

Βασική προτεραιότητα της μεταρρύθμισης ενός συστήματος υγείας είναι η δημιουργία μιας αποτελεσματικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η πραγματοποίηση της προτεραιότητας αυτής θέτει νέες και διευρυμένες απαιτήσεις από τον οικογενειακό γιατρό.

Βασικό κριτήριο για τη γενική επαγγελματική αξιολόγηση του οικογενειακού γιατρού είναι η γνώμη αλλά και η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες.

Στην παρούσα εργασία αναλύονται τα δεδομένα έρευνας που πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου 2001 σε τρεις πόλεις της Ελλάδας (Αθήνα-Θεσσαλονίκη-Σέρρες) και δύο της Βουλγαρίας (Σόφια – Φιλιππούπολη), σε τυχαία επιλεγμένο κοινό ασθενών.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με ατομικές συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο (face to face). Το σχεδιασθέν μέγεθος του δείγματος ανέρχεται σε 500/χώρα άτομα και των δύο φύλλων και αφορά γενικό πληθυσμό άνω των 18 ετών.

**Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας προκύπτει ότι, οι παρεχόμενες υπηρεσίες του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα, ενώ η πλειοψηφία των Βουλγάρων ερωτηθέντων δεν είναι καθόλου ευχαριστημένοι και δίνουν χαμηλό βαθμό εμπιστοσύνης στο δικό τους οικογενειακό γιατρό.**

**Λέξεις ευρετηρίου: οικογενειακός γιατρός, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Εθνικό Σύστημα Υγείας**

**Εισαγωγικά** Ο ακρογωνιαίος λίθος κάθε συστήματος υγείας είναι ο οικογενειακός γιατρός. Η ύπαρξή του θεωρείται υποχρεωτική για κάθε σύστημα υγείας. Η υλοποίησή του όμως είναι καθοριστική για την ποιότητα και την επιτυχία του συστήματος.

Στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) συγκροτήθηκε πριν από 20 περίπου χρόνια και αποτέλεσε μία ριζοσπαστική τομή στο χώρο της υγείας για την εποχή εκείνη και προέβλεπε το θεσμό του οικογενειακού γιατρού.

Εάν από τότε υλοποιείτο σωστά ο θεσμός αυτός, και μόνον αυτός, είναι πολύ πιθανόν σήμερα να μην υπήρχαν τα ράντζα, οι λίστες αναμονής και η παραοικονομία της υγείας.

Σήμερα, με τον όρο γενικός γιατρός ορίζεται εκείνος, ο οποίος διαθέτει υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σε όλες τις ειδικότητες και υποειδικότητες της Ιατρικής σε σχέση με τον ειδικό γιατρό. Ο ειδικός γιατρός υπερτερεί σε γνώσεις μόνο στο συγκεκριμένο αντικείμενο της

ειδικότητάς του.

Σε όλα τα συστήματα υγείας ο οικογενειακός γιατρός έχει υπό την επίβλεψή του 1.500 - 2.000 άτομα. Η σχέση του με τους ασθενείς του δεν είναι μόνο σχέση τεχνοκράτη γιατρού, αλλά παράλληλα σχέση φιλίας και εμπιστοσύνης.

Μόνο και μόνο τότε και εφ' όσον αναπτυχθεί αυτή η σχέση, ο ασθενής θα εφαρμόζει τις συμβουλές και θα υπακούει στις υποδείξεις του γιατρού του. Όχι μόνο στο ποια θεραπεία θα ακολουθήσει, αλλά και σε ποιο κέντρο υγείας θα απευθυνθεί ή σε ποιο γενικό νοσοκομείο της περιφέρειας θα καταλήξει για να επιλύσει τα πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας του όταν υπάρχουν.

Σήμερα, το ρόλο αυτό αναλαμβάνει ο φίλος, ο γείτονας, ο νοσηλευθείς ασθενής ως αποτέλεσμα της εμπειρίας του. Έτσι, οι ασθενείς κατευθύνονται, επί σειρά ετών, από όλη την Ελλάδα σε ορισμένα νοσοκομεία του κέντρου και δημιουργούν το αδιαχώρητο, το ράντζο, ιδιαίτερα σε ορισμένους ευαίσθητους τομείς, όπως η παθολογία, η καρδιολογία κ.λπ.

Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις ασθενείς με τον τρόπο αυτό οδηγήθηκαν σε νοσηλεία ακόμη και σε χώρες του εξωτερικού, οι οποίες σαφώς είχαν χαμηλότερο επίπεδο υγείας από τη χώρα μας. Οι απαιτούμενοι οικογενειακοί γιατροί για όλη τη χώρα ανέρχονται περίπου σε 5.000, ενώ ο αριθμός των γενικών γιατρών που διαθέτουμε δεν μπορεί να καλύψει τον υψηλό αυτό αριθμό. Η υπολογισθείσα δαπάνη από το υπουργείο Υγείας κατά την περίοδο '94-'96 για την ανάπτυξη του θεσμού ανήρχετο σε 50-70 δισ. δραχμές.

Βασική προτεραιότητα της μεταρρύθμισης ενός συστήματος υγείας είναι η δημιουργία μιας αποτελεσματικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η πραγματοποίηση της προτεραιότητας αυτής θέτει νέες και διευρυμένες απαιτήσεις από τον οικογενειακό γιατρό.

Θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι μεγάλη σημασία για την επιτυχία της μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας έχει και η κοινή γνώμη. Η κοινή γνώμη πρέπει να αποτελεί μία μόνιμη και δυναμική πηγή πληροφοριών, μιας και από αυτή μπορούν να εξαχθούν σημαντικά και χρήσιμα συμπεράσματα.

Στα πλαίσια έρευνας που πραγματοποιήθηκε το διάστημα Σεπτεμβρίου – Οκτωβρίου 2001 σε τρεις πόλεις της χώρας μας (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Σέρρες) και 2 της γειτονικής Βουλγαρίας (Σόφια-Φιλιππούπολη), έγινε προσπάθεια να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την πορεία της μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας καθώς και για τις ελλείψεις που τυχόν υπάρχουν στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην χώρα μας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής του ομιλούντος με θέμα « *Η κοινή γνώμη και η μεταρρύθμιση στη Δημόσια υγεία* ».

### **Υλικό και μέθοδοι**

Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου με προσωπικές συνεντεύξεις (face to face) στα νοικοκυριά των ερωτώμενων βάσει αντιπροσωπευτικού δείγματος 500 ατόμων από το γενικό πληθυσμό και των δύο φύλλων ηλικίας άνω των 18 ετών.

### **Αποτελέσματα**

Χαρακτηριστικό είναι ότι πρόκειται για άτομα μέσου οικονομικού εισοδήματος, το 85% των οποίων έχει τελειώσει το λύκειο και το 40% έχει αποφοιτήσει από Ανώτερο Τεχνολογικό ή Εκπαιδευτικό Ίδρυμα. Το 53% των ερωτηθέντων είναι ηλικίας μεταξύ 31-60 ετών και η κατάσταση της υγείας τους κυμαίνεται από ικανοποιητική έως πολύ καλή. Μόνο το 8% του συνόλου αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Από τις κυριότερες αιτίες που οδήγησαν στην ανάγκη μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας σύμφωνα με τους ερωτηθέντες είναι:

- Η κακή κατάσταση των νοσοκομειακών μονάδων
- Η χαμηλή ποιότητα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης
- Η ανεπαρκής χρηματοδότηση της υγείας
- Η έλλειψη επιλογής γιατρού
- Οι χαμηλές αμοιβές των νοσοκομειακών υπαλλήλων, καθώς επίσης και
- Η μικρή ανάπτυξη της ιδιωτικής περίθαλψης

Από τις πρώτες αναμενόμενες θετικές αλλαγές που πιστεύουν οι ερωτηθέντες ότι θα επέλθουν μετά τη μεταρρύθμιση είναι:

- Η βελτίωση της περίθαλψης εκτός του νοσοκομείου με 24%
- Η βελτίωση της σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς με 23%
-

Η βελτίωση της ιατρικής περίθαλψης εντός του νοσοκομείου με 17%

·  
Η αύξηση των δαπανών για την παροχή της ιατρικής βοήθειας με 14%

·  
Η βελτίωση της εγκαιρότητας της ιατρικής βοήθειας με 13%

·  
Τελευταία ως αναμενόμενη θετική αλλαγή, είναι η αύξηση των αμοιβών του ιατρικού προσωπικού.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η γνώμη των ερωτώμενων για τις επαγγελματικές ικανότητες και τη συγκρότηση των επιλεγόμενων από αυτούς οικογενειακών γιατρών.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, η αξιολόγηση των οικογενειακών γιατρών από τους ερωτώμενους και των δύο χωρών είναι σχεδόν παραπλήσια. Περίπου το 1/3 των ερωτώμενων δίνουν μη ικανοποιητικό βαθμό για την συγκρότηση του οικογενειακού γιατρού. Αξιοσημείωτο μικρό ποσοστό των ερωτώμενων (6% των Ελλήνων και 9% των Βουλγάρων) πιστεύουν ότι ο επιλεγόμενος από αυτούς οικογενειακός γιατρός δεν είναι σε θέση να παρέχει ολοκληρωμένη ιατρική βοήθεια.

Αυτός ο παράγοντας απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, μιας και μας δίνει στοιχεία για τη μη ικανοποίηση από τις προσφερόμενες από τους οικογενειακούς γιατρούς ιατρικές υπηρεσίες και τις πληροφορίες ότι υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο αλλαγής του οικογενειακού γιατρού.

#### Πίνακας 1

: Άποψη για τις επαγγελματικές δυνατότητες του οικογενειακού γιατρού (%)

Νομίζετε ότι ο επιλεγόμενος από εσάς οικογενειακός γιατρός είναι σε θέση να παρέχει ικανοποιητική ιατρική βοήθεια
---

Έλληνες πολίτες
-----------------

Βούλγαροι πολίτες

Απολύτως

22,0

20,9

Σε αρκετά μεγάλο βαθμό

44,8

47,8

Σε μικρό βαθμό

27,2

22,3

Καθόλου

6,0

9,0

**Σύνολο**

100,0

100,0

Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι στα μάτια των ερωτώμενων-ασθενών, ο επιλεγόμενος προσωπικός (οικογενειακός) γιατρός, ακόμη δεν έχει καταφέρει να γίνει με την πλήρη έννοια προσωπικός γιατρός και πιο συγκεκριμένα αυτό το διαπιστώνουμε από τις απαντήσεις των 500 Βουλγάρων πολιτών. Η αξιολόγηση και η αναλογία ασθενή ανά οικογενειακό γιατρό είναι εξάρτηση από το πόσο αυτός γνωρίζει την κατάσταση υγείας των ασθενών του καθώς και τις συνθήκες διαβίωσής του.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 2 πολύ μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων πιστεύουν ότι ο επιλεγόμενος από αυτούς προσωπικός γιατρός δεν γνωρίζει καθόλου την κατάσταση της υγείας τους.

### *Πίνακας 2*

: Βαθμός του πόσο ο προσωπικός γιατρός γνωρίζει την κατάσταση υγείας των ασθενών του (%)

Ο γιατρός γνωρίζει την κατάσταση υγείας σε:

Έλληνες πολίτες

Βούλγαροι πολίτες

Σε μεγάλο βαθμό

6,3

24,0

Σε μέσα επίπεδα

28,1

38,4

Σε μικρό βαθμό

40,8

25,6

Δεν το γνωρίζει

24,8

12,0

**Σύνολο:**

100,0

100,0

Γι' αυτό οι ερωτώμενοι Βούλγαροι πολίτες δίνουν σημαντικό βαθμό αξιολόγησης σ' αυτόν τον παράγοντα. Ο οικογενειακός-προσωπικός γιατρός ελάχιστα γνωρίζει ή δεν γνωρίζει καθόλου την κατάσταση υγείας του ασθενή του σε ποσοστό 37,6% για τους Έλληνες και 65,6% για τους Βούλγαρους.

### **Επίλογος**

Είναι σίγουρο, ότι η υλοποίηση του προγράμματος μεταρρύθμισης, σ' ένα μάλιστα ιδιαίτερο τομέα, όπως αυτός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, εξαρτάται όχι μόνο από τη βούληση της Πολιτείας και από τα χρηματοδοτικά κονδύλια που κατά καιρούς διατίθενται, αλλά και από την ενεργή συμμετοχή των πολιτών-χρηστών. Ο οικογενειακός γιατρός, ο οποίος θα λειτουργήσει στα πρότυπα των σημερινών οικογενειακών γιατρών ορισμένων ταμείων και ασφαλιστικών οργανισμών, θα αποτελέσει την κερκόπορτα της ανατροπής του μέχρι σήμερα συστήματος υγείας.

Ποσοστό μόνο **28% των ερωτηθέντων, πιστεύει ότι κατάσταση στο χώρο της**



**υγείας την τελευταία 5ετία έχει βελτιωθεί** , ενώ το 31% δηλώνει ότι τίποτε δεν έχει ουσιαστικά αλλάξει. Σημαντικό είναι, ότι δύο στους δέκα (20%) απάντησαν ότι η κατάσταση έχει γίνει ακόμη χειρότερη.

Σύμφωνα με την έρευνα μπορούμε να δούμε ότι από τους 500 Έλληνες ερωτηθέντες, οι 214, δηλαδή το **43% δεν γνωρίζουν απολύτως τίποτε για το τι θ' αλλάξει στο χώρο της υγείας μετά τη μεταρρύθμιση** . Μόνο 4 ερωτηθέντες είναι πλήρως ενημερωμένοι.

*\* Άρθρο του Κωνσταντίνου Σ. Πασχαλίδη στο Ιατρικό Βήμα, τεύχος Νοεμβρίου-Δεκεμβρίου 2003, επίσημη περιοδική έκδοση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου*