



Η προσπάθεια δικτύωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα μέσω της εδραίωσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας: Περιπτωσιολογική μελέτη δικτύωσης δομών ΠΕΔΥ Κιλκίς

Φρεγγίδου Ελισάβετ¹, Γαλάνης Πέτρος², Ζαφειροπούλου Μαρία³, Παραστατίδης Στέφανος⁴

1. Διοικητικός ΠΕ, Προϊσταμένη Περιφερειακής Δ/σης ΕΟΠΥΥ Κιλκίς, MSc Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας (ΑΠΚΥ)
2. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MPH, PhD, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
3. PhD, Αν.Διοικήτρια Γ.Ν.Πατρών, Ευρωπαϊκή Εμπειρογνώμονας σε θέματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας
4. Επιμελητής Β' Γενικής Ιατρικής ΠΕΔΥ Κιλκίς - Π.Ι. Ποντοηράκλειας, Μέλος του Δ.Σ. του Ιατρικού Ινστιτούτου Ερευνών με ευθύνη στον τομέα ΠΦΥ και Ηλεκτρονικής Υγείας

DOI: 10.5281/zenodo.224474

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στηρίζεται στις αρχές της καθολικότητας και της ισότιμης πρόσβασης στο πλαίσιο ενός ασθενοκεντρικού συστήματος υγείας με ικανότητα διαρκούς προσαρμογής στις συνεχείς κοινωνικο-οικονομικές μεταβολές. Οι μέχρι σήμερα προσπάθειες δικτύωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην χώρα μας παρέμειναν μετέωρες ή ημιτελείς με εμφανή την αδυναμία αντιμετώπισης των χρονίζοντων παθογενειών του συστήματος υγείας.

Σκοπός: Η διερεύνηση του βαθμού ανταπόκρισης της δικτύωσης της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς στις ανάγκες των ασθενών, η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα του νέου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο εντοπισμός τυχόν κενών ή δυσλειτουργιών.

Μεθοδολογία: Διεξήχθη μία συγχρονική μελέτη, από τον Ιούνιο έως τον Αύγουστο του 2015 και χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας με τον πληθυσμό-πηγή να αποτελείται από τους ασθενείς που επισκέφθηκαν την μονάδα υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς κατά το τελευταίο έτος. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε εθελοντικά, ενώ πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη με 30 συμμετέχοντες. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), έκδοση 21.0.

Αποτελέσματα: Μόνον το 13,3% των ερωτηθέντων χαρακτήρισε επαρκή την διασύνδεση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς με πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υγειονομικές δομές ενώ το 44,1% δήλωσε προβλήματα στην κάλυψη των αναγκών λόγω μη λειτουργίας της μονάδας πέραν του πρωινού ωραρίου. Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη δηλώνουν οι χρήστες στο δίκτυο των ιδιωτών ιατρών (64,1%) ενώ ελλιπής διαπιστώνεται η πληροφόρηση αναφορικά με το δικαίωμα ή μη παροχής υπηρεσιών υγείας της μονάδας στους ανασφάλιστους (72,4%).

Συμπεράσματα: Νέες πολιτικές υγείας πρέπει να εφαρμοσθούν στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι προβληματικές συνιστώσες της δικτύωσης των υγειονομικών δομών στην χώρα μας με επίκεντρο την διαμόρφωση ενός ασθενοκεντρικού μοντέλου.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μονάδες υγείας, ΕΟΠΥΥ, ΠΕΔΥ, δίκτυο υγείας.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Φρεγγίδου Ελισάβετ, Ανατολικής Ρωμυλίας 26, ΤΚ: 61100, Κιλκίς, E-mail: frengidou@yahoo.gr

The attempt of creating a primary health net in Greece through the establishment of PEDY: Case study of the networking organisations of PEDY-Kilkis

Frengidou Elisavet¹, Galanis Petros², Zafiropoulou Maria³, Parastatidis Stefanos⁴

1. Administrative Manager EOPYY Kilkis, MSc Health Policy and Health Planning (OUC)
2. RN, MPH, PhD, Research Associate Center for Health Services Management and Evaluation, Faculty of Nursing, University of Athens
3. PhD, Deputy Director-General Hospital General Hospital of Patras, European Expert in Health and Social Care Issues
4. General Practitioner - Curator B, Primary National Health Care Net, Regional Medical Centre of Pontoiraklia, Board

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care is based upon the principles of universality and equal accessibility in a patient-oriented health care system with continuous capacity adapting to ongoing socio-economic changes. The efforts of creating a primary health care net in our country remained so far unfinished or meteor while the inability of tackling chronic pathogens of the health care system is more than evident.

Aim: To assess the continuing weaknesses of the existing frame created after the establishment of Primary National Health Care Net and, on the other, to utilize information by adjusting to internationally successful networking practices of other countries in order to exercise effective health policy, taking into account the theoretical framework of implementation in Greece.

Methodology: A cross-sectional study was conducted during the period June to August 2015 using convenience sampling while the study population consisted of the patients who had used the services provided by the Kilikis PEDY primary health care unit during the previous year. Data were collected by means of an anonymous questionnaire that was completed voluntarily by the participants while a pilot study was conducted on 30 participants. The statistical analysis was performed using Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), version 21.0.

Results: Only 13.3% of the respondents declared adequate interconnection among the health care unit of PEDY Kilikis and primary or secondary health structures while 44.1% reported problems in meeting their needs because of the non-operation of the health care unit beyond the morning hours. It is also expressed greater confidence in private physicians (64.1%) and incomplete information concerning the right of providing health services by the PEDY health care unit to the uninsured (72.4%).

Conclusions: New health policies should be applied at primary health care level so as to combat the problematic areas of health care networking in our country and focus on establishing a patient-oriented model.

Keywords: Primary Health Care, health care units, EOPYY, PEDY, health care net.

Corresponding author: *Frengidou Elisavet, Anatolikos Romilias str. 26, PC: 61100, Kilikis, E-mail: frengidou@yahoo.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είκοσι και πλέον έτη μετά τη δημιουργία του ΕΣΥ και παρά τις όποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες επιχειρήθηκαν, δεν διαπιστώνεται ισότιμη και καθολική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών και παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.¹ Παρατηρούνται έντονες γραφειοκρατικές αγκυλώσεις, ασάφεια ρόλων μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας και φαινόμενα έντονης παραοικονομίας με αύξηση των άμεσων πληρωμών του χρήστη.² Η αύξηση των δαπανών υγείας δε συμβαδίζει με ανάλογη βελτίωση των βασικών δεικτών του προσδόκιμου επιβίωσης, γεγονός που

αναδεικνύει κενά αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας και αβεβαιότητα για μελλοντικούς δείκτες υγείας.³ Μάλιστα η Ελλάδα καταλαμβάνει την 5^η θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού όσον αφορά τις ιατρικές επισκέψεις παρά την υπερπληθώρα ιατρικού δυναμικού.⁴

Κύριο χαρακτηριστικό του πλαισίου διαμόρφωσης είναι η διαρκής εναλλαγή ιδεολογικών κηδεμονιών διαφορετικών ρευμάτων ενώ τροχοπέδη του πλαισίου εφαρμογής αποτέλεσε η στείρα μεταφορά ξένων πρακτικών και προτύπων με αδυναμίες



προσαρμογής στην ελληνική πραγματικότητα και ο σχεδιασμός φιλόδοξων ιδεών που δεν έτυχαν της ανάλογης πολιτικής βούλησης.

ΤΟ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΑΙΤΗΜΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΟΣ ΕΝΙΑΙΟΥ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η κατακερματισμένη εδραίωση του ΕΣΥ

Η ψήφιση του Ν.1397/83 περί «Εθνικού Συστήματος Υγείας», ως η πρώτη ριζική πολιτική άρσης των ανισοτήτων και εδραιωμένων αδικιών, αποτελεί μεν σταθμό υγειονομικής μεταρρύθμισης στον ελληνικό υγειονομικό χώρο, επήλθε δε με σημαντική χρονική καθυστέρηση συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.⁵ Μέσω της θεσμοθέτησης του ΕΣΥ αναπτύχθηκε η ΠΦΥ με τη λειτουργία κέντρων υγείας (Κ.Υ.) αγροτικού ή αστικού τύπου και περιφερειακών ιατρείων (Π.Ι.) ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων με οργανωτική και χρηματοδοτική σύνδεση. Παρότι αποτέλεσε αφετηρία για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας χαρακτηρίζεται κυρίως από το νοσοκομειακό χαρακτήρα του καθώς περίπου το 55% της δημόσιας δαπάνης υγείας απορροφάται από τη νοσοκομειακή περίθαλψη.⁶ Δημιουργήθηκε ένα σύστημα υγείας που στόχευε απλά στη διαχείριση της εκδηλούμενης ασθένειας καθώς έθεσε σε δεύτερη μοίρα την πρόληψη και προαγωγή της υγείας και κατέστησε τον ασθενή απλό καταναλωτή ιατρικών υπηρεσιών χωρίς συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.⁷

Ιστορική αναδρομή με επίκεντρο τη δικτύωση της ΠΦΥ στον ελληνικό υγειονομικό χώρο

Επιχειρώντας μία σύντομη ιστορική αναδρομή του εθνικού συστήματος υγείας των τελευταίων δεκαετιών παρουσιάζονται στον πίνακα 1 οι κύριες νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν την ΠΦΥ και την εγκαθίδρυση δικτύων. Μετά την εισαγωγή του ΕΣΥ οι εκάστοτε κυβερνήσεις δεν εφάρμοσαν τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας τόσο στον τρόπο χρηματοδότησης και διοίκησης όσο και στο ζήτημα της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων. Ιδιαίτερα για το σχέδιο μεταρρύθμισης του Αλέκου Παπαδόπουλου το 2000 οι αντιδράσεις των ομάδων ενδιαφερομένων -με καίριες αυτές των πανεπιστημιακών και νοσοκομειακών ιατρών- ήταν άμεσες και καταλυτικές καθώς καθεμία εξ' αυτών την αντιμετώπισε ως παίγνιο μηδενικού αθροίσματος και διατήρησε κοινή στάση παρά τη διαφορετική πολιτική αφετηρία και τα ανόμοια επενδεδυμένα συμφέροντα.⁸

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΕΔΥ Η αναγκαιότητα διαμόρφωσης νέου ρόλου του ΕΟΠΥΥ

Με το Ν. 4318/11 η σχετικά πρόσφατη σύσταση του ΕΟΠΥΥ ακολουθεί το πρότυπο

του ΙΚΑ (πριν την ένταξη του στον ΕΟΠΥΥ το ΙΚΑ είχε την ευθύνη της παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε 5,6 εκατομμύρια δικαιούχους σε ένα αποκεντρωμένο και πανελλαδικής κάλυψης δίκτυο 272 πολυϊατρείων και υγειονομικών μονάδων με 8.280 ιατρούς και 3.573 νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό⁹⁾ καθώς διατηρεί ένα φάσμα δομών ΠΦΥ που απευθύνεται κυρίως στις αστικές περιοχές. Ο ΕΟΠΥΥ αναλαμβάνει διττό ρόλο αφενός της διαχείρισης των πόρων από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και αφετέρου της εποπτείας, χρηματοδότησης και λειτουργίας των εποπτευόμενων μονάδων υγείας. Με την έναρξη λειτουργίας του διευρύνεται η προσπελασιμότητα και αυξάνονται οι βαθμοί ελευθερίας των ασφαλισμένων των λοιπών ταμείων, στο πρότυπο του ΟΠΑΔ, που μέχρι πρότινος ήταν αναγκασμένοι να προσέρχονται αποκλειστικά σε δομές του ΙΚΑ και του ΕΣΥ.¹⁰

Ωστόσο, η συνύπαρξη δύο δημόσιων υποσυστημάτων υγείας αναδεικνύουν την αναγκαιότητα διαμόρφωσης ενός ενιαίου συστήματος υγείας με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ στις υγειονομικές περιφέρειες.¹¹ Στον τομέα της διοικητικής υπαγωγής παρατηρείται σύστημα οργάνωσης δύο ταχυτήτων καθώς οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ υπάγονται στον οργανισμό και απολαμβάνουν μεγάλο βαθμό αυτονομίας

ενώ τα κέντρα υγείας στα νοσοκομεία αναφοράς. Η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων έλαβε χώρα παράλληλα με τη χωροταξική μεταφορά των πρότερων μονάδων ΠΦΥ με αποτέλεσμα τη συνέχιση των ελλείψεων ή επικαλύψεων του προϋπάρχοντος παθογενούς συστήματος. Εμφανής είναι η απουσία κέντρων υγείας αστικού τύπου ως μέσο αντιμετώπισης των μεγάλων χρόνων αναμονής και των προκαλούμενων προβλημάτων πρόσβασης λόγω του περιορισμένου πλαφόν των ιατρικών επισκέψεων στους συμβεβλημένους ιατρούς του ΕΟΠΥΥ.¹²

Παθογένειες και αδύνατα σημεία του νέου δικτύου ΠΕΔΥ

Με το Ν.4238/2014 σύστασης ΠΕΔΥ η μεταφορά των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ στις ΥΠΕ αποτέλεσε βήμα εξομάλυνσης των σχέσεων στην αγορά της ΠΦΥ καθώς συνεισφέρει, από την πλευρά της προσφοράς, στην καθιέρωση ενός ενιαίου δικτύου και, από την πλευρά της ζήτησης, στην εδραίωση του αγοραστικού ρόλου του ΕΟΠΥΥ και την ενίσχυση της διαπραγματευτικής του δύναμης έναντι των προμηθευτών του. Συνεχίζει, όμως, να υφίσταται σημαντικό πρόβλημα χρονικής διαθεσιμότητας των μονάδων υγείας του ΠΕΔΥ, κυρίως στα αστικά κέντρα λόγω μη λειτουργίας σε 24ωρη βάση, και σημαντικές ελλείψεις στο φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων, με αποτέλεσμα την



αναγκαστική κατεύθυνση των ασθενών σε ιδιωτικές δομές ή νοσοκομεία.¹³

Τόσο η παντελής απουσία ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των παρόχων και προμηθευτών υγείας όσο και η μηδαμινή μονοψωνιακή ισχύς του ΕΟΠΥΥ τον καθιστούν ουσιαστικά «διαμεσολαβητή είσπραξης εσόδων και αποζημίωσης προμηθευτών».¹⁴ Βασικό πρόβλημα συνιστά η ανισορροπία προσφοράς-ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας λόγω της κατακόρυφης μείωσης των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων που ενισχύεται με την περαιτέρω μείωση της ιδιωτικής δαπάνης με αντίκτυπο κυρίως στις ευπαθείς κοινωνικο-οικονομικά πληθυσμιακές ομάδες, ήτοι άνεργοι, χρόνια πάσχοντες και οικονομικά αδύνατοι.¹⁴ Η συνεπαγόμενη στροφή, ως φυσικό ακόλουθο, των πολιτών προς τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΔΦΥ) έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις τόσο σε υγειονομικούς όρους λόγω καθυστέρησης αντιμετώπισης της νόσου όσο και σε οικονομικούς.¹⁵

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση της ΠΦΥ, οξύμωρο είναι το γεγονός ότι παρότι σημειώθηκε ελαφρά μείωση των δαπανών ΔΦΥ, εντούτοις δεν υπήρξε μετατόπιση δαπανών προς την ΠΦΥ αλλά αντίθετα επήλθε μείωση στις δαπάνες πρόληψης και προαγωγής της υγείας (διάγραμμα 1). Χαρακτηριστική είναι η συνύπαρξη μη συντονισμένων δομών και φορέων ΠΦΥ με σοβαρές ελλείψεις ή αλληλοεπικαλύψεις στη

λειτουργία και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα προβλήματα που έχουν καταγραφεί σχετικά με τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα και τόπο θεραπείας μακριά από τον τόπο κατοικίας¹⁶ φανερώνουν τα προκαλούμενα κενά από τη μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού στην παροχή φροντίδας και τη δυσαρμονική συνεργασία με ιατρούς ειδικότητας για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων προβλημάτων.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού ανταπόκρισης της δικτύωσης της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς στις ανάγκες των ασθενών, η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για την αποτελεσματικότητα του νέου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο εντοπισμός τυχόν κενών ή δυσλειτουργιών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Διεξήχθη μία συγχρονική μελέτη, από τον Ιούνιο έως τον Αύγουστο του 2015 και χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας με τον πληθυσμό-πηγή να αποτελείται από τους ασθενείς που προσήλθαν στην Περιφερειακή Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ Κιλκίς. Το ποσοστό συμμετοχής ήταν 90,5% (=181/200). Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε εθελοντικά, ενώ πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη με 30

συμμετέχοντες. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 51 κλειστές ερωτήσεις σε 7 θεματικές ενότητες, εκ των οποίων 2 επικεντρώνονταν στην ασθενοκεντρική προσέγγιση του ασθενή και τη δικτύωση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο. Η μέση διάρκεια συμπλήρωσης του ήταν 10-12 λεπτά. Βρέθηκε ότι ο συντελεστής συσχέτισης ήταν $>0,7$ γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου και ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ήταν $>0,6$ που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS), έκδοση 21.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 181 συμμετέχοντες, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των οποίων παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Οι αντιλήψεις των ερωτηθέντων περί δικτύωσης των δομών του νέου ΠΕΔΥ αποτυπώνονται στον πίνακα 3. Μόνον το 13,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η μονάδα υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς συνδέεται επαρκώς με δομές τόσο της πρωτοβάθμιας φροντίδας (ιδιώτες ιατροί, ΤΕΙ νοσοκομείων, Κ.Υ., Π.Ι.) όσο και της δευτεροβάθμιας (εισαγωγή σε νοσοκομεία). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε προτίμηση,

εφόσον κριθεί αναγκαίο, για παραπομπή σε ειδικούς ιατρούς (81,8%) και τυχόν νοσηλεία (79,5%) από γενικό οικογενειακό ιατρό. Υψηλή προτίμηση (75,2%) επίσκεψης και σε ιδιώτες ιατρούς για το ίδιο πρόβλημα υγείας δήλωσαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα και μάλιστα η πλειοψηφία αυτών (64,1%) εξέφρασε μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε σχέση με τους ιατρούς της μονάδας.

Όσον αφορά τη συχνότητα επίσκεψης, το 45,4% των ερωτηθέντων προσήλθε για εξέταση στη μονάδα υγείας μία φορά ενώ το 18,8% πάνω από 4 φορές κατά το τελευταίο έτος. Προβλήματα στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών διαπιστώνονται όσον αφορά το ωράριο λειτουργίας της μονάδας καθώς το 44,1% δήλωσε ότι το ωράριο λειτουργίας της μονάδας δεν τους εξυπηρετεί απόλυτα. Συγκεκριμένα, το 51,4% δήλωσε ότι θα επιθυμούσε συνδυασμό πρωινού και απογευματινού ωραρίου ενώ το 35,4% λειτουργία σε 24ωρη βάση. Σχετικά με το δικαίωμα ή μη παροχής περίθαλψης σε ανασφάλιστους, το μεγαλύτερο ποσοστό (47,5%) δήλωσε άγνοια ενώ το 24,9% απάντησε ότι δικαιούχοι των υπηρεσιών υγείας της μονάδας είναι μόνον οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το ιδιαίτερα μικρό ποσοστό ανασφαλιστών (3,3%) που επισκέφθηκε τη μονάδα φανερώνει δυσκολίες ισότιμης πρόσβασης



αυτής της μερίδας των πολιτών και αναποτελεσματικής λειτουργίας του νέου δικτύου, λόγω ελλιπούς ενημέρωσης. Το ποσοστό των ανέργων που δηλώνει προβλήματα πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα είναι σχεδόν διπλάσιο από αυτό που αντιστοιχεί στους εργαζόμενους για τα έτη 2008 έως 2012.¹⁷ Σε έρευνα που αφορούσε χρόνια πάσχοντες βρέθηκε ότι το 64% των ερωτηθέντων σε δείγμα 1.496 ατόμων ανέφερε προβλήματα πρόσβασης σε γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας λόγω οικονομικών περιορισμών.¹⁷ Σε αντίστοιχη έρευνα της ΕΣΔΥ¹⁸ το 30% των χρονίως πασχόντων μείωσαν κατά 30% τον αριθμό των επισκέψεων τους σε δομές ΠΦΥ για τα έτη 2011-2013 ενώ αύξησαν τις επισκέψεις σε ΜΚΟ και άλλες κοινωνικές δομές.

Εμφανή κενά παρουσιάζονται στη σύνδεση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς αφενός με τις λοιπές δημόσιες και ιδιωτικές δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας και αφετέρου με τα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα την αποτροπή οργάνωσης ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας. Η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού έχει ως απόρροια την είσοδο του ασθενή σε όλα τα επίπεδα φροντίδας χωρίς ηθμό πρόσβασης και τη χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών που θα μπορούσαν να καλυφθούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.¹⁹ Ο αριθμός των γενικών ιατρών στην ΠΦΥ, οι οποίοι αποτελούν τον πυλώνα του θεσμού του οικογενειακού ιατρού,

σχετίζεται με καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα σε πληθώρα δεικτών,²⁰ μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και χαμηλότερο κόστος, εν αντιθέσει με τους ειδικούς ιατρούς.²¹ Λόγω απουσίας σημείων αναφοράς καθίσταται αδύνατη η ολιστική προσέγγιση του ασθενή ενώ εμφανίζονται αλληλοεπικαλύψεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Η μειωμένη ετήσια συχνότητα χρήσης της μονάδας σε συνδυασμό με τον μεγάλο αριθμό των ασθενών που επιλέγει να επισκεφθεί και ιδιώτη ιατρό για το πρόβλημα της υγείας του αποτελούν ένδειξη αδυναμιών στην αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.²² Παρότι ο μέσος όρος επισκέψεων είναι 8 κατά κεφαλή τον χρόνο,¹⁹ η παρούσα έρευνα δεν αφορά γερασμένο πληθυσμό, δεδομένου ότι η μέση ηλικία διαμορφώνεται σε 47,5 έτη. Ωστόσο, ο συνδυασμός μειωμένου αριθμού ημερησίων ραντεβού και σταθερών λειτουργικών εξόδων επιφέρει αντιοικονομική λειτουργία της μονάδας ενώ το υψηλό ποσοστό προτίμησης του δικτύου των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών επιδεικνύει ανεπάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Προβληματική συνιστώσα υπήρξε το ισχύον ωράριο λειτουργίας της μονάδας που συνιστά περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα τόσο της δομής όσο και του ευρύτερου δικτύου ΠΦΥ και επιτείνει την προσέλευση των ασθενών στη δευτεροβάθμια φροντίδα.

Επιπλέον, η εξάντληση του μηναίου πλαφόν των 200 επισκέψεων του ΕΟΠΥΥ κατά τις πρώτες μέρες του μήνα καθιστά την κάλυψη των αναγκών ανεπαρκή.²³

Ελλιπής ενημέρωση επικρατεί στην πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με το εύρος κάλυψης καθώς το 47,5% των ερωτηθέντων δεν γνώριζε εάν οι μη έχοντες ασφαλιστική ικανότητα δικαιούνται τις παρεχόμενες από τη μονάδα υπηρεσίες υγείας ενώ το 24,9% θεωρεί ότι δεν συμπεριλαμβάνονται οι ανασφάλιστοι στο φάσμα δικαιούχων της μονάδας. Αν μάλιστα ληφθούν υπόψη τόσο η ραγδαία αύξηση του ποσοστού ανεργίας (27,5%) κατά το έτος 2013 όσο και τα ποσοστά του ελληνικού πληθυσμού που βρίσκονται στα όρια της φτώχειας ή βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό (35,7%) ενισχύονται οι ανισότητες πρόσβασης.^{24,25} Σε περιόδους οικονομικής κρίσης περιορίζονται οι δυνατότητες επιλογής των χρηστών και καθίσταται έκδηλη η αναγκαιότητα ενίσχυσης του δημόσιου συστήματος υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι σύγχρονες τάσεις των συστημάτων υγείας επιβάλλουν την σταδιακή εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων προκειμένου να εφαρμοσθούν νέες πολιτικές υγείας εστιασμένες στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και τον εξορθολογισμό των δαπανών με αξιοποίηση των

υπαρχόντων πόρων²⁶ και όχι τη μονοδιάστατη συγκράτηση της δημόσιας δαπάνης υγείας. Επιτυχημένες στρατηγικές δικτύωσης ΠΦΥ άλλων χωρών, με εμπειρία και πρωτοπόρες πρωτοβουλίες στην οργάνωση δικτύων υγείας, θα μπορούσαν να βρουν πεδίο εφαρμογής στην χώρα μας προσαρμοσμένες στα ελληνικά δεδομένα.

Ο Καναδάς έχει οργανώσει την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω κοινοτικών κέντρων υγείας, κατ' αντιστοιχία με τις μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ στην Ελλάδα, στα οποία οι γενικοί και οικογενειακοί ιατροί αφενός ελέγχουν τη χρήση των υπηρεσιών (gatekeeping) και αφετέρου απολαμβάνουν σημαντική αυτονομία στην άσκηση του κλινικού τους έργου.²⁷ Η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας λαμβάνει χώρα σε ένα πλουραλιστικό σύστημα παροχής ιδιωτικής φροντίδας σε συνεργασία με έναν ισχυρό κρατικό μηχανισμό καθώς οι περισσότερες υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από το δημόσιο φορέα αλλά παρέχονται από τον ιδιωτικό.²⁸ Στη Γαλλία η ανάπτυξη δικτύων συντονισμένων φροντίδων, κατά αντιστοιχία με το μοντέλο των ΗΜΟ's των ΗΠΑ, δημιουργεί πρόσφορες συνθήκες για την είσοδο του ελεύθερου ανταγωνισμού στην αγορά των υπηρεσιών υγείας. Μεταξύ των υπό εφαρμογή επιτυχημένων πρακτικών δικτύωσης στην Ολλανδία ξεχωρίζουν η συνεργασία με νοσοκομεία σε διασυνοριακό επίπεδο, η



ευρεία ανάπτυξη e-health συστημάτων υγείας και η εφαρμογή evidence based ιατρικής στη βάση ανταμοιβής των οφελών της υγείας αντί του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Παρότι η ΠΦΥ καλύπτει τον κύριο όγκο των πραγματοποιούμενων ιατρικών εξετάσεων-πράξεων στην Ελλάδα δεν έτυχε επαρκούς στήριξης από τις εκάστοτε πολιτικές ηγεσίες. Το επίκεντρο των πολιτικών υγείας οφείλει να είναι η εύστοχη πρόβλεψη των αναγκών σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα και η εύρεση λύσεων στα νεοεμφανιζόμενα ζητήματα μέσω μίας κυκλικής διαδικασίας με στόχο την εκάστοτε χρυσή τομή των δεδομένων της εποχής. Η επέκταση του υπάρχοντος δικτύου ΠΕΔΥ, πέραν των υφιστάμενων δομών του (Κ.Υ. αστικού και αγροτικού τύπου, Π.Ι. και μονάδες υγείας), και στα Τ.Ε.Ι των νοσοκομείων, τα ιδιωτικά ιατρεία-πολυϊατρεία και εργαστήρια δύναται να διαμορφώσει ένα πλαίσιο οιονεί αγοράς, όπου οι ανεξάρτητοι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας ανταγωνίζονται μεταξύ τους με κριτήρια κόστους και ποιότητας. Η ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως ρυθμιστή των σχέσεων ζήτησης και προσφοράς συνιστά τον βασικό μοχλό ισορροπίας μεταξύ καταναλωτών, παρόχων και χρηματοδοτών καθώς εξασφαλίζει αφενός χαμηλότερο κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών, μέσω κατάλληλων συνθηκών ανταγωνισμού, και

αφετέρου ισότητα και κοινωνική αλληλεγγύη, μέσω της ελεύθερης επιλογής των χρηστών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the greek health system: a tale offragmentation and inertia. Health Economics 2005; 14(Suppl. 1): S151-168.
2. Γείτονα Μ, Κυριόπουλος Γ. Ισότητα και Αποδοτικότητα στην Υγεία: Θεωρητική Ανάλυση και Εμπειρικές Προσεγγίσεις. Στο: Δόλγερας Α, Κυριόπουλος Γ (επιμ). Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Θεμέλιο, Αθήνα, 2000.
3. Υπουργείο Υγείας, Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Δ' Προγραμματική Περίοδος 2007-2013. Αθήνα, 2007.
4. Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Επίκεντρο μιας Διαχρονικής Συζήτησης - Επιλεγμένα άρθρα πολιτικής και τεκμηρίωσης. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010.
5. Κυριακόπουλος Γ, Δρίζη Μ, Κτένας Ε, Κοντογεωργάκη Ε, Γεωργούση Ε. Οι επενδύσεις στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα 1970-2000. Επιθεώρηση Υγείας 2004; 15(86): 12-14.
6. Έλληνας Δ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας. Επιθεώρηση Υγείας 2005; 94: 42-46.
7. Γείτονα Μ. Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα- Περιφερειακές

- ανισότητες στην υγεία. Ιατρική 2001; 79(3): 259-267.
8. Featherstone K. Politics and Policy in Greece. The Challenge of Modernisation, Routledge, London, 2006.
9. Σταθακοπούλου Χ. Η ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή-συγκριτική ανάλυση με φορείς του εξωτερικού. ΑΠΚ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, 2014.
10. Σολωμός Γ. Κοινωνική Ασφάλιση: Από την κρίση στον ενιαίο φορέα ασφάλισης. Λιβάνης, Αθήνα, 2006.
11. Σουλιώτης Κ, Θηραϊός Ε, Καϊτελίδου Δ, Παπαδάκη Μ, Τσαντίλας Π, Τσιρώνη Μ και συν. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αθήνα, 2013.
12. Διαδικτυακή σελίδα Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης: «Έρευνα αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας» στο πλαίσιο της πράξης «Σύστημα Παραγωγής Δεικτών Υγειονομικού Χάρτη», GPO, Αθήνα 2011. Διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/ΕκθεσηΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣΥΠΗΡΕΣΙΩΝΥΓΕΙΑΣ2011ΕΙΣΑΓΩΓΗ.pdf, Ημερομηνία πρόσβασης 10-7-15.
13. Φρεγγίδου Ε, Παραστατίδης Σ, Ζαφειροπούλου Μ, Γαλάνης Π, Στιβανάκη Σ. Αδυναμίες και παθογένειες από τη δικτύωση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ στο νομό Κιλκίς: Η μελέτη περίπτωσης ενός ασθενή με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια τρίτου σταδίου, Επιθεώρηση Υγείας 2016; 27(163): 13-20.
14. Διαδικτυακή σελίδα Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), Η Πρωτοβάθμια φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, Αθήνα 2013. Διαθέσιμο στο: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Η_ΠΦΥ_ως_πύλη_εισόδου.pdf, Ημερομηνία πρόσβασης 13-6-15.
15. Godager G, Iversen T, Ching-to A Ma. Competition, Gatekeeping and Health Care Access, Working paper. Health Economics Research Programme, University of Oslo, 2012.
16. Athanasakis K, Souliotis K, Kyriopoulos EJ, Loukidou E, Kritikou P, Kyriopoulos J. Inequalities in access to cancer treatment: an analysis of cross-regional patient mobility in Greece. Supportive Care in Cancer 2012; 20(3): 455-460.
17. Economou C, Kaitelidou D, Katsikas D, Siskou O, Zafiroπούλου Μ. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. Social Cohesion and Development 2014; 9(2): 99-115.
18. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ). Το κόστος και οι επιπτώσεις της εφαρμογής συνταγογράφησης φαρμάκων πατέντας βασιζόμενα στη δραστική ουσία και τη χρήση γενοσήμων. Αθήνα, 2014.
19. Τούντας Ι, Λοπατζίδης Θ, Χουλιάρα Λ. Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις



- παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003; 20(5): 497-503.
20. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly 2005; 83(3): 457-502.
21. Grumbach K, Vranizan K, Bindman B. Physician supply and access to care in urban communities. Health Affairs 1997; 16(1): 71-86.
22. Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Ε. Μετρώντας την ποιότητα από την πλευρά των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας. Στο Λιαρόπουλος Λ. (επιμ.). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Παπασωτηρίου, Αθήνα, 2008.
23. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Επιστολή Προέδρου του ΕΟΠΥΥ προς τους συμβεβλημένους ιατρούς, Αθήνα 2015. Διαθέσιμο στο: <http://www.eopyy.gov.gr/Εγγραφα%20ΕΟΠΥΥ/Νέα%20-%20Ανακοινώσεις%20-%20Δελτία%20Τύπου/ΕΠΙΣΤΟΛΗ%20ΠΡΟΣ%20ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥΣ%20ΙΑΤΡΟΥΣ%20ΓΙΑ%20200%20ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ%2008-05-2015.pdf>, Ημερομηνία πρόσβασης 20-9-15.
24. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), Η ελληνική οικονομία, Αθήνα, 2014.
25. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), Συνθήκες ζωής στην Ελλάδα, Αθήνα, 2014.
26. IOBE. Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου, 3/2011. Αθήνα, 2011.
27. Health Canada. Canada's Health Care System, Health System and Policy Division. Ontario, 1999.
28. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary Health Care in: Systems in Motion. The Milbank Quarterly 2011; 89(2): 256-288.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Διαχρονική παρουσίαση των νόμων σχετικών με τη δικτύωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας

Νόμος	Κύρια στοιχεία του νόμου
N. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του συστήματος Υγείας»	Επιχειρεί σημαντικές αλλαγές στη φιλοσοφία του συστήματος υγείας δίνοντας προτεραιότητα στην αποδοτικότητα και τη συγκράτηση του κόστους αλλά δεν τυγχάνει πλήρους εφαρμογής. Τα Κ.Υ. αποκόπτονται οργανικά και διοικητικά από τα νοσοκομεία και χρηματοδοτούνται από τις Νομαρχίες, οι ιατροί επιλέγουν μεταξύ πλήρους και ιδιωτικής απασχόλησης ενώ δεν εξασφαλίζεται η πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές δομές αλλά το κράτος εγγυάται την ύπαρξη ιδιωτικών και δημόσιων φορέων.
N.2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»	Καταργεί τις αλλαγές του προηγούμενου νόμου, επαναφέρει τις διατάξεις του Ν.1397/1983 σχετικά με την υπαγωγή των Κ.Υ. και των Π.Ι. στα νοσοκομεία και τυγχάνει πλήρους εφαρμογής.
N.2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»	Περιλαμβάνει το σχεδιασμό ανάπτυξης δικτύων ΠΦΥ, την υπαγωγή των Κ.Υ. στα νοσοκομεία και τη μετατροπή των Π.Ι. σε αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ., τη θεσμοθέτηση του οικογενειακού ιατρού, την ίδρυση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας και τη θέσπιση κινήτρων για την προσέλκυση στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής αλλά δεν τυγχάνει πλήρους εφαρμογής. Με την έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομόνων του 1994 και τον εν λόγω νόμο προβλέπεται η δημιουργία Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μέσω της ενοποίησης των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ, των Ασφαλιστικών Οργανισμών, των ΟΤΑ και άλλων ΝΠΔΔ. Με την επιχειρούμενη μεταρρύθμιση «Υγεία για τον πολίτη» του 2000 ο εκσυγχρονισμός των πολυιατρείων του ΙΚΑ αναμένεται να οδηγήσει σε Κ.Υ. αστικού τύπου.
N.2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»	Αποτελεί τη μεγαλύτερη τομή στη λειτουργία του ΕΣΥ διότι επιχειρεί παρεμβάσεις σε τρεις βασικούς τομείς του συστήματος υγείας, ήτοι την περιφερειακή συγκρότηση με τη δημιουργία των 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ), τη μετατροπή των νοσοκομείων σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠεΣΥ (τα νοσοκομεία επαναφέρονται στο πρότερο καθεστώς των ΝΠΔΔ με το Ν.3329/05) και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού αλλά έμεινε μετέωρη.
N.3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»	Οργάνωση της ΠΦΥ μέσω της καθιέρωσης του οικογενειακού και προσωπικού ιατρού, της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και τη λειτουργική υπαγωγή όλων των μονάδων ΠΦΥ υπό την εποπτεία των ΠεΣΥΠ (μετονομασία ΠεΣΥ σε ΠεΣΥΠ με το Ν.3106/03). Βασική αφετηρία υπήρξε η ψήφιση του εν λόγω νόμου που προέβλεπε την ενίσχυση του ρόλου των υγειονομικών περιφερειών αλλά η αδράνεια κατέστησε το χρονοδιάγραμμα υλοποίησης ασφυκτικό και μάλιστα υπό εξαιρετική στενότητα οικονομικών πόρων. Αποπειράθηκε να δώσει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα μέσω της αξιοποίησης των υφιστάμενων δομών των μονάδων ΠΦΥ του ΕΣΥ, των πολυιατρείων του ΙΚΑ και των τοπικών ιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών.
N.3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»	Ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και ενοποιούνται οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων. Ένας εκ των σκοπών του ΕΟΠΥΥ (άρθρο 23) είναι ο συντονισμός και η διασφάλιση της συνεργασίας μεταξύ των φορέων της ΠΦΥ, ήτοι Κ.Υ. και Π.Ι. του ΕΣΥ, των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ, των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ΟΤΑ και των ιατρείων υπηρεσίας υπαίθρου. Στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται, (παρ.2, άρθρο 17) ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο κλάδος υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τις μονάδες υγείας του. Επιχειρείται μία απόπειρα σχεδιασμού ενός νέου υγειονομικού χάρτη με πλήρη καταγραφή των μονάδων υγείας του μεγαλύτερου ασφαλιστικού φορέα και των Κ.Υ. της χώρας.

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Άρρεν	79 (43,6)
Θήλυ	102 (56,4)
Ηλικία	47,5 (13,8) ^α
Υπηκοότητα	
Ελληνική	174 (96,1)
Άλλη	7 (4)
Τόπος διαμονής	
Κιλκίς	127 (70,2)
Εκτός Κιλκίς	54 (29,8)
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος/η	41 (22,7)
Έγγαμος/η	120 (66,3)
Διαζευγμένος/η	10 (5,5)
Χήρος/α	10 (5,5)
Μορφωτικό επίπεδο	
Δεν έχουν γραμματικές γνώσεις	8 (4,4)
Απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης	23 (12,7)
Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	89 (49,2)
Απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	46 (25,4)
Κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος	15 (8,3)
Επάγγελμα	
Ιδιωτικός υπάλληλος	43 (23,8)
Δημόσιος υπάλληλος	50 (27,6)
Αυτοαπασχολούμενος	11 (6,1)
Συνταξιούχος	40 (22,1)
Άνεργος	35 (19,3)
Συμβασιούχος	1 (0,6)
Επικουρικό προσωπικό στο δημόσιο τομέα	1 (0,6)
Ασφαλιστικό ταμείο	
ΙΚΑ	93 (51,4)
ΟΠΑΔ	47 (26,0)
ΟΑΕΕ	11 (6,1)
ΟΓΑ	16 (8,8)
Άνευ ασφαλιστικής ικανότητας	6 (3,3)
Μηνιαίο εισόδημα	698,8 (454,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως η (%) εκτός και αν δηλώνεται διαφορετικά.
^α μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Πίνακας 3. Αντιλήψεις ερωτηθέντων περί δικτύωσης των δομών του νέου ΠΕΔΥ

Ερώτηση	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Η σύνδεση των δομών της ΠΦΥ (συμβεβλημένοι και μη συμβεβλημένοι ιατροί ΕΟΠΥΥ, μονάδα υγείας ΠΕΔΥ, τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία) είναι επαρκής.	0 (0,0)	24 (13,3)	54 (29,8)	66 (36,5)	37 (20,4)
Προτιμάτε να επισκέπτεσθε πρώτα έναν γενικό οικογενειακό ιατρό ο οποίος να σας κατευθύνει σε ειδικούς γιατρούς, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.	64 (35,4)	84 (46,4)	12 (6,6)	17 (9,4)	4 (2,2)
Η σύνδεση της μονάδας υγείας ΠΕΔΥ με τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (εισαγωγή σε νοσοκομεία) γίνεται με ευκολία.	1 (0,6)	23 (12,7)	79 (43,6)	54 (29,8)	24 (13,3)
Προτιμάτε να επισκέπτεσθε έναν γενικό οικογενειακό ιατρό ο οποίος να σας κατευθύνει για τυχόν νοσηλεία (εισαγωγή σε νοσοκομεία), εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.	50 (27,6)	94 (51,9)	19 (10,5)	15 (8,3)	3 (1,7)
Για το πρόβλημα υγείας σας επιλέγετε να επισκεφθείτε και ιδιώτη ιατρό.	47 (26,0)	89 (49,2)	16 (8,8)	22 (12,2)	7 (3,9)

Διάγραμμα 1. Πορεία σύνθεσης της υγειονομικής δραστηριότητας της Ελλάδας για τα έτη 2009 έως 2013

