



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ
Συγκριτική μελέτη

Σπουδάστρια: Μαρία Παπαδάκη

Επιβλέπων: Λεωνίδας Παρασκευόπουλος
Επίκουρος Καθηγητής

Καλαμάτα 2009

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Χρησιμοποιήσαμε δεδομένα που αφορούν 18.916 άτομα, ηλικίας 50 ετών και άνω, από 11 Ευρωπαϊκές χώρες. Δεν εντοπίσαμε σημαντική μεταβλητότητα μεταξύ των χωρών, όσον αφορά την ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι κατανομές συχνοτήτων συγκεκριμένων επιλογών των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που εμείς επιλέξαμε ως δείκτες της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των οικογενειακών γιατρών, μας έδειξε μέτρια ή και φτωχή ποιότητα. Οι οικογενειακοί γιατροί εκπροσωπώντας τους ασθενείς τους, λόγω ελλιπούς πληροφόρησης, σε επιλογές κρίσιμες για την πρόληψη ασθενειών, που επιδημιολογικά συσχετίζονται με την ηλικία, εμφανίζονται από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας να μην αφιερώνουν επαρκή χρόνο για πρόληψη και συμβουλευτική. Στην έρευνά μας, ως προς τον τρόπο αμοιβής των οικογενειακών γιατρών στις χώρες της Ευρώπης που εξετάσαμε, εντοπίσαμε διαφορετικά συστήματα χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εντούτοις και σε αντίθεση με τη θεωρία, δεν τεκμηριώθηκε η αδρή συσχέτιση που διερευνούσαμε μεταξύ ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συστήματος αμοιβής των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αιτιάζουμε ότι οι παραδοσιακοί τρόποι αμοιβής (αμοιβή κατά πράξη και μισθός) έχουν διαμορφώσει τις κυρίαρχες συμπεριφορές των γιατρών προς την κατεύθυνση της θεραπευτικής, παρά της προληπτικής παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αυτή η κυρίαρχη τάση έχει αποτυπωθεί στα δεδομένα της μελέτης, που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας.

Η παρακάτω δήλωση αποτελεί υποχρέωσή μας έναντι του φορέα που πραγματοποιεί και διευθύνει τη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη» (Survey in Health, Aging and Retirement in Europe), πάνω στα δεδομένα της οποίας στηρίχθηκε η παρούσα πτυχιακή εργασία.

STATEMENT

“This paper uses data from the release 2 of SHARE 2004. This release is preliminary and may contain errors that will be corrected in later releases. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th framework programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life). Additional funding came from the US National Institute on Ageing (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Data collection in Austria (through the Austrian Science Foundation, FWF), Belgium (through the Belgian Science Policy Office) and Switzerland (through BBW/OFES/UFES) was nationally funded. The SHARE data set is introduced in Börsch-Supan et al. (2005); methodological details are contained in Börsch-Supan and Jürges (2005).”

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την πολύτιμη βοήθεια με συμβουλές, παραινέσεις και υλικό, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής

- στον κο Λεωνίδα Παρασκευόπουλο, Επίκουρο Καθηγητή του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος,

- στην οικογένειά μου, σε όσους με αγαπούν και πιστεύουν σε μένα και σε όλους όσους επέδειξαν υπομονή και κατανόηση, κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	vi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	viii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	ix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	
1.1. Περιγραφή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	3
1.2 Συστήματα αμοιβής των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	4
1.2.1 <i>Μορφές αποζημίωσης των προμηθευτών φροντίδας υγείας και κίνητρα οικονομικής συμπεριφοράς</i>	5
1.3. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε χώρες της Ευρώπης	7
1.3.1 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα</i>	7
1.3.1.1 <i>Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του ΕΣΥ</i>	9
1.3.1.1.1 <u>Κέντρα Υγείας - Περιφερειακά Ιατρεία</u>	9
1.3.1.1.2 <u>Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων</u>	10
1.3.1.2 <i>Κοινωνική ασφάλιση</i>	10
1.3.1.2.1 <u>Το ΙΚΑ</u>	10
1.3.1.2.2 <u>Οι λοιποί ασφαλιστικοί οργανισμοί</u>	11
1.3.1.3 <u>Τοπική αυτοδιοίκηση</u>	13
1.3.1.4 <u>Ιδιωτικός τομέας</u>	14
1.3.2 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Γαλλία</i>	15
1.3.3 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Γερμανία</i>	16
1.3.4 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Ισπανία</i>	16
1.3.5 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ιταλία</i>	17
1.3.6 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Ολλανδία</i>	17
1.3.7 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Σουηδία</i>	17
1.3.8 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αυστρία</i>	18
1.3.9 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο Βέλγιο</i>	19
1.3.10 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελβετία</i>	20
1.3.11 <i>Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Δανία</i>	21
1.4 <i>Νοσηρότητα σε χώρες της Ευρώπης</i>	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ	
2.1 Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας	27
2.1.1 <i>Περί της μελέτης ΕΥΓΣΕ</i>	27
2.1.1.1 <u>Δειγματοληψία</u>	29

<u>2.1.1.2 Δείκτες ποιότητας παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας</u>	29
2.2 Τα αποτελέσματα της έρευνας	32
<i>2.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας</i>	32
<u>2.2.1.1 Σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο</u>	32
<u>2.2.1.2 Σύνολο του δείγματος ανά ηλικιακές κατηγορίες, και φύλο</u>	36
<u>2.2.1.3 Χρήση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο</u>	39
2.2.2 Δείκτες ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε χώρες της Ευρώπης	42
<u>2.2.2.1 Γηριατρική αξιολόγηση</u>	42
<u>2.2.2.2. Προληπτικές εξετάσεις</u>	50
<u>2.2.2.3 Χρόνιες παθήσεις</u>	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	64
ΑΝΑΦΟΡΕΣ	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη, Ερωτηματολόγιο (περιέχει τις ερωτήσεις που συμπεριελήφθησαν στην έρευνά μας)	74

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελ
1.1: Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων, συνολικά και κατά φύλο, στην Ελλάδα (2006)	26
2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	33
2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	34
2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊές (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	35
2.4: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	36
2.5: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	37
2.6: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊές (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	38
2.7: Χρήση υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού από ενήλικους Ευρωπαίους, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ -2004 - έκδοση 2.0	39
2.8: Χρήση υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού από ενήλικες άνδρες Ευρωπαίους, σε ποσοστό, ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ-2004 - έκδοση 2.0	40
2.9: Χρήση υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού από ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊές, σε ποσοστό, ανά χώρα. ΕΥΓΣΕ-2004 - έκδοση 2.0	40
2.10: Ερώτηση για τη 'σωματική δραστηριότητα' των ενήλικων Ευρωπαίων ανδρών, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004 - έκδοση 2.0	42
2.11: Ερώτηση για τη 'σωματική δραστηριότητα' των ενήλικων Ευρωπαίων γυναικών, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004 - έκδοση 2.0	43
2.12: Σύσταση των οικογενειακών γιατρών στους ενήλικες Ευρωπαίους για άσκηση, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004 έκδοση 2.0	43
2.13: Έλεγχος της ισορροπίας κατά τη βάρδιση των ενήλικων Ευρωπαίων ανδρών από τον οικογενειακό γιατρό, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	44
2.14: Έλεγχος της ισορροπίας κατά τη βάρδιση των ενήλικων Ευρωπαίων γυναικών από τον οικογενειακό γιατρό, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ. 2.0 ...	45
2.15: Ενημέρωση του οικογενειακού γιατρού για ενδεχόμενη πτώση των ενήλικων Ευρωπαίων, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	46
2.16: Έλεγχος του βάρους των ενήλικων Ευρωπαίων από τον οικογενειακό γιατρό, ανά φύλο, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	46
2.17: Έλεγχος του βάρους των ενήλικων Ευρωπαίων γυναικών από τον οικογενειακό γιατρό, ανά ηλικιακή κατηγορία, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ-2004, έκδοση 2.0	47
2.18: Ερώτηση από τον οικογενειακό γιατρό για λήψη φαρμάκων σε ενήλικες Ευρωπαίους, ανά φύλο, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	48
2.19: Ερώτηση από τον οικογενειακό γιατρό για λήψη φαρμάκων σε ενήλικες	

Ευρωπαίους άνδρες, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	48
2.20: Ερώτηση από τον οικογενειακό γιατρό για λήψη φαρμάκων σε ενήλικες Ευρωπαϊές γυναίκες, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ-2004, έκδοση 2.0	49
2.21: Πραγματοποίηση οφθαλμολογικής εξέτασης τα δύο τελευταία χρόνια από ενήλικες Ευρωπαίους, ανά φύλο, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	50
2.22: Πραγματοποίηση οφθαλμολογικής εξέτασης τα δύο τελευταία χρόνια από ενήλικες Ευρωπαίους, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	51
2.23: Πραγματοποίηση μαστογραφίας τα δύο τελευταία χρόνια από ενήλικες Ευρωπαϊές, ανά ηλικιακή κατηγορία, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	51
2.24: Σύσταση από τον οικογενειακό γιατρό για αντιγριπικό εμβολιασμό σε ενήλικες Ευρωπαίους, ανά ηλικιακή κατηγορία, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ-2004, έκδοση 2.0	52
2.25: Πραγματοποίηση ενδοσκοπικής εξέτασης εντέρου από ενηλίκους Ευρωπαίους, ανά φύλο, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	52
2.26: Πραγματοποίηση ενδοσκοπικής εξέτασης εντέρου από άνδρες ενήλικους Ευρωπαίους, ανά ηλικιακή κατηγορία, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004, έκ. 2.0	53
2.27: Σύσταση από τον οικογενειακό γιατρό για εξέταση αιμορραγίας στα κόπρανα σε Ευρωπαίους ενήλικες, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0	54
2.28: Πόνος στις αρθρώσεις πολύ συχνά, ενήλικες Ευρωπαϊές γυναίκες, σε ποσοστό, ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	56
2.29: Πόνος στις αρθρώσεις πολύ συχνά, ενήλικες Ευρωπαϊές γυναίκες, σε ποσοστό, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0	56
2.30: Πόνος στις αρθρώσεις πολύ συχνά, ενήλικων Ευρωπαίων ανδρών, σε ποσοστό, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0	57
2.31: Έλεγχος των αρθρώσεων του ασθενή από τον οικογενειακό γιατρό σε παράπονο για πόνο στις αρθρώσεις, ενήλικες Ευρωπαίοι, ανά φύλο, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	58
2.32: Έλεγχος των αρθρώσεων του ασθενή από τον οικογενειακό γιατρό σε παράπονο για πόνο στις αρθρώσεις, ενήλικες Ευρωπαϊές, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	59
2.33: Παραπομπή του ασθενή από τον οικογενειακό γιατρό για φυσιοθεραπεία, ενήλικες Ευρωπαίοι, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	60
2.35: Σύσταση θεραπείας σε ενήλικες Ευρωπαϊές γυναίκες, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0	61
2.36: Ενημέρωση των ασθενών από τον οικογενειακό γιατρό για τυχόν παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής σε ενήλικους Ευρωπαίους, σε ποσοστά, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0	62

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελ
1.1: Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2002)	23
1.2: Αριθμός εξελθόντων ασθενών, κατά κατηγορία αιτιών νοσηλείας, στην Ελλάδα (2003)	24
1.3: Ποσοστιαία κατανομή των εξελθόντων ασθενών, κατά κατηγορία αιτιών νοσηλείας, στην Ελλάδα (2003)	25
2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	33
2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	34
2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊές (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	35
2.4: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	36
2.5: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	37
2.6: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊές (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	38
2.7: Χρήση υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού από ενήλικους Ευρωπαίους, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004 - έκδοση 2.0	41
2.8: Ενημέρωση του οικογενειακού γιατρού για ενδεχόμενη πτώση ενηλίκων Ευρωπαίων, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ -2004, έκδοση 2.0	45
2.9: Έλεγχος του βάρους των ενηλίκων Ευρωπαίων γυναικών από τον οικογενειακό γιατρό, ανά ηλικιακή κατηγορία, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ-2004, έκδοση 2.0	47
2.10: Πόνος στις αρθρώσεις πολύ συχνά, ενήλικες Ευρωπαϊές γυναίκες, σε ποσοστό, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0	57
2.11: Πόνος στις αρθρώσεις πολύ συχνά, ενηλίκων Ευρωπαίων ανδρών, σε ποσοστό, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0	58
2.12: Σύσταση θεραπείας σε ενήλικες Ευρωπαϊές γυναίκες, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0	61

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΔΜΥΠ	(Τμήμα) Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας
ΔΕΗ	Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΥΓΣΕ	Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΚΠΙ	Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
ΚΑΠΗ	Κέντρα Ανοιχτής Περιθαλψης Ηλικιωμένων
ΚΥ	Κέντρα Υγείας
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
ΟΟΣΑ	Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περιθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμό Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΑΒ	Σταθμός Πρώτων Βοηθειών
ΤΥΠΕΤ	Ταμείο Υγείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας
DALYs	Disability Adjusted Life Years
ELSA	English Longitudinal Study of Ageing
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STATA	STATistics and daTA

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας.

Αντικείμενο της εργασίας είναι η ποιότητα της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας ατομικής φροντίδας υγείας στην Ευρώπη.

Η υπόθεση εργασίας είναι ότι η ποιότητα δεν εμφανίζεται ομοιόμορφη μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών και η διαφορά αυτή σχετίζεται και με το σύστημα αμοιβής των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, που υιοθετεί κάθε χώρα.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας σε άτομα 50 ετών και άνω, σε χώρες της Ευρώπης.

Για την προσέγγιση του σκοπού της εργασίας τέθηκαν δύο στόχοι. Ο πρώτος στόχος ήταν η καταγραφή των χαρακτηριστικών της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των μεθόδων αποζημίωσης των γιατρών. Ο δεύτερος στόχος ήταν η πραγματοποίηση σχετικής έρευνας, για τη διερεύνηση της ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε χώρες της Ευρώπης, προκειμένου να προκύψουν συγκρίσεις με τα διαφορετικά συστήματα αμοιβής των γιατρών στις υπό εξέταση χώρες.

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου μελετήσαμε σχετική βιβλιογραφία, που έχει αναπτυχθεί στα πλαίσια της έρευνας υπηρεσιών υγείας. Για το δεύτερο στόχο αναζητήσαμε σχετικά δεδομένα και τα εντοπίσαμε στη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη». Πρόκειται για την πρώτη επιστημονική μελέτη που εξετάζει τους διαφορετικούς τρόπους ζωής ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω σε δώδεκα χώρες, από τη Σκανδιναβία έως τη Μεσόγειο (έντεκα Ευρωπαϊκές και το Ισραήλ). Η έρευνα, που εξέτασε δείγμα 45.051 ατόμων γεννημένων το 1954 και ενωρίτερα, εστιάστηκε σε θέματα όπως το οικογενειακό περιβάλλον, οι οικογενειακές σχέσεις, η εργασία, οι συντάξεις, η οικονομική ασφάλεια και η υγεία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το έτος 2004 και στην παρούσα εργασία επικεντρωθήκαμε στα δεδομένα που αφορούν τη χρήση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τα άτομα του δείγματος και τα χαρακτηριστικά της χρήσης αυτής. Συγκεκριμένα, επιλέξαμε απαντήσεις που αφορούσαν ζητήματα σχετικά με το προληπτικό έργο που παρέχουν οι γιατροί, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας σε άτομα με χρόνιες παθήσεις, αλλά και το έργο που παρέχουν σε

άτομα μεγάλης ηλικίας. Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας συνολικά εξετάστηκε δείγμα 18.916 ατόμων από τις 11 Ευρωπαϊκές χώρες. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη λογισμική εφαρμογή στατιστικής ανάλυσης SPSS, έκδοση 11.5.

Η στατιστική μας ανάλυση περιορίστηκε στον εντοπισμό αδρών σχέσεων με χρήση πινάκων συχνοτήτων. Δεν πραγματοποιήσαμε έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των ευρημάτων μας, δηλαδή δεν ελέγξαμε αν η τύχη ευθύνεται αποκλειστικά για τις παρατηρούμενες σχέσεις.

Η εργασία, εκτός της παρούσας Εισαγωγής, είναι δομημένη σε δύο κεφάλαια και ένα συμπερασματικό τμήμα για τη σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τα χαρακτηριστικά της παροχής της σε χώρες της Ευρώπης, όπως περιγράφονται σε σχετικές μελέτες. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το υλικό, η μεθοδολογία, καθώς και τα αποτελέσματα της έρευνας για την ποιότητα της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες. Στο συμπερασματικό τμήμα συνοψίζονται τα ευρήματα, σε σχέση με τους τρόπους αποζημίωσης των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας, στις υπό εξέταση χώρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

1.1 Περιγραφή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Ο μεγαλύτερος όγκος απαραίτητης φροντίδας υγείας παρέχεται από το άτομο στον εαυτό του. Το άτομο και από τα μέλη της οικογενείας του. Ένα πολύ μικρό, αναλογικά, μέρος απαραίτητης φροντίδας υγείας μπορεί να αναζητήσει το άτομο στο Σύστημα Φροντίδας Υγείας.

Τα προγράμματα πρόληψης, αγωγής υγείας, ο οικογενειακός προγραμματισμός και η φροντίδα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ονομάζονται ‘πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας’. Αντλώντας από Παρασκευόπουλος (2008α), ο όρος “πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας” έχει προσλάβει διάφορες έννοιες ή ερμηνείες, με αποτέλεσμα τη σύγχυση. Τεχνικώς παραπέμπει στην πρώτη επαφή του πολίτη με το υγειονομικό σύστημα, ή στο πρώτο επίπεδο φροντίδας, ή στις απλές φροντίδες που θα παρασχεθούν από σχετικά μη εξειδικευμένο προσωπικό, ή ακόμα και στις παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση αρχικών αιτιών της νόσου. Πολιτικώς παραπέμπει σε πολυτομεακή δράση ή στη συμμετοχή της κοινότητας – γι’ αυτό στις αγγλοσαξονικές χώρες συναντάται ευρέως ο όρος community care - “κοινοτική” φροντίδα.

Οι πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας (πρόληψη, αγωγή υγείας και οικογενειακός προγραμματισμός) αφορούν τα άτομα με καλή υγεία, ενώ η φροντίδα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, γνωστή και ως ‘πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα’, απευθύνεται στα άτομα που έχουν νοσήσει. Επομένως, οι έννοιες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης δεν ταυτίζονται μεταξύ τους, αφού η δεύτερη αποτελεί υποσύνολο της πρώτης. Οι φροντίδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αφορούν ένα πολύ μικρό ποσοστό του πληθυσμού, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας το σύνολο του πληθυσμού (και τους υγιείς).

Τα προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας μπορεί να απευθύνονται τόσο στον πληθυσμό όσο και σε κατ’ ιδίαν άτομα. Τα αναφερόμενα στον πληθυσμό έχουν να κάνουν κυρίως με περιβαλλοντικούς ελέγχους και κοινωνικο-οικονομικές βελτιώσεις στη ζωή των πολιτών. Τα προγράμματα εμβολιασμών, σωματικής άσκησης, διατροφής, σωματικής υγιεινής, προληπτική χορήγηση φαρμάκων κλπ. απευθύνονται σε κατ’ ιδίαν άτομα.

Τα άτομα προκειμένου να υιοθετήσουν συμπεριφορές συμβατές με ένα υγιές πρότυπο ζωής, απαιτείται να αποκτήσουν ορθή γνώση, για να διαμορφώσουν τις

κατάλληλες πεποιθήσεις συμβατές με υγιές πρότυπο ζωής. Σύμφωνα με τους επιδημιολόγους αυτό επιτυγχάνεται με την ύπαρξη μιας επικοινωνιακής διεργασίας μεταξύ του ευρύτερου υγειονομικού συστήματος και των ατόμων. Ισχυρίζονται ότι τα προγράμματα αγωγής υγείας είναι ικανά να επηρεάσουν τις ατομικές συμπεριφορές. Τα προγράμματα αγωγής υγείας υλοποιούνται συνήθως από μια σειρά φορείς και όχι αυστηρά από φορείς που παραδοσιακά θεωρούνται ως μέρος του συστήματος υγείας, όπως για παράδειγμα τα σχολεία, η τροχαία κλπ. Η αγωγή υγείας δεν περιορίζεται στο να προπαγανδίζει υπέρ ή κατά συμπεριφορών, αλλά ενημερώνει και για τους παράγοντες που προκαλούν κάποια νόσο.

Η έγκαιρη διάγνωση επιτρέπει τις περισσότερες φορές την εφαρμογή αποτελεσματικής εξωνοσοκομειακής θεραπευτικής αγωγής. Η περίθαλψη αυτού του τύπου ονομάζεται και ανοικτή ή και προνοσοκομειακή. Ειδική κατηγορίες υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης έχουν ανάγκη οι μητέρες και τα παιδιά. Εξωνοσοκομειακά παρέχονται και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες. Όταν όλα τα θεραπευτικά μέσα έχουν εξαντληθεί και η νόσος πλέον γίνεται χρόνια (καρκίνος, καρδιαγγειακά κλπ), απαιτείται συμπτωματική αγωγή, που μπορεί να παρέχεται στην κατοικία του ασθενή.

Όταν μια νόσος θεραπευτεί, μπορεί να 'αφήσει' στο άτομο μικρές ή μεγαλύτερες αναπηρίες, γεγονός που πιθανόν να δυσκολεύουν την επαναφορά στην ομαλή οικογενειακή και επαγγελματική ή κοινωνική ζωή. Η ομαλή αποκατάσταση και επανένταξη των αποθεραπευμένων, απαιτεί πρόληψη των λειτουργικών αναπηριών που οφείλονται στη νόσο, με μια σειρά φροντίδες προς τους αποθεραπευμένους. Αυτή η φροντίδα υγείας είναι γνωστή ως τριτογενής πρόληψη. Η τριτογενής πρόληψη και γενικά μια σειρά από εξειδικευμένες φροντίδες σε άτομα που έχουν αποθεραπευτεί, παρέχονται σε εξειδικευμένα κέντρα ή σε ειδικά τμήματα νοσοκομείων.

1.2 Συστήματα αμοιβής των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Υπάρχουν πέντε καθαρές μορφές αποζημίωσης των προμηθευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που συνοψίζονται παρακάτω (Παρασκευόπουλος, 2008β):

1. Αμοιβή κατά πράξη (fee-for-service): Μεμονωμένες ιατρικές πράξεις διάγνωσης, θεραπείας και φαρμακευτικών υπηρεσιών τιμολογούνται και αθροίζονται.
2. Αποζημίωση ανάλογα με την κατάσταση υγείας του ασθενή (case payment): Πακέτο υπηρεσιών για συγκεκριμένο περιστατικό, όπου οι παρεχόμενες υπηρεσίες

δεν τιμολογούνται χωριστά και η καταβαλλόμενη αποζημίωση μπορεί να μη σχετίζεται με το πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3. Ενιαίο ποσό αποζημίωσης (bonus payment): Προσυμφωνημένο ενιαίο ποσό για παροχή συγκεκριμένου τύπου παρεχόμενων υπηρεσιών.
4. Αμοιβή κατά κεφαλή (capitation fee): Ενιαία αποζημίωση (συνήθως ετήσια) για κάθε άτομο εγγεγραμμένο στη λίστα του γενικού γιατρού.
5. Μισθός (salary): Ετήσιο εισόδημα, ανεξάρτητο από το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών ή τον αριθμό τους (φόρτος εργασίας).

Το ύψος της αποζημίωσης μπορεί να καθορίζεται κατόπιν διαπραγμάτευσης μεταξύ πληρωτών και προμηθευτών ή απευθείας από την κυβέρνηση. Συχνά σχετίζεται με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και με τις εισοδηματικές προσδοκίες των προμηθευτών. Σε ορισμένες περιπτώσεις αντανακλά και επιδιώξεις πολιτικής για ενθάρρυνση ή αποθάρρυνση χρήσης ορισμένων υπηρεσιών υγείας.

Η μορφή «Αποζημίωση ανάλογα με την κατάσταση υγείας του ασθενή (case payment)» εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις Η.Π.Α., στα πλαίσια του ομοσπονδιακού ασφαλιστικού προγράμματος Medicare και καλείται Resource-based Relative Value Scales. Πρόκειται για ένα σύστημα πληρωμής εκ των προτέρων και έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να καλύπτει την αξία των πόρων που απαιτούνται για την παραγωγή της ιατρικής υπηρεσίας. Χρηματοδοτείται με φορολογία στους μισθούς (payroll taxes) και αποσκοπεί στην προστασία των ηλικιωμένων και των αναπήρων.

Δεν είναι σπάνιο σε ένα σύστημα υγείας δύο ή περισσότερες καθαρές μορφές αποζημίωσης να συνδυάζονται κατάλληλα και να απευθύνονται στον ίδιο αποδέκτη, προκειμένου να εξυπηρετήσουν τον τρόπο διανομής και τη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας.

1.2.1 Μορφές αποζημίωσης των προμηθευτών φροντίδας υγείας και κίνητρα οικονομικής συμπεριφοράς

Οι διάφορες μορφές αποζημίωσης των προμηθευτών φροντίδας υγείας δημιουργούν κίνητρα στους προμηθευτές, που διαμορφώνουν την οικονομική τους συμπεριφορά (Παρασκευόπουλος, 2008β). Η συμπεριφορά αυτή επηρεάζει τη σχέση τους με τους πληρωτές δηλαδή τους ασθενείς ή τους ασφαλιστές. Ο πληρωτής έχει συχνά δυσκολίες να εκτιμήσει την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας και αυτό δίνει

στους προμηθευτές ένα βαθμό ελευθερίας, ώστε να ανταποκρίνονται στα κίνητρα που βελτιώνουν τη δική τους ευημερία, παρά των ασθενών τους.

Μορφές αποζημίωσης των προμηθευτών φροντίδας υγείας και κίνητρα οικονομικής συμπεριφοράς

Μορφή Πληρωμής	Υπηρεσίες (ποσότητα)		Ένταση της παρεχόμενης υπηρεσίας	
	Ασθενείς ¹ (αριθμός)	Υπηρεσίες που χρεώνονται (αριθμός)	Πράξεις ανά ιατρική παρέμβαση (αριθμός)	Εισροές υψηλού κόστους
Αμοιβή κατά πράξη (fee-for-service)	+	+	+	+
Αποζημίωση ανάλογα με την κατάσταση υγείας του ασθενή (case payment)	0	+	-	+
Ενιαίο ποσό αποζημίωσης (bonus payment)	+	0	-	0
Αμοιβή κατά κεφαλή (capitation fee)	+	0	-	-
Μισθός (salary)	-	0	-	0

¹ Αριθμός ασθενών που σχετίζονται με τον προμηθευτή φροντίδας υγείας

+ ο προμηθευτής έχει κίνητρο να μεγιστοποιεί την ποσότητα / ένταση υπηρεσιών

- ο προμηθευτής έχει κίνητρο να ελαχιστοποιεί την ποσότητα / ένταση υπηρεσιών

0: δεν σχετίζονται

Αν οι προμηθευτές αμείβονται σύμφωνα με κάποιο δείκτη σχετικό με τη δουλειά τους, τότε θα δώσουν μεγαλύτερη προσοχή στο συγκεκριμένο δείκτη. Για παράδειγμα, αν ο γιατρός αμείβεται με μισθό θα εργάζεται τις προβλεπόμενες ώρες ημερησίως, χωρίς να πιέζεται ο χρόνος αυτός να είναι ιδιαίτερα παραγωγικός. Αντίστροφα, αν η αμοιβή τους εξαρτάται από τον αριθμό των παρεχόμενων υπηρεσιών, υπάρχει τάση να παρέχονται και μη απαραίτητες υπηρεσίες. Όταν οι αμοιβές είναι συγκεκριμένες (fixed), τα κίνητρα των προμηθευτών επηρεάζουν τον αριθμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και την έντασή τους (αριθμό πράξεων ανά ιατρική παρέμβαση και εισροές υψηλού κόστους). Έτσι, οι δαπάνες των πληρωτών επηρεάζονται και επομένως τα εισοδήματα των προμηθευτών.

Στη μορφή «Αμοιβή κατά πράξη» υπάρχει ισχυρή τάση να παρέχονται όσο περισσότερες υπηρεσίες είναι δυνατόν να προσφερθούν σε έναν ασθενή, για συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας του. Αναμένονται έτσι συγκεκριμένοι δείκτες, όπως ο αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων ανά ασθενή, να είναι υψηλοί. Όλες οι άλλες μορφές

αποζημίωσης δημιουργούν τα αντίστροφα κίνητρα, ενθαρρύνοντας τους προμηθευτές να κάνουν οικονομία, όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχουν σε έναν ασθενή, για συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας. Η ένταση της παρεχόμενης υπηρεσίας αυξάνει όμως όταν προτιμώνται εισροές υψηλού κόστους, που λίγο ωφελούν τον ασθενή, και όταν ο ασθενής κατηγοριοποιείται (διαγνωστικά) σε ασθένεια υψηλότερου κόστους.

Έχει μετρηθεί σε έρευνες, ότι η μορφή «Αμοιβή κατά πράξη (fee-for-service)» συνδέεται με ένταση της παρεχόμενης υπηρεσίας (αυξημένες πράξεις ανά ιατρική παρέμβαση και εισροές υψηλού κόστους). Είναι πιθανόν να κινητοποιήσει τους προμηθευτές προς υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών, σε αντίθεση με τη μορφή «Μισθός (salary)», που φαίνεται ότι κινητοποιεί τους προμηθευτές προς την αντίθετη κατεύθυνση. Γενικώς, μορφές πληρωμής εκ των προτέρων μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την προσλαμβάνουσα από τους χρήστες ποιότητα της φροντίδας υγείας.

1.3. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε χώρες της Ευρώπης

Στην παρούσα ενότητα της εργασίας μας θα παρουσιάσουμε χαρακτηριστικά δεδομένα, σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σε χώρες της Ευρώπης. Θα περιοριστούμε στις χώρες εκείνες που περιλαμβάνονται στην έρευνά μας, την οποία θα παρουσιάσουμε σε επόμενο κεφάλαιο. Εκτός από δεδομένα που αφορούν δομές και ανθρώπινο δυναμικό, θα αναφερθούμε και στις επικρατέστερες μορφές αμοιβής των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στις υπό εξέταση χώρες. Θα ξεκινήσουμε από τη χώρα μας, για την οποία η αναφορά μας θα είναι περισσότερο εκτεταμένη.

1.3.1 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα

Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πραγματοποιείται στην Ελλάδα μέσα από τις εξής δομές:

α) Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του ΕΣΥ:

- εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων
- Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία.

β) Δομές κοινωνικής ασφάλισης:

- μονάδες υγείας του ΙΚΑ (πολυϊατρεία, εργαστήρια κ.λπ.) και πολυϊατρεία άλλων ασφαλιστικών οργανισμών (Οίκος Ναύτου, ΔΕΗ, ΟΣΕ, ΤΥΠΕΤ κ.λπ.)

- συμβεβλημένοι με τα ταμεία ιδιώτες γιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια.

γ) Ευρύτερος δημόσιος τομέας:

- στρατιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (δημοτικά ιατρεία)
- άλλες υπηρεσίες πρόνοιας (ΚΑΠΗ)
- μη κυβερνητικές-μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, μέσω των πολυϊατρείων τους.

δ) Ιδιωτικός τομέας:

- ιδιώτες γιατροί
- διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια
- εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών
- κέντρα αποκατάστασης
- άλλες εξειδικευμένες μονάδες.

Στις αγροτικές περιοχές η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και από ιδιώτες γιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα Ταμεία. Στις αστικές περιοχές η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις μονάδες υγείας των ασφαλιστικών φορέων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και από ιδιώτες γιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τους ασφαλιστικούς φορείς.

Από έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, που πραγματοποιήθηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πολιτών της χώρας μέσω ερωτηματολογίου, προκύπτει ότι 50,1% των πολιτών της χώρας πραγματοποίησε τουλάχιστον μια επίσκεψη σε κάποιο γιατρό τον περασμένο μήνα, ενώ το 28,1% των πολιτών πραγματοποίησε δύο ή περισσότερες επισκέψεις (Κυριόπουλος και συν. 2003, αναφερόμενο στο Τούντας 2008). Στοιχεία χρήσης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών για το σύνολο της χώρας υπάρχουν στην έρευνα “Hellas Health I” (ΙΚΠΙ 2006, αναφερόμενο στο Τούντας 2008). Το 75% των ερωτώμενων προσφεύγει αθροιστικά σε ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους (26%) ή μη με τα ταμεία (25,6%) και σε ιατρεία ασφαλιστικών ταμείων (24,5%) για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επόμενη επιλογή είναι τα Εξωτερικά Ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων με 12,7%. Μόνο το 20% των κατοίκων των αγροτικών περιοχών προσφεύγει στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία, ενώ το 80% των κατοίκων αυτών προσφεύγει στις άλλες δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που

κατά κανόνα βρίσκονται σε αστικές περιοχές, δηλαδή τους ιδιώτες γιατρούς (47,5%), τα Εξωτερικά Ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων (15,3%) και τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων (13,7%).

1.3.1.1 Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του ΕΣΥ

1.3.1.1.1 Κέντρα Υγείας - Περιφερειακά Ιατρεία

Οι περιοχές ευθύνης των Κέντρων Υγείας καλύπτουν πληθυσμό που κυμαίνεται από 2.500 έως 35.000 κατοίκους. Η στελέχωση των Κέντρων Υγείας διέπεται από την αρχή ότι αυτά θα πρέπει να έχουν πολυδύναμο χαρακτήρα και να διαθέτουν το αναγκαίο προσωπικό για να λειτουργούν ως αυτοδύναμες μονάδες, που θα καλύπτουν πλήρως τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού, αλλά αυτό δεν συμβαίνει, διότι υπάρχει απροθυμία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού να ενταχθεί σε απομακρυσμένα Κέντρα Υγείας. Στις μη αστικές περιοχές λειτουργούν 201 Κέντρα Υγείας και 1.478 Περιφερειακά Ιατρεία. Επίσης λειτουργούν 3 Κέντρα Υγείας αστικού τύπου, στο Βύρωνα, στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού χωριού και στα Καλύβια Αττικής, ενώ υπό κατασκευή είναι και άλλα. Για την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας έχουν αναπτυχθεί 17 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, κάποια από τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες μεγάλων περιφερειακών νοσοκομείων, ενώ τα υπόλοιπα εποπτεύονται από τις κατά τόπους νομαρχίες.

Το 20% των γιατρών των Κέντρων Υγείας είναι γενικοί γιατροί (συμπεριλαμβανομένων όσων έχουν θέση αγροτικών), το 21,9% παθολόγοι (συμπεριλαμβανομένων όσων έχουν θέση γενικού γιατρού), το 17,3% οδοντίατροι, το 12% παιδίατροι, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 20% περίπου είναι αγροτικοί γιατροί. Ο αριθμός των γενικών γιατρών κρίνεται μικρός συγκριτικά με τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, όπου η πρωτοβάθμια περίθαλψη ασκείται σχεδόν αποκλειστικά από γενικούς γιατρούς. Το 55% του υπόλοιπου προσωπικού είναι νοσηλευτές, το 13,5% μαιευτές, το 9,2% παρασκευαστές και το 9% επισκέπτες υγείας (Τούντας 2008).

Τα Κέντρα Υγείας λειτουργούν σε 24ωρη βάση συμμετέχοντας στο πρόγραμμα εφημεριών, ενώ γύρω από αυτά λειτουργεί αριθμός περιφερειακών ιατρείων, τα οποία είναι στελεχωμένα κατά κύριο λόγο με αγροτικούς γιατρούς.

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 στατικών. Οι γιατροί των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών ιατρείων είναι δημόσιοι υπάλληλοι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που αμείβονται με μισθό.

1.3.1.1.2 Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων

Στα 132 νοσοκομεία του ΕΣΥ λειτουργούν Εξωτερικά Ιατρεία, τα οποία καλύπτουν το σύνολο σχεδόν των ιατρικών ειδικοτήτων. Η καταγραφή του στελεχιακού δυναμικού των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί επακριβώς, γιατί το δυναμικό αυτό κατά κύριο λόγο εξυπηρετεί τις ανάγκες της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Στοιχεία χρήσης των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων της χώρας δεν είναι διαθέσιμα. Έμμεσα στοιχεία χρήσης για τα Εξωτερικά Ιατρεία προκύπτουν από την έρευνα “Hellas Health I” (ΙΚΠΙ 2006). Σύμφωνα με αυτήν τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων χρησιμοποιούνται συχνότερα από το 12,7% των Ελλήνων.

Οι υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Πρόσβαση στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία έχουν όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες έναντι μιας συμβολικής πληρωμής για κάθε εξέταση, αλλά και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών.

1.3.1.2 Κοινωνική ασφάλιση

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από 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.

1.3.1.2.1 Το ΙΚΑ

Το ΙΚΑ διαθέτει, εκτός των 5 νοσοκομείων του με τα εξωτερικά ιατρεία τους, ένα σημαντικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών (πολυϊατρεία και διαγνωστικά εργαστήρια), το

οποίο στη συντριπτική του πλειοψηφία είναι προσανατολισμένο στην κάλυψη των αναγκών των αστικών κέντρων. Η δομή του συνίσταται σε 42 νομαρχιακές μονάδες υγείας (γνωστές και ως πολυϊατρεία), οι οποίες έχουν ως δορυφόρους 50 τοπικές μονάδες υγείας. Οι μονάδες του ΙΚΑ λειτουργούν περίπου 12 ώρες ημερησίως, ενώ για τις υπόλοιπες ώρες ο πληθυσμός καλύπτεται από τους Σταθμούς Πρώτων Βοηθειών (ΣΑΒ), που αποτελούν λειτουργικό μέρος των νομαρχιακών μονάδων υγείας. Τα ΣΑΒ όμως υπολειτουργούν, αφού οι ασφαλισμένοι του Ιδρύματος επιλέγουν σε μεγάλο βαθμό να εξυπηρετούνται από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και τις ιδιωτικές κλινικές, με τις οποίες είναι συμβεβλημένο το ΙΚΑ. Το ΙΚΑ έχει επίσης αναπτύξει ένα ευρύ φάσμα δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, όπως Κέντρα Προστασίας Μάνας & Παιδιού και Κέντρο Προγενετικού Ελέγχου (στην Αθήνα). Τέλος, το ΙΚΑ διαθέτει συμβάσεις με ιδιωτικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και φυσικοθεραπευτήρια, που πραγματοποιούν διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, που δεν γίνονται στο ΙΚΑ.

Οι μονάδες του ΙΚΑ είναι στελεχωμένες από 8.077 γιατρούς (συμπεριλαμβανομένων και των γιατρών των 5 νοσοκομείων του) πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και 3.000 λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Συμπληρωματικά, υπάρχει κι ένα δίκτυο περισσότερων των 5.000 συμβεβλημένων γιατρών μερικής απασχόλησης με δικαίωμα λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου, καθώς επίσης και σημαντικός αριθμός διαγνωστικών κέντρων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών είναι παθολόγοι (14,7%) και ακολουθούν οι οδοντίατροι (12,1%), οι καρδιολόγοι (7,9%), οι παιδίατροι (7,1%), ενώ ένα ποσοστό 5% είναι γιατροί χωρίς ειδικότητα. Χαρακτηριστικό είναι το μικρό ποσοστό των γενικών γιατρών (μόλις 1,7%). Για το σύνολο της χώρας ο αριθμός των γιατρών ανά 1.000 δικαιούχους περίθαλψης είναι 1,48, ενώ ο αριθμός των νοσηλευτών ανά 1.000 δικαιούχους περίθαλψης είναι μόλις 0,27 (Τούντας 2008).

1.3.1.2.2 Οι λοιποί ασφαλιστικοί οργανισμοί

Μικρό αριθμό πολυϊατρείων έχουν και άλλοι ασφαλιστικοί φορείς. Τα ιατρεία αυτά βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα ή και σε άλλες μεγάλες πόλεις, όπου διαμένει ικανός αριθμός των ασφαλισμένων τους.

Ο ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών) παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω 3.465 μισθωτών συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών, καθώς και 1.544 συμβεβλημένων εργαστηρίων, 980 διαγνωστικών κέντρων, 1.033 φυσικοθεραπευτηρίων. Ο ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου)

καλύπτει τις ανάγκες πρωτοβάθμιας περίθαλψης των ασφαλισμένων του μέσω ενός δικτύου 20.000 συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών και διαγνωστικών εργαστηρίων, οι οποίοι αποζημιώνονται με αμοιβή κατά πράξη.

Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων) εξυπηρετούνται σε επίπεδο εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από τα Κέντρα Υγείας που βρίσκονται στις αστικές και μη αστικές περιοχές, τους αγροτικούς γιατρούς και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ ιδιωτικών θεραπευτηρίων. Ορισμένες ειδικές εξετάσεις πραγματοποιούνται, χωρίς οικονομική επιβάρυνση των ασφαλισμένων, στα συμβλημένα με τον ΟΓΑ ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα - εργαστήρια.

Ο Οίκος Ναύτου παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω των 4 μονάδων ΠΦΥ, 3.119 συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών και 428 ιδιωτικών εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων.

Στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχονται από την κοινωνική ασφάλιση (συμπεριλαμβανομένου και του ΙΚΑ) ανήκουν:

- Η ιατρική περίθαλψη
- Οι παρακλινικές - εργαστηριακές εξετάσεις
- Η φαρμακευτική περίθαλψη
- Η οδοντιατρική περίθαλψη
- Παροχές πρόσθετης περίθαλψης.

Οι ανωτέρω παροχές καλύπτονται από όλους τους φορείς. Διαφέρει όμως ο τρόπος διάθεσης και το εύρος των παροχών. Ποσοτικά στοιχεία χρήσης σε πανελλαδικό επίπεδο, όπως ο αριθμός των επισκέψεων στις μονάδες υγείας των ταμείων, ή ο αριθμός των διαφόρων διαγνωστικών πράξεων που πραγματοποιούνται, δεν είναι διαθέσιμα. Έμμεσα στοιχεία χρήσης για τις μονάδες υγείας των ταμείων προκύπτουν από την έρευνα “Hellas Health I” (ΙΚΠΙ 2006). Το 24,5% των πολιτών της χώρας δήλωσε ότι προσέρχεται συχνότερα στα ιατρεία των Ταμείων. Στα πλαίσια της προσπάθειας διερεύνησης της χρήσης και των προτιμήσεων των ασφαλισμένων του ΙΚΑ, πραγματοποιήθηκε μελέτη σε τέσσερις μονάδες υγείας του ΙΚΑ της ευρύτερης περιοχής της πρωτεύουσας, σε δείγμα 435 ασφαλισμένων, μέσω ερωτηματολογίου. Ο μέσος όρος των επισκέψεων των ασφαλισμένων του δείγματος στις υπηρεσίες του ΙΚΑ τον τελευταίο χρόνο ήταν 10, με το 44,7% των ασφαλισμένων να δηλώνει ότι πραγματοποίησε 4-10 επισκέψεις και το 23,2% 11-20 επισκέψεις. Οι αιτίες αυτών των επισκέψεων ήταν το οξύ πρόβλημα υγείας (33,1%), η συνταγογράφηση για χρόνια πάθηση (25,6%) και το χρόνιο πρόβλημα υγείας (18,8%).

Το 48,3% των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει επισκεφθεί και ιδιώτη γιατρό για το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας (Τούντας 2008).

Οι εισφορές για τον κλάδο ασθένειας των ταμείων ασφάλισης (συμπεριλαμβανομένου και του ΙΚΑ) είναι ενιαίες και ανέρχονται για τους μισθωτούς σε 2,55% για τον εργαζόμενο και 5,10% για τον εργοδότη στις αποδοχές του εργαζομένου. Για τους συνταξιούχους το ποσοστό είναι 4% από τους ίδιους και 6% από τον φορέα ασφάλισης. Για τους αυτοαπασχολούμενους ισχύουν ασφαλιστικές κλάσεις και καταβάλλουν οι ίδιοι ολόκληρο το ασφάλιστρο. Στον ΟΓΑ οι εισφορές ανέρχονται σε 1,5% επί της ασφαλιστικής κατηγορίας που επιλέγει ο ασφαλισμένος και σε 4% για τους συνταξιούχους. Οι ανωτέρω εισφορές αποτελούν έσοδα των κλάδων ή φορέων υγείας, αν και συχνά χρησιμοποιούνται για χρηματοδότηση των ελλειμματικών κλάδων σύνταξης. Στους κλάδους υγείας δεν υπάρχει επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, με εξαίρεση τον ΟΓΑ.

Σε ό,τι αφορά την αμοιβή των γιατρών, αυτή γίνεται ως εξής:

1. Στα ιατρεία ή πολυϊατρεία των ταμείων οι υπηρετούντες γιατροί αμείβονται με μισθό, ανεξάρτητα από τη σχέση που έχουν με τον φορέα

2. Η αποζημίωση των συμβεβλημένων γιατρών των ταμείων γίνεται:

- Κατά πράξη και περίπτωση
- Με μισθό
- Με μισθό και κατά κεφαλή.

Ο πιο συχνός τρόπος αποζημίωσης των συμβεβλημένων γιατρών και διαγνωστικών κέντρων από την κοινωνική ασφάλιση είναι κατά πράξη, γεγονός που οδηγεί σε υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών.

1.3.1.3 Τοπική αυτοδιοίκηση

Σε κάποιους δήμους λειτουργούν δημοτικά ιατρεία που διαθέτουν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες και παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, λειτουργούν σε όλη τη χώρα υπό την αιγίδα των δήμων 791 προγράμματα «Βοήθειας στο Σπίτι», τα οποία είναι πλαισιωμένα από γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και οικιακούς βοηθούς και τα οποία απευθύνονται σε άτομα χρήζοντα κατ' οίκον νοσηλεία και συνδρομή στην οργάνωση του νοικοκυριού τους. Επιπλέον, από αρκετούς δήμους εκπονούνται προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας.

Ιδιαίτερη σημαντικό ρόλο επίσης επιτελούν τα 70 Κέντρα Πρόληψης χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών που υπάρχουν στην Ελλάδα. Πρόκειται για αστικές, μη κερδοσκοπικές εταιρίες που λειτουργούν ως ΝΠΙΔ υπό την εποπτεία του ΟΚΑΝΑ, με εταίρους δήμους και νομαρχίες. Απασχολούν γύρω στους 400 εργαζομένους και χρηματοδοτούνται κατά 50% από τον ΟΚΑΝΑ και κατά 50% από το υπουργείο Εσωτερικών με βάση προγραμματικές συμβάσεις.

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.) (Θεοδώρου και συν. 2005).

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

1.3.1.4 Ιδιωτικός τομέας

Οι ιδιωτικός τομέας πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι ιδιώτες γιατροί, οι στρατιωτικοί γιατροί, 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 γιατροί και 12.000 οδοντίατροι. Ο αριθμός αυτός έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια.

Στον ιδιωτικό τομέα δραστηριοποιούνται περισσότερα από 400 διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, η πλειοψηφία των οποίων είναι εξοπλισμένα με τεχνολογία αιχμής. Μερικά διαγνωστικά κέντρα, εκτός από εργαστηριακές εξετάσεις, δέχονται και ιατρικές επισκέψεις.

Με βάση στοιχεία του 2001, κάθε χρόνο πραγματοποιούνται 25-27 εκατομμύρια επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς, που αντιστοιχούν στο 30% των συνολικών ιατρικών επισκέψεων. Όπως προκύπτει από τη μελέτη "Hellas Health I", το 51,6% των Ελλήνων προσφεύγει αθροιστικά σε ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους (26%) ή μη με τα ταμεία (25,6%) για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η άσκηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τους ιδιώτες γιατρούς στην Ελλάδα δεν φαίνεται να διαδραματίζει τον ρόλο του «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 γιατρών με ποσοστά για παραπομπές ή συνταγογραφήσεις φαρμάκων (Σουλιώτης 2000, αναφερόμενο στο Τούντας 2008).

Σύμφωνα με στοιχεία του 2000 πραγματοποιήθηκαν πάνω από 5 εκατομμύρια σειρές διαγνωστικών εξετάσεων, με ετήσιο τζίρο άνω των 12 εκατομμυρίων ευρώ (Τούντας 2008).

Η αγορά ιδιωτικών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας χρηματοδοτείται κύρια από τις άμεσες πληρωμές των χρηστών-ασθενών και δευτερευόντως από την ιδιωτική ασφάλιση. Η πληρωμή των συμβεβλημένων γιατρών και διαγνωστικών κέντρων από τα ασφαλιστικά ταμεία γίνεται κατά πράξη, με βάση τις προκαθορισμένες τιμές. Τη διαφορά μεταξύ κρατικού τιμολογίου και πραγματικής τιμής καλείται συχνά να καταβάλει ο ασφαλισμένος. Η πληρωμή των μη συμβεβλημένων γιατρών και διαγνωστικών κέντρων γίνεται απευθείας από τον ασφαλισμένο, σε τιμές που καθορίζονται ελεύθερα. Ο ασφαλισμένος στη συνέχεια μπορεί να διεκδικήσει εκ των υστέρων τη δαπάνη από τον ασφαλιστικό του οργανισμό.

Συμπερασματικά, η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στην Ελλάδα πραγματοποιείται μέσω μιας πλειάδας οργανωτικών σχηματισμών και φορέων, καθένας εκ των οποίων συνιστά ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας, με διαφορετικές συνθήκες εργασίας, διαφορετικές χρηματοδοτικές πηγές και ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα, προσανατολισμένων κυρίως στην περίθαλψη.

1.3.2 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Γαλλία

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Γαλλία παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό του γιατρό, ενώ παράλληλα του παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους γιατρούς. Για τον έλεγχο των ιδιωτών γιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που αμείβονται κατά πράξη, έχουν καθιερωθεί ιατρικά πρωτόκολλα, ενώ προβλέπονται ποινές για προκλητή ζήτηση (υπερκατανάλωση) (Sandier, Paris & Polton 2004).

1.3.3 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Γερμανία

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, το 75% των οποίων έχει δικό του ιατρείο και το 25% συστεγάζεται με άλλους γιατρούς. Το 5% των ιδιωτών γιατρών έχουν δικαίωμα να περιθάλψουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομείο. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό από την λίστα των συμβεβλημένων με το ταμείο του, ενώ του παρέχεται δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης και στους συμβεβλημένους γιατρούς ειδικοτήτων. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που καθορίζονται ύστερα από διαπραγματεύσεις των ταμείων με τα τοπικά σωματεία των γιατρών κάθε χρόνο. Ο τρόπος αυτός αμοιβής των γιατρών ελέγχεται μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών για όλους τους γιατρούς κάθε τοπικής ένωσης, με ένα σύστημα βαθμών για 2.500 ιατρικές πράξεις, σύμφωνα με το οποίο μειώνεται η τιμή ανά βαθμό, σε υπέρβαση της κατανάλωσης (Busse & Riesberg 2004).

1.3.4 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Ισπανία

Στην Ισπανία, η πρωτοβάθμια η φροντίδας υγείας στο εθνικό σύστημα, παρέχεται από δημόσια κέντρα υγείας και γενικούς γιατρούς. Κάθε κέντρο υγείας αντιστοιχεί σε μια “ζώνη υγείας”, η οποία έχει την ευθύνη της διοίκησης του. Οι γενικοί γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους και στα ιατρεία τους σε ατομική ή ομαδική βάση. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται τάση ενίσχυσης της ομαδικής πρακτικής, δημιουργώντας ένα νέο συλλογικό μοντέλο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι γενικοί γιατροί ελέγχουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα παρέχεται στους πολίτες η δυνατότητα άμεσης προσφυγής σε ορισμένες μόνο ειδικότητες. Στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ισπανία ο οικογενειακός γιατρός πληρώνεται με μισθό, λαμβάνοντας ένα επιπλέον ποσό, που αντιστοιχεί στο 15% του συνόλου, ως αμοιβή κατά κεφαλήν. Το κομμάτι αυτό έχει ενσωματώσει ιδιομορφίες του πληθυσμού, ηλικιακά 60 ετών και άνω. Οι ιδιώτες γιατροί αμείβονται με το σύστημα αμοιβής κατά πράξη. Όσο αναφορά την ΠΦΥ που παρέχεται στα νοσοκομεία, οι οικ. γιατροί πληρώνονται με μισθό. Οι γιατροί της ΠΦΥ παίζουν τον ρόλο του θυρωρού για ειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Μπορούν να παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικευμένες υπηρεσίες, αν είναι απαραίτητο. Οι ασθενείς, έχοντας λάβει την εξειδικευμένη φροντίδα, αναμένεται να επιστρέψουν στον γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο οποίος θα αναλάβει την παρακολούθηση της θεραπείας και την επανάληψη

της συνταγογράφησης. Το 2001 η Ισπανία είχε 50 γενικούς γιατρούς, ανά 100.000 κατοίκους. Θεωρείται μικρός αριθμός γιατρών, συγκρινόμενη με την Γαλλία, όπου υπήρχαν 160, την Ιταλία με 100 και τέλος την Βρετανία με 60 γενικούς γιατρούς (Duran & Lara & Waveren 2006).

1.3.5 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ιταλία

Στην Ιταλία, οι πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας παρέχονται από ιδιώτες γενικούς γιατρούς. Επιπλέον, ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενώ παρέχουν περιορισμένη δυνατότητα άμεσης προσφυγής σε ορισμένες ειδικότητες. Εκτός εθνικού συστήματος υγείας, υπάρχουν ιδιώτες γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, κυρίως στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Κάθε πολίτης επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό του, με την προϋπόθεση να μην έχει συμπληρωθεί η λίστα του γιατρού. Οι γενικοί γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στο πλαίσιο του εθνικού συστήματος υγείας, αμείβονται με ένα μικτό σύστημα πληρωμής, που βασίζεται σε κατά κεφαλή αποδοχές, ανάλογα με το μέγεθος της λίστας του κάθε γιατρού, αλλά και σε αμοιβή κατά πράξη, για ορισμένες ιατρικές πράξεις (Donatini, A. et. All. 2001).

1.3.6 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Ολλανδία

Στην Ολλανδία, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από γενικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι ιδιώτες γιατροί με λίστα εγγεγραμμένου πληθυσμού. Το 54% των γενικών γιατρών εργάζονται μόνοι τους, ενώ το 46% ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Για τους ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση αμείβονται κατά πράξη (Exter & Hermans & Dosljak & Busse 2004).

1.3.7 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Σουηδία

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Σουηδία παρέχεται από γενικούς γιατρούς και 1.200 κέντρα υγείας, καθένα από τα οποία παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό 10.000 έως 50.000 ατόμων. Σε όλη τη χώρα αντιστοιχεί 1 γενικός γιατρός για κάθε 2.500 κατοίκους. Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα κυρίως με γενικούς γιατρούς, νοσηλευτές δημόσιας υγείας και μαίες. Οι ασθενείς μπορούν να επιλέγουν το κέντρο υγείας, το νοσοκομείο, καθώς και το γενικό γιατρό της επιλογής τους. Στο σύστημα υγείας της Σουηδίας δεν

υφίσταται σύστημα ελέγχου της χρήσης των υπηρεσιών. Το 1997 πραγματοποιήθηκαν 2,8 πρωτοβάθμιες επισκέψεις κατά κεφαλή, σημαντικά λιγότερες από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (6,2% επισκέψεις). Τέλος, η χρήση των υπηρεσιών είναι περιορισμένη, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, γιατί το 46% των πρωτοβάθμιων επισκέψεων πραγματοποιείται στα ιατρεία των νοσοκομείων. Το 1997 στη Σουηδία υπήρχαν 5.000 γενικοί γιατροί, εκ των οποίων οι 4.025 εργαζόταν στη ΠΦΥ. Το 86% από αυτούς σε δημόσια ΚΥ, το 12% σε ιδιωτικά ΚΥ, ενώ το 7% ασκούσαν την ειδικότητα τους ως ιδιώτες, κυρίως σε μεγάλες πόλεις. Σε γενικά επίπεδα, η υγεία στη Σουηδία χαρακτηρίζεται πολύ καλή. Ανάμεσα στις Σκανδιναβικές χώρες οι Σουηδοί έχουν το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής με 72,2 ετών για τους άνδρες και 81,4 ετών για τις γυναίκες (1998). Το μέσο προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Η Σουηδία έχει τον πιο γερασμένο πληθυσμό, σε κάθε 5 άτομα το 1 βρίσκεται στην ηλικία των 65 ετών και άνω. Εντούτοις, τα προγράμματα πρόληψης των ασθενειών στη Σουηδία είναι ιδιαίτερος επιτυχημένα. Η θνησιμότητα, εξαιτίας καρδιαγγειακών νόσων και διάφορων ασθενειών, καθώς και θάνατοι οφειλόμενοι σε αλκοόλη και τραυματισμοί από ατυχήματα, βρίσκονται σε συνεχή πτώση. Η πλειοψηφία του πληθυσμού των Σουηδών απολαμβάνει καλής υγείας αν και μερικές ομάδες δείχνουν χαμηλότερο επίπεδο υγείας. Κυρίως οι εργαζόμενοι στη βιομηχανία υποφέρουν από χρόνιες ασθένειες, συγκρινόμενοι με τους εργαζόμενους σε διάφορες υπηρεσίες. Δημοτικά συμβούλια και τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για την φροντίδα υγείας και την διατήρηση της σε καλά επίπεδα. Οι δήμοι παίζουν κεντρικό ρόλο στις προληπτικές υπηρεσίες. Οι γενικοί γιατροί στη Σουηδία πληρώνονται μηνιαίως με μισθό από τα δημοτικά συμβούλια. Επιπλέον, λαμβάνουν ένα ποσό ως ανταμοιβή, έτσι ώστε να είναι σε ετοιμότητα εκτός κανονικού ωραρίου εργασίας. Επίσης, από το 1995 και έκτοτε λαμβάνουν ένα ακόμα σταθερό ποσό, για κάθε ασθενή που εξυπηρετούν (Hjortsberg & Ghatnekar 2001).

1.3.8 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αυστρία

Στην Αυστρία υπάρχουν 24 φορείς κοινωνικής ασφάλισης, εκ των οποίων οι 21 είναι ταμεία ασφάλισης υγείας. Η συμμετοχή στην ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική και βασίζεται στο είδος του επαγγέλματος. Οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης είναι δομημένοι είτε τοπικά είτε σύμφωνα με τις επαγγελματικές κατηγορίες. Το 77% του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο με βάση το νόμο της υποχρεωτικής ασφάλισης, το 8,5% στο σύστημα

ασφάλισης ιδιωτικών υπαλλήλων, το 6,8% στο σύστημα των αυτοαπασχολούμενων και τέλος το 4,6%, στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αγροτών.

Κάθε δικαιούχος του επιδόματος ανεργίας αυτόματα έχει και κοινωνική ασφάλιση υγείας, καθώς και όλα τα δικαιώματα που αφορούν πρόσβαση σε επιδόματα, τόσο σε είδος όσο και σε χρήμα. Ανάμεσα στα ταμεία δεν έχει αναπτυχθεί ανταγωνισμός, διότι τα ταμεία δεν έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν τα μέλη τους, ούτε και το αντίστροφο. Εντούτοις, κάποιες επαγγελματικές κατηγορίες έχουν την δυνατότητα να αποφύγουν την υποχρεωτική ασφάλιση. Τα ταμεία έχουν έναν βαθμό αυτονομίας, όσον αφορά τη διοίκηση.

Στην ΠΦΥ οι ασφαλισμένοι υποχρεούνται σε συμμετοχή στο κόστος. Το 2003 στην Αυστρία υπήρχαν 37.447 γιατροί, συμπεριλαμβανομένων των οδοντιάτρων και των ειδικευμένων. Από αυτούς, περίπου οι μισοί (51,3% ή 19.209) ήταν αυτοαπασχολούμενοι. Το 1970 αντιστοιχούσε 1 γιατρός σε 546 κατοίκους, ενώ το 2003 ο λόγος αυτός άλλαξε σε 1 γιατρό ανά 218 κατοίκους. Το 2003, κάτι παραπάνω από 40% ή 8.293 ήταν αυτοαπασχολούμενοι γιατροί σε ιδιωτική άσκηση (πλην οδοντιάτρων), οι οποίοι είχαν σύμβαση με ένα ή περισσότερα ταμεία υγείας. Κάτι περισσότερο από τους μισούς ήταν γενικοί γιατροί, ενώ οι υπόλοιποι ειδικευμένοι. Οι γενικοί γιατροί είναι ως επί το πλείστον η πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας. Το 2003 αντιστοιχούσαν 1.981 κάτοικοι, ανά γενικό γιατρό με σύμβαση και 2071 κάτοικοι, ανά συμβασιούχο ειδικευμένο γιατρό. Σε ένα βαθμό οι γιατροί που συνεργάζονται με τα ταμεία μέσω συμβάσεων ελέγχουν και συγκρατούν τις παραπομπές στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας σε χαμηλά επίπεδα και επιτρέπουν την πρόσβαση μόνο όταν είναι αναγκαία (Hofmarcher & Rack 2006).

1.3.9 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο Βέλγιο

Η Φροντίδα Υγείας στο Βέλγιο παρέχεται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα. Οι γενικοί γιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι, όπως επίσης και οι περισσότεροι οδοντίατροι, φαρμακοποιοί και ψυχοθεραπευτές. Οι περισσότεροι γιατροί, είτε γενικοί είτε ειδικευμένοι, πληρώνονται με αμοιβή κατά πράξη. Ο ασθενής πληρώνει απευθείας τον γιατρό και στη συνέχεια αποζημιώνεται από το ταμείο ασθενείας του. Επιπλέον, ο ασθενής συμμετέχει στο κόστος κατά 25%.

Κάτι λιγότερο από το 1% των κλινικών γιατρών είναι μισθωτοί και οι περισσότεροι από αυτούς ασκούν την ειδικότητά τους σε μονάδες που ανήκουν και διοικούνται από τους ίδιους. Οι υπόλοιποι γιατροί, που πληρώνονται με μισθό,

προσφέρουν κυρίως κοινωνικές υπηρεσίες όπως πρόληψη και απασχολούνται σε νοσοκομεία, συνήθως πανεπιστημιακά. Ειδικευμένοι γιατροί που ασκούν την ειδικότητα τους σε νοσοκομεία, επίσης πληρώνονται με το σύστημα αμοιβή κατά πράξη.

Θεωρητικά ο ασθενής πληρώνει τον γιατρό απευθείας, στην πράξη όμως το νοσοκομείο παρακρατεί (κατόπιν συμφωνίας με τον γιατρό) ένα σημαντικό μέρος για τον εξοπλισμό που χρησιμοποιήθηκε, για το νοσηλευτικό προσωπικό και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στον ασθενή, κατά τη διάρκεια διαμονής του. Σε ορισμένα νοσοκομεία οι αμοιβές, που συγκεντρώνονται από τους ασθενείς, διανέμονται μηνιαίως στους γιατρούς, αφού πρώτα έχει παρακρατηθεί το ποσοστό που αντιστοιχεί στο νοσοκομείο (Corens 2007).

1.3.10 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελβετία

Η ΠΦΥ στην Ελβετία παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Το 1998 υπήρχαν 23.679 οικ. γιατροί εκ των οποίων οι 13.357 (56%) ασκούσαν την ειδικότητα τους σε ιδιωτικά ιατρεία. Από αυτούς το 36% ήταν γενικοί γιατροί ενώ το 46% ειδικευμένοι. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα επιλογής των γιατρών και οι περισσότεροι έχουν τακτικό γιατρό. Γενικότερα έχουν απευθείας πρόσβαση σε ειδικευμένες φροντίδες, όμως τις περισσότερες φορές παραπέμπονται από τον γενικό τους γιατρό στα νοσοκομεία. Σε κάποια νοσοκομεία, συνήθως στα πανεπιστημιακά, λειτουργούν πολυκλινικές όπου οι ασθενείς έχουν απευθείας πρόσβαση στην ΠΦΥ και στην συμβουλευτική.

Η ΠΦΥ στην Ελβετία χρηματοδοτείται από την υποχρεωτική Κοινωνική Ασφάλιση (περίπου τα 2/3) ενώ, υπάρχουν τόσο η συμπληρωματική ασφάλιση όσο και οι απευθείας πληρωμές. Οι αποζημίωση των γιατρών γίνεται με την αμοιβή κατά πράξη και στη συνέχεια οι ασθενείς παίρνουν πίσω τα χρήματα τους από τον ασφαλιστικό τους φορέα. Οι αμοιβές καθορίζονται με Εθνικές διαπραγματεύσεις των συνδικαλιστικών και των ασφαλιστικών φορέων.

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας της Ισπανίας, της Ιταλίας της Ολλανδίας και της Σουηδίας η ραχοκοκαλιά του συστήματος είναι ο θεσμός του γενικού γιατρού. Σε ορισμένες από τις παραπάνω χώρες (Ισπανία και Σουηδία), οι οικογενειακοί γιατροί είναι ενταγμένοι στο εθνικό σύστημα υγείας και πληρώνονται είτε με μισθό όπως συμβαίνει στην Ισπανία, είτε κατά κεφαλή όπως στη Σουηδία. Στην Ιταλία και την Ολλανδία, οι γιατροί της γενικής είναι ιδιώτες και είναι συμβεβλημένοι με το εθνικό σύστημα υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Γαλλία, την Γερμανία καθώς και στην Ελλάδα

παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Σημαντικός είναι επίσης και ο θεσμός των κέντρων υγείας που λειτουργεί στην Ισπανία, την Σουηδία και στις αγροτικές περιοχές στην Ελλάδα. Τα κέντρα υγείας, όπως και οι γενικοί γιατροί, ασκούν σε πολλές χώρες έλεγχο στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας όπως για παράδειγμα στην Ισπανία, στην Ιταλία και την Ολλανδία ενώ, στη Γαλλία, στη Γερμανία, στην Ελλάδα και στη Σουηδία υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών σε εξειδικευμένες ή νοσοκομειακές ιατρικές υπηρεσίες (Health care systems in transition: Switzerland, 2000).

1.3.11 Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Δανία

Στη Δανία λειτουργούν κυρίως ιδιώτες αυτοαπασχολούμενοι γιατροί (γενικοί γιατροί, ειδικοί, φυσικοθεραπευτές, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί και χειροπράκτες). Πληρώνονται με το σύστημα κατά κεφαλή και/ή κατά πράξη. Η ΠΦΥ παρέχεται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, που συνήθως είναι Δημόσια, αλλά και σε δημοτικές υπηρεσίες που λειτουργούν στους 98 νομούς. Τα γηροκομεία, οι ιατρικοί επισκέπτες και οι δημοτικοί οδοντίατροι περιλαμβάνονται στις δημοτικές υπηρεσίες. Το 2003 αντιστοιχούσαν 1.480 έως 1.651 κάτοικοι, ανά γενικό γιατρό (Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E. 2007).

Η Σουηδία και πρόσφατα η Ελλάδα, επιχειρούν να δημιουργήσουν συνθήκες ελεγχόμενου ανταγωνισμού και εσωτερικής αγοράς, με το διαχωρισμό «αγοραστών» και «πωλητών» και με τη διαπραγμάτευση, στη βάση κριτηρίων κόστους και ποιότητας. Η Γαλλία εφαρμόζει οργανωμένα συστήματα ποιοτικού ελέγχου, με αυστηρές ποινές για τους παραβάτες. Ορισμένες χώρες, με πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα την Ολλανδία, εφαρμόζει το σύστημα της ίδιας συμμετοχής. Το σύστημα της ίδιας συμμετοχής εφαρμόζεται στις μισές τουλάχιστον χώρες της Δυτικής Ευρώπης κατά την πρώτη επαφή, ενώ ο ίδιος περίπου αριθμός χωρών εφαρμόζει το σύστημα αυτό στη χρήση ειδικευμένης ή νοσοκομειακής ιατρικής. Από τις πολιτικές ίδιας συμμετοχής, συχνά εξαιρούνται τα φτωχότερα οικονομικά στρώματα.

Σε ό,τι αφορά τους ανθρώπινους πόρους, υπερεπάρκεια γιατρών παρατηρείται κυρίως στις χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ιταλία και Ελλάδα), ενώ οι περισσότερο αναπτυγμένες χώρες, Ολλανδία και Σουηδία εμφανίζουν ελλείψεις. Οι γιατροί στα ασφαλιστικά μοντέλα τύπου Bismark πληρώνονται, κατά κανόνα, με αμοιβή κατά πράξη, σε αντίθεση με τα εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge, όπου αμείβονται με μισθό.

Βέβαια και στα δύο μοντέλα η ιδιωτική ιατρική ασκείται περισσότερο στην ΠΦΥ και λιγότερο στα νοσοκομεία. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις συναντώνται συνδυασμοί των τριών βασικών συστημάτων πληρωμής δηλαδή μισθός, κατά κεφαλή και κατά πράξη, προκειμένου να αξιοποιηθούν τα πλεονεκτήματα του κάθε τρόπου αποζημίωσης των γιατρών. Έχει διαπιστωθεί ότι η πληρωμή κατά κεφαλή και οι μισθοί βοηθούν στον έλεγχο της κατανάλωσης και στην συγκράτηση του κόστους. Αντίθετα, η πληρωμή κατά πράξη συνδέεται με πληρέστερη αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι, σε όλες σχεδόν τις υπό εξέταση χώρες, παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια σημαντικές αλλαγές στην ανάπτυξη νέων εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης, με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρόληψη. Οι κλινικές, τα χειρουργεία ημέρας, η νοσηλεία στο σπίτι, η Τηλεϊατρική, τα κέντρα αποκατάστασης, οι ξενώνες χρόνιας νοσηλείας, οι μονάδες γηριατρικής και οι μονάδες άμεσης πρόσβασης δημιουργούν ένα νέο τοπίο στο χώρο της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

1.4 Νοσηρότητα σε χώρες της Ευρώπης

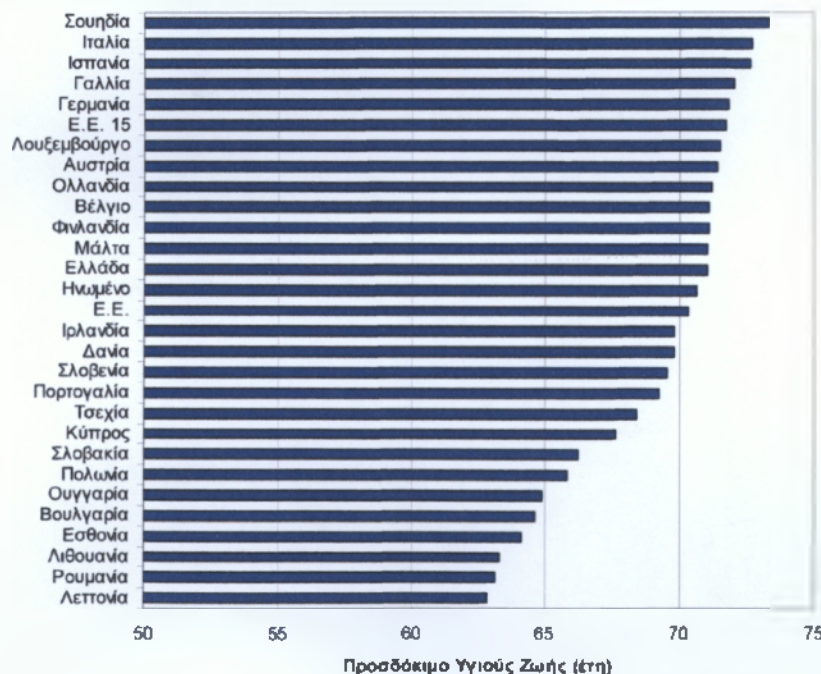
Στην ενότητα αυτή θα αναφερθούμε στη νοσηρότητα στην Ελλάδα και την Ευρώπη, αντλώντας δεδομένα που παρουσιάστηκαν το έτος 2007 στη μελέτη 'Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού' από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών (Κ.Μ.Υ.Υ. του Ε.Υ.Ε. της Ι.Σ. του Π.Α.) (Τούντας & Συνεργάτες, 2007). Ο στόχος της ενότητας αυτής είναι πληροφοριακός δίνοντας μια συγκριτική εικόνα, σε σχέση με τις χώρες της Ευρώπης που θα μελετήσουμε στο επόμενο κεφάλαιο.

Ένας τρόπος προσέγγισης του ζητήματος της νοσηρότητας είναι με τον υπολογισμό δεικτών, όπως τα Χρόνια Ζωής Απαλλαγμένα από Ανικανότητα (Disability Adjusted Life Years, DALYs), που υπολογίζονται με βάση τα απωλεσθέντα χρόνια ζωής εξαιτίας πρόωγου θανάτου και τα χρόνια υγιούς ζωής, ανάλογα με τη διάρκεια διαφόρων προβλημάτων υγείας. Ένας άλλος τρόπος, με τον υπολογισμό του Προσδόκιμου Υγιούς Ζωής (Healthy Life Expectancy), που δίνει μία εικόνα της συνολικής νοσηρότητας ενός πληθυσμού και του βαθμού, στον οποίο η αύξηση του προσδόκιμου ζωής συνοδεύεται και από βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η κυριότερη αιτία απώλειας Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα στην Ελλάδα είναι τα αγγειακά

εγκεφαλικά επεισόδια, με δεύτερη την ισχαιμική καρδιοπάθεια. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ακολουθεί η κατάθλιψη, που θεωρείται υπεύθυνη για την απώλεια του 8% των DALYs που χάνονται ετησίως. Χαρακτηριστική είναι η παρουσία, στις δέκα σημαντικότερες αιτίες απώλειας DALYs, πολλών χρόνιων, μη θανατηφόρων νοσημάτων και καταστάσεων, που επιβαρύνουν σημαντικά την υγεία, χωρίς να εμφανίζονται στις στατιστικές θνησιμότητας. Τέτοιες περιπτώσεις είναι η απώλεια ακοής, οι άνοιες και η κατάθλιψη.

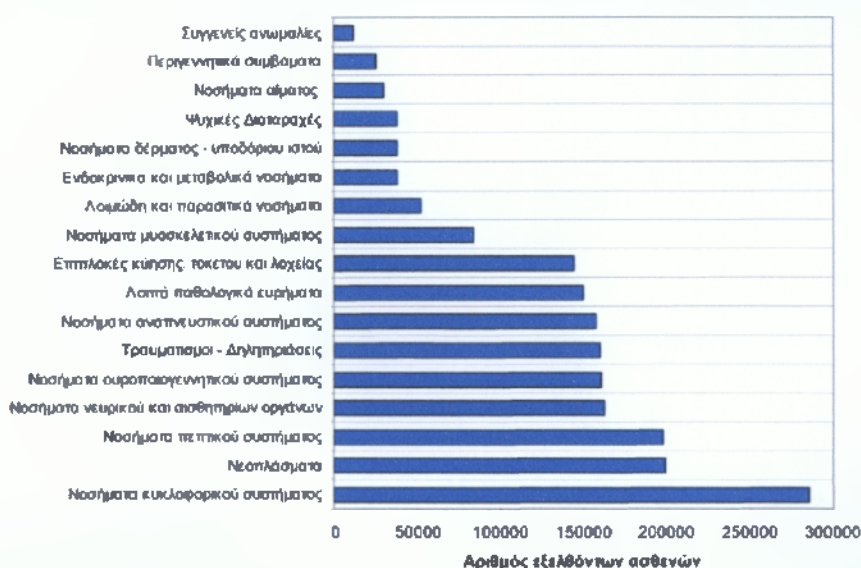
Ως προς το Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής, η Ελλάδα βρίσκεται σε σχετικά καλή θέση στην παγκόσμια κατάταξη. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του ΠΟΥ για το έτος 2002, η Ελλάδα έχει μέσο Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση 71 έτη (69,1 για τους άνδρες και 72,9 για τις γυναίκες). Αυτή η επίδοση την κατατάσσει 21η παγκοσμίως και 11η στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Διάγραμμα 1.1). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, είναι φανερό ότι, τουλάχιστον για την Ελλάδα, η διάρκεια της υγιούς ζωής είναι ανάλογη με το προσδόκιμο ζωής, στο οποίο επίσης υπερτερούν οι γυναίκες. Συνολικά, υπολογίζεται ότι οι Έλληνες άνδρες παραμένουν υγιείς στο 91,1% της ζωής του και οι Ελληνίδες γυναίκες στο 90% της ζωής τους. Η μικρή αυτή διαφορά μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο και εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα.



Πηγή: 'Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού' Κ.Μ.Υ.Υ. του Ε.Υ.Ε. της Ι.Σ. του Π.Α. (Τούντας & Συνεργάτες, 2007, σελ. 38)

Διάγραμμα 1.1: Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2002)

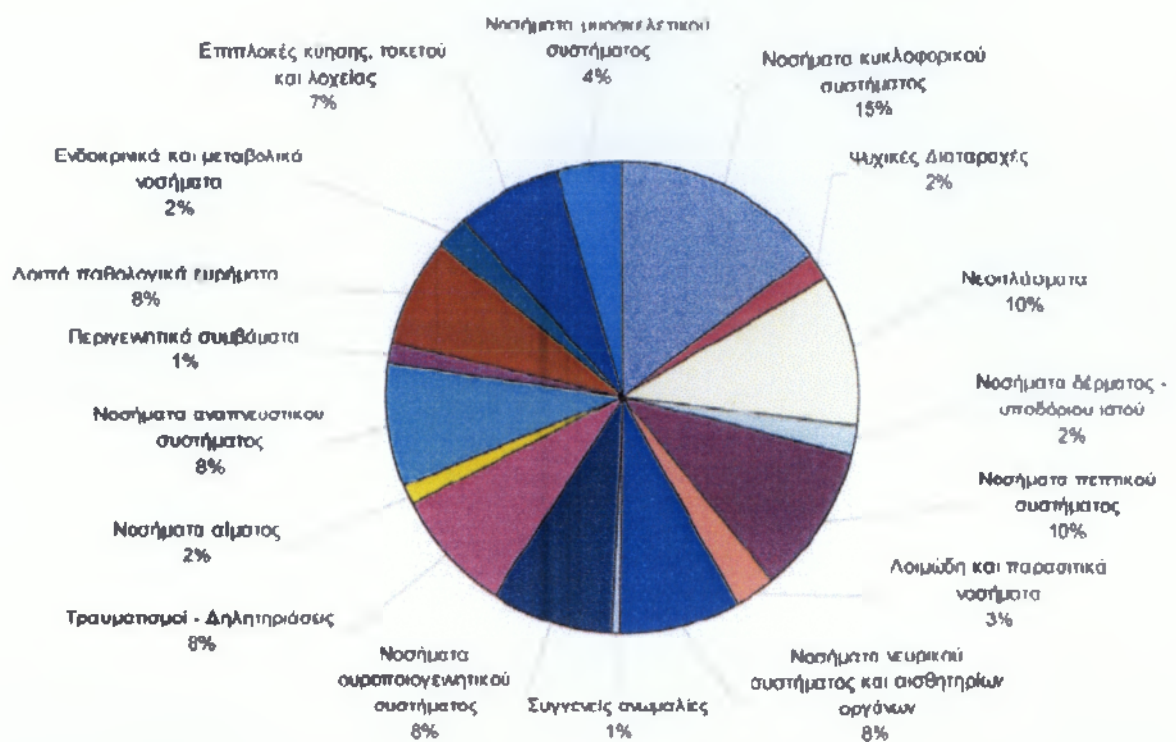
Οι κυριότερες αιτίες νοσηλείας του ελληνικού πληθυσμού ήταν, το 2003, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (285.760 εισαγωγές), τα νεοπλάσματα (199.149 εισαγωγές) και οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος (198.162 εισαγωγές). Στη συνέχεια της κατάταξης εμφανίζονται τα νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων, οι παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος, οι τραυματισμοί και οι δηλητηριάσεις από εξωτερικές αιτίες και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (Διάγραμμα 1.2). Στη συνέχεια, παρατίθενται και τα ποσοστά κάθε κατηγορίας παθήσεων επί του συνόλου των εισαγωγών στα ελληνικά νοσοκομεία το έτος 2003 (Διάγραμμα 1.3).



Πηγή: 'Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού' Κ.Μ.Υ.Υ. του Ε.Υ.Ε. της Ι.Σ. του Π.Α. (Τούντας & Συνεργάτες, 2007, σελ. 38)

Διάγραμμα 1.2: Αριθμός εξελθόντων ασθενών, κατά κατηγορία αιτιών νοσηλείας, στην Ελλάδα (2003)

Τα στοιχεία σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενειών δεν περιγράφουν πλήρως το νοσολογικό φάσμα ενός πληθυσμού. Πολλά νοσήματα αντιμετωπίζονται, ως επί το πλείστον, εξωνοσοκομειακά και είναι δυσχερής η ικανοποιητική καταγραφή τους. Εξάλλου, καθώς ο πληθυσμός γηράσκει, ο επιπολασμός των νοσημάτων φθοράς που δεν αντιμετωπίζονται νοσοκομειακά αυξάνεται.



Πηγή: 'Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού' Κ.Μ.Υ.Υ. του Ε.Υ.Ε. της Ι.Σ. του Π.Α. (Τούντας & Συνεργάτες, 2007, σελ. 39)

Διάγραμμα 1.3: Ποσοστιαία κατανομή των εξελθόντων ασθενών, κατά κατηγορία αιτιών νοσηλείας, στην Ελλάδα (2003)

Το 2006 πραγματοποιήθηκε από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής η έρευνα Hellas Health I σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού. Σύμφωνα με τα ευρήματά της, το 3,3% των Ελλήνων δηλώνει ότι εμφανίζει κάποια ψυχική ή σωματική αναπηρία. Στις ηλικίες άνω των 55 ετών, το ποσοστό φτάνει το 7%. Συνολικά, το 35% του ελληνικού πληθυσμού δηλώνει ότι πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα. Πρώτη σε συχνότητα είναι η αρτηριακή υπέρταση (16% του πληθυσμού) και ακολουθούν η υπερχοληστερολαιμία (9,1%), η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος (6,1%) και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II (6%). Οι αγχώδεις διαταραχές δηλώνονται ως το πέμπτο συχνότερο χρόνια νόσημα (4%), ενώ από καρδιακή ανεπάρκεια δηλώνει ότι πάσχει το 3,1% του πληθυσμού. Οι γυναίκες δηλώνουν ότι πάσχουν από χρόνια νόσημα σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες (39,6% έναντι 30,7%). Με εξαίρεση τα καρδιαγγειακά νοσήματα, σε όλα τα επιμέρους χρόνια νοσήματα, το ποσοστό είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες. Αξιοσημείωτες περιπτώσεις

είναι η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος και οι αγχώδεις διαταραχές, όπου οι γυναίκες δηλώνουν πάσχουσες σε υπερτριπλάσιο ποσοστό, σε σχέση με τους άνδρες (Πίνακας 1.1).

Πίνακας 1.1: Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων, συνολικά και κατά φύλο, στην Ελλάδα (2006)

Χρόνια νοσήματα	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Αρτηριακή υπέρταση	16,0%	14,5%	17,4%
Υπερχοληστερολαιμία	9,1%	6,6%	11,3%
Οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος	6,1%	2,7%	9,2%
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II	6,0%	5,0%	6,9%
Αγχώδεις διαταραχές	4,0%	1,9%	5,9%
Καρδιακή ανεπάρκεια	3,1%	3,1%	3,1%
Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου	2,8%	2,5%	3,1%
Ισχαιμική καρδιοπάθεια	1,7%	2,9%	0,6%
Άσθμα	1,6%	1,4%	1,7%
Κατάθλιψη	1,5%	1,0%	1,9%
Χρόνια βρογχίτιδα ή εμφύσημα	1,1%	0,6%	1,5%
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	1,0%	1,2%	0,8%
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου I	0,4%	0,8%	0,0%
Άλλο	8,3%	5,2%	11,1%
Τίποτα	57,7%	62,7%	53,1%
ΔΑ	7,0%	6,6%	7,3%

Πηγή: Hellas Health I (2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

2.1 Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας

Στην παρούσα εργασία διερευνήσαμε την ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε χώρες της Ευρώπης. Συγκεκριμένα, εκτιμήσαμε τη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων επιλογών γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που αφορούσαν τις προσφερόμενες υπηρεσίες προς τους ασθενείς τους, όπως αυτές αποτυπώνονται σε απαντήσεις ερωτώμενων ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω, σε χώρες της Ευρώπης. Οι επιλογές των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι κρίσιμες, κυρίως για την πρόληψη ασθενειών, ιδίως για άτομα με προδιάθεση. Βασική παραδοχή για την ερευνά μας είναι ότι ο γιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας λειτουργεί ως εκπρόσωπος του ασθενή σε κρίσιμες για την υγεία του επιλογές, δεδομένου ότι ο ασθενής υστερεί σε σχετική πληροφόρηση¹. Επιπροσθέτως, διερευνήσαμε αν οι επιλογές αυτές των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σχετίζονται με τον τρόπο αμοιβής τους, όπως υποθέτει η θεωρία. Τα καλύτερα δεδομένα για τη μελέτη μας θα ήταν μια πρόσφατη αντιπροσωπευτική διακρατική έρευνα με πληροφόρηση περί των διερευνώμενων επιλογών. Τα στοιχεία που χρειαζόμαστε τα εντοπίσαμε στη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη - (ΕΥΓΣΕ)», που χρηματοδοτήθηκε κυρίως από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

2.1.1 Περί της μελέτης ΕΥΓΣΕ²

Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη είναι η πρώτη επιστημονική μελέτη που εξετάζει τους διαφορετικούς τρόπους ζωής ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω σε δώδεκα χώρες, από τη Σκανδιναβία έως τη Μεσόγειο (έντεκα

¹ Περί της θεωρίας εκπροσώπησης του ασθενή από το γιατρό του, βλέπε: Παρασκευόπουλος Λ. (2009).

² Τα στοιχεία, σχετικά με τη μελέτη ΕΥΓΣΕ, αντλήσαμε από την πτυχιακή εργασία: Γκριλλα Αικατερίνη (2007). *Παχύσαρκοι Ευρωπαίοι ηλικίας 50 ετών και άνω. Έρευνα με γεωγραφική διάσταση και με προεκτάσεις για την υγειονομική πολιτική*. Τμήμα Δ.Μ.Υ.Π., ΤΕΙ Καλαμάτας.

Ευρωπαϊκές και το Ισραήλ). Η έρευνα, που εξέτασε δείγμα 45.051 ατόμων γεννημένων το 1954 και ενωρίτερα, εστιάστηκε σε θέματα όπως το οικογενειακό περιβάλλον, οι οικογενειακές σχέσεις, η εργασία, οι συντάξεις, η οικονομική ασφάλεια και η υγεία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το έτος 2004 και στην παρούσα εργασία επικεντρωθήκαμε στα δεδομένα που αφορούν ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, ύψος, βάρος), κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες (επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση), συμπεριφορές (κάπνισμα) και καταστάσεις υγείας (γενική και ψυχική, καθώς και παθήσεις που έχουν σχετιστεί με την παχυσαρκία).

Τα βασικά πλεονεκτήματα των δεδομένων της μελέτης EΥΓΣΕ είναι ότι αναφέρονται σε δια-κρατικές διαφοροποιήσεις 12 χωρών και ότι εστιάζουν σε άτομα ηλικίας 50 και άνω, δηλαδή μια ομάδα του πληθυσμού με τον υψηλότερο κίνδυνο για χρόνια προβλήματα υγείας και λειτουργικούς περιορισμούς, από όλους τους ενήλικες.

Η μελέτη EΥΓΣΕ είναι διεπιστημονική διεθνής έρευνα, που συνδυάζει πληροφορίες για την υγεία, την κοινωνικοοικονομική θέση, τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα των Ευρωπαίων ηλικίας 50 & άνω και των συζύγων τους. Η έκδοση δεδομένων EΥΓΣΕ 2.0 περιέχει δεδομένα από τις χώρες Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ισραήλ, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, διαμορφώνοντας μια ισορροπημένη και αντιπροσωπευτική εικόνα των διαφορετικών ευρωπαϊκών περιοχών, από τη Σκανδιναβία, την κεντρική Ευρώπη και τη Μεσόγειο.

Η μελέτη EΥΓΣΕ σχεδιάστηκε στα πρότυπα των μελετών US Health and Retirement Study (HRS), στην Αμερική και της αντίστοιχης English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), στην Αγγλία. Τα δεδομένα αφορούν την υγεία των ερωτώμενων (π.χ. αυτό-εκτιμώμενο επίπεδο υγείας, φυσική λειτουργία, γνωστική λειτουργία, συμπεριφορές υγείας, χρησιμοποίηση υγειονομικής περίθαλψης και δαπάνες), ψυχολογικές διαστάσεις της (π.χ. ψυχολογική υγεία, ευημερία, ικανοποίηση από τη ζωή), την κοινωνικοοικονομική τους θέση (π.χ. εργασία, εισόδημα, πλούτος και κατανάλωση, κατοικία, εκπαίδευση) και την υπάρχουσα κοινωνική υποστήριξη (π.χ. κοινωνικά δίκτυα, εθελοντικές δραστηριότητες).

Η μελέτη EΥΓΣΕ υλοποιήθηκε σε τέσσερα στάδια, από την δημιουργία των ερωτηματολογίων μέχρι τη συλλογή των στοιχείων. Στο πρώτο στάδιο, που άρχισε τον Ιανουάριο του 2002, οι ομάδες εργασίας παρήγαγαν ένα ερωτηματολόγιο στην αγγλική γλώσσα, το οποίο αφού αναθεωρήθηκε λεπτομερώς μεταφράστηκε στις απαραίτητες γλώσσες. Στο δεύτερο στάδιο, το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε δείγμα 75 ατόμων σε κάθε χώρα (Ιούνιος 2003). Στο τρίτο στάδιο, μετά από τις περαιτέρω

βελτιώσεις του ερωτηματολογίου, τον Ιανουάριο/Φεβρουάριο του 2004 χρησιμοποιήθηκε σε γνήσια δείγματα (περίπου 100 αρχικοί ερωτώμενοι ανά χώρα συν τους συζύγους τους). Κατά τη διάρκεια του τέταρτου σταδίου έγινε εκτενής στατιστική ανάλυση των πειραματικών δεδομένων. Οι βελτιώσεις, βασισμένες σε αυτές τις αναλύσεις οδήγησαν στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Το πρώτο κύμα ερευνών, περίπου 1.500 οικογενειών ανά χώρα, ξεκίνησε αρχές Απριλίου 2004 και τελείωσε στις περισσότερες χώρες τον Οκτώβριο του ίδιου έτους.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη χρήση λογισμικού προγράμματος, από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό και αφού συγκεντρώθηκαν υποβλήθηκαν σε επεξεργασία και μετατράπηκαν σε αρχεία των λογισμικών πακέτων στατιστικής επεξεργασίας δεδομένων SPSS και STATA.

2.1.1.1 Δειγματοληψία

Όπως λεπτομερώς περιγράφεται σε ειδική έκδοση του Mannheim Research Institute for the Economics of Aging,³ η δειγματοληψία έγινε με τρόπο που να αποτυπώνεται στο δείγμα μια αρκετά αντιπροσωπευτική εικόνα του πληθυσμού ηλικίας 50 ετών και άνω στις χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα. Στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκαν οι τηλεφωνικοί κατάλογοι. Ο μέσος ρυθμός ανταπόκρισης ήταν 55,4%, με τη Γαλλία και Ολλανδία να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά (69,4% και 61,6%, αντίστοιχα), ενώ η Ελβετία το χαμηλότερο (37,6%).

2.1.1.2 Δείκτες ποιότητας παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως εξετάζεται στην παρούσα εργασία, προκύπτει από τη γνώμη ειδικών, σχετικά με τις τρεις βασικές δράσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συγκεκριμένα την προαγωγή της υγείας, την προληπτική φροντίδα και την πρωτοβάθμια θεραπευτική φροντίδα. Η ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δηλαδή, την οποία εξετάζουμε εδώ, δεν σχετίζεται με τη γνώμη των χρηστών ή το πως οι χρήστες αντιλαμβάνονται τη σχετική ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στα πλαίσια του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), έχουν αναπτυχθεί 27 δείκτες από διεθνή ομάδα ειδικών, σχετικά με

³ Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, «Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe», April 2005

τις δράσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το σετ αυτό δεικτών αποτελεί μια από τις πολλές προσπάθειες του Οργανισμού, για την κατασκευή δεικτών ποιότητας, σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας (OECD, 2004).

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας επεξεργαστήκαμε τους δείκτες ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΟΟΣΑ και υπό τους περιορισμούς που έθετε η μελέτη ΕΥΓΣΕ, όσον αφορά τα συγκεντρωμένα δεδομένα, κατασκευάσαμε ένα συνοπτικότερο σετ δεικτών ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χωρισμένο σε τρεις ομάδες. Το σετ αυτό δεικτών, αποτελούμενο από τρεις ομάδες, προσπαθήσαμε να εκτιμήσουμε από τα στατιστικά δεδομένα της μελέτης ΕΥΓΣΕ και τα αποτελέσματα αυτής της στατιστικής ανάλυσης θα παρουσιάσουμε στην ενότητα 2.2.2 της εργασίας μας. Στην παρούσα ενότητα θα περιγράψουμε συνοπτικά τις τρεις ομάδες δεικτών ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που κατασκευάσαμε, στηριζόμενοι στη μελέτη του ΟΟΣΑ.

Η πρώτη ομάδα δεικτών αφορά τη γηριατρική αξιολόγηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Δύο δείκτες αφορούν την πληροφόρηση που αποκομίζει ο γιατρός με ερωτήσεις του στον ασθενή και συμβουλές του, σχετικά με φυσική δραστηριότητα του ασθενή. Δύο ακόμη δείκτες σχετίζονται με το αν ενθymούνται περιπτώσεις όπου είχαν κάποια πτώση και εξέταση για ισορροπία – αφορούν τις μεγαλύτερες ηλικίες. Ένας δείκτης αφορά τον έλεγχο βάρους και αν ενθymούνται τα φάρμακα που παίρνουν.

Η δεύτερη ομάδα δεικτών σχετίζεται με τις προληπτικές εξετάσεις και αφορά το σύνολο των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα:

- Για άτομα άνω των 65 προτείνεται ο εμβολιασμός κατά της γρίπης.
- Κάθε δύο χρόνια προτείνεται οφθαλμιατρική εξέταση σε ηλικιωμένους, λόγω αυξημένου κινδύνου για γλαύκωμα και την αυξανόμενη με την ηλικία εξάπλωση του σακχαρώδους διαβήτη.
- Μαστογραφία κάθε δύο χρόνια προτείνεται σε γυναίκες μεταξύ 50 και 70 ετών.
- Προτείνεται ενδοσκοπική εξέταση εντέρου / σιγμοειδούς, σε γυναίκες και άνδρες από την ηλικία των 50 ετών, σε συχνότητα που διακυμαίνεται.
- Προτείνεται έρευνα για αίμα στα κόπρανα, σε γυναίκες και άνδρες από την ηλικία των 50 ετών, για εντοπισμό καρκίνου του εντέρου.

Η τρίτη ομάδα δεικτών σκοπεύει να μελετήσει την ποιότητα της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας σε άτομα με χρόνια πάθηση. Πόνος στις αρθρώσεις είναι πολύ κοινός στον πληθυσμό και δεν χρειάζεται ιατρική γνωμάτευση, αφού το άτομο αντιλαμβάνεται σαφώς τον πόνο. Οι γιατροί αναμένεται να ελέγχουν τις αρθρώσεις και σε

ορισμένες περιπτώσεις να προτείνουν αντιφλεγμονώδη φαρμακευτική αγωγή. Δεδομένου μάλιστα ότι τα αντιφλεγμονώδη έχουν παρενέργειες, πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς γι' αυτές, αφού η προμήθειά τους είναι εύκολη (δεν απαιτείται ιατρική συνταγή). Επίσης, μπορεί να προτείνουν φυσιοθεραπείες ή ασκήσεις και να εξετάζουν και την περίπτωση ειδικής χειρουργικής επέμβασης.

2.2 Τα αποτελέσματα της έρευνας

Το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης μας, που στηρίχθηκε στην οικονομική θεωρία, σχετικά με την επίδραση του τρόπου αμοιβής των γιατρών στις επιλογές τους για τη χρήση των υγειονομικών πόρων, αναπτύχθηκε στο πρώτο κεφάλαιο. Στην προηγούμενη ενότητα του παρόντος κεφαλαίου περιγράψαμε την ποιότητα της πρωτοβάθμιας υγείας, που θα εκτιμήσαμε από τα δεδομένα της μελέτης ΕΥΓΣΕ και που στηρίχθηκε, μετά από κάποια σχετική απλοποίηση, σε έρευνες ειδικών για την ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η πηγή των στατιστικών δεδομένων που χρησιμοποιήσαμε, καθώς και χαρακτηριστικά της μελέτης ΕΥΓΣΕ, αναφέρθηκαν συνοπτικά στο πρώτο τμήμα του δεύτερου κεφαλαίου ανωτέρω. Στο παρόν τμήμα της εργασίας μας θα παρουσιάσουμε περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις του δείγματός μας.

2.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η πρώτη ομάδα των περιγραφικών στατιστικών αναλύσεων (πίνακες συχνοτήτων) αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων ατόμων του δείγματος και τη χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:

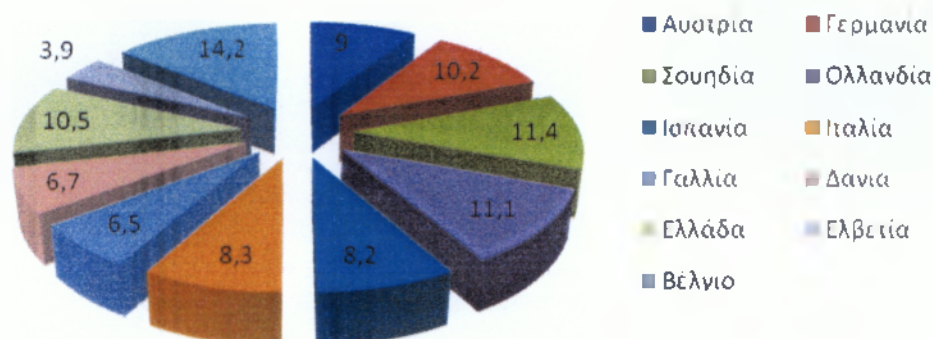
2.2.1.1 Σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο

Από το σύνολο των δεδομένων της έρευνας ΕΥΓΣΕ, επιλέξαμε να μελετήσουμε τους πληθυσμούς 11 χωρών. Οι ηλικίες που μας απασχόλησαν αφορούσαν τους ενήλικες άνω των 50 ετών. Μετά από τους συγκεκριμένους αποκλεισμούς, το δείγμα μας αριθμούσε τελικά 18.916 άτομα. Το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής με 14,2% αφορά το Βέλγιο, ενώ το μικρότερο την Ελβετία (μόλις 3,9%). Τέλος, η Ελληνική συμμετοχή ανέρχεται στο 10,5%.

Πίνακας 2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Χώρες	Συχνότητα	Ποσοστό
Αυστρία	1.703	9,0
Γερμανία	1.924	10,2
Σουηδία	2.158	11,4
Ολλανδία	2.092	11,1
Ισπανία	1.506	8,2
Ιταλία	1.562	8,3
Γαλλία	1.235	6,5
Δανία	1.267	6,7
Ελλάδα	1.986	10,5
Ελβετία	739	3,9
Βέλγιο	2.690	14,2
Σύνολο	18.916	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



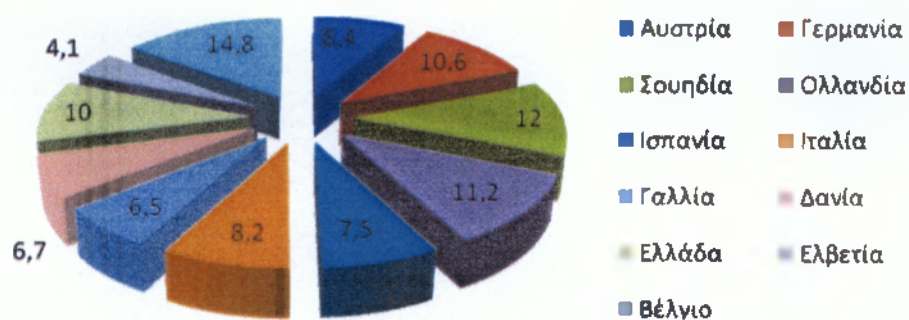
Διάγραμμα 2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Στους πίνακες που ακολουθούν (2.2 & 2.3) παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος, ανά φύλο. Δεν καταγράφονται σημαντικές διαφορές, σε σχέση με τη συμμετοχή μεταξύ των χωρών, που ήδη αναφέρθηκε. Ενδεικτικά, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής ανδρών στο δείγμα αφορά το Βέλγιο, ενώ το μικρότερο την Ελβετία.

Πίνακας 2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Χώρες	Συχνότητα	Ποσοστό
Αυστρία	707	8,4
Γερμανία	894	10,6
Σουηδία	1.009	12,0
Ολλανδία	942	11,2
Ισπανία	635	7,5
Ιταλία	690	8,2
Γαλλία	546	6,5
Δανία	568	6,7
Ελλάδα	842	10,0
Ελβετία	344	4,1
Βέλγιο	1.245	14,8
Σύνολο	8.422	100

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

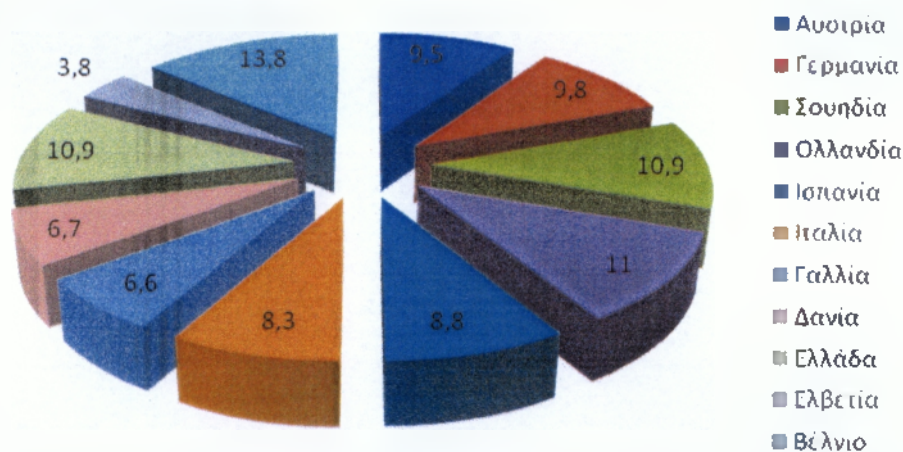


Διάγραμμα 2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊκές (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Χώρες	Συχνότητα	Ποσοστό
Αυστρία	796	9,5
Γερμανία	1.027	9,8
Σουηδία	1.143	10,9
Ολλανδία	1.153	11,0
Ισπανία	922	8,8
Ιταλία	871	8,3
Γαλλία	692	6,6
Δανία	702	6,7
Ελλάδα	1.143	10,9
Ελβετία	398	3,8
Βέλγιο	1.447	13,8
Σύνολο	10.494	100

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊκές (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

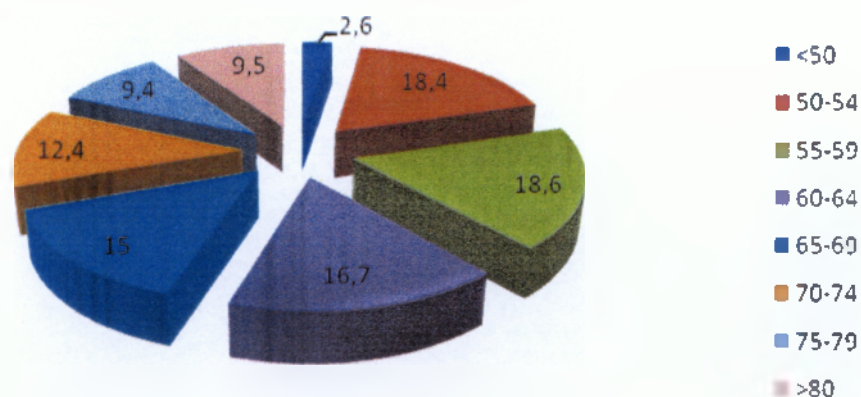
2.2.1.2 Σύνολο του δείγματος ανά ηλικιακές κατηγορίες, και φύλο

Όπως προκύπτει από τη στατιστική επεξεργασία του δείγματος, τα μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχής των ατόμων στο δείγμα αφορούν τις ηλικιακές κατηγορίες μεταξύ 50-54 και 55-59 ετών, με ποσοστό 18,4% και 18,6%, αντίστοιχα. Οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες συμμετείχαν στο δείγμα με ικανοποιητικά ποσοστά, με εξαίρεση την κατηγορία των <50 ετών (2,6%). Οι γυναίκες υπερτερούν ελαφρά των ανδρών, στο σύνολό τους (πίνακες 2.5 & 2.6).

Πίνακας 2.4: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Ηλικιακές Ομάδες	Συχνότητα	Ποσοστό
<50	490	2,6
50-54	2.270	18,4
55-59	3.551	18,6
60-64	3.144	16,7
65-69	2.918	15,0
70-74	2.348	12,4
75-79	1.845	9,4
>80	1.850	9,5
Σύνολο	18.916	100

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

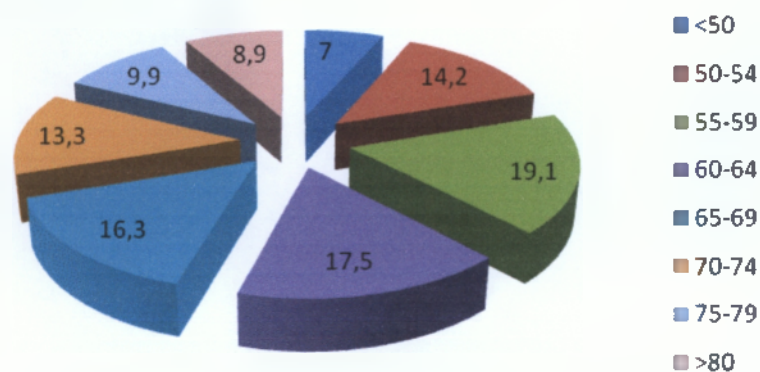


Διάγραμμα 2.4: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.5: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Ηλικιακές ομάδες	Συχνότητα	Ποσοστό
<50	63	7,0
50-54	1.196	14,2
55-59	1.610	19,1
60-64	1.474	17,5
65-69	1.369	16,3
70-74	1.124	13,3
75-79	837	9,9
>80	749	8,9
Σύνολο	8.422	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

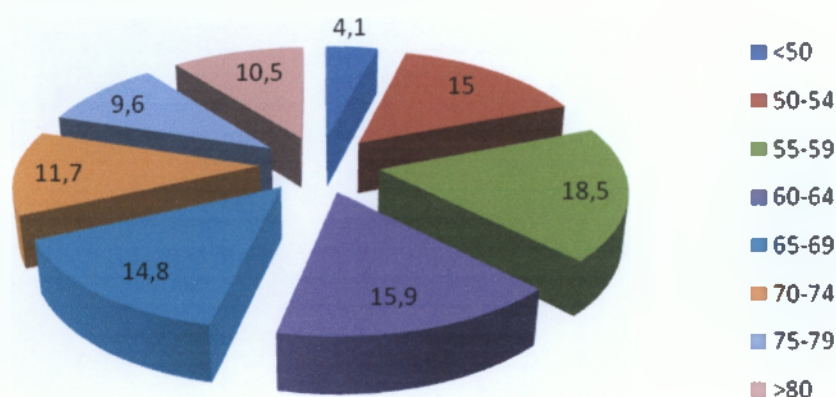


Διάγραμμα 2.5: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.6: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊές (50 ετών και άνω), που συμμετείχαν στο δείγμα, ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Ηλικιακές ομάδες	Συχνότητα	Ποσοστό
<50	427	4,1
50-54	1.574	15,0
55-59	1941	18,5
60-64	1670	15,9
65-69	1.549	14,8
70-74	1.224	11,7
75-79	1.008	9,6
>80	1.101	10,5
Σύνολο	10.494	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.6: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊές (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.3 Χρήση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο

Στους παρακάτω πίνακες και διαγράμματα μεταφέρουμε τη στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος, σχετικά με τη χρήση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ως δείκτη γι' αυτό χρησιμοποιούμε την απάντηση στο ερώτημα "Έχετε έναν 'γενικό γιατρό' (δηλ. έναν γιατρό στον οποίο συνήθως απευθύνεστε για τα συνηθισμένα προβλήματα υγείας σας);", τον οποίο εμείς εφεξής θα αποκαλούμε 'οικογενειακό γιατρό'. Να σημειωθεί ότι το 17,9% των ερωτηθέντων, κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες, απάντησε ότι δεν έχει οικογενειακό γιατρό. Στους πίνακες 2.7, 2.8 & 2.9 και στο Διάγραμμα 2.7 παρουσιάζονται τα ποσοστά απάντησης στο συγκεκριμένο ερώτημα, ανά χώρα και φύλο.

Πίνακας 2.7: Χρήση υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού από ενήλικους Ευρωπαίους, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ -2004 - έκδοση 2.0

Χώρες	Ναι	Όχι
Αυστρία	91,5	5,5
Γερμανία	92,5	5,7
Σουηδία	56,1	39,5
Ολλανδία	57,7	36,0
Ισπανία	96,7	2,8
Ιταλία	92,6	2,2
Γαλλία	87,9	6,4
Δανία	91,8	2,8
Ελλάδα	52,4	47,4
Ελβετία	89,0	8,8
Βέλγιο	84,6	10,6

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004 - έκδοση 2.0

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της έρευνας ΕΥΓΣΕ, τα μεγαλύτερα ποσοστά χρησιμοποίησης υπηρεσιών των οικογενειακών γιατρών καταγράφονται στην Ισπανία, με ποσοστό 96,7%, ενώ στην Ελλάδα το 47,4% των ερωτηθέντων απαντούν ότι δεν έχουν οικογενειακό γιατρό. Αντίθετα, στην Ιταλία, Ισπανία και Δανία καταγράφονται τα

χαμηλότερα ποσοστά αρνητικής απάντησης, μόλις το 2,2% στην Ιταλία και το 2,8% σε Ισπανία και Δανία, αντίστοιχα.

Πίνακας 2.8: Χρήση υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού από ενήλικες άνδρες Ευρωπαίους, σε ποσοστό, ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ-2004 - έκδοση 2.0

Χώρες	Ναι	Όχι
Αυστρία	89,7	7,2
Γερμανία	91,4	6,7
Σουηδία	54,2	40,6
Ολλανδία	55,9	38,4
Ισπανία	96,1	3,6
Ιταλία	92,0	2,9
Γαλλία	88,5	7,1
Δανία	91,2	3,7
Ελλάδα	48,3	51,5
Ελβετία	88,4	9,6
Βέλγιο	83,5	12,4

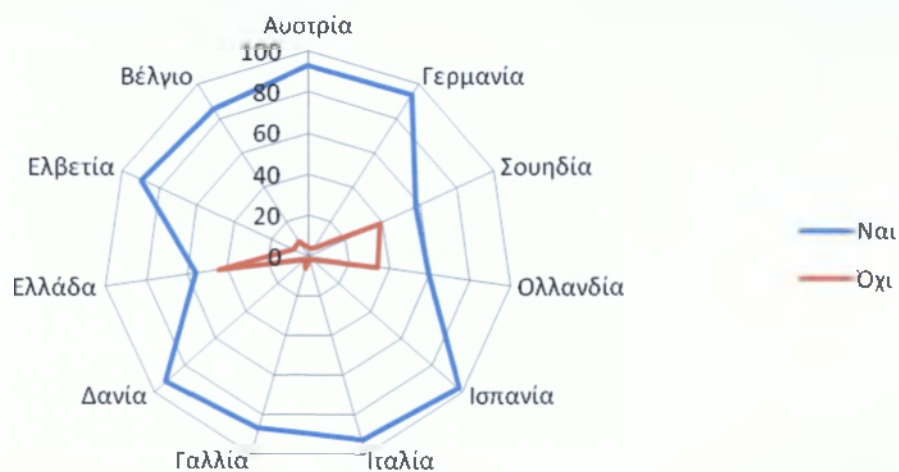
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Πίνακας 2.9: Χρήση υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού από ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊκές, σε ποσοστό, ανά χώρα. ΕΥΓΣΕ-2004 - έκδοση 2.0

Χώρες	Ναι	Όχι
Αυστρία	92,9	4,3
Γερμανία	93,4	4,8
Σουηδία	57,8	38,6
Ολλανδία	59,2	34,0
Ισπανία	97,2	2,3
Ιταλία	93,1	1,6
Γαλλία	87,4	5,8
Δανία	92,3	2,1
Ελλάδα	55,4	44,3
Ελβετία	89,6	8,1
Βέλγιο	85,5	9,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Γενικά, αξίζει να αναφέρουμε πως οι γυναίκες απαντούν συχνότερα ότι διαθέτουν οικογενειακό γιατρό από ό,τι οι άνδρες, με ποσοστό 80,2%, έναντι 77,4% των ανδρών. Οι Ισπανοί κατέχουν την πρώτη θέση με εξαιρετικά υψηλό ποσοστό χρησιμοποίησης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (97,2%). Αντίθετα, οι Σουηδοί με 38,6% και οι Ολλανδοί με 34%, απαντούν πως δεν έχουν οικογενειακό γιατρό. Πολλοί Έλληνες δηλώνουν ότι δεν έχουν οικογενειακό γιατρό, ιδιαίτερα οι άνδρες (51,5%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών είναι 44,3%) (Πίνακες 2.8 & 2.9).



Διάγραμμα 2.7: Χρήση υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού από ενήλικους Ευρωπαίους, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004 - έκδοση 2.0

2.2.2 Δείκτες ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε χώρες της Ευρώπης

2.2.2.1 Γηριατρική αξιολόγηση

Δύο δείκτες στη γηριατρική αξιολόγηση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αφορούν την πληροφόρηση που αποκομίζει ο γιατρός με ερωτήσεις του στον ασθενή και συμβουλές του, σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα του ασθενή. Οι Έλληνες άντρες ερωτώμενοι απάντησαν σε ποσοστό 46,7 ότι ο οικογενειακός γιατρός τους ρωτά σε μερικές επισκέψεις, σχετικά με τη σωματική τους δραστηριότητα και σε ποσοστό 37,8 ότι τους ρωτά σε κάθε επίσκεψη. Τα ποσοστά αυτά είναι σχετικά υψηλά, σε σύγκριση, για παράδειγμα με την Ισπανία και την Ιταλία, όπου οι ερωτώμενοι άντρες απάντησαν σε ποσοστό 41,4 στην Ισπανία και 47,7 στην Ιταλία ότι δεν ερωτώνται ποτέ από τον οικογενειακό γιατρό για τη σωματική τους δραστηριότητα (Πίνακας 2.10). Λιγότερο ακόμα από τους άντρες ρωτήθηκαν οι γυναίκες για τη σωματική τους δραστηριότητα από τον οικογενειακό γιατρό, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των γυναικών, που ρωτήθηκαν σχετικά (Πίνακας 2.11). Γενικώς, οι πολίτες που συμμετείχαν στην έρευνα δεν ερωτώνται ή ερωτώνται μερικές φορές από τον οικογενειακό γιατρό για τη σωματική τους δραστηριότητα.

Πίνακας 2.10: Ερώτηση για τη 'σωματική δραστηριότητα' των ενήλικων Ευρωπαίων ανδρών, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004 - έκδοση 2.0

Χώρες	Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
Αυστρία	14	43,1	33,0
Γερμανία	12,8	46,3	33,1
Σουηδία	15,9	25,1	12,2
Ολλανδία	3,7	22,8	32,1
Ισπανία	14,6	38,9	41,4
Ιταλία	10,3	33,5	47,7
Γαλλία	15,9	50,4	24,9
Δανία	6,9	44,7	38,0
Ελλάδα	37,8	46,7	14,3
Ελβετία	19,2	39,5	26,2
Βέλγιο	12,7	43,9	29,6

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Πίνακας 2.11: Ερώτηση για τη 'σωματική δραστηριότητα' των ενήλικων Ευρωπαίων γυναικών, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004 - έκδοση 2.0

Χώρες	Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
Αυστρία	11,8	42,5	36,9
Γερμανία	7,9	43,9	40,5
Σουηδία	12	23,7	20,5
Ολλανδία	2,3	18,4	41,3
Ισπανία	4,9	37,3	43,9
Ιταλία	7,0	30,5	55,0
Γαλλία	12,2	41,2	37,2
Δανία	3,4	36,2	49,8
Ελλάδα	36,4	45,7	17,2
Ελβετία	8,9	32,7	42,3
Βέλγιο	8,8	49,6	8,7

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Ο δείκτης για τη σύσταση του οικογενειακού γιατρού στον ασθενή του για σωματική άσκηση είναι συνεπής με το δείκτη της σωματικής δραστηριότητας παραπάνω. Δηλαδή, οι ερωτώμενοι απάντησαν σε ποσοστό 40,4 ότι δεν τους γίνεται ποτέ σύσταση για σωματική άσκηση και σε ποσοστό 30,7 ότι τους γίνεται μερικές φορές από το γιατρό, ενώ μόνο 11,4% απάντησαν ότι σε όλες τις επισκέψεις στον οικογενειακό γιατρό τους έγινε σύσταση για σωματική άσκηση (Πίνακας 2.12). Δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις μεταξύ χωρών και μεταξύ φύλου πάνω σε αυτό το θέμα, γι' αυτό δεν παρουσιάζουμε τις σχετικές κατανομές συχνοτήτων των απαντήσεων. Από τον κανόνα αυτό δεν εξαιρείται η Ελλάδα, που στον προηγούμενο δείκτη εμφάνισε υψηλά ποσοστά. Χρειάζονται πρόσθετα στοιχεία, προκειμένου να εξηγήσουμε τις συγκεκριμένες απαντήσεις των Ελλήνων ερωτώμενων, που συμμετείχαν στην έρευνα ΕΥΓΣΕ.

Πίνακας 2.12: Σύσταση των οικογενειακών γιατρών στους ενήλικες Ευρωπαίους για άσκηση, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004 - έκδοση 2.0

Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
11,4	30,7	40,4

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004 - έκδοση 2.0

Δύο δείκτες αφορούν ερώτηση αν ενθουμούνται περιπτώσεις όπου είχαν κάποια πτώση και εξέταση για ισορροπία κατά τη βάρδιση. Αν και οι δύο αυτοί δείκτες αφορούν κυρίως τις μεγαλύτερες ηλικίες, για απλοποίηση της στατιστικής ανάλυσης ελέγξαμε τις κατανομές συχνοτήτων των απαντήσεων επί του συνόλου των ερωτώμενων του δείγματος.

Από τη στατιστική ανάλυση των συχνοτήτων των απαντήσεων προκύπτει ότι οι ενήλικες Ευρωπαίοι δεν ελέγχονται από τους οικογενειακούς γιατρούς, όσον αφορά το επίπεδο ισορροπίας κατά τη βάρδιση (Πίνακες 2.13, 2.14). Σε όλες τις χώρες σταθερά πάνω από τους μισούς που ρωτήθηκαν απάντησαν ότι δεν ελέγχθηκαν ποτέ και στην Ολλανδία μόνο το 1,3% των ανδρών και το 1,4% των γυναικών απάντησαν ότι ελέγχθηκαν γι' αυτό σε όλες τις επισκέψεις τους στον οικογενειακό γιατρό.

Πίνακες 2.13: Έλεγχος της ισορροπίας κατά τη βάρδιση των ενήλικων Ευρωπαίων ανδρών από τον οικογενειακό γιατρό, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Χώρες	Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
Αυστρία	8,8	22,1	58,4
Γερμανία	4,5	24,7	63,1
Σουηδία	2,7	11,4	38,8
Ολλανδία	1,3	9,8	47,2
Ισπανία	6,1	23,8	65,0
Γαλλία	9,7	25,8	55,3
Ιταλία	5,9	19,3	65,2
Δανία	1,9	19	67,8
Ελλάδα	9,8	30	58,5
Ελβετία	3,2	25	55,2
Βέλγιο	3,5	23,3	58,2

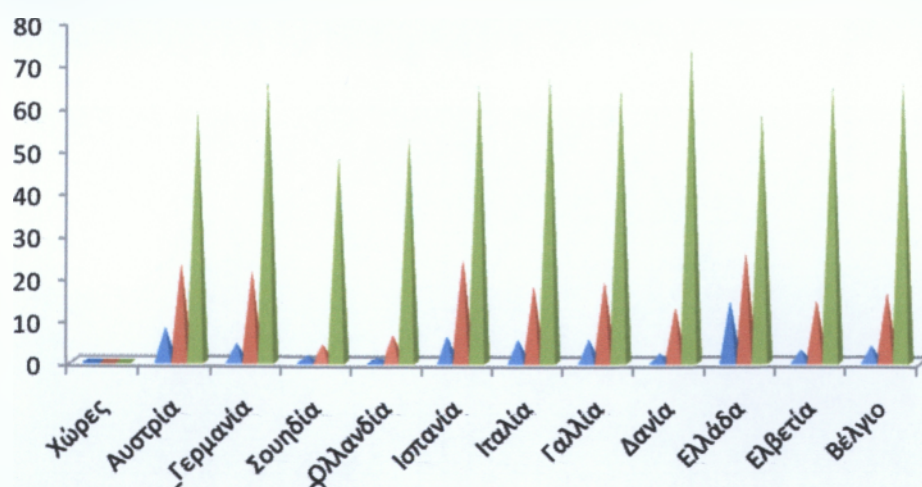
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Πίνακας 2.14: Έλεγχος της ισορροπίας κατά τη βάρδια των ενήλικων Ευρωπαίων γυναικών από τον οικογενειακό γιατρό, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Χώρες	Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
Αυστρία	9,6	23,2	58,2
Γερμανία	6,2	21,9	63,8
Σουηδία	3,1	9,6	42,6
Ολλανδία	1,4	8,6	51,6
Ισπανία	5,9	19,3	65,2
Ιταλία	5,8	19,5	66,1
Γαλλία	8,7	26,9	52,5
Δανία	9,0	15,0	72,8
Ελλάδα	17,5	26,9	54,5
Ελβετία	4,3	21,0	57,0
Βέλγιο	6,2	22,1	57,4

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Ίδια εικόνα με τον προηγούμενο δείκτη εμφανίζει και ο επόμενος της γηριατρικής αξιολόγησης, που αφορά ερώτηση για πιθανή πτώση του ασθενή (Διάγραμμα 2.8 & Πίνακας 2.15).



Διάγραμμα 2.8: Ενημέρωση του οικογενειακού γιατρού για ενδεχόμενη πτώση ενηλίκων Ευρωπαίων, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ -2004, έκδοση 2.0

Πίνακας 2.15: Ενημέρωση του οικογενειακού γιατρού για ενδεχόμενη πτώση των ενήλικων Ευρωπαίων, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Χώρες	Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
Αυστρία	8	23,0	59,2
Γερμανία	4,4	21,3	66,3
Σουηδία	1,6	4,2	48,2
Ολλανδία	1,2	6,4	52,7
Ισπανία	6,2	24,1	65,3
Ιταλία	5,4	17,8	66,8
Γαλλία	5,4	18,9	64,5
Δανία	2,1	12,8	74,3
Ελλάδα	14,3	25,7	58,6
Ελβετία	3,0	14,5	65,1
Βέλγιο	3,9	16,3	65,5

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Εξετάσαμε δύο ακόμη δείκτες της γηριατρικής αξιολόγησης, ο ένας αφορά τον έλεγχο του βάρους του ασθενή και ο άλλος αν ερωτάται σχετικά με τα φάρμακα που παίρνει (αν θυμάται δηλαδή τα φάρμακα που λαμβάνει, για διάφορους λόγους).

Οι περισσότεροι από τους μισούς Ευρωπαίους πολίτες, ανεξαρτήτως φύλου, που ρωτήθηκαν σχετικά, απάντησαν ότι ποτέ ο οικογενειακός γιατρός δεν τους έλεγξε το βάρος τους, περίπου 20% απάντησαν ότι ο σχετικός έλεγχος έγινε μερικές φορές, ενώ μόνο το 6% των γυναικών και το 4,7% των ανδρών απάντησαν ότι ο έλεγχος του βάρους τους από τον οικογενειακό γιατρό έγινε σε κάθε τους επίσκεψη σε αυτόν (Πίνακας 2.16).

Πίνακας 2.16: Έλεγχος του βάρους των ενήλικων Ευρωπαίων από τον οικογενειακό γιατρό, ανά φύλο, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Φύλο	Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
Άνδρες	4,7	20,2	56,5
Γυναίκες	6,0	19,2	57,9

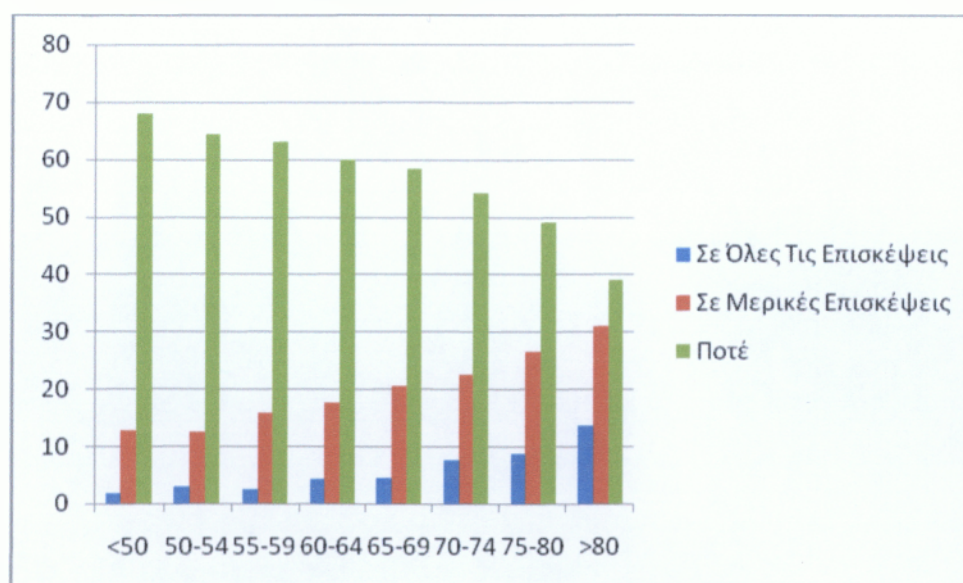
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Η εικόνα του δείκτη για τον έλεγχο του βάρους του ασθενή αλλάζει, αν λάβουμε υπόψη την ηλικία του ασθενή. Ο έλεγχος φαίνεται να εντείνεται, καθώς η ηλικία του ασθενή μεγαλώνει. Ενδεικτικά παρουσιάζουμε στον πίνακα 2.17 τη σχετική κατανομή συχνοτήτων των Ευρωπαϊκών ενήλικων γυναικών. Εντούτοις, ακόμα και στην υψηλότερη ηλικιακή κατηγορία (άνω των 80 ετών), 38,9% των ερωτωμένων γυναικών της κατηγορίας απάντησαν ότι δεν ελέγχθηκε το βάρος του ποτέ από τον οικογενειακό γιατρό.

Πίνακας 2.17: Έλεγχος του βάρους των ενήλικων Ευρωπαϊκών γυναικών από τον οικογενειακό γιατρό, ανά ηλικιακή κατηγορία, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ-2004, έκδοση 2.0

Ηλικιακές κατηγορίες	Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
<50	1,8	12,8	68,0
50-54	2,8	12,4	64,5
55-59	2,5	15,9	63,1
60-64	4,3	17,7	59,9
65-69	4,5	20,5	58,4
70-74	7,6	22,5	54,2
75-80	8,6	26,6	49,0
>80	13,5	30,9	38,9

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.9: Έλεγχος του βάρους των ενήλικων Ευρωπαϊκών γυναικών από τον οικογενειακό γιατρό, ανά ηλικιακή κατηγορία, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ-2004, έκδοση 2.0

Όσον αφορά το δείκτη για την ενημέρωση του γιατρού, σχετικά με το αν θυμούνται τι φάρμακα λαμβάνουν οι ασθενείς τους, κάτι λιγότερο από τα 2/3 των ερωτώμενων (άνδρες και γυναίκες, με πολύ μικρή διαφοροποίηση υπέρ των γυναικών) απάντησαν ότι ο οικογενειακός γιατρός τους ρώτησε. Εντούτοις, μόνο το 18,9% των γυναικών απάντησαν ότι ρωτήθηκαν σχετικά σε όλες τις επισκέψεις τους στον οικογενειακό γιατρό, ενώ 28% σε μερικές μόνο επισκέψεις. Λίγο μικρότερα είναι τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άντρες (Πίνακας 2.18).

Πίνακας 2.18: Ερώτηση από τον οικογενειακό γιατρό για λήψη φαρμάκων σε ενήλικες Ευρωπαίους, ανά φύλο, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Φύλο	Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
Ανδρας	17,5	26,4	38,1
Γυναίκα	18,9	28,0	36,7

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Η εικόνα αυτή του δείκτη δεν διαφοροποιείται πολύ, αν λάβουμε υπόψη τη χώρα και το φύλο, με εξαίρεση την περίπτωση της Ελλάδος και της Σουηδίας (Πίνακες 2.19 & 2.20). Απαιτούνται πρόσθετα στοιχεία για να εξηγηθεί η απόκλιση αυτή.

Πίνακας 2.19: Ερώτηση από τον οικογενειακό γιατρό για λήψη φαρμάκων σε ενήλικες Ευρωπαίους άνδρες, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Χώρες	Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
Αυστρία	14,6	34,1	41,3
Γερμανία	8,6	32,1	51,7
Σουηδία	22,8	16,7	13,5
Ολλανδία	6,1	12,1	40,6
Ισπανία	28,7	35,0	31,5
Ιταλία	15,5	29,6	46,7
Γαλλία	24,4	24,9	41,2
Δανία	9,7	32,0	45,8
Ελλάδα	52,9	33,8	12,0
Ελβετία	9,9	24,4	49,1
Βέλγιο	16,1	26,7	43,7

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Πίνακας 2.20: Ερώτηση από τον οικογενειακό γιατρό για λήψη φαρμάκων σε ενήλικες Ευρωπαϊκές γυναίκες, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ-2004, έκδοση 2.0

Χώρες	Σε όλες τις επισκέψεις	Σε μερικές επισκέψεις	Ποτέ
Αυστρία	14,3	36,0	40,8
Γερμανία	10	29,7	52,5
Σουηδία	22,6	17,4	15,8
Ολλανδία	5,8	13,1	42,9
Ισπανία	29,6	37,6	28,3
Ιταλία	15,3	31,5	44,8
Γαλλία	26	29,2	34,1
Δανία	9,9	33,3	45,1
Ελλάδα	55,3	34,5	9,3
Ελβετία	9,4	27,8	47,1
Βέλγιο	19,1	27,1	41,2

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Συμπερασματικά, όσον αφορά τους δείκτες γηριατρικής αξιολόγησης, στα πλαίσια της αποτίμησης της ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσα από την περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας ΕΥΓΣΕ που κάναμε και παρουσιάσαμε στην παρούσα ενότητα, προκύπτουν τα παρακάτω. Οι οικογενειακοί γιατροί στις χώρες της Ευρώπης που εξετάσαμε, δεν αφιερώνουν χρόνο στους ασθενείς τους για να αξιολογήσουν μια σειρά ζητήματα που τους αφορούν και σχετίζονται με την ηλικία τους και επομένως δεν τα λαμβάνουν υπόψη τους κατά την παροχή πρωτοβάθμιων θεραπευτικών φροντίδων προς αυτούς, αλλά ούτε και τους συμβουλεύουν σχετικά. Σύμφωνα με τις απόψεις διεθνούς πάνελ ειδικών του ΟΟΣΑ, που διαμόρφωσαν σχετικούς δείκτες ποιότητας πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας, τους οποίους εμείς, με μικρές προσαρμογές υιοθετήσαμε στην παρούσα έρευνα και τα αποτελέσματά της παρουσιάσαμε στην παρούσα ενότητα, χαμηλή επίδοση στους δείκτες αυτούς υποδηλώνει και χαμηλή ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το συμπέρασμα αυτό προέκυψε, μέχρι στιγμής, για τους δείκτες που εμείς ονομάσαμε γηριατρική αξιολόγηση και δεν διακρίναμε σημαντική διαφοροποίηση της σχετικής επίδοσης μεταξύ χωρών. Ανεξάρτητα δηλαδή από τρόπο αμοιβής των γιατρών και συστήματος οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι συγκεκριμένες επιλογές των οικογενειακών γιατρών φαίνεται να συγκλίνουν.

Στην επόμενη ενότητα θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, που σχετίζονται με τους δείκτες προληπτικής φροντίδας.

2.2.2.2. Προληπτικές εξετάσεις

Η ομάδα δεικτών που ονομάσαμε προληπτικές εξετάσεις αφορά το σύνολο του πληθυσμού και επικεντρώνεται σε παρεμβάσεις του οικογενειακού γιατρού, με τη μορφή ενημέρωσης, που στοχεύουν στην πρόληψη. Θεωρούμε ότι τα άτομα με σχετική ενημέρωση από τις υπηρεσίες υγείας, που σε αυτό το επίπεδο παρέχονται από το γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα κάνουν προληπτικές εξετάσεις. Οι πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζουν τις κατανομές συχνοτήτων σχετικά με οφθαλμολογική εξέταση, μαστογραφία, αντιγριπικό εμβολιασμό, ενδοσκοπική εξέταση εντέρου και τέλος, εξέταση για αίμα στα κόπρανα, σε ενήλικες Ευρωπαίους, που επισκέπτονται τον οικογενειακό γιατρό.

Στο σύνολο του δείγματος, πάνω από το 50% των ερωτώμενων απαντούν ότι έκαναν οφθαλμολογική εξέταση τα δύο τελευταία χρόνια, αλλά χρειαζόμαστε περισσότερα στοιχεία, που δεν προκύπτουν από την έρευνα, για να αποφανθούμε ότι η ενημέρωση για την αναγκαιότητά της προέρχεται από το γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μάλιστα, οι γυναίκες απαντούν πιο συχνά ότι εξετάζονται, σε σχέση με τους άντρες (60,4% έναντι 54,6%) (Πίνακας 2.21). Σε επίπεδο χώρας και ανεξαρτήτως φύλου, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις, όσον αφορά το συγκεκριμένο δείκτη (Πίνακας 2.22). Οι Γερμανοί και οι Γάλλοι απαντούν συχνότερα, 72,2% & 72,1% αντίστοιχα, σε σχέση με τους ερωτώμενους από τις άλλες χώρες, ότι έχουν κάνει οφθαλμολογική εξέταση. Σχετικά υψηλά είναι και τα αντίστοιχα ποσοστά στην Αυστρία, Ελβετία και Βέλγιο. Στην Ολλανδία φαίνεται να μη συμβαίνει το ίδιο, καθώς το ποσοστό των θετικών απαντήσεων ανέρχεται στο 40%. Κάτι παραπάνω από τους μισούς Έλληνες (55,6%) που ρωτήθηκαν απάντησαν ότι έχουν πραγματοποιήσει οφθαλμολογική εξέταση, ενώ το 43,9% ποτέ.

Πίνακας 2.21: Πραγματοποίηση οφθαλμολογικής εξέτασης τα δύο τελευταία χρόνια από ενήλικες Ευρωπαίους, ανά φύλο, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Φύλο	Ναι	Όχι
Άνδρες	54,6	43,9
Γυναίκες	60,4	38,2

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Πίνακας 2.22: Πραγματοποίηση οφθαλμολογικής εξέτασης τα δύο τελευταία χρόνια από ενήλικες Ευρωπαίους, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Χώρες	Ναι	Όχι
Αυστρία	62,5	37,5
Γερμανία	72,2	26,9
Σουηδία	52,6	45,2
Ολλανδία	40,0	59,0
Ισπανία	49,6	49,9
Ιταλία	54,1	40,8
Γαλλία	72,1	25,9
Δανία	57,9	37,4
Ελλάδα	55,6	43,9
Ελβετία	68,6	30,4
Βέλγιο	61,8	38,2

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004 - έκδοση 2.0

Όσον αφορά τη μαστογραφία, μόνο το 40% των γυναικών κάτω των 50 ετών απαντούν ότι πραγματοποίησαν την εξέταση αυτή τα δύο τελευταία χρόνια, ενώ το 45,5% όχι. Στις ηλικίες 50 έως 64 ετών απαντούν θετικά λιγότερο συχνά στην ίδια ερώτηση, ενώ οι γυναίκες άνω των 75 ετών απαντούν θετικά σχετικά σπάνια (17,5% και μόνο 9,4% οι γυναίκες άνω των 80 ετών) (Πίνακας 2.23).

Πίνακας 2.23: Πραγματοποίηση μαστογραφίας τα δύο τελευταία χρόνια από ενήλικες Ευρωπαίες, ανά ηλικιακή κατηγορία, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Ηλικιακές Κατηγορίες	Ναι	Όχι
<50	40,2	45,5
50-54	36,3	19,6
55-59	39,9	14,2
60-64	36,2	16,8
65-79	32,7	19,7
70-74	24,1	27,5
75-80	17,5	37,2
>80	9,4	47,6

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Ο εμβολιασμός κατά του ιού της γρίπης συστήνεται από τον οικογενειακό γιατρό συχνότερα σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην έρευνα. Εντούτοις, ακόμα και άτομα με ηλικίες άνω των 80 ετών απαντούν σχετικά συχνά (35,7%) ότι ο γιατρός τους δεν τους σύστησε, το χρόνο που πέρασε, να εμβολιαστούν κατά του ιού της γρίπης (Πίνακας 2.24).

Πίνακας 2.24: Σύσταση από τον οικογενειακό γιατρό για αντιγριπικό εμβολιασμό σε ενήλικες Ευρωπαίους, ανά ηλικιακή κατηγορία, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ-2004, έκ. 2.0

Ηλικιακές Κατηγορίες	Ναι	Όχι
<50	11,6	85,9
50-54	14	84,9
55-59	18	80,5
60-64	25,6	72,8
65-69	42,4	55,8
70-74	53,8	44,4
75-80	57,6	39,9
>80	61	35,7

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Όσον αφορά την ενδοσκοπική εξέταση εντέρου (σιγμοειδοσκόπηση ή κολonosκόπηση), προκύπτει από τις απαντήσεις ότι το 75,0% των ερωτώμενων δεν έχουν πραγματοποιήσει την εξέταση, χωρίς να καταγράφεται κάποια ουσιαστική διαφοροποίηση στις απαντήσεις μεταξύ των δύο φύλων (Πίνακας 2.25)

Πίνακας 2.25: Πραγματοποίηση ενδοσκοπικής εξέτασης εντέρου από ενήλικους Ευρωπαίους, ανά φύλο, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Φύλο	Πριν από 10 έτη και πλέον	Λιγότερα από 10 έτη πριν	Ποτέ
Άνδρες	14,7	5,1	75,1
Γυναίκες	14,4	5,3	75,3

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Η εικόνα που δίνουν οι απαντήσεις στο σύνολο του δείγματος δεν διαφοροποιείται πολύ, αν λάβουμε υπόψη τις ηλικιακές κατηγορίες των ατόμων του δείγματος. Παραθέτουμε ενδεικτικά την περίπτωση των ανδρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα άτομα αυτά απαντούν αρνητικά πολύ συχνά, ακόμα και όσα είναι ηλικίας άνω των 80 ετών (68,1%) (Πίνακας 2.26). Από όσους απάντησαν θετικά στην ερώτηση για την πραγματοποίηση της εξέτασης, εμφανίζονται συχνότερα (περίπου 3 φορές, στις περισσότερες ηλικιακές κατηγορίες) όσοι πραγματοποίησαν την εξέταση πριν από 10 έτη και πλέον, από τη χρονική στιγμή πραγματοποίησης της έρευνας.

Πίνακας 2.26: Πραγματοποίηση ενδοσκοπικής εξέτασης εντέρου από άνδρες ενήλικους Ευρωπαίους, ανά ηλικιακή κατηγορία, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004, έκ. 2.0

Ηλικ. Κατ.	Πριν από 10 έτη και πλέον	Λιγότερα από 10 έτη πριν	Ποτέ
<50	3,2	3,2	90,5
50-54	9,3	4,7	82,9
55-59	13,4	3,6	78,8
60-64	15,4	3,9	76,6
65-69	16,9	6,2	70,9
70-74	15,7	5,5	73,6
75-80	18,0	7,0	68,5
>80	16,6	6,9	68,1

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Οι απαντήσεις των ατόμων του δείγματος για την εξέταση αιμορραγίας στα κόπρανα δεν διαφέρουν πολύ από τις απαντήσεις για την ενδοσκοπική εξέταση εντέρου. Για τη μείωση του όγκου της παρεχόμενης πληροφορίας σε πίνακες και διαγράμματα στην εργασία μας, όταν η πληροφόρηση αυτή δεν προσθέτει νέο στοιχείο, που να αλλάζει την ήδη διαμορφωμένη εικόνα, παραθέτουμε μόνο τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων για την εξέταση αιμορραγίας στα κόπρανα, όπου είχαμε λάβει υπόψη τη χώρα που κατοικεί ο ερωτώμενος. Η ίδια εικόνα υπήρχε για την αντίστοιχη ανάλυση στην ενδοσκοπική εξέταση εντέρου. Πλην των περιπτώσεων Αυστρίας και Γερμανίας (θετικές απαντήσεις 60,6% & 55,0% αντίστοιχα), στις λοιπές χώρες οι ερωτώμενοι απαντούν σταθερά σε υψηλά ποσοστά ότι δεν έχουν

πραγματοποιήσει την εξέταση. Το μεγαλύτερο δε ποσοστό αρνητικών απαντήσεων δίνεται από τους Έλληνες (94,4) (Πίνακας 2.27).

Πίνακας 2.27: Σύσταση από τον οικογενειακό γιατρό για εξέταση αιμορραγίας στα κόπρανα σε Ευρωπαίους ενήλικες, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0

Χώρες	Ναι	Όχι
Αυστρία	60,6	37,5
Γερμανία	55,0	43,8
Σουηδία	14,7	82,1
Ολλανδία	4,1	93,7
Ισπανία	5,4	93,8
Ιταλία	12,4	81,8
Γαλλία	21,5	75,6
Δανία	7,2	87,5
Ελλάδα	4,6	94,4
Ελβετία	25,8	72,7
Βέλγιο	8,8	87,3

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Συμπερασματικά, όσον αφορά τους δείκτες προληπτικών εξετάσεων, η επίδοσή τους δεν φαίνεται ικανοποιητική, όπως δεν ήταν και οι δείκτες γηριατρικής αξιολόγησης. Οι οικογενειακοί γιατροί στις χώρες της Ευρώπης που εξετάσαμε, δεν αφιερώνουν επαρκή χρόνο στους ασθενείς τους για να συστήσουν προληπτικές εξετάσεις, που μπορούν να προλάβουν πολύ σοβαρές ασθένειες, καθώς τα άτομα μεγαλώνουν ηλικιακά. Με εξαίρεση την οφθαλμολογική, οι λοιπές προληπτικές εξετάσεις δεν πραγματοποιούνται όσο θα έπρεπε από τους ενήλικες Ευρωπαίους. Ακόμα και για την οφθαλμολογική εξέταση δεν είμαστε σίγουροι ότι συστήνεται από τον οικογενειακό γιατρό, δεδομένου ότι τα άτομα αναγκάζονται εκ των πραγμάτων να επισκεφθούν οφθαλμίατρο ή οπτικό, λόγω της σταδιακής έκπτωσης της όρασης με την πρόοδο της ηλικίας, που τους δημιουργεί προβλήματα στη καθημερινή ζωή τους. Η πραγματοποίηση μαστογραφίας από τις γυναίκες (ο δεύτερος καλύτερος δείκτης στην ομάδα των δεικτών προληπτικών εξετάσεων), έχουμε βάσιμες υποψίες ότι γίνεται περισσότερο με απόφαση των ιδίων των ενδιαφερομένων γυναικών (ιδιαίτερα νεώτερων ηλικιών, που είναι περισσότερο

ενημερωμένες από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης) και λιγότερο κατόπιν συστάσεως του οικογενειακού γιατρού. Στις περιπτώσεις που η στατιστική επεξεργασία έλαβε υπόψη τη χώρα καταγωγής των ερωτώμενων, η Ελλάδα εμφάνισε περισσότερο αρνητική εικόνα, σε σύγκριση με τις άλλες χώρες. Επειδή δεν προκύπτει κάποια σημαντική διαφοροποίηση στις επιδόσεις των δεικτών ‘προληπτικές εξετάσεις’ μεταξύ των χωρών που εξετάσαμε, που να μπορούμε να την αποδώσουμε στον τρόπο πληρωμής των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αιτιάζουμε, σχετικά με τις αρνητικές επιδόσεις της Ελλάδας, ότι οφείλονται περισσότερο σε οργανωτικά προβλήματα της φροντίδας υγείας ή/και σε αντιλήψεις του πληθυσμού περί της σημασίας της δευτερογενούς πρόληψης της ασθένειας. Σε κάθε περίπτωση, η δευτερογενής πρόληψη δε συμβάλει στην αύξηση του εισοδήματος του γιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας (εκτός ίσως, θεωρητικά, στην περίπτωση της αμοιβής με λίστα εγγεγραμμένων ασθενών) και δεν φαίνεται από τις απαντήσεις των ατόμων του δείγματος, ότι επιδιώκεται με ζήλο από τους γενικούς γιατρούς στην Ευρώπη. Στην επόμενη ενότητα θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, που σχετίζονται με τους δείκτες, που σχετίζονται με παρεμβάσεις του οικογενειακού γιατρού όταν υφίστανται χρόνιες παθήσεις.

2.2.2.3 Χρόνιες παθήσεις

Η τελευταία ομάδα δεικτών σχετίζεται με τις χρόνιες παθήσεις. Οι χρόνιες παθήσεις συνήθως συνοδεύονται από πόνο. Ο πόνος στις αρθρώσεις είναι πολύ κοινός στον πληθυσμό και δεν χρειάζεται ιατρική γνωμάτευση, αφού το άτομο αντιλαμβάνεται σαφώς τον πόνο. Από τη στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων διαπιστώσαμε ότι απαντούν θετικά για πόνο στις αρθρώσεις τις περισσότερες μέρες, πάνω από τους μισούς από όσους ρωτήθηκαν και πιο συχνά οι γυναίκες παραπονούνται για αυτό. Ενδεικτικά παραθέτουμε στον πίνακα 2.28 τις απαντήσεις των γυναικών του δείγματος σε ποσοστό, λαμβάνοντας υπόψη τη χώρα καταγωγής τους. Σε όλες τις χώρες πάνω από τις μισές γυναίκες απαντούν θετικά, για πόνο στις αρθρώσεις πολύ συχνά. Οι γυναίκες από την Ισπανία διαμαρτύρονται περισσότερο (76.3%) και οι γυναίκες από την Ελβετία λιγότερο (52,3%). Το αντίστοιχο ποσοστό από την Ελλάδα κυμαίνεται περίπου στο μέσο όρο (59,8) των χωρών που εξετάσαμε.

Πίνακας 2.28: Πόνος στις αρθρώσεις πολύ συχνά, ενήλικες Ευρωπαϊκές γυναίκες, σε ποσοστό, ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Χώρες	Ναι	Όχι
Αυστρία	64,4	35,6
Γερμανία	57,5	40,0
Σουηδία	55,3	44,3
Ολλανδία	60,9	34,8
Ισπανία	76,3	23,0
Ιταλία	54,9	38,5
Γαλλία	58,9	37,1
Δανία	54,5	36,3
Ελλάδα	59,8	37,6
Ελβετία	52,9	44,5
Βέλγιο	63,0	37,0

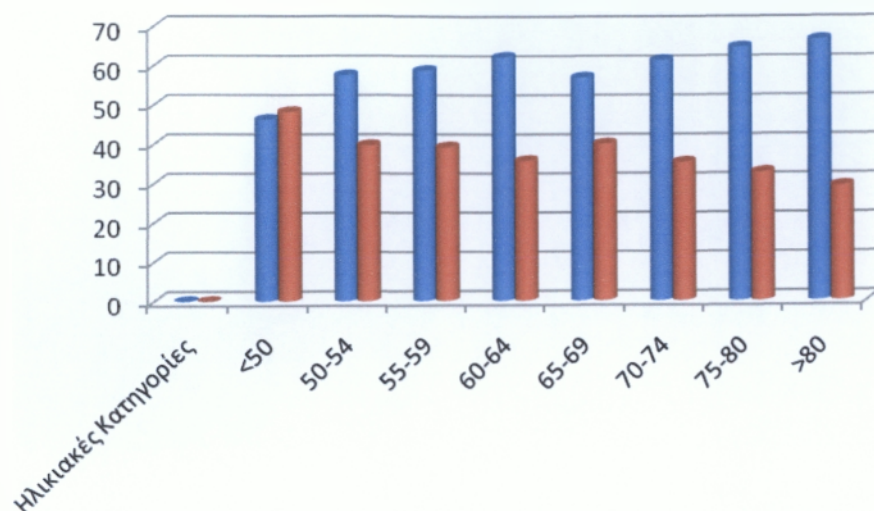
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Όπως αναμενόταν, η στατιστική επεξεργασία που έλαβε υπόψη τις ηλικιακές κατηγορίες, αρχικά στις γυναίκες (Πίνακας 2.29 και Διάγραμμα 2.10) και ακολούθως στους άντρες του δείγματος (Πίνακας 2.30 και Διάγραμμα 2.11), μας έδωσε το αποτέλεσμα ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ερωτώμενοι παραπονούνται συχνότερα για πόνο στις αρθρώσεις, αλλά όχι με μεγάλες διαφορές.

Πίνακας 2.29: Πόνος στις αρθρώσεις πολύ συχνά, ενήλικες Ευρωπαϊκές γυναίκες, σε ποσοστό, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0

Ηλικιακές Κατηγορίες	Ναι	Όχι
<50	46,3	48,3
50-54	57,6	39,8
55-59	58,8	39,3
60-64	62,2	35,8
65-69	57,0	40,1
70-74	61,4	35,4
75-80	64,7	32,8
>80	66,6	29,3

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

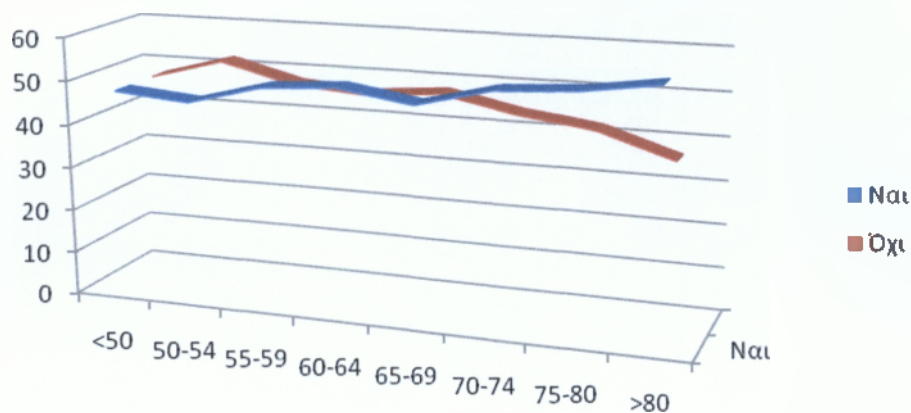


Διάγραμμα 2.10: Πόνος στις αρθρώσεις πολύ συχνά, ενήλικες Ευρωπαϊκές γυναίκες, σε ποσοστό, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0

Πίνακας 2.30: Πόνος στις αρθρώσεις πολύ συχνά, ενηλίκων Ευρωπαίων ανδρών, σε ποσοστό, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0

Ηλικιακές Κατηγορίες	Ναι	Όχι
<50	47,4	47,4
50-54	45,9	52,0
55-59	50,3	47,6
60-64	51,4	46,3
65-69	48,8	47,8
70-74	53,2	44,3
75-80	54,2	42
>80	56,7	36,5

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.11: Πόνος στις αρθρώσεις πολύ συχνά, ενηλίκων Ευρωπαίων ανδρών, σε ποσοστό, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0

Οι γιατροί αναμένεται να ελέγχουν τις αρθρώσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις να προτείνουν αντιφλεγμονώδη φαρμακευτική αγωγή. Δεδομένου μάλιστα ότι τα αντιφλεγμονώδη έχουν παρενέργειες, πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς γι' αυτές, αφού η προμήθειά τους είναι εύκολη (δεν απαιτείται ιατρική συνταγή). Επίσης, μπορεί να προτείνουν φυσικοθεραπείες ή ασκήσεις και να εξετάζουν και την περίπτωση ειδικής χειρουργικής επέμβασης.

Ο πρώτος δείκτης που εξετάζουμε είναι αν ο οικογενειακός γιατρός ελέγχει τις αρθρώσεις του ασθενούς, σε περίπτωση που ο ασθενής παραπονεθεί σχετικά. Από τη στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων προκύπτει ότι οι γυναίκες απαντούν θετικά πιο συχνά από τους άντρες (55,4% έναντι 42,7%). Εντούτοις, πάνω από τους μισούς άνδρες και λίγο λιγότερες από τις μισές γυναίκες απαντούν ότι δεν ελέγχονται οι αρθρώσεις τους από τον οικογενειακό γιατρό, παρότι ενημερώνουν ότι αισθάνονται πόνο (Πίνακας 2.31).

Πίνακας 2.31: Έλεγχος των αρθρώσεων του ασθενή από τον οικογενειακό γιατρό σε παράπονο για πόνο στις αρθρώσεις, ενήλικες Ευρωπαίοι, ανά φύλο, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Φύλο	Ναι	Όχι
Άνδρες	42,7	55,0
Γυναίκες	55,4	42,3

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Επειδή οι γυναίκες παραπονούνται πιο συχνά από τους άντρες για πόνο στις αρθρώσεις, όπως είδαμε παραπάνω, εξετάσαμε πως κατανέμονται οι θετικές απαντήσεις για έλεγχο των αρθρώσεων από τον οικογενειακό γιατρό στο γυναικείο πληθυσμό του δείγματος, λαμβάνοντας υπόψη τη χώρα καταγωγής των ερωτώμενων. Στις μεσογειακές χώρες, όπως Ισπανία και Ιταλία (αλλά όχι στην Ελλάδα), τα ποσοστά θετικών απαντήσεων είναι τα υψηλότερα (66,2 και 67,4, αντίστοιχα). Εντούτοις, οι αρνητικές απαντήσεις, σε όλες τις χώρες, με πρώτη την Ελλάδα (52,5%), εμφανίζονται αρκετά συχνά (Πίνακας 2.32).

Πίνακας 2.32: Έλεγχος των αρθρώσεων του ασθενή από τον οικογενειακό γιατρό σε παράπονο για πόνο στις αρθρώσεις, ενήλικες Ευρωπαϊκές, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Χώρες	Ναι	Όχι
Αυστρία	52,6	45,9
Γερμανία	49,1	49,7
Σουηδία	54,7	43,3
Ολλανδία	48,2	49,6
Ισπανία	66,2	33,7
Ιταλία	67,4	27,3
Γαλλία	62,4	34,3
Δανία	55,8	39,3
Ελλάδα	46,4	52,5
Ελβετία	47,8	51,6
Βέλγιο	59,5	37,2

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Με εξαίρεση τις απαντήσεις από την Ισπανία και την Ελλάδα, οι θετικές απαντήσεις του δείκτη παραπομπή για φυσιοθεραπεία από τον οικογενειακό γιατρό, εμφανίζονται σχετικά συχνά σε όλες τις χώρες. Συχνότερα απαντούν θετικά οι ερωτώμενοι από την Ελβετία (68,1%), με μέσο όρο περίπου 57%, αν εξαιρεθούν οι απαντήσεις από την Ισπανία και Ελλάδα, που είναι πολύ χαμηλές συγκριτικά (26,1% και 36,4% αντίστοιχα) (Πίνακας 2.33). Χρειαζόμαστε περισσότερα στοιχεία για να δικαιολογήσουμε τις διαφορές αυτές, που δεν διαθέτουμε από την έρευνα ΕΥΓΣΕ.

Πίνακας 2.33: Παραπομπή του ασθενή από τον οικογενειακό γιατρό για φυσιοθεραπεία, ενήλικες Ευρωπαίοι, ανά χώρα, σε ποσοστό, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Χώρες	Ναι	Όχι
Αυστρία	64,0	36,0
Γερμανία	60,3	35,6
Σουηδία	60,7	36,5
Ολλανδία	66,3	26,6
Ισπανία	26,1	73,4
Ιταλία	50,6	40,4
Γαλλία	48,0	34,4
Δανία	49,7	22,5
Ελλάδα	36,4	35,9
Ελβετία	68,1	28,0
Βέλγιο	46,4	53,6

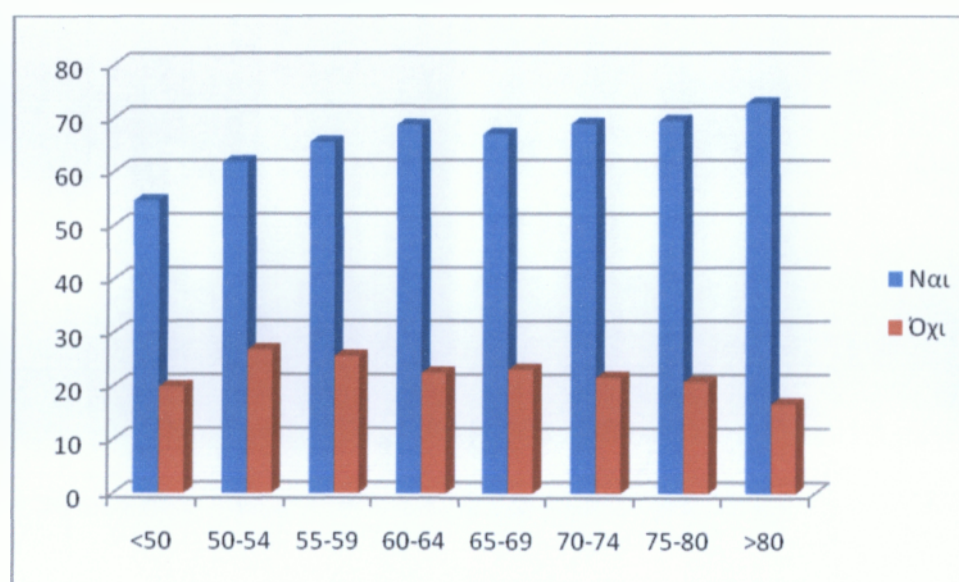
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Ο τρίτος δείκτης της ομάδας χρόνιων παθήσεων, όσον αφορά την ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αφορά τη σύσταση του γιατρού για θεραπεία, όταν ο ασθενής παραπονείται και πόνο στις αρθρώσεις. Παρουσιάζομαι τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων του γυναικείου πληθυσμού του δείγματος, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία των ερωτώμενων. Η επιμονή μας με το γυναικείο πληθυσμό του δείγματος, σχετικά με τον πόνο στις αρθρώσεις, έχει εξηγηθεί ανωτέρω. Οι θετικές απαντήσεις εμφανίζονται σχετικά συχνά και κλιμακώνονται με την ηλικία (Πίνακας 2.35 και Διάγραμμα 2.12). Συσχετίζοντας τις απαντήσεις με αυτές του προηγούμενου δείκτη, για παραπομπή σε φυσιοθεραπεία, διακρίνουμε μια προτίμηση για σύσταση για θεραπεία. Χρειαζόμαστε επιδημιολογικά στοιχεία, για να δικαιολογήσουμε την προτίμηση αυτή, τα οποία δεν διαθέτουμε.

Πίνακας 2.35: Σύσταση θεραπείας σε ενήλικες Ευρωπαϊκές γυναίκες, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0

Ηλικιακές Κατηγορίες	Ναι	Όχι
<50	54,5	19,8
50-54	61,8	26,7
55-59	65,4	25,5
60-64	68,6	22,4
65-69	66,9	23,0
70-74	68,8	21,5
75-80	69,4	20,7
>80	72,7	16,6

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.12: Σύσταση θεραπείας σε ενήλικες Ευρωπαϊκές γυναίκες, ανά ηλικιακή κατηγορία. ΕΥΓΣΕ 2004, έκδοση 2.0

Τέλος, ο δείκτης για ενημέρωση από τον οικογενειακό γιατρό για τυχόν παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, που σχετίζεται με πόνο στις αρθρώσεις, είναι διφορούμενος. Οι θετικές απαντήσεις, στο σύνολο του δείγματος, εμφανίζονται στο σχετικό ερώτημα σε ποσοστό 46,0 και οι αρνητικές σε ποσοστό 40% (Πίνακας 2.36). Η εικόνα αυτή δεν διαφοροποιήθηκε, όταν στη στατιστική επεξεργασία λάβαμε υπόψη το φύλο του ερωτώμενου, την ηλικία και τη χώρα καταγωγής του και για το λόγο αυτό δεν παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα αυτά εδώ.

Πίνακας 2.36: Ενημέρωση των ασθενών από τον οικογενειακό γιατρό για τυχόν παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής σε ενήλικους Ευρωπαίους, σε ποσοστά, ΕΥΓΣΕ - 2004, έκδοση 2.0

Ναι	Όχι
46,0	40,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004- έκδοση 2.0

Συμπερασματικά, όσον αφορά τους δείκτες χρόνιων παθήσεων, η επίδοσή τους δεν είναι ικανοποιητική, όπως δεν ήταν και οι δείκτες γηριατρικής αξιολόγησης και προληπτικών εξετάσεων. Οι οικογενειακοί γιατροί στις χώρες της Ευρώπης που εξετάσαμε, δεν αφιερώνουν επαρκή χρόνο στους ασθενείς τους, που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες για να ελέγξουν τις αρθρώσεις τους, όταν αυτοί παραπονούνται ότι αισθάνονται πόνο. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι Ευρωπαίοι ενήλικες και κυρίως οι γυναίκες παραπονούνται για πόνο στις αρθρώσεις και τα παράπονα κλιμακώνονται, καθώς αυξάνεται η ηλικία. Εντούτοις, πάνω από τους μισούς άνδρες και λίγο λιγότερες από τις μισές γυναίκες απάντησαν ότι δεν ελέγχονται οι αρθρώσεις τους από τον οικογενειακό γιατρό, παρότι ενημερώνουν ότι αισθάνονται πόνο. Στις μεσογειακές χώρες, όπως Ισπανία και Ιταλία, τα ποσοστά θετικών απαντήσεων είναι τα υψηλότερα (66,2 και 67,4, αντίστοιχα). Εντούτοις, οι αρνητικές απαντήσεις, σε όλες τις χώρες, με πρώτη την Ελλάδα (52,5%), εμφανίζονται αρκετά συχνά. Οι θετικές απαντήσεις του δείκτη παραπομπή για φυσιοθεραπεία από τον οικογενειακό γιατρό, εμφανίζονται σχετικά συχνά σε όλες τις χώρες. Συχνότερα απαντούν θετικά οι ερωτώμενοι από την Ελβετία (68,1%), με μέσο όρο περίπου 57%, αν εξαιρεθούν οι απαντήσεις από την Ισπανία και Ελλάδα, που είναι πολύ χαμηλές συγκριτικά (26,1% και 36,4% αντίστοιχα). Οι θετικές απαντήσεις του τρίτου δείκτη σύσταση του γιατρού για θεραπεία, όταν ο ασθενής παραπονείται για πόνο στις αρθρώσεις, εμφανίζονται σχετικά συχνά και κλιμακώνονται με την ηλικία. Εντούτοις, κυμαίνεται κατά μέσο (στις ηλικιακές κατηγορίες) περίπου στο 57%. Τέλος, οι θετικές απαντήσεις, στο σύνολο του δείγματος, του δείκτη για ενημέρωση από τον οικογενειακό γιατρό για τυχόν παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, που σχετίζεται με πόνο στις αρθρώσεις, εμφανίζονται στο σχετικό ερώτημα σε ποσοστό 46,0 και οι αρνητικές σε ποσοστό 40.

Όπως και στις περιπτώσεις των προηγούμενων ομάδων δεικτών ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που εξετάσαμε και στην ομάδα δεικτών χρόνιων παθήσεων δεν διακρίναμε από τη στατιστική ανάλυση των απαντήσεων σημαντικές

διαφοροποιήσεις μεταξύ χωρών, ώστε να επιχειρηματολογήσουμε για σχέση μεταξύ μεθόδων αμοιβής των γιατρών και επιλογών των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με εξαίρεση τις περιπτώσεις της Ελλάδος και της Ισπανίας στην περίπτωση του δείκτη παραπομπή του ασθενή για φυσιοθεραπεία, αποκλίσεις από το μέσο όρο για τις οποίες δεν έχουμε στοιχεία να δικαιολογήσουμε, οι επιλογές των οικογενειακών γιατρών σε όλες τις χώρες, σχετικά με τους δείκτες χρόνιων παθήσεων (όπως του έχουμε αρχικά ορίσει), τείνουν να συγκλίνουν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μελετήσαμε δείγμα πληθυσμού από 11 Ευρωπαϊκές χώρες, για να διερευνήσουμε αν ο τρόπος αποζημίωσης των γιατρών σχετίζεται με την ποιότητα της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η έρευνα αφορούσε κυρίως άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω και ύστερα από διάφορους αποκλεισμούς το δείγμα μας αριθμούσε τελικά 18.916 άτομα. Το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής αφορούσε άτομα από το Βέλγιο (14,2%) και το μικρότερο από την Ελβετία (3,9%), με μέσο ποσοστό συμμετοχής όλων των χωρών 9,1%. Οι Έλληνες συμμετείχαν κατά 10,5%.

Η κατανομή του δείγματος στις ηλικιακές ομάδες είναι αντιπροσωπευτική του Ευρωπαϊκού πληθυσμού και συγκεκριμένα, οι ηλικίες μεταξύ 50 έως 54 και 55 έως 59 ετών εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά συμμετοχής (18,4% και 18,6% αντίστοιχα), ενώ η ηλικιακή κατηγορία που αφορά άτομα ηλικίας μικρότερης των 50 ετών συμμετέχει μόλις με 2,6%, δεδομένου ότι εστιάζουμε σε ηλικίες που αναμένουμε ότι κάνουν μεγαλύτερη, σχετικά, χρήση των υπηρεσιών υγείας. Στο δείγμα οι γυναίκες υπερτερούν ελαφρά των ανδρών, στο σύνολό τους.

Τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού καταγράφονται στην Ισπανία (96,7%), στην Ιταλία (92,6%) και στη Γερμανία (92,5%). Ανάμεσα στα δύο φύλα υφίσταται διαφοροποίηση, όσον αφορά τη χρήση υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού. Οι γυναίκες συχνότερα εμφανίζεται από τις απαντήσεις να διαθέτουν οικογενειακό γιατρό (80,2%), από τους άνδρες (77,4%). Πολλοί Έλληνες απάντησαν ότι δεν έχουν οικογενειακό γιατρό, ιδιαίτερα οι άνδρες (51,5%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών είναι 44,3%).

Σε όλες τις χώρες, εκτός της Ελλάδας, της Ολλανδίας και της Σουηδίας, οι περισσότεροι από τους πολίτες των χωρών αυτών που συμμετείχαν στην έρευνα ΕΥΓΣΕ απαντούν ότι έχουν οικογενειακό γιατρό. Στην Ολλανδία, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από γενικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι ιδιώτες γιατροί με λίστα εγγεγραμμένου πληθυσμού. Το 54% των γενικών γιατρών εργάζονται μόνοι τους, ενώ το 46% ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Υπό αυτές τις συνθήκες οι πολίτες δεν επισκέπτονται συχνά οικογενειακό γιατρό, λόγω κόστους και διότι μπορούν να έχουν πιο εύκολη πρόσβαση στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες. Παρόμοια είναι η κατάσταση και στην Ελλάδα, όσον αφορά την ευκολία πρόσβασης στα νοσοκομεία, ενώ η ανυπαρξία της

ειδικότητας του γενικού γιατρού εξηγεί την επιλογή των πολιτών για εξειδικευμένους γιατρούς, οι οποίοι ασκούν την ειδικότητά τους ιδιωτικώς. Όσον αφορά τη Σουηδία, οι ασθενείς μπορούν να επιλέγουν το κέντρο υγείας, το νοσοκομείο, καθώς και το γενικό γιατρό της επιλογής τους. Στο σύστημα υγείας της Σουηδίας δεν υφίσταται σύστημα ελέγχου της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Η χρήση των υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού είναι περιορισμένη, γιατί το 46% των πρωτοβάθμιων επισκέψεων πραγματοποιείται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Όσον αφορά τους δείκτες **γηριατρικής αξιολόγησης**, στα πλαίσια της αποτίμησης της ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσα από την περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας ΕΥΓΣΕ που κάναμε, προέκυψαν τα παρακάτω. Οι οικογενειακοί γιατροί στις χώρες της Ευρώπης που εξετάσαμε, δεν αφιερώνουν χρόνο στους ασθενείς τους για να αξιολογήσουν μια σειρά ζητήματα που τους αφορούν και σχετίζονται με την ηλικία τους και επομένως δεν τα λαμβάνουν υπόψη τους κατά την παροχή πρωτοβάθμιων θεραπευτικών φροντίδων προς αυτούς, αλλά ούτε και τους συμβουλεύουν σχετικά.

Δύο δείκτες της γηριατρικής αξιολόγησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που εκτιμήσαμε, αφορούσαν την πληροφόρηση που αποκομίζει ο γιατρός με ερωτήσεις του στον ασθενή και συμβουλές του, σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα του ασθενή. Μόνο οι Έλληνες άντρες ερωτώμενοι απάντησαν σε ποσοστό 46,7 ότι ο οικογενειακός γιατρός τους ρωτά σε μερικές επισκέψεις, σχετικά με τη σωματική τους δραστηριότητα και σε ποσοστό 37,8 ότι τους ρωτά σε κάθε επίσκεψη. Οι συγκεκριμένες απαντήσεις μοιάζουν να μην είναι συνεπείς με τις απαντήσεις στην επόμενη ερώτηση ή δείκτη, σχετικά με το αν οι οικογενειακοί γιατροί τους συστήνουν σωματική άσκηση. Στη δεύτερη ερώτηση απαντούν λιγότερο συχνά ότι οι οικογενειακοί γιατροί τους συστήνουν να κάνουν σωματική άσκηση. Χρειαζόμαστε περισσότερα στοιχεία για να αιτιολογήσουμε αυτή την ασυνέπεια στις απαντήσεις. Αιτιάζουμε, γνωρίζοντας τις συνήθειες των ενηλίκων Ελλήνων ανδρών, ότι οι γιατροί δεν προβαίνουν σε σύσταση για σωματική άσκηση, αφού το θεωρούν δεδομένο ότι η σύσταση αυτή δεν θα εισακουστεί από τους περισσότερους ασθενείς τους. Λιγότερο ακόμα από τους άντρες ρωτήθηκαν οι γυναίκες για τη σωματική τους δραστηριότητα και γενικώς οι πολίτες, που συμμετείχαν στην έρευνα, δεν ερωτώνται ή ερωτώνται μερικές φορές από τον οικογενειακό γιατρό. Επόμενο είναι ο δείκτης για τη σύσταση του οικογενειακού γιατρού στον ασθενή του για σωματική άσκηση να είναι συνεπής με το δείκτη της σωματικής δραστηριότητας. Οι ερωτώμενοι απάντησαν σε

ποσοστό 40,4 ότι δεν τους γίνεται σύσταση για σωματική άσκηση και σε ποσοστό 30,7 ότι τους γίνεται μερικές φορές από το γιατρό.

Δύο ακόμη δείκτες στη γηριατρική αξιολόγηση αφορούσαν ερώτηση αν ενθυμούνται περιπτώσεις όπου είχαν κάποια πτώση και εξέταση για ισορροπία κατά τη βάδιση. Από τη στατιστική ανάλυση των συχνοτήτων των απαντήσεων προκύπτει ότι οι ενήλικες Ευρωπαίοι δεν ελέγχονται από τους οικογενειακούς γιατρούς, όσον αφορά το επίπεδο ισορροπίας κατά τη βάδιση, αλλά ούτε και ερωτώνται αν τους συνέβη κάποια πτώση (πέσιμο).

Οι δύο τελευταίοι δείκτες της γηριατρικής αξιολόγησης αφορούσαν ο ένας τον έλεγχο του βάρους του ασθενή και ο άλλος αν ερωτάται σχετικά με τα φάρμακα που παίρνει (αν θυμάται δηλαδή τα φάρμακα που λαμβάνει, για διάφορους λόγους και κυρίως εκτός συνταγής). Οι περισσότεροι από τους μισούς Ευρωπαίους πολίτες, ανεξαρτήτως φύλου, που ρωτήθηκαν σχετικά, απάντησαν ότι ποτέ ο οικογενειακός γιατρός δεν τους έλεγε το βάρος τους, περίπου 20% απάντησαν ότι ο σχετικός έλεγχος έγινε μερικές φορές, ενώ μόνο το 6% των γυναικών και το 4,7% των ανδρών απάντησαν ότι ο έλεγχος του βάρους τους από τον οικογενειακό γιατρό έγινε σε κάθε τους επίσκεψη σε αυτόν. Η εικόνα του δείκτη για τον έλεγχο του βάρους του ασθενή άλλαξε, όταν λάβαμε υπόψη την ηλικία του ασθενή. Ο έλεγχος φαίνεται να εντείνεται, καθώς η ηλικία του ασθενή μεγαλώνει.

Όσον αφορά το δείκτη για την ενημέρωση του γιατρού, σχετικά με το τι φάρμακα λαμβάνουν οι ασθενείς τους, κάτι λιγότερο από τα 2/3 των ερωτώμενων απάντησαν ότι ο οικογενειακός γιατρός τους ρώτησε σχετικά. Το ποσοστό αυτό μεγαλώνει στις περιπτώσεις της Ελλάδας και της Σουηδίας. Χρειαζόμαστε περισσότερα στοιχεία, που δεν περιέχονται στην έρευνα ΕΥΓΣΕ, για να εξηγήσουμε την απόκλιση αυτή στις απαντήσεις. Αιτιάζουμε, για την περίπτωση της Ελλάδας μόνο, ότι οι γιατροί από εμπειρία γνωρίζουν πως οι Έλληνες λαμβάνουν συχνά φάρμακα χωρίς συνταγή και ρωτούν σχετικά τους ασθενείς τους, για να αποτρέψουν τυχόν περιπλοκές από μη συμβατά μεταξύ τους φάρμακα.

Επισημάναμε ότι σύμφωνα με τις απόψεις διεθνούς πάνελ ειδικών του ΟΟΣΑ, που διαμόρφωσαν σχετικούς δείκτες ποιότητας πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας, χαμηλή επίδοση στους δείκτες αυτούς υποδηλώνει και χαμηλή ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Για τους δείκτες που εμείς ονομάσαμε γηριατρική αξιολόγηση δεν διακρίναμε σημαντική διαφοροποίηση της (φτωχής) επίδοσης μεταξύ των χωρών, που εξετάσαμε. Ανεξάρτητα δηλαδή από τρόπο αμοιβής των γιατρών και συστήματος οργάνωσης της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι συγκεκριμένες επιλογές των οικογενειακών γιατρών φαίνεται να συγκλίνουν. Ως αποτέλεσμα, οι δείκτες γηριατρικής αξιολόγησης να είναι φτωχοί και η ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ευρώπη, όσον αφορά τη συγκεκριμένη διάσταση, χαμηλή, ανεξαρτήτως τρόπου πληρωμής των γιατρών.

Όσον αφορά τους δείκτες προληπτικών εξετάσεων, σε συνέχεια εξέτασης δεικτών ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η επίδοσή τους δεν προέκυψε ότι είναι ικανοποιητική. Οι οικογενειακοί γιατροί στις χώρες της Ευρώπης που εξετάσαμε δεν φαίνεται να αφιερώνουν επαρκή χρόνο στους ασθενείς τους για να συστήσουν προληπτικές εξετάσεις, που μπορούν να προλάβουν πολύ σοβαρές ασθένειες, καθώς τα άτομα μεγαλώνουν ηλικιακά. Η δευτερογενής πρόληψη δε συμβάλει στην αύξηση του εισοδήματος του γιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας (εκτός ίσως της εξοικονόμησης χρόνου, θεωρητικά, στην περίπτωση της αμοιβής με λίστα εγγεγραμμένων ασθενών) και δεν φαίνεται από τις απαντήσεις των ατόμων του δείγματος ότι επιδιώκεται ευρέως από τους γενικούς γιατρούς στην Ευρώπη η σχετική ενημέρωση και αποτελεσματική παρότρυνση των ασθενών τους, για προληπτικές εξετάσεις. Η ομάδα δεικτών που ονομάσαμε προληπτικές εξετάσεις αφορά το σύνολο του πληθυσμού και επικεντρώνεται σε παρεμβάσεις του οικογενειακού γιατρού, με τη μορφή ενημέρωσης, που στοχεύουν στην πρόληψη ασθενειών, που αρκετά συχνότερα εμφανίζονται μετά την ηλικία των 60 ετών.

Με εξαίρεση την οφθαλμολογική, οι λοιπές προληπτικές εξετάσεις δεν πραγματοποιούνται όσο θα έπρεπε από τους ενήλικες Ευρωπαίους. Στο σύνολο του δείγματος, πάνω από το 50% των ερωτώμενων απαντούν ότι έκαναν οφθαλμολογική εξέταση τα δύο τελευταία χρόνια, αλλά υποψιαζόμαστε ότι η ενημέρωση για την αναγκαιότητά της δεν προέρχεται από το γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αφού τα άτομα αναγκάζονται εκ των πραγμάτων να επισκεφθούν οφθαλμίατρο ή οπτικό, λόγω της σταδιακής έκπτωσης της όρασης με την πρόοδο της ηλικίας, που τους δημιουργεί προβλήματα στη καθημερινή τους ζωή.

Όσον αφορά τη μαστογραφία, μόνο το 40% των γυναικών κάτω των 50 ετών απαντούν ότι πραγματοποίησαν την εξέταση αυτή τα δύο τελευταία χρόνια, ενώ το 45,5% όχι. Ακόμα όμως και στην περίπτωση της εξέτασης μαστογραφία, έχουμε βάσιμες υποψίες ότι γίνεται περισσότερο με απόφαση των ιδίων των ενδιαφερομένων γυναικών (ιδιαίτερα νεώτερων ηλικιών, με επηρεασμό των μέσων μαζικής ενημέρωσης) και λιγότερο κατόπιν συστάσεως του οικογενειακού γιατρού.

Ο εμβολιασμός κατά του ιού της γρίπης συστήνεται από τον οικογενειακό γιατρό συχνότερα σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, εντούτοις, ακόμα και άτομα με ηλικίες άνω των 80 ετών απαντούν σχετικά συχνά (35,7%) ότι ο γιατρός τους δεν τους σύστησε, το χρόνο που πέρασε, να εμβολιαστούν κατά του ιού της γρίπης.

Όσον αφορά την ενδοσκοπική εξέταση εντέρου (σιγμοειδοσκόπηση ή κολονοσκόπηση), προκύπτει από τις απαντήσεις ότι το 75,0% των ερωτώμενων δεν έχουν πραγματοποιήσει την εξέταση. Τα άτομα απαντούν αρνητικά πολύ συχνά, ακόμα και όσα είναι ηλικίας άνω των 80 ετών (68,1%). Από όσους δε απάντησαν θετικά στην ερώτηση για την πραγματοποίηση της εξέτασης, εμφανίζονται συχνότερα (περίπου 3 φορές, στις περισσότερες ηλικιακές κατηγορίες) όσοι πραγματοποίησαν την εξέταση πριν από 10 έτη και πλέον, από τη χρονική στιγμή πραγματοποίησης της έρευνας.

Τέλος, για την εξέταση αιμορραγίας στα κόπρανα δεν διαφέρουν πολύ οι απαντήσεις από τις αντίστοιχες για την ενδοσκοπική εξέταση εντέρου. Πλην των περιπτώσεων Αυστρίας και Γερμανίας (θετικές απαντήσεις 60,6% & 55,0% αντίστοιχα), στις λοιπές χώρες οι ερωτώμενοι απαντούν σταθερά σε υψηλά ποσοστά ότι δεν έχουν πραγματοποιήσει την εξέταση. Το μεγαλύτερο δε ποσοστό αρνητικών απαντήσεων δίνεται από τους Έλληνες (94,4).

Η Ελλάδα, στους δείκτες προληπτικών εξετάσεων εμφάνισε περισσότερο αρνητική εικόνα, σε σύγκριση με τις λοιπές χώρες της έρευνας. Επιχειρηματολογήσαμε ότι επειδή δεν προκύπτει κάποια σημαντική διαφοροποίηση στις επιδόσεις των δεικτών 'προληπτικές εξετάσεις' μεταξύ των χωρών που εξετάσαμε, που να μπορούμε να την αποδώσουμε στον τρόπο πληρωμής των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι αρνητικές επιδόσεις της Ελλάδας πρέπει να οφείλονται περισσότερο σε οργανωτικά προβλήματα της φροντίδας υγείας ή/και σε αντιλήψεις του πληθυσμού περί της σημασίας της δευτερογενούς πρόληψης της ασθένειας, παρά σε κάποια χρηματοδοτική διάσταση.

Τέλος, όσον αφορά τους δείκτες χρόνιων παθήσεων, η επίδοσή τους επίσης δεν προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση να είναι ικανοποιητική, όπως άλλωστε δεν ήταν και οι δείκτες γηριατρικής αξιολόγησης και προληπτικών εξετάσεων. Οι χρόνιες παθήσεις συνήθως συνοδεύονται από πόνο. Ο πόνος στις αρθρώσεις είναι πολύ κοινός στον πληθυσμό και δεν χρειάζεται ιατρική γνωμάτευση, αφού το άτομο αντιλαμβάνεται σαφώς τον πόνο. Από τη στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων διαπιστώσαμε ότι απαντούν θετικά για πόνο στις αρθρώσεις τις περισσότερες μέρες, πάνω από τους μισούς από όσους ρωτήθηκαν και πιο συχνά οι γυναίκες παραπονούνται για αυτό και τα παράπονα κλιμακώνονται, καθώς αυξάνεται η ηλικία. Σε όλες τις χώρες, πάνω από τις μισές γυναίκες

απαντούν θετικά, για πόνο στις αρθρώσεις πολλές μέρες την εβδομάδα. Οι γυναίκες από την Ισπανία διαμαρτύρονται περισσότερο (76,3%) και οι γυναίκες από την Ελβετία λιγότερο (52,3%). Το αντίστοιχο ποσοστό από την Ελλάδα κυμαίνεται περίπου στο μέσο όρο (59,8) των χωρών που εξετάσαμε.

Όπως αναμενόταν, η στατιστική επεξεργασία που έλαβε υπόψη τις ηλικιακές κατηγορίες, αρχικά στις γυναίκες και ακολούθως στους άντρες του δείγματος, μας έδωσε το αποτέλεσμα ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ερωτώμενοι παραπονούνται συχνότερα για πόνο στις αρθρώσεις, αλλά όχι με μεγάλες διαφορές.

Οι γιατροί αναμένεται να ελέγχουν τις αρθρώσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις να προτείνουν αντιφλεγμονώδη φαρμακευτική αγωγή. Δεδομένου μάλιστα ότι τα αντιφλεγμονώδη έχουν παρενέργειες, πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς γι' αυτές. Επίσης, μπορεί να προτείνουν φυσιοθεραπείες ή ασκήσεις και να εξετάζουν και την περίπτωση ειδικής χειρουργικής επέμβασης.

Οι οικογενειακοί γιατροί στις χώρες της Ευρώπης που εξετάσαμε, δεν αφιερώνουν επαρκή χρόνο στους ασθενείς τους, που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες για να ελέγξουν τις αρθρώσεις τους, όταν αυτοί παραπονούνται ότι αισθάνονται πόνο. Πάνω από τους μισούς άνδρες και λίγο λιγότερες από τις μισές γυναίκες απάντησαν ότι δεν ελέγχονται οι αρθρώσεις τους από τον οικογενειακό γιατρό, παρότι ενημερώνουν ότι αισθάνονται πόνο. Στις μεσογειακές χώρες, όπως Ισπανία και Ιταλία, τα ποσοστά θετικών απαντήσεων είναι τα υψηλότερα (66,2 και 67,4, αντίστοιχα). Εντούτοις, οι αρνητικές απαντήσεις σε όλες τις χώρες, με πρώτη την Ελλάδα (52,5%), εμφανίζονται αρκετά συχνά. Οι θετικές απαντήσεις του δείκτη παραπομπή για φυσιοθεραπεία από τον οικογενειακό γιατρό εμφανίζονται σχετικά συχνά σε όλες τις χώρες. Συχνότερα απαντούν θετικά οι ερωτώμενοι από την Ελβετία (68,1%), με μέσο όρο περίπου 57%, αν εξαιρεθούν οι απαντήσεις από την Ισπανία και Ελλάδα, που είναι πολύ χαμηλές συγκριτικά (26,1% και 36,4% αντίστοιχα). Οι θετικές απαντήσεις του τρίτου δείκτη σύσταση του γιατρού για θεραπεία, όταν ο ασθενής παραπονείται για πόνο στις αρθρώσεις, εμφανίζονται σχετικά συχνά και κλιμακώνονται με την ηλικία. Εντούτοις, κυμαίνεται κατά μέσο (στις ηλικιακές κατηγορίες) περίπου στο 57%. Τέλος, οι θετικές απαντήσεις, στο σύνολο του δείγματος, του δείκτη για ενημέρωση από τον οικογενειακό γιατρό για τυχόν παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, που σχετίζεται με πόνο στις αρθρώσεις, εμφανίζονται στο σχετικό ερώτημα σε ποσοστό 46,0 και οι αρνητικές σε ποσοστό 40,0.

Όπως και στις περιπτώσεις των προηγούμενων ομάδων δεικτών ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που εξετάσαμε, ομοίως και στην ομάδα δεικτών χρόνιων

παθήσεων δεν διακρίναμε από τη στατιστική ανάλυση των απαντήσεων σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ χωρών, ώστε να επιχειρηματολογήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ μεθόδων αμοιβής των γιατρών και επιλογών των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι επιλογές των οικογενειακών γιατρών σε όλες τις χώρες, σχετικά με τους δείκτες χρόνιων παθήσεων, τείνουν να συγκλίνουν.

Συνοψίζοντας, επί της υποθέσεως εργασίας της έρευνας μας, η ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εμφανίζεται ομοιόμορφη μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, δηλαδή δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις, ως προς τις επιλογές των οικογενειακών γιατρών προς τους ασθενείς τους. Στην έρευνά μας, ως προς τον τρόπο αμοιβής των οικογενειακών γιατρών στις χώρες της Ευρώπης που εξετάσαμε, εντοπίσαμε διαφορετικά συστήματα χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εντούτοις και σε αντίθεση με τη θεωρία, δεν προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας ΕΥΓΣΕ σημαντική διαφοροποίηση, ως προς την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, όπως την ορίσαμε για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας, μεταξύ χωρών της Ευρώπης. Επομένως, δεν τεκμηριώθηκε η αδρή συσχέτιση που διερευνούσαμε μεταξύ ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συστήματος αμοιβής των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Αιτιάζουμε ότι επειδή η αμοιβή με λίστα εγγεγραμμένων, όπου εφαρμόζεται, δεν είναι γενικευμένο μέτρο, δεν αποτυπώθηκε ευρέως στην έρευνα ΕΥΓΣΕ η αναμενόμενη από τη θεωρία επίδραση της μεθόδου αυτής αμοιβής του γιατρού στις επιλογές του. Με άλλα λόγια, η αμοιβή κατά πράξη, που κυριαρχεί στις συμβάσεις μεταξύ ιδιωτών γιατρών και κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων, σε χώρες όπως Ελλάδα, Γαλλία, Ιταλία, Αυστρία, Ελβετία, Γερμανία για παράδειγμα, αλλά και ο μισθός στις δημόσιες μονάδες όλων των χωρών και ιδιαίτερα σε χώρες όπως Σουηδία, Δανία, Ισπανία κλπ., έχουν διαμορφώσει τις κυρίαρχες συμπεριφορές των γιατρών προς την κατεύθυνση της θεραπευτικής, παρά της προληπτικής παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αυτή η κυρίαρχη τάση έχει αποτυπωθεί στα δεδομένα της μελέτης ΕΥΓΣΕ, που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Γκρύλλα Αικατερίνη (2007). *Παχύσαρκοι Ευρωπαίοι ηλικίας 50 ετών και άνω. Έρευνα με γεωγραφική διάσταση και με προεκτάσεις για την υγειονομική πολιτική*. Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Δ.Μ.Υ.Π., ΤΕΙ Καλαμάτας.

ΙΚΠΙ (2006). *Hellas Health I. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού*. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορ Σ., Οικονόμου Χ. (2003). *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ., Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ. και συν. (2005). *Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα*. Στο: Τσάμης Ν., Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Πρόνοιας Αττικής. Νέα Διαφημιστική - NEAdv, Αθήνα.

Παρασκευόπουλος, Λ. (2008). *Παραδόσεις Διδασκαλίας, για το μάθημα Συστήματα Υγείας*, Τμήμα ΔΜΥΠ, ΤΕΙ Καλαμάτας, Θεματική ενότητα 'Μορφές Φροντίδας Υγείας', σελ. 1-7. <http://195.130.95.12/eclass/DYGPR160/> (Δεκέμβριος 2008).

Παρασκευόπουλος, Λ. (2008). *Παραδόσεις Διδασκαλίας, για το μάθημα Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας*, Τμήμα ΔΜΥΠ, ΤΕΙ Καλαμάτας, Θεματική ενότητα 'Μορφές Αποζημίωσης Προμηθευτών Φροντίδας Υγείας', σελ. 1-7. <http://195.130.95.12/eclass/DYGPR155/> (Δεκέμβριος 2008).

Παρασκευόπουλος, Λ. (2009). *Παραδόσεις Διδασκαλίας, για το μάθημα Οικονομικά Υγείας*, Τμήμα ΔΜΥΠ, ΤΕΙ Καλαμάτας, Θεματική ενότητα 'Εκπροσώπηση (agency) στη Φροντίδα Υγείας'. <http://195.130.95.12/eclass/DYGPR159/> (Φεβρουάριος 2009).

Σουλιώτης Κ. (2000). *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Τούντας, Γ. και συνεργάτες (2008). *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.

Busse R, Riesberg A. (2004). *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Corens, D. (2007). *Health system review: Belgium. Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 9(2): 70-72, 106-110.

Donatini, A. et. All. (2001). *Health care systems in transition: Italy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Duran, A., Lara, J., Waveren, M. (2006). *Health care systems in transition: Spain*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. (2004). *Health care systems in transition: Netherlands*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Health care systems in transition: Switzerland. (2000). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Hofmarcher M. M., Rack H.M. (2006). *Austria: Health system review. Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 8(3): 73, 91, 118-126.

Hjortsberg, C., Ghatnekar, O. (2001). *Health care systems in transition: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (2005). *Health, Ageing and Retirement in Europe, First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Ειδική έκδοση.

OECD (2004). *Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries*, OECD HEALTH TECHNICAL PAPERS, No. 16.

Sandier S, Paris V, Polton D. (2004). *Health care systems in transition: France*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgarda S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E (2007). *Denmark: Health system review*. *Health Systems in Transition*,9(6): 1–164.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση
και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη

Ερωτηματολόγιο
(περιέχει τις ερωτήσεις που συμπεριελήφθησαν στην έρευνά μας)

					Νοικοκυριό-ID							Ατομικό-ID		
1	9	0	4	2							0	0		

Ημερομηνία Συνέντευξης: / /

Ερευνητή ID: _____

Αρχικά Ερευνώμενου: _____

“50+ στην Ευρώπη”

**Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση
και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη**

**Ερωτηματολόγιο
για Συμπλήρωση από τον Ερευνώμενο**

Πώς να ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ αυτό το ερωτηματολόγιο

Οι περισσότερες από τις ερωτήσεις στις επόμενες σελίδες μπορούν να απαντηθούν τσεκάροντας απλώς το κουτάκι από κάτω ή δίπλα από την απάντηση που ισχύει για εσάς.

Παρακαλώ τσεκάρτε **ΕΝΑ (1)** κουτάκι:

Σωστό ή
Λάθος

Παρακαλώ προχωρήστε ερώτηση προς ερώτηση. Αφήστε ερωτήσεις μόνο αν υπάρχουν σαφείς οδηγίες για να κάνετε κάτι τέτοιο.

Παράδειγμα:

Έχετε παιδιά;

₁ Ναι

₅ Όχι



Πηγαίνετε στην ερώτηση ...



Αν τσεκάρτε "Ναι" σε αυτό το παράδειγμα, θα προχωρήσετε στην επόμενη ερώτηση.

Αν τσεκάρτε "Όχι" σε αυτό το παράδειγμα, θα προχωρήσετε στην ερώτηση που δίδεται από τις οδηγίες!

Πώς να ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΤΕ αυτό το Ερωτηματολόγιο

Εάν, όταν θα έχετε συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο, ο ερευνητής είναι ακόμη στο σπίτι σας, παρακαλούμε δώστε το πίσω σε αυτόν ή αυτήν. Εάν όχι, παρακαλούμε επιστρέψτε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στον προπληρωμένο φάκελο όσο το δυνατόν νωρίτερα μπορείτε. Εάν χρειάζεστε έναν φάκελο για να αντικαταστήσετε τον προηγούμενο, παρακαλώ καλέστε στην Κάππα Research στο 210 4895000.

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΡΧΙΣΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 1 ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΕΛΙΔΑ

ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΟΥΝ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΗΚΕΣ. ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΚΑΙ ΠΑΛΙ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ

1. Πόσο ευχαριστημένος/η είστε με τη ζωή σας γενικά;
(Παρακαλώ τσεκάρτε ένα κουτάκι)

Πολύ ικανοποιημένος/ η	<input type="checkbox"/> ₁
Κάπως ικανοποιημένος/ η	<input type="checkbox"/> ₂
Κάπως δυσαρεστημένος/ η	<input type="checkbox"/> ₃
Πολύ δυσαρεστημένος/ η	<input type="checkbox"/> ₄

2. Εδώ είναι ένας κατάλογος δηλώσεων που οι άνθρωποι έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τις ζωές τους ή το πώς αισθάνονται. Θα θέλαμε να μάθουμε πόσο συχνά πιστεύετε ότι αυτό ισχύει για εσάς, εάν συμβαίνει καθόλου.

(Παρακαλώ τσεκάρτε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	Συχνά ▼	Μερικές Φορές ▼	Σπάνια ▼	Ποτέ ▼
α) Η ηλικία μου με αποτρέπει από το να κάνω πράγματα που θα ήθελα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
β) Αισθάνομαι πως ό,τι μου συμβαίνει δεν το ελέγχω καθόλου	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
γ) Αισθάνομαι ότι μένω έξω από τα πράγματα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
δ) Μπορώ να κάνω τα πράγματα που θέλω να κάνω	<input type="checkbox"/> ₁	<input checked="" type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ε) Οι οικογενειακές υποχρεώσεις με αποτρέπουν από το να κάνω ό,τι θέλω να κάνω	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ς) Η έλλειψη χρημάτων με εμποδίζει να κάνω τα πράγματα που θέλω	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ζ) Περιμένω ανυπόμονα την επόμενη μέρα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
η) Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει νόημα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
θ) Γενικά, κοιτάζω πίσω τη ζωή μου με μια αίσθηση ευτυχίας	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ι) Αισθάνομαι γεμάτος/ η ενέργεια αυτές τις μέρες	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
κ) Αισθάνομαι ότι η ζωή είναι γεμάτη ευκαιρίες	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
λ) Αισθάνομαι ότι το μέλλον διαφαίνεται καλό για μένα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	▲ Συχνά	▲ Μερικές φορές	▲ Σπάνια	▲ Ποτέ

3. Εδώ είναι μερικές ακόμη δηλώσεις που οι άνθρωποι έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τις ζωές τους και το πώς αισθάνονται. Παρακαλώ πείτε μας εσείς προσωπικά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε δήλωση. (Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	συμφωνώ απολύτως ▼	συμφωνώ ▼	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ ▼	διαφωνώ ▼	διαφωνώ απολύτως ▼
α) Επιδιώκω τους στόχους μου πολύ ενεργητικά	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
β) Σε αβέβαιες περιόδους, συνήθως περιμένω το καλύτερο	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
γ) Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
δ) Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω να πάνε τα πράγματα όπως θέλω	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
ε) Εξακολουθώ να βρίσκω τρόπους να λύνω ένα πρόβλημα όταν οι άλλοι έχουν παραιτηθεί	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
ς) Σπανίως βασίζομαι στο να μου συμβούν καλά πράγματα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
ζ) Δεδομένων των προηγούμενων εμπειριών μου αισθάνομαι καλά προετοιμασμένος για το μέλλον	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	▲ συμφωνώ απολύτως	▲ συμφωνώ	▲ ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	▲ διαφωνώ	▲ διαφωνώ απολύτως

4. Πόσο συχνά βιώσατε τα ακόλουθα συναισθήματα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας

(Παρακαλώ τσεκάρτετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	Σχεδόν συνέχεια ▼	Τον περισσότερο χρόνο ▼	Κάποιες στιγμές ▼	Σχεδόν καθόλου ▼
α) Αισθάνθηκα κατάθλιψη	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
β) Αισθάνθηκα ότι όλα όσα έκανα ήταν μια προσπάθεια	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
γ) Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
δ) Ήμουν ευτυχισμένος	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ε) Αισθάνθηκα μοναξιά	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
η) Αισθάνθηκα ότι οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
θ) Απήλαυσα τη ζωή	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
η) Αισθάνθηκα λυπημένος	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ι) Αισθάνθηκα ότι οι άνθρωποι δεν με συμπαθούσαν	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ι) Δεν μπορούσα να συνεχίσω	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
κ) Δεν ήθελα να τρώω, η όρεξή μου ήταν κακή	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ι) Είχα πολύ ενέργεια	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
μ) Αισθάνθηκα κουρασμένος/ η	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
ν) Αισθάνθηκα πραγματικά ξεκούραστος όταν ξύπνησα το πρωί	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	▲ Σχεδόν συνέχεια	▲ Τον περισσότερο χρόνο	▲ Κάποιες στιγμές	▲ Σχεδόν καθόλου

5. Οι ακόλουθες δηλώσεις αφορούν τις προσδοκίες των ανθρώπων από τους άλλους. Παρακαλώ πείτε μας πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε εσείς προσωπικά με κάθε δήλωση.

a) Ήμουν πάντα ικανοποιημένος με την ισορροπία μεταξύ αυτού που έχω δώσει στον σύντροφό μου και αυτού που έχω λάβει σε αντάλλαγμα

₁ Συμφωνώ απόλυτα

₈ Δεν ταιριάζει

₂ Συμφωνώ

₃ Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

₄ Διαφωνώ

₅ Διαφωνώ απόλυτα

b) Ελάμβανα πάντα επαρκή εκτίμηση για την παροχή φροντίδας στην οικογένειά μου

₁ Συμφωνώ απόλυτα

₈ Δεν ταιριάζει

₂ Συμφωνώ

₃ Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

₄ Διαφωνώ

₅ Διαφωνώ απόλυτα

c) Στην τρέχουσα κύρια δραστηριότητά μου (επάγγελμα, φροντίδα σπιτιού, εθελοντική εργασία) ήμουν πάντα ικανοποιημένος/ η με τις ανταμοιβές που ελάμβανα για τις προσπάθειές μου

₁ Συμφωνώ απόλυτα

₂ Συμφωνώ

₃ Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

₄ Διαφωνώ

₅ Διαφωνώ απόλυτα

d) Έχω απογοητευθεί πάρα πολύ ή πληγωθεί από κάποιον/ α τον/ την οποίο /α εμπιστεύτηκα

₁ Συμφωνώ απόλυτα

₂ Συμφωνώ

₃ Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

₄ Διαφωνώ

₅ Διαφωνώ απόλυτα

6. Οι ακόλουθες δηλώσεις σχετίζονται με τα καθήκοντα που μπορεί να έχουν στην οικογένειά τους. Παρακαλώ πείτε μας πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε δήλωση.

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	συμφωνώ απολύτως	συμφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	διαφωνώ	διαφωνώ απολύτως
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Το καθήκον των γονέων είναι να κάνουν το καλύτερο για τα παιδιά τους ακόμη και εις βάρος της δικής τους ευημερίας.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Το καθήκον των παππούδων και γιαγιάδων είναι το να είναι εκεί για τα εγγόνια σε δύσκολες περιπτώσεις (όπως διαζύγιο των γονέων ή ασθένεια).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Το καθήκον των παππούδων και γιαγιάδων είναι να συμβάλλουν στην οικονομική εξασφάλιση των εγγονιών και των οικογενειών τους.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Το καθήκον των παππούδων και γιαγιάδων είναι να βοηθούν τα παιδιά τους (ζευγάρι) στη φροντίδα των εγγονιών.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. Κατά τη γνώμη σας, ποιος – η οικογένεια ή το Κράτος -- θα πρέπει να φέρει την ευθύνη για καθένα από τα ακόλουθα...:

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	Ολοκλη- ρωτικά η Οικογένει α	Κυρίως η Οικογέ- νεια	Και οι Δύο Εξίσου	Κυρίως το Κράτος	Ολοκλη- ρωτικά το Κράτος
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Οικονομική ενίσχυση για ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Βοήθεια με δουλειές του νοικοκυριού για ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη, όπως βοήθεια με το καθάρισμα, το πλύσιμο;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Προσωπική φροντίδα για ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη, όπως η περιποίηση ή η βοήθεια με το μπάνιο ή το ντύσιμο;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

8. Υπάρχουν μερικές φορές σημαντικά ζητήματα για τα οποία διαφωνούμε με κοντινά μας άτομα, και τα οποία επομένως μπορούν να οδηγήσουν σε συγκρούσεις. Παρακαλώ πείτε μας πόσο συχνά, εάν συμβαίνει, βιώνετε σύγκρουση με κάθε ένα από τα ακόλουθα άτομα (Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	Συχνά ▼	Μερικές φορές ▼	Σπάνια ▼	Ποτέ ▼	Δεν ταιριάζει ▼
α) Γονείς	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
β) Πεθερικά	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
γ) Σύντροφο/ Σύζυγο	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
δ) Παιδιά	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
ε) Άλλα μέλη της οικογένειας	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
η) Φίλους, συναδέλφους, γνωστούς	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

9. Πόσο συχνά βιώνετε συγκρούσεις με τα παιδιά σας ή τους γαμπρούς/νύφες σας για την εκπαίδευση και την ανατροφή του εγγονού/ών σας; (Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ	Δεν ταιριάζει
	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

10. Μοιραζόσαστε ή μοιραστήκατε ποτέ ένα νοικοκυριό με έναν/μία σύζυγο ή έναν/μία σύντροφο; (Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

₁ Ναι

₅ Όχι



Πηγαίνετε στην ερώτηση 12.



11. Ποιος μέσα στο ζευγάρι έχει ή είχε την κύρια ευθύνη για τα ακόλουθα καθήκοντα;

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	Εγώ ο/η ίδιος/α μόνο	Εγώ ο/η ίδιος/α κυρίως	Εγώ ο/η ίδιος/α και ο/η σύντροφό ς μου εξίσου	Ο/η σύντροφό ς μου κυρίως	Ο/η σύντροφό ς μου μόνο	Δεν ταιριάζ
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
a) Ανατροφή παιδιών	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
b) Απόκτηση χρημάτων	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
c) Μαγείρεμα, καθάρισμα σπιτιού, πλύσιμο ρούχων και σιδέρωμα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈
d) Φροντίδα ηλικιωμένων	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₈

12. Ακολουθώς, ενδιαφερόμαστε για θέματα ιατρικών συμβουλών και πρόληψης. Έχετε έναν "γενικό γιατρό" (δηλ. έναν γιατρό στον οποίο συνήθως απευθύνεστε για τα συνηθισμένα προβλήματα υγείας σας)

₁ Ναι

₅ Όχι

➔ Πηγαίνετε στην
ερώτηση 14.



13. Πόσο συχνά ο γενικός γιατρός σας...

	Σε κάθε επίσκεψη	Σε κάποιες επισκέψεις	Ποτέ
	▼	▼	▼
a) ... ρωτά πόση είναι η σωματική σας δραστηριότητα;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) ... σας λέει ότι θα πρέπει να ασκείστε τακτικά;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) ... ρωτά για το αν πέφτετε κάτω;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) ... ελέγχει την ισορροπία σας ή τον τρόπο που περπατάτε	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) ... ελέγχει το βάρος σας;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
η) ... σας ρωτάει για οποιαδήποτε φάρμακα παίρνετε, είτε χωρίς συνταγή είτε με συνταγή άλλου γιατρού;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

14. Τον περασμένο χρόνο κάνατε εμβόλιο γρίπης;
₁ Ναι → Πηγαίνετε στην ερώτηση 16.
₅ Όχι
15. Τον περασμένο χρόνο σας συμβούλεψε κάποιος γιατρός να κάνετε εμβόλιο γρίπης;
₁ Ναι
₅ Όχι
16. Τα τελευταία δύο χρόνια, κάνατε εξέταση ματιών από επαγγελματία για οφθαλμολογική φροντίδα, όπως οφθαλμίατρο ή οπτικό;
₁ Ναι
₅ Όχι
17. Εάν είστε γυναίκα: Τα τελευταία δύο χρόνια, κάνατε μαστογραφία (ακτινογραφία μαστού);
₁ Ναι ₈ Δεν ταιριάζει (για άνδρες)
₅ Όχι
18. Μερικοί φορείς υγειονομικής περίθαλψης κάνουν εξετάσεις όπως η σιγμοειδοσκόπηση ή η κολonosκόπηση για να ελέγξουν για καρκίνο παχέως εντέρου (κόλον). Σας συνέστησε τα περασμένα δέκα χρόνια κάποιος φορέας υγειονομικής περίθαλψης κάποια από αυτές τις εξετάσεις;
₁ Ναι
₅ Όχι
19. Κάνετε ποτέ σιγμοειδοσκόπηση ή κολonosκόπηση; Εάν ναι, περίπου πόσον καιρό πριν κάνατε την πιο πρόσφατη;
 1. Ναι, έκανα μία από αυτές τις εξετάσεις πριν από λιγότερο από 10 χρόνια
 2. Ναι, έκανα μία από αυτές τις εξετάσεις πριν από 10 ή περισσότερα χρόνια
 3. Όχι, δεν έκανα ποτέ καμία από αυτές τις εξετάσεις

20. Μια άλλη εξέταση ανιχνεύει λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανά σας. Για αυτήν την εξέταση, βάζετε ένα μικρό δείγμα κοπράνων πάνω σε μια ειδική ταινία. Τα τελευταία δέκα χρόνια, κάνατε αυτήν την εξέταση;

₁ Ναι → Πηγαίνετε στην ερώτηση 22.

₅ Όχι



21. Τα τελευταία δέκα χρόνια, σας συνέστησε κάποιος φορέας υγειονομικής περίθαλψης αυτήν την εξέταση;

₁ Ναι

₅ Όχι

22. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τον πόνο στις αρθρώσεις. Έχετε ενοχληθεί από πόνο στα ισχία, στα γόνατα ή σε άλλες αρθρώσεις (σε πάνω ή κάτω άκρα) για τουλάχιστον 6 μήνες;

₁ Ναι

₅ Όχι → Πηγαίνετε στην ερώτηση 30.



23. Μπορείτε να προσδιορίσετε τη θέση του αρθρικού πόνου σας; (Παρακαλώ τσεκάρτε όλα όσα ισχύουν)

α). Πόνος στα ισχία

β). Πόνος στα γόνατα

γ). Πόνος σε άλλες αρθρώσεις

24. Έχετε πόνο στις αρθρώσεις τις περισσότερες μέρες;

₁ Ναι

₅ Όχι

25. Παίρνετε αυτήν την περίοδο φάρμακα για τον πόνο στις αρθρώσεις σας;

₁ Ναι

₅ Όχι → Πηγαίνετε στην ερώτηση 27.



26. **Είναι ελεγχόμενος ο πόνος όταν παίρνετε φάρμακα;**
- ₁ Ναι
- ₂ Κάπως
- ₃ Όχι

27. **Είπατε στον γενικό γιατρό σας ή σε οποιονδήποτε άλλο γιατρό για τον πόνο στις αρθρώσεις σας;**

₁ Ναι ₅ Όχι → Πηγαίνετε στην ερώτηση 30.



28. **Όταν είπατε στον/στην γιατρό για τον πόνο σας, εκείνος ή εκείνη**
- | | Ναι | Όχι |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | ▼ | ▼ |
| a) ...έλεγε τις αρθρώσεις σας; | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) ... πρότεινε φαρμακευτική αγωγή για αυτόν τον πόνο; | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) ... σας είπε για τις πιθανές παρενέργειες ή τους κινδύνους από τα αντιφλεγμονώδη; | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |

29. **Σας έχουν ποτέ...**
- | | Ναι | Όχι |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | ▼ | ▼ |
| a) ... στείλει για φυσιοθεραπεία ή σε πρόγραμμα άσκησης για τον πόνο στις αρθρώσεις σας; | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| b) ... πει κάποιος γιατροί ότι πρέπει να υποβληθείτε σε εγχείρηση ή σε αντικατάσταση της άρθρωσης για τον τωρινό σας πόνο; | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| c) ... στείλει κάποιος γιατροί σε ορθοπαιδικό χειρουργό για τον πόνο στις αρθρώσεις που έχετε τώρα; | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₅ |

30. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη στέγασή σας. Παρακαλώ απαντήστε κάθε ερώτηση τσεκάροντας είτε "ναι" είτε "όχι". Έχει το σπίτι σας... ;

	Ναι ▼	Όχι ▼
a) Ένα εσωτερικό μπάνιο ή ντους μονάχα για την προσωπική χρήση του νοικοκυριού σας	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) Μια εσωτερική τουαλέτα μονάχα για την προσωπική χρήση του νοικοκυριού σας	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) Κεντρική θέρμανση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) Air condition	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
e) Ανελκυστήρα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
f) Μπαλκόνι, ταράτσα ή κήπο	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

31. Επιπλέον, όσον αφορά στην κατοικία σας, θα λέγατε ότι...

	1. Ναι ▼	5. Όχι ▼
a) ...δεν έχει αρκετό χώρο	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ...κοστίζει πάρα πολύ	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ...δεν έχει αρκετό φως	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ...έχει ανεπαρκείς εγκαταστάσεις θέρμανσης ή ψύξης	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

32. Και σχετικά με την περιοχή που περιβάλλει άμεσα την κατοικία σας, θα λέγατε ότι....

(Παρακαλώ σημειώστε "ναι" ή "όχι" για κάθε ερώτηση)

	1. Ναι ▼	5. Όχι ▼
a) ... έχει επαρκείς διευκολύνσεις, όπως φαρμακείο, ιατρική φροντίδα, παντοπωλείο και λοιπά σε λογική απόσταση	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ... έχει ικανοποιητικές δυνατότητες δημόσιας μεταφοράς	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ... έχει ρύπανση, θόρυβο ή άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ... πλήγεται από βανδαλισμούς ή εγκληματικότητα	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

33. Έχετε αυτήν την περίοδο ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα κατοικίδια ζώα στο νοικοκυριό σας?

(Παρακαλώ τσεκάρετε όλα τα κουτάκια που ισχύουν)

a) Σκύλο	<input type="checkbox"/>	Κανένα κατοικίδιο ζώο στο νοικοκυριό <input type="checkbox"/>
b) Γάτα	<input type="checkbox"/>	
c) Πουλί	<input type="checkbox"/>	
d) Ψάρι	<input type="checkbox"/>	
e) Άλλα κατοικίδια ζώα	<input type="checkbox"/>	

34. Τέλος, έχουμε κάποιες γενικές ερωτήσεις για σας. Σε ποια θρησκεία ανήκετε ή αισθάνεστε περισσότερο συνδεδεμένος;

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

Προτεσταντική (π.χ., Λουθηρανική ή Αγγλικανική εκκλησία)	<input type="checkbox"/>	1
Προτεσταντική (ευαγγελιστής) ελεύθερη εκκλησία / άλλη προτεσταντική	<input type="checkbox"/>	2
Ρωμαιοκαθολική	<input type="checkbox"/>	3
Ελληνική ή Ρωσική Ορθόδοξη	<input type="checkbox"/>	4
Εβραϊκή	<input type="checkbox"/>	5
Ισλαμική	<input type="checkbox"/>	6
Ινδουιστική	<input type="checkbox"/>	7
Βουδιστική	<input type="checkbox"/>	8
Εσωτερική, Νέας Εποχής (New Age)	<input type="checkbox"/>	9
Άλλο (Παρακαλώ διευκρινίστε): _____	<input type="checkbox"/>	10
Δεν ανήκω ή δεν αισθάνομαι συνδεδεμένος με καμία θρησκεία	<input type="checkbox"/>	96

35. Έχοντας υπόψη σας το σήμερα (παρόν), περίπου πόσο συχνά προσεύχεστε;

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

Περισσότερο από μία φορά την ημέρα	<input type="checkbox"/>	1
Μία φορά την ημέρα ή σχεδόν κάθε μέρα	<input type="checkbox"/>	2
Μερικές φορές την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	3
Μία φορά την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	4
Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	5
Ποτέ	<input type="checkbox"/>	6

36. Έχετε λάβει θρησκευτικές διδαχές από τους γονείς σας;
(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

Ναι ₁

Όχι ₅

37. Πολλοί άνθρωποι στην Ελλάδα κλίνουν προς ένα κόμμα μακροπρόθεσμα, ακόμη και αν ψηφίζουν περιστασιακά κάποιο άλλο. Προς ποιο κόμμα κλίνετε;
(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

ΠαΣοκ ₁

Νέα Δημοκρατία ₂

ΚΚΕ ₃

Συνασπισμός ₄

ΔΗΚΚΙ ₅

ΛΑΟΣ ₆

Άλλο κόμμα: _____ ₇

Κανένα ₉₆

38. Τέλος, παρακαλώ δηλώστε το φύλο και την ηλικία σας:

a) Είμαι...

Ανδρας ₁

Γυναίκα ₂

b) Γεννήθηκα το **(έτος)**

Σας ευχαριστούμε πολύ που διαθέσατε τον χρόνο σας για να απαντήσετε στις ερωτήσεις μας. Παρακαλώ δώστε το ερωτηματολόγιο στον ερευνητή. Όλες οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές.