημερινότητα των ανθρώπων της κοινότητας [53]. Η οικονομική ύφεση αποτελεί ίσως, μια μοναδική ευκαιρία για αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των περίπου διακοσίων κέντρων υγείας που μετέχουν στο δίκτυο της Π.Φ.Υ.

Επίσης, ο ερευνητής υποστηρίζει ότι η Π.Φ.Υ. πρέπει να ενισχυθεί, κυρίως σε ακαδημαϊκό επίπεδο, «χτίζοντας» δίκτυο καταγραφής δεδομένων και με την διενέργεια ερευνών και μάλιστα, διανέμοντας ερευνητικά κονδύλια ειδικά για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών επηρεάζεται σημαντικά από τη σχέση του γιατρού με τον ασθενή του και την προσβασιμότητα του ασθενή σε αυτόν, κάτι που όπως ισχυρίζονται οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, δίνει πλεονέκτημα στο δημόσιο τομέα στον ανταγωνισμό του σε σχέση με τον ιδιωτικό.

Η αποδόμηση της πρωτοβάθμιας φαίνεται εντονότερα στα επαρχιακά κέντρα υγείας κατά την Economidou [54], καθώς υπάρχουν ελλείψεις τόσο σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, όσο και σε προσωπικό, ιατρικό και νοσηλευτικό. Με δεδομένα τη γήρανση του πληθυσμού της επαρχίας και τις αυξανόμενες ανάγκες, που από αυτό προκύπτουν, οι ελλείψεις δημιουργούν αμφισβητήσιμη ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και ίσως θέτουν σε κίνδυνο τον πληθυσμό.

Μέσα από τη διαδικασία των αλλαγών που περιγράφηκε παραπάνω, καταλήξαμε το 2014 στη δημιουργία με το νομό 4238/14 [11] στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία, τις Μονάδες Υγείας και τα τοπικά ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων και εκατοντάδες συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιώτες ιατρούς υπό την επίβλεψη των κατά τόπους Υγειονομικών Περιφερειών. Οι γενικές αρχές που διέπουν το δίκτυο όπως περιγράφονται στο άρθρο 1 του ανωτέρου νόμου είναι:

1. *Το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας(Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία.*

2. *Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας.*

3. *Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος.*

4. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.):*

α) Αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας.

β) Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας.

γ) Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας.

δ) Σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στο πλαίσιο των κανόνων βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας.

5. *Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:*

α) Όλες τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα.

- β) Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας.
- γ) Την παροχή πρώτων βοηθειών.
- δ) Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.
- ε) Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.
- στ) Την τακτική παρακολούθηση και τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- ζ) Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και τις υπηρεσίες αποκατάστασης.
- η) Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας – παιδιού.
- θ) Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.
- ι) Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- ια) Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική

Η ελληνική κυβέρνηση έχει να αντιμετωπίσει κι ένα άλλο σημαντικό θέμα, τη στρατιά των ανέργων και των ανασφάλιστων που δεν καλύπτονταν υγειονομικά, ούτε δημόσια, ούτε ιδιωτικά [55].

Πίνακας 1: Απασχολούμενοι, άνεργοι, οικονομικά μη ενεργοί και ποσοστό ανεργίας, **ΙΟΥΝΙΟΣ 2016** [56]

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Απασχολούμενοι	4.071.570	3.676.194	3.508.371	3.545.724	3.613.345	3.674.957
Άνεργοι	849.250	1.219.397	1.349.407	1.290.046	1.198.018	1.124.541
Οικονομικά μη ενεργοί	3.387.138	3.353.742	3.327.807	3.301.097	3.276.400	3.249.057
Ποσοστό ανεργίας	17,3	24,9	27,8	26,7	24,9	23,4

Πίνακας 2: Ποσοστό ανεργίας κατά Αποκεντρωμένη Διοίκηση [56]

Αποκεντρωμένη Διοίκηση	2015			2016					
	10ος	11ος	12ος	1ος	2ος	3ος	4ος	5ος	6ος
Μακεδονίας -Θράκης	25,1	24,9	24,7	24,8	24,6	24,2	24,9	24,3	23,1
Ηπείρου- Δυτικής Μακεδονίας	27,9	27,5	28,4	28,4	28,6	28,7	26,4	27	26,8
Θεσσαλίας- Στερεάς Ελλάδας	26,8	27,7	27,4	29,3	26,6	26,7	26,3	25,9	25,8
Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίων Νήσων	23,7	24,1	23,3	23,6	23,1	23,7	23,5	24,1	23,8
Αττικής	24,8	24,1	23,5	23,5	23,2	22,8	22,4	22,2	22,3
Αιγαίου	14,6	12	14,9	14,7	15,2	16,2	16,7	21,6	18,8
Κρήτης	25,1	25,5	25,1	25,5	25,2	23,6	23,3	21,3	22,3
ΣΥΝΟΛΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	24,5	24,5	24,2	24,3	24	23,8	23,5	23,6	23,4

Η καλή υγεία των λιγότερων ευνοημένων πολιτών, είναι καλή υγεία όλων των πολιτών. Αυτό επιτυγχάνεται με την αποδέσμευση της υγειονομικής περίθαλψης του πολίτη από την ασφαλιστική του ικανότητα. Το 2013 και για δύο μόλις χρόνια, καθιερώθηκε το εισιτήριο «ελεύθερης πρόσβασης», το οποίο έδινε δικαίωμα πρόσβασης σε γιατρό για κάποιες κατηγορίες ανέργων. Αφορούσε περίπου 230.000 άτομα με βασική υγειονομική κάλυψη, αλλά στην πραγματικότητα κάλυψε μόνο το 10% από αυτούς [57]. Οι προϋποθέσεις απόκτησης ήταν πολλές, οι πολίτες και οι γιατροί στις δημόσιες δομές, δεν είχαν ενημερωθεί επαρκώς και έτσι δεν τελεσφόρησε. Το παράδοξο είναι ότι ενώ όλοι αναγνωρίζουν ότι ο τομέας Υγείας στην Ελλάδα χρειάζεται εκ βάθρων αναδιάρθρωση, υπάρχουν τα προγράμματα και τα χρονοδιαγράμματα εφαρμογής, υπάρχει ακόμη και η δυνατότητα να εξοικονομηθούν οι ανάλογοι πόροι, τα πάντα μένουν στα χαρτιά από έλλειψη πολιτικής βούλησης.

Το αυξανόμενο χάσμα ανισότητας στην υγεία δείχνει ότι το Ελληνικό Κράτος Πρόνοιας παραπαίει κάτω από την πίεση της εξαντλητικής λιτότητας και ότι έχει αποτύχει να ανταποκριθεί στις υποσχέσεις για καθολική κάλυψη υγείας [14].

Μετά από το μεγάλο κύμα προσφύγων που πλημμύρισε την ελληνική επικράτεια και τη στρατιά ανέργων και ανασφάλιστων πολιτών, με καθυστέρηση επτά ετών, το Ελληνικό Κράτος απαντά στην παραπάνω μελέτη. Νομοθετεί τον Φεβρουάριο του 2016 με το νόμο 4368/2016 [58], δύο εγκυκλίους [59,60] και μια συμπληρωματική νομοθετική ρύθμιση [61] σχετικά με την φαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και την διασφάλιση της πρόσβασής τους στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Αν αυτό είναι αρκετό, θα αποδεικτεί το επόμενο χρονικό διάστημα.

5. Οικονομική κρίση – Είναι πάντα αρνητική;

Ο Liagorouλος επιμένει ότι η κατάσταση στο χώρο της υγείας στην πραγματικότητα δεν οφείλεται στην οικονομική κρίση [12]. Το πρόβλημα είναι στο ίδιο το σύστημα της υγείας και η κρίση μπορεί να είναι εφιαλτήριο βήμα για ριζικές αλλαγές. Δεν μας λείπει το χρήμα, αλλά η εφαρμογή της σωστής πολιτικής.

Ο καθηγητής Σίσσουρας συμμαρρίζεται τις παραπάνω απόψεις και αναφέρει σε συνέντευξή του ότι είναι ευκαιρία τώρα για αναδιάρθρωση [13]. Οι κυβερνητικές επιλογές θα είναι δύσκολες, αλλά πρέπει να γίνουν εφαρμοστές σε όλο το φάσμα της Υγείας, ιδιαίτερα σε αυτό της Π.Φ.Υ. που πρέπει να «τραβήξει» το βάρος της υγειονομικής φροντίδας από τα νοσοκομεία. Είναι ώρα να εφαρμόσουμε μια εθνική στρατηγική για την υγεία και να δοθεί σε αυτό προτεραιότητα. Η οικονομική κρίση, για τον καθηγητή, ανοίγει μία διέξοδο ευκαιριών.

Πολύ νωρίτερα, το 2009 ο Buziarsist σε άρθρο του αναφέρει ότι βραχυπρόθεσμα, η οικονομική ύφεση κάνει καλό στον πολίτη [62]. Πιο συγκεκριμένα, ένας άνθρωπος που έχει μειωμένο εισόδημα, λόγω μειώσεων του μισθού, αυξημένης φορολόγησης και ανατιμήσεων των προϊόντων διατροφής αναγκάζεται να μαγειρεύει, να μειώνει την μετακίνησή του με ιδιωτικά μέσα, να ασκείται, να μην καπνίζει.

Ο Kentikelenis πιστεύει ότι η οικονομική κρίση επηρέασε το χώρο της υγείας, από την άποψη της μείωσης του προϋπολογισμού χρηματοδότησης και της υποστελέχωσης, αλλά ότι η ίδια η υγεία των Ελλήνων δεν είναι άσχημη, όπως την περιγράφει, σε μια έξαρση υπερβολής, ο Τύπος [57]. Η οικονομική κρίση είναι αφορμή για νοικοκύρεμα και πρέπει να εκμεταλλευτούμε την ευκαιρία αυτή.

Βέβαια, σημειώνουν ότι ατομικά και βραχυπρόθεσμα η υγεία ενός ανέργου γίνεται καλύτερη, γιατί η απομάκρυνση από το χώρο εργασίας σημαίνει απομάκρυνση από το εργασιακό άγχος και από τις ατελείωτες ώρες δουλειάς, ενώ η έλλειψη μεταφορικού μέσου οδηγεί έμμεσα σε περισσότερη άσκηση [30].

Συνήθως όταν μιλούμε για «καλή υγεία» αναφερόμαστε σε εργαζόμενους πολίτες με ασφαλιστική κάλυψη, δηλαδή για άτομα που έχουν την πολυτέλεια να επισκεφτούν οποιοδήποτε γιατρό στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα [31]. Ισχύει όμως αυτό; Καλή υγεία έχουν μόνο οι «έχοντες»; Μια πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα έρχεται από τον Ruhm. Ο ερευνητής ξεκίνησε με την υπόθεση ότι σε περίοδο οικονομικής λιτότητας κάποιος που δεν εργάζεται:

- Μειώνει την πρόσληψη τροφής και αλκοόλ κι επιστρέφει στο σπιτικό φαγητό
- Μειώνει την οδήγηση κι έτσι αποφεύγει τα τροχαία ατυχήματα και περπατάει παραπάνω
- Αποφεύγει τυχόν επικίνδυνο εργασιακό περιβάλλον
- Αποφεύγει το εργασιακό άγχος
- Έχει χρόνο για προγραμματισμένο προληπτικό ραντεβού με τον γιατρό του

- Βρίσκει χρόνο να ασκείται
- Μπορεί να ζητήσει βοήθεια από εθελοντικές ιατρικές ομάδες

Ο ερευνητής παίρνοντας δεδομένα από πενήντα (50) πολιτείες της Αμερικής για δεκαεννιά (19) χρόνια, ανέπτυξε έναν αλγόριθμο με μεταβλητές την υγεία, τα καταναλωτικά αγαθά, το εισόδημα, τις διαθέσιμες ώρες, τις εργάσιμες ώρες, τον μισθό, την ιατρική φροντίδα και την κατανάλωση αγαθών, προκειμένου να αποδείξει αν η ύφεση κάνει καλό στην υγεία.

Κατέγραψε τις δέκα (10) βασικές αιτίες θανάτου και τις καταχώρησε ως εξής:

Πίνακας 3 : Καταχώρηση αιτιών θανάτου

ΦΥΣΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΕΓΚΛΗΜΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ	ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
Νεοπλάσματα	Παθήσεις ήπατος	Δολοφονίες	Βρεφική θνησιμότητα
Καρδιαγγειακά Νοσήματα	Τροχαία ατυχήματα		Νεογνική θνησιμότητα
Πνευμονία	Ατυχήματα Αυτοκτονίες		

Ο Ruhm κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι με εξαίρεση της αυτοκτονίας, που σε καιρό οικονομικής κρίσης υπερδιπλασιάζονται, όλοι οι θάνατοι από τις υπόλοιπες κατηγορίες μειώνονται.

Επίσης, είναι εντυπωσιακό ότι όταν έχουμε άρση της ύφεσης, οι αριθμοί των θανάτων από τις υπόλοιπες κατηγορίες αυξάνονται και οι αυτοκτονίες μειώνονται. Το εύρος του ποσοστού της αλλαγής είναι από 0,2 έως 2,4%. Επομένως, συμπεραίνει ότι ο αριθμός των θανάτων, εκτός των αυτοκτονιών, είναι αντιστρόφως ανάλογος της αύξησης της οικονομικής λιτότητας.

Εμπνευσμένη από αυτή την μελέτη η Εconoμου από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας διενεργεί την ίδια έρευνα το 2007 χρησιμοποιώντας δεδομένα από δεκατρείς (13) χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης [63]. Σε αντίθεση με το Rohm που η έρευνά του αφορούσε τις Η.Π.Α., στην Ευρώπη φαίνεται να υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στα ποσοστά ανεργίας και στα επίπεδα θνησιμότητας, μάλιστα 1% αύξηση στο ποσοστό ανεργίας αντιστοιχεί σε 2,18% θανάτους ανά 100.000 περιπτώσεις κι αυτό αφορά τους θανάτους από οποιαδήποτε αιτία, όχι μόνο αυτοκτονίες. Τα χαρακτηριστικά αυτών των θανάτων είναι ότι αφορούν επί το πλείστον άνδρες, ηλικίας 35-64 ετών.

6. Οικονομική κρίση και ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες της ΠΦΥ [64]

Η υγεία είναι δικαίωμα όλων των πολιτών σε μια ευνομούμενη πολιτεία που προστατεύει και φροντίζει τους πολίτες της [11]. Επιβάλλεται να έχουν όλοι ισότιμη πρόσβαση, χωρίς καμία διάκριση, με επαγγελματίες υγείας επαρκώς εκπαιδευμένους, και έχοντας στη διάθεσή τους όλα τα μέσα της σύγχρονης επιστήμης, διαγνωστικά και φαρμακευτικά.

Ο κάθε πολίτης όταν έρχεται σε επαφή με το Σύστημα Υγείας σε όποια διαβάθμιση, πρέπει να νιώθει ότι το σέβονται και το προστατεύουν, ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα κάνουν τα μέγιστα για να προάγουν την υγεία του χωρίς να προσβάλλουν τις πεποιθήσεις του ή να τον αγνοήσουν κατά τη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν. Η εκπλήρωση αυτών των επιθυμιών οδηγεί στην ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ικανοποίηση είναι η αξιολόγηση της φροντίδας που βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών. Ο ικανοποιημένος ασθενής ακολουθεί το θεραπευτικό σχήμα, τηρεί τα προγραμματισμένα ραντεβού, σέβεται και διατηρεί φιλικές σχέσεις με τον γιατρό του.

Η ικανοποίηση αποτελεί τον δυναμικότερο και λειτουργικότερο δείκτη έκβασης ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Ο McNeil [65] ειδικά για την ΠΦΥ ήδη από το 1998 διαπίστωσε τις εξής διαστάσεις της ικανοποίησης:

- *η συνέχεια στην φροντίδα,*
- *η προσβασιμότητα στις χειρουργικές υπηρεσίες,*
- *η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας,*
- *η κτιριακή υποδομή και*
- *η διαθεσιμότητα των γιατρών.*

Ικανοποίηση είναι η διαφορά του τί λαμβάνει ο ασθενής ως υπηρεσία από το τί προσδοκά. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι οι ίδιες οι προσδοκίες τους, το αξιολογικό σύστημα του ασθενή, αν δηλαδή, ικανοποιούνται τόσο οι φανερές όσο και οι άδηλες ανάγκες του, τα ιδιαίτερα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το επίπεδο της υγείας του, διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτών των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση είναι αυτό της Φιλανδίας [66]. Η χώρα αυτή που έχει πολύ αναπτυγμένη ΠΦΥ, την τελευταία δεκαετία προχώρησε σε καινοτόμες αναβαθμίσεις .

Το 2005 εγκαινίασε την Εθνική Εγγύηση Υγειονομικής Φροντίδας (National Health Care Guarantee), μέσω του οποίου καθορίστηκαν σταθερά χρονοδιαγράμματα για τις μη επείγουσες εργαστηριακές εξετάσεις, θεσπίστηκε η τηλεφωνική επικοινωνία όλο το 24ωρο με θεράποντα ιατρό, ο προγραμματισμός του ραντεβού με τον γιατρό να μην ξεπερνάει τις τρεις (3) ημέρες, οι εξετάσεις και

η θεραπεία να ξεκινά από την πρώτη μέρα και να μην ξεπερνά τους τρεις (3) μήνες, ενώ η αναμονή για τα μικροχειρουργεία να μην ξεπερνά τους έξι (6) μήνες. Τυχόν παράπονα μπορεί να τα εκφράσει ο ασθενής στον Διαμεσολαβητή Υγείας.

Το 2013 εφαρμόστηκε το πρόγραμμα KASTE, με το οποίο δίνεται έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της συνεχούς διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα στηρίζει τη σταθερότητα και την βιωσιμότητα των τοπικών προϋπολογισμών. Επίσης, το πρόγραμμα στοχεύει στην μείωση των υγειονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων και στη διασφάλιση ότι η κοινωνική και υγειονομική δομή και οι υπηρεσίες σχεδιάζονται έτσι ώστε να είναι πελατοκεντρικές και βιώσιμες οικονομικά. Το πρόγραμμα συνεχώς τροποποιείται όχι ως προς τη δομή, αλλά ως προς την εκτέλεσή του με βάση την ανατροφοδότηση που εισάγεται από τις φόρμες ικανοποίησης ασθενών – πελατών. Με αυτό τον τρόπο είναι σε μια διαδραστική σχέση με τους τελικούς χρήστες του προγράμματος, τους πολίτες.

Παρόλα αυτά, σε έρευνα που διεξήχθη του 2014 [67] σε δείγμα 147.000 Φιλανδών σχετικά με την ικανοποίηση από τα δημοτικά κέντρα υγείας αναδείχτηκε ότι είναι αρκετά ευχαριστημένοι από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, αλλά σημειώθηκε μια σημαντική πτώση της ικανοποίησης γενικά, περίπου στις εννέα (9) ποσοστιαίες μονάδες, ενώ ειδικά για την προσβασιμότητα στις υγειονομικές η πτώση ανήρθε στο 20% στις ηλικίες πάνω από τα 65 έτη.

Οι Έλληνες θα αναρωτιούνται τι άλλο θέλουν οι Φιλανδοί για να είναι ικανοποιημένοι.

Η Κίνα από την άλλη, έχει πολλά κοινά με την Ελλάδα [68]. Εδώ, η διαβάθμιση της υγειονομικής φροντίδας είναι τριτοβάθμια, αλλά οι ασθενείς έχοντας την πεποίθηση ότι οι υπηρεσίες του νοσοκομείου είναι ποιοτικότερες από τα κέντρα υγείας απευθύνονται κατευθείαν εκεί σε ποσοστό 36% των εισιτηρίων. Μια τέτοια κατακερματισμένη και ασυντόνιστη εφαρμογή του συστήματος υγείας οδηγεί σε δυσκολία πρόσβασης στη δευτεροβάθμια φροντίδα και σε αύξηση του κόστους της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Το 2014 το Εθνικό Ινστιτούτο ΠΦΥ της Ουγγαρίας [69] διεξήγαγε έρευνα που αφορούσε επτά (7) ευρωπαϊκές χώρες και μελετούσε τις αντιλήψεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις προσδοκίες και τις προτεραιότητες τους και με ορισμένες κύριες διαστάσεις της ποιότητας στην ΠΦΥ, όπως η πρόσβαση, η ισότητα και η ασθενοκεντρική προσέγγιση της υγειονομικής φροντίδας. Αυτό που ήταν αξιοσημείωτο είναι ότι ενώ υπήρχαν ομοιότητες στις αντιλήψεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας (κυρίως γύρω από τη σχέση με το γιατρό, το χρόνο αναμονής και την επιδεξιότητα των νοσηλευτριών), υπήρχαν διαφορές στα κριτήρια ποιότητας ανά χώρα, γεγονός που αναδεικνύει την επίδραση των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και της κουλτούρας στον βαθμό ικανοποίησης.

Πολύ πρόσφατα, ο Zavras παρουσίασε μία μελέτη σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των πολιτών σε σχέση με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας [34]. Ο ερευνητής, αναλύοντας την

οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την εφαρμογή πολιτικών λιτότητας για εξυγίανση του δημοσιονομικού τομέα, καταλήγει ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες είναι αυξημένες για όλους τους πολίτες, αλλά ιδιαίτερα για τις ευάλωτες ομάδες τους ανέργους, τους ανασφάλιστους και τους χαμηλοεισοδηματίες. Ο μελετητής τονίζει την ανάγκη στοχευμένης χάραξης πολιτικής με κοινωνικό προσανατολισμό, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι πιθανές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας.

Μέσα σε αυτό το αρνητικό κλίμα, ο Έλληνας πολίτης, ανεξάρτητα από την εργασιακή του κατάσταση, πρέπει να επιβιώσει χρησιμοποιώντας το Σύστημα Υγείας που απέμεινε.

Πολλά ερωτήματα αναδύονται. Το σύστημα ανταποκρίνεται στις τρέχουσες επιθυμίες του; Είναι οι επιθυμίες του ίδιες όπως στο παρελθόν; Η λιτότητα άλλαξε το τι προσδοκά από τις παρεχόμενες υπηρεσίες; Μήπως αποδέχεται τις περικοπές στην Υγεία, όπως ο ίδιος μόνος του έκανε περικοπές στα οικονομικά του δικού του νοικοκυριού;

C. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1) Σκοπός

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να αναδείξει με ποσοτικά δεδομένα το βαθμό που η οικονομική ύφεση και οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που εφαρμόστηκαν από τις πολιτικές λιτότητας της τελευταίας δεκαετίας (συρρίκνωση των δομών της ΠΦΥ, μείωση των παροχών, συγκράτηση της χρηματοδότησης και των προμηθειών) επηρέασαν την ικανοποίηση των πολιτών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Επίσης, πως η ικανοποίηση διαφοροποιείται σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου (όπως, ηλικία, φύλο, εργασιακή κατάσταση, ασφαλιστική επάρκεια, οικογενειακή κατάσταση).

2) Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

Διενεργήθηκε μία ποσοτική έρευνα στο Νομό Θεσσαλονίκης για την καταγραφή της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. σε περιβάλλον οικονομικής ύφεσης, με τη χρήση ερωτηματολογίων.

i) Πληθυσμός μελέτης- σκεπτικό

Ο πληθυσμός στόχος στον οποίο απευθύνεται η συγκεκριμένη μελέτη αφορά τους κατοίκους του Νομού Θεσσαλονίκης.

Ο προβληματισμός γύρω από τις επιλογές των υγειονομικών δομών που συμμετείχαν στην έρευνα, αφορούσε την ανάπτυξή της σε όλο το Δίκτυο των δομών της Π.Φ.Υ. του Νομού, που είναι

τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Υγείας (πρώην ΙΚΑ, πρώην ΕΟΠΥΥ), την γεωγραφική ποικιλία (αστική ή ημιαστική, αγροτική περιοχή), καθώς και την κοινωνικοοικονομική διαφοροποίηση (δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως επάγγελμα, φύλο, ηλικία, κατάσταση απασχόλησης).

Αναλυτικότερα, ο νομός Θεσσαλονίκης, με πληθυσμό 1.110.000 κατοίκους, έχει δεκατέσσερις (14) δήμους. Έξι (6) από αυτούς έχουν αστικό πληθυσμό και οι υπόλοιποι οκτώ (8) έχουν ημιαστικό-αγροτικό πληθυσμό.

Αντίστοιχα, οι υγειονομικές δομές που ασκούν Π.Φ.Υ. είναι είκοσι δύο (22) και ελέγχονται διοικητικά, είτε από τα νοσοκομεία (για τις δομές που το αφορούν, όπως η Βραχεία Νοσηλεία και τα Εξωτερικά Ιατρεία), είτε για τα Κέντρα Υγείας και τις Μονάδες Υγείας από την 3^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης.

Με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά, πήραμε τυχαίο δείγμα των υγειονομικών δομών με μοναδικό κριτήριο την εκπροσώπηση στην έρευνα μίας τουλάχιστον αντιπροσωπευτικής δομής από όλη την έκταση του Νομού.

Καταλήξαμε στην επιλογή των Εξωτερικών Ιατρείων των Γενικών Νοσοκομείων «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» και «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ», των Κέντρων Υγείας Ζαγκλιβερίου και Κουφαλίων, των Μονάδων Υγείας 25^{ης} Μαρτίου και Πύλης Αξιού και του Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου Ευόσμου, ως πρότυπη δομή.

Η αναλογία του μεγέθους του δείγματος προς το σύνολο των υγειονομικών δομών του Νομού είναι περίπου το 32%. Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και η διεξοδική στατιστική ανάλυση θα παρέχει τη δυνατότητα σαφούς εικόνας της πραγματικότητας και προβολή των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού του νομού Θεσσαλονίκης.

ii) Ερωτηματολόγια - Προεγκρίσεις

Διεξήχθη επιτόπια έρευνα στις ανωτέρω αναφερθείσες υγειονομικές δομές τον Ιούνιο, τον Ιούλιο και τον Αύγουστο του 2016. Σε αυτή συμμετείχαν διακόσια δέκα (210) άτομα, τριάντα (30) από κάθε δομή, συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου με απαντήσεις βαθμονομημένες σε κλίμακα τύπου likert, δομημένου και σταθμισμένου για τον ελληνικό πληθυσμό [Παράρτημα 1]. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του Raftopoulos [70]

Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προηγήθηκε έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου ως προς το περιεχόμενο, τη δομή και την εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων από το Επιστημονικό Συμβούλιο των νοσοκομείων μελέτης και από το Επιστημονικό Συμβούλιο της 3^{ης} και 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας για την εφαρμογή τους στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), στα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και στις Μονάδες Υγείας (ΜΥ) [Παράρτημα 2-5].

Όσοι συμμετείχαν πληροφορήθηκαν ότι είναι εθελοντική και ανώνυμη η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ενημερώθηκαν σχετικά με τους σκοπούς της έρευνας κι εξασφάλισαν ότι η συμμετοχή τους σε αυτήν δεν θα αλλάξει τον τρόπο αντιμετώπισης τους από το γιατρό τους, ούτε ότι θα καθυστερήσει τη θεραπεία τους.

iii) Κριτήρια Συμμετοχής - Αποκλεισμού

Προϋπόθεση για να συμμετάσχει κάποιος στην έρευνα ήταν:

- (1) Να είναι ενήλικας, ασθενής ή συνοδός ασθενή, ανεξαρτήτου φύλου ή ασφαλιστικής επάρκειας.
- (2) Να μιλά και να καταλαβαίνει καλά Ελληνικά.
- (3) Να υπάρχει χρονιότητα στο πρόβλημα της υγείας του για να απαντήσει συγκρίνοντας την ικανοποίηση σε βάθος χρόνου περίπου μίας δεκαετίας, προ και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Με βάση αυτό αποκλείστηκαν από την έρευνα πρόσφατα, χειρουργικά κυρίως περιστατικά.

iv) Επεξεργασία Δεδομένων

Κατά την ποιοτική ανάλυση των δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία, προηγήθηκε έλεγχος για την πλήρη καταγραφή των δεδομένων, κωδικοποίηση τους (μετατροπή των απαντήσεων σε αριθμούς), καταγραφή τους σε πρόγραμμα EXCEL και στην συνέχεια χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 22.

v) Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Για τις ανάγκες της συγγραφής της παρούσης διενεργήθηκε εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, CINAHL, COCHRANE LIBRARY, αλλά και σε ελληνικούς εκδοτικούς οίκους με χρονικό περιορισμό την τελευταία δεκαετία. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν σε ελληνικά και αγγλικά είναι: *ικανοποίηση ασθενούς, οικονομική κρίση, ύφεση, λιτότητα, πρόσβαση στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, patient satisfaction, economic crisis, recession, austerity, socioeconomic inequalities, primary health care access.*

Σε αρκετές περιπτώσεις κατά την αναζήτηση των κατάλληλων άρθρων χρησιμοποιήθηκε το φίλτρο του συγγραφέα. Και αυτό γιατί πολύ σημαντικοί Έλληνες πανεπιστημιακοί δάσκαλοι που ασχολήθηκαν επί σειρά ετών με την πολιτική και οικονομία της υγείας, με την δημόσια υγεία, την κοινωνιολογία και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είχαν να συνεισφέρουν στην παρούσα έρευνα με το έργο τους. Ενδεικτικά αναφέρουμε τα ονόματα των: Τούντας, Λεονής, Κυριόπουλος, Ραφτόπουλος, Κεντικελής κ.α. Επίσης, είχαμε επιλεγμένες βιβλιογραφικές αναφορές πριν το 2000,

ακριβώς για να φωτίσουν τη θεωρητική διαδρομή των ερευνητών πριν την οικονομική κρίση και να τονίσουν τη διαφορά ή όχι των τωρινών ετών.

3) Αποτελέσματα

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε συνοπτική στατιστική περιγραφή των δεδομένων, με αναφορά των βασικών μέτρων διασποράς [μέση τιμή, τυπική απόκλιση: ΜΤ (ΤΑ)], ενώ ακολούθησε επαγωγική στατιστική ανάλυση για τη σύγκριση των μεταβλητών μεταξύ των διαφόρων υποομάδων. Η παρουσίαση των δεδομένων των ποιοτικών μεταβλητών γίνεται με τις απόλυτες (n) και τις σχετικές (%) συχνότητες.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο οικονομικής επιδείνωσης, για το σχηματισμό της αντίστοιχης κλίμακας εξαιρέθηκε η ερώτηση 8, η οποία περιόριζε την εσωτερική αξιοπιστία του, η οποία και τελικά προσδιορίστηκε σε $\alpha=0,73$.

Για την επαγωγική στατιστική ανάλυση, χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t για δύο ανεξάρτητα δείγματα, καθώς και η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) προκειμένου για περισσότερα από δύο δείγματα, με συνοδό post-hoc ανάλυση (Bonferroni t-test), όπου εντοπίστηκαν διαφορές μεταξύ των υποομάδων. Για τις συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε η παραμετρική δοκιμασία Pearson. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη δοκιμασία Shapiro –Wilk. Η τιμή του κριτηρίου για τις διαστάσεις της προσωπικότητας και τα ομαδοποιημένα στυλ ηγεσίας κυμαινόταν μεταξύ 0,820 και 0,983 και η κατανομή τους μπορεί προσεγγιστικά να θεωρηθεί κανονική [71]. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p<0.05$. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences- Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Το 51% ήταν άντρες και το 49% γυναίκες. Η πλειονότητα ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (αθροιστικά 64,2%), παντρεμένοι (71,4%), Έλληνες (97,1%), συνταξιούχοι ή άνεργοι σε ποσοστό 51%.

Πίνακας 4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	N	%
Φύλο		
Άντρες	107	51,0
Γυναίκες	103	49,0
Σύνολο	210	100,0
Εκπαίδευση		

Δημοτικό	29	13,8
Γυμνάσιο	40	19,0
Λύκειο	66	31,4
Πανεπιστήμιο	60	28,6
Μάστερ/Διδακτορικό	15	7,2
Σύνολο	210	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Συμβίωση	3	1,4
Χήρος	15	7,1
Χωρισμένος	17	8,1
Παντρεμένος	150	71,4
Ανύπαντρος	25	12
Σύνολο	210	100,0
Εθνικότητα		
Ελληνική	204	97,1
Άλλη	6	2,9
Σύνολο	210	100,0
Επάγγελμα		
Συνταξιούχος	77	36,7
Άνεργος	30	14,3
Οικιακά	5	2,4
Αγρότης	24	11,4
Χειρώνακτας	28	13,3
Μη χειρώνακτας	46	21,9
Σύνολο	210	100

Το 40% των συμμετεχόντων (84 άτομα) κατοικούσε στην πόλη της Θεσσαλονίκης και το 11,4% στην Καλαμαριά. Το υπόλοιπο 48,6% διέμενε σε προάστια της Θεσσαλονίκης και άλλες περιοχές του νομού.

Γράφημα 1. Τόπος κατοικίας των συμμετεχόντων



Οι περισσότεροι (79%) είχαν επισκεφτεί το τμήμα περισσότερες από 3 φορές, ενώ το 44,8% θεωρούσε το πρόβλημά του αρκετά σοβαρό και στο 44,3% λίγο σοβαρό. Το 66,7% συμφωνούσε απόλυτα ότι θα επισκέπτονταν ξανά το συγκεκριμένο τμήμα.

Πίνακας 5. Συχνότητα επισκέψεων και σοβαρότητα προβλήματος

	%
Εκτός από αυτή τη φορά πόσες άλλες φορές έχετε επισκεφτεί το τμήμα;	
Πρώτη φορά στη ζωή μου >3 φορές	2,9
1 φορά	4,8
2 φορές	13,3
>3 φορές	79,0
Πόσο σοβαρό θεωρείτε ότι είναι το πρόβλημα για το οποίο ήρθατε στο τμήμα;	
Πολύ	6,7
Αρκετά	44,8
Λίγο	44,3
Καθόλου	4,3
Θα ήθελα στο μέλλον να επισκεφτώ ξανά αυτό το ιατρείο αν παρουσιαστεί πρόβλημα.	

Δεν ξέρω	1,9
Διαφωνώ απόλυτα	0,5
Συμφωνώ	31,0
Συμφωνώ απόλυτα	66,7

Η πλειονότητα των ερωτώμενων δήλωσε ότι συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα ότι παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες από ιατρούς (91,5%), νοσηλευτές (82,9%) και συνολικά (95,2%)

Πίνακας 6. Αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας

	%	%	%
	Αισθάνομαι ότι η συνολική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο τμήμα έχει ποιότητα.	Αισθάνομαι ότι η ιατρική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο τμήμα έχει ποιότητα.	Αισθάνομαι ότι η νοσηλευτική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο τμήμα έχει ποιότητα.
Δεν ξέρω	0,5	0,0	2,4
Διαφωνώ απόλυτα	0,5	1,4	0,5
Διαφωνώ	3,8	7,1	8,1
Συμφωνώ	48,1	42,9	36,2
Συμφωνώ απόλυτα	47,1	48,6	52,8

Το 81% δηλώνει αρκετά/πολύ ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν στο τμήμα, το 81,5% αρκετά/πολύ ικανοποιημένο από τις ιατρικές υπηρεσίες και το 83,8% από τις νοσηλευτικές.

Πίνακας 7. Γενική αξιολόγηση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών του τμήματος.

	Πως αισθάνεστε συνολικά από τις υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στο τμήμα;	Πως αισθάνεστε συνολικά από την ιατρική φροντίδα που σας προσφέρθηκε στο τμήμα;	Πως αισθάνεστε συνολικά από την φροντίδα που σας προσφέρθηκε από το υπόλοιπο προσωπικό (τεχνολόγοι – νοσηλευτές);
	%	%	%
Αδιάφορος	0,0	0,0	1,0
Πολύ δυσαρεστημένος	0,0		
Δυσαρεστημένος	0,0	0,0	0,0
Καθόλου ικανοποιημένος	1,9	1,9	0,0
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	2,4	0,5	2,4
Απλά ικανοποιημένος	4,8	13,3	6,7
Λίγο ικανοποιημένος	10,0	2,9	6,2
Αρκετά ικανοποιημένος	44,8	41,0	32,9
Πολύ ικανοποιημένος	36,2	40,5	50,9

Η πλειονότητα θεωρεί ότι η κατάσταση στο τμήμα ήταν καλή ή και καλύτερη απ'ο,τι την περίμενε: 90,5% για τις (γενικές) υπηρεσίες στο τμήμα, 84,8% για την ιατρική φροντίδα και 90,5% για τη νοσηλευτική φροντίδα

Πίνακας 8. Διάσταση προσδοκιών- πραγματικής κατάστασης στο τμήμα.

	Θα έλεγα ότι οι υπηρεσίες που μου προσφέρθηκαν στο τμήμα ήταν:	Θα έλεγα ότι η ιατρική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο τμήμα ήταν:	Θα έλεγα ότι η φροντίδα από το προσωπικό (τεχνολόγοι/νοσηλεύτες) ήταν:
	%	%	%
Χειρότερη από αυτή που περίμενα	1,0	3,3	1,0
Κακή όπως την περίμενα	1,4	1,0	1,4
Μέτρια όπως την περίμενα	7,1	11,0	7,1
Καλή όπως την περίμενα	54,3	51,0	43,8
Καλύτερη από αυτή που περίμενα	36,2	33,8	46,7

Η επικοινωνία με το προσωπικό αναδεικνύεται ως ο σημαντικότερος παράγοντας για τη φροντίδα στο τμήμα (56,4%). Ακολουθούν η ευγένεια του προσωπικού και οι ανέσεις στο χώρο αναμονής με 20,2% και 17,4%.

Πίνακας 9. Ιεράρχηση των σημαντικότερων παραμέτρων της φροντίδας

	%
	Τι θεωρείτε το πιο σπουδαίο στην φροντίδα σας στο τμήμα;
<i>Η επικοινωνία με το προσωπικό</i>	56,4
Η ευγένεια του προσωπικού	17,4
Οι ανέσεις του χώρου αναμονής	20,2
Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό	14,7
Το ενδιαφέρον του προσωπικού	6,4
Ο σεβασμός από το προσωπικό	4,1
Η ενημέρωση από το προσωπικό	12,4
Όλα	6,4

Το 61,8% αναφέρει ότι ο λόγος για την καθυστέρηση στο ραντεβού ήταν η συνταγογράφηση των φαρμάκων, ενώ το 81,6% αναφέρει καθυστέρηση 1 ώρας στο ραντεβού.

Πίνακας 10. Λόγοι και διάρκεια καθυστέρησης

	%
Ποιος ήταν ο λόγος για την καθυστέρηση στο ραντεβού σας;	
<i>Έπρεπε να περιμένω για συνταγογράφηση φαρμάκων</i>	61,8
<i>Έπρεπε να περιμένω για τον γιατρό</i>	23,7
<i>Έπρεπε να περιμένω για ασθενοφόρο</i>	9,2
<i>Κάτι άλλο</i>	5,3
Πόση ήταν αυτή η καθυστέρηση;	
<i>Μέχρι 1 ώρα</i>	81,6
<i>Περισσότερο από 1 ώρα, αλλά λιγότερο από 2 ώρες</i>	17,1
<i>Περισσότερο από 2 ώρες, αλλά λιγότερο από 4 ώρες</i>	1,3

Η ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες κυμάνθηκε σε πολύ υψηλά επίπεδα (8-9) στην 10βαθμη κλίμακα, με κάποια υστέρηση στη συμβουλευτική (8,43) και το χρόνο που αφιερώνεται στην εξέταση (8,33), ενώ η απόκλιση σημαντικότητας-ικανοποίησης στις διάφορες προτάσεις κυμάνθηκε μεταξύ 5-20%. Η προθυμία του ιατρού, το ενδιαφέρον του, το να «ξέρει τη δουλειά του», αλλά και να μην απαιτεί χρήματα ήταν οι προτάσεις που συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης (8,95/9,05/8,77 και 9,27 αντίστοιχα).

Το ίδιο υψηλά αξιολογήθηκε και η αίσθηση ικανοποίησης στην πρόταση ότι «το προσωπικό ξέρει καλά την δουλειά του» (8,95).

Πίνακας 11. Η σημαντικότητα των παραμέτρων ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας και υλικοτεχνικής υποδομής και η ικανοποίηση από αυτές.

	Πόσο σημαντικό;	Πόσο ικανοποιημένος
	ΜΤ(ΤΑ)	ΜΤ(ΤΑ)
1. Να αφιερώσει το προσωπικό χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό	8,68(2,38)	8,67(1,66)
2. Να αισθάνομαι ότι το προσωπικό ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου	9,22(1,40)	8,53(1,57)
3. Να είναι φιλικό το προσωπικό μαζί μου	9,39(1,19)	8,77(1,47)
4. Το προσωπικό να είναι διακριτικό	9,59(0,94)	8,82(1,55)
5. Να αισθάνομαι ότι το προσωπικό ξέρει καλά την δουλειά του	9,67(1,08)	8,95(1,46)
6. Το προσωπικό να με συμβουλεύει τί πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	9,31(1,35)	8,76(1,48)
7. Το προσωπικό να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	9,63(0,91)	8,86(1,47)
8. Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου	9,79(0,50)	8,95(6,45)
9. Ο γιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες	9,81(0,49)	8,60(1,50)
10. Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω	9,74(0,62)	9,05(7,10)
11. Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου	9,57(0,88)	8,61(1,55)
12. Ο γιατρός είναι να διακριτικός	9,62(0,87)	8,68(1,53)
13. Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό	9,74(0,66)	8,44(1,95)
14. Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του	9,85(0,46)	8,77(1,56)

15. Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει	9,81(0,55)	8,74(1,61)
16. Ο γιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει	9,79(0,53)	8,86(1,30)
17. Ο γιατρός να με συμβουλεύει τί πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία	9,66(0,76)	8,43(1,77)
18. Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση	9,80(0,57)	8,33(1,81)
19. Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού	9,75(0,51)	8,40(1,91)
20. Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες τις αναγκαίες εξετάσεις	9,85(0,39)	8,71(1,47)
21. Ο γιατρός να μην μου ζητά χρήματα	9,92(0,29)	9,27(1,05)
22. Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση	9,85(0,41)	8,42(1,83)
23. Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος	9,40(0,89)	8,64(1,34)
24. Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα	9,49(0,80)	8,65(1,39)
25. Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας	9,20(1,49)	8,54(1,76)
26. Να τηρούνται τα ραντεβού	9,57(0,87)	8,60(1,55)
27. Να είναι φιλικός ο χώρος των εξωτερικών ιατειών	9,33(0,97)	8,59(1,35)

Η πλειονότητα, σε ποσοστό 87,6%-96,7% θεωρεί ότι η οικονομική κατάσταση χειροτέρευε πολύ/χειροτέρευε με έμφαση στην αύξηση των εξόδων, ενώ περαιτέρω επιβάρυνση για τις υπηρεσίες υγείας αναφέρει το 74,2%. Το 42,4% αναφέρει επιδείνωση της υγείας του, ενώ πλειονότητα θεωρεί ότι η εισαγωγή των γενοσήμων και οι μεταβολές στις παροχές των ασφαλιστικών ταμείων επιδείνωσε την κατάσταση στην ΠΦΥ.

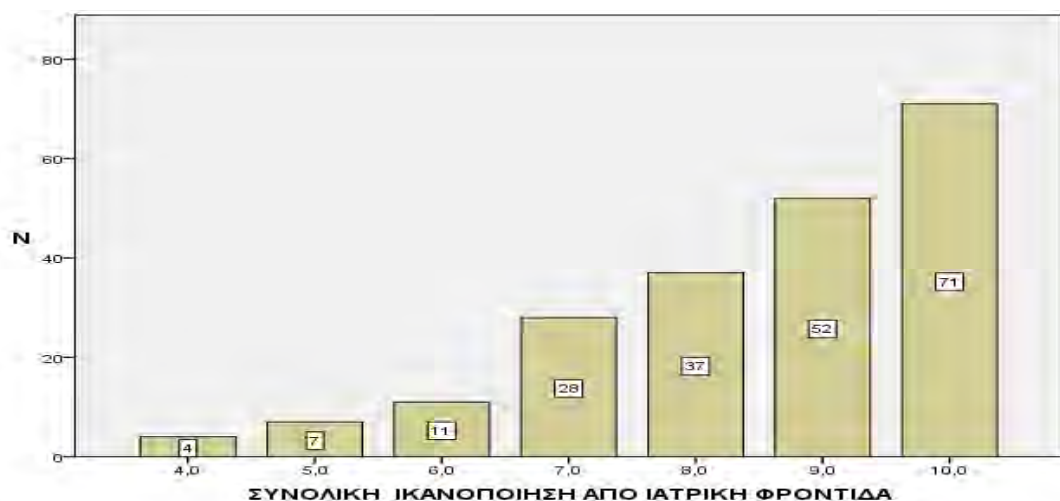
Πίνακας 12. Τομείς οικονομικής επιδείνωσης

	Χειροτέρευε πολύ	Χειροτέρευε	Ούτε χειροτέρευε ούτε βελτιώθηκε	Βελτιώθηκε	Βελτιώθηκε πολύ
1. Η οικονομική σας κατάσταση	49,5	42,9	7,1	0,5	0,0
2. Η καθημερινή σας διαβίωση	34,3	53,3	12,4	0,0	0,0
3. Τα έσοδά σας	40,5	56,2	2,9	0,5	
4. Τα έξοδά σας	45,2	47,6	7,1	0,0	0,0
5. Η οικονομική σας επιβάρυνση για τις υπηρεσίες υγείας	25,2	49,0	25,7	0,0	0,0
<i>6. Η κατάσταση της υγείας σας</i>	<i>5,7</i>	<i>36,7</i>	<i>56,2</i>	<i>1,4</i>	<i>0,0</i>
<i>7. Η σημασία που δίνετε στο πρόβλημα της υγείας σας</i>	<i>3,3</i>	<i>14,3</i>	<i>69,5</i>	<i>10,5</i>	<i>2,4</i>
8. Τι πιστεύετε για την αλλαγή στην Π.Φ.Υ. σε σχέση με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση	2,4	15,7	39,0	31,9	11,0
9. Τι πιστεύετε για την αλλαγή στην Π.Φ.Υ. σε σχέση με την προώθηση γενοσήμων φαρμάκων	14,3	43,3	31,0	10,5	1,0
10. Τι πιστεύετε για την αλλαγή στην Π.Φ.Υ. σε σχέση με την ενοποίηση των ταμείων	10,0	26,2	54,3	9,5	
11. Τι πιστεύετε για την αλλαγή στην Π.Φ.Υ. σε σχέση με τη	14,8	36,7	37,6	8,6	2,4

συρρίκνωση των παραδοσιακών δομών					
12. Τι πιστεύετε για την αλλαγή στην Π.Φ.Υ. σε σχέση με τις παροχές των ασφαλιστικών ταμείων (ΕΟΠΥΥ)	15,7	40,5	36,7	5,2	1,9
13. Πώς επηρέασαν την ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. οι συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς	10,0	25,2	46,2	17,1	1,4
14. Πώς επηρέασαν την ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. οι συμβάσεις με ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια	9,5	22,9	38,1	25,7	3,8

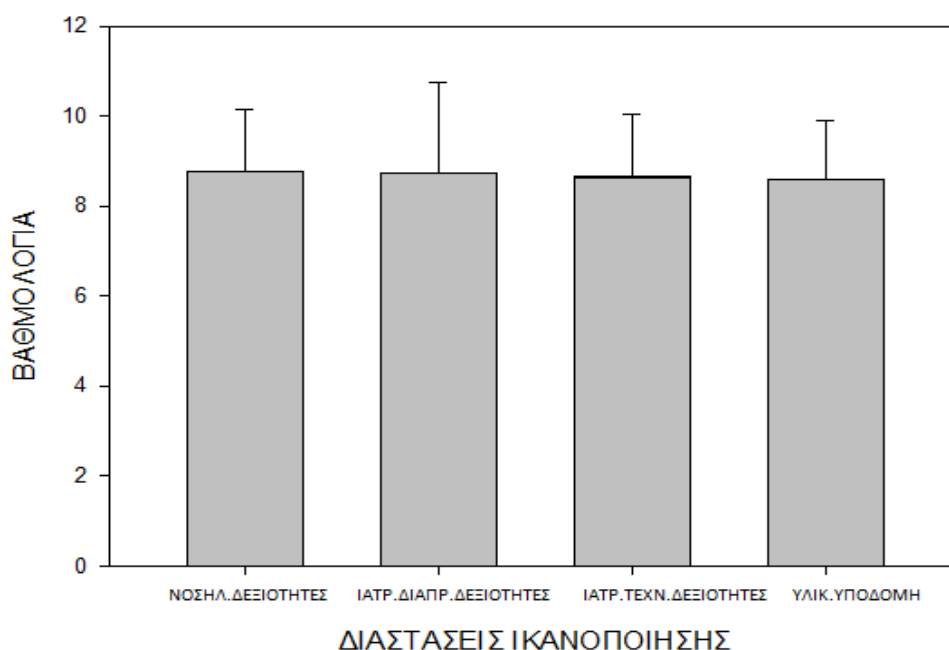
Η πλειονότητα (58,8%, 123 άτομα) βαθμολογούσαν στο σύνολό της ως άριστη (9-10) την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα

Γράφημα 2. Συνολική ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα μονάδα υγείας



Οι παράγοντες υλικοτεχνική υποδομή και διαπροσωπικές δεξιότητες του ιατρού συγκέντρωσαν τη χαμηλότερη βαθμολογία ($8,61 \pm 1,30$ και $8,61 \pm 1,47$ αντίστοιχα), ενώ ο παράγοντας ικανοποίηση από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες την υψηλότερη $8,76 \pm 1,37$.

Γράφημα 3. Παράγοντες ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες



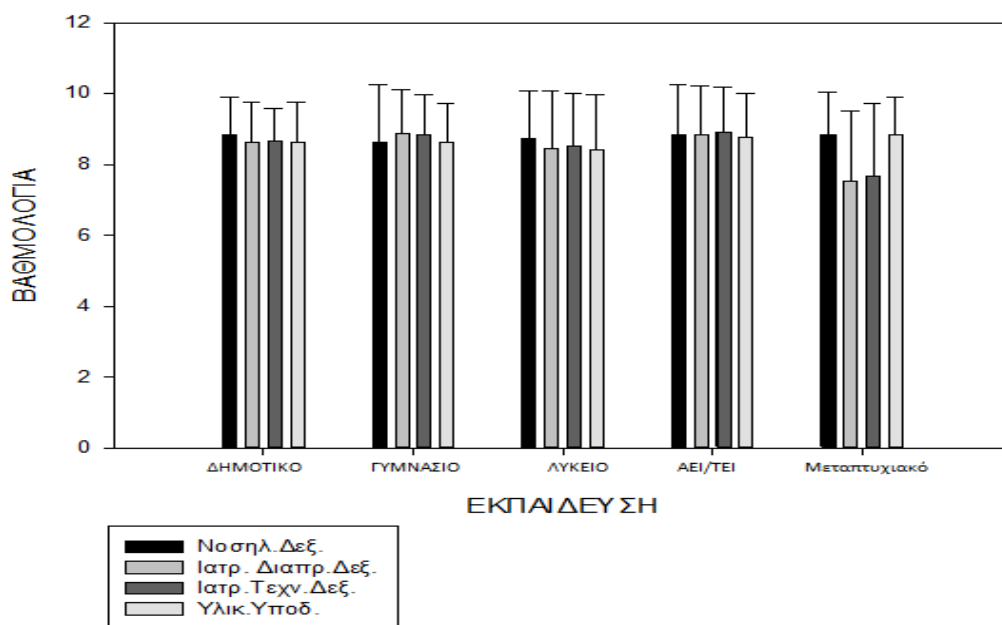
Τα άτομα άνω των 50 ετών ανέφεραν μεγαλύτερη οικονομική επιδείνωση, αλλά και υψηλότερη ικανοποίηση από τις ιατρικές δεξιότητες ($p=0,023$ και $p=0,069$ αντίστοιχα)

Πίνακας 13. Διαφορές στην ικανοποίηση και την οικονομική επιδείνωση ανά ηλικιακή ομάδα.

	Ηλικιακή ομάδα	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Νοσηλ.δεξιότητες	<50 έτη	105	8,80	1,49	0,746
	≥50 έτη	105	8,74	1,23	
Ιατρ.διαπρ.δεξιότητες	<50 έτη	105	8,76	1,54	0,141
	≥50 έτη	105	8,46	1,38	
Ιατρ.τεχν.δεξιότητες	<50 έτη	105	8,82	1,40	0,069
	≥50 έτη	105	8,47	1,35	
Υλικ.υποδομή	<50 έτη	105	8,63	1,22	0,784
	≥50 έτη	105	8,58	1,39	
Οικον.επιδείνωση	<50 έτη	105	3,59	0,39	0,023
	≥50 έτη	105	3,74	0,57	
ΜΤ: Μέση Τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση					

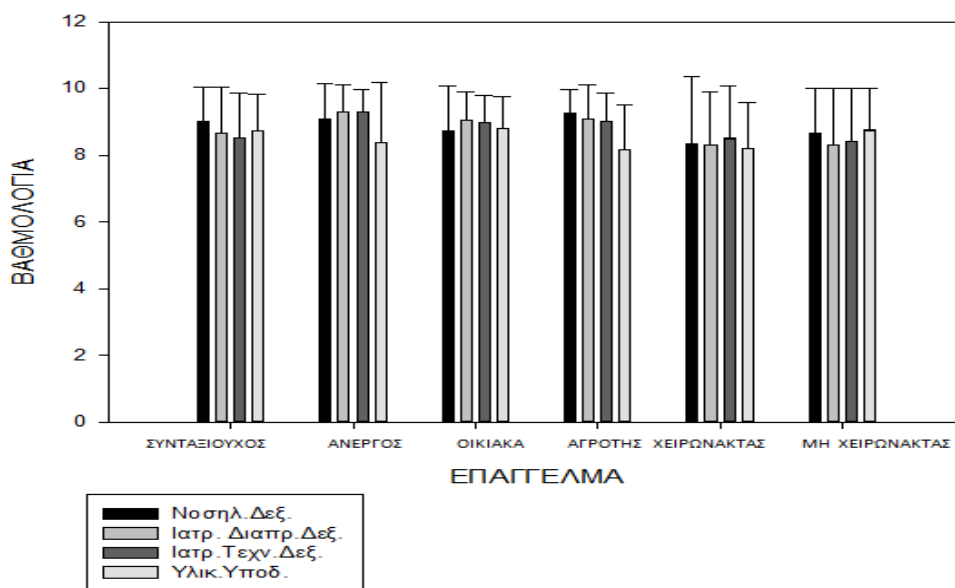
Σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, στατιστικά σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν στους παράγοντες ικανοποίησης από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, ειδικότερα σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα και τη συχνότητα επισκέψεων στη μονάδα υγείας: Σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι έχοντες μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ανέφεραν μικρότερη ικανοποίηση από τις επικοινωνιακές (διαπροσωπικές) και τεχνικές δεξιότητες του ιατρού σε σχέση με τους αποφοίτους ΑΕΙ και Γυμνασίου. Για τον παράγοντα ιατρικές διαπροσωπικές δεξιότητες: κάτοχοι μεταπτυχιακού $7,54\pm 1,95$ έναντι $8,88\pm 1,20$ των αποφοίτων Γυμνασίου ($p=0,021$). Για τον παράγοντα ιατρικές τεχνικές δεξιότητες: κάτοχοι μεταπτυχιακού $7,67\pm 2,05$ έναντι $8,89\pm 1,29$ των αποφοίτων ΑΕΙ/ΤΕΙ ($p=0,024$).

Γράφημα 4. Παράγοντες ικανοποίησης από τη φροντίδα και εκπαιδευτικό επίπεδο



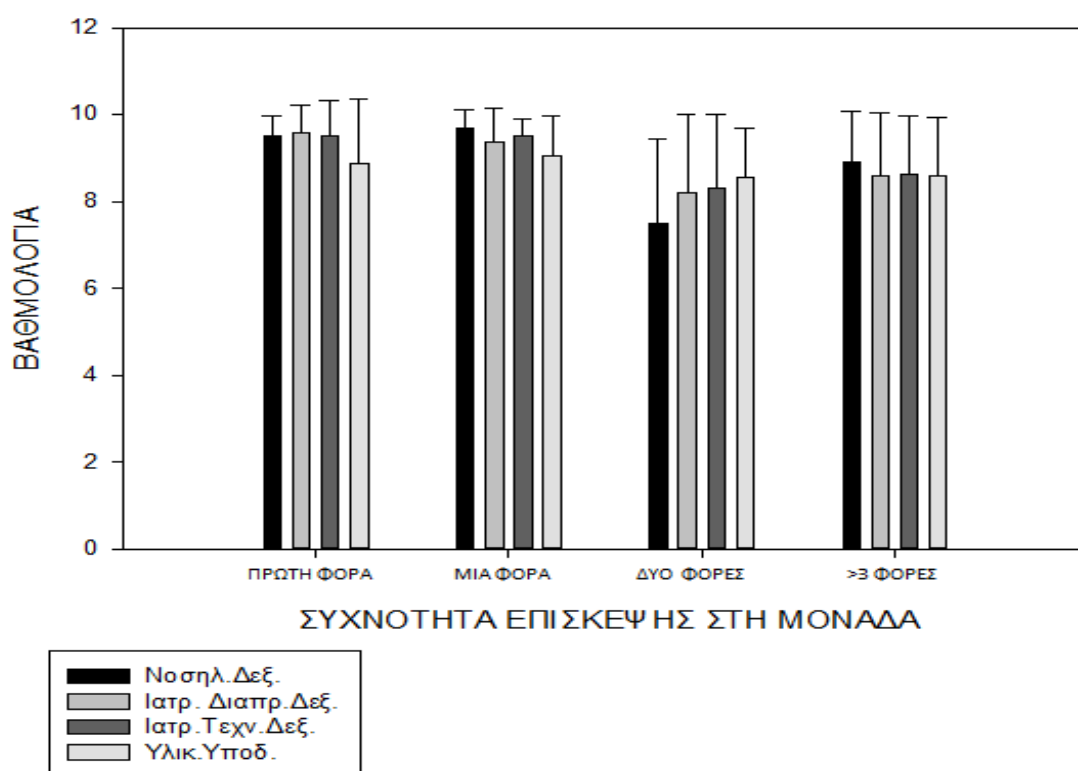
Σε σχέση με το επάγγελμα, οι συνταξιούχοι ανέφεραν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις επικοινωνιακές (διαπροσωπικές) και τεχνικές δεξιότητες του ιατρού σε σχέση με τους μη χειρώνακτες. Για τον παράγοντα ιατρικές διαπροσωπικές δεξιότητες: συνταξιούχοι $9,09 \pm 1,05$ έναντι $8,29 \pm 1,70$ στους μη χειρώνακτες ($p=0,030$). Για τον παράγοντα ιατρικές τεχνικές δεξιότητες: συνταξιούχοι $9,30 \pm 0,67$ έναντι $8,40 \pm 1,59$ στους μη χειρώνακτες ($p=0,025$).

Γράφημα 5. Παράγοντες ικανοποίησης από τη φροντίδα και επάγγελμα



Σε σχέση με τη συχνότητα επίσκεψης, όσοι είχαν επισκεφτεί τη μονάδα 2 φορές, ανέφεραν στατιστικά σημαντικά μικρότερη ικανοποίηση από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, σε σχέση με όσους την είχαν επισκεφτεί περισσότερες από τρεις φορές ($p < 0,001$), αλλά και από όσους την είχαν επισκεφτεί μία ($p = < 0,001$) ή καμία φορά κατά το παρελθόν ($p = 0,003$). Οι τιμές για τη νοσηλευτική ικανοποίηση σε σχέση με τη συχνότητα επίσκεψης έχουν ως εξής : καμία φορά : $9,52 \pm 0,45$, μία φορά : $9,67 \pm 0,42$, δύο φορές: $7,48 \pm 1,93$ και τρεις φορές: $8,90 \pm 1,17$.

Γράφημα 6. Παράγοντες ικανοποίησης από τη φροντίδα και συχνότητα επίσκεψης στη μονάδα



Διαπιστώθηκε πολύ σημαντική γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στην οικονομική επιδείνωση και την ικανοποίηση από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, ενώ δε συνέβαινε το ίδιο και με την υλικοτεχνική υποδομή. Επίσης οι παράγοντες της φροντίδας συσχετίστηκαν σημαντικά και θετικά μεταξύ τους: Αυξημένη ικανοποίηση από μια παράμετρο συσχετίζονταν με αυξημένη ικανοποίηση και από τις άλλες, συμπεριλαμβανομένης της υλικοτεχνικής υποδομής.

Πίνακας 14. Συσχέτιση οικονομικής επιδείνωσης και παραγόντων ικανοποίησης

		Νοσηλευτική φροντίδα	Ιατρ.Διαπρ. Δεξιότητες	Ιατρ.Τεχν. Δεξιότητες	Υλικοτεχνική υποδομή
Οικονομική επιδείνωση	r	-0,257**	-0,248**	-0,242**	0,056
	p	<0.001	<0.001	<0.001	0,419
Νοσηλευτική φροντίδα	r		0,317**	0,274**	0,426**
	p		<0.001	<0.001	<0.001
Ιατρ.Διαπρ. Δεξιότητες	r			0,939**	0,350**
	p			<0.001	<0.001
Υλικοτεχνική υποδομή	r				0,330**
	p				<0.001

** . Συσχετίσεις σημαντικές σε επίπεδο $p < 0.01$

D. Συζήτηση

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, η ικανοποίηση των χρηστών ΠΦΥ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, παρά την οικονομική κρίση, η οποία έχει επηρεάσει δυσμενώς και τους ίδιους και το σύστημα υγείας. Ωστόσο, η επιδείνωση της οικονομικής τους κατάστασης συσχετίζεται με μικρότερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας. Το εύρημα της παρούσας μελέτης ότι η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα (69-97%) συναντάται και σε προηγούμενες μελέτες, με τις όποιες αποκλίσεις να αποδίδονται σε πολιτισμικές διαφορές [72-75]. Υπάρχει γενικά η τάση οι ερωτώμενοι να δίνουν υψηλή βαθμολογία στις προτάσεις της κλίμακας ικανοποίησης γεγονός που αποδίδεται κυρίως στο ότι η επιλογή των προτάσεων έγινε στοχευμένα, προσανατολισμένη στις ανάγκες των χρηστών της [76].

Ωστόσο, δε θα πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν εν μέσω οικονομικής κρίσης, με επαπειλούμενες περαιτέρω περικοπές και ενδεχόμενο κατάργησης ορισμένων μονάδων υγείας, που έχουν μεγάλη σημασία για τους χρήστες της ΠΦΥ. Είναι πιθανό να υπάρχει απόκλιση ανάμεσα στην καταγραφόμενη άποψη των χρηστών και στην πραγματική πεποίθησή τους, καθώς εκφράστηκε στην ερευνητήρια ο φόβος ότι τυχόν αρνητική γνώμη θα συνέβαλε στην περαιτέρω αποδυνάμωση των συγκεκριμένων δομών και τελικά στον παροπλισμό τους.

Επίσης οι ερωτώμενοι φαίνεται πως αξιολογούσαν την προσφορά του προσωπικού, με ρεαλισμό, λαμβάνοντας υπόψη τις αντίξοες συνθήκες άσκησης του λειτουργήματος τους. Αυτό άλλωστε μαρτυρά και η έμφαση που δίνεται στο να κάνουν ιατροί «καλά τη δουλειά τους» και να μην ζητούν χρήματα, ενώ σε παλαιότερες μελέτες, επικρατούσαν ο χρόνος αναμονής και η συμπεριφορά του προσωπικού. Σε κάθε περίπτωση αναδεικνύεται και επιβεβαιώνεται ο καθοριστικός ρόλος του ιατρού στην ΠΦΥ, ενώ η απόκλιση ανάμεσα στη σημασία που αποδίδουν σε μια πρόταση σχετικά με την ικανοποίηση και στο τι πραγματικά συμβαίνει κυμαίνεται μεταξύ 5-10%. Συνεπώς είναι πιθανό ότι η κατάσταση πλησιάζει τις (ρεαλιστικές) προσδοκίες των ασθενών.

Σημειώνεται ότι η μέση ηλικία του δείγματος (50 έτη) και το γεγονός ότι οι ασθενείς αξιολογούν το πρόβλημά τους ως λίγο ή αρκετά σοβαρό συνηγορούν στο ότι οι ασθενείς δεν έχουν «δοκιμάσει» το σύστημα ΠΦΥ σε σοβαρά προβλήματα, ούτε διαθέτουν συγκριτικά στοιχεία με προηγούμενες εποχές ευμάρειας, κάτι που ίσως μπορούν να κάνουν οι ηλικιωμένοι λόγω εμπειρίας, οι οποίοι άλλωστε και δίνουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της οικονομικής επιδείνωσης, δείχνοντας έτσι παράλληλα και το ποσό ευάλωτες είναι οι πρεσβύτερες ομάδες του πληθυσμού.

Είναι πάντως γεγονός ότι παρά την συχνά δραματική επιδείνωση της οικονομικής τους κατάστασης, οι συμμετέχοντες σε έρευνες για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση από αυτές, δείχνουν ότι αντιμετωπίζουν τις δαπάνες υγείας ως ένα ανελαστικό μέγεθος, καθώς είναι οι τελευταίες που θα περικόψουν, γεγονός που ερμηνεύεται από την κρισιμότητα του αγαθού της υγείας για την επιβίωση και την οικονομική αυτοτέλεια των πολιτών μιας χώρας. Εκτιμάται ότι στη χώρα μας οι περικοπές -σε ποσοστιαία βάση- των νοικοκυριών στον τομέα της υγείας κυμαίνονται στο ήμισυ εκείνων άλλων σημαντικών τομέων, όπως είναι τα τρόφιμα (8% περίπου έναντι 15% της ένδυσης -υπόδησης και εστίασης) [77].

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που επισκέπτεται τις μονάδες ΠΦΥ είναι συνταξιούχοι και άνεργοι, κατά κύριο λόγο ηλικιωμένοι, όπως άλλωστε διαπιστώνεται και σε άλλες έρευνες [77,78]. Το γεγονός αυτό σχετίζεται με την αναμενόμενη αύξηση της νοσηρότητας σε αυτήν την ηλικία, αλλά και με την επαπειλούμενη φτωχοποίηση των γερόντων μέσα σε περίοδο οικονομικής κρίσης, ειδικά όταν η ζήτηση υπηρεσιών υγείας του «ασθενούντος» Δημοσίου τομέα αυξάνεται γενικότερα. [79].

Η οικονομική κρίση φαίνεται να έχει επηρεάσει σημαντικά τη δημόσια χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Από το 2011, περικοπές στους μισθούς του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης έχουν υλοποιηθεί. Για παράδειγμα, οι μισθοί των νοσηλευτών έχουν μειωθεί κατά 14% σε σύγκριση με το 2009. Επιπλέον, δεν ανανεώθηκαν οι συμβάσεις των εκτάκτων υπαλλήλων που απασχολούνταν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, ενώ υπήρξε και μια σημαντική μείωση στα επίπεδα αναπλήρωσης των συνταξιοδοτούμενων υπαλλήλων, καθώς για κάθε πέντε άτομα που συνταξιοδοτούνται διορίζεται μόνο ένα.

Πρόσφατη μελέτη που εξέτασε την απόδοση των δημόσιων νοσοκομείων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα τους κατά τη διάρκεια της ύφεσης διαπίστωσε ότι παρά τις σοβαρές προσπάθειες συγκράτησης του κόστους, μόνο το 28% των 90 νοσοκομείων που αναλύθηκαν βρέθηκαν να είναι αποτελεσματικά [55], ενώ η αξιοποίηση των διαθέσιμων εισόδων δεν υπερέβαινε το 80%.

Ο προβληματισμός για τις παροχές των ασφαλιστικών ταμείων και την εισαγωγή των γενοσήμων που εκφράστηκε από την πλειονότητα των ερωτώμενων στην παρούσα μελέτη είναι βάσιμος, καθώς πολλοί άνθρωποι με προβλήματα υγείας, είτε δεν αναζητούν περίθαλψη, είτε υποχρεώνονται σε αμφίβολης ποιότητας υπηρεσίες εν μέσω υποστελέχωσης και έλλειψης βασικού εξοπλισμού, καταβάλλοντας αυξημένη συμμετοχή στις δαπάνες. [79]. Η Ελλάδα υπέστη τις μεγαλύτερες περικοπές, 28% έναντι λιγότερου από 10% για τις υπόλοιπες χώρες που μπήκαν σε μνημόνια, στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία [80]. Ο τομέας των φαρμάκων δημιουργεί εύλογα ερωτηματικά για την οικονομία της χώρας, αφού η Ελλάδα κατέχει την τρίτη θέση στην κατά

κεφαλήν δαπάνη για φάρμακα στην Ευρώπη. Η υγεία των Ελλήνων έχει επιδεινωθεί σημαντικά, με τις αυτοκτονίες να εκτιμάται ότι αυξήθηκαν από 25% έως 40% και η εθνική γραμμή βοήθειας αυτοκτονίας ανέφερε ότι το 25% των καλούνταν αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, καθώς η αδυναμία να εξοφλήσει κανείς το υψηλό προσωπικό του χρέους θα μπορούσε να είναι ένας βασικός παράγοντας για την αύξηση των αυτοκτονιών. Αύξηση παρουσιάστηκε επίσης στη γενικότερη βία, τις δολοφονίες και τις ληστείες [81], ενώ αυξήθηκαν επίσης τα περιστατικά του HIV καθώς και άλλες ασθένειες, κάτι που συνδέεται και με την αύξηση στην χρήση ναρκωτικών ουσιών, όπως η ηρωίνη λόγω της κοινής χρήσης συρίγγων [56, 81]. Καθώς το ΑΕΠ της χώρας υποχωρεί συνεχώς, οι πολίτες φτωχοποιούνται ακόμα περισσότερο και μπορούν να αγοράσουν λιγότερο ποιοτικές υπηρεσίες, γεγονός που εξηγεί και την επιδείνωση των δεικτών υγείας.

Οι έχοντες υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, οι μη χειρώνακτες και όσοι έχουν επισκεφτεί δύο (2) φορές τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας εμφανίζουν πιο κριτική στάση απέναντι σε παράγοντες της ικανοποίησης. Πιθανόν οι έχοντες υψηλότερο μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο να έχουν και περισσότερες απαιτήσεις λόγω γνώσεων και προσδοκιών, ενώ ο περιορισμένος αριθμός επισκέψεων να μην επιτρέπει το σχηματισμό ολοκληρωμένης άποψης για τις προσφερόμενες υπηρεσίες, καθώς με μια μόνο φορά μπορεί να αποκτάται μια επιδερμική εικόνα.

Σύμφωνα με την έρευνα των Καμπάνταη και Νιάκα [82] σε Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα, οι νοσηλευόμενοι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, διαζευγμένοι, κάτοικοι επαρχίας και ανύπαντροι δήλωσαν ικανοποιημένοι σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τις άλλες κατηγορίες των νοσηλευομένων. Στην έρευνα των Ξημεράκη και Ρούφα [83] βρέθηκε ότι οι νοσηλευόμενοι με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι και αυτό λόγω των προσδοκιών που έχουν.

Αρκετές πρωτοβουλίες έχουν εφαρμοστεί στις προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Σύμφωνα με το Νόμο 3868/2010 [84], όλα τα νοσοκομεία είναι πλέον υποχρεωμένα να δημιουργήσουν τμήματα διασφάλισης ποιότητας και επιτροπές διασφάλισης της ποιότητας. Στις υποχρεώσεις τους είναι η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των τηρουμένων διαδικασιών σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών (π.χ. συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων του νοσοκομείου και ανθεκτικότητα βακτηρίων στα αντιβιοτικά) και η πιστοποίηση των εργαστηρίων. Είναι υπόλογοι στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε τριμηνιαία βάση.

Επιπλέον, έρευνες ικανοποίησης των ασθενών διεξάγονται σε νοσοκομεία σε υποχρεωτική βάση. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διοργανώνει επίσης διαλέξεις σχετικά με διάφορες πτυχές της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, που είναι υποχρεωτικές για το νοσοκομείο, με στόχο την προώθηση της συνεχούς εκπαίδευσης στον τομέα. Τέλος, ένας νέος

οργανισμός, το Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (EKAPTY, <http://www.ekarty.gr/>) ιδρύθηκε το 2010 για την πιστοποίηση των συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας.

Παρά το γεγονός ότι τα μέτρα αυτά αναμένεται να έχουν θετικό αντίκτυπο, κάποιες άλλες πτυχές της λειτουργίας του συστήματος υγείας εγείρουν ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών. Για παράδειγμα, οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι ένα μόνιμο χαρακτηριστικό του τομέα των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ τα προβλήματα επίπεδο στελέχωσης έχουν επιδεινωθεί από την εφαρμογή του μνημονίου, καθώς πολλοί επαγγελματίες υγείας επέλεξε τη συνταξιοδότηση, προκειμένου να διασφαλίσουν καλύτερες συντάξεις. Η έξοδος από την φάση της ύφεσης και η επιστροφή στην ανάπτυξη προϋποθέτει την εφαρμογή καινοτόμων πολιτικών, ώστε να παραχθεί πλούτος και να εξευρεθούν η αναγκαίοι πόροι που θα αναδιανεμηθούν με βάση σωστές προτεραιότητες και να τερματιστεί η δραματική επιδείνωση του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων.

Περιορισμοί

Η παρούσα έρευνα υπόκειται σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Το δείγμα, αν και αντιπροσωπευτικό των μονάδων υγείας της Θεσσαλονίκης, αναφέρεται σε ένα μόνο Νομό. Επίσης ο μεγάλος αριθμός των ερωτήσεων και το είδος των ερωτήσεων προβλημάτισε αρκετούς ασθενείς, οι απαντήσεις των οποίων θα μπορούσαν να αμφισβητηθούν ίσως ως προς την ειλικρίνειά τους, ειδικά αν ληφθούν υπόψη τα προφορικά σχόλια που διατύπωσαν προς την ερευνήτρια και που ήταν επικριτικά για την οικονομική συγκυρία και την κατάσταση στις μονάδες υγείας, αλλά είχαν και την αγωνία μήπως η ίδια η έρευνα είναι λόγος για να διακοπεί η λειτουργία της συγκεκριμένης υγειονομικής δομής. Υπήρχε επίσης αναντιστοιχία ανάμεσα στο ποσοστό των χρονίως πασχόντων που υπερτερούσαν στα ΚΥ και τις ΜΥ, όπου προσέρχονταν για συνταγογράφηση, και εκείνων στα νοσοκομεία, όπου κυρίως απαντώνται ασθενείς μικρότερης ηλικίας, για οξέα θέματα υγείας. Συνεπώς η άποψη των ηλικιωμένων για τα νοσοκομεία, μπορεί να μην αποτυπώνεται επαρκώς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- 1 Σουλιώτης Κ, «Οικονομικές Ανισότητες και Πολιτική Υγείας», εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα 2007, σελ.45-93
- 2 Λιαρόπουλος Λ., " Η κρίση ως "Βόμβα Νοσηρότητας"", στα πλαίσια επιστημονικής εκδήλωσης με θέμα: "Παροχή Ιατρικών υπηρεσιών σε περίοδο οικονομικής κρίσης", Εκδόσεις ΣΑΚΚΟΥΛΑ, Αθήνα - Θεσσαλονίκη 2014
- 3 Kondilis E, Smyrnakis E, Gavana M, Giannakopoulos S, Zdoukos T, Iliffe S, Benos A, Economic crisis and primary care reform in Greece: driving the wrong way?, Br J Gen Pract. 2012 May;62(598):264-5.
- 4 Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al, Financial crisis, austerity, and health in Europe, Lancet 2013; 381: 1323–31
- 5 Impact of economic crises on mental health, Geneva: WHO; 2009. Πρόσβαση στις 22/07/2016 διαθέσιμο: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
- 6 Economou M, Peppou L, Fousketaki S, Stefanis C, Economic crisis and mental health: Effects on the prevalence of common mental disorders, Psychiatriki 2014, 24(4):247-61
- 7 ΦΕΚ 545, τεύχος Β, 1-3-2012, υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών στον ΕΟΠΥΥ και στους άλλους φορείς κοινωνικής ασφάλισης κ.α.
- 8 Νόμος υπ' αριθ . 3892 (ΦΕΚ 189, τεύχος Α, 4-11-2010), Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων
- 9 ΦΕΚ 3010, τεύχος Β, 29-12-2011, Ένταξη από 1/1/12 των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας των ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ και ΟΠΑΔ στον ΕΟΠΥΥ
- 10 Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, and Benos A, Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case, American Journal of Public Health June 2013, Vol 103, No. 6
- 11 Νόμος υπ' αριθ . 4238 (ΦΕΚ 38, τεύχος Α, 17-2-2014), Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις
- 12 Liaropoulos L, Greek economic crisis: not a tragedy for health, British Medical Journal 2012; 345: e 7988.
- 13 Tzafalias M, Greek crisis fallout is an opportunity for health, Bull World Health Organ. 2014 Jan 1;92(1):8-9
- 14 Karanikolos M , Kentikelenis A, Health inequalities after austerity in Greece, International Journal for Equity in Health (2016) 15:83
- 15 Mossialos E, Allin S, Davaki K, Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia, Health Econ. 2005 Sep;14(Suppl 1):S151-68.

- 16 Benatar S, Gill St, Bakker I, Global Health and the Global Economic Crisis, *Am J Public Health*. 2011;101:646–653
- 17 Mackenbach J, Karanikolos M, McKee M, The unequal health of Europeans: successes and failures of policies, *Lancet* 2013; 381: 1125–34
- 18 Correiaa T, Dussaultb G, Pontes C, The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries, *Health Policy* 119 (2015) 1600–1605
- 19 Granadosa J, Rodriguezb J, Health, economic crisis, and austerity: A comparison of Greece, Finland and Iceland, *Health Policy* 119 (2015) 941–953
- 20 Kerasidou A, Kingori P, Legido-Quigley H, "You have to keep fighting": maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece, *Int J Equity Health*. 2016 Jul 26;15(1):118
- 21 Kentikelenis A, Papanicolas I, Economic crisis, austerity and the Greek public health system, *European Journal of Public Health*,2012; Vol. 22, No. 1, 4–5
- 22 Goranitis I, Siskou O, Liaropoulos L, Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece, *Health Policy*, 2014 Sep;117(3):279-84.
- 23 Rachiotis G, Kourousis C, Kamilaraki M, Symvoulakis EK, Dounias G, Hadjichristodoulou C, Medical supplies shortages and burnout among greek health care workers during economic crisis: a pilot study, *Int J Med Sci*. 2014 Mar 11;11(5):442-7
- 24 Liaropoulos L, Goranitis I, Health care financing and the sustainability of health systems, *Int J Equity Health*. 2015 Sep 15;14:80
- 25 The financial crisis and global health. Geneva: WHO; 2009. Πρόσβαση στις 20/07/2016 διαθέσιμο:
http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf
- 26 State of inequality, Geneva: WHO; 2015. Πρόσβαση στις 20/07/2016 διαθέσιμο:
http://www.who.int/gho/health_equity/report_2015/
- 27 Suhrcke M, Stuckler C, Will the recession be bad for our health? It depends, *Social Science & Medicine* 74 (2012) 647-653
- 28 Chang S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D, Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries, *BMJ* 2013; 347: f5239
- 29 Gunnell D, Platt S, Hawton K, The economic crisis and suicide, *BMJ* 2009;338:b1891
- 30 Ruckert A, Labonté R, The global financial crisis and health equity: Early experiences from Canada, *Globalization and Health* 2014 10:2.
- 31 Ruhm C, Are recessions good for your health?, *NBER Working Paper Series*, 1996, WP 5570

- 32 Lusardi A, Schneider D, Tufano P, The economic crisis and the medical care usage: comparative study from five high-income countries. *Social Science quarterly*, Volume 96, No1, March 2015
- 33 Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al, The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *Lancet* 2009; 374: 315–23
- 34 Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J, Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece, *Eur J Public Health*. 2013 Apr;23(2):206-10.
- 35 Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A et al, Greece’s health crisis: from austerity to denialism, *Lancet* 2014; 383: 748–53
- 36 Catalano R, Health, Medical Care, and Economic Crisis, *n engl j med* 2009, 360;8
- 37 Simou E, Koutsogeorgou E, Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review, *Health Policy* 115 (2014) 111–119
- 38 Hessel P, Vitoros S, Avendano M, The differential impact of the financial crisis on Health in Ireland and Greece: A quasi-experimental approach, *Public Health*. 2014 Oct; 128(10): 911–919.
- 39 Vitoros S, Hessel P, Leone T, Avendano M, Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach, *Eur J Public Health*. 2013 Oct;23(5):727-31.
- 40 Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A, Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population’s Health and Health Care: The Greek Case, *American Journal of Public Health*, June 2013, Vol 103, No. 6
- 41 Zavras D, Zavras A, Kyriopoulos I, Kyriopoulos J, Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece, *BMC Health Services Research* (2016) 16:309
- 42 Μνημόνιο Οικονομικών και Χρηματοπιστωτικών πολιτικών, Πρόσβαση στις 22/08/2016, Διαθέσιμο:http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/greek_loan_facility/pdf/01_mou_20150811_en.pdf
- 43 Νόμος υπ’ αριθ . 3918 (ΦΕΚ 31, τεύχος Α, 2-3-11), Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις
- 44 Σουλιώτης Κ, «Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα», εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα 2013
- 45 ΦΕΚ 2456, τεύχος Β, 3-11-2011, Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)
- 46 ΦΕΚ 1233, τεύχος Β, 11-4-2012, τροποποίηση της υπ αριθμ. Φ.90380/25916/3294/3-11-2011 (Β’ 2456) κοινής υπουργικής απόφασης"Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ) του

Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)

- 47 ΦΕΚ 3054, τεύχος Β, 18-11-2012, τροποποίηση της υπ αριθμ. Φ.90380/25916/3294/3-11-2011 (ΦΕΚ 2456/Β/3-11-2011) κοινής υπουργικής απόφασης "Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233/Β'/11-4-2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει.
- 48 Polyzos N, Kastanioti C, Zilidis C, Mavridoglou G, Karakolias S, Litsa P, Menegakis V, Kani C, Greek National E-Prescribing System: Preliminary Results of a Tool for Rationalizing Pharmaceutical Use and Cost, *Glob J Health Sci.* 2016 Mar 9;8(10):55711
- 49 Τιμολόγηση των φαρμάκων και συναφή θέματα , ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4213, Αρ. ΦΕΚ 261, ΤΕΥΧΟΣ Α, 9-12-2013, Άρθρο 22, σελ 4483-5
- 50 Labiris G, Fanariotis M, Kastanioti C, Alexias G, Protopapas A, Karampitsakos T, Niakas D, Greek Physicians' Perceptions on Generic Drugs in the Era of Austerity, *Scientifica (Cairo)*. 2015;2015:251792
- 51 Oikonomou N, Mariolis A, How is Greece conforming to Alma-Ata's principles in the middle of its biggest financial crisis?, *Br J Gen Pract.* 2010 Jun 1; 60(575): 456–457.
- 52 Declaration of Alma-Ata,USSR, 1978. Πρόσβαση στις 22/07/2016 διαθέσιμο: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- 53 Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A, Papadakis N, Lionis C, Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study, *Rural Remote Health.* 2012;12:2156. Epub 2012 Oct 22.
- 54 Oikonomidou E, Anastasiou F, Dervas D, Patri F, Karaklidis D, Moustakas P, Andreadou N, Mantzanas E, Bodossakis M, Rural primary care in Greece: working under limited resources, *International Journal for Quality in Health Care* 2010; Volume 22, Number 4: pp. 333 –337
- 55 Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Maresso A , Sissouras A, The impact of the crisis on the health system and health in Greece, in: *Economic crisis, health systems and health in Europe*, WHO, 2014, Observatory No 41
- 56 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ, πρόσβαση 30-8-2016, Διαθέσιμο στη <http://www.statistics.gr>, 2016,
- 57 Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I et al, Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *Lancet* 2011; 378: 1457-8.
- 58 Νόμος υπ' αριθμ . 4368 (ΦΕΚ 21, τεύχος Α, 21-2-2016), Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις (άρθρο 33, υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων)

- 59 Υπουργείο Υγείας, εγκύκλιος Α3γ/Γ.Π.οικ.53790/15-7-2016 "Φαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων"
- 60 Υπουργείο Υγείας, εγκύκλιος Α3γ/Γ.Π.οικ.39364/31-5-2016 "Διευκρινήσεις σχετικά με την διασφάλιση τη πρόσβασης των ανασφάλιστων και των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων στο δημόσιο σύστημα υγείας"
- 61 ΦΕΚ 908, τεύχος Β, 4-4-2016, ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας
- 62 Buziarsist J, Economic crisis on public health, Arch Public Health 2009, 67, 97-99
- 63 Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I, Are recessions harmful to health after all?:Evidence from the European Union, Centre for European Labour Market Research, 2007, Discussion Paper 2007-18
- 64 ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ Β, Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις Υπηρεσίες φροντίδας Υγείας, Λευκωσία 2009, σελ. 241-282
- 65 McNeill J.A., Sherwood G.D., Starck P.L. & Thompson C.J. (1998) Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. Journal of Pain and Symptom Management. 16(1): 29-40.
- 66 Health care services are improving. Timeframes for access to non-emergency treatment. (Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2004:13) Πρόσβαση στις 22-08-2016, Διαθέσιμο στη [http:// www.stm.fi/en/publications/ publication / _julkaisu/1057139#en](http://www.stm.fi/en/publications/publication/_julkaisu/1057139#en)
- 67 Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila K, Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study, BMC Family Practice 2014, 15:98
- 68 Price RA, Elliott M, Zaslavsky A, Hays R, Lehrman W, Rybowski L, Edgman-Levitan S, Cleary P, Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality, Med Care Res Rev. 2014 ,71(5): 522–554
- 69 Papp R, Borbas I, Dobos E, Bredehorst M, Jaruseviciene L, Vehko T, Balogh S, Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions, BMC Fam Pract. 2014; 15: 128.
- 70 Raftopoulos V, A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. ICU Nursing, 2005, Web Journal Issue: 22
- 71 Ρούσσοις Π, Τσαούσης Γ, Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες, Αθήνα 2002, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα Α.Ε.
- 72 Gadallah M, Zaki B, Rady M, Anwer W, Sallam I, User satisfaction with primary health care services in two districts in Lower and Upper Egypt, Eastern Mediterranean Health Journal 2003 : 9(3):422-430.

- 73** Raftopoulos V, Pain, satisfaction with quality of pain management and depressive symptoms in elderly hospitalized patients, *ICU Nursing*, 2005, Web Journal Issue: 20.
- 74** Aldana J, Piechulek H, Al-Sabir A, Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh, *Bulletin of the World Health Organization* 2001, 79:512–517.
- 75** Margolis S, Al-Marzouqi, S, Revel T, Reed R, Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates, *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15(3): 241-9.
- 76** Hellenic Statistical Authority (ELSTAT), 2013. National Household Budget Survey. Πρόσβαση στις 22/08/2016, Διαθέσιμο: http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0801/PressReleases/A0801_SFA05_DT_AN_00_2012_01_F_GR.pdf
- 77** Τούντας Γ, Λοπατατζίδης Θ, Χουλιάρα Α, Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες, *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 20(5), Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2003, 497-503
- 78** Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, et al, The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations, *Health Technology Assessment* 2012, 16(30): i-xii, 1-509.
- 79** Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β, Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010, 27(5): 834-840.
- 80** Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2015. Health Consumer Powerhouse Ltd.; 2016.
- 81** Vandoros S, Hessel P, Leone T, Avendano M, Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach, *The European Journal of Public Health*. 2013;23(5):727-731.
- 82** Καμπάντα Μ, Νιάκας Δ, Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες ενός κοινοτικού κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα., *Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής* 2004,21:354-362
- 83** Ξημεράκη Κ, Ρούφας Κ, Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών σε Δημόσιο Νοσοκομείο «Η περίπτωση της γυναικολογικής-μαιευτικής κλινικής του Πα.Γ.Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ», Ηράκλειο, Μάιος 2015
- 84** Νόμος υπ' αριθ . 3868 (ΦΕΚ 129, τεύχος Α, 3-8-2010), Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. ΦΥΛΟ:

Ανδρας 1

Γυναίκα 0

2. ΗΛΙΚΙΑ: _____

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

Δημοτικό 1

Γυμνάσιο 2

Λύκειο 3

Κολλέγιο 4

Πανεπιστήμιο 5

Μάστερ/ Διδακτορικό 6

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρος 4

Παντρεμένος 3

Χωρισμένος 2

Χήρος 1

Συμβίωση 0

5. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:

Ελληνική 1

Άλλη 2

6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

- Μη χειρώνακτας 5
- Χειρώνακτας 4
- Αγρότης 3
- Οικιακά 2
- Άνεργος 1
- Συνταξιούχος 0

7. ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: _____

8. Εκτός από αυτή τη φορά πόσες άλλες φορές έχετε επισκεφτεί το τμήμα;

- > 3 φορές 3
- 2 φορές 2
- 1 φορά 1
- Πρώτη φορά στη ζωή μου 0

9. Πόσο σοβαρό θεωρείτε ότι είναι το πρόβλημα για το οποίο ήρθατε στο τμήμα?

- Καθόλου 3
- Λίγο 2
- Αρκετά 1
- Πολύ 0

10. Θα ήθελα στο μέλλον να επισκεφτώ ξανά αυτό το ιατρείο αν παρουσιαστεί πρόβλημα.

- Συμφωνώ απόλυτα 4
- Συμφωνώ 3
- Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

11. Αισθάνομαι ότι η συνολική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο τμήμα έχει ποιότητα.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

12. Αισθάνομαι ότι η ιατρική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο τμήμα έχει ποιότητα.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

13. Αισθάνομαι ότι η νοσηλευτική φροντίδα που μου προσφέρθηκε στο τμήμα έχει ποιότητα.

Συμφωνώ απόλυτα 4

Συμφωνώ 3

Διαφωνώ 2

Διαφωνώ απόλυτα 1

Δεν ξέρω 0

14. Πώς αισθάνεστε συνολικά από τις υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο τμήμα;

Πολύ ικανοποιημένος 8

Αρκετά ικανοποιημένος 7

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Λίγο ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Απλά ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Δυσανεστημένος | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Πολύ δυσαρεστημένος | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Αδιάφορος | <input type="checkbox"/> | 0 |

15. Από 0 (δυσαρεστημένος) έως 10 (πολύ ικανοποιημένος) πώς αισθάνεστε συνολικά από τις υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στο τμήμα; _____

16. Θα έλεγα ότι οι υπηρεσίες που μου προσφέρθηκαν στο τμήμα ήταν:

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---|
| Καλύτερη από αυτήν που περίμενα | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Καλή όπως την περίμενα | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Μέτρια όπως την περίμενα | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Κακή όπως την περίμενα | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Χειρότερη από αυτήν που περίμενα | <input type="checkbox"/> | 0 |

17. Πως αισθάνεστε συνολικά από την ιατρική φροντίδα που σας προσφέρθηκε στο τμήμα;

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Αρκετά ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Λίγο ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Απλά ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Δυσανεστημένος | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Πολύ δυσαρεστημένος | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Αδιάφορος | <input type="checkbox"/> | 0 |

18. Από 0 (δυσανεστημένος) έως 10 (πολύ ικανοποιημένος) πώς αισθάνεστε συνολικά από την ιατρική φροντίδα που σας προσφέρθηκαν στο τμήμα; _____

19. Θα έλεγα ότι η ιατρική φροντίδα μου προσφέρθηκε στο τμήμα ήταν:

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| Καλύτερη από αυτήν που περίμενα. | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Καλή όπως την περίμενα | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Μέτρια όπως την περίμενα | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Κακή όπως την περίμενα | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Χειρότερη από αυτήν που περίμενα. | <input type="checkbox"/> | 0 |

20. Πως αισθάνεστε συνολικά από τη φροντίδα που σας προσφέρθηκε από το υπόλοιπο προσωπικό (τεχνολόγοι/νοσηλεύτες);

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Πολύ ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Αρκετά ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Λίγο ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Απλά ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσανεστημένος | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Καθόλου ικανοποιημένος | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Δυσανεστημένος | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Πολύ δυσανεστημένος | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Αδιάφορος | <input type="checkbox"/> | 0 |

21. Από 0 (δυσανεστημένος) έως 10 (πολύ ικανοποιημένος) πώς αισθάνεστε συνολικά από τη φροντίδα που σας προσφέρθηκε από το υπόλοιπο προσωπικό (τεχνολόγοι / νοσηλεύτες) ;

22. Θα έλεγα ότι η φροντίδα από το προσωπικό (τεχνολόγοι / νοσηλεύτες) ήταν:

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---|
| Καλύτερη από αυτήν που περίμενα. | <input type="checkbox"/> | 4 |
|----------------------------------|--------------------------|---|

- Καλή όπως την περίμενα 3
- Μέτρια όπως την περίμενα 2
- Κακή όπως την περίμενα 1
- Χειρότερη από αυτήν που περίμενα. 0

23. Τι θεωρείτε το πιο σπουδαίο στην φροντίδα σας στο Τμήμα; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Όλα 8
- Η ενημέρωση από το προσωπικό 7
- Ο σεβασμός από το προσωπικό 6
- Το ενδιαφέρον του προσωπικού 5
- Η ψυχολογική υποστήριξη από το προσωπικό 4
- Οι ανέσεις του χώρου αναμονής 3
- Η ευγένεια του προσωπικού 1
- Η επικοινωνία με το προσωπικό 0

24. Δεχθήκατε νοσηλευτική φροντίδα/πράξη; ΝΑΙ ΟΧΙ

25. Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος είστε από τις πληροφορίες που σας έδωσε ο γιατρός σας μετά το τέλος της επίσκεψης; _____

26. Υπήρξε κάποια καθυστέρηση στο ραντεβού σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

27. Εάν ΝΑΙ ποιος ήταν ο λόγος;

- 1 έπρεπε να περιμένω για συνταγογράφηση φαρμάκων
- 2 έπρεπε να περιμένω για τον γιατρό

3 έπρεπε να περιμένω για ασθενοφόρο

4 Κάτι άλλο _____

28. Πόση ήταν αυτή η καθυστέρηση;

1 μέχρι 1 ώρα

2 περισσότερο από 1 ώρα, αλλά λιγότερο από 2 ώρες

3 περισσότερο από 2 ώρες, αλλά λιγότερο από 4 ώρες

4 περισσότερο από 4 ώρες

29. Σε τί βαθμό αυτή η καθυστέρηση επηρέασε την άποψή σας για την ποιότητα των υπηρεσιών στο Τμήμα;

Πολύ 4 Αρκετά 3 Λίγο 2 Ελάχιστα 1 Καθόλου 0

30. Δίπλα από την κάθε ερώτηση απαντήστε από 0 (καθόλου) έως 10 (πάρα πολύ) στην πρώτη στήλη πόσο σημαντικό είναι το καθένα για εσάς και στην δεύτερη στήλη από 0 (δυσανεστημένος) έως 10 (πολύ ικανοποιημένος) πως αισθάνεστε από το καθένα κατά τη νοσηλεία σας στο νοσοκομείο

Ερώτηση	Πόσο σημαντικό;	Πόσο ικανοποιημένος
28. Να αφιερώσει το προσωπικό χρόνο για να μου εξηγήσει όσα δεν κατάλαβα από τον ιατρό		
29. Να αισθάνομαι ότι το προσωπικό ενδιαφέρεται για το πρόβλημα μου		
30. Να είναι φιλικό το προσωπικό μαζί μου		
31. Το προσωπικό να είναι διακριτικό		
32. Να αισθάνομαι ότι το προσωπικό ξέρει καλά την δουλειά του		
33. Το προσωπικό να με συμβουλεύει Τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία		
34. Το προσωπικό να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό		

35. Ο γιατρός να είναι πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μου		
36. Ο γιατρός να αφιερώσει χρόνο για να μου εξηγήσει την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσω και να μου δώσει οδηγίες		
37. Να νιώθω ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω		
38. Ο γιατρός να είναι φιλικός μαζί μου		
39. Ο γιατρός είναι να διακριτικός		
40. Ο γιατρός να με αντιμετωπίζει σαν άνθρωπο και όχι σαν αριθμό		
41. Να νιώθω ότι ο γιατρός ξέρει καλά την δουλειά του		
42. Ο γιατρός να με σέβεται σαν άνθρωπο όταν με εξετάζει		
43. Ο γιατρός να προστατεύει την αξιοπρέπεια μου όταν με εξετάζει		
44. Ο γιατρός να με συμβουλεύει Τι πρέπει να κάνω για να διατηρώ μια καλή υγεία		
45. Ο γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο στην λήψη ενός πλήρους ιστορικού που θα τον βοηθήσει στην διάγνωση		
46. Ο γιατρός να είναι συνεπής στην ώρα του ραντεβού		
47. Ο γιατρός να παραγγέλνει όλες Τις αναγκαίες εξετάσεις		
48. Ο γιατρός να μην μου ζητά χρήματα		
49. Ο γιατρός να μην βιάζεται κατά την εξέταση		
50. Ο χώρος αναμονής να είναι άνετος και ήσυχος		
51. Τα εξωτερικά ιατρεία να είναι καλά οργανωμένα		
52. Να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας		
53. Να τηρούνται τα ραντεβού		
54. Να είναι φιλικός ο χώρος των εξωτερικών ιατρείων		

31. Σε σχέση με το 2009, αξιολογήστε το πώς μεταβλήθηκαν τα παρακάτω:

	Χειρότερη πολύ	Χειρότερη	Ούτε χειρότερη ούτε βελτιώθηκε	Βελτιώθηκε	Βελτιώθηκε πολύ
1. Η οικονομική σας κατάσταση					
2. Η καθημερινή σας διαβίωση					
3. Τα έσοδά σας					
4. Τα έξοδά σας					
5. Η οικονομική σας επιβάρυνση για τις υπηρεσίες υγείας					
6. Η κατάσταση της υγείας σας					
7. Η σημασία που δίνετε στο πρόβλημα της υγείας σας					
8. Τι πιστεύετε για την αλλαγή στην Π.Φ.Υ. σε σχέση με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση					
9. Τι πιστεύετε για την αλλαγή στην Π.Φ.Υ. σε σχέση με την προώθηση γενοσήμων φαρμάκων					
10. Τι πιστεύετε για την αλλαγή στην Π.Φ.Υ. σε σχέση με την ενοποίηση των ταμείων					
11. Τι πιστεύετε για την αλλαγή στην Π.Φ.Υ. σε σχέση με τη συρρίκνωση των παραδοσιακών δομών					
12. Τι πιστεύετε για την αλλαγή στην Π.Φ.Υ. σε σχέση με τις παροχές των ασφαλιστικών ταμείων (ΕΟΠΥΥ)					

13. Πώς επηρέασαν την ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. οι συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς					
14. Πώς επηρέασαν την ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. οι συμβάσεις με ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια					

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 4^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ

Θεσσαλονίκη, 5/7/2016

Αρ. Πρωτ. 21989

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ : ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Προς : κα Ιωαννίδου Σεβαστή

Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 16
Ταχ. Κώδικας : 546 23 Θεσσαλονίκη
Πληροφορίες : Θεοδοσιάδου Μαρία
Τηλέφωνο : 2313 327.852
Fax : 2313 327.845
e-mail : mtheodosiadou@4ype.gr

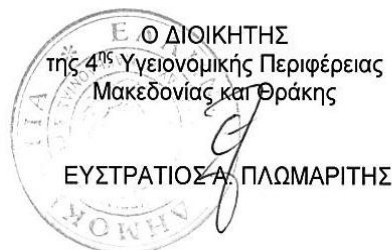
Θέμα: Αίτημα της κας Ιωαννίδου Σεβαστής για διανομή ερωτηματολογίων σε Κέντρο Υγείας και Μονάδα Υγείας

Σχετ: Το υπ αριθμ. πρωτ. ΕΠ.ΣΥΜ. 14/9.6.2016 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (αρ. πρωτ. εισερχ. εγγράφου 19447/14.6.2016)

Μετά τη γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 4^{ης} ΥΠΕ Μακεδονίας και Θράκης, (2^η /19.5.2016 Συνεδρίαση θέμα ΕΗΔ 3^ο), σας ενημερώνουμε ότι εγκρίθηκε το αίτημά σας για την πραγματοποίηση έρευνας μέσω διανομής ερωτηματολογίων σε ασθενείς του Κέντρου Υγείας Ζαγκλιβερίου και της Μονάδας Υγείας 25^{ης} Μαρτίου, στο πλαίσιο συμμετοχής σας στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με θέμα: «Διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Λάβετε υπόψη σας ότι πριν την έναρξη της έρευνάς σας απαιτείται ρητή δήλωσή σας ότι για τη διεξαγωγή της δεν παρεμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία του Κέντρου Υγείας και της Μονάδας Υγείας, θα τηρηθούν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας και θα διασφαλιστεί το απόρρητο των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ασθενών. Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνάς σας υποχρεούστε να καταθέσετε έκθεση αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων στην 4^η Υ.Πε. Μακεδονίας και Θράκης.

Κοινοποίηση:
Κ.Υ. Ζαγκλιβερίου
Μ.Υ. 25^{ης} Μαρτίου



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Θεσσαλονίκη, 18-04-2016
Αρ. Πρωτ.: ΔΥ

Προς:
Το Επιστημονικό Συμβούλιο
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
της Διοίκησης 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας
Μακεδονίας.

**ΘΕΜΑ: Γνωμοδότηση αναφορικά με εκπόνηση ερευνητικής εργασίας.
ΣΧΕΤ.: Το από 15-04-2016 αίτημα της κ Ιωαννίδου Σεβαστής.**

Με την από 15-04-2016 αίτησή της, η μεταπτυχιακή φοιτήτρια, κ. Ιωαννίδου Σεβαστή, ζητά την έγκριση εκπόνησης της ερευνητικής έρευνας και τη διανομή ερωτηματολογίου, στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, με θέμα «Διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Το Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης & Διεθνών Συνεργασιών, έπειτα από την εξέταση:

1. της αίτησης της ανωτέρω υπαλλήλου, με πλήρη και σαφή στοιχεία, σχετικά με την έρευνα που επιθυμεί να πραγματοποιήσει στα Π.Ε.Δ.Υ.- Κ.Υ.Α.Τ. Ευόσμου, Κουφαλιών, Μ.Υ. Πύλης Αξίου,
2. του αρ. πρωτ. 8655/04-04-2016 πιστοποιητικού της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, από το οποίο προκύπτει, ότι ο κ. Ραφτόπουλος Βασίλειος είναι επιβλέπων καθηγητής,
3. του ερευνητικού πρωτοκόλλου,
4. του ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο πρόκειται να χρησιμοποιήσει η αιτούσα ως εργαλείο-μέθοδο συγκέντρωσης στοιχείων για την ολοκλήρωση της διπλωματικής της διατριβής και το οποίο επιθυμεί να διανείμει σε ασθενείς που επισκέπτονται τις δομές της Πρωτοβάθμιας Υγείας ευθύνης της 3ης Δ.Υ.ΠΕ. Μακεδονίας,

παραπέμπει το αίτημα της υπαλλήλου, με συνημμένα τα δικαιολογητικά, στο Επιστημονικό Συμβούλιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, προκειμένου να γνωμοδοτήσει σχετικά λόγω αρμοδιότητας.

Συνημμένα:

Δεκατέσσερα (14) φύλλα.

Η Προϊσταμένη Διεύθυνσης

Χρυσούλα Καπουσίδου

Εσωτερική διανομή

1. Γραφείο Διοικητή
2. Γραφείο Υποδιοικητών

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ 14ης ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ 28-5-2016
ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
"ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ" ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΘΕΜΑ Γ4 : Αίτηση με αρ.πρωτ.4867/21-4-2016 της κ.Ιωαννίδου Σοφίας ΤΕ Νοσηλεύτριας υπάλληλος ΠΕΔΥΜ.Υ.25^η Μαρτίου για την διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια Μεταπτυχιακού στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Λάρισας με θέμα: «Διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου αφού έλαβε υπόψη τον:

1. την εισαγωγή προς συζήτηση του θέματος από τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου, σύμφωνα με το υπ. αρ. πρωτ. 228/11-5-2016 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας, το οποίο έχει ως εξής:
«Το Επιστημονικό Συμβούλιο μετά από διεξοδική συζήτηση ομόφωνα αποφασίζει και εισάγεται θετικά στο αίτημα της κ.Ιωαννίδου Σοφίας ΤΕ Νοσηλεύτριας υπάλληλος ΠΕΔΥΜ.Υ.25^η Μαρτίου στα πλαίσια Μεταπτυχιακού στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Λάρισας για την διεξαγωγή έρευνας με θέμα: «Διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.»

2. τη διεξοδική συζήτηση μεταξύ των Μελών,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

1. Την έγκριση του αιτήματος της κ. Ιωαννίδου Σοφίας ΤΕ Νοσηλεύτριας υπάλληλος ΠΕΔΥΜ.Υ.25^η Μαρτίου στα πλαίσια Μεταπτυχιακού στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Λάρισας για την διεξαγωγή έρευνας με θέμα: «Διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».
2. Επισφραγίζει άμεσα την απόφασή του.

Ο Πρόεδρος
α/α

Μέλος α.α. ΗΑΦΕΛΙΑΣ ΠΑΥΛΟΣ
Μέλος α.α. ΗΑΡΘΕΡΗΣ ΕΠΥΡΟΣ
Μέλος ΠΕΡΑΝΤΙΑΣ ΕΥΡΗΠΑΝΗΣ
Μέλος ΚΡΟΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
Απρετο Μέλος ΒΑΛΑΡΟΥΤΣΟΥ ΚΙΛΙΑΘΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΣΕΡΙΑΝΗ ΠΕΤΡΟΣ

Ακριβές απόσπασμα
η Γραμματείας του Δ.Σ.

ΛΟΚΗ ΤΑΨΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Θεσσαλονίκη, 18-04-2016
Αρ. Πρωτ.: Δ3β/14271

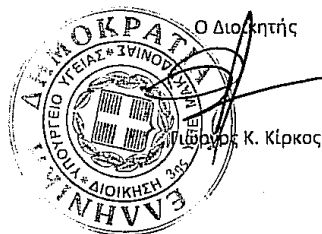
Προς:
Γ.Ν.Θ. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ-Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»
μονάδα Γ.Ν.Θ «Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»

ΘΕΜΑ: Αίτημα εκπόνησης έρευνας της κας Ιωαννίδου Σεβαστής.
ΣΧΕΤ.: Η από 15-04-2016 αίτηση της υποψήφιας ερευνήτριας προς την υπηρεσία μας.

Σας διαβιβάζουμε την ανωτέρω σχετική αίτηση και τα συνημμένα σε αυτήν δικαιολογητικά, τα οποία κατατέθηκαν στην Υπηρεσία μας από τη φοιτήτρια της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κα Ιωαννίδου Σεβαστή, προς έγκριση πραγματοποίησης έρευνας. Η έρευνα θα διενεργηθεί στα πλαίσια εκπόνησης του μεταπτυχιακού διπλώματος της με θέμα «Διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Η υποψήφια ερευνήτρια, στα πλαίσια της έρευνάς της, επιθυμεί να χρησιμοποιήσει ως εργαλείο-μέθοδο συγκέντρωσης στοιχείων ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο απευθύνεται σε ασθενείς που επισκέπτονται τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου σας.

Σε κάθε περίπτωση αίτησης έγκρισης διεξαγωγής έρευνας απαιτείται η γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου στο οποίο πρόκειται να διεξαχθεί. Συνεπώς παρακαλούμε να μας αποστείλετε, το συντομότερο δυνατό, τη γνωμοδότησή του Επιστημονικού Συμβουλίου σας (Πρακτικό συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου), αναφορικά με την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, προκειμένου η Υπηρεσία μας να είναι σε θέση να ολοκληρώσει τη διαδικασία έγκρισης.



Εσωτερική διανομή:
Γραφείο Διοικητή
Γραφείο Υποδιοικητών