



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη "Γενική / Οικογενειακή Ιατρική
και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας"

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας – διερεύνηση του επιπέδου
υγείας σε αγροτική περιοχή της Κρήτης**

Θεόδωρος Βασιλόπουλος
Γενικός Ιατρός

Επιβλέποντες:

1. **Α. Φιλαλήθης**, Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
2. **Χ. Λιονής**, Καθηγητής & Διευθυντή Κλινικής Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
3. **Tomas Faresjö**, Καθηγητή Σχολής Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Linköping, Sweden

Ηράκλειο 2011

© 2011
Θεοδώρου Βασιλόπουλου
ALL RIGHTS RESERVED

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη των καθηγητών και Αναστασίου Φιλαλήθη και του Χρήστου Λιονή τους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες για την υποστήριξη τους, καθώς και την επιστημονική γνώση που μου προσέφεραν, στοιχεία βασικά που συνετέλεσαν για να ολοκληρωθεί αυτή η μελέτη.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον κ. Αντώνη Κούτη Αν. Δ/ντή Κοινωνικής Ιατρικής για τη καθοριστική βοήθεια που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Η μελέτη αυτή δεν θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς την ανιδιοτελή συνεισφορά του κ. Γεωργίου Ντάουγκερ στη συλλογή και καταγραφή δεδομένων των ερωτηματολογίων.

Θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τους ασθενείς που πήραν μέρος στην εργασία, τους διδάσκοντες στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα και τέλος την οικογένεια μου για την υπομονή τους καθώς και την ηθική υποστήριξη που μου παρείχε σε όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Σας ευχαριστώ θερμά όλους.

Στη Μαρία που μου χάρισε τη ζωή και στη Μαρία που μου φανέρωσε το νόημα της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	2
Περίληψη.....	7
Abstract.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
1. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
1.1 Ορισμός υπηρεσιών υγείας	12
1.2 Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα	12
2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	13
2.1.Ορισμός Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	13
2.2. Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα....	14
2.3. Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα	15
3. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.....	17
3.1. Κέντρα υγείας-Περιφερειακά ιατρεία	17
3.2. Κοινωνική περίθαλψη.....	18
3.3. Τοπική αυτοδιοίκηση.....	18
3.4. Ιδιωτικός τομέας.....	19
4. ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
4.1. Ορισμός.....	20
4.2. Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης των υπηρεσιών υγείας.....	20
4.3. Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης.....	22
5. ΑΝΑΓΚΗ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
5.1 Εκτίμηση της ανάγκης υγείας.....	24
5.2.Η σχέση μεταξύ ανάγκης και ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.....	24
6. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	26
6.1. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	26

6.2. Υποδείγματα θεωριών ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	26
6.3. Δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας	28
7. Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ.....	29
7.1. Προσωπικός και Οικογενειακός ιατρός.....	29
7.2. Η ειδικότητα της Γενικής/Οικογενειακής ιατρικής.....	29
7.3. Οι βασικές δεξιότητες του Γενικού/Οικογενειακού ιατρού.....	30
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	31
9. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ...	36
10. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	37
10.1. Πληθυσμός της μελέτης.....	37
10.2. Ο τόπος διεξαγωγής της μελέτης.....	37
10.3. Ερωτηματολόγια.....	38
10.3.1. Πρώτο μέρος.....	38
10.3.2. Δεύτερο μέρος.....	40
10.4. Στατιστική ανάλυση.....	41
11. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	43
11.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά	43
11.2. Οικονομικά χαρακτηριστικά	46
11.3. Επίπεδο υγείας.....	47
11.4. Χαρακτηριστικά υγείας.....	50
11.5. Χρήση υπηρεσιών υγείας.....	54
11.6. Ιατρική εκτίμηση ως προς το χρήστη υπηρεσιών υγείας.....	61
12. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	66
12.1. Το προφίλ των χρηστών υπηρεσιών υγείας της μελέτης	66
12.2. Χαρακτηριστικά υγείας των χρηστών υπηρεσιών υγείας της μελέτης	68
12.3. Ζήτηση και αναδρομική χρήση υπηρεσιών υγείας	69
12.4. Τα κριτήρια επιλογής υπηρεσιών υγείας.....	70

12.5. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	70
12.6. Η ιατρική εκτίμηση.....	71
12.7. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.....	73
12.8. Αδυναμίες της μελέτης.....	74
13. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	76
14. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79
15. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	84
15.1.Παράρτημα I- πίνακας 5. Ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές - Περιγραφή	84
15.1.1.Παράρτημα I- πίνακας 6. Λαμβάνουσες τιμές των ποιοτικών και ποσοτικών μεταβλητών.....	85
15.1.2.Παράρτημα I- πίνακας 7. Ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές -Επανακωδικοποίηση.....	86
15.1.3.Παράρτημα I- πίνακας 8. Ανεξάρτητες μεταβλητές και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση	87
15.1.4.Παράρτημα I- πίνακας 9. Αποτέλεσμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης	87
15.2. Παράρτημα II .Ερωτηματολόγιο	88

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τίτλος : Ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας – διερεύνηση του επιπέδου υγείας σε αγροτική περιοχή της Κρήτης.

Του : Βασιλόπουλου Θεοδώρου, Γενικού Ιατρού

Υπό την επίβλεψη των :

- 1.Αν. Φιλαλήθη, Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- 2.Χ. Λιονή, Καθηγητή και Διευθυντή Κλινικής Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- 3.Tomas Faresjö, Καθηγητή Σχολής Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Linköping, Σουηδία.

Ημερομηνία : Δεκέμβριος 2011

Εισαγωγή: Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, εκφράζει την επιθυμία για κατανάλωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας που μετατρέπεται σε ενεργή αναζήτηση αυτών των φροντίδων και προσδιορίζεται από αντικειμενικά εκτιμώμενες ανάγκες αλλά εξαρτάται από πλήθος παραγόντων όπως, τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων, το υγειονομικό σύστημα, η τιμή των υπηρεσιών υγείας, το επίπεδο υγείας κ.α.

Στην ανάλυση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας σημαντική είναι η επίδραση της θεωρίας του ανθρώπινου κεφαλαίου που αναπτύχθηκε πρώτα από τον Becker και στη συνέχεια από τον Grossman και υποστηρίζει ότι το άτομο είναι ταυτόχρονα καταναλωτής και παραγωγός. Το παραγόμενο προϊόν όπως η κατοικία, η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, επίπεδο εκπαίδευσης, οι βλαβερές έξεις, η ψυχική διάθεση, επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του ατόμου, άρα και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Η χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας εκφράζεται ως το ποσοστό ατόμων σε ανάγκη για κάποια συγκεκριμένη υπηρεσία, που τελικά την λαμβάνουν σε κάποια χρονική περίοδο.

Στην έρευνα χρήσης υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούνται επιδημιολογικές, κοινωνιολογικές, οικονομετρικές, καθώς και καθαρά στατιστικές μέθοδοι. Οι τελευταίες έχουν ως αντικείμενο την κατασκευή δεικτών και υποδειγμάτων.

Για την πρωτοβάθμια περίθαλψη η χρησιμοποίηση εκφράζεται μέσω δεικτών επισκέψεων σε γενικούς γιατρούς ή άλλους φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς και βάση την συχνότητα συνταγογράφησης, εξαρτώνται δε σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία και το φύλο.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των χρηστών υπηρεσιών υγείας ενός ιατρείου Γενικής Ιατρικής μιας αγροτικής περιοχής της Κρήτης.

Οι **στόχοι** είναι η διερεύνηση της δομής του πληθυσμού με βάση τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, ο επιπολασμός των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και

η ανεύρεση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας (αυτοαναφερόμενη υγεία , ψυχική υγεία κ.α.).

Πληθυσμός και μέθοδος : Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 638 ερωτώμενοι και αφορά όλους τους χρήστες υγείας που προσήλθαν σε συγκεκριμένο ιατρείο γενικής ιατρικής του κέντρου υγείας Αγίας Βαρβάρας Ηρακλείου Κρήτης, με οποιαδήποτε αιτιολόγηση χρήσης υπηρεσίας υγείας, σε τακτική καθημερινή βάση (πέντε εργάσιμες ανά εβδομάδα) και σε καθορισμένο ωράριο εργασίας, επί 23 συνεχείς ημέρες από τις 8.30 έως τις 14.00 (ένα μήνα 01/03/11 - 31/03/11 εκτός Σαββάτου - Κυριακής).

Η μελέτη μας είναι περιγραφική και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της απλής ευκαιριακής δειγματοληψίας. Εκπονήθηκε βάση δομημένου ερωτηματολογίου που συντάχθηκε βάσει θεωρητικού και εμπειρικού πλαισίου κατά τη βιβλιογραφία που αφορά τους προσδιοριστικούς παράγοντες ζήτησης και χρήσης υπηρεσιών υγείας και αποτελείται από ποιοτικές και ποσοτικές ερωτήσεις.

Αποτελέσματα : Από τη μελέτη μας και σε συμφωνία με άλλες μελέτες της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας αναδεικνύεται αναφορικά με τη ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας, η σημαντικότητα όχι μόνο της ηλικίας, του φύλου, του μορφωτικού επιπέδου και της εργασιακής απασχόλησης και του εισοδήματος αλλά και της αυτοαναφερόμενης υγείας σωματικής και ψυχικής όπως την αντιλαμβάνονται οι χρήστες.

Συμπεράσματα : Σήμερα χρειαζόμαστε ένα νέο λειτουργικό μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έτσι ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω της πρόληψης των αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας, της προαγωγής της υγείας και της ενημέρωσης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Βασική προϋπόθεση είναι η εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη εξασφάλιση της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Απαραίτητη θεωρείται η θέσπιση και εφαρμογή Κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων της κοινότητας και των μειζόνων παραγόντων κινδύνου στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και λήψη της κλινικής απόφασης με βάση τη διεθνώς τεκμηριωμένη εμπειρία, με την εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, καθώς και διαδικασιών κλινικού ελέγχου. Επιπλέον άμεση εφαρμογή των εργαλείων παροχής των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπως λειτουργικά πρότυπα διαγνωστικών δοκιμασιών, ιατρικός φάκελος ασθενούς, κάρτα υγείας, κωδικοποιήσεις νοσημάτων κλπ. καθώς και χρήση δεικτών ποιότητας, ικανοποίησης και ασφάλειας του ασθενούς.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: ζήτηση υπηρεσιών υγείας, χρήση υπηρεσιών υγείας, αυτοαναφερόμενη υγεία, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

ABSTRACT

Demand and use of health care services - exploring the level of health in a rural area of Crete.

Introduction: The demand for health care services, expresses the desire to consume health care services, which turns into active search for such care and is defined by objectively assessed needs, but depends on many factors such as demographic, social and economic characteristics of individuals, the health care system, the price of health services, the level of health etc. To analyze the demand for health services, what is important is the effect of human capital theory, first developed by Becker and then by Grossman, which supports that the person is both consumer and producer. The resulting product, such as housing, nutrition, physical activity, education level, harmful habits, mental state, affect the health status of individuals, hence the use of health services. The use of health care services is expressed as the percentage of people in need for a particular health service, and who finally receive that service at some time. In the research for the use of health services epidemiological, sociological, econometric, and purely statistical methods are used. The latter are designed to build indicators and models. For primary care, the use of health services is expressed through indicators of the visits to GPs and other primary care organizations and through the frequency of prescription, and depend largely on the age and gender.

The **purpose** of this study is to investigate the characteristics of the users of health services in a General Medicine clinic of a rural area of Crete. The **objectives** are to investigate the structure of the population, based on the demographic and social characteristics, the prevalence of chronic diseases and the point the factors that affect the demand and use of health services (self-reported health, mental health etc).

Population and method: 638 respondents consisted the population of the study, and refers to all users of health services who came to a specific general medical clinic at the health center of Santa Barbara Heraklion, with any justification for use of health services on a regular daily basis (five working days per week), on fixed working hours, for 23 consecutive days from 8.30 until 14.00 (one month 03.01.11 to 03.31.11 except Saturday - Sunday). Our study is descriptive and the method of simple randomized sampling was used. It was conducted based on a structured questionnaire which was prepared by theoretical and empirical framework, in the literature on the determinants of the demand and use of health services and consists of qualitative and quantitative questions.

Results: From our study and in agreement with other studies of Greek and international literature, the importance not only of age, gender, educational level and occupational employment and income but also that of the self-reported physical and mental health as perceived by users, is emerging, referring on the demand and use of health care services.

Conclusions: We now need a new operating model for Primary Health Care to improve the health status of the population, through the prevention of causes of morbidity and mortality, the health promotion and the awareness of users of health services. Basic premise is the education and training of primary health care practitioners to ensure better and more efficient provision of comprehensive health care. It is considered necessary to develop and implement guidelines for the management of most common diseases of the community and major risk factors at the primary health care and clinical decision making based on internationally documented experience with the application of diagnostic and therapeutic protocols, and clinical audit processes. Furthermore, direct application of tools to provide primary care services such as operating standards of diagnostic tests, patient records, medical card, diseases encodings etc. and use of indicators of quality, satisfaction and patient safety.

Keywords: demand for health services, use of health services, self-reported health, primary health care.

Εισαγωγή

Η παραδοσιακή αντίληψη θεωρεί την υγεία ως απουσία νόσου ή αναπηρίας, επομένως προορισμός της ιατρικής επιστήμης είναι η διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας.¹

Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, η χρήση των υπηρεσιών υγείας αφορά κυρίως στη μελέτη της νοσηρότητας του πληθυσμού. Ωστόσο οι οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών οδήγησαν στη σύγχρονη αντίληψη, που θεωρεί την υγεία όχι μόνο ως απουσία νόσου ή αναπηρίας αλλά ως μία συνολικότερη κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας.

Αυτή η κατάσταση είναι που επιτρέπει στο άτομο να διάγει μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική, εξαρτάται δε από ένα πλήθος παραγόντων που έχουν σχέση με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, με το υγειονομικό σύστημα και την ιατρική περίθαλψη.²

Σύμφωνα με τον Maynard, οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι: το εισόδημα, ο πλούτος, η εκπαίδευση, η φροντίδα υγείας, οι εργασιακές πρακτικές, οι πρακτικές του ελεύθερου χρόνου, η οικογενειακή υποστήριξη, η στέγαση, η διατροφή, η χρήση εθιστικών ουσιών. Η καλή υγεία του πληθυσμού αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ευημερία του, αλλά και τη διαθεσιμότητα του παραγωγικού δυναμικού και αντίστροφα.³ Η αλληλεξάρτηση μεταξύ οικονομικής ανάπτυξης και υγείας έχει διαπιστωθεί ιστορικά.⁴

Όμως "οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί ή ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση του ανθρώπου από άνθρωπο.¹

Κατά συνέπεια, καμία υπηρεσία υγείας δεν θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες της σύγχρονης εποχής, ούτε να αντιμετωπίσει σύγχρονα προβλήματα αν δεν αναγνωριστεί η μεγάλη σημασία που έχουν οι κοινωνικές συνθήκες των οικονομικά ασθενών, και αν δεν βελτιωθεί η ζωή τους. Επιπλέον, τα μέτρα και τα προγράμματα για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας θα πρέπει να είναι στο πρώτο πλάνο οποιασδήποτε εθνικής στρατηγικής του τομέα υγείας, και οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να έχουν την προοπτική τους στον άνθρωπο, πάνω και πέρα από οργανωμένα, συγκρουόμενα ή επενδυμένα συμφέροντα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Υπηρεσίες υγείας

1.1 Ορισμός

Με τον όρο “υπηρεσίες υγείας”, προσδιορίζονται οι παρεχόμενες φροντίδες υγείας και ιατρικής περίθαλψης και γενικότερα το πλέγμα των δομών με τις οποίες ρυθμίζονται η παραγωγή και διανομή των ιατρικών φροντίδων και καλύπτονται οι ιατρικές ανάγκες.⁵

Επομένως, κυρίαρχες έννοιες στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας είναι οι έννοιες της ανάγκης και της ζήτησης.

1.2 Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Η “προσφορά υπηρεσιών υγείας” αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κ.λπ.).

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: (α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, (β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, (γ) η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη.⁶

Οι υπηρεσίες υγείας κατηγοριοποιούνται σε ιδρυματικές (νοσοκομειακές), υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων και σε υπηρεσίες πρωτογενούς περίθαλψης.⁷

Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και οι υπηρεσίες πρωτογενούς περίθαλψης αποτελούν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη που έχει ως σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση στα πλαίσια της κοινότητας ώστε να περιορίζεται η προσφυγή στη νοσοκομειακή περίθαλψη.²

Τα συστήματα υγείας βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στους ανθρώπινους πόρους, γι’ αυτό και θεωρούνται συστήματα εντάσεως εργασίας.

Το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη μεθόδων αποτελεσματικότερης και αποδοτικότερης χρήσης των πόρων σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Πρωτοβάθμια περίθαλψη

2.1 Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το σύστημα υγείας και αποτελεί βασική προϋπόθεση για συνεχή αλλά και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών και προγραμμάτων της ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αλλά και ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, θεραπείας, αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας.

Στο επίπεδο αυτό μπορεί να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά το μεγαλύτερο ποσοστό των προβλημάτων υγείας. Γι' αυτό το λόγο μέσα από την οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζεται η υψηλή προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility), δηλαδή απουσία οργανωτικών, λειτουργικών, διοικητικών, γεωγραφικών και οικονομικών φραγμών και η υψηλή διαθεσιμότητα (availability), δηλαδή η πλήρης και συνεχής κάλυψη για όλο το 24ωρο και για όλο το χρόνο.

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται κυρίως από γιατρούς γενικής ιατρικής (οικογενειακή), αλλά και από άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι γιατροί μπορεί να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, σε κρατικά ιατρεία αγροτικών περιοχών, σε κρατικά κέντρα υγείας, πολυϊατρεία και πολυκλινικές αλλά και σε εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεωρείται ένα βασικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού συστήματος, στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου και συνεχούς σχεδίου παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και όχι ένα πρόσθετο και αποκομμένο, από το υπόλοιπο σύστημα υγείας, τμήμα.⁹

Ο ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπως αυτός διατυπώθηκε στη διεθνή διάσκεψη στην Alma - Ata το 1978 αναφέρει ότι: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος.²

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma - Ata η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:

1. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της

κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Συνιστά ουσιαστικά τη βασική προϋπόθεση για μια συνεχιζόμενη φροντίδα στην υγεία.

2. Απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας του πληθυσμού και παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης.
3. Περιλαμβάνει:
 - Εκπαίδευση σχετική με τα επίκαιρα ζητήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους.
 - Εξασφάλιση καλής και σωστής διατροφής, επαρκούς και υγιεινής ύδρευσης και βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής.
 - Παροχή υπηρεσιών υγείας τόσο στη μητέρα όσο και στο παιδί, συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού.
 - Προγράμματα εμβολιασμών για την πρόληψη των σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων
 - Πρόληψη και καταπολέμηση των τοπικών ενδημικών νόσων
 - Κατάλληλη θεραπεία για την αντιμετώπιση κοινών νόσων και τραυματισμών σε συνδυασμό με την παροχή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.
4. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και πέρα από τον τομέα υγείας, επιδρά και σε άλλους τομείς όπως είναι η γεωργία, η κτηνοτροφία, η παραγωγή τροφίμων, η βιομηχανία, η εκπαίδευση η στέγαση, τα δημόσια έργα οι τηλεπικοινωνίες κ.α. Λόγω αυτού του χαρακτηριστικού απαιτούνται συντονισμένες προσπάθειες από όλους τους τομείς, προκειμένου να στεφθεί με επιτυχία η ανάπτυξη και η λειτουργία της.
5. Τέλος, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας απαιτεί αλλά και ταυτόχρονα πρέπει να προάγει την συμμετοχή των ατόμων στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή αυτή είναι δυνατό να επιτευχθεί μέσω της εκπαίδευσης και αξιοποίησης όλων των διαθέσιμων πόρων.²

2.2 Ιστορική εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα

Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί βασικό συστατικό όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια. Πριν την ψήφιση του Ν. 1397/1983 η δημόσια υγεία στην περιφέρεια ασκείτο από τις Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγιεινής και ειδικότερα η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχόταν από τους Υγειονομικούς Σταθμούς και τα Αγροτικά Ιατρεία στις αγροτικές περιοχές, ενώ στις αστικές από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Το 1983 αποτελεί σταθμό στην πορεία για την οργάνωση του ελληνικού υγειονομικού χώρου. Με την θέσπιση του Νόμου 1397/1983 εισάγεται η νομοθετική βάση για το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.¹⁰

Συγκεκριμένα ο νόμος εισάγει τον θεσμό των Κέντρων Υγείας, τα οποία αποτελούν τον κεντρικό μηχανισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νομαρχιακών νοσοκομείων με άμεση νοσηλευτική, επιστημονική, οργανωτική και χρηματοδοτική σύνδεση και τα Περιφερειακά Ιατρεία τα οποία λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας.

Η καθιέρωση των τομέων της Κοινωνικής Ιατρικής στα νοσοκομεία στοχεύει στην σύνδεση της πρωτοβάθμιας με την δευτεροβάθμια ιατρική φροντίδα, τη μελέτη των αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού, τη διατύπωση προτάσεων και την εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αρρώστιας, για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και τη σύνδεσή τους με την κοινότητα με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Στα άρθρα 17-18 του Ν.1397/1983 γίνεται για πρώτη φορά αναφορά της έννοιας του οικογενειακού ή γενικού γιατρού σε νομοθετικό κείμενο, αποτελώντας το βασικό πρόσωπο για την στελέχωση των κέντρων υγείας των αστικών και αγροτικών περιοχών. Ο Νόμος 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», και η τροποποίησή του από τον νόμο 2194/1994, διεύρυνε την έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Περιλαμβάνει ενέργειες πρόληψης και περίθαλψης για μικρές βλάβες της υγείας όπου υπηρεσίες παρέχονται από έναν ευρύ κύκλο επαγγελματιών υγείας μη γιατρών και καθιερώνεται ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας.

Συνίστανται οι Υγειονομικοί Σταθμοί (ΥΣ) οι οποίοι προκύπτουν από την μετονομασία των Περιφερειακών Ιατρείων των ΚΥ και των Αγροτικών Ιατρείων του Ν. 1397/1983 καθώς και τα ήδη υπάρχοντα Κέντρα Υγείας τα οποία λειτουργούν είτε υπό το καθεστώς ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ.¹¹

2.3. Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

Η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών πραγματοποιείται μέσα από τις εξής δομές:

- 1) Τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του ΕΣΥ που περιλαμβάνουν: τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (ΕΙ) - πρωινά και απογευματινά, τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία (ΠΙ).
- 2) Τις δομές της κοινωνικής ασφάλισης που αποτελούνται από: το δίκτυο των μονάδων υγείας του ΙΚΑ, και τα λίγα πολυϊατρεία άλλων ασφαλιστικών οργανισμών, και τους συμβεβλημένους με τα ταμεία ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια.
- 3) Τον ευρύτερο δημόσιο τομέα που περιλαμβάνει: τις στρατιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τις μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (δημοτικά ιατρεία), άλλες

υπηρεσίες πρόνοιας (ΚΑΠΗ), τις μη κυβερνητικές-μη κερδοσκοπικές οργανώσεις μέσω των πολυϊατρείων τους.

- 4) Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει: ιδιώτες ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών, κέντρα αποκατάστασης και ορισμένες άλλες εξειδικευμένες μονάδες.

Στις αγροτικές περιοχές της χώρας, στις οποίες κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ταμεία. Στις αστικές περιοχές, στις οποίες κατοικεί το 70% περίπου του πληθυσμού η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ταμεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

3.1. Κέντρα υγείας - Περιφερειακά ιατρεία

Στην Ελλάδα με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία αποτελούν τη νέα μορφή του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Κάθε κέντρο υγείας έχει συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης, η οποία ορίζεται με γνώμονα την ισότιμη και καλύτερη εξυπηρέτηση του πληθυσμού που εξυπηρετεί. Για τον αριθμό των κέντρων υγείας, την έδρα τους, τη στελέχωση και των τρόπων λειτουργίας τους λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο πληθυσμιακοί και δημογραφικοί παράγοντες αλλά και η οικονομία και γεωγραφία των περιοχών, η κοινωνική υποδομή και πολεοδομική συγκρότηση όπως και οι πολιτισμικοί παράγοντες των περιοχών.¹²

Το κέντρο υγείας παρέχει τις υπηρεσίες του σε τακτική πενήντημερη οκτάωρη λειτουργία, ευρισκόμενο επίσης σε 24ωρη ετοιμότητα για τις υπόλοιπες μέρες και ώρες.

Κάθε κέντρο υγείας διαθέτει ένα δίκτυο περιφερειακών ιατρείων τα οποία διακρίνονται σε δυο επίπεδα λειτουργίας: α) στα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν καθημερινά σε τακτικό ωράριο και βρίσκονται σε εφημερία ετοιμότητας σε 24ωρη βάση και β) στα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες. Η έδρα του περιφερειακού ιατρείου μπορεί να είναι σε πόλη, κωμόπολη ή χωριό. Πληθυσμοί απομακρυσμένων περιοχών με δύσκολες συγκοινωνιακές ή γεωφυσικές συνθήκες εξυπηρετούνται από τα περιφερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας τα οποία δεν εξυπηρετούν μόνο τον πληθυσμό της περιοχής τους αλλά και πληθυσμούς γειτονικών περιοχών.

Ο αρχικός σχεδιασμός των Κέντρων Υγείας καθόρισε τις περιοχές ευθύνης τους, ώστε κάθε ένα από αυτά να καλύπτει ένα πληθυσμό που, ανάλογα με τις ιδιομορφίες της περιοχής, να κυμαίνεται από 2.500 έως 35.000 κατοίκους.

Το πλαίσιο στελέχωσης των Κέντρων Υγείας διέπεται από την αρχή ότι αυτά θα πρέπει να έχουν πολυδύναμο χαρακτήρα και να διαθέτουν το αναγκαίο προσωπικό για να λειτουργούν ως αυτοδύναμες μονάδες που θα καλύπτουν πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού¹⁰.

Οι στόχοι του Κέντρου Υγείας στα πλαίσια της σύγχρονης αντίληψης περί πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παρέχει υπηρεσίες που προσανατολίζονται στην προστασία και προαγωγή της υγείας, εξασφαλίζοντας ειδικότερα πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη (διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση στις περιπτώσεις όπου δεν είναι απαραίτητη η χρήση των ειδικών ιατροτεχνικών μέσων του νοσοκομείου), ιατρικές προληπτικές υπηρεσίες που απευθύνονται στον πληθυσμό ευθύνης του, (πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη), κοινωνική φροντίδα όπως υποστήριξη ατόμων και ομάδων, με κοινωνικοοικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα,

ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής και κοινωνικής υγείας, την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του σε κάθε στάδιο της νόσου και αποθεραπείας του, της αποκατάστασης και αναπροσαρμογής του στο κοινωνικό περιβάλλον.

Η διοικητική διάρθρωση του προσωπικού των Κέντρων Υγείας περιλαμβάνει (α) την ιατρική υπηρεσία, (β) τη νοσηλευτική υπηρεσία, (γ) τη διοικητική υπηρεσία και (δ) τα τμήματα συναφών επαγγελματιών υγείας, όπως κοινωνικής προστασίας, φυσιοθεραπευτών, ιατρικών εργαστηρίων κ.ά., τα οποία εντάσσονται είτε στη νοσηλευτική, είτε στη διοικητική υπηρεσία. Στη νοσηλευτική υπηρεσία υπάγονται πλην των νοσοκόμων και οι επισκέπτες υγείας, οι μαιευτές και οι τραυματιοφορείς, ενώ στη διοικητική υπηρεσία υπάγονται το διοικητικό, το τεχνικό και το τμήμα επιστάσις (θυρωροί, καθαριστές, οδηγοί κ.λπ.)¹⁰

Οι υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν οι πολίτες στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία είναι δωρεάν και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πρόσβαση σε αυτές έχουν όλοι οι πολίτες, ακόμη και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών.¹³ Οι ιατροί των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών ιατρείων είναι δημόσιοι υπάλληλοι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που αμείβονται με μισθό.

3.2 Κοινωνική Περιθαλψη

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από 36 φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθένειας.

Ποικίλλει τόσο ως προς τον τρόπο παροχής, όσο και προς το είδος των παροχών, ανάλογα με τις διατάξεις που ισχύουν για κάθε κλάδο ή φορέα. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να λάβουν οι ασφαλισμένοι όλων των φορέων από το ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων), τα δημοτικά ιατρεία και άλλους φορείς.¹⁵

Σύμφωνα με μελέτη που εκπονήθηκε το 2001 για λογαριασμό του υπουργείου Υγείας και που αφορά τους δικαιούχους περίθαλψης για τους πέντε μεγαλύτερους ασφαλιστικούς φορείς και κλάδους υγείας ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ (πρώην ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ) και ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ- οι δικαιούχοι περίθαλψης ανέρχονται σε 10.594.000 άτομα.¹³

3.3. Τοπική αυτοδιοίκηση

Η τοπική αυτοδιοίκηση λαμβάνει ενεργό ρόλο στην παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Σε κάποιους δήμους λειτουργούν δημοτικά ιατρεία που διαθέτουν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες και παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, έχουν ξεκινήσει σε όλη τη χώρα υπό την αιγίδα των δήμων 791 προγράμματα «Βοήθειας στο Σπίτι», τα οποία είναι πλαισιωμένα από ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και οικιακούς βοηθούς και τα οποία απευθύνονται σε άτομα που χρήζουν κατ' οίκον νοσηλεία και συνδρομή στην

οργάνωση του νοικοκυριού τους. Επιπλέον, από αρκετούς δήμους εκπονούνται προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας.

Στη χώρα μας λειτουργούν επίσης 663 ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοιχτής Περιθαλψης Ηλικιωμένων) που προσφέρουν στους ηλικιωμένους στήριξη, ψυχαγωγία και πρωτοβάθμια περίθαλψη. (μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σακχάρου αίματος, αγωγή υγείας σε θέματα διατροφής, πρόληψης ατυχημάτων κ.λπ., φυσιοθεραπείες, εργοθεραπείες κ.ά.¹³

Οι μη κυβερνητικές - μη κερδοσκοπικές οργανώσεις μέσω των πολυϊατρείων τους εξυπηρετούν κυρίως πρόσφυγες και μετανάστες και χρηματοδοτούνται κυρίως από δωρεές και χορηγίες.

3.4 Ιδιωτικός τομέας

Οι ιδιωτικός τομέας πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι ιδιώτες ιατροί, οι στρατιωτικοί ιατροί, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών θεραπευτηρίων και άλλες μονάδες υγείας, όπως φυσικοθεραπευτήρια, λογοθεραπευτήρια, κ.λπ.

Στον ιδιωτικό τομέα δραστηριοποιούνται και παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες 25.000 ιδιώτες ιατροί, 12.000 οδοντίατροι, επίσης περισσότερα από 400 διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, η πλειοψηφία των οποίων είναι εξοπλισμένα με τεχνολογία αιχμής.¹³

Με βάση τα στοιχεία του 2001, κάθε χρόνο πραγματοποιούνται 25-27 εκατομμύρια επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς, που αντιστοιχούν στο 30% των συνολικών ιατρικών επισκέψεων.¹⁵

Η άσκηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τους ιδιώτες ιατρούς στην Ελλάδα δεν φαίνεται να διαδραματίζει ρόλο «θυρωρού» (gatekeeper) για νοσοκομειακές υπηρεσίες, ούτε να περιορίζει τις παραπομπές για διαγνωστικές ή άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες. Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα, υπάρχει το φαινόμενο της αμοιβής ιατρών με ποσοστά για παραπομπές ή συνταγογραφήσεις φαρμάκων.¹⁴

Η αγορά ιδιωτικών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας χρηματοδοτείται κύρια από τις άμεσες πληρωμές των χρηστών και δευτερευόντως από την ιδιωτική ασφάλιση. Η πληρωμή των συμβεβλημένων ιατρών και διαγνωστικών κέντρων από τα ασφαλιστικά ταμεία γίνεται κατά πράξη, με βάση προκαθορισμένες τιμές. Τη διαφορά μεταξύ κρατικού τιμολογίου και πραγματικής τιμής καλείται συχνά να καταβάλει ο ασφαλισμένος. Η πληρωμή των μη συμβεβλημένων ιατρών και διαγνωστικών κέντρων γίνεται απευθείας από τον ασφαλισμένο σε τιμές που καθορίζονται ελεύθερα. Ο ασφαλισμένος μπορεί να διεκδικήσει εκ των υστέρων τη δαπάνη από τον ασφαλιστικό του οργανισμό. Ένα μεγάλο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για πρωτοβάθμια περίθαλψη προκύπτει από πρόσθετες - άτυπες πληρωμές των ασφαλισμένων, οι οποίες δημιουργούν μια υψηλή παραοικονομία στον τομέα της υγείας που επιβαρύνει σημαντικά τα ατομικά εισοδήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ζήτηση υπηρεσιών υγείας

4.1. Ορισμός

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, δεν εκφράζει την ανάγκη ή την επιθυμία για κατανάλωση υπηρεσιών φροντίδας υγείας αλλά την αναζήτηση αυτών των φροντίδων. Η ζήτηση προσδιορίζεται από αντικειμενικά εκτιμώμενες ανάγκες αλλά εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων, όπως το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, η ασφαλιστική κάλυψη, ο τόπος κατοικίας η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, το προσδόκιμο επιβίωσης, και η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας.⁶

Η δυνατότητα που έχουν οι επαγγελματίες υγείας ή οι διοικητικοί παράγοντες, καθορίζοντας ορισμένες υποχρεωτικές διαδικασίες, να προκαλούν αύξηση των ζητούμενων ως αναγκαίων υπηρεσιών υγείας ονομάζεται “προκλητή ζήτηση”.¹⁵

Το φαινόμενο αυτό αναπτύσσεται συνήθως σε αμιγώς κρατικά εθνικά συστήματα δηλαδή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και έχει ως αποτέλεσμα, να εμφανίζονται μειωμένα κίνητρα για μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη πληρωμών για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει τη ζήτηση ενώ τις περισσότερες φορές αποτρέπει τη σωστή χρήση τους.

Οι κυριότερες μεταβλητές οι οποίες επηρεάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι ο χρόνος πρόσβασης και η χωροταξική θέση των χώρων κατανάλωσης. Η χωροταξική κατανομή και η θέση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς και ο χρόνος αναμονής στις μονάδες προκειμένου να παράγουν τις υπηρεσίες αυτές, είναι παράγοντες που σε αναλύσεις για την προσφορά και τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.¹⁶

4.2. Προσδιοριστικοί Παράγοντες Ζήτησης των Υπηρεσιών Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, επιθυμεί να πετύχει τη μείωση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, αφού οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που ευθύνονται για τη διαφοροποιημένη κατανομή των υγειονομικών δεικτών και αποτελεσμάτων μεταξύ διαφορετικών στρωμάτων εντός ενός κοινωνικού σχηματισμού, είναι οι ίδιοι που πολλές φορές εμφανίζονται να καθορίζουν τις ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση των κατάλληλων φροντίδων υγείας, ακόμη και σε υγειονομικά συστήματα που εξασφαλίζουν την πλήρη κάλυψη και προστασία.¹⁷

Το γεγονός ότι η μεταβαλλόμενη δημογραφία συνδέεται με την αύξηση των αναγκών για υπηρεσίες υγείας και τις επακόλουθες επιπτώσεις που επιφέρει στην κατανομή των πόρων, έχει απασχολήσει εκτενώς τη διεθνή βιβλιογραφία, επικρατώντας η άποψη ότι η υγεία ενός ατόμου ή μιας κοινωνικής ομάδας δεν επηρεάζεται μόνο από το υγειονομικό σύστημα, αλλά υπάρχουν και άλλοι παράγοντες εκτός υγειονομικού συστήματος, όπως η διατροφή, η θέρμανση, η

κατοικία, το εργασιακό περιβάλλον κ.λπ., οι οποίοι ασκούν ουσιαστική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού.¹⁸

Μάλιστα έχει επισημανθεί από πολλούς ερευνητές ότι οι νέες πολύπλοκες θεραπευτικές και διαγνωστικές τεχνικές που αναπτύσσονται στον τομέα της υγείας είναι πολλές φορές λιγότερο αποτελεσματικές από τις απλές πατροπαράδοτες μεθόδους που υπήρξαν για πολλά χρόνια.¹⁹

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας αφορούν:

(α) αυτοαναφερόμενη υγεία και επιδημιολογικοί παράγοντες, (β) δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία κ.λπ.), (γ) κοινωνικοί παράγοντες (μορφωτικό επίπεδο, απασχόληση κ.λπ.), (δ) οικονομικοί παράγοντες (επίπεδο ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος, ασφαλιστική κάλυψη κ.λπ.), (ε) παράγοντες που σχετίζονται με δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.²⁰

Επιπλέον η ζήτηση επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες όπως η τιμή των υπηρεσιών υγείας, διάφορα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του νοικοκυριού, η αγορά ασφάλειας υγείας, η αντίληψη του ατόμου για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα.²¹

Η εκτίμηση παραγόντων συνεπώς, όπως η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, η εργασιακή απασχόληση, η επαγγελματική τάξη και τα κοινωνικά δίκτυα στήριξης, βρίσκεται στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος.²²

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η οποιαδήποτε προσέγγιση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν βιολογικούς παράγοντες, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες και υποχρεωτικά το φύλο.

Διάφορες μελέτες οι οποίες ασχολούνται με το επίπεδο υγείας και τη νοσηρότητα του πληθυσμού, αναδεικνύουν πολλές φορές το επίπεδο υγείας ως τον σημαντικότερο προσδιοριστικό παράγοντα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας.²³

Το επίπεδο υγείας όπως το αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο βασίζεται μεν στην πραγματική κατάσταση της υγείας του, δεν συμπίπτει όμως απαραίτητα με αυτήν. Είναι γνωστό ότι ο ορισμός της υγείας αλλά και οι απαιτήσεις σχετικά με το επίπεδο υγείας, διαφέρουν από άτομο σε άτομο, ανάλογα με την ταυτότητα και την κουλτούρα του ατόμου, τα πολιτιστικά στοιχεία, την κατοχή ειδικών γνώσεων και πληροφοριών και άλλα γενικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να διαμορφώσουν τις αντιλήψεις του ατόμου.²⁴

Η έννοια της αυτοαξιολόγησης συμβάλλει στην προσπάθεια προσδιορισμού του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, καθώς θεωρείται σημαντικός δείκτης, ειδικά όταν μπορεί να αναδεικνύει χαρακτηριστικά αλλά και νοσήματα τα οποία δεν έχουν ακόμα εντοπιστεί με ιατρικές εξετάσεις²⁵.

Άρα, τα αποτελέσματα της αυτοαξιολόγησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε επιδημιολογικές έρευνες, κλινικές μελέτες, αλλά και μελέτες που εξετάζουν την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας η οποία εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο υγείας. Σκοπός είναι η συμβολή στη διαμόρφωση πολιτικών πρόληψης καταστάσεων νοσηρότητας αλλά και διερεύνηση της συμπεριφοράς του χρήστη στον τομέα υγείας. Το μορφωτικό επίπεδο αυξάνει την τάση των ατόμων για ζήτηση υπηρεσιών υγείας διότι γνωρίζει καλύτερα τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης διαφόρων νοσημάτων, αποκτά γνώσεις σε σχέση με το πρόβλημα υγείας του καθώς και τη μέθοδο θεραπείας.

Τα άτομα με τα περισσότερα έτη εκπαίδευσης παρακολουθούν ενημερωτικές

εκπομπές, διαβάζουν άρθρα και μελέτες, και ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγεία και την ποιότητα της ζωής τους και είναι πιο ισχυροί καταναλωτές ιατρικής και οδοντιατρικής περίθαλψης (ειδικές ιατρικές υπηρεσίες).

Η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου είναι πολύ σημαντική αν δεν είναι κυρίαρχη στην κατανάλωση της ιατρικής και της νοσοκομειακής περίθαλψης.²⁶

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται ότι επηρεάζει την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας ενώ πολλές μελέτες επισημαίνουν το γεγονός ότι οι διαφοροποιήσεις στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στη σύνθετη λήψη αποφάσεων με κλινικά και μη κλινικά κριτήρια, με βάση κοινωνικά κριτήρια, με βάση το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον και τις συνθήκες διαβίωσης.²⁶

Παράγοντες όπως η αύξηση της ασφαλιστικής κάλυψης, η οποία τις περισσότερες φορές είναι συνδεδεμένη άμεσα με το ύψος του εισοδήματος, μειώνουν την οικονομική υποχρέωση του καταναλωτή απέναντι στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Άρα, η μείωση των δαπανών των ασφαλισμένων σαν αποτέλεσμα της αύξησης της ασφαλιστικής κάλυψης μειώνει την εξάρτηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας από το εισόδημα, με αποτέλεσμα την αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας πέρα από το επίπεδο το οποίο είναι αναγκαίο.

Υπάρχουν επίσης αρκετά στοιχεία τα οποία δείχνουν την αυξημένη τάση για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας στην περίπτωση της αυξημένης ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Στην περίπτωση κατά την οποία το μεγαλύτερο μέρος του κόστους καλύπτεται από τον ασφαλιστικό οργανισμό, οι ιατροί προτείνουν περισσότερες υπηρεσίες και κατ'επέκταση οι καταναλωτές ζητούν περισσότερες υπηρεσίες.

4.3. «Προκλητή Ζήτηση»

Η θεωρία της ζήτησης υπηρεσιών υγείας υποθέτει ότι ο καταναλωτής είναι το άτομο το οποίο καταναλώνει υπηρεσίες υγείας. Όμως, η παροχή των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από το αδιαμφισβήτητο γεγονός της ισχύος που κατέχουν οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι ιατροί με σοβαρές επιπτώσεις στην «αγορά» της υγείας.

Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι η ζήτηση που δεν αντιστοιχεί σε υπαρκτές ανάγκες υγείας, αλλά προκαλείται από άλλους παράγοντες. Ο πιο σημαντικός από τους παράγοντες αυτούς είναι ο ίδιος ο γιατρός, που προκαλεί αύξηση της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, με σκοπό την άμεση ή έμμεση αύξηση των αποδοχών του.

Έτσι γίνεται αναγκαία η εξέταση του ρόλου των ιατρών και προέρχεται από το γεγονός της ποσότητας και της ποιότητας πληροφορίας που κατέχουν οι καταναλωτές (ασθενείς) και οι προμηθευτές των ιατρικών υπηρεσιών.¹⁶

Είναι κατανοητό ότι υπάρχει πολύ μεγάλη διαφορά στην ποσότητα και την ποιότητα της πληροφόρησης που κατέχουν οι χρήστες υπηρεσιών υγείας και οι επαγγελματίες υγείας. Η διαφορά αυτή μειώνεται λόγω αυξημένου μορφωτικού επιπέδου ή λόγω του είδους της εργασιακής απασχόλησης των ατόμων.

Αντίθετα στην περίπτωση της παροχής υγείας μόνο οι ιατροί, είναι εκείνοι οι οποίοι παίρνουν αποφάσεις όσον αφορά την προσφορά αλλά και τη ζήτηση. Λόγω της εξειδικευμένης γνώσης, είναι λογικό ότι οι ιατροί χειρίζονται ευκολότερα την

πληροφορία για τις διάφορες εναλλακτικές μορφές θεραπείας και τα αποτελέσματά τους απ'ότι οι ασθενείς.¹⁶

Επομένως η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας είναι μη κανονική και απρόβλεπτη, και η αβεβαιότητα όσον αφορά την ποιότητα αυτών των υπηρεσιών είναι περισσότερο επικρατέστερη στην αγορά υγείας απ'ότι σε άλλες αγορές.²⁷

Έτσι μειώνεται η δυνατότητα του καταναλωτή να μπορεί να εκτιμά εναλλακτικές μορφές θεραπείας, με αποτέλεσμα οι αποφάσεις του καταναλωτή να βασίζονται σε μη επαρκείς μορφές πληροφόρησης. Άρα, οι ιατροί παρά οι ασθενείς είναι εκείνοι οι οποίοι καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.²⁸ Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται Φαινόμενο της Προκλητής Ζήτησης.

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές. Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν διαπιστώσει θετική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των γιατρών και την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών, γεγονός που επιβεβαιώνει την προκλητή ζήτηση. Έχει υπολογιστεί ότι αύξηση των γιατρών κατά 10% επιφέρει αύξηση της κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών κατά 1% (στην περίπτωση των χειρουργών, η αύξηση των εγχειρήσεων είναι 3%).

Πάντως, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει στις περιπτώσεις αυτές προκλητή ζήτηση, και ότι η αύξηση της κατανάλωσης μπορεί να οφείλεται σε άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των γιατρών, όπως είναι η αύξηση της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας, η μείωση του χρόνου αναμονής, η μείωση του κόστους μεταφοράς, κ.ά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Ανάγκη και ζήτηση για υπηρεσίες υγείας

5.1. Εκτίμηση της Ανάγκης Υγείας

«Ανάγκη υγείας» χαρακτηρίζονται όλες εκείνες οι καταστάσεις που αφορούν το επίπεδο υγείας ενός ατόμου και έχουν μεγάλη πιθανότητα να εκδηλώσουν ζήτηση υπηρεσιών δηλαδή η διαφορά μεταξύ υφιστάμενων και ιδεωδών επιπέδων της υγείας.

Οι ανάγκες υγείας διακρίνονται και περιγράφονται ως :

(α) τη διαπιστωμένη ανάγκη, (β) την συνειδητή, (γ) την εκφραζόμενη, (δ) τη συγκριτική ανάγκη.²⁹

Διαπιστωμένη είναι η ανάγκη, που την ορίζει ο επαγγελματίας υγείας ανάλογα με την κατάσταση που εξετάζει, και δύναται να μεταβάλλεται λόγω της εξέλιξης της γνώσης ή κοινωνικών αλλαγών.

Συνειδητή ανάγκη είναι αυτή που αντιλαμβάνεται το άτομο ή το οικείο περιβάλλον του.

Εκφραζόμενη, είναι η συνειδητή ανάγκη όταν μετατρέπεται σε ζήτηση.

Συγκριτική είναι αυτή που προκύπτει όταν οι ανάγκες ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που χρησιμοποιεί συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας αντιστοιχισθούν σε έναν πληθυσμό με αντίστοιχα χαρακτηριστικά.³⁰

Η διάκριση σε “συνειδητές” και “μη συνειδητές” ανάγκες έχουν χρηστική σημασία λόγω του ότι η ζήτηση υπηρεσιών υγείας εκδηλώνεται από τις “συνειδητές” ιατρικές ανάγκες αν και άτομα με “συνειδητές” ιατρικές ανάγκες δεν προσφεύγουν πάντα στις υπηρεσίες υγείας και η ζήτηση δεν σημαίνει πάντα την ύπαρξη αναγκών αλλά μπορεί να προέρχεται από κοινωνικά κίνητρα, διαφήμιση ή νευρωσικές διαταραχές.⁷

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν τις ιατρικές ανάγκες μπορεί να είναι επιδημιολογικοί, περιβαλλοντικοί, οικονομικοί και κοινωνιολογικοί.⁶

Σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας το “ισοδύναμο της ανάγκης” εκφράζεται από τους απαιτούμενους πόρους για να προσφερθούν οι υπηρεσίες ώστε να ικανοποιούν αυτή την ανάγκη.³⁰

5.2. Η Σχέση μεταξύ Ανάγκης και Ζήτησης για Υπηρεσίες Υγείας

Οποιοσδήποτε άνθρωπος επιθυμεί και διεκδικεί υποκειμενικά και αντικειμενικά ένα καλύτερο επίπεδο υγείας. Για την εξασφάλιση αυτής της ανάγκης τις περισσότερες φορές χρειάζεται να προσφύγουμε σε υγειονομικές υπηρεσίες, όμως καταλήγοντας σε αυτές δεν είναι απαραίτητο ο παροχός υγείας (συνήθως ο ιατρός) να συμφωνεί με τις προσωπικές μας εκτιμήσεις οι επιθυμίες για το επίπεδο της υγείας μας, διότι μπορεί να θεωρήσει άστοχες τις προσδοκίες ή απαιτήσεις μας σε σχέση με το επίπεδο υγείας. Μπορεί όμως να θεωρήσει ότι υπάρχουν συμπτώματα-σημεία ασθένειας που χρήζουν θεραπευτικής αγωγής αλλά δεν έχουν υποπέσει στην αντίληψη του χρήστη.

Επομένως η αιτία για την οποιαδήποτε μορφή ζήτησης υπηρεσιών υγείας είναι η επιθυμία του ατόμου για καλύτερη υγεία και είθισται μόνο εφόσον αυτή κριθεί απαραίτητη από τον παροχό υγείας να μετατρέπεται σε ανάγκη.

Υπάρχουν μορφές αναγκών που είναι **ανεξάρτητες** από τις επιθυμίες και τη ζήτηση, και που μόνο οι γιατροί και οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας μπορούν να τις καθορίσουν. Επομένως η ανάγκη μπορεί να είναι, Ζητούμενη και Επιθυμητή, Μη Ζητούμενη και Επιθυμητή, Μη Ζητούμενη και Μη Επιθυμητή²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Χρήση υπηρεσιών υγείας

6.1. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών Υγείας

Η ικανοποίηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας καθορίζει τη χρήση αλλά και τη παροχή αυτών των υπηρεσιών.

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από τρία είδη παραγόντων (μεταβλητές) που δημιουργούν διαφορές στην πρωταρχική επαφή με τις υπηρεσίες υγείας αλλά και στο μέγεθος της χρήσης από αυτούς που επιτυγχάνουν πρόσβαση.³¹

Στην πρώτη κατηγορία παραγόντων ανήκουν η ηλικία, το φύλο, η αυτοαναφερόμενη υγεία και η στάση του χρήστη προς τους γιατρούς των φορέων υγείας.

Στην δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται οι μεταβλητές του εισοδήματος, της ασφαλιστικής κάλυψης καθώς και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.

Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν οι μεταβλητές που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας. Επιπλέον με βάση το «υπόδειγμα αντιλήψεων για την υγεία» η μελέτη της χρήσης των υπηρεσιών υγείας επιβάλλει και άλλα χαρακτηριστικά, όπως η προσωπικότητα, η κοινωνική τάξη, η γνώση για την ασθένεια και η προηγούμενη επαφή με αυτή.³²

Με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά οι παράγοντες λοιπόν που συντελούν σημαντικά στη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι: α) δημογραφικοί, β) κοινωνικοοικονομικοί, γ) επιδημιολογικοί δ) παράγοντες δομής του υγειονομικού συστήματος.³³

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στα ατομικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο και η ηλικία. Η δημογραφική γήρανση συνδέεται με αυξημένες ανάγκες υγείας και επομένως με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας κυρίως λόγω της ύπαρξης χρόνιων νοσημάτων.³⁴

Στην χώρα μας οι παράγοντες που συντελούν στην ύπαρξη διαφοροποιήσεων και ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι κυρίως το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο, ενώ αρκετά σημαντική θεωρείται και η επίδραση της λειτουργικής δομής του συστήματος υγείας καθώς και του ασφαλιστικού. Επιπλέον το κόστος μετακίνησης στους φορείς υπηρεσιών υγείας, επηρεάζει τους χρήστες με περιορισμένο εισόδημα, ενώ η έλλειψη της σωστής και έγκυρης επιστημονικής πληροφόρησης, τα άτομα με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, κυρίως λόγω της λανθασμένης εκτίμησης της κατάστασης υγείας τους.

6.2. Υποδείγματα θεωριών ως προς τη χρήση των υπηρεσιών Υγείας

Διάφορες θεωρίες υποδειγμάτων έχουν αναπτυχθεί και καταγραφεί για να ερμηνεύσουν τις διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Τα υποδείγματα αυτά είναι τα εξής:

1. Δημογραφικά, 2. Κοινωνικής Δομής, 3. Κοινωνικής Ψυχολογίας, 4. Οικονομικής προσέγγισης, 5. Συστημικά.²⁶

Στα δημογραφικά υποδείγματα δίνεται έμφαση σε παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η δομή της οικογένειας κ.ά. Η ανάλυση των παραμέτρων αυτών μόνο δεν επαρκούν στην ερμηνεία των διαφοροποιήσεων στην χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Τα υποδείγματα της κοινωνικής δομής δίνουν έμφαση στο μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, την εθνικότητα και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα περιγράφουν τις συνήθειες και τις διάφορες έξεις ενός ατόμου, και προβλέπουν τη χρήση συγκεκριμένων τύπων υπηρεσιών υγείας.

Τα υποδείγματα οικονομικής προσέγγισης επικεντρώνονται στους παράγοντες που επιδρούν στη ζήτηση αλλά και την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη ζήτηση αφορούν κυρίως την ύπαρξη και το επίπεδο ασφαλιστικής κάλυψης και το ύψος του ατομικού εισοδήματος ή των μελών της οικογένειας.

Οι παράγοντες της χρήσης αναφέρονται στον αριθμό των νοσοκομείων και των ιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό μιας κοινότητας. Το συγκεκριμένο υπόδειγμα βασίζεται στην θεωρία ότι το ύψος του όγκου των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνεται από τον χρήστη καθορίζεται από την αλληλεπίδραση των παραγόντων της προσφοράς και της ζήτησης.

Σημειωτέο, το υπόδειγμα της οικονομικής προσέγγισης θεωρεί ότι στην αγορά των υπηρεσιών υγείας δεν ισχύουν οι νόμοι της ελεύθερης ανταγωνιστικότητας παροχής αγαθών και υπηρεσιών αλλά κυριαρχεί αποκλειστικά η ιατρική αυτοβουλία που εξαιτίας της δυναμικής και κυρίαρχης θέσης του στον εκάστοτε φορέα υγείας είναι αυτός που αποφασίζει (decision maker) για τη χρήση, αλλά πολλές φορές και για τον σχεδιασμό των υγειονομικών υπηρεσιών.

Ως κύρια αιτία είναι η ελλιπής πληροφόρηση του χρήστη σε θέματα υγείας που τον καθιστά παθητικό δέκτη των ιατρικών αποφάσεων, με αποτέλεσμα στην αγορά των υπηρεσιών υγείας η ζήτηση να προέρχεται από τον καταναλωτή αλλά πιθανόν να προκαλείται και από τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας.

Επομένως ο χρήστης δεν είναι γνώστης και συνήθως δεν γνωρίζει ακριβώς τις πτυχές των υπηρεσιών υγείας που του προσφέρεται (διαγνωστικές εξετάσεις, είδος θεραπευτικής αγωγής κ.α.), άρα είναι περιορισμένη η ικανότητα της κρίσης του ως προς την καταλληλότητα και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Τα υποδείγματα της κοινωνικής ψυχολογίας αναδεικνύουν τις επιδράσεις των αξιών, των κοινωνικών κανόνων και στάσεων, του νομικού πλαισίου και της υποκειμενικής πνευματικής καλλιέργειας στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αναπτύχθηκαν για την ερμηνεία των στάσεων απέναντι στην υγεία και την ασθένεια, όπως και για να ερμηνεύσουν τη συμπεριφορά και τη συμμόρφωση των ασθενών- χρηστών με τις ιατρικές οδηγίες. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα υποδείγματος κοινωνικής ψυχολογίας περιγράφηκε από τον Rosenstock ως υπόδειγμα των πεποιθήσεων για την υγεία (Health Belief Model-HBM). Υποστηρίζει ότι την απόφαση για τη ζήτηση προληπτικών ιατρικών φροντίδων και γενικότερα υπηρεσιών υγείας διαμορφώνουν: (α) η αντίληψη της ευπάθειας ή της απειλής από μια ασθένεια, (β) αντίληψη της σοβαρότητας της ασθένειας, (γ) τα αναμενόμενα οφέλη από τη ζήτηση, (δ) τα κίνητρα για ανάληψη δράσης όπως οι συμβουλές είτε ιατρικές ή από το κοινωνικό περιβάλλον του (οικογένεια, φιλικά πρόσωπα, τα μέσα

μαζικής ενημέρωσης).³²

Τα υποδείγματα Συστημικής Προσέγγισης υποστηρίζουν ότι όλες οι ανωτέρω μεταβλητές που περιγράφηκαν από τα προαναφερόμενα υποδείγματα πρέπει να διερευνηθούν και να αξιολογηθούν για να ερμηνευθούν οι διαφοροποιήσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Σήμερα η συγκεκριμένη προσέγγιση αυτή θεωρείται ως ακριβέστερη αφού μελετά ένα σύνθετο σύμπλεγμα παραγόντων που διαμορφώνουν το επίπεδο χρήσης των υπηρεσιών υγείας.²⁶

6.3. Δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας

Η χρήση υπηρεσιών υγείας εκφράζεται ως το ποσοστό ατόμων σε ανάγκη για κάποια συγκεκριμένη υπηρεσία, που τελικά λαμβάνουν σε κάποια χρονική περίοδο .³⁵

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τους δείκτες ως «μεγέθη που μετρούν μεταβολές».

Η κατασκευή υποδειγμάτων έχει ως σκοπό αφενός την πρόβλεψη και αφετέρου τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

Ιδιότητες των δεικτών είναι η εγκυρότητα η αμεροληψία και η ευαισθησία .

Για την πρωτοβάθμια περίθαλψη η χρήση αυτών εκφράζεται, μέσω δεικτών επισκέψεων σε γενικούς γιατρούς ή άλλους φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, βάση την συχνότητα συνταγογράφησης και βάση της ηλικίας και του φύλου.³⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Ο Γενικός Ιατρός

7.1. Προσωπικός και Οικογενειακός Ιατρός

Ο οικογενειακός γιατρός δύναται να δράσει ως ο διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη - ασθενή και τις υγειονομικές υπηρεσίες και μπορεί να αναδειχθεί σε ηγέτη και ρυθμιστή του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και να οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους».^{37,38,39}

Ο οικογενειακός ιατρός πρέπει να λειτουργεί σαν πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας (Gatekeeper) και να απορροφά έτσι, την περιττή και αναίτια, ζήτηση δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας η οποία αυξάνει τις υγειονομικές δαπάνες, και δημιουργεί συνωστισμό χρηστών-ασθενών στο υγειονομικό σύστημα.⁶ Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός των Οικογενειακών Ιατρών (WONCA) ο οικογενειακός ή γενικός ιατρός είναι ειδικευμένος ιατρός ο οποίος είναι ο κατεξοχήν υπεύθυνος για την παροχή συνεχούς φροντίδας σε κάθε άτομο που χρήζει ιατρικής βοήθειας ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία και ασθένεια. Επιπλέον είναι υπεύθυνος για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται είτε απευθείας, είτε μέσω των υφιστάμενων δομών σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών και τους διαθέσιμους πόρους.

Για να εξασφαλισθεί η ασφαλή και αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας οι οικογενειακοί γιατροί πρέπει να αναπτύξουν καταρχήν τις επιστημονικές ικανότητες τους, καθώς και να ενθουμούνται σε κάθε τους ενέργεια τον ανθρωποκεντρικό ρόλο που επωμίζονται μέσα στο σύστημα υγείας.

Το έργο τους είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς μπορούν να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών όπως, εκτίμηση παραγόντων κινδύνου, πρόγνωση, πρόληψη και προαγωγή της υγείας, θεραπευτική αγωγή, κοινωνική μέριμνα, ενεργό συμμετοχή στην αποκατάσταση και στην υποστήριξη των ασθενών σε όλα τα ηλικιακά στάδια αλλά και της ασθένειας, προγράμματα δημόσιας υγείας και οικογενειακού προγραμματισμού.

Ο γενικός γιατρός, ως ο μόνος εν ενεργεία κλινικός που εμπλέκεται με όλα τα στάδια της υγείας και της ασθένειας και αποτελεί σημαντικό φορέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.³⁸

7.2. Η Ειδικότητα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής

Οι ειδικευμένοι ιατροί Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής θεωρούνται προσωπικοί ιατροί του κάθε ασθενούς, κύρια υπεύθυνοι για την παροχή συνεχιζόμενης φροντίδας προς κάθε άτομο που την αναζητά ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και το είδος της ασθένειας. Περιθάλπουν «ειδικά» τα άτομα που απευθύνονται σε αυτούς, έχοντας γνώμονα το οικογενειακό περιβάλλον, την κοινότητα και την

κοινοσύνη τους, με ήθος και σεβασμό στις προσωπικές ιδιαιτερότητες των ασθενών τους και «γενικά» τα μέλη της κοινότητας της περιοχής ευθύνης που ασκεί τα καθήκοντά του. Στη διαπραγμάτευση των σχεδίων διαχείρισης με τους ασθενείς τους ενσωματώνουν σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και υπαρξιακούς παράγοντες, χρησιμοποιώντας τη γνώση και την εμπιστοσύνη που έχουν γεννηθεί μέσα από τις επανειλημμένες επαφές. Οι Γενικοί / Οικογενειακοί Ιατροί εξασκούν τον επαγγελματικό ρόλο τους προάγοντας την υγεία, προλαμβάνοντας τη νόσο και παρέχοντας θεραπεία, φροντίδα ή παρηγοριά. Αυτό επιτυγχάνεται είτε απευθείας είτε διαμέσου των υπηρεσιών άλλων σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας και τους διαθέσιμους -μέσα στην κοινότητα όπου υπηρετούν- πόρους, υποβοηθώντας τους ασθενείς, όπου χρειάζεται, στην αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών. Θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για την ανάπτυξη και την διατήρηση των ικανοτήτων τους, της προσωπικής τους ισορροπίας και των αξιών τα οποία θα αποτελέσουν τη βάση για αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα των ασθενών.

7.3. Οι Βασικές Δεξιότητες του Γενικού / Οικογενειακού Ιατρού

Τα κεντρικά χαρακτηριστικά τα οποία προσδιορίζουν τον επιστημονικό κλάδο είναι τα παρακάτω:

1. Διαχείριση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
2. Ανθρωποκεντρική Φροντίδα
3. Ειδικές Ικανότητες Επίλυσης Προβλημάτων
4. Σφαιρική Προσέγγιση
5. Προσανατολισμός προς την Κοινότητα
6. Ολιστικό Πρότυπο

Ο ειδικευμένος ιατρός γενικής ιατρικής εφαρμόζει αυτές τις δεξιότητες σε τρεις κατευθύνσεις: α. Κλινικά Καθήκοντα, β. Επικοινωνία με τους Ασθενείς, γ. Διαχείριση της Κλινικής Πράξης.

Η συσχέτιση των βασικών δεξιοτήτων, των κατευθύνσεων εφαρμογής και των θεμελιωδών γνωρισμάτων χαρακτηρίζει αυτό τον επιστημονικό κλάδο και υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της ειδικότητας.⁴⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Βιβλιογραφική ανασκόπηση εμπειρικών μελετών για τη ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώθηκε πως οι εμπειρικές μελέτες που διερεύνησαν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται σε αυτές που επιχειρούν ανάλυση του τομέα της υγείας και των διαχρονικών τάσεων που επικρατούν (π.χ. στις συνολικές δαπάνες υγείας),⁴¹ και σε εκείνες που αξιολογούν κυρίως τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων για να προσδιορίσουν τους παράγοντες που επιδρούν στη ζήτηση.

Όμως χαρακτηριστικό γνώρισμά τους είναι ότι χρησιμοποιούν υποδείγματα με κοινές μεταβλητές.

Ο Wedig το 1988 πραγματοποίησε διαστρωματική έρευνα σε δείγμα 5.322 ενηλίκων, με δεδομένα για το έτος 1980 από την Εθνική Έρευνα για τη Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας και τις Δαπάνες Υγείας στις Η.Π.Α.. Στα υποδείγματα που ανέπτυξε, χρησιμοποίησε τις μεταβλητές που ακολουθούν: φύλο, ηλικία, εθνικότητα, περιοχή διαμονής, τιμή των υπηρεσιών υγείας, ατομικό εισόδημα, εισόδημα του νοικοκυριού, επίπεδο υγείας, επίπεδο εκπαίδευσης, μέγεθος νοικοκυριού, οικογενειακή κατάσταση. Από την έρευνα προκύπτει ότι η ελαστικότητα ζήτησης ως προς την τιμή επηρεάζεται από την μεταβλητή του επιπέδου υγείας, δηλαδή όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο υγείας του χρήστη, τόσο υψηλότερη είναι η ζήτηση των υπηρεσιών ενώ μεταβολές στην τιμή δεν προκαλούν σημαντικές μεταβολές στη ζήτηση.⁴²

Η έρευνα HUNT διεξάχθηκε το 2006 στην περιοχή Nord-Trøndelag της Νορβηγίας, και αφορούσε την διερεύνηση του επιπέδου υγείας 7.919 κατοίκων ηλικίας άνω 20 ετών και μέσω ταχυδρομικού ερωτηματολογίου, που περιελάμβανε ερωτήσεις κοινωνικού και οικονομικού περιεχομένου, αυτοαναφερόμενης υγείας, νοσηρότητας, καθώς και ερωτήσεις σχετικές με τη ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Τα τελικά στοιχεία που συγκεντρώθηκαν και επεξεργάστηκαν εκπροσωπούσαν το 71% του συνόλου των κατοίκων 65-74 ετών. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει τις διαφορές των φύλων όσον αφορά τη ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας από ηλικιωμένους σε αγροτικές και αστικές, περιοχές της Νορβηγίας και της Φινλανδίας. Η μελέτη χρησιμοποιεί στοιχεία της Nord-Trøndelag μελέτη υγείας (1995-97) και της FINRISK Senior Survey (1997) και για τη στατιστική ανάλυση μέσω του χ^2 test και της λογιστικής παλινδρόμησης. Χρησιμοποιήθηκαν οι μεταβλητές της εθνικότητας, του φύλου, της ηλικίας, το επίπεδο της εκπαίδευσης και της οικογενειακής κατάστασης, η συχνότητα επίσκεψης σε φορείς υγείας, η αυτοαναφερόμενη υγεία καθώς και οι χρόνιες παθήσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Τα κυριότερα αποτελέσματα ήταν : Οι διαφορές των φύλων δεν συνδέθηκαν με αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας, το είδος της χρόνιας πάθησης, ή κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το γυναικείο φύλο κάνει μεγαλύτερη

χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τους άνδρες ανεξάρτητα με την υποκείμενη νοσηρότητα.

Στη Νορβηγία, οι ηλικιωμένες γυναίκες επισκέφτηκαν έναν ειδικό ή εισήχθησαν στο νοσοκομείο λιγότερο συχνά σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ στη Φινλανδία, οι ηλικιωμένες γυναίκες επισκέπτονται οποιοδήποτε γιατρό, γενικό ή ειδικό ελαφρώς πιο συχνά από τους άνδρες. Οι ηλικιωμένες γυναίκες στη Νορβηγία δήλωσαν χειρότερο επίπεδο υγείας από τους άνδρες, σε αντίθεση με τις ηλικιωμένες γυναίκες στις αγροτικές και αστικές περιοχές της Φινλανδίας, πιθανών λόγω χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου των Νορβηγίδων καθώς και της ευκολότερης πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες στην Φινλανδία.⁴³

Οι Redondo-Sendino *et al.* το 2006 στη χώρα της Ισπανίας θέλησαν να ερευνήσουν την πιθανότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας ξεχωριστά για τα δύο φύλα, προβαίνοντας έπειτα σε ορισμένες συγκρίσεις. Σε σχέση με τους άνδρες, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι ερευνητές εξετάζουν τους πιθανούς παράγοντες που προσδιορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας των δύο φύλων και πραγματοποιούν σύγκριση μεταξύ τους. Χρησιμοποιήθηκαν διαστρωματικά δεδομένα τα οποία αφορούν σε 3.030 άτομα, ηλικίας +60 ετών. Τα αποτελέσματα της μελέτης υπέδειξαν ότι οι προσδιοριστικοί παράγοντες που ερμηνεύουν τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας για το οικονομικά ισχυρό άτομο της οικογένειας η ηλικία, το επίπεδο υγείας, η ύπαρξη χρόνιας πάθησης, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή και εργασιακή κατάσταση, καθώς και ο δείκτης που αφορά τη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQL).

Υψηλότερο ποσοστό γυναικών σε σχέση με τους άνδρες, πραγματοποίησε επισκέψεις σε ιατρό και έκανε χρήση περισσότερων φαρμάκων σε μηνιαία βάση.

Οι παράγοντες που ερμηνεύουν την αυξημένη ζήτηση των γυναικών έναντι των ανδρών για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι η ύπαρξη χρόνιας πάθησης και ο δείκτης HRQL.⁴⁴

Όσον αφορά την Ελλάδα, σε μελέτη που πραγματοποίησαν οι Ματσαγγάνης και Μητράκος το 2000 γίνεται προσπάθεια διερεύνησης των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα με βάση τα στοιχεία της Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 1993/1994. Με τα στοιχεία αυτά διερευνάται η πιθανή επίπτωση μιας σειράς προσδιοριστικών παραγόντων και επιχειρείται η εκτίμηση της συμβολής του καθενός στην κατανομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Η έρευνα απέδειξε ότι η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι αρνητική συνάρτηση του αποθέματος υγείας των ατόμων, δηλαδή όσο χαμηλότερο το επίπεδο υγείας, τόσο υψηλότερη η ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Τα άτομα ζητούν υπηρεσίες υγείας όχι μόνο επειδή η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας τους προσφέρει ωφέλεια, αλλά επειδή επιθυμούν να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας τους, το οποίο έχει υποστεί μείωση.⁴⁵

Το 1991 στο κέντρο υγείας Σπηλίου Κρήτης η μελέτη που διεξήχθη από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης υπό του Α. Κούτη και Χ. Λιονή διερεύνησε βάσει ερωτηματολογίου τη ζήτηση και χρήση

υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε 202 άτομα που έκαναν την οποιαδήποτε χρήση υγείας για ορισμένο χρονικό διάστημα 10 εργασιακών ημερών. Τα κυριότερα αποτελέσματα της εν λόγω περιγραφικής μελέτης έδειξαν: τη συχνότερη χρήση υπηρεσιών υγείας από γυναίκες και άτομα τρίτης ηλικίας, την διαφορά αντιλήψεων ιατρού - ασθενή στο επίπεδο αναφερόμενης υγείας, η συνταγογράφηση ήταν η πρώτη αιτία προσέλευσης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κυριαρχούσαν στο νοσολογικό φάσμα των ατόμων του δείγματος ενώ τα ψυχικά νοσήματα σημείωσαν ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό καταγραφής και τέλος σε ότι αφορούσε την συνταγογραφία ο αριθμός συνταγών και αναγραφόμενων σκευασμάτων ήταν μικρότερος σε σχέση με αντίστοιχες μελέτες της βιβλιογραφίας.⁴⁶

Το 2006 πραγματοποιήθηκε η έρευνα HellasHealth I από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, με συνεντεύξεις σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού, συνολικά 1000 ατόμων άνω των 18 ετών.⁴⁷

Η Πανελλαδική Έρευνα πραγματοποιήθηκε, ως έννοια η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία περιλαμβάνει πολλαπλές πτυχές της υγείας (σωματική, συναισθηματική, κοινωνική υγεία και ευημερία) έτσι όπως την αξιολογεί το ίδιο το άτομο ή ένας πληθυσμός.

Όπως προκύπτει από τη μελέτη "HellasHealth I", το 51,6% των Ελλήνων προσφεύγει αθροιστικά σε ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους (26%) ή μη με τα ταμεία (25,6%) για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης .

Σε συμβεβλημένους ή μη συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς προσφεύγουν συχνότερα οι ηλικιακές ομάδες μέχρι 54 ετών .

Επίσης το 31,8% των κατοίκων των αγροτικών περιοχών και το 24% των αστικών περιοχών προσφεύγει συχνότερα σε μη συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους συμβεβλημένους ιατρούς είναι 15,5% και 28,9% αντίστοιχα .

Η ανώτερη κοινωνικά τάξη προσφεύγει συχνότερα σε μη συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς (42,1%) από ότι η κατώτερη (22,7%). Είναι εντυπωσιακό, όμως, ότι ακόμη και στην κατώτερη κοινωνικά τάξη οι μη συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί αποτελούν την πρώτη επιλογή (ΙΚΠΙ 2006).

Σύμφωνα με αυτή στα ΚΥ και τα ΠΙ προσφεύγουν συχνότερα το 4,9% και το 4,7% του ελληνικού πληθυσμού αντίστοιχα. Επίσης μόνο το 20% των κατοίκων των αγροτικών περιοχών προσφεύγει στα ΚΥ και τα ΠΙ, ενώ το 80% των κατοίκων αυτών προσφεύγει στις άλλες δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που κατά κανόνα βρίσκονται σε αστικές περιοχές, δηλαδή τους ιδιώτες ιατρούς (47,5%), τα ΕΙ των δημοσίων νοσοκομείων (15,3%) και τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων (13,7%). Τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα ανάμεσα στους ηλικιωμένους (7,6% και 8,9% αντίστοιχα).

Χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τη υγεία τους, όσον αφορά την διάσταση της ψυχικής και προσωπική τους υγείας δηλώνουν οι Έλληνες συγκριτικά με χώρες της Δυτικής Ευρώπης.

Επίσης, ανεξαρτήτως ηλικίας, οι γυναίκες αλλά και όσοι ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, όπως ισχύει και στις περισσότερες χώρες, δηλώνουν

χειρότερη ποιότητα ζωής σε όλες τις διαστάσεις της, ενώ οι κάτοικοι των αστικών κέντρων δηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα και γενική υγεία σε σχέση με τους κατοίκους των μη-αστικών κέντρων.

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες μια και τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι ανώτερες και οι αστικές τάξεις προσέχουν περισσότερο τη διατροφή τους και γενικότερα την υγεία τους.

Τα κάπνισμα στην Ελλάδα παραμένει μια νοσογόνο κατάσταση με σχετική αυξητική τάση από το έτος 2000 και για τα δύο φύλα. Σήμερα, το 40% των Ελλήνων είναι καπνιστές και πιο συγκεκριμένα το 49,9% των ενήλικων ανδρών και το 30,8% των ενήλικων γυναικών καπνίζουν σε καθημερινή βάση.

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα κυμαίνεται σε χαμηλά, σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση, επίπεδα. Περίπου ένας στους πέντε Έλληνες δηλώνει ότι πίνει περισσότερες από 4 μερίδες οινοπνευματωδών ποτών την εβδομάδα.

Το ποσοστό του πληθυσμού με μη φυσιολογικό βάρος ανέρχεται στο 57,7% . Ο αριθμός αυτός καθιστά τον ελληνικό πληθυσμό έναν από τους πιο υπέρβαρους στην Ευρώπη.

Επίσης 34,5% των ανδρών και 44,7% των γυναικών στον ελληνικό πληθυσμό κυρίως έγγαμοι, κάτοικοι των αστικών περιοχών, όσοι ανήκουν σε χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και οι συγκριτικά μεγαλύτεροι σε ηλικία εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σωματικής αδράνειας.

Τα χρόνια νοσήματα είναι πιο συχνά στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις σε σύγκριση με τις ανώτερες (36,9% έναντι 30,4%). Σε ορισμένα νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η διαφορά είναι σχεδόν διπλάσια (6,2% έναντι 3%).

Οι ανισότητες στην υγεία καθίστανται έκδηλες και σε γεωγραφικό επίπεδο. Οι δείκτες υγείας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων διοικητικών περιφερειών της Ελλάδας. Οι ανισότητες μεταξύ περιφερειών ερμηνεύονται από τις διαφορετικές κοινωνικές, οικονομικές και βιολογικές συνθήκες που επικρατούν, από τη μη ορθολογική κατανομή των πόρων υγείας σε όλη την έκταση της χώρας και, βεβαίως, από τις τοπικές ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής.

Τα αίτια των μεγάλων κοινωνικών ανισοτήτων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας ανάγονται, στην Ελλάδα, κυρίως στην πολυδιάσπαση των ταμείων και στις άνισες παροχές τους, καθώς και στη συνεχή υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η έρευνα «Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα»_σχεδιάστηκε από τον Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και διενεργήθηκε Ιούνιο και Ιούλιο του 2006. Για τον σκοπό της έρευνας, επιλέχθηκε τυχαίο δείγμα 4003 ατόμων, το οποίο στρωματοποιήθηκε ανά γεωγραφική περιφέρεια, βαθμό αστικότητας σε κάθε περιφέρεια, ηλικία και φύλο, ώστε να επιτευχθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ως προς το ενήλικο ελληνικό πληθυσμό.⁴⁸

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο των προσωπικών συνεντεύξεων. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας σχεδιάστηκε βάσει της μεθοδολογίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ενώ ταυτόχρονα εμπλουτίστηκε με ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται στην έρευνα υπηρεσιών υγείας.

Η μελέτη της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους βασικούς άξονες της έρευνας υπηρεσιών υγείας και μελετά τη συχνότητα και ένταση της χρήσης υγειονομικών πόρων σε μία δεδομένη χρονική περίοδο.

Πέρα από το καθορισμό των παραγόντων οι οποίοι επιδρούν στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη αφενός της επιλογής μεταξύ εναλλακτικών υπηρεσιών υγείας κι αφετέρου των λόγων οι οποίοι οδηγούν τα άτομα στις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 35,6% των ερωτώμενων χρησιμοποίησε το τελευταίο μήνα κάποια πρωτοβάθμια υπηρεσία υγείας.

Σε σχέση με το επίπεδο υγείας των χρηστών, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιήθηκαν κυρίως από το 76,4% των ατόμων που αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ κακό και 63,1% των ατόμων που αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως κακό.

Η χρήση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας αφορά κυρίως σε ποσοστό 46,2% την αναγραφή συνταγών, 29,6% προληπτικές εξετάσεις, 29,4% την αντιμετώπιση χρόνιου προβλήματος υγείας, 21,1% συμπτώματα ή κάποιο πρόβλημα υγείας.

Όσον αφορά τον τύπο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών που επιλέχθηκαν από τους χρήστες: 45,4% των χρηστών επισκέφτηκε ιδιωτικό ιατρείο, 27,7% πολυϊατρείο ασφαλιστικού οργανισμού και μόλις 9% κέντρο υγείας.

Σε σχέση με το επίπεδο υγείας των χρηστών, η έρευνα έδειξε ότι το 31,8% (2,6%) των ατόμων αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ κακό και 34,3% (4,7%) ως κακό, ενώ μόλις το 7,4% (1,7%) αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως καλό.

Όσον αφορά τον κίνδυνο από την νόσο: το 20,9% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν υψηλός όλες τις φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας ενώ 27,1% δήλωσε ότι ήταν μέτριος ή χαμηλός όλες τις φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας.

Επίσης το 58,4% των ερωτώμενων δήλωσε ότι προτιμά υπηρεσίες υγείας στις οποίες χρειάζεται να περιμένει λιγότερο στη λίστα αναμονής, το 58,4% ότι επιλέγει υπηρεσίες υγείας στις οποίες έχει πιο γρήγορη πρόσβαση και το 61,9% ότι επιλέγει υπηρεσίες υγείας στις οποίες χρειάζεται να περιμένει λιγότερο στην «ουρά αναμονής».

Όσον αφορά τη χρήση υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους μόνο ένα ποσοστό 8,6% δήλωσε ότι επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία κοινωνικής πρόνοιας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Ερευνητικά ερωτήματα και αναγκαιότητα της μελέτης

Υγεία σήμερα θεωρείται η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευζωία και όχι η απουσία της ασθένειας, θέτοντας στο κέντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος την ανάδειξη των ατομικών αναγκών οι οποίες εκφράζονται από το ίδιο το άτομο και όχι από τους ειδικούς .

Όπως αναφέρει η σύγχρονη βιβλιογραφία η μελέτη της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους βασικούς άξονες της έρευνας υπηρεσιών υγείας και μελετά τη συχνότητα και ένταση της χρήσης υγειονομικών πόρων σε μία δεδομένη χρονική περίοδο.

Η κατανόηση των υποκειμενικών αναγκών υγείας (επίπεδο υγείας , ποιότητα ζωής, και συμπεριφορές υγείας) δίνει τη δυνατότητα ενός ορθολογικού σχεδιασμού κατά την ανάπτυξη πολιτικών και στρατηγικών υγείας.

Άρα είναι αναγκαίος ο καθορισμός των παραγόντων οι οποίοι επιδρούν στη ζήτηση αλλά και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η μελέτη κριτηρίων επιλογής μεταξύ υπηρεσιών υγείας αλλά και των λόγων οι οποίοι οδηγούν τα άτομα στις υπηρεσίες υγείας.

Η συγκεκριμένη μελέτη διερευνά το υποκειμενικό επίπεδο της σωματικής και ψυχικής υγείας, τις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή και φυσική δραστηριότητα), την τακτική λήψη φαρμάκων, τα υποκειμενικά αίτια χρήσης υπηρεσιών υγείας, τα χρόνια νοσήματα, την ύπαρξη προσυνεννόησης καθώς και την ιατρική αντίληψη ως προς τη χρήση υπηρεσιών υγείας και τέλος στοιχεία από την συνταγογράφηση του ιατρού προς τον χρήστη.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που πρόκειται να απαντηθούν από την μελέτη είναι:

- α) Ποια η σχέση της αυτοαναφερόμενης υγείας των ατόμων της μελέτης, στη ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας;
- β) Ποιος είναι ο ρόλος του ατομικού επιπέδου της ψυχικής υγείας στη ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας;
- γ) Ποια η σχέση της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας των χρηστών υπηρεσιών υγείας με την αντικειμενική και επιστημονικά καταρτισμένη αντίληψη του ιατρού;

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των χρηστών υπηρεσιών υγείας ενός ιατρείου Γενικής Ιατρικής μιας αγροτικής περιοχής της Κρήτης.

Αντικειμενικοί στόχοι της μελέτης είναι: η διερεύνηση της δομής του πληθυσμού με βάση τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, ο επιπολασμός των χρόνιων νοσημάτων και η ανεύρεση των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας (αυτοαναφερόμενη υγεία , ψυχική υγεία κ.α.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

Μεθοδολογία

10.1. Πληθυσμός μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 638 ερωτώμενοι και αφορά όλους τους χρήστες υγείας που προσήλθαν σε συγκεκριμένο ιατρείο γενικής ιατρικής του κέντρου υγείας Αγίας Βαρβάρας Ηρακλείου Κρήτης, με οποιαδήποτε αιτιολόγηση χρήσης υπηρεσίας υγείας, σε τακτική καθημερινή βάση (πέντε εργάσιμες ανά εβδομάδα) και σε καθορισμένο ωράριο εργασίας, επί 23 συνεχείς ημέρες από τις 8.30 έως τις 14.00 (ένα μήνα 01/03/11 – 31/03/11 εκτός Σαββάτου – Κυριακής).

10.2. Ο τόπος διεξαγωγής της μελέτης

Ο Δήμος Αγίας Βαρβάρας εκτείνεται σε μια έκταση 99,038 στρεμμάτων περίπου. Ο πληθυσμός του δήμου είναι 5.310 κάτοικοι (απογραφή του 2001). Γεωγραφικά, ο δήμος ανήκει στις νοτιοανατολικές παρυφές του Ψηλορείτη είναι ημιορεινός - ορεινός με μέσο υψόμετρο τα 530 μ. Η έδρα του δήμου είναι η Αγία Βαρβάρα, με πληθυσμό 2.143 κατοίκους (απογραφή του 2000), η οποία απέχει 30 χλμ από το Ηράκλειο.

Διοικητικά περιλαμβάνει 7 κοινότητες, της Αγίας Βαρβάρας, του Αγίου Θωμά, των Άνω Μουλιών, του Δουλίου, του Λαρανίου, της Μεγάλης Βρύσης, και του Πρινιά.

Η Αγία Βαρβάρα είναι η έδρα του δήμου, μια σύγχρονη κωμόπολη κτισμένη σε υψόμετρο 580 μ. Έχει αρκετές βροχοπτώσεις, λόγω της γεωγραφικής της θέσης και εκτίθεται σε ανέμους κάθε κατεύθυνσης. Παράγει κηπευτικά και φρούτα.

Το Κέντρο Υγείας Αγίας Βαρβάρας βρίσκεται στην έδρα και εποπτεύεται από το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Βενιζέλειο-Πανάνειο, από το οποίο απέχει 37 Km με μέσο χρόνο πρόσβασης 45 λεπτά. Το πλησιέστερο νοσοκομείο είναι το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, το οποίο απέχει 28 Km με μέσο χρόνο πρόσβασης 30 λεπτά.

Άρχισε να λειτουργεί στις 9/8/1986 και σε αυτό υπάγονται τα περιφερειακά ιατρεία: Π.Ι. Αγίου Θωμά, Γέργερης, Βενεράτου, Δαφνών, Κάτω Ασιτών, Προφήτη Ηλία, Τυλίσσου, Ροδιάς, Μαράθου, Κρουσώνα, Κορφών, Αγίου Μύρωνα.

Το Κέντρο Υγείας Αγίας Βαρβάρας προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον πληθυσμό ευθύνης του, ο οποίος ανέρχεται σε 40235 άτομα.

Στο Κέντρο Υγείας Αγίας Βαρβάρας λειτουργούν ιατρεία Γενικής Ιατρικής, Οδοντιατρικό, Παιδιατρικό, τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, όπως επίσης Ακτινολογικό και Μικροβιολογικό εργαστήριο, και δραστηριοποιείται ιατρικό προσωπικό των παρακάτω ειδικοτήτων: 6 Γενικούς ιατρούς, μικροβιολόγο, οδοντίατρο και παιδίατρο. Υποστηρικτικό έργο προσφέρει ένα σύνολο άλλων επαγγελματιών υγείας όπως 5 νοσηλεύτριες, διαιτολόγος, κοινωνικός λειτουργός, μαία, παρασκευαστής και βοηθός ακτινολόγου.

10.3. Ερωτηματολογία

Η μελέτη μας είναι περιγραφική και διενεργήθηκε με τη μέθοδο της απλής ευκαιριακής δειγματοληψίας.

Πραγματοποιήθηκε βάση δομημένου ερωτηματολογίου που συντάχθηκε βάσει θεωρητικού και εμπειρικού πλαισίου κατά τη βιβλιογραφία που αφορά τη ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας και αποτελείται από ποιοτικές και ποσοτικές ερωτήσεις.^{24,50}

Η πλειοψηφία των ερωτήσεων είναι «κλειστού τύπου» και επιλέγεται μία απάντηση. Η διαμόρφωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με γνώμονα την κατανόησή του απ' τους ερωτώμενους και την εξαγωγή της μέγιστης δυνατής πληροφορίας αναφορικά με τους στόχους που θέτει η μελέτη. Χρησιμοποιήθηκαν οι μεταβλητές που αφορούν στο φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, που είναι χρήσιμες για να διαπιστωθεί αν και κατά πόσο εμφανίζονται διαφορές στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας λόγω διαφορετικού φύλου, διαφορετικής ηλικίας και οικογενειακής κατάστασης.^{49,50}

Στη συνέχεια καταγράφηκε η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, το επίπεδο υγείας των ερωτώμενων καθώς και άλλα χαρακτηριστικά υγείας που σχετίζονται με τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής των ατόμων. Στη συνέχεια στοιχειοθετήθηκαν ερωτήσεις που περιλάμβαναν στοιχεία που αφορούσαν το χαρακτηρισμό του επιπέδου υγείας του χρήστη αλλά και του αναφερόμενου αίτιου προσέλευσης βασισμένα αποκλειστικά στα ιατρικά κριτήρια, τη διάγνωση και το είδος των ιατρικών πράξεων, τα οποία κωδικοποιήθηκαν κατά ICPC-2, καθώς και στοιχεία που αφορούσαν τη συνταγογράφηση ως προς τους χρήστες υγείας.

Η δομή των ερωτηματολογίων παρατίθενται λεπτομερώς στο Παράρτημα.

10.3.1. ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγικό Φύλλο: στο οποίο και βασίστηκε η άντληση των βασικών δημογραφικών πληροφοριών για κάθε χρήστη (όνομα, γένος, έτος γέννησης).

Δημογραφικά Στοιχεία: συλλέγει τις πληροφορίες για τη χώρα γέννησης και τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη τέκνων, την εκπαίδευση, και την εργασιακή απασχόληση κάθε ερωτώμενου.

Αναφορικά με την ηλικία, σημειώνεται στην πλήρη μορφή της χρονολογίας γεννήσεως και στη συνέχεια διαμορφώθηκαν τέσσερις ηλικιακές ομάδες: 0-14, 15-44, 45-64, +65.

Η μεταβλητή της παρούσας οικογενειακής κατάστασης αποτελείται από 4 κατηγορίες και συγκεκριμένα: Παντρεμένος/η, Ανύπαντρος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α.

Αναφορικά με την μόρφωση, περιλάμβανε εκείνους που δεν είχαν λάβει καμία εκπαίδευση, εκείνους που είχαν λάβει απολυτήριο δημοτικού, γυμνασίου, λυκείου, μαθητές και φοιτητές όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης και πτυχιούχους ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης.

Η μεταβλητή της παρούσας εργασιακής κατάστασης αποτελείται από 9 κατηγορίες και συγκεκριμένα: Εργοδότης, Αυτοαπασχολούμενος, Μισθωτός / Ημερομίσθιος, Εργαζόμενος/η χωρίς αμοιβή οικογενειακής επιχείρησης, ή γεωργικής εκμετάλλευσης, Οικιακά, Άνεργος / προσωρινά εκτός δουλειάς, Μαθητής-Σπουδαστής- Στρατιωτική θητεία, Συνταξιούχος, Εισοδηματίας, Άλλο.

Οικονομική κατάσταση: συλλέγει πληροφορίες για τις εργασιακές δραστηριότητες των ερωτώμενων, τα επίπεδα εισοδήματος και τις πηγές άντλησής τους, καθώς και τους συνταξιοδοτικούς πόρους που διαθέτουν. Επιπλέον πληροφορίες για την κατοχή ιδιόκτητης ή όχι κατοικίας καθώς και ιδιόκτητου μεταφορικού μέσου, καθώς και ερώτηση σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη.

Αναλυτικά οι πιθανές απαντήσεις ως προς το εισόδημα ήταν 7: Έως 500 €, 500-1000 €, 1000-1500 €, 1500-2000 €, 2000-3000 €, Άνω των 3000 €, Καθόλου εισοδήματα. Αντίστοιχα σε σχέση με την κύρια πηγή οικονομικών πόρων οι κατηγορίες ήταν 7, Απασχόληση/Εργασία, Περιουσία/Επενδύσεις, Σύνταξη, Επιδόματα, Δάνεια / Αποταμιεύσεις, Εξαρτώμενος από άλλους, Άλλο.

Η διερεύνηση της ασφαλιστικής κάλυψης αποτελείται από 7 κατηγορίες: ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ ΔΗΜΟΣΙΟ, ΠΡΟΝΟΙΑ, άλλο.

Επίπεδο υγείας : καλύπτει πολλούς διαφορετικούς τομείς της υγείας των ανθρώπων, όπως τις αυτοεκτιμήσεις των χρηστών αναφορικά με το γενικό επίπεδο υγείας τους (σωματικό και ψυχικό).

Επιπλέον διερευνεί τις έξεις και τις συνήθειες αυτών που συνδέονται άμεσα με το προσωπικό επίπεδο υγείας καθώς και τη λήψη φαρμάκων και συστήματα/όργανα στόχοι αυτών.

Ως προς την αυτοαναφερόμενη υγεία, το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 5 κατηγορίες ως προς τη σωματική :την αξιολόγηση της υγείας ως, πολύ καλής, καλής, μέτριας, κακής και πολύ κακής και ως προς τη ψυχική : Πολύ αγχωμένος-η/λυπημένος-η, Λίγο αγχωμένος-η/λυπημένος-η, Ήρεμος-η, Χαρούμενος-η/ ευτυχισμένος-η.

Επιπλέον στους χρήστες υγείας που ανέφεραν πολύ κακό επίπεδο ψυχικής υγείας συντάχθηκε ερώτηση που διευκρίνιζε το αποτέλεσμα αυτής.

Περιλάμβανε 5 πιθανές απαντήσεις : Μετακίνηση, Αυτοεξυπηρέτηση, Καθημερινή απασχόληση, Συγκέντρωση/μνήμη, Διαπροσωπικές σχέσεις.

Σε ότι αναφορά την ερώτηση για τη λήψη φαρμάκων διαιρέθηκε σε 15 κατηγορίες ανά σύστημα/όργανο: Καρδιολογικό-κυκλοφορικό, Πνευμονολογικό, Μεταβολικό/Ενδοκρινολογικό, Γαστρεντερολογικό, Ουρολογικό/νεφρολογικό, Αγγειακό, Ορθοπαιδικό, Δερματικό, Νευρολογικό, Ψυχιατρικό, Γυναικολογικό, Οφθαλμολογικό, Ωρλ, Νεοπλασία, Άλλο.

Χρήση υπηρεσιών υγείας : περιλαμβάνει ερωτήσεις για τις πρόσφατες και αναδρομικές επισκέψεις σε φορέα υγείας, τα κριτήρια επιλογής του φορέα υγείας, τα αίτια προσέλευσης, την υποκειμενική τους αντίληψη για το πρόβλημα υγείας τους και το θέμα της προσυνεννόησης με τον ιατρό καθώς και τις προσδοκίες του χρήστη από τον ιατρό για την επίλυση του προβλήματός του.

Η αναδρομική αλλά και η πρόσφατα επισκεψιμότητα σε φορέα υγείας περιλάμβανε 6 κατηγορίες: Περιφερειακό ιατρείο (αγροτικό ιατρείο), Κέντρο υγείας, Εξωτερικά

ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου, Πολυιατρείο ασφαλιστικού οργανισμού, Ιδιωτικό ιατρείο, Διαγνωστικό κέντρο.

Τα κριτήρια επιλογής του φορέα υγείας περιλάμβανε 4 απαντήσεις: Γρήγορη/εύκολη πρόσβαση, Μικρότερη αναμονή, Ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών.

Τα αίτια προσέλευσης του χρήστη στο φορέα υγείας ήταν 7: Συμπτώματα/σημεία, τακτική συνταγογράφηση, εργαστηριακές εξετάσεις, προληπτικές εξετάσεις, ιατρικές συμβουλές, τακτικός επανέλεγχος χρόνιου νοσήματος, έκτακτο.

Τα αίτια προσέλευσης, καθώς και τα υποκείμενα νοσήματα καταγράφηκαν βάση του ICPC-2. Η κωδικοποίηση αυτή αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για τους γενικούς ιατρούς που υπηρετούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Περιλαμβάνει ένα σύνολο 17 κεφαλαίων και 726 κοινών συμπτωμάτων, διαγνώσεων και κλινικών παρεμβάσεων, η οποία είναι διαθέσιμη σε περισσότερες από 20 γλώσσες και αποτελεί το επίσημο σύστημα κωδικοποίησης και ταξινόμησης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε πολλές χώρες.⁵¹

Η υποκειμενική αντίληψη των χρηστών υγείας ως προς το πρόβλημα υγείας τους περιλάμβανε 4 απαντήσεις : Πολύ σοβαρό, σοβαρό, μέτριο, μικρό.

Σε ότι αφορά την προσυνενόηση χρήστη - γιατρού οι απαντήσεις περιείχαν άρνηση ή κατάφαση.

Για το τι προσδοκούν οι χρήστες από τον ιατρό, για την επίλυση του προβλήματος τους οι πιθανές απαντήσεις ήταν 7: Φαρμακευτική αγωγή, Διαγνωστικές εξετάσεις, Άμεση ενεσοθεραπεία, Συμβουλές-οδηγίες, Παραπομπή σε νοσοκομείο, Πλήρη υπακοή στην ιατρική οδηγία, Δεν γνωρίζω.

10.3.2. ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Το δεύτερο μέρος που συμπληρώθηκε αποκλειστικά από τον ιατρό αφορούσε: Αναφορικά με την αντίληψη του ιατρού για το επίπεδο υγείας του χρήστη οι κατηγορίες των απαντήσεων ήταν 5: Πολύ καλή, Καλή, Μέτρια, Κακή, Πολύ κακή.

Ως προς το αναφερόμενο πρόβλημα υγείας του χρήστη η γνώμη του ιατρού βασισμένη σε επιστημονικά, αντικειμενικά κριτήρια περιλάμβανε 4 απαντήσεις: Πολύ σοβαρό, σοβαρό, μέτριο, μικρό.

Σε ότι αναφορά το αίτιο προσέλευσης του χρήστη υγείας, ο ιατρός είχε 4 επιλογές κατάταξης: οργανικό, ψυχικό, ατυχήματα και κοινωνικά.

Επίσης η ιατρική διάγνωση καταγράφηκε ανά σύστημα : Καρδιολογικό-κυκλοφορικό,

Πνευμονολογικό,Μεταβολικό/Ενδοκρινολογικό,Γαστρεντερολογικό,Ουρολογικό/νεφρολογικό, Αγγειακό, Ορθοπεδικό, Δερματικό, Νευρολογικό, Ψυχιατρικό, Γυναικολογικό, Οφθαλμολογικό, Ωρλ, Νεοπλασία, Άλλο.

Το είδος των ιατρικών πράξεων, περιγράφηκε από 8 ενέργειες: κλινική εξέταση, αιματολογικές εξετάσεις, ακτινολογικός έλεγχος, ιατρικές οδηγίες-Συμβουλές, συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής, παραπομπή σε νοσοκομείο για διαγνωστικές εξετάσεις, παραπομπή σε νοσοκομείο για εισαγωγή.

Τέλος για να ερευνηθεί η συνταγογράφηση επιλέχθηκε να καταγραφούν ο αριθμός συνταγών και σκευασμάτων καθώς και η συχνότητα ανά κατηγορία του

αναγραφόμενου σκευάσματος ως εξής: Αντιβιοτικά, Αντιπυρετικά / Αντιφλεγμονώδη, Αντιβηχικά, Αντιδιαβητικά, Αντιλιπιδαιμικά, αντιυπερτασικά, Καρδιολογικά, Γοπ/ΣΕΕ/Γαστρίτις/Έλκος/Γαστροπροστασία, Υπερουριχαιμίας, Μυοχαλαρωτικά, Αντικαταθλιπτικά, Αντιψυχωσικά, Ηρεμιστικά (βαρβιτουρικά), Ουρολογικά, Αντισταμινικά, Δερματολογικά, Οφθαλμολογικά, Ενδοκρινολογικά, Γυναικολογικά, Άλλα.

Η συλλογή στοιχείων πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο ατομικών συνεντεύξεων στο επιλεγμένο ιατρείο προσέλευσης των χρηστών υγείας - ερωτώμενων βάσει δομημένου ερωτηματολογίου. Οι ατομικές συνεντεύξεις διεξάχθηκαν αποκλειστικά από τον ερευνητή γενικό ιατρό κατόπιν προκαθορισμένης συναίνεσης του ερωτώμενου.

10.4. Στατιστική ανάλυση

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου υποβλήθηκαν σε επεξεργασία και στη συνέχεια και μετά από την κατάλληλη κωδικοποίηση και εισαγωγή των δεδομένων στο SPSS για Windows (έκδοση 19.0).

Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση συχνοτήτων προκειμένου να διαμορφωθεί η κατανομή τόσο του δείγματος όσο και των ανεξάρτητων μεταβλητών κατά φύλο και ηλικιακές ομάδες.

Στη συνέχεια, στο συνολικό πληθυσμό του δείγματος πραγματοποιήθηκε ανάλυση χ^2 των στοιχείων ανά ζεύγη (crosstabs), έτσι ώστε να μελετήσουμε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα σε ποιοτικές μεταβλητές. Η ανάλυση χ^2 στηρίζεται στην μηδενική και στην εναλλακτική υπόθεση και συγκεκριμένα οι παρατηρηθείσες συχνότητες είναι ίσες με τις αναμενόμενες συχνότητες (δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές) και αντίστοιχα οι παρατηρηθείσες συχνότητες και οι αναμενόμενες συχνότητες διαφέρουν (υπάρχει σχέση). Όπου αναμενόμενες συχνότητες είναι το αντίστοιχο οριζόντιο σύνολο*αντίστοιχο κάθετο σύνολο /γενικό σύνολο. Οι προϋποθέσεις εφαρμογής του χ^2 test είναι οι εξής: Όλες οι αναμενόμενες συχνότητες πρέπει να είναι > 1 και οι περισσότερες (80%) να είναι > 5 .

Για την διερεύνηση των παραγόντων ζήτησης και χρήσης υπηρεσιών υγείας εκτιμήθηκε υπόδειγμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης όπου εξαρτώμενη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η συχνότητα επισκέψεων σε όλους τους φορείς υγείας σε ορισμένο χρονικό διάστημα ενός έτους. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν:

Ηλικία, φύλο, μηνιαίο ατομικό εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο, ασφαλιστική κάλυψη, χρόνια πάθηση, αυτοαναφερόμενη υγεία, χρήση υπηρεσίας στο έτος. Καταρχήν μετονομάστηκαν για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης σε αγγλική γραμματοσειρά περιορισμένου χαρακτήρα και στη συνέχεια έγινε η πρώτη κωδικοποίηση. (Παράρτημα I, πίνακας 5)

Τα μεγέθη που κατασκευάστηκαν, επανακωδικοποιήθηκαν με την μέθοδο του median split και ενώ στην αρχή ήταν $1 \rightarrow 7$ πλέον έγιναν δυαδικά (binary) δηλ. 0 και

1. Το 0 αντιστοιχεί σε άρνηση/μη-δήλωση/μη-ύπαρξη ενώ το 1 αντιστοιχεί σε κατάφαση/δήλωση ύπαρξης. (Παράρτημα I, πίνακας 6, 7)

Στη συγκεκριμένη μελέτη επιλέξαμε το υπόδειγμα Συστημικής Προσέγγισης έτσι ώστε να διερευνηθεί και να μελετηθεί ένα σύνθετο σύμπλεγμα παραγόντων σε σχέση με τα υποδείγματα λοιπών προσεγγίσεων (δημογραφική, κοινωνική, οικονομική).⁵²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

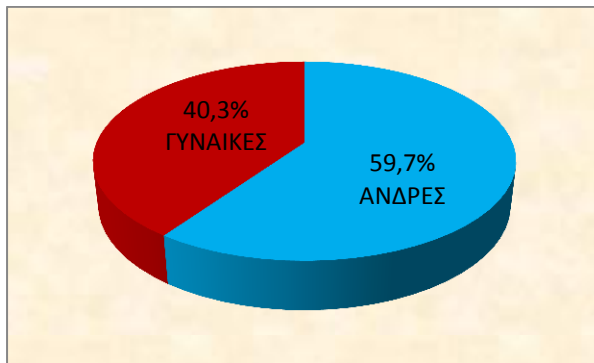
Αποτελέσματα

11.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΦΥΛΟ

Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης αποτελείται από 638 άτομα - χρήστες υπηρεσιών υγείας, 381Θ και 257Α, εκ των οποίων 31 άτομα ήτο ανήλικοι (15Θ,16Α). (Γράφημα 1)

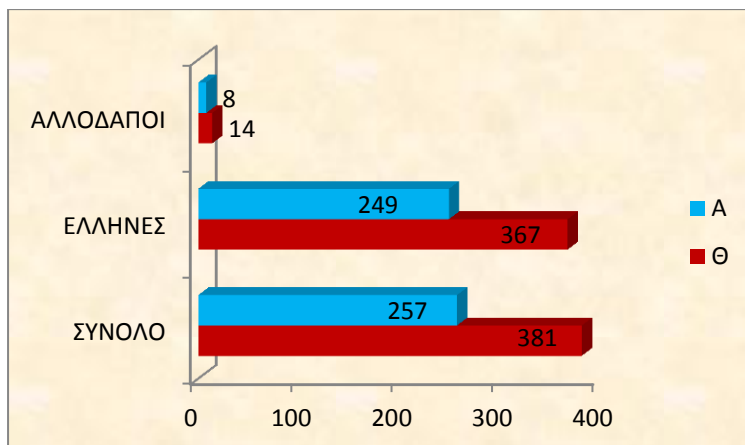
Γράφημα 1: Κατανομή ανά φύλο του πληθυσμού της μελέτης (N=638)



ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

Οι 616 (96,6%) χρήστες υγείας ήταν Έλληνες (367Θ , 249Α) και 22 (3,4%) ήταν αλλοδαποί (14Θ , 8Α), αλβανικής και βουλγαρικής υπηκοότητας (50% έκαστος). (Γράφημα 2)

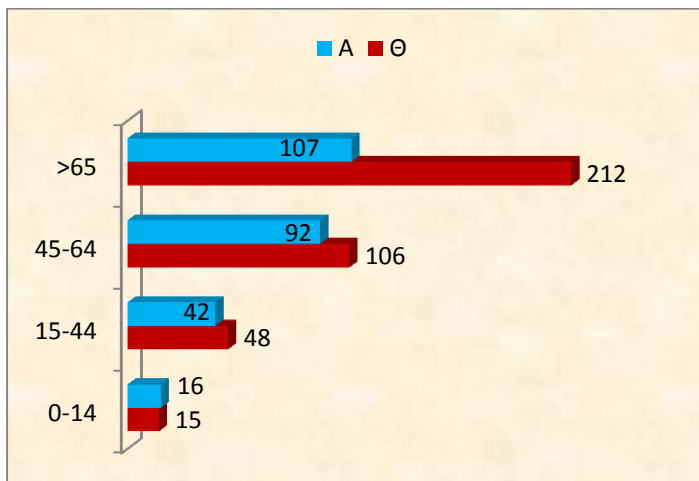
Γράφημα 2: Κατανομή ανά εθνικότητα του πληθυσμού της μελέτης (N=638)



ΗΛΙΚΙΑ

Η πλειοψηφία του δείγματος μας άνηκε στην κατηγορία +65 ετών με 319 χρήστες (49,9%), 212 γυναίκες και 107 άνδρες και η ηλικιακή κατηγορία χρηστών μεταξύ 44-64 ετών με 198 χρήστες (31,1%), 106 γυναίκες και 92 άνδρες ενώ στην κατηγορία 15-44 ανήκουν 48 γυναίκες και 42 άνδρες. Τέλος η ηλικιακή ομάδα 0-14 περιλάμβανε 51 άτομα (15Θ-16Α) εκ των οποίων 8 (3Θ-5Α) ηλικίας 3-5 ετών. (Γράφημα 3)

Γράφημα 3: Κατανομή ανά ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού της μελέτης (N=638)

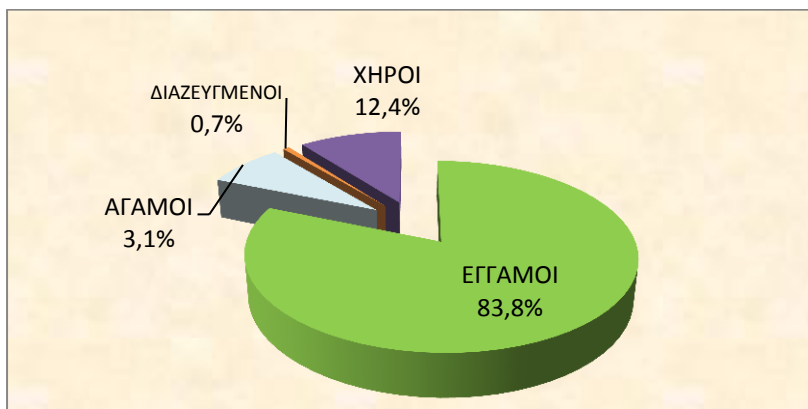
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 607 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν 31 χρήστες υγείας λόγω ηλικίας. (βρέφη, ανήλικα παιδιά).

Από τους συμμετέχοντες 509 χρήστες ,292Θ και 217Α ήταν έγγαμοι ,19 δηλώνουν άγαμοι εκ των οποίων 12Θ - 7Α, διαζευγμένοι δήλωσαν 4 χρήστες 2Θ-2Α, ενώ 75 άτομα, 63Θ και 12Α ήταν σε κατάσταση χηρείας. (Πίνακας 4)

Το 94,1% των ερωτηθέντων 346Θ και 225Α, ανέφεραν ύπαρξη τέκνων (μ.ο. 2,6). (Γράφημα 4)

Γράφημα 4: Κατανομή ανά οικογενειακή κατάσταση του πληθυσμού της μελέτης (N=638)



ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

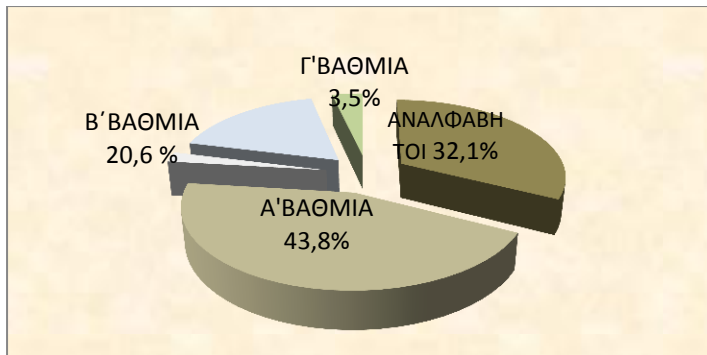
Από την ερώτηση εξαιρέθηκαν τα 8 άτομα της μελέτης, ηλικίας 2-5 ετών.

Ποσοστό 32,1% άτομα στερούνται πλήρως τη στοιχειώδη εκπαίδευση ενώ μόλις το 3,5% έχει λάβει επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Η πλειονότητα των χρηστών υγείας της μελέτης 43,8% έχουν λάβει πρωτοβάθμια εκπαίδευση. (Γράφημα 5).

Αναλυτικά το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων καταγράφηκε ως εξής: Αναλφάβητοι δήλωσαν 191 άτομα (138Θ-53Α) ενώ απόφοιτοι δημοτικού 261 (139Θ-122Α), γυμνασίου 62 (38Θ-24Α), λυκείου 53 (31Θ-22Α). Απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης δήλωσαν 21 (6Θ-15Α). Επιπλέον μαθητές και σπουδαστές όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης ήταν 42 άτομα (26Θ-16Α).

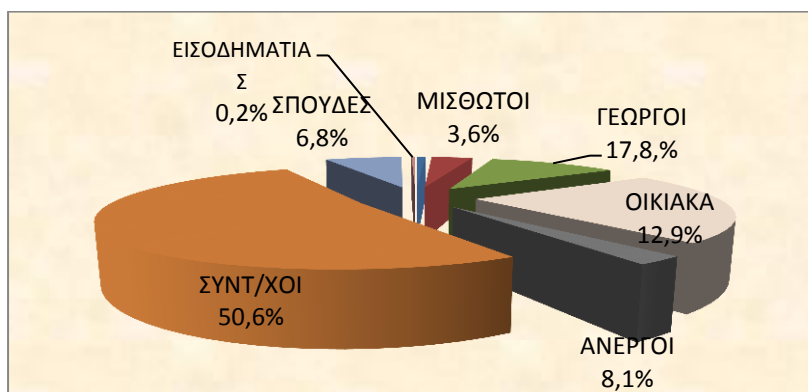
Γράφημα 5: Το επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού της μελέτης (N=630)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Από την ερώτηση εξαιρέθηκαν τα 8 άτομα της μελέτης, ηλικίας 2-5 ετών.

Η επαγγελματική ενασχόληση των χρηστών υγείας της μελέτης αφορά κυρίως άτομα εργαζόμενα στον αγροτικό τομέα - οικογενειακή επιχείρηση (17,8%), οικιακά (17,4,%). Συνταξιούχοι δηλώνουν ποσοστό 50,6%. Το ποσοστό ανεργίας είναι 10,1%. Αναλυτικά, η επαγγελματική ιδιότητα περιγράφεται στο γράφημα 6.

Γράφημα 6: Η επαγγελματική απασχόληση του πληθυσμού της μελέτης (N=630)

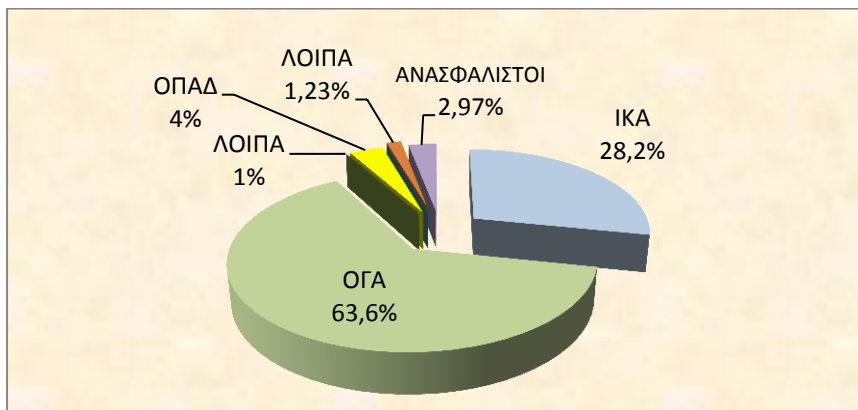


ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ

Οι 619 χρήστες υγείας της μελέτης ανήκαν σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα. Η πλειοψηφία αυτών, 586 άτομα ήταν ασφαλιζόμενοι του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (289Θ-117Α) και του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (74Θ-106Α), ενώ 19 άτομα (11Θ-8Α), εκ των οποίων οι 9 ήταν αλλοδαποί δεν διέθεταν ουδεμία ασφαλίση.

Η αναλυτική κατανομή ανά ασφαλιστικό οργανισμό περιγράφεται στο γράφημα 7.

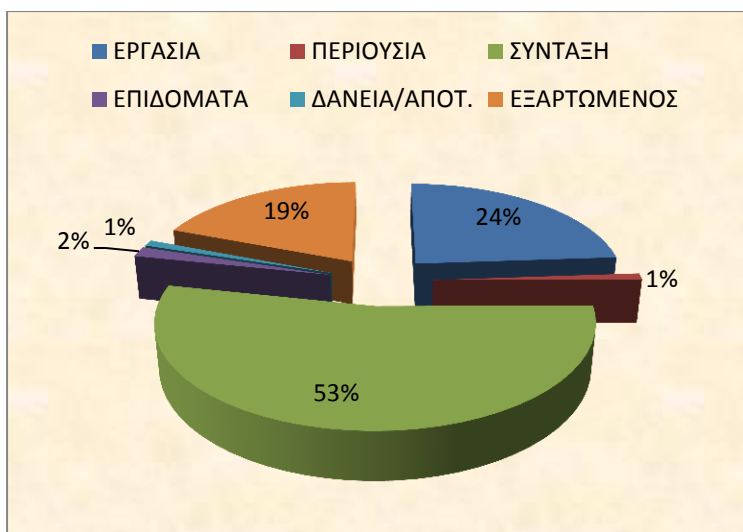
Γράφημα 7: Κατανομή ανά ασφαλιστικό οργανισμό του πληθυσμού της μελέτης (N=638)

**11.2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 607 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν οι 31 ανήλικοι χρήστες υγείας για ευνόητους λόγους.

Η κύρια πηγή πόρων ζωής των ατόμων του δείγματος καταγράφεται στο γράφημα 8.

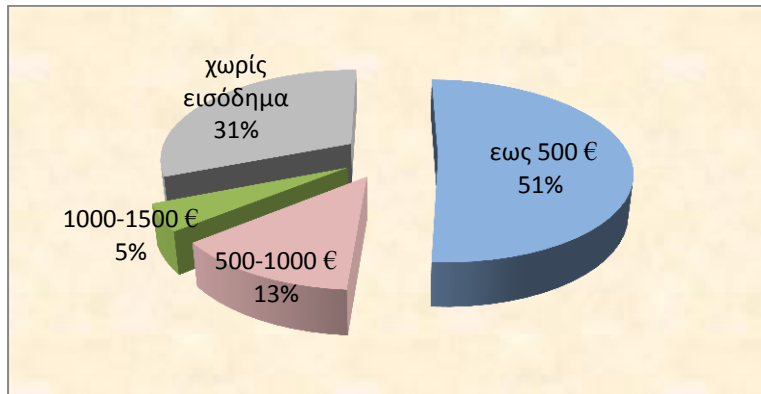
Γράφημα 8: Κατανομή ανά κύρια πηγή πόρων του πληθυσμού της μελέτης (N=607)



Επιπλέον οι 304 χρήστες υγείας διαθέτουν δικό τους μέσο μεταφοράς και οι 486 κατοικούν σε ιδιόκτητη κατοικία.

Το μηνιαίο ατομικό εισόδημα καταγράφεται στο γράφημα 9.

Γράφημα 9 :Κατανομή ανά μηνιαίο εισόδημα του πληθυσμού της μελέτης (N=607)



11.3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

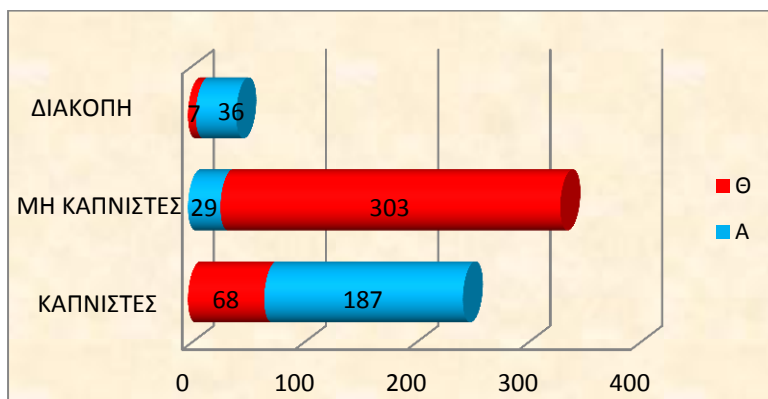
ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 630 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν οι 8 χρήστες υγείας βρεφικής ηλικίας. (3Θ-5Α)

Οι 255 (68Θ-187Α) των χρηστών υγείας αναφέρουν ότι είναι ενεργείς καπνιστές με μέσο όρο 14,5 αριθμού τσιγάρων ημερησίως και αφορά το 74,2% των ανδρών χρηστών. Επιπλέον 332 (303Θ-29Α) δηλώνουν μη καπνίζοντες κυρίως οι γυναίκες (87,9% του δείγματος) και 43 (7Θ-36Α) αναφέρουν διακοπή καπνίσματος (μ.ο. 9,3 έτη).

Αναλυτικά οι καπνιστικές συνήθειες των χρηστών υγείας της μελέτης διαγράφεται στον γράφημα 10.

Γράφημα 10 : Κατανομή ανά χρήση καπνού του πληθυσμού της μελέτης (N=630)

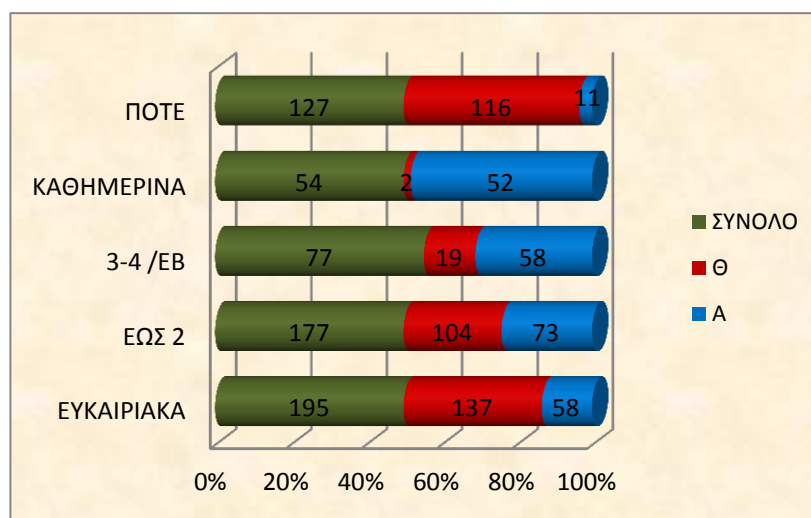


ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 630 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν οι 8 χρήστες υγείας βρεφικής ηλικίας. (3Θ-5Α)

Ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ αναφέρουν 137 γυναίκες και 58 άνδρες, ενώ 116 γυναίκες και 11 άνδρες δηλώνουν πλήρη αποχή. Καθημερινή λήψη αναφέρουν 52 άνδρες και 2 γυναίκες και 3-4 φορές την εβδομάδα καταναλώνουν αλκοόλ 58 άνδρες και 19 γυναίκες του δείγματος, ενώ 1-2 φορές την εβδομάδα 104 γυναίκες και 73 άνδρες. Αναλυτικά τα αποτελέσματα του δείγματος περιγράφονται στον γράφημα 11.

Γράφημα 11: Κατανομή ανά λήψη αλκοόλ του πληθυσμού της μελέτης (N=630)

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 630 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν οι 8 χρήστες υγείας βρεφικής ηλικίας.

Η διατροφικές συνήθειες των ατόμων του δείγματος σε σχέση με την εβδομαδιαία κατανάλωση κόκκινου κρέατος (μοσχάρι, χοιρινό, αρνί, κατσίκι) σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας αντιτίθεται με το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής. Οι χρήστες υγείας προτιμούν σαφέστατα το κόκκινο κρέας αφού περιλαμβάνεται σε ποσοστό 49,6% τουλάχιστο 4 φορές την εβδομάδα ενώ το 89,4% του δείγματος δηλώνει κατανάλωση λιπαρού ψαριού λιγότερο από 2 φορές την εβδομάδα. Επίσης μόλις το 25,4% αναφέρει την κατανάλωση φρούτων κυρίως και λαχανικών περισσότερο από πέντε μερίδες εβδομαδιαία.

Αναλυτικά οι διατροφικές συνήθειες καταγράφονται στους πίνακες 1, 2, 3:

Πίνακας 1: Κατανομή ανά βρώση κόκκινου κρέατος / εβδομάδα του πληθυσμού της μελέτης (N=630)

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΚΟΚΚΙΝΟ ΚΡΕΑΣ
5-7/ΕΒΔ.	12,6%
3-4/ΕΒΔ.	37%
2 ΕΒΔ.	47,9%
1 ΕΒΔ.	2,4%
< 1 ΕΒΔ	0,1%

Πίνακας 2: Κατανομή ανά βρώση λαχανικών-φρούτων / εβδομάδα του πληθυσμού της μελέτης (N=630)

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΦΡΟΥΤΑ/ΛΑΧΑΝΙΚΑ
< 5 Μ/ ΕΒΔ.	59,4%
5 Μ / ΕΒΔ.	25,2%
> 5Μ / ΕΒΔ.	15,4%

Πίνακας 3: Κατανομή ανά βρώση λιπαρού ψαριού / εβδομάδα του πληθυσμού της μελέτης (N=630)

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΨΑΡΙΑ
< 2 Μ/ΕΒΔ	89,4%
2 Μ/ ΕΒΔ	8,5%
> 2 Μ/ ΕΒΔ	2,1%

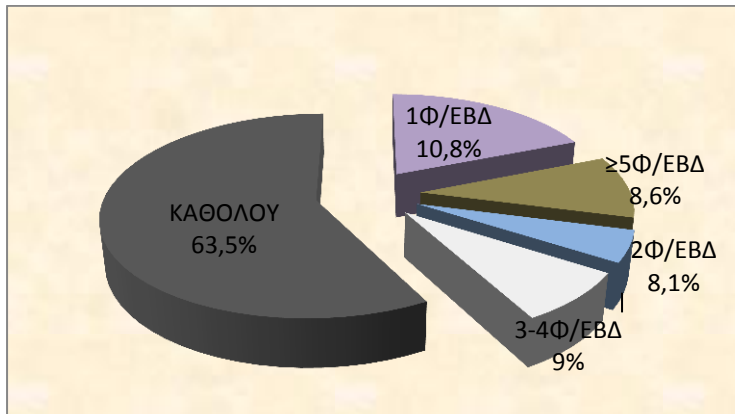
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 630 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν οι 8 χρήστες υγείας βρεφικής ηλικίας.

Παρατηρούμε πως μόνο 54 (8Θ-46Α) εκ των χρηστών υγείας υποβάλλονται σε έντονη φυσική δραστηριότητα. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος 425 (337Θ-88Α) δηλώνει ότι δεν εξασκείται και δεν διενεργεί καμία έντονη σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια μίας τοπικής εβδομάδας. Αντίστοιχα μόλις μία φορά ασκούν έντονη δραστηριότητα 49 άνδρες και 19 γυναίκες, δύο φορές 39 άνδρες και 12 γυναίκες, ενώ 3-4 φορές 30 άνδρες και 2 γυναίκες.

Αναλυτικά τα αποτελέσματα του δείγματος περιγράφονται στο γράφημα 12.

Γράφημα 12: Έντονη σωματική δραστηριότητα ανά εβδομάδα του πληθυσμού της μελέτης (N=630)



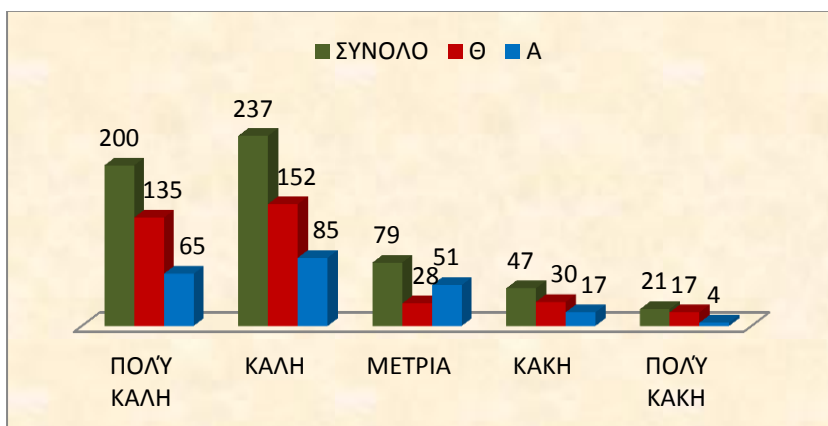
11.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

Το συγκεκριμένο ερώτημα απευθύνθηκε, απαντήθηκε και αξιολογήθηκε από 584 χρήστες υπηρεσιών υγείας από το σύνολο των 638. Εξαιρέθηκαν για ευνόητους λόγους τα 46 άτομα που προσήλθαν ή μεταφέρθηκαν από συνοδό μέλος στο συγκεκριμένο ιατρείο γενικής ιατρικής αιτιώμενοι έκτακτο-επείγον περιστατικό, (θλαστικό, κατάγματα, Α.Ε.Ε, Ο.Ε.Μ. κλπ.), καθώς και επιπλέον 8 χρήστες υπηρεσιών υγείας ηλικίας 2- 5 ετών.

Αναλυτικά τα αποτελέσματα του δείγματος περιγράφονται στον γράφημα 13.

Γράφημα 13: Αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=584)

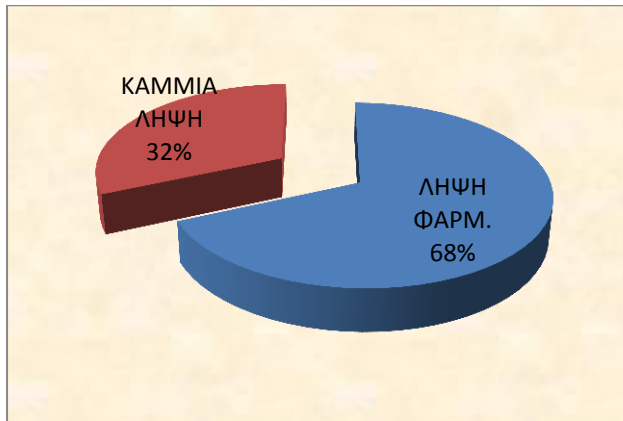


ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΤΑΚΤΙΚΗ ΒΑΣΗ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 630 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν οι 8 χρήστες υγείας βρεφικής ηλικίας.

Από τους ερωτώμενους χρήστες υπηρεσιών υγείας οι 431 (259Θ - 172Α) ανέφεραν τακτική λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

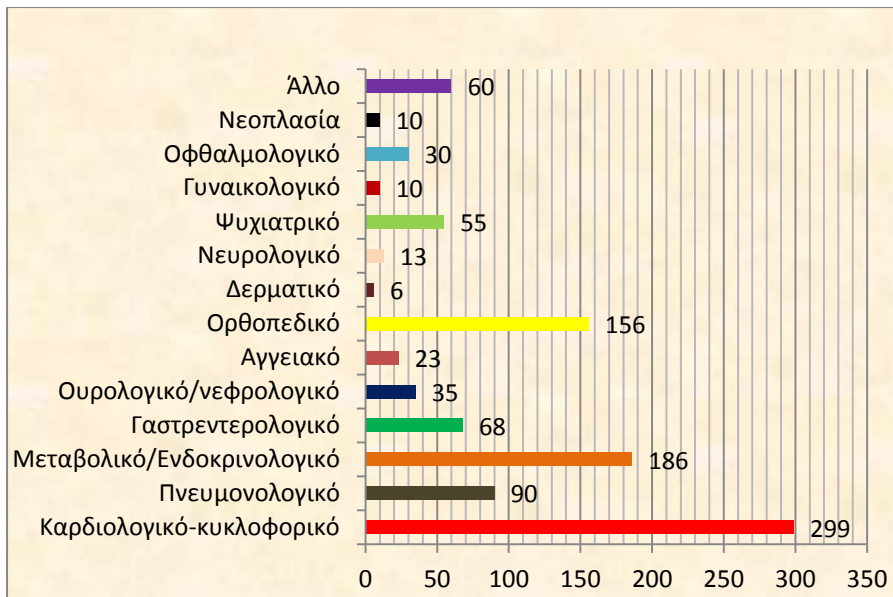
Γράφημα 13: Λήψη φαρμάκων σε τακτική βάση του πληθυσμού της μελέτης (N=630)

ΑΙΤΙΑ ΛΗΨΗΣ ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ (ΣΥΣΤΗΜΑ - ΟΡΓΑΝΟ ΣΤΟΧΟΣ)

Η συγκεκριμένη πολλαπλής επιλογής ερώτηση απαντήθηκε από τους 431 χρήστες που ανέφεραν λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε τακτική βάση.

Αναλυτικά τα αποτελέσματα του δείγματος περιγράφονται στον γράφημα 14.

Γράφημα 14: Λήψη φαρμάκων σε τακτική βάση ανά σύστημα / όργανο του πληθυσμού της μελέτης (N=431)

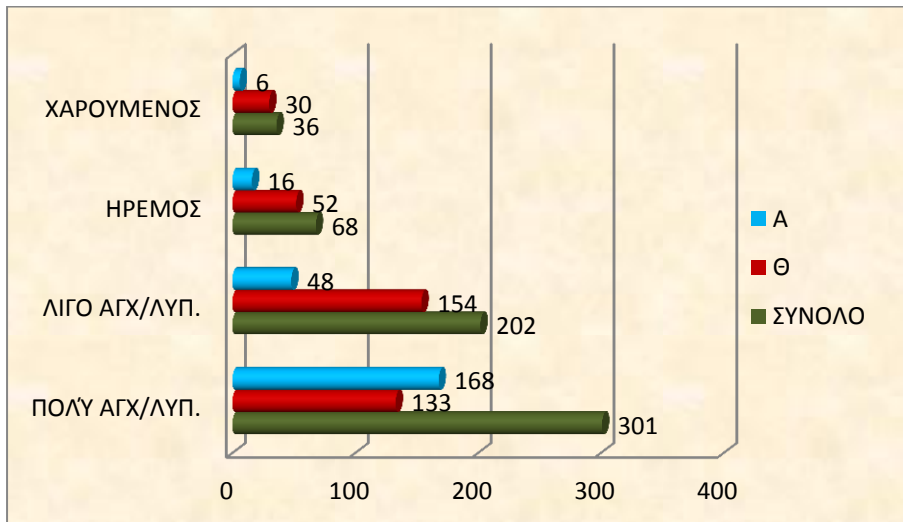


ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 607 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν οι 31 χρήστες υγείας, ηλικίας κάτω των 14 ετών.

Αναλυτικά τα αποτελέσματα του δείγματος περιγράφονται στο γράφημα 15.

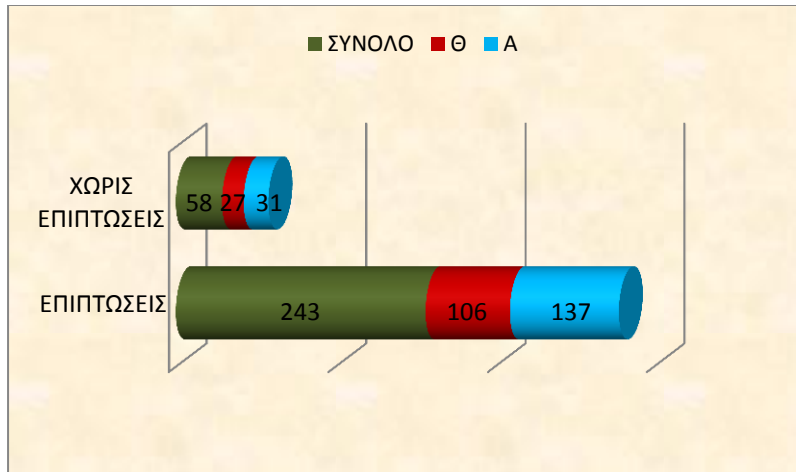
Γράφημα 15: Αυτοαναφερόμενο επίπεδο ψυχικής υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=607)



ΥΠΑΡΞΗ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΛΟΓΩ ΚΑΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

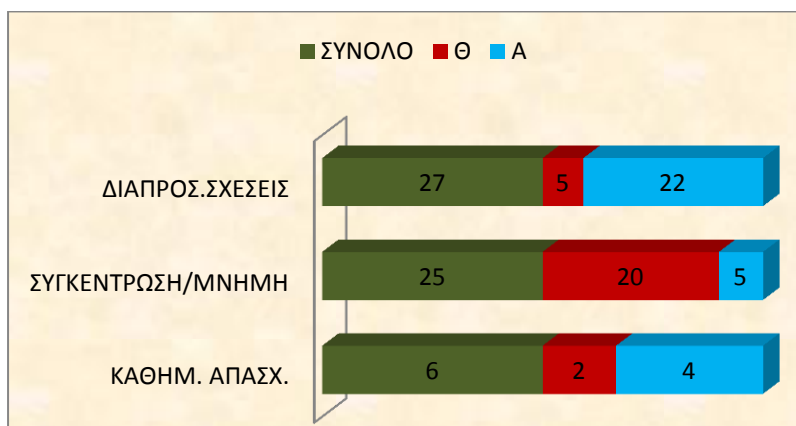
Το συγκεκριμένο ερώτημα απαντήθηκε από τους 301 (133Θ-168Α) χρήστες υπηρεσιών υγείας που δήλωσαν ότι το τελευταίο διάστημα αισθάνονται «πολύ αγχωμένοι/λυπημένοι». (γράφημα 16)

Γράφημα 16: Εκδήλωση επιπτώσεων λόγω κακού επιπέδου ψυχικής υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=301)



58 χρήστες (27Θ-31Α) δηλώνουν πως εξαιτίας της συγκεκριμένης ψυχικής τους διάθεσης αντιμετωπίζουν προβλήματα στην καθημερινή απασχόληση (2Θ-4Α), στη συγκέντρωση/μνήμη (20Θ-5Α), και (5Θ-22Α) στις διαπροσωπικές σχέσεις τους. (γράφημα 17)

Γράφημα 17: Είδος επιπτώσεων λόγω κακού επιπέδου ψυχικής υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=58)



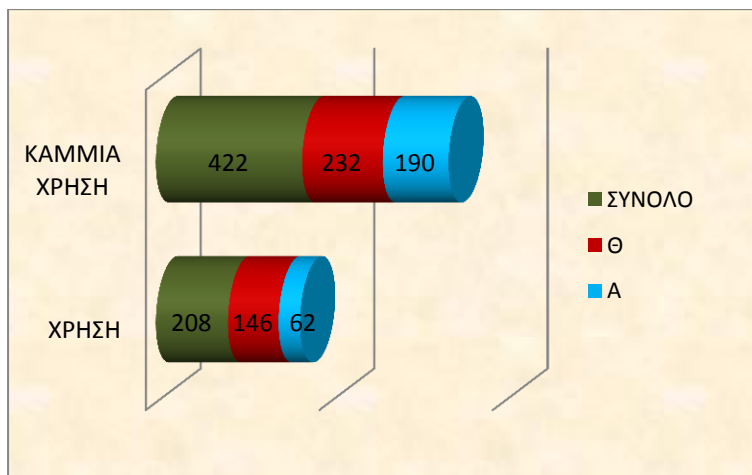
11.5. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΣΚΕΨΙΜΟΤΗΤΑ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 630 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν οι 8 χρήστες υγείας βρεφικής ηλικίας.

Από αυτούς χρειάστηκε να επισκεφθούν κάποιο φορέα υγείας για χρήση υπηρεσιών οι 208 χρήστες εκ των οποίων οι 146 ήταν γυναίκες και οι 62 άνδρες. (γράφημα 18)

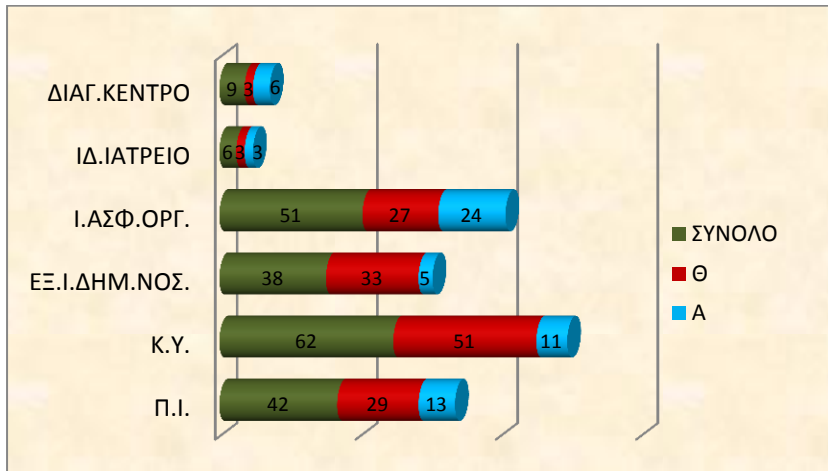
Γράφημα 18 : Χρήση υπηρεσιών υγείας τον τελευταίο μήνα του πληθυσμού της μελέτης (N=630)



Συγκεκριμένα από τους 208 χρήστες υπηρεσιών υγείας, η πλειοψηφία αυτών πραγματοποίησε επισκεψιμότητα στο Κέντρο Υγείας της περιοχής τους (51Θ-11Α) και σε πολυιατρείο ασφαλιστικού οργανισμού και συγκεκριμένα στο Ι.Κ.Α. (27Θ-24Α).

Τα περιφερειακά ιατρεία επισκέφθηκαν 29 άνδρες και 13 γυναίκες. Σχετικά υψηλή επισκεψιμότητα δέχθηκαν από τους χρήστες (33Θ-5Α) και τα εξωτερικά ιατρεία δημοσίου νοσοκομείου ενώ την χαμηλότερη επισκεψιμότητα σημείωσαν τα διαγνωστικά κέντρα (3Θ-6Α) και τα ιδιωτικά ιατρεία (3Θ-3Α). (γράφημα 19)

Γράφημα 19: Φορέας υγείας που επισκέφθηκε τον τελευταίο μήνα ο πληθυσμός της μελέτης (N=208)

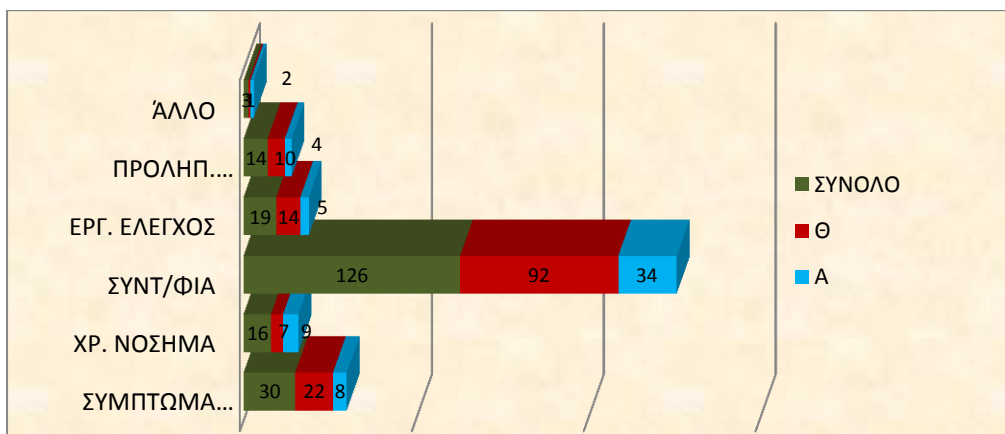


ΑΙΤΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από τους 208 (146Θ-62Α) χρήστες που ανέφεραν την όποια χρήση υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα.

Η πλειονότητα (92Θ-34Α) των χρηστών του δείγματος, απευθύνθηκε σε φορέα υγείας για συνταγογραφία, ενώ 22 γυναίκες και 8 άνδρες των χρηστών προσήλθαν σε φορέα υγείας αιτιώμενοι συμπτώματα ή άλλες καταστάσεις υγείας (παροδική ασθένεια). Οι λοιπές αιτιολογίες που ανέφεραν οι χρήστες υπηρεσιών υγείας αφορούσαν 14 γυναίκες και 5 άνδρες για διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων, 7 γυναίκες και 9 άνδρες για την αντιμετώπιση χρόνιου νοσήματος, 10 γυναίκες και 4 άνδρες αιτούμενοι προληπτικό έλεγχο της υγείας τους και τέλος 3 εκ των χρηστών (1Θ-2Α) έρχοι για διάφορους λόγους πιστοποιητικό υγείας. (γράφημα 20)

Γράφημα 20 : Αναφερόμενα αίτια χρήσης υπηρεσίας υγείας τον τελευταίο μήνα του πληθυσμού της μελέτης (N=208)



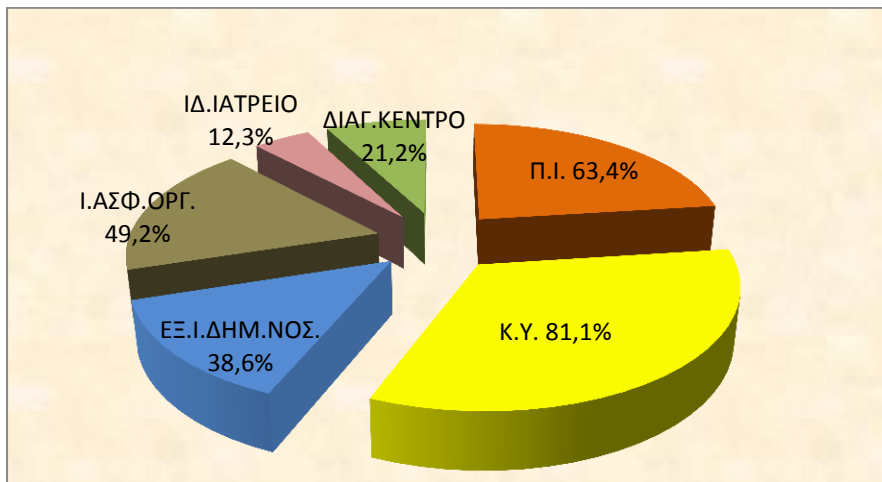
ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η συγκεκριμένη πολλαπλής επιλογής ερώτηση απαντήθηκε από 630 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν οι 8 χρήστες υγείας βρεφικής ηλικίας.

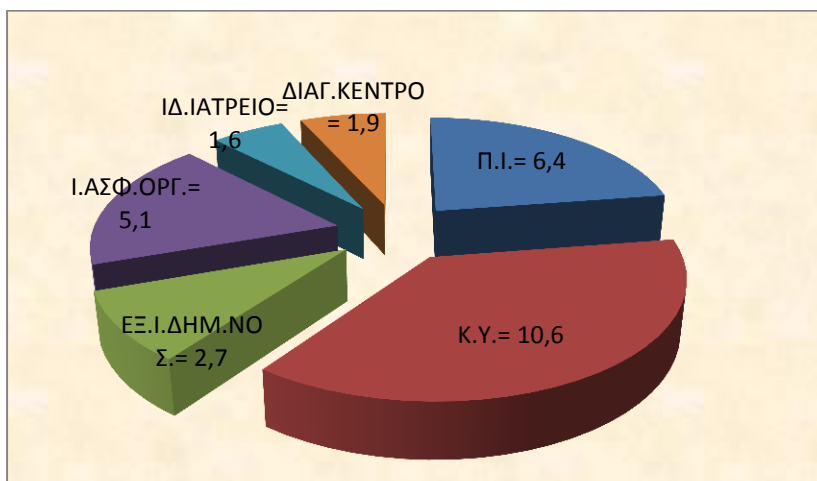
Αναφέρθηκε ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό (81,1%) προσέλευσης των ατόμων του δείγματος στο Κέντρο Υγείας κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου με μέσον όρο επισκεψιμότητας 10,6 ανά έτος. Επίσης το 63,4% επισκέφθηκε περιφερειακό ιατρείο κατά μέσον όρο 6,4 ετησίως και το 49,2% των χρηστών επισκέφθηκε πολυιατρείο ασφαλιστικού οργανισμού κατά μέσον όρο 5,1 ανά έτος.

Χαρακτηριστικά τη μικρότερη προσέλευση δέχθηκαν από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας τα διαγνωστικά κέντρα (21,2%) και ιδιωτικά ιατρεία (12,3%) με μέσον όρο επισκεψιμότητας 1,9 και 1,5 αντίστοιχα.(γράφημα 21, 22)

Γράφημα 21: Φορέας υγείας που επισκέφθηκε το τελευταίο έτος ο πληθυσμός της μελέτης (N=630)



Γράφημα 22: Μέσος όρος χρήσης φορέων υγείας το τελευταίο έτος του πληθυσμού της μελέτης (N=630)

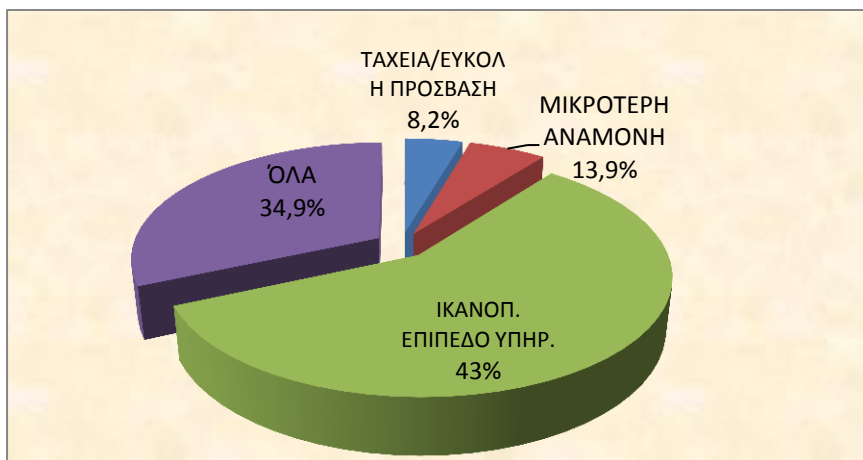


ΕΠΙΛΟΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 630 χρήστες εκ του συνόλου των 638. Εξαιρέθηκαν οι 8 χρήστες υγείας βρεφικής ηλικίας.

Τα κριτήρια που επιλέγουν οι χρήστες υπηρεσιών υγείας ώστε να επισκεφθούν κάποια υπηρεσία υγείας βασίζονται κυρίως στο ικανοποιητικό επίπεδο παροχής υπηρεσιών (43%) και λιγότερο στο χρόνο αναμονής και στην εύκολη πρόσβαση. Βέβαια ποσοστό 34,9% δηλώνει πως το ιδανικό κριτήριο επιλογής είναι η υπηρεσία υγείας που δύναται να συνδυάζει όλα τα ανωτέρω χαρακτηριστικά. (γράφημα 23)

Γράφημα 23: Κριτήρια επιλογής φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=630)

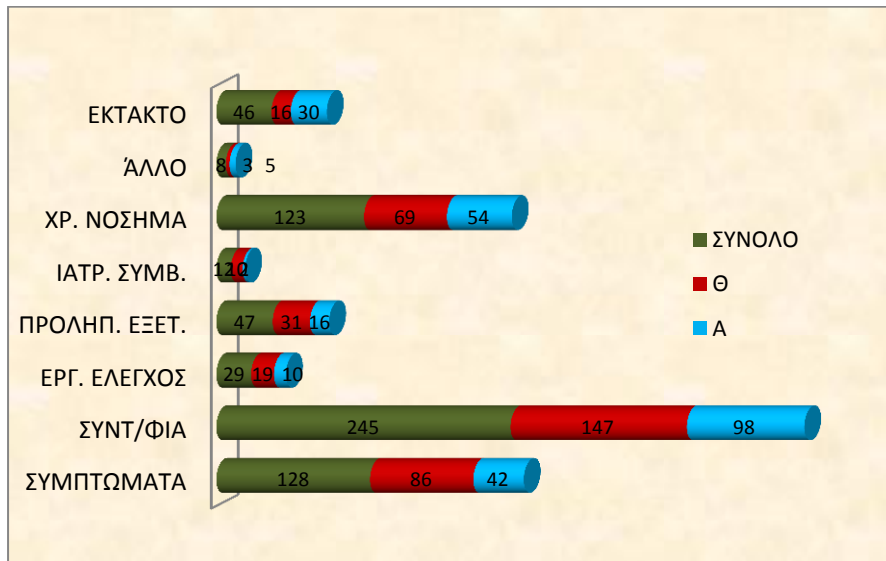
ΑΙΤΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ

Η πλειοψηφία των χρηστών 245 (147Θ-98Α) προσήλθαν στο επιλεγμένο ιατρείο γενικής ιατρικής για τακτική συνταγογράφηση ενώ 86 γυναίκες και 42 άνδρες με συμπτώματα-σημεία (παροδικά), 69 γυναίκες και 54 άνδρες για τον καθορισμένο τακτικό επανέλεγχο χρόνιου νοσήματος.

Επιπλέον 19 γυναίκες και 10 άνδρες προσήλθαν για εργαστηριακό έλεγχο ενώ 31 γυναίκες και 16 άνδρες αναφέρει ως αιτία προληπτικό έλεγχο υγείας.

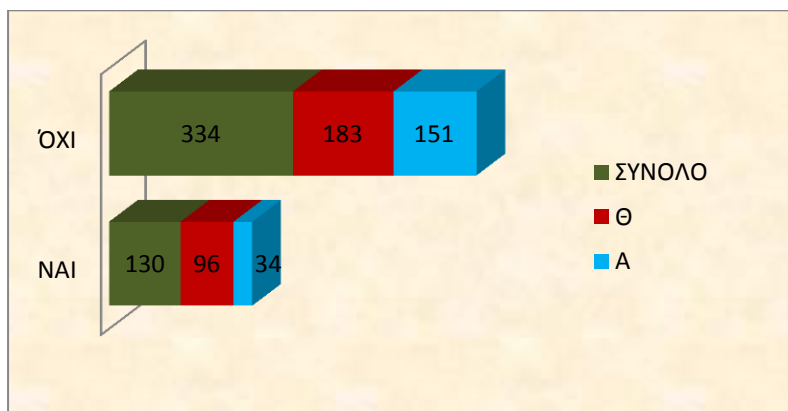
Επίσης καταγράφηκαν από 10 γυναίκες και 2 άνδρες ως αίτια προσέλευσης οι ιατρικές συμβουλές και για λήψη πιστοποιητικών υγείας χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες 3 γυναίκες και 5 άνδρες.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι 46 (16Θ - 30Α) περιστατικά προσήλθαν ή διακομίσθηκαν στο ιατρείο με το χαρακτήρα του επειγόντος. (γράφημα 24)

Γράφημα 24: Αιτία χρήσης υπηρεσίας υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=638)**ΠΡΟΣΥΝΕΝΝΟΗΣΗ**

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 464 (279Θ-185Α) χρήστες αφού εξαιρέθηκαν οι 128 (86Θ- 42Α) χρήστες υπηρεσιών υγείας που προσήλθαν για συμπτώματα-σημεία καθώς και οι 46 (16Θ - 30Α) χρήστες υγείας που προσήλθαν ως έκτακτα περιστατικά.

Μόλις 130 (96Θ-34) εκ των χρηστών υπηρεσιών υγείας αναφέρουν ότι υπήρξε προσυνηννόηση με τον ιατρό. (γράφημα 25)

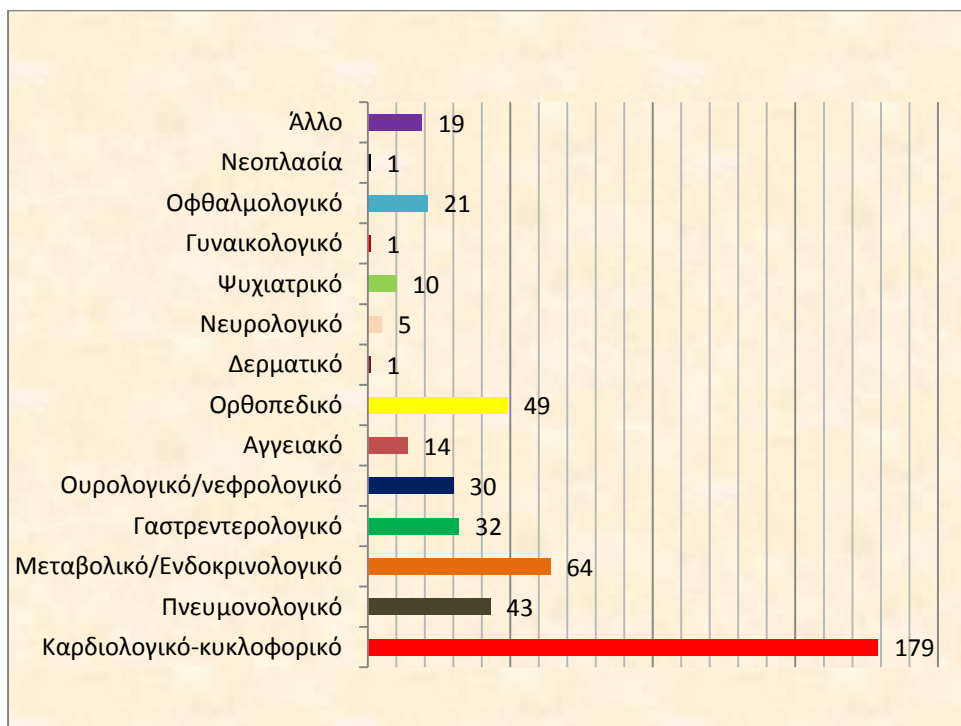
Γράφημα 25: Διαδικασία προσυνηννόησης χρήσης υπηρεσίας υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=464)

ΤΑΚΤΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη πολλαπλής επιλογής ερώτηση απαντήθηκε από 245 (147Θ-98Α) χρήστες που προσήλθαν στο επιλεγμένο ιατρείο γενικής ιατρικής για τακτική συνταγογράφηση.

Αναλυτικά η τακτική συνταγογράφηση ανά νόσημα καταγράφεται στον γράφημα 26.

Γράφημα 26: Τακτική συνταγογράφηση ανά νόσημα του πληθυσμού της μελέτης (N=245)

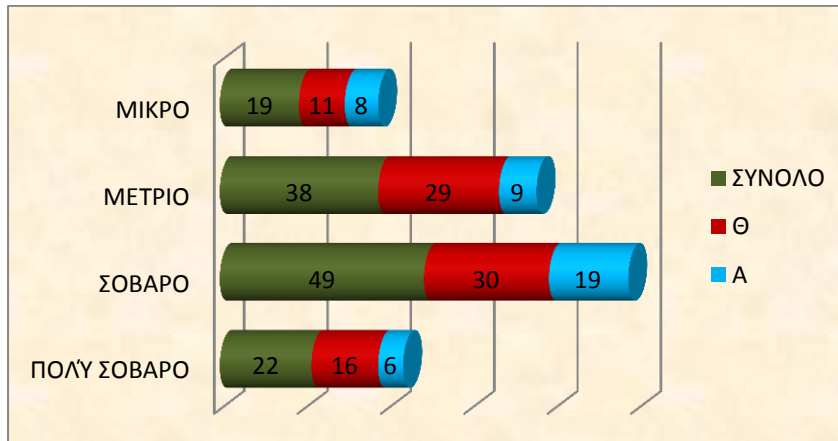
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 128 (86Θ- 42Α) χρήστες υπηρεσιών υγείας που προσήλθαν για συμπτώματα-σημεία.

Από το σύνολο των 86 χρηστών γυναικών που απάντησαν οι 30 θεωρούν το πρόβλημα υγείας τους σοβαρό, οι 29 μέτριο ενώ οι 16 πολύ σοβαρό. Μόλις 11 θεωρούν μικρό το πρόβλημα υγείας που τις απασχολεί.

Αντίστοιχα για τους 42 άνδρες-χρήστες υπηρεσιών υγείας οι 19 θεωρούν το πρόβλημα υγείας τους σοβαρό , 9 μέτριο ενώ 6 πολύ σοβαρό και οι 8 μικρό. (γράφημα 27)

Γράφημα 27: Υποκειμενική αντίληψη του παρόντος επεισοδίου υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=128)



ΟΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 128 (86Θ- 42Α) χρήστες υπηρεσιών υγείας που προσήλθαν για συμπτώματα-σημεία.

Από το σύνολο των 86 χρηστών γυναικών που απάντησαν οι 46 θεωρούν ότι χρήζουν φαρμακευτική αγωγή και οι 14 διαγνωστικές εξετάσεις.

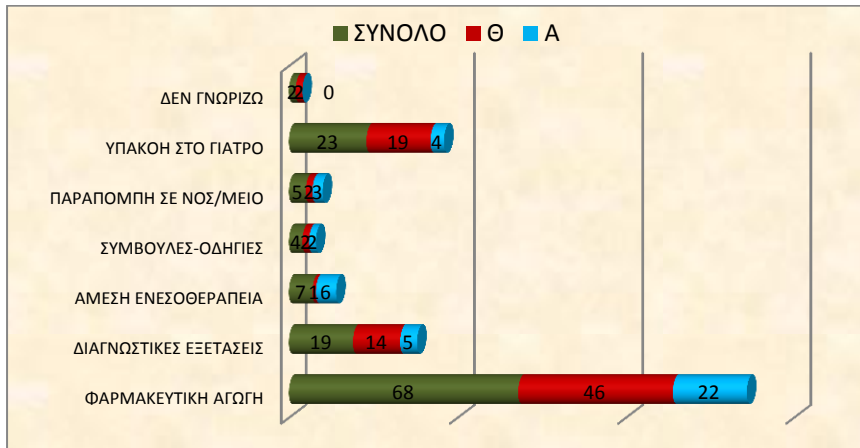
Πλήρη υπακοή στην ιατρική οδηγία δηλώνουν οι 19 ενώ 1 θεωρεί την άμεση ενεσοθεραπεία ως λύση του προβλήματος, 2 θεωρούν τις ιατρικές συμβουλές-οδηγίες ικανοποιητική λύση και 2 δηλώνουν πως θα πρέπει να παραπεμφθούν στο νοσοκομείο.

Δεν είχαν καμία γνώμη 2 εκ των γυναικών χρηστών υγείας για τον τρόπο διαχείρισης του προβλήματος υγείας τους.

Από το σύνολο των 42 ανδρών χρηστών που απάντησαν οι 22 θεωρούν ότι χρήζουν φαρμακευτική αγωγή και μόλις 5 διαγνωστικές εξετάσεις.

Πλήρη υπακοή στην ιατρική οδηγία δηλώνουν οι 4 ενώ 6 θεωρούν την άμεση ενεσοθεραπεία ως λύση του προβλήματος, 2 θεωρούν τις ιατρικές συμβουλές-οδηγίες ικανοποιητική λύση και 3 δηλώνουν πως θα πρέπει να παραπεμφθούν στο νοσοκομείο. (γράφημα 28)

Γράφημα 28: Επιθυμητή διαχείριση του παρόντος επεισοδίου υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=128), από τον ιατρό



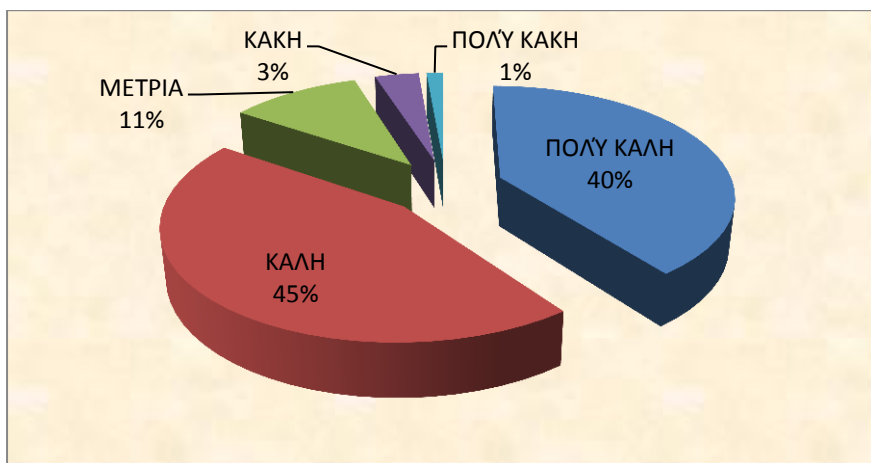
11.6. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΧΡΗΣΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το συγκεκριμένο ερώτημα απευθύνθηκε , απαντήθηκε και αξιολογήθηκε από 584 χρήστες υπηρεσιών υγείας από το σύνολο των 638. Εξαιρέθηκαν για ευνόητους λόγους τα 46 άτομα που προσήλθαν ή μεταφέρθηκαν από συνοδό μέλος στο συγκεκριμένο ιατρείο γενικής ιατρικής αιτιώμενοι έκτακτο-επείγον περιστατικό, (θλαστικό, κατάγματα, Α.Ε.Ε , Ο.Ε.Μ. κλπ.), καθώς και επιπλέον 8 χρήστες υπηρεσιών υγείας ηλικίας 2- 5 ετών.

Η εκτίμηση του θερράποντος ιατρού καταγράφεται στον γράφημα 29 .

Γράφημα 29: Η ιατρική άποψη για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=584)

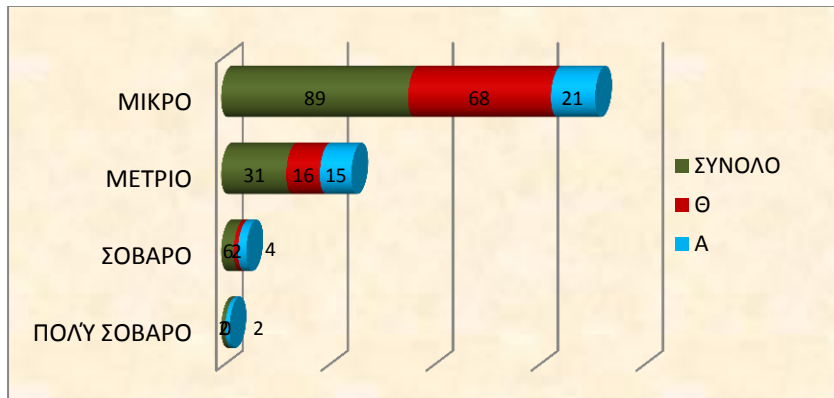


ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η συγκεκριμένη ερώτηση απαντήθηκε από 128 (86Θ- 42Α) χρήστες υπηρεσιών υγείας που προσήλθαν για συμπτώματα-σημεία.

Η εκτίμηση του θεράποντος ιατρού καταγράφεται στον γράφημα 30.

Γράφημα 30: Η ιατρική εκτίμηση ως προς την επικινδυνότητα του αιτιώμενου επεισοδίου υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=128)

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΑΝΑ ΑΙΤΙΟ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ

Η συγκεκριμένη πολλαπλής επιλογής ερώτηση αφορούσε 638 (381Θ-257Α) χρήστες που προσήλθαν στο επιλεγμένο ιατρείο γενικής ιατρικής για οποιαδήποτε αιτία.

Οι ιατρικές πράξεις κατά ICPC 2, καταγράφονται στον γράφημα 31.

Γράφημα 31: Καταγραφή των ιατρικών πράξεων στο πληθυσμό της μελέτης (N=638)

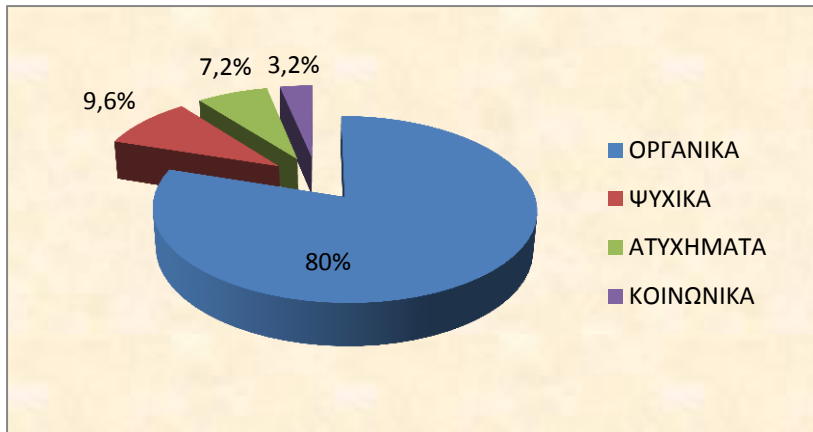


ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΤΙΑΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ

Η συγκεκριμένη πολλαπλής επιλογής ερώτηση αφορούσε 638 (381Θ-257Α) χρήστες που προσήλθαν στο επιλεγμένο ιατρείο γενικής ιατρικής για οποιαδήποτε αιτία.

Οι ιατρικές εκτιμήσεις ως προς την οποιαδήποτε αιτία προσέλευσης των χρηστών στο φορέα υγείας καταγράφονται στον γράφημα 32.

Γράφημα 32: Η ιατρική εκτίμηση ως προς το χαρακτήρα του αιτιώμενο επεισοδίου υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=128)

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΑΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ/ΟΡΓΑΝΟ

Η συγκεκριμένη ερώτηση αφορά 128 (86Θ- 42Α) χρήστες υπηρεσιών υγείας που προσήλθαν για συμπτώματα-σημεία.

Οι πλειοψηφικές διαγνώσεις στις κατηγορίες ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ/ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ/ΕΝΔΟΚ/ΚΟ, ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ αφορούν 22 γυναίκες και 9 άνδρες, 16 γυναίκες και 8 άνδρες, 12 γυναίκες και 9 άνδρες και 6 γυναίκες και 10 άνδρες, αντίστοιχα.

Η ιατρική διάγνωση καταγράφεται στον γράφημα 33.

Γράφημα 33: Η ιατρική διάγνωση ανά σύστημα του αιτιώμενο επεισοδίου υγείας του πληθυσμού της μελέτης (N=128)



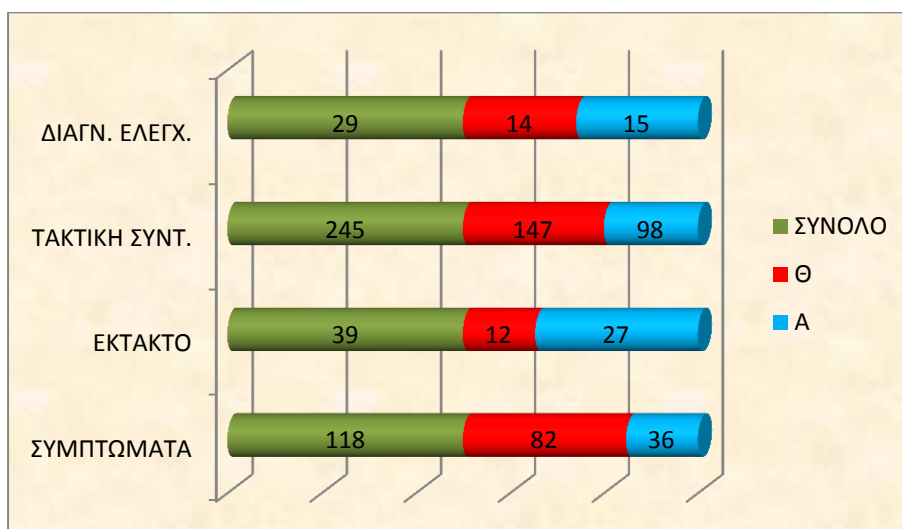
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΝΤΑΓΩΝ/ΑΝΑΓΡΑΦΟΜΕΝΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ

Η συνταγογράφηση που πραγματοποιήθηκε από τον ιατρό αφορούσε την τακτική και επιλεκτικά την συνταγογράφηση επί συμπτωμάτων και τη συνταγογράφηση στα έκτακτα περιστατικά.

Πραγματοποιήθηκε σε 431 συνολικά χρήστες υπηρεσιών υγείας .

Αναλυτικά από τους 128 (86Θ- 42Α) χρήστες που προσήλθαν για συμπτώματα - σημεία έγινε συνταγογράφηση σε 118 (82Θ- 36Α) , στους 46 χρήστες (16Θ - 30Α) που προσήλθαν ή διεκομίσθηκαν ως έκτακτο, πραγματοποιήθηκε συνταγογραφία σε 39 (12Θ - 27Α)

Επιπλέον 245 (147Θ-98Α) χρήστες προσήλθαν για τακτική συνταγογράφηση. Η συνταγογράφηση των υπόλοιπων 29 χρηστών υγείας προήλθε μετά το πέρας των οποιοδήποτε διαγνωστικών εξετάσεων. Στις 612 συνταγές που εκδόθηκαν από τον ιατρό περιλαμβάνονταν 1631 σκευάσματα. Ο μέσος όρος/ συνταγή ήταν 1,91. Αναλυτικά στον γράφημα 34.

Γράφημα 34 : Η διενέργεια συνταγογραφίας από τον ιατρό ανά περίπτωση του πληθυσμού της μελέτης (N=431)ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΟΣ

Στις 612 συνταγές που εκδόθηκαν από τον ιατρό τα φαρμακευτικά σκευάσματα που εμπεριέχονταν σε αυτές ανήκαν στις παρακάτω κατηγορίες (πίνακας 4).

Πίνακας 4: Κατανομή συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων ανά κατηγορία του πληθυσμού της μελέτης (N=431)

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ	32	ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ	181	ΜΥΟΧΑΛ.	32	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ	49
ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ	73	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	97	ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛ.	48	ΔΕΡΜΑΤΟΛ.	16
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ	90	ΑΝΤΙΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΑ	159	ΑΝΤΙΨΥΧΩΣ.	21	ΑΝΤΙΙΣΤΑΜΙΝ.	19
ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΑ	108	ΥΠΕΡΟΥΡΙΧΑΙΜΙΑΣ	42	ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	23	ΓΥΝΑΙΚΟΛ.	4
ΕΝΔΟΚΡΙΝ.	39	ΓΟΠ/ΣΕΕ/ΓΑΣΤΡ.	76	ΟΦΘΑΛΜΟΛ.	41	ΑΛΛΑ	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

Συζήτηση

12.1. Το προφίλ των χρηστών υπηρεσιών υγείας της μελέτης μας ήταν:

Από το σύνολο των 638 χρηστών υγείας η πλειοψηφία ήταν 616 (96,6%) Έλληνες, 367 γυναίκες σε ποσοστό 59,7%, που οι 319 (49,9%) άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα +65.

Οι 198 χρήστες υπηρεσιών υγείας της ηλικιακής ομάδας 45-64, κατανέμονται με μικρή ποσοστιαία διαφορά αφού είναι 106 (53,5%) γυναίκες ενώ για την ηλικιακή ομάδα +65 είναι 212 (66,5%).

Τα άτομα που στερούνται πλήρως εκπαίδευση ανήκουν στο γυναικείο φύλλο 138 (72,2%).

Βασική και μέση εκπαίδευση έλαβαν 208 (55,3%) εκ των γυναικών και 168 (44,7%) εκ των ανδρών, ενώ από αυτούς που έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση είναι 15 (71,4%) άνδρες και 6 (28,6%) γυναίκες.

Οι 509 (83,8%) χρήστες υπηρεσιών υγείας του δείγματος είναι έγγαμοι, 292 (79,1%) γυναίκες και 217 (91,2%) άνδρες εκ του συνόλου του κάθε φύλου αντίστοιχα. Από τους 75 (12,4%) των ατόμων που δηλώνουν κατάσταση χηρείας οι 63 (84%) είναι γυναίκες. Από τα άτομα που δηλώνουν άγαμα η αναλογία είναι 12 (63,1%) γυναίκες και 7 (36,9%) άνδρες ενώ από τους διαζευγμένους ο αριθμός ανδρών και γυναικών είναι ο ίδιος (2Θ-2Α).

Οι 571 (94,1%) χρήστες αναφέρουν ύπαρξη τέκνων (μ.ο. 2,6).

Σε εργασιακή κατάσταση κατά την περίοδο της μελέτης ήταν 219 (44,4%) άνδρες και 30 (7,9%) γυναίκες εκ των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον 110 (17,4%) είναι γυναίκες αποκλειστικά οικιακής απασχόλησης ενώ οι 319 (50,6%) δηλώνουν συνταξιούχοι εκ των οποίων 212 (66,4%) είναι γυναίκες. Το επίπεδο ανεργίας αφορά 16 (10,1%) χρήστες κυρίως άνδρες χρήστες 12 (75%). Κατά κύριο λόγο οι άνδρες, 92 εξ αυτών απασχολούνται με την αγροκαλλιέργεια σε ποσοστό 82,1%.

Η κύρια πηγή πόρων ζωής για 469 (77,3%) άτομα του δείγματος εξασφαλίζεται από την μηνιαία σύνταξη καθώς και από την εργασία, 324 (53,4%) και 145 (23,9%) χρήστες αντίστοιχα. 4 άτομα (2Θ-2Α) ηλικιακής ομάδας 45-64, αναφέρει λήψη αναπηρικής σύνταξης. Αξιοσημείωτο είναι ότι 116 (19,1%) χρήστες δηλώνουν οικονομικά εξαρτώμενοι και αφορά 114 (98,3) των γυναικών οι οποίες 110 (94,8%) δηλώνουν ως εργασιακή απασχόληση τα οικιακά και 4 (3,5%) άνεργες.

Η πλειοψηφία των χρηστών υπηρεσιών υγείας δηλώνουν μηνιαίο ατομικό εισόδημα ως 500€ και αφορά 410 (67,6%), ενώ μόλις 80 (13,2%) δηλώνει εισόδημα 500-1000€, ενώ 29 (4,8%) χρήστες έχουν εισόδημα από 1000- 1500€ και αντιπροσωπεύει άτομα με απασχόληση στο δημόσιο τομέα ή σε οικογενειακή επιχείρηση. Το χαμηλό εισόδημα

των ατόμων-χρηστών υπηρεσιών υγείας της μελέτης αφορά κυρίως το συνταξιοδοτικό εισόδημα.

Επίσης αξιοσημείωτο είναι πως 88 (14,4%) δεν αναφέρουν μηνιαία εισοδήματα αφού κύριος πόρος εισφοράς χρημάτων είναι παροδική πώληση αγροτικών προϊόντων σε συγκεκριμένες περιόδους του έτους.

Πιθανή εξήγηση των ανωτέρω αποτελεσμάτων είναι πως την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης η χώρα μας ήδη βίωνε τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης, με την μείωση των συντάξεων και των λοιπών παροχών στους χρήστες υγείας.

Για 619 (97%) εκ των χρηστών υπηρεσιών υγείας υπήρχε ασφαλιστική κάλυψη.

Η ασφαλιστική κάλυψη των χρηστών υπηρεσιών υγείας αφορούσε κυρίως τα δύο βασικά ταμεία Ο.Γ.Α. και Ι.Κ.Α. 406 (63,7%) και 180 (28,2%) αντίστοιχα. Καμία ασφάλεια, δεν διέθεταν 19 (3%) άτομα και αναλυτικότερα 10 (42,1%) εξ αυτών ήταν έλληνες υπήκοοι, 4 γυναίκες και 6 άνδρες έγγαμοι, ηλικιακής ομάδας 45-64 και βασικής μόρφωσης. Επίσης 2 χρήστες (1θ-1Α), αναφέρει ασφαλιστική κάλυψη από την Πρόνοια.

Οι 255 (40,5%) των ατόμων του δείγματος δηλώνουν ενεργείς καπνιστές με μέσο όρο 14,5 αριθμού τσιγάρων ημερησίως. Το προφίλ αυτό αφορά το 187 (71,6%) άνδρες χρήστες, έγγαμοι, ηλικίας 15-44, κυρίως, βασικού επιπέδου μόρφωσης, με κύρια ασχολία την αγροκαλλιέργεια και μέσο όρο 18,2 τσιγάρα ημερησίως. Επιπλέον δηλώνουν μη καπνίζοντες 303 (80,2%) γυναίκες με το ακόλουθο προφίλ: έγγαμες, ηλικιακής ομάδας +65 χωρίς επίπεδο μόρφωσης με κύρια ασχολία τα οικιακά ενώ 43 (6,8%) αναφέρουν διακοπή καπνίσματος (μέσο όρο 9,3 έτη), κυρίως οι άνδρες 36 (14,3%), ανήκοντες στην ηλικιακή ομάδα +65.

Οι 322 (48,1%) χρήστες υπηρεσιών υγείας του δείγματος δηλώνουν μηδαμινή ή ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ κυρίως γυναίκες 253 (67%) επί του συνόλου, έγγαμες, ηλικιακής ομάδας +65, με επίπεδο μόρφωσης βασικό ή καθόλου και με κύρια απασχόληση τα οικιακά σε αντίθεση με το 110 (43,6%) των ανδρών που καταναλώνουν από 4-7 φορές εβδομαδιαία και αφορά κυρίως έγγαμους, 15-44 ετών, χωρίς μορφωτικό επίπεδο και με κύρια απασχόληση την αγροκαλλιέργεια.

Η διατροφικές συνήθειες των χρηστών σε σχέση με την εβδομαδιαία κατανάλωση κόκκινου κρέατος σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας αντιτίθεται με το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής. Οι 312 (49,6%) χρήστες υγείας προτιμούν σαφέστατα το κόκκινο κρέας αφού περιλαμβάνεται σε ποσοστό τουλάχιστο 4 φορές την εβδομάδα και αφορά κυρίως έγγαμους άνδρες, ηλικιακής ομάδας 45-64, στερούμενοι βασικής μορφωτικής εκπαίδευσης, με κύρια εργασιακή απασχόληση την αγροκαλλιέργεια. Η κατανάλωση λιπαρού ψαριού λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα αφορά 563 (89,4%) των ατόμων του δείγματος 402 (71,9%) άνδρες, με όμοια χαρακτηριστικά με την ανωτέρω ομάδα. Αντίθετα, τα άτομα που καταναλώνουν περισσότερο από 2 φορές την εβδομάδα αφορούν κυρίως γυναίκες έγγαμες, ηλικιακής ομάδας 15-44, με επίπεδο μόρφωσης μέσης εκπαίδευσης και κύρια εργασιακή απασχόληση μισθωτή και οικογενειακή επιχείρηση.

Η κατανάλωση φρούτων/λαχανικών λιγότερο από 5 μερίδες την εβδομάδα είναι η επικρατέστερη των απαντήσεων από 374 (59,4%) των χρηστών υπηρεσιών υγείας και αφορά κυρίως άνδρες έγγαμους, ηλικιακής ομάδας +65, συνταξιούχους, κάτοχοι βασικής εκπαίδευσης. Αντίθετα 97 χρήστες καταναλώνουν περισσότερο από 5 μερίδες εβδομαδιαία και αφορά 67,1% των γυναικών και το 62,2% των ανδρών, ηλικιακής ομάδας 15-44, με μόρφωση μέσης εκπαίδευσης και αντίστοιχη απασχόληση οικιακά και μισθωτοί - οικογενειακή επιχείρηση.

Οι 400 (63,5%) χρήστες υπηρεσιών υγείας του δείγματος δεν εξασκούνται και δεν ασκούν κάποια βαριά δραστηριότητα στη διάρκεια της εβδομάδας. Το παραπάνω ποσοστό αφορά κυρίως γυναίκες το 47,9%, έγγαμες, χωρίς επίπεδο εκπαίδευσης, συνταξιούχες. Οι υπόλοιπες κλίμακες σωματικής δραστηριότητας μοιράζονται ομοιογενώς 54-68 χρήστες ποσοστά πλησία (8,1-10,8) και αφορά κυρίως χρήστες άνδρες, έγγαμους, ηλικίας 44-65, άνευ ή βασικής εκπαίδευσης, με κύρια απασχόληση την αγροκαλλιέργεια που είναι η βασική αιτία της σχεδόν καθημερινής σωματικής δραστηριότητας.

12.2. Τα χαρακτηριστικά υγείας των χρηστών υπηρεσιών υγείας που ανέδειξε η μελέτη μας ήταν:

Η πλειοψηφία των χρηστών υγείας, 437 (75%) αυτοχαρακτήρισε το επίπεδο υγείας του «καλό έως πολύ καλό». Μόλις 21 (3,4%) των ατόμων του δείγματος κυρίως ηλικιακής ομάδας +65 χαρακτήρισε το προσωπικό επίπεδο υγείας του «πολύ κακό». Αναλυτικά 152(38,2%) και 135(29,2%) των γυναικών χρηστών υπηρεσιών υγείας αυτοχαρακτήριζαν το επίπεδο υγείας τους «καλό έως πολύ καλό», ηλικιακής ομάδας 45-64 κυρίως. Αντίστοιχα στους άνδρες χρήστες ήταν 85 (41,9%) και 65 (37,2%). Σημαντική διαφορά σημειώθηκε στον αποχαρακτηρισμό «μέτριο» επίπεδο υγείας. Οι 59 (22,9%) άνδρες επέλεξαν τη συγκεκριμένη απάντηση σε αντίθεση με 28 (7,8%) γυναίκες που απάντησαν ομοίως.

Σε τακτική βάση, χρήση φαρμακευτικών ουσιών εξαιτίας προβλήματος υγείας υποχρεούται να κάνουν 431 (68,4%) εκ των χρηστών υγείας του δείγματος. Αναλυτικά 177 (41,1%) γυναίκες και 118 (27,3%) άνδρες δηλώνουν τακτική λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Από το σύνολο των χρηστών γυναικών υπηρεσιών υγείας 259 (68%) λαμβάνει τακτικά αγωγή ενώ αντίστοιχα 172 (66,9%) των χρηστών-ανδρών.

Η αγωγή των χρηστών υπηρεσιών υγείας αφορά πρόβλημα υγείας για τους 299 (56,7%) στο καρδιολογικό-κυκλοφορικό σύστημα, 186 (35,2%) στο μεταβολικό ή ενδοκρινολογικό, 156 (29,4%) ορθοπεδικά προβλήματα, πνευμονολογικά 90 (17,1%), γαστρεντερολογικά 68 (12,8%) και ψυχιατρικά 55(10,4%).

Αντίθετα η μειονότητα των νοσημάτων που αναφέρθηκαν από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, αφορά τα δερματικά νοσήματα 6 (1,2%), τα γυναικολογικά 10 (1,9%), νευρολογικά 13 (2,5%), τα νεοπλασμάτα 10 (1,9%), το αγγειακό σύστημα 23 (4,3%), τα οφθαλμολογικά προβλήματα 30 (5,6%) και τα ουρολογικά/νεφρολογικά

35 (6,6%). 60 (10,6%) χρήστες που απάντησαν «άλλα» προβλήματα υγείας αναφερόταν σχεδόν αποκλειστικά σε αλλεργίες.

Από τους 301 (133Θ -168Α) χρήστες υπηρεσιών υγείας του δείγματος που αισθάνονται «πολύ αγχωμένοι/λυπημένοι», οι 243 δήλωσαν πως παρά το κακό επίπεδο ψυχικής υγείας τους δεν αντιλαμβάνονται να αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα στις καθημερινές δραστηριότητές τους, στη μετακίνηση, στη συγκέντρωσή τους και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Αντίθετα 58 χρήστες (27Θ-31Α) δηλώνουν πως εξαιτίας της συγκεκριμένης ψυχικής τους διάθεσης 6 (10,3%) αντιμετωπίζουν προβλήματα στην καθημερινή απασχόληση, 25 (43,1%) στη συγκέντρωση/μνήμη και 27 (46,6%) στις διαπροσωπικές σχέσεις τους. Αναλυτικότερα 22 (71%) εκ των ανδρών αντιμετωπίζουν πρόβλημα στις καθημερινές διαπροσωπικές σχέσεις και 20 (74,1%) των γυναικών αισθάνονται αδυναμία συγκέντρωσης-μνήμης.

12.3. Ζήτηση και αναδρομική χρήση υπηρεσιών υγείας των ατόμων της μελέτης:

Οι 208 (33%) από τα άτομα του δείγματος της μελέτης επισκέφθηκαν κάποιο φορέα υγείας τον τελευταίο μήνα.

Οι γυναίκες-χρήστες υπηρεσιών υγείας επέλεξαν κατά κύριο λόγο να επισκεφθούν:

το Κέντρο Υγείας της περιοχής τους σε ποσοστό 35%

τα εξωτερικά ιατρεία δημοσίου νοσοκομείου σε ποσοστό 22,8%

τα περιφερειακά ιατρεία της περιοχής τους σε ποσοστό 19,8%

πολυιατρείο ασφαλιστικού οργανισμού σε ποσοστό 18,4%

τα ιδιωτικά ιατρεία σε ποσοστό 2%

τα διαγνωστικά κέντρα σε ποσοστό 2%

Αντίστοιχα οι άνδρες-χρήστες υπηρεσιών υγείας επέλεξαν κατά κύριο λόγο να επισκεφθούν:

το Κέντρο Υγείας της περιοχής τους σε ποσοστό 17,7%

τα εξωτερικά ιατρεία δημοσίου νοσοκομείου σε ποσοστό 8%

τα περιφερειακά ιατρεία της περιοχής τους σε ποσοστό 20,9%

πολυιατρείο ασφαλιστικού οργανισμού σε ποσοστό 38,7%

τα ιδιωτικά ιατρεία σε ποσοστό 4,8%

τα διαγνωστικά κέντρα σε ποσοστό 9,9%

Η πλειονότητα 126 (60,6%) των χρηστών του δείγματος, 92 (73%) γυναίκες ηλικιακής ομάδας +65, απευθύνθηκε σε φορέα υγείας για αναγραφή συνταγής. Μόλις 30 (14,4%) εκ των χρηστών προσήλθαν σε φορέα υγείας αιτιώμενοι συμπτώματα ή άλλες καταστάσεις υγείας (παροδική ασθένεια), 22 (73,3%) γυναίκες, ηλικιακής ομάδας +65. Επίσης και στην αιτιώμενη επίσκεψη για εργαστηριακές ή προληπτικές εξετάσεις κυριαρχούν οι γυναίκες, 24 (72,7%) στο σύνολο, ηλικιακής ομάδας 45-64.

Οι 511 (81,1%) από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας της μελέτης επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου με μέσον όρο επισκεψιμότητας 10,6 ανά έτος. Οι 400 (63,4%) επισκέφθηκαν περιφερειακό ιατρείο κατά μέσον όρο 6,4 ετησίως και 310 (49,2%) επισκέφθηκαν πολυιατρείο ασφαλιστικού οργανισμού κατά μέσον όρο 5,1 ανά έτος, ενώ χαμηλά ποσοστά

επισκεψιμότητας δέχτηκαν τα ιδιωτικά ιατρεία και τα διαγνωστικά κέντρα. Από το σύνολο των χρηστών υγείας που απευθύνθηκαν στον οποιοδήποτε φορέα οι 421 (66,9%) ήταν γυναίκες.

12.4. Τα κριτήρια επιλογής υπηρεσιών υγείας :

Οι 271 (43%) των χρηστών επιλέγουν την υπηρεσία υγείας, κυρίως λόγω ικανοποιητικού επιπέδου παροχής υπηρεσιών. Βέβαια 220 (34,9%) εξ αυτών δηλώνουν πως το ιδανικό κριτήριο επιλογής είναι η υπηρεσία υγείας που δύναται να συνδυάζει την γρήγορη και εύκολη πρόσβαση, το μικρότερο χρόνο αναμονής, καθώς και το υψηλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας.

Θα πρέπει επίσης να επισημάνουμε ότι το γυναικείο φύλο αξιολογεί λιγότερο από το ανδρικό την μικρότερη αναμονή στην υπηρεσία υγείας ενώ θεωρεί βασικό κριτήριο την ικανοποιητική παροχή.

Από τους 63 (26Θ-37Α) χρήστες υγείας (10%) που θεωρούν τη μικρότερη αναμονή ως βασικό κριτήριο, διαπιστώθηκε για 28 χρήστες (11Θ-17Α), ότι η μόνιμη διαμονή κατοικίας τους είναι εκτός περιοχής ευθύνης του κέντρου υγείας (δηλώνουν κάτοικοι Ηρακλείου), 16 από αυτούς διαθέτουν ασφάλεια Ι.Κ.Α. και 12 του Ο.Γ.Α. και ο σκοπός επισκεψιμότητάς τους ήταν η αναγραφή συνταγών (26 τακτική συνταγογράφηση και 2 αντιγραφή συνταγής εκδιδόμενη από τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου).

12.5. Χρήση υπηρεσιών υγείας :

Η πλειοψηφία των χρηστών 245 (38,4%) προσήλθαν στο επιλεγμένο ιατρείο γενικής ιατρικής για τακτική συνταγογράφηση κυρίως γυναίκες ηλικίας +65, ενώ 128 (20,1%) με συμπτώματα-σημεία (παροδικά), 123 (19,2%) για τον καθορισμένο τακτικό επανέλεγχο χρόνιου νοσήματος.

Αναλυτικά από τους 128 χρήστες που προσήλθαν με συμπτώματα-σημεία οι 86 ήταν γυναίκες και 42 άνδρες.

Από τους 245 χρήστες υπηρεσιών υγείας που προσήλθαν για τακτική συνταγογράφηση οι 147 (60%) ήταν γυναίκες και 98 (40%) άνδρες.

Από τους 123 χρήστες που επισκέφθηκαν την υπηρεσία υγείας για τακτικό επανέλεγχο χρόνιου νοσήματος 69 ήταν γυναίκες και 54 άνδρες χρήστες.

Αναφορικά με τα νοσήματα που περιλάμβανε η τακτική συνταγογράφηση των 245 χρηστών υγείας για 179 (73,1%) αφορούσε το καρδιολογικό-κυκλοφορικό σύστημα, για 64 (26,1%) το μεταβολικό-ενδοκρινολογικό, 49 (20%) ορθοπαιδικά προβλήματα 32 (13,1%) και 30 (12,2%) γαστρεντερολογικό και ουρολογικό-νεφρολογικό σύστημα.

Από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας που προσήλθαν εξαιρώντας τα έκτακτα περιστατικά καθώς και όσους προσήλθαν με συμπτώματα σημεία, μόλις 130 (28%) από αυτούς ανέφεραν ότι υπήρξε προσυνεννόηση με τον ιατρό και κυρίως γυναίκες 96 (73,8%) ηλικιακής ομάδας 45-64.

Στην ερώτηση πώς χαρακτηρίζουν οι ίδιοι οι χρήστες, το πρόβλημα υγείας που τους υποχρέωσε να προσέλθουν στον ιατρό, 49 (38,3%) εξ αυτών απάντησε σοβαρό, 38 (30%) μέτριο πρόβλημα, 22 (17,2%) χαρακτήρισε το αίτιο προσέλευσης πολύ σοβαρό και 19 (14,5%) των χρηστών θεωρούν το πρόβλημα μικρό. Αναλυτικότερα από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας που δηλώνουν πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας 16 (12,5%) είναι γυναίκες ηλικίας +65 και 6 (4,7%) άνδρες ηλικίας 45-64. Από τους χρήστες που αναφέρουν σοβαρό πρόβλημα 30 (34,9%) είναι γυναίκες ηλικίας +65 και 19 (45,2%) άνδρες ηλικίας +65. Οι 29 (33,7%) των γυναικών, ηλικίας 45-64 θεωρεί το πρόβλημά της μέτριο και αντίστοιχα 9 (21,4%) των ανδρών ηλικίας 45-64. Τέλος 11 (12,8%) εκ των γυναικών και 8 (19%) ανδρών, ηλικιακής ομάδας 15-44 θεωρούν το αιτιώμενο πρόβλημα προσέλευσης σε φορέα υγείας μικρό.

Οι προσδοκίες των 128 χρηστών υγείας που προσήλθαν με συμπτώματα σημεία ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης από το θεράποντα ιατρό παρατηρούμε ότι 68 (53,1%) αυτών πιστεύουν ότι χρήζουν φαρμακευτική αγωγή και 19 (14,8%) διαγνωστικές εξετάσεις, ενώ πλήρη υπακοή στην ιατρική οδηγία δηλώνουν 23 (18%) εκ των χρηστών.

Αναλυτικά από το σύνολο των απαντήσεων καταγράφεται ποσοστό 53,4% για τις 46 γυναίκες χρήστες και 22 (52,4%) των ανδρών που προσδοκούν λύση του προβλήματος υγείας μέσω της φαρμακευτικής αγωγής. Αξιοσημείωτο εύρημα είναι ότι 19 (22%) των γυναικών δηλώνουν πλήρη υπακοή στην ιατρική οδηγία σε αντίθεση με τους 4 άνδρες-χρήστες που το αντίστοιχο ποσοστό είναι 7,2%.

12.6. Η ιατρική εκτίμηση για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας :

Ως προς την αναφερόμενη υγεία των χρηστών υπηρεσιών υγείας του δείγματος οι ιατρικές εκτιμήσεις διέφεραν. Ενώ το ποσοστό των χρηστών που θεωρεί την υγεία του καλή έως πολύ καλή είναι 75% αφορώντας 437 χρήστες, ο ιατρός εκτιμά ποσοστό 84,4% που αναλογεί σε 493 χρήστες. Σε σχέση με το φύλο διαπιστώνουμε ότι οι άνδρες χρήστες διατυπώνουν ορθότερα και επιστημονικά πλησιέστερα το υποκειμενικό επίπεδο υγείας τους αφού η απόκλιση είναι μόλις 7% σε σχέση με τις γυναίκες κυρίως ηλικίας +65 όπου θεωρούν σε ποσοστό 63,3% το επίπεδο υγείας τους πολύ κακό. Ιατρός και χρήστες υγείας συμφωνούν με απόκλιση 2,9% στην «μέτρια» αναφερόμενη υγεία. Γενικά είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία λόγω αυξημένης νοσηρότητας, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και λιγότερων εργασιακών ευκαιριών η χαμηλότερη αντίληψη για την υγεία των ηλικιωμένων γυναικών.^{53,54}

Ως προς τα συμπτώματα-σημεία σαν αιτία προσέλευσης των χρηστών στην υπηρεσία υγείας, οι εκτιμήσεις διέφεραν σημαντικά σε όλα τα επίπεδα εκτός από τον χαρακτηρισμό του «μέτριου προβλήματος», όπου σημειώθηκε απόκλιση στη γνώμη ιατρού - ασθενούς 2,9%, αφορώντας 62 και 79 χρήστες αντίστοιχα. Η μεγαλύτερη ασυμφωνία απόψεων σημειώθηκε στο χαρακτηρισμό «μικρό πρόβλημα υγείας», αφού η αναλογία ήταν 14,5% για τους χρήστες και 45,3% για τον ιατρό. Χαρακτηριστικά οι γυναίκες +65 σε ποσοστό 41,3% ανήκαν στην προαναφερόμενη κατηγορία.

Ως προς τις ιατρικές πράξεις που διενεργήθηκαν από τον ιατρό προς τους χρήστες υπηρεσιών υγείας που προσήλθαν για οποιαδήποτε αιτία το μεγαλύτερο ποσοστό 79,8% αφορά τη συνταγογραφία και συγκεκριμένα σε 509 χρήστες. Πρέπει να επισημανθεί πως στο προαναφερόμενο ποσοστό, συμπεριλαμβάνετε και η τακτική συνταγογράφηση που σημειώνεται σε ποσοστό 38,4%. Αν συνδεθεί με το ποσοστό των παραπομπών στο νοσοκομείο για εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις ή για εισαγωγή (4,4%), συμπεραίνουμε την εμπιστοσύνη του χρήστη προς τον ιατρό αλλά και την αντιμετώπισή του σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σε 202 (31,7%) χρήστες έγινε κλινική εξέταση ενώ 31 (4,9%) και 87 (13,6%) πραγματοποιήθηκε ακτινολογικός και αιματολογικός έλεγχος κυρίως για την τεκμηρίωση της διάγνωσης (97,2% - 9,1%). Τα αποτελέσματα συμφωνούν με την ελληνική βιβλιογραφία με μειωτική τάση στις παραπομπές.⁴⁸

Η κατηγοριοποίηση των αιτιών προσέλευσης των χρηστών στο φορέα υγείας ήταν αναμενόμενη. Τα οργανικά αίτια που καταγράφηκαν αφορούσαν 510 (80%) χρήστες, τα έκτακτα και τα κοινωνικά 46 (7,2%) και 21 (3,2%) αντίστοιχα. Αυτό που παρατηρούμε είναι η αύξηση των ψυχικών-ψυχοσωματικών αιτιών που φτάνει το 9,6% και αφορά 61 χρήστες. Η πιο πιθανή εξήγηση του συγκεκριμένου αποτελέσματος φέρεται να είναι η οικονομική κρίση που μαστίζει τη χώρα μας κατά την διενέργεια της παρούσας μελέτης. Είναι γνωστό ότι η οικονομική κρίση σχετίζεται τόσο με αυξημένα περιστατικά ψυχοπαθολογίας, όπως η αγχώδης διαταραχή και η κατάθλιψη, όσο και με σωματικές επιπτώσεις όπως αύξηση των αυτοκτονιών και του εμφράγματος του μυοκαρδίου.⁵⁵

Οι διαγνώσεις που τέθηκαν από τον ιατρό ανά σύστημα αφορά κυρίως νοσήματα καρδιαγγειακά για 31 (19,6%) χρήστες και αναλυτικά 22 γυναίκες και 9 άνδρες, ορθοπεδικά για 21 (16,4%) αναλυτικά 12 γυναίκες και 9 άνδρες, μεταβολικά/ενδοκρινολογικά 24 (15,6%) και για 16 γυναίκες, 8 άνδρες, πνευμονολογικά 16 (14,9%) και αφορούσαν 6 γυναίκες, 10 άνδρες και όπως προείπαμε ψυχιατρικά 3 (6,2%) και αφορούσαν αποκλειστικά άνδρες χρήστες.

Η συνταγογραφία που αφορούσε τους χρήστες υπηρεσιών υγείας με εξαίρεση αυτούς που προσήλθαν για το συγκεκριμένο λόγο, αφορά το 29,1% και αφορούσε κυρίως γυναίκες σε ποσοστό 63,4%, αποτέλεσμα που εδραιώνει τα προηγούμενα συμπεράσματα για τη ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας κυρίως από το γυναικείο φύλο καθώς και την αυτοαναφερόμενη υγεία και τη νοσηρότητα αυτών.

Από τις κατηγορίες των συνταγογραφούμενων σκευασμάτων παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά φάρμακα του καρδιαγγειακού και αναλυτικά 181 αντιυπερτασικά, 97 αμιγώς καρδιολογικά, 159 αντιλιπιδαιμικά. Επίσης 92 σκευάσματα αφορούν ψυχική ή συναισθηματική διαταραχή αριθμός αυξημένος για τους λόγους που ανωτέρω αναλύσαμε, 147 σκευάσματα αφορούσαν μεταβολικά και ενδοκρινολογικά νοσήματα, 90 ήταν πνευμονολογικά, ενώ 73 αφορούσαν αντιφλεγμονώδη και 42 υπερουριχαιμικά.

Με γνώμονα τα συνταγογραφούμενα σκευάσματα διακρίνουμε ποιο είναι το προφίλ και το επίπεδο υγείας των ατόμων της μελέτης μας και δικαιώνει κατ'επέκταση τα αναφερόμενα αποτελέσματα αυτής.

Αναφορικά με την διεθνή κυρίως βιβλιογραφία αλλά και την εγχώρια τα ευρήματα της μελέτης συμφωνούν με τις συσχετίσεις των μεταβλητών ως προς το φύλο και την ιθαγένεια, της ηλικιακής ομάδας με το φύλο αφού επιβεβαιώνεται το υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών καθώς και οι συσχετίσεις φύλου, ηλικιακής ομάδας με το επίπεδο μόρφωσης, την οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή απασχόληση, το ατομικό εισόδημα, την ασφαλιστική κάλυψη και το επίπεδο αυτοαναφερόμενης υγείας, αφού οι ανωτέρω δείκτες έχουν στατιστική σημαντικότητα $p \leq 0,005$.

12.7. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση

Για την διερεύνηση των παραγόντων ζήτησης και χρήσης υπηρεσιών υγείας εκτιμήθηκε υπόδειγμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης όπου εξαρτώμενη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η συχνότητα επισκέψεων σε όλους τους φορείς υγείας σε ορισμένο χρονικό διάστημα, ενός έτους.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Ηλικία, φύλο, μηνιαίο ατομικό εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο, ασφαλιστική κάλυψη, χρόνια πάθηση, αυτοαναφερόμενη υγεία, χρήση οποιασδήποτε υπηρεσίας υγείας στο έτος.

Η συναρτησιακή μορφή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης είναι: (Παράρτημα I, πίνακας 8)

$$\text{Total} = b_0 + b_1\text{Age} + b_2\text{Sex} + b_3\text{IncMonth} + b_4\text{Insur} + b_5\text{Edu} + b_6\text{Diseasechr} + b_7\text{Healthnow} + b_8\text{Usehealthservy} + e_i$$

Έχοντας ως εξαρτώμενη μεταβλητή την επισκεψιμότητα των χρηστών σε υπηρεσίες υγείας διαφαίνεται η στατιστική σημαντικότητα ορισμένων μεταβλητών, με πιθανότητα σφάλματος (p-value) μικρότερη από 1% και 4%.

Καταρχήν η ηλικία φαίνεται να έχει επίδραση στη ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο η τιμή του συντελεστή δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή άρα έχει ασθενέστερη επίδραση.

Το αποτέλεσμα συμφωνεί με τις μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας που θεωρούν ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ζήτηση και να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας.^{56,57}

Ως προς το φύλο εκτιμάται ότι οι άνδρες χρήστες αναζητούν λιγότερο από τις γυναίκες υπηρεσίες υγείας χωρίς ο συντελεστής της μεταβλητής να είναι στατιστικά σημαντικός. Το αποτέλεσμα συμφωνεί με τις μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας.⁴⁵

Η αύξηση του εισοδήματος φαίνεται να αυξάνει την ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας αν και η συγκεκριμένη μεταβλητή δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Το αποτέλεσμα συμφωνεί με τις μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας.⁴⁴

Οι ασφαλιζόμενοι χρήστες αναζητούν συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας αποδεικνύει η στατιστική σημαντικότητα του δείκτη, αποτέλεσμα που συμφωνεί με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.²⁶

Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας της μελέτης μας με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσίασαν αυξημένη ζήτηση και χρήση των φορέων υγείας. Δείκτης στατιστικά σημαντικός που αποδεικνύει ότι τα άτομα με ισχνό επίπεδο μόρφωσης καταφεύγουν εύκολα στον ιατρό σε αντίθεση με αυτούς που διαθέτουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο, με καλύτερη πρόσβαση στην σύγχρονη ενημέρωση υγείας και ανώτερη ποιότητα ζωής. Το αποτέλεσμα συμφωνεί με την βιβλιογραφία αντίστοιχων μελετών.¹⁹

Οι χρόνιες παθήσεις οδηγούν όπως είναι φυσικό των πάσχοντα συχνότερα στις υπηρεσίες υγείας και στον ιατρό. Ο δείκτης βρέθηκε στατιστικά σημαντικός 1%.

Η αυτοαναφερόμενη υγεία συμβαδίζει με την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Έτσι όσο καλύτερη υγεία αναφέρεται τόσο μικρότερη είναι η εξειδικευμένη ζήτηση αυτών. Ο δείκτης βρέθηκε στατιστικά σημαντικός 1% και συμβαδίζει με τις μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας.⁵⁸

Τέλος τα αίτια υγείας που εμφάνισαν οι χρήστες στη διάρκεια του τελευταίου έτους απέδειξε την πιθανή μεταβολή της κατάστασης υγείας του χρήστη και πως επηρεάζει την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας αυξητικά. Ο συντελεστής είναι στατιστικά σημαντικός 4% και συμφωνεί με την βιβλιογραφία.³⁶

Τα αποτελέσματα απεικονίζονται αναλυτικά στο παράρτημα.(Παράρτημα I, πίνακας 9)

Τα ευρήματα της μελέτης μας είναι συναφή με την βιβλιογραφία και ιδιαίτερα με τα αποτελέσματα της μελέτης διερεύνησης του επιπέδου υγείας στην Ελλάδα από τον οικονομικό τομέα της υγείας της εθνικής σχολής δημόσιας υγείας, με μοναδική εξαίρεση ότι στη μελέτη μας είναι ιδιαίτερα αυξημένο το ποσοστό των ψυχικών διαταραχών.⁴⁰

12.8. Αδυναμίες μελέτης

Η μελέτη περιορίστηκε στην περιοχή ευθύνης του κέντρου υγείας Αγίας Βαρβάρας και αφορούσε σε ασθενείς που επισκεφτήκαν μόνο ένα συγκεκριμένο ιατρείο, στο διάστημα ενός μήνα. Επομένως το δείγμα της μελέτης μας είναι μικρό και δεν μπορούν να εξαχθούν αντιπροσωπευτικά συμπεράσματα και αποτελέσματα, τα οποία να μπορούν να γενικευτούν. Επίσης ο συγκεκριμένος μήνας (Μάρτιος) που διεξάχθηκε η μελέτη δύνатаι να επηρεάσει την προσέλευση των χρηστών υγείας σε μια αντιπροσωπευτική αγροτική περιοχή της περιφέρειας της Κρήτης διότι θεωρείται περίοδος χωρίς ιδιαίτερα πολλές υποχρεώσεις στην αγροκαλλιέργεια, με αποτέλεσμα την πιθανή αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον θεωρείται μειωμένη η νοσηρότητα άρα δύναται να επηρεάζει τις αιτίες προσέλευσης ως προς τα συμπτώματα και κατ' επέκταση και την ανάλογη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή του θεράποντα ιατρού ως προς τους χρήστες.

Η συγκεκριμένη μελέτη έρχεται να συμπληρώσει προηγούμενες μελέτες και να εμπλουτίσει με τα αποτελέσματά της την πληροφορία για το ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας αλλά ταυτόχρονα και για το επίπεδο υγείας των χρηστών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο τομέας της υγείας, όπως αναφέρεται στην παγκοσμία βιβλιογραφία, είναι εκείνος με τη μεγαλύτερη ποικιλία και συγκέντρωση υπηρεσιών σε ένα χώρο, προλαμβάνοντας και θεραπεύοντας θέματα που άπτονται της ικανοποίησης των φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των πολιτών και ασθενών. Προκύπτει, λοιπόν, ότι η υγεία αποτελεί θέμα πολύπλοκο, με υψηλού επιπέδου σημαντικότητα, καθώς πραγματεύεται όχι μόνον ένα ευάλωτο και πολύτιμο αγαθό, αλλά ένα δικαίωμα με θετική και αρνητική χροιά, το οποίο συμβάλει στην κοινωνική αναπαραγωγή.

Τα ευρήματα της μελέτης συμφωνούν σε υψηλό ποσοστό με τη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία και αναδεικνύει την ανάγκη επιπλέον διερεύνησης της σχέσης αυτοαναφερόμενη ψυχική υγεία, οικονομική κρίση και ζήτηση - χρήση υπηρεσιών υγείας.

Η υγεία του κάθε ατόμου εξαρτάται από κάποιες βασικές προϋποθέσεις: Το δικαίωμα στην υγεία ανήκει σε όλους. Όλοι οι άνθρωποι έχουν ίσα δικαιώματα στην υγεία, που διασφαλίζονται μόνο με την παροχή ίσων ευκαιριών σε όλους τους πολίτες. Επίσης χρειάζεται την ικανοποίηση βασικών αναγκών όπως αξιοπρεπή διατροφή, βασική εκπαίδευση, ασφαλές πόσιμο νερό, επαρκή κατοικία, χρήσιμη απασχόληση με ικανοποιητικό εισόδημα κι ένα χρήσιμο ρόλο στην κοινωνία.

Στο επίκεντρο της επιστημονικής συζήτησης τα τελευταία χρόνια τίθενται οι παράγοντες που προσδιορίζουν την πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Σε όλες τις χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου, αλλά και στην Ελλάδα, αναπτύσσεται έντονος προβληματισμός από επιστημονικούς και κρατικούς φορείς, αλλά και από τους πολίτες, σχετικά με την ποιότητα και την παραγωγικότητα του τομέα της υγείας.

Η ΠΦΥ διαμορφώνεται σύμφωνα με τις κοινωνικές αρχές και αξίες και το επιδημιολογικό πρότυπο που καθορίζουν οι υγειονομικές ανάγκες κάθε χρονική περίοδο, όποτε κατά καιρούς μπορεί να έχει διαφορετικό περιεχόμενο. Η ΠΦΥ παίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση του συστήματος υγείας καθώς εκφράζει μια στρατηγική που προωθεί τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας δίνοντας έμφαση στις υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη.

Σήμερα χρειαζόμαστε ένα νέο λειτουργικό μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έτσι ώστε να επιτευχθεί η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω της πρόληψης των αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας, της προαγωγής της υγείας και της ενημέρωσης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Καταρχήν βασική προϋπόθεση είναι η εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη εξασφάλιση της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας.

Επιπλέον η θέσπιση και εφαρμογή Κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων της κοινότητας και των μειζόνων παραγόντων κινδύνου στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Να πραγματοποιείται λήψη της κλινικής απόφασης με βάση τη διεθνώς τεκμηριωμένη εμπειρία, με την εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, καθώς και διαδικασιών κλινικού ελέγχου.

Άμεση εφαρμογή των εργαλείων παροχής των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπως λειτουργικά πρότυπα διαγνωστικών δοκιμασιών, ιατρικός φάκελος ασθενούς, κάρτα υγείας, κωδικοποιήσεις νοσημάτων κλπ. καθώς και χρήση δεικτών ποιότητας, ικανοποίησης και ασφάλειας του ασθενούς.

Επίσης σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου με έμφαση στον καρκίνο και στις καρδιαγγειακές παθήσεις καθώς και υγειονομικές παρεμβάσεις στην κοινότητα και ιδιαίτερα στις ευπαθείς ομάδες.

Η δυσλειτουργική σήμερα πρωτοβάθμια φροντίδα οδήγησε στην διόγκωση των δαπανών για θεραπεία, επέκταση του ιδιωτικού τομέα, με συνέπεια την αύξηση των τιμών και των εξόδων των νοικοκυριών, διόγκωση του χάσματος της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τελικά έλλειψη εμπιστοσύνης στο δημόσιο σύστημα. Απαιτείται, λοιπόν, η αναδιοργάνωση της προνοσοκομειακής φροντίδας, η οποία θα λειτουργήσει ανταγωνιστικά, ως προς το δημόσιο τομέα, περιτέλλοντας τον πληθωρισμό των τιμών, θα αξιολογήσει το ιατρικό δυναμικό, θα συνδέσει ομαλά την πρωτοβάθμια με την νοσοκομειακή φροντίδα και θα ενδυναμώσει την πρόληψη παρέχοντας ποιότητα, ασφάλεια και οικονομία.

Το υψηλό χρέος του κράτους, έναντι των ασφαλιστικών ταμείων και των παρόχων αγαθών και υπηρεσιών υγείας, ενισχύει την ελλιπή χρηματοδότηση του συστήματος, τις διαπλεκόμενες σχέσεις και την δυνατότητα εγγυοδοσίας του.

Θα πρέπει να επισημανθούν οι εξουθενωτικοί ρυθμοί εργασίας του δυναμικού των επαγγελματιών Δημόσιας υγείας με παράλληλα μη ικανοποιητικές αποζημιώσεις. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην μειωμένη αποδοτικότητα του προσωπικού, αλλά και αναδεικνύει την άτυπα αποζημίωση τους εκτός από το κράτος, από ιδιωτικές εταιρίες και από πληρωμές των εξυπηρετούμενων. Επίσης, η αναξιοκρατία και η υστέρηση στον τομέα της έρευνας προκαλεί το φαινόμενο της μετανάστευσης του ανθρώπινου δυναμικού, (Brain Drain) προκειμένου αυτό να αναπτύξει τις δεξιότητές του και να λάβει τα μέγιστα των δυνατοτήτων του.

Ανάγκη αποτελεί η πλήρωση των κενών θέσεων στο σύστημα με ταυτόχρονη ανακατανομή των ανθρωπίνων πόρων, η παροχή κινήτρων αποδοτικότητας και επιστημονικής προόδου, η συσχέτιση εκπαίδευσης και αναγκών για την εξασφάλιση της πλήρους ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού σε ένα αξιοκρατικό και δίκαιο περιβάλλον εργασίας.

Η αξιολόγηση, ίσως από τα σημαντικότερα τμήματα του σχεδιασμού, δεν αφορά μόνον την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα και την οικονομία των υπηρεσιών υγείας, αλλά αφορά, επίσης, την ισότητα και την δικαιοσύνη στην παροχή των υπηρεσιών. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο ζήτημα της αντικειμενικής αξιολόγησης υπό το πνεύμα της ανταγωνιστικότητας, αποτελεσματικότητας, επάρκειας και ωφελιμότητας των υπηρεσιών, δίχως όμως να

βάλλεται το δικαίωμα της υγείας, σε θέματα ποιότητας και ποσότητας, προσβασιμότητας, ισότητας και δικαιοσύνης. Η αξιολόγηση θα πρέπει να εφαρμοσθεί σε όλους τους παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών δημόσιους και ιδιωτικούς.

Η αξιολόγηση, όμως, απαιτεί ολοκληρωμένο σχεδιασμό και ύπαρξη στοιχείων. Η απουσία μηχανογραφικών υποδομών και η ελλειμματική έρευνα στον τομέα της υγείας στερεί την αξιολόγηση από έγκυρους δείκτες, όπως αυτοί έχουν καθιερωθεί από διεθνείς οργανισμούς. Απαιτείται η αξιόπιστη, πλήρης και διαχρονική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και των καθοριστικών παραγόντων κινδύνου, η ενίσχυση της έρευνας στη συλλογή δεδομένων και στη διατήρηση αρχείων στον χώρο της υγείας, όπως αυτά καθορίζονται από διεθνή και ευρωπαϊκά πρότυπα.

Η χρησιμότητα των αξιόπιστων στατιστικών δεδομένων και η συλλογή τους με ένα διεθνώς καταξιωμένο σύστημα θα συμβάλει στην πληροφόρηση, στην αποτύπωση ρεαλιστικής εικόνας της πραγματικότητας, στην πληρέστερη εποπτεία, στην τεκμηρίωση θεμάτων πολιτικής υγείας, στη διαχρονική σύγκριση, στη μέτρηση της αποδοτικότητας του συστήματος και στην αναζήτηση και υλοποίηση των κατάλληλων στρατηγικών υγείας.

Απαιτείται, λοιπόν, ισχυρή πολιτική βούληση και συναίνεση, επαγγελματισμός στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και εκμετάλλευση των εξειδικευμένων γνώσεων και επακριβών στοιχείων.

Ως παράγοντες πρόκλησης ανισοτήτων κατονομάζονται και τα συναλλακτικά αντικίνητρα ή ο ηθικός κίνδυνος που προκαλεί η παρεμβατικότητα των εταιριών στο ιατρικό έργο. Έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο, ιατροί να είναι άτυπα συνεργαζόμενοι με φαρμακευτικές εταιρίες, οι οποίες δίνουν κίνητρα συνήθως υλικά ανάλογα με τη συνταγογράφηση του προϊόντος τους που χορηγούν οι ιατροί στους πελάτες ασθενείς. Οι εταιρίες αυτές δύνανται να ασκούν επιρροή στο πολιτικό σκηνικό, έτσι ώστε οι δημόσιοι πόροι να κατευθύνονται όχι στην πρόληψη, αλλά στην παροχή περισσότερων φαρμάκων. Έτσι η πολυφαρμακία οδηγεί τους δημόσιους πόρους προς την κατεύθυνση των ιδιωτικών κερδών, μειώνοντας παράλληλα την αποτελεσματικότητα ορισμένων τύπων φαρμάκου, όπως τα αντιβιοτικά.

Το αγαθό της υγείας ανακατανέμεται με ποιοτικούς ή με ποσοτικούς όρους, συχνά αντίθετα με τις ανάγκες των ατόμων. Ζήτημα προβληματισμού αποτελεί ο εξορθολογισμός του συστήματος, ώστε να διασφαλίζεται η βιωσιμότητα και συνεπώς η συνεχής παροχή του αγαθού.

Ο εξορθολογισμός, ο οποίος είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος, δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να μεταβάλλει το δικαίωμα σε επιλογή, βάλλοντας την αυταξία του ανθρώπου, και μεταβάλλοντας την καθολική πρόσβαση σε πρόσβαση κλίμακας ανάλογη προϋποθέσεων.

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο.⁵⁹

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Δοξιάδης Σ., (1988).** Προτάσεις για το Μέλλον, Οικονομικός Ταχυδρόμος, 25 Φεβρ., 29-30.
2. **WHO, (1978).** Alma-Ata. Primary Health Care, Health Care for All, Series WHO, Geneve.
3. **Maynard A.K., (1982).** The Regulation of Public and Private Health Care Markets in McLachlan G. Maynard A (eds.), The Public Private Mix of Health, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
4. **Grossman, Michael, 1982.** "The demand for health after a decade," Journal of Health Economics, Elsevier, vol. 1(1), pages 1-3, May.
5. **Κυριόπουλος Γ., (1985).** Κοινωνιολογία-Ψυχολογία, Λίτσας, Αθήνα.
6. **Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ., (1999).** Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω, Εξάντας, Αθήνα.
7. **Τριχόπουλος Δ., (1982).** Επιδημιολογία, Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές, Παρισιάνος, Αθήνα.
8. **Simons S., Bonnett-Jones N., (1989).** Human Resource Development: The Management, Planning and Training of Health Personnel, Evaluation & Planning Center for Health Care.
9. **Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Σκουρολιάκου Μ., (1996).** Φαρμακοοικονομία, Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης, Εξάντας, Αθήνα.
10. **Νόμος 1397 της 7/7.10.83. Εθνικό Σύστημα Υγείας (Α' 143)**
11. **N. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α`/15.7.1992) Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας**
12. **Μωραΐτης Ε., Γεωργούση Ε., Ζηλίδης Χ., Θεοδώρου Μ., Πολύζος Ν., (1995).** Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Ιατρικής Φροντίδας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.
13. **Θεοδώρου Μ.** Διαχειριστικά και Οικονομικά Ζητήματα του Υγειονομικού Τομέα. Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα 2005.
14. **Σουλιώτης Κ., (2000).** Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα.

15. **Evans R.G., (1974).** Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications in Perlman M. (ed.) *The Economic of Health and Medical Care*, Wiley & Sons, New York.
16. **Μπέσης, Ν., (1993),** “Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας”, *Ειδικά Κλαδικά Θέματα* No.1, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα.
17. **Βοζικάκη, Μ. και Λ. Μπορμπουδάκη, (2005),** “Ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας σε τυχαίο δείγμα ατόμων άνω των πενήντα ετών στην Ελλάδα”, *Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης*.
18. **Saltman, R.B. and J. Figueras, (1997),** “European health care reform. Analysis of current strategies”, *World Health Organization, Copenhagen: Regional Office for Europe*.
19. **Υφαντόπουλος, Γ., (2003),** “Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική”, *Εκδόσεις Τριπλώτη, Αθήνα*.
20. **Duan, N., Manning, W.G., Morris, C.N. and J.P. Newhouse, (1983),** “A Comparison of Alternative Models for the Demand for Medical Care”, *Journal of Business and Economic Statistics*, Vol. 1, No.2, pp. 115-126.
21. **Propper, C., (2000),** “The Demand for Private Health Care in the UK”, *Journal of Health Economics*, Vol. 19, pp. 855-876.
22. **Field, K.S. and B.A. Briggs, (2001),** “Socio-economic and Locational Determinants of Accessibility and Utilization of Primary Health Care, Health and Social Care in the Community, Vol. 9, No.5, pp. 294-308.
23. **J M Borràs Gac Sanit** Utilization of health services [8\(40\):30-49](#) (1994) PMID 8056490
24. **Sadana R., Mathews C., Lopez A., Murray C., Iburg K., (2000).** Comparative Analyses of More than 50 Household Surveys on Health Status, WHO (GPE Discussion Paper Series: No 15), Geneva.
25. **Eriksson, J. G., T. Forsén, J. Tuomilehto, P. D. Winter, C. Osmond, and D. J. P. Barker. 2001** “Early Growth and Coronary Heart Disease in Later Life: Longitudinal Study.” *British Medical Journal*, 322(7292): 949-53.
26. **Μόσιαλος, Η., (1990),** “Η Κατανάλωση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα”.

27. **Arrow K., (1973).** The Welfare Economics of Medical Care, in Cooper M.H and Culyer A.J. (eds.), Health Economics, Penguin Books, London.
28. **Bradshaw J., (1972).** Taxonomy of Social Need", in G.McLachlan (ed.), Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research. Seventh Series, Oxford University Press for Nuffield Provincial Hospital Trusts.
29. **Ζάβρας Α., (2002).** Γνώσεις και Δεξιότητες του Ειδικού στην Δημόσια Υγεία, στο Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαλήθης Τ., (επιμ.), Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα.
30. **ACS, G. and J. Sabelhaus, (1995),** "Trends in Out-Of-Pocket Spending on Health Care, 1980-1992", Monthly Labor Review, Vol. 118, No.12, pp. 35.
31. **Andersen, R., (1995),** "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?" Journal of Health and Social Behavior, Vol. 36, No.1, pp.1-10.
32. **Rosenstock I., (1969).** Prevention of Illness and Maintenance of Health in Kosa J.,Antonovsky A., Zola I., (eds.), Poverty and Health: A Sociological Analysis, Harvard University Press, Cambridge.
33. **Borras J.M., (1994).** Utilization of Health Services, Gac. Sanit., 8(40), 30-49.
34. **Vladeck BC. Firman JP., (1983).** The Aging of the Population and Health Services, AnnAm Acad Pol Soc Sci, 468, 132-148.
35. **WHO, (1981).** Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by the Year 2000, WHO, Geneva.
36. **Forster DP., (1979).** The Relationships Between Health Needs, Socio-Environmental Indices, General Practitioner Resources and Utilization, *J Chron Dis*, 32, 333-337.
37. **Γείτονα Μ., (1997).** Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Εξάντας, Αθήνα.
38. **Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., (1996).** Ο Γενικός Γιατρός στη Ελλάδα και τις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Συγκλίσεις και Διαφοροποιήσεις, στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ., (επιμ.), Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα.
39. **Ανδριώτη Δ., (1998).** Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, Εξάντας, Αθήνα.
40. **WONCA** Τμήμα Ευρώπης, Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Γενική / Οικογενειακή Ιατρική, 2002)

41. **Πασιαρδής, Π., Πασιουρτίδου, Ν. και Ν. Ρωσταντή**, (2006), “Ανάλυση Δαπανών Υγείας: Ανασκόπηση, Συγκρίσεις και Προοπτικές”, Δοκίμια Οικονομικής Πολιτικής, Κέντρο Οικονομικών Ερευνών, Πανεπιστήμιο Κύπρου.
42. **Wedig, G.J.**, (1988), “Health Status and the Demand for Health: Results on Price Elasticities”, *Journal of Health Economics*, Vol. 7, No.2, pp. 151-163.
43. **Anna Liisa Suominen-Taipale , Tuija Martelin , Seppo Koskinen , Jostein Holmen and Roar Johnsen**
Gender differences in health care use among the elderly population in areas of Norway and Finland. A cross-sectional analysis based on the HUNT study and the FINRISK Senior Survey
Department of Public Health and General Practice, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway, and Department of Health and Functional Capacity, KTL (National Public Health Institute)
Department of Health and Functional Capacity, KTL (National Public Health Institute), Helsinki, Finland
HUNT Research Centre, Department of Public Health and General Practice, Norwegian University of Science and Technology, Verdal, Norway
44. **Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillon, P., Banegas, J.R. and F. Rodriguez-Artalejo**, (2006), “Gender Differences in the Utilization of Health-Care Services Among the Older Adult Population of Spain”, *BMC Public Health*, Vol. 6, pp.152-159.
45. **Ματσαγγάνης, Μ. και Θ. Μητράκος**, (2000), “Προσδιοριστικοί παράγοντες της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα”, *Μελέτες Οικονομικής Πολιτικής*, Τεύχος 5ο, σελ. 119-148.
46. **Κούτης Α, Λιονής Χ, Αλαμάνος Γ, Τσαμανδουράκη Κ, Σασαρώλης Σ, Tomson Υ, και Συν.** Ζήτηση και χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ένα κέντρο υγείας στην Κρήτη. *Mat Med Gr* 1991, 19:515--520
47. **Yannis Tountas, Nikolaos Oikonomou, Georgia Pallikarona,Christine Dimitrakaki, Chara Tzavara, Kyriakos Souliotis, Anargiros Mariolis, Evelina Pappa ,Nick Kontodimopoulos and Dimitris Niakas.**
Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: **the Hellas Health I study**
48. **«Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα»** από τον Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.
49. **Fitzsimmons, J.A. & Fitzsimmons, M.J.**, (2006) Clustered Service.

50. **Mocan, N., Tekin, E. and J.S. Zax, (2004)**, "The Demand for Medical Care Urban China", *World Development*, Vol. 32, No.2, pp. 289-304
51. **Χ. Λιονής** σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ) Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
«ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΕΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ» -
«ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ICPC-2»
Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Κοινωνία της Πληροφορίας» (ΕΠ ΚτΠ)
52. **Pappa, E. and D. Niakas, (2006)**, "Assessment of Health Care Needs and Utilization in a Mixed Public-Private System: The Case of the Athens Area", *BMC Health Services Research*, Vol. 6, pp. 146-156.
53. **Σ. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ**. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία: μια νέα ευκαιρία ψυχιατροποίησης των κοινωνικών προβλημάτων ή μια νέα κλινική θεραπευτική πραγματικότητα; Ν.Υ. 70:Layout 1 12/20/10.
54. **C Salisbury, T Manku-Scott, L Moore, et al** 554 *British Journal of General Practice*, July 2002 Questionnaire survey of users of NHS walk-in centres: observational study.
55. **Bryant, L.L., Beck, A. & Fairclough, D.L. (2000)**. Factors that contribute to positive perceived health in an older population. *Journal of aging and health*, 12(2), 169-192.
56. **Hotchkiss, D.R., Hutchinson, P.L., Malaj, A. and A.A. Berruti, (2005)**, "Out-Of-Pocket Payments and Utilization of Health Care Services in Albania: Evidence from Three Districts", *Health Policy*, Vol. 75, No.1, pp. 18-39
57. **Manning, W.G., Newhouse, J.P. and J.E. Ware, (1981)**, "The Status of Health in Demand Estimation: Beyond Excellent, Good, Fair and Poor", RAND Health Insurance Experiment Series, Santa Monica.
58. **Denton, M. & Walters, V. (1999)**. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48, 1221-1235
59. **ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΦΡΙΣΗΡΑΣ Σ**. κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. *Ιατρική* 1996, 69:270-276;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**Παράρτημα Ι****Παράρτημα Ι, πίνακας 5. Ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές- Περιγραφή**

ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ
SEX	ΦΥΛΟ
AGE	ΗΛΙΚΙΑ
ETH	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ
LIVE	ΔΙΑΜΟΝΗ
FAMILY	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
KIDS	ΥΠΑΡΞΗ ΤΕΚΝΩΝ
NRKIDS	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ
EDU	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
JOB	ΕΡΓΑΣΙΑ
SOURCEINC	ΚΥΡΙΑ ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΩΝ
INCMONTH	ΕΙΣΟΔΗΜΑ
INSUR	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ
TYPEINS	ΕΙΔΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
CAR	ΚΑΤΟΧΗ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟΥ ΜΕΣΟΥ
HOUSE	ΚΑΤΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ
HEALTH NOW	ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΥΓΕΙΑ
STRESS	ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
PROBLEMSTR	ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΩ ΚΑΚΟΥ ΨΥΧΙΣΜΟΥ
MEDUSE	ΤΑΚΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
DISEASECHR	ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ
SMOKE	ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ
ALCOH	ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ
FOODM	ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΟΚΚΙΝΟΥ ΚΡΕΑΤΟΣ
FOODF	ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΨΑΡΙΩΝ
FOODV	ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΛΑΧΑΝΙΚΩΝ/ΦΡΟΥΤΩΝ
TRAINING	ΑΣΚΗΣΗ / ΕΝΤΟΝΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
USEHEALTHSERVM	ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ
TYPEHEALTHSERVM	ΕΙΔΟΣ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ ΧΡΗΣΗ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ
USEHEALTHSERVY	ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ
TYPEHEALTHSERVY	ΕΙΔΟΣ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ ΧΡΗΣΗ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ
CRITERIAHESERV	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΦΟΡΕΑ ΥΓΕΙΑΣ
REASONUSEHS	ΑΙΤΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Παράρτημα Ι, πίνακας 6. Λαμβάνουσες τιμές των ποιοτικών και ποσοτικών μεταβλητών

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	Ε.Τ.	Μ.Τ.	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	Τ.Α
SEX	638	1	2	1,480	0,450
AGE	638	15	91	58,22	13,741
ETH	638	1	2	0,967	0,093
LIVE	638	1	2	0,931	0,442
FAMILY	638	1	4	0,712	0,613
KIDS	638	1	2	0,879	0,450
NRKIDS	638	1	6	1,421	1,129
EDU	638	1	7	2,326	1,893
JOB	638	1	9	4,069	3,041
SOURCEINC	638	1	7	2,722	1,356
INCMONTH	638	1	7	0,699	0,242
INSUR	638	1	7	0,879	0,133
TYPEINS	638	1	7	1,843	0,941
CAR	638	1	2	0,786	0,412
HOUSE	638	1	2	1,462	0,791
HEALTH NOW	638	1	5	1,830	1,012
STRESS	638	1	4	1,509	1,064
PROBLEMSTR	638	1	2	1,804	0,601
MEDUSE	638	1	2	1,267	0,606
DISEASECHR	638	1	2	1,441	0,642
SMOKE	638	1	3	1,588	0,421
ALCOH	638	1	5	2,214	1,302
FOODM	638	1	5	1,966	1,064
FOODF	638	1	3	2,332	0,823
FOODV	638	1	3	2,641	1,442
TRAINING	638	1	5	0,347	0,281
USEHEALTHSERVM	638	1	2	1,591	1,022
TYPEHEALTHSERVM	638	1	6	2,632	1,313
USEHEALTHSERVY	638	1	2	1,143	1,064
TYPEHEALTHSERVY	638	1	6	1,609	1,079
CRITERIAHESERV	638	1	4	2,872	1,447
REASONUSEHS	638	1	8	2,326	1,193
PRESCRIPTIONFRE	638	1	6	3,422	1,776

**Παράρτημα Ι, πίνακας 7. Ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές-
Επανακωδικοποίηση**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	N	Ε.Τ.	Μ.Τ.	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	Τ.Α
SEX	638	0	1	1,480	0,450
AGE	638	15	91	58,22	13,741
ETH	638	0	1	0,967	0,093
LIVE	638	1	2	0,931	0,442
FAMILY	638	1	4	0,712	0,613
KIDS	638	0	1	0,879	0,450
NRKIDS	638	1	6	1,421	1,129
EDU	638	1	7	2,326	1,893
JOB	638	1	9	4,069	3,041
SOURCEINC	638	1	7	2,722	1,356
INCMONTH	638	1	7	0,699	0,242
INSUR	638	0	1	0,879	0,133
TYPEINS	638	1	7	1,843	0,941
CAR	638	0	1	0,786	0,412
HOUSE	638	0	1	1,462	0,791
HEALTH NOW	638	1	5	1,830	1,012
STRESS	638	1	4	1,509	1,064
PROBLEMSTR	638	1	2	1,804	0,601
MEDUSE	638	0	1	1,267	0,606
DISEASECHR	638	0	1	1,441	0,642
SMOKE	638	1	3	1,588	0,421
ALCOH	638	1	5	2,214	1,302
FOODM	638	1	5	1,966	1,064
FOODF	638	1	3	2,332	0,823
FOODV	638	1	3	2,641	1,442
TRAINING	638	1	5	0,347	0,281
USEHEALTHSERVM	638	0	1	1,591	1,022
TYPEHEALTHSERVM	638	1	6	2,632	1,313
USEHEALTHSERVY	638	0	1	1,143	1,064
TYPEHEALTHSERVY	638	1	6	1,609	1,079
CRITERIAHESERV	638	1	4	2,872	1,447
REASONUSEHS	638	1	8	2,326	1,193
PRESCRIPTIONFRE	638	1	6	3,422	1,776

Παράρτημα Ι, πίνακας 8. Ανεξάρτητες μεταβλητές και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση

ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ
AGE	m=15,M=91, mean=58,22
SEX	F=0,M=1
INCMONTH	Ποσοτική (log incmonth/job)
INSUR	Y=1,N=0
EDU	SUP=1,ALL OTHERS=0
DISEASECHR	Y=1,N=0
HEALTH NOW	Ποσοτική (Total sum self-evaluation)
USEHEALTHSERVY	Y=1,N=0

Παράρτημα Ι, πίνακας 9. Αποτέλεσμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ
AGE	0,0452 , t-value (4,1073)
SEX	0,1071 , t-value (4,1073)
INCMONTH	0,1875 , t-value (0,5642)
INSUR	0,5331 , t-value (2,1002)
EDU	0,3980 , t-value (4,0133)
DISEASECHR	0,8853 , t-value (3,1357)
HEALTH NOW	0,3989 , t-value (10,772)
USEHEALTHSERVY	0,6511 , t-value (2,8331)
Log likelihood	-443,2235
Durbin-Watson stat	1,7975
R-squared	48,32%
Adjusted	47,17%
F-statistic	42,5656

Παράρτημα II

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη "Γενική / Οικογενειακή Ιατρική και
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας"

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Δ1. Φύλο: 1 Άνδρας 2 Γυναίκα

Δ2. Έτος γέννησης -----Χώρα γέννησης ----- Τόπος διαμονής -----

Δ3. Οικογενειακή κατάσταση:

Παντρεμένος/η	1
Ανύπαντρος/η	2
Διαζευγμένος/η	3
Χήρος/α	4

Δ4. Τέκνα:

ΝΑΙ	1
ΟΧΙ	2

Δ5. Αριθμός:

Δ6. Ηλικία τέκνων:

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Δ7. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;

Δεν έχω πάει σχολείο 1

Απολυτήριο δημοτικού 2

Απολυτήριο γυμνασίου 3

Απολυτήριο λυκείου 4

Μαθητής:

δημοτικού
γυμνασίου
λυκείου

 5

Φοιτητής:

Α.Ε.Ι.
Τ.Ε.Ι.

 6

Πτυχίο:

Α.Ε.Ι.
Τ.Ε.Ι.

 7

Κάτοχος:

Μεταπτυχιακού	<input type="checkbox"/>
Διδακτορικού	<input type="checkbox"/>

 8

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Δ8. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Εργοδότης, Αυτοαπασχολούμενος	1
Μισθωτός / Ημερομίσθιος	2
Εργαζόμενος/η χωρίς αμοιβή οικογενειακής επιχείρησης, ή γεωργικής εκμετάλλευσης	3
Οικιακά	4
Άνεργος / προσωρινά εκτός δουλειάς	5
Μαθητής- Σπουδαστής- Στρατιωτική θητεία	6
Συνταξιούχος	7
Εισοδηματίας	8
Άλλο (διευκρινήστε)	9

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Δ9. Σε ποιόν ασφαλιστικό οργανισμό ανήκετε;

ΙΚΑ	ΟΓΑ	ΤΕΒΕ	ΔΗΜΟΣΙΟ	ΠΡΟΝΟΙΑ	ΑΛΛΟ	ΔΕΝ ΔΙΑΘΕΤΩ
1	2	3	4	5	6	7

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Δ10. Ποια είναι η κύρια πηγή πόρων ζωής;

Απασχόληση/Εργασία	1
Περιουσία/Επενδύσεις	2
Σύνταξη	3
Επιδόματα	4
Δάνεια/Αποταμιεύσεις	5
Εξαρτώμενος από άλλους	6
Άλλο	7

Δ11. Το μηνιαίο ατομικό σας εισόδημα είναι:

Έως 500 €	1
500-1000 €	2
1000-1500 €	3
1500-2000 €	4
2000-3000 €	5
Άνω των 3000 €	6
Καθόλου εισοδήματα	7

Δ12. Διαθέτετε δικός σας μέσο μεταφοράς κι αν ναι τι είδους;

ΝΑΙ	1
ΟΧΙ	2

Δ13. Διαθέτετε δικής σας κατοικία κι αν ναι τι είδους;(αναλυτικά)

ΝΑΙ	1
ΟΧΙ	2

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ε1. Πώς εσείς θα χαρακτηρίζατε την υγείας σας σήμερα;

Πολύ καλή	1
Καλή	2
Μέτρια	3
Κακή	4
Πολύ κακή	5

Ε2. Πώς αισθάνεστε ψυχολογικά τον τελευταίο καιρό;

Πολύ αγχωμένος/λυπημένος	1
Λίγο αγχωμένος/λυπημένος	2
Ήρεμος/ήσυχος	3
Χαρούμενος/ ευτυχισμένος	4

E3. Αντιμετωπίσατε προβλήματα στις καθημερινές σας δραστηριότητες λόγω του ότι νιώθατε πολύ αγχωμένος/λυπημένος;

ΝΑΙ	
ΟΧΙ	

E4. Τον τελευταίο καιρό αντιμετώπισατε κάποια προβλήματα στην :

Μετακίνηση	1
Αυτοεξυπηρέτηση	2
Καθημερινή απασχόληση	3
Συγκέντρωση/μνήμη	4
Διαπροσωπικές σχέσεις	5

E5. Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας που σας υποχρεώνει να παίρνετε τακτικά φάρμακα;

ΝΑΙ	1
ΟΧΙ	2

E6. (Αν ΝΑΙ) Σε ποιο σύστημα/όργανο αντιμετωπίζετε το πρόβλημα υγείας :

Καρδιολογικό-κυκλοφορικό	Έμφραγμα, ΣΝ, Υπόταση, Υπέρταση, Καρδιακή Ανεπάρκεια, Αρρυθμίες, κτλ	1	
Πνευμονολογικό	Φυματίωση, Χρόνια βρογχίτιδα, Άσθμα, Εμφύσημα, κτλ.	2	
Μεταβολικό/Ενδοκρινολογικό	Σ. Διαβήτης, Υπερλιποπρωτεϊναιμία, διαταραχές του θυρεοειδούς αδένου,	3	
Γαστρεντερολογικό	Έλκος στομάχου/ δωδεκαδακτύλου, Χολολιθίαση -κυστίτιδα, Ηπατοπάθεια	4	
Ουρολογικό/νεφρολογικό	Νεφροπάθεια, Νεφρίτιδα, Λιθίαση, Κυστίτιδα, Υπερπλασία του προστάτη,	5	
Αγγειακό	Θρόμβωση, Εμβολή, Κιρσοί,..	6	
Ορθοπαιδικό	Χρόνια πολυαρθρίτιδα, Αρθρο-, Σπονδυλο-, Δισκοπάθειες, Ισχιαλγία, Ουρική Αρθρίτιδα,.	7	
Δερματικό	Εξάνθημα, Έκζεμα, Ψωρίασης, Αφροδίσια, .	8	
Νευρολογικό	Επιληψία, Εγκεφαλικό έμφρακτο, Εγκεφαλοπάθειες, Μηνιγγίτιδα, Σκλήρυνση κατά πλάκας, Ν. Parkinson, .	9	
Ψυχιατρικό	Κατάθλιψη, Σχιζοφρένια, Συναισθηματικές ψυχώσεις, Νευρώσεις,	10	

Γυναικολογικό	Νοσήματα της μήτρας, του κόλπου, του μαστού,.	11	
Οφθαλμολογικό	(Γλαύκωμα, Επιπεφυκίτιδα,.	12	
Ωρλ	Ωτίτιδα, Φαρυγγίτιδα, Αμυδαλίτιδα,.	13	
Νεοπλασία		14	
Άλλο	π.χ. Αλλεργίες)	15	

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

E7.Είστε καπνιστής/ καπνίστρια, και αν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα:

ΝΑΙ	1	Αρ. τσιγάρων ημερησίως
ΟΧΙ	2	
ΔΙΕΚΟΨΑ	3	από..... ετίας

E8.Καταναλώνετε οινοπνευματώδη ποτά; Αν ναι σε τι ποσότητα; (1 ποτό είναι: 1 ποτήρι κρασί ή 1 μικρό ποτήρι μπίρας ή 1 μικρό ποτήρι δυνατού ποτού)

Ευκαιριακά	1
1-2 φορές/εβδομάδα	2
3-4 φορές/εβδομάδα	3
Κάθε μέρα	4
ποτέ	5

E9.Η διατροφή σας στη διάρκεια μίας εβδομάδας περιλαμβάνει:

(Μία μερίδα λαχανικά είναι μία κούπα, μία μερίδα φρούτα είναι ένα μήλο, ένα πορτοκάλι κτλ.)

κόκκινο κρέας (μοσχάρι, χοιρινό)	1
Ψάρια (σαρδέλες, σκουμπρί, κολιό, σολομό, κλπ)	2
Λαχανικά (Μία μερίδα λαχανικά = 1κούπα)	3
Φρούτα (μία μερίδα φρούτα είναι ένα φρούτο)	4

E10. Πόσες φορές στη διάρκεια μιας εβδομάδας εξασκείται έντονη φυσική δραστηριότητα για μισή ώρα ή γυμνάζεστε ;

1 φορά	1
2 φορές	2
3-4 φορές	3
≥ 5 φορές	4
Καθόλου	5

ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

E11. Συνολικά τον τελευταίο μήνα χρειάστηκε να επισκεφθείτε κάποιο φορέα υγείας και αν ναι ,ποιόν συγκεκριμένα ;

Ναι	
Όχι	

Περιφερειακό ιατρείο (αγροτικό ιατρείο)	1
Κέντρο υγείας	2
Εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου	3
Πολυιατρείο ασφαλιστικού οργανισμού	4
Ιδιωτικό ιατρείο	5
Διαγνωστικό κέντρο	6

E12. Ποιος ήταν ο λόγος που επισκεφθήκατε τον τελευταίο μήνα φορέα υγείας;

Συμπτώματα ή άλλες καταστάσεις υγείας (παροδική αρρώστια)	1
Αντιμετώπιση χρόνιου νοσήματος	2
Αναγραφή συνταγών	3
Εργαστηριακές εξετάσεις	4
Προληπτικές εξετάσεις	5
Άλλη αιτία (προσδιορίστε...)	6
Δεν χρειάστηκε καμία	7

E13.Συνολικά τον τελευταίο χρόνο πόσες φορές περίπου χρειάστηκε να επισκεφθείτε κάποιο φορέα υγείας και ποιόν;

ΦΟΡΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΠΙΣΚΕΨΙΜΟΤΗΤΑ
Περιφερειακό ιατρείο (αγροτικό ιατρείο)	1
Κέντρο υγείας	2
Εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου	3
Πολυιατρείο ασφαλιστικού οργανισμού	4
Ιδιωτικό ιατρείο	5
Διαγνωστικό κέντρο	6

ΕΠΙΛΟΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

E14.Τα κριτήρια που επιλέγεται για να επισκεφθείτε κάποια υπηρεσία υγείας σχετίζονται με :

Γρήγορη/ εύκολη πρόσβαση	1
Μικρότερη αναμονή	2
Ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών	3
Όλα τα παραπάνω	4

E15.Υπήρξε προσυνηνόηση με το γιατρό σας για τη σημερινή σας επίσκεψη;

ΝΑΙ	1
ΟΧΙ	2

E16.Για ποιο θέμα υγείας προσήλθατε σήμερα;

Συμπτώματα , σημεία	1
Τακτική συνταγογράφηση	2
Εργαστηριακές εξετάσεις	3
Προληπτικές εξετάσεις	4
Ιατρικές συμβουλές	5
Τακτικός επανέλεγχος χρόνιου νοσήματος	6
Άλλοι λόγοι (αναφέρατε)	7
ΕΚΤΑΚΤΟ	8

(ερώτηση απευθυνόμενη σε χρήστες υγείας που προσήλθαν για τακτική συνταγογράφηση)

E17. Η τακτική συνταγογράφηση αφορά το/τα παρακάτω νόσημα/τα :

Καρδιολογικό-κυκλοφορικό	Έμφραγμα, ΣΝ, Υπόταση, Υπέρταση, Καρδιακή Ανεπάρκεια, Αρρυθμίες, κτλ	1	
Πνευμονολογικό	Φυματίωση, Χρόνια βρογχίτιδα, Άσθμα, Εμφύσημα, κτλ.	2	
Μεταβολικό/Ενδοκρινολογικό	Σ. Διαβήτης, Υπερλιποπρωτεϊναιμία, διαταραχές του θυρεοειδούς αδένα,	3	
Γαστρεντερολογικό	Έλκος στομάχου/ δωδεκαδακτύλου, Χολολιθίαση - κυστίτιδα, Ηπατοπάθεια	4	
Ουρολογικό/νεφρολογικό	Νεφροπάθεια, Νεφρίτιδα, Λιθίαση, Κυστίτιδα, Υπερπλασία του προστάτη,	5	
Αγγειακό	Θρόμβωση, Εμβολή, Κίρσοι,..	6	
Ορθοπαιδικό	Χρόνια πολυαρθρίτιδα, Αρθρο-, Σπονδυλο-, Δισκοπάθειες, Ισχιαλγία, Ουρική Αρθρίτιδα..	7	
Δερματικό	Εξάνθημα, Έκζεμα, Ψωρίασης, Αφροδίσια, .	8	
Νευρολογικό	Επιληψία, Εγκεφαλικό έμφρακτο, Εγκεφαλοπάθειες, Μηνιγγίτιδα, Σκλήρυνση κατά πλάκας, Ν. Parkinson, .	9	
Ψυχιατρικό	Κατάθλιψη, Σχιζοφρένεια, Συναισθηματικές ψυχώσεις, Νευρώσεις,	10	
Γυναικολογικό	Νοσήματα της μήτρας, του κόλπου, του μαστού,..	11	
Οφθαλμολογικό	(Γλαύκωμα, Επιπεφυκίτιδα,.	12	
Ωρλ	Ωτίτιδα, Φαρυγγίτιδα, Αμυγδαλίτιδα,.	13	
Νεοπλασία		14	
Άλλο	π.χ. Αλλεργίες)	15	

(ερωτήσεις απευθυνόμενες σε χρήστες υγείας που προσήλθαν με συμπτώματα-σημεία)

E18. Εσείς πως θα χαρακτηρίζατε το σημερινό πρόβλημα υγείας σας;

Πολύ σοβαρό	1
σοβαρό	2
μέτριο	3
μικρό	4

E19. Ποια είναι η προσδοκία σας ως προς τον τρόπο διαχείρισης του σημερινού προβλήματος υγείας σας από τον ιατρό;

Φαρμακευτική αγωγή	1
Διαγνωστικές εξετάσεις	2
Άμεση ενεσοθεραπεία	3
Συμβουλές-οδηγίες	4
Παραπομπή σε νοσοκομείο	5
Πλήρη υπακοή στην ιατρική οδηγία	6
Δεν γνωρίζω	7

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

Αγ. Βαρβάρα Ηρακλείου

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα για το σκοπό του ερωτηματολογίου και συναινώ

.....

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΡΗΣΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Χαρακτηρισμός της σημερινής κατάστασης υγείας του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό:

Πολύ καλή	1
Καλή	2
Μέτρια	3
Κακή	4
Πολύ κακή	5

2. Χαρακτηρισμός της σημερινού προβλήματος υγείας του ασθενούς από τον θεράποντα ιατρό:

Πολύ σοβαρό	1
σοβαρό	2
μέτριο	3
μικρό	4

3. Ποιες ιατρικές πράξεις διενεργήθηκαν για την αντιμετώπιση του αίτιου προσέλευσης του ασθενούς:

Κλινική εξέταση	1
Αιματολογικές εξετάσεις	2
Ακτινολογικός έλεγχος	3
Ιατρικές οδηγίες-Συμβουλές	4
Συνταγογράφηση φαρμ. Αγωγής	5
Παραπομπή σε νοσοκομείο για διαγνωστικές εξετάσεις	6
Παραπομπή σε νοσοκομείο για εισαγωγή	7
Πιστοποιητικό υγείας	8

4. Αίτια του σημερινού προβλήματος υγείας προσέλευσης του ασθενούς:

Οργανικά	1
Ψυχικά	2
Ατυχήματα	3
Κοινωνικά	4

5. Ιατρικές διαγνώσεις ανά σύστημα που τέθηκαν από το θεράποντα ιατρό στους χρήστες υπηρεσιών υγείας :

Καρδιολογικό-κυκλοφορικό	1
Πνευμονολογικό	2
Μεταβολικό/Ενδοκρινολογικό	3
Γαστρεντερολογικό	4
Ουρολογικό/νεφρολογικό	5
Αγγειακό	6
Ορθοπαιδικό	7
Δερματικό	8
Νευρολογικό	9
Ψυχιατρικό	10
Γυναικολογικό	11
Οφθαλμολογικό	12
Ωρλ	13
Νεοπλασία	14
Άλλο	15

6. Συχνότητα αναγραφόμενων συνταγών / αριθμό αναγραφόμενων σκευασμάτων ανά συνταγή στους χρήστες υπηρεσιών υγείας :

Αριθμός συνταγών	1
Αριθμός σκευασμάτων	2

7. Συχνότητα ανά κατηγορία συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων:

Αντιβιοτικά	1
Αντιπυρετικά / Αντιφλεγμονώδη	2
Πνευμονολογικά	3
Αντιδιαβητικά	4
Αντιλιπιδαιμικά	5
αντιυπερτασικά	6
Καρδιολογικά	7

Γοπ/ΣΕΕ/Γαστρίτις/Έλκος/Γαστροπροστασία	8
Υπερουριχαιμία	9
Μυοχαλαρωτικά	10
Αντικαταθλιπτικά	11
Αντιψυχωσικά	12
Ηρεμιστικά (βαρβιτουρικά)	13
Ουρολογικά	14
Αντισταμινικά	15
Δερματολογικά	16
Οφθαλμολογικά	17
Ενδοκρινολογικά	18
Γυναικολογικά	19
Άλλα	20