

Η ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα

Δρ. Ιωάννης Μανωλιάδης¹, Δημοπούλου Σοφία²

¹Ιατρός ουρολόγος-Ανδρολόγος, ΙΚΑ, ²Γενικός Ιατρός

Εισαγωγή

Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας Ορισμός της ποιότητας

Η ποιότητα είναι η **δυναμική κατάσταση που συνδέεται με προϊόντα, ανθρώπους, διαδικασίες, καθώς και με το περιβάλλον ώστε να ανταποκρίνεται ή και να ξεπερνά τις προσδοκίες των χρηστών.**

Η έννοια της ποιότητας ζωής

Στη σύγχρονη κοινωνία οι άνθρωποι επιθυμούν όχι απλώς το ζην, αλλά το ευ ζην, και οι κοινωνίες συνεχίζουν να προσδιορίζουν ποσοτικά ακόμη και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά ζωής. Στη δημόσια υγεία σήμερα δίδεται ιδιαίτερη βαρύτητα στον δείκτη QALY (Quality Adjusted Life Years: έτη ποιοτικής ζωής) παρά το γεγονός πως και εδώ η ποιότητα εκφράζεται ποσοτικά (8).

Η σύγχρονη κοινωνία είναι σε θέση να εξισορροπήσει εσωτερικές αυξομειώσεις ποιότητας με μηχανισμούς προσαρμογής αναλόγως του βαθμού της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Ο θάνατος δεν αποτελεί γεγονός ή συμβάν, δεν υποδηλώνει απλώς το βιολογικό τέλος, αλλά συνθέτει το αξιακό επίπεδο της ζωής. Η στιγμή του θανάτου αναμφίβολα περικλείει ποιοτικά χαρακτηριστικά. Εξαρτάται από την κάθε στιγμή και από το εξωτερικό περιβάλλον βιώνεται σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο.

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας Ιστορική αναδρομή

Από το 1960 η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας άρχισε να εμφανίζεται ως βιβλιογραφικός όρος. Ο ισχυρός ανταγωνισμός μεταξύ των πολυεθνικών εταιρειών, η ισχυροποίηση του ιατροκεντρικού μοντέλου, η εμμονή σε αυστηρό επαγγελματισμό από μέρους των ιατρικών συλ-

λόγων των αναπτυγμένων χωρών, σε συνδυασμό με τις σκληρές δημοσιονομικές πολιτικές λιτότητας, κατάφεραν ισχυρό πλήγμα κατά της ποιότητας.

Σήμερα οι ιατρικές υπηρεσίες κοστολογούνται ως απλά καταναλωτικά αγαθά και εισάγεται σε αυτές η ποσοτικοποίηση της ποιότητας.

Η εποχή μας αναμφίβολα χαρακτηρίζεται ως εποχή αλλαγών. Με την αποδοχή ενός ανταγωνιστικού κλίματος στον χώρο της υγείας, που εκπορεύεται από τον χώρο της φαρμακευτικής βιομηχανίας, προβάλλοντας ως κριτήριο αποτελεσματικότητας τη βελτιστοποίηση, έχοντας ως απώτερο σκοπό, όμως, τη μεγιστοποίηση του κέρδους.

Με τον όρο **μεγιστοποίηση** προσεγγίζουμε την ποιοτικά καλύτερη υγεία με ποσοτικούς όρους, δηλ. διαθέτουμε όσους πόρους χρειαζόμαστε για να το πετύχουμε. Ενώ στη **βελτιστοποίηση** με σταθερή την εκροή πόρων οφείλουμε να επιτύχουμε την ποιοτικά καλύτερη, την πιο εφικτή υγεία του πληθυσμού.

Πόσο, αλήθεια, έτοιμη είναι η κοινωνία μας σήμερα για το πέρασμα στη βελτιστοποίηση. Και πόσο μεγάλο το ρίσκο. Κάθε αλλαγή κοινωνική ρισκάρεται και ρισκάρει κυρίως απώλειες σε ποιότητα. Υπάρχει δυναμική σχέση ποιότητας-ποσότητας.

Στην ανατολή της παγκοσμιοποιημένης νέας τεχνολογικής προσέγγισης της σύγχρονης ζωής τα συστήματα υγείας καλούνται να διασφαλίσουν την υγεία των πολιτών του κόσμου σε ένα κλίμα οικονομικής ύφεσης. Σήμερα γινόμαστε μάρτυρες, μέσα από την καθημερινή ειδησεογραφία, μιας κατάρρευσης του κύρους και της αξιοπιστίας του ιατρικού σώματος και συγχρόνως μικρών και μεγάλων ιατρικών επιτευγμάτων σε μια απέλπιδα προσπάθεια ανάκτησης του χαμένου ιατρικού κύρους. Πίσω από κάθε ιατρικό θαύμα κρύβεται η μαγεία της σύγχρονης τεχνολογίας.

Τα οράματα της σύγχρονης ιατρικής έχουν αλλάξει. Εναρμονίζονται με τα συστήματα υγείας κατά την έννοια της «βελτιστοποίησης» από ανάγκη, τη στιγμή που το συμμετοχικό σύστημα ασφάλισης για δημογραφικούς και άλλους λόγους δεν μπορεί να στηρίξει πια το παλαιό όραμα της μακροζωίας...

Είναι εφικτή η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας;

Στη σύγχρονη εποχή κερδίζει συνεχώς έδαφος ο τεχνοκρατικός ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, όπως διατυπώθηκε από τον U.S. office of technology το 1998, σύμφωνα με τον οποίο «*η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι ο βαθμός στον οποίο η διαδικασία παροχής ιατρικών φροντίδων αυξάνει τις δυνατότητες επίτευξης του επιδιωκόμενου αποτελέσματος σε επίπεδο βελτίωσης της υγείας του ασθενή, μειώνοντας τις πιθανότητες αρνητικών επιπτώσεων σύμφωνα με τα ισχύοντα στην ιατρική επιστήμη*».

Οι σύγχρονες τεχνικές διαχείρισης ποιότητας είναι:

1. Η πελατειακή διαχείριση ποιότητας επιδιώκει να πετύχει τη βελτιστοποίηση σύμφωνα με τις επιθυμίες του πελάτη-χρήστη υπηρεσιών.

Σήμερα η γνώση δεν είναι τόσο περιορισμένη και πολλές φορές είναι λανθασμένη γνώση, κινούμενη στα όρια της παραπληροφόρησης, που αυξάνει την ανασφάλεια των ασθενών, οι οποίοι υπό καθεστώς αμφισβήτησης προσλαμβάνουν την ιατρική γνώμη, δεδομένου ότι τους λείπει το υπόβαθρο της ανάλογης ιατρικής παιδείας, που θα έκανε εύκολα αφομοιώσιμη την ιατρική γνώση. Σε αυτό συμβάλλει το περιβάλλον άτακτης και μη πιστοποιημένης πληροφόρησης του διαδικτύου και ο ύποπτος ρόλος των ΜΜΕ, μαζί με τον ιδιοτελή προσανατολισμό μερίδας του ιατρικού σώματος.

Η ευαισθητοποίηση κοινωνικών ομάδων μέσα σε κινήματα πολιτών και οργανώσεις, η άνοδος του πολιτιστικού και πολιτισμικού επιπέδου βελτίωσαν την ποιότητα μειώνοντας συγχρόνως και το κοινωνικό κόστος.

2. Διαχείριση ολικής ποιότητας είναι η ποιοτική διαχείριση της συνολικής παραγωγής που ξεκινά από την ιαπωνική βιομηχανία υπό τον τίτλο T.Q.M. (TOTAL QUALITY MANAGEMENT). Εφαρμόζεται με την ίδια ορολογία και στις υπηρεσίες υγείας.

Εδώ κυριαρχεί η έννοια της βελτιστοποίησης. Στον δημόσιο τομέα η βελτιστοποίηση ιδανικά κλίνει προς τη διατήρηση του κοινού συμφέροντος. Στην προκειμένη περίπτωση ως πελάτης χαρακτηρίζεται το κοινωνικό σύνολο. Το συγκριτικό αποτέλεσμα πρέπει να παρέχει ωφέλεια σε κοινωνικό, ομαδικό και τελικά σε ατομικό επίπεδο.

Στην κριτική μας σκέψη κατά την προσπάθεια εκτίμησης της ποιότητας μιας υπηρεσίας θα πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη τις ιδιαιτερότητες κατά τόπο και χρόνο, που παρατηρούνται και εξαρτώνται όχι μόνο από την ιατρική σκέψη, αλλά και από την καθημερινή διοικητική πρακτική, καθώς και από τα ατομικά χαρακτηριστικά, που επηρεάζουν την ποιότητα, αλλά και το ότι η ποσότητα επηρεάζει την ποιότητα.

Η ποιότητα στην ασφάλιση υγείας. Η ιδιαιτερότητα του ΙΚΑ

Ως ασφάλιση υγείας θεωρείται ο θεσμός, μέσω του οποίου παρέχονται σε ομάδες του πληθυσμού τα μέσα και οι προϋποθέσεις προστασίας της υγείας τους συμπεριλαμβανομένης και της ανεμπόδιστης πρόσβασης στις κατάλληλες κατά περίπτωση υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους» (2).

Τα «μέσα» και οι «προϋποθέσεις» εξαρτώνται από τους οικονομικούς πόρους, που θα πρέπει να έχουν μακροπρόθεσμη διαθεσιμότητα, να εξασφαλίζουν την προστασία και την αποκατάσταση της υγείας, την ποιότητα υπηρεσιών και τη βιωσιμότητα του προγράμματος.

Οργανωτικά το ασφαλιστικό σύστημα αναπτύσσεται σε 3 επίπεδα, που είναι το **κόστος, η ποιότητα και η ελευθερία πρόσβασης** στις υπηρεσίες υγείας (1).

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί ως θεσμικοί εκπρόσωποι των ασφαλισμένων τους έχουν την **ηθική υποχρέωση** να διασφαλίζουν με συνεχείς ελέγχους την αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών (2).

Η ελληνική πραγματικότητα

Τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν την ποιότητα στο υγειονομικό περιβάλλον στη χώρα μας (2):

- **Πελατειακού τύπου εξυπηρέτηση.**
- **Προκλητή ζήτηση από μέρους των πα-**

παραγωγών υγείας.

- **Καχυποψία των ασφαλισμένων – Συνήθεια για υπερκατανάλωση υπηρεσιών.**

- **Ολιγοπώλιο υπηρεσιών τριτοβάθμιας περίθαλψης.**

- **Χαμηλός βαθμός ενημέρωσης των χρηστών.**

Το **Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)** αποτελεί τον μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό της χώρας, έχοντας ως ασφαλιστικό πληθυσμό τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα, και εμφανίζεται στο ασφαλιστικό περιβάλλον με ιδιαίτερες.

Με τριμερή διοίκηση και χρηματοδότηση (Κράτος – Εργοδοσία – Εργαζόμενοι) λειτουργεί μονοπωλιακά. Δεν παράγει ασφαλιστικό προϊόν, δεν υπόκειται σε ανταγωνιστικές πιέσεις, με ασφαλιστικό πληθυσμό το σύνολο των εργαζόμενων του ιδιωτικού τομέα, που, όμως, επηρεάζεται από δημογραφικούς και διάφορους εξωγενείς παράγοντες (υπογεννητικότητα ή αύξηση της επιβίωσης και μείωση του εργατικού δυναμικού).

Στο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης, το ασφαλιστρο (εισφορά) καθορίζεται στα πλαίσια των εθνικών συλλογικών διαπραγματεύσεων. Στην περίπτωση του ΙΚΑ, το ύψος των παροχών τη στιγμή της ασφάλισης από τον χρήστη αγνοείται, ενώ το εύρος των καλύψεων είναι απεριόριστο. Το ΙΚΑ ως ασφαλιστικός οργανισμός αποτελώντας θεσμικό εκπρόσωπο των ασφαλισμένων του οφείλει, στο πνεύμα της ορθολογικής διαχείρισης των χρημάτων τους, να αγοράζει πιστοποιημένες και οργανωμένες ιατρικές υπηρεσίες. Συγχρόνως, όμως, σε αυτή την κατεύθυνση φαίνεται να εγκλωβίζεται στη μονοπωλιακή λογική του συστήματος. Υποχρεούται να αγοράζει τις υπηρεσίες που παράγει. Η μέχρι σήμερα πολιτική του ιδρύματος στοχεύει στην πελατειακού τύπου διασφάλιση της ποιότητας.

Στον τομέα υγείας έχει αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας αποτελούμενο από δίκτυο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε όλη την επικράτεια.

Το ΙΚΑ ως παραγωγός υπηρεσιών υγείας στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα προσφέρεται από τα ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΙΚΑ.

Σε 5.5 εκατ. ασφαλισμένους αντιστοιχούν 21

περιφερειακές, 137 τοπικές μονάδες, όπου εργάζονται 8.285 ιατροί, 4.021 υγειονομικοί και 8.882 διοικητικοί υπάλληλοι (στοιχεία 2003) (7).

Το 2003 καταγράφονται 22.744 προσελεύσεις (αύξηση 3.28%), 22.434.653 παρακλινικές εξετάσεις (αύξηση 6.97%) (7).

Τον ίδιο χρόνο χορηγήθηκαν 24.934.640 συνταγές (αύξηση 4.79%), με 49.332.135 φάρμακα (αύξηση 3.01%) συνολικής δαπάνης 980.006.073 (αύξηση 21.96%). Το 2003 για νοσοκομειακή περίθαλψη στα νοσοκομεία του ιδρύματος νοσηλεύθηκαν 734.960 άτομα (νέες περιπτώσεις) (αύξηση 8.18%) με συνολικά 5.562.213 μέρες νοσηλείας και μέσο όρο 7.6 μέρες (αύξηση 5.74%) και δαπανήθηκαν 760.685.607 ευρώ.

Σύμφωνα με αναλογιστικές μελέτες του ίδιου έτους, η επίσκεψη σε ένα ιατρείο του ΙΚΑ κοστολογείται κατά προσέγγιση με 10 ευρώ, μια συνταγή με 40 ευρώ, ένα φάρμακο με 20 ευρώ και μιας ημέρας νοσηλεία σε νοσοκομείο 137 ευρώ.

Όπως φαίνεται, η τριτοβάθμια περίθαλψη, παρά το γεγονός ότι είναι δαπανηρή, κυριαρχεί στις προτιμήσεις των χρηστών, επιβεβαιώνοντας τον νοσοκομειοκεντρικό προσανατολισμό της ελληνικής κοινωνίας.

Η παρούσα κατάσταση

Η ελεύθερη πρόσβαση, η συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση, η διαχρονική αντίληψη περί κοινωνικού και πολιτικού κόστους, η ανελαστικότητα στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων, ο διοικητικός και διαχειριστικός συγκεντρωτισμός, η απουσία στρατηγικής και οργανωτικού πλαισίου λειτουργούν εις βάρος της ποιότητας.

Κάθε ιατρείο του ΙΚΑ αποτελεί τμήμα της αντίστοιχης τοπικής υγειονομικής μονάδας, έχει ως επιστημονικό προϊστάμενο ιατρό του ιδρύματος, που έχει την επιστημονική αλλά και διοικητική ευθύνη.

Η απουσία βαθμολογικής εξέλιξης (όλοι οι γιατροί παραμένουν θεραπευτές), η επιλογή και τοποθέτηση σε θέση ευθύνης χωρίς τη θέσπιση αντικειμενικών κριτηρίων, χωρίς μισθολογική εξέλιξη οδηγεί σε ποιοτικές ανισοροπίες.

Η προσφορά καθορίζεται από μη θεσμικά κίνητρα (κοινωνική καταξίωση, ιατρικός ανταγωνισμός κ.λπ.), η δε ζήτηση πρόσκαιρα και εξατομικευμένα αναλόγως με την εκάστοτε πολιτικοϊδεολογική φιλοσοφία της πολιτικής εξουσίας. Στα ια-

τρία του ΙΚΑ οι διοικητικές θέσεις των ιατρών αποτελούν μόνο θέσεις ευθύνης χωρίς αντικειμενική ανταποδοτικότητα, χωρίς εκπαίδευση, αφήνοντας τη διαχείριση των εξουσιών εκτεθειμένη σε κοινωνικές πιέσεις, με ανοικτά τα ενδεχόμενα για μη θεσμικές συναλλαγές.

- **Το ιατρικό προσωπικό** προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ασφαλισμένους ΙΚΑ, με διαφορετικές σχέσεις εργασίας. Οι γιατροί του ιδρύματος, κατά πλειοψηφία μερικής απασχόλησης, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιατρεία του ΙΚΑ, με αμοιβές που διατηρούνται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, που, κατά κοινή ομολογία, δεν επαρκούν για την ικανοποίηση των κοινωνικών και ατομικών αναγκών.
- **Στα ιατρεία του ΙΚΑ κυριαρχεί η παντελής έλλειψη διοικητικού προσωπικού.**
- **Το νοσηλευτικό προσωπικό** εμφανίζεται με πολλές ελλείψεις, διασκορπισμένο και ανίσχυρο, επιφορτισμένο με διοικητικά και αλλότρια καθήκοντα.

Η πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες είναι ελεύθερη. Ο κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα να επιλέξει γιατρό ή ειδικότητα.

Με την εισαγωγή του συστήματος των ραντεβού ο χρόνος που αναλογεί για τον κάθε ασθενή είναι δέκα λεπτά για τις περισσότερες ειδικότητες. Ο ιατρός έχει τη δυνατότητα κατά την κρίση του να δεχθεί και αριθμό εκτάκτων περιστατικών, τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται στη λίστα των ραντεβού.

Χρήση υπηρεσιών

Οι χρήστες ζητούν υπηρεσίες διαδικαστικού τύπου, κυρίως συνταγογραφία. Αυτό λειτουργεί αυτόματα ως **πρόβλημα**, τοποθετώντας τον γιατρό σε θέση «γραφειοκρατικού διεκπεραιωτή», υποβαθμίζει το επιστημονικό του κύρος και την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών, αλλοιώνει την ιατροκεντρική φυσιογνωμία του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας. Πολλοί συμπαρασύρονται και απορροφώνται από το σύστημα, υιοθετούν το ανωτέρω μοντέλο, δημιουργώντας προφίλ τυπικού γραφειοκράτη, που θωρακίζεται πίσω από την εξουσία των τύπων και χάνει αργά αλλά σταθερά το επιστημονικό κύρος.

Ικανοποίηση χρηστών

Οι χρήστες εμφανίζονται πλημμελώς ή παράπληροφορημένοι (ύποπτος ρόλος του Τύπου) και

ιδιαίτερα απαιτητικοί. Συχνή είναι η ζήτηση εργασιακών εξετάσεων υψηλού κόστους, για προληπτικούς λόγους. Ο γιατρός καλείται σήμερα να τοποθετηθεί και επί των απόψεων δημοσιογράφων (μη πιστοποιημένη γνώση). Η προσέγγιση μεταξύ ιατρού-ασθενή εξαρτάται από την προσωπικότητα του γιατρού.

Σήμερα το λαϊκό προφίλ προσέγγισης «γιατρός της γειτονιάς» κερδίζει συνεχώς, ενώ η «ελιτίστικη» εμφάνιση του γιατρού-«αυθεντία» εγκαταλείπεται γιατί πλέον στερείται κοινωνικής αποδοχής.

Ποιότητα υπηρεσιών

Μέχρι σήμερα έχουν εφαρμοστεί πολιτικές διασφάλισης ποιότητας κατά την αρχή «να μην έχουμε δυσαρέσκειες». Προφανής η αδυναμία του συστήματος για πλήρη ικανοποίηση των χρηστών μια που μέχρι σήμερα δεν έχει καθοριστεί «ο αποδεκτός βαθμός ικανοποίησης». Τα βήματα που έχουν γίνει στην κατεύθυνση της ποιότητας είναι:

1. Σε επίπεδο οργάνωσης στρατηγικού σχεδιασμού

- **Θεσμός Συντονιστή Μονάδων Υγείας ανά Περιφέρεια.**

- **Εκπόνηση προγράμματος Εκσυγχρονισμού του Ιδρύματος (6)** προς απλούστευση των λειτουργικών διαδικασιών, με την εισαγωγή *Ολοκληρωμένου Πληροφοριακού Συστήματος*. Εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις έγιναν στην *Υποστήριξη και στη Διαχείριση του Ανθρώπινου Δυναμικού*.

- **Επιστημονικές μετρήσεις ποιότητας έχουν ξεκινήσει να γίνονται** (πίνακες).

2. Σε επίπεδο παραγωγής υπηρεσιών υγείας

- **Παραπεμπτικά υψηλού κόστους (βελτιστοποίηση): με σκοπό την ευαισθητοποίηση ιατρών και ασφαλισμένων για το κόστος κάποιων παρακλινικών εξετάσεων.**

Μοχλός πίεσης σε κάθε μορφή αλλαγής και παρέμβασης στο ΙΚΑ είναι ο γιατρός, ο απόλυτος κυρίαρχος και μοναδικός ένοχος. Κυριαρχεί μια κοινή διοικητική αντίληψη: «όλα κατά την κρίση του γιατρού που είναι πάντα υπόλογος».

Το νοσοκομειοκεντρικό και πανεπιστημιοκεντρικό μοντέλο οδήγησε στη σταδιακή υποβάθμιση του γιατρού του ΙΚΑ με την ανοχή μέρους του ιατρικού σώματος του ΙΚΑ. Η υποβάθμιση του ιατρικού κύρους στον χώρο του ΙΚΑ ενισχύεται από τη γραφειοκρατικοκεντρική αντίληψη, που κυριαρχεί σε κάθε πολιτική δράσης του ιδρύματος

και τροφοδοτεί συστηματικά την ανάπτυξη ιδιωτικού παράλληλου συστήματος.

3. Σε επίπεδο αποτελεσμάτων (έλεγχοι ποιότητας μηχανημάτων, ανταλλακτικών, επισκευών, αντιδραστηρίων κ.λπ.)

• **Το σύστημα των ραντεβού, ένα αναμφίβολα ποιοτικό βήμα:**

- η υπηρεσία παρέχεται από ιδιωτικό φορέα
- αδυναμίες στην ορθή κατανομή των περιστατικών.

Προβλήματα και δυσλειτουργίες κατά την εφαρμογή οφείλονται τόσο στον χρήστη, όσο και στις αδυναμίες του συστήματος (π.χ. μη προσέλευση, μη κατανόηση κ.λπ.).

Συζήτηση

Το ΙΚΑ σήμερα έχει να παρουσιάσει ένα οργανωμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε όλη την έκταση της χώρας. Σε κάθε γειτονιά σε κάθε μικρό αστικό κέντρο θα βρει κάποιος και ένα ιατρείο. Οι γιατροί του, παρά τις πενιχρές τους αμοιβές (και την έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης για τους πιο πολλούς) παραμένουν προνομιούχοι για όλους αυτούς που είναι εκτός συστήματος και συνωστίζονται εναγωνίως στις λίστες αναμονής για πρόσληψη στο ΙΚΑ. Τα κίνητρα είναι σαφή: η κοινωνική καταξίωση που αποκτάται, καθώς και η δυνατότητα παράλληλης ανάπτυξης στον ιδιωτικό τομέα.

Σε αυτή την εργασία και όσο αφορά το ΙΚΑ προσπαθήσαμε με βάση την εμπειρία μας, που πηγάζει από τις διοικητικές θέσεις του διευθυντή ιατρικής υπηρεσίας νοσοκομειακής μονάδας, που επί διετία κατείχαμε, καθώς και του επιστημονικού υπευθύνου ιατρείου του ΙΚΑ, που σήμερα κατέχουμε, όπως προκύπτει και από τα αρχεία, τα λοιπά στοιχεία και τις ανακοινώσεις, να αποτυπώσουμε την κατάσταση, αξιολογώντας στο μέτρο του δυνατού τα ποιοτικά βήματα που έχουν γίνει μέχρι σήμερα (προώθηση με νόμο του ιατρικού βαθμολογίου ή ποιοτικής αξιολόγησης των ιατρών). Στον τομέα της φροντίδας υγείας

κατά κοινή ομολογία δεν έχουν γίνει από το ΙΚΑ σημαντικά βήματα. Τα μέτρα που έχουν εφαρμοστεί, παρά το γεγονός πως έχουν ποιοτικό προσανατολισμό, μέχρι στιγμής κρίνονται αποσπασματικά και αναποτελεσματικά.

Το ΙΚΑ πρέπει να λειτουργήσει ως υγιής ασφαλιστικός οργανισμός απαλλαγμένος από τη ζημιογόνο παραγωγή ιατρικής φροντίδας και σε αυτή την κατεύθυνση κινείται και πρόσφατος νόμος περί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και το σχέδιο υλοποίησής του.

Βιβλιογραφία

1. Deming, W. E. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology.
2. Deming, W. E. (1993). *The New Economics for Industry, Government, Education*. Cambridge, MA; MIT Center for Advanced Engineering Study.
3. Ishikawa, Kaoru (1985). *What is Total Quality Management; The Japanese Way*. Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall.
4. Juran, J. (1988). *Juran on Planning for Quality*. The Free Press, New York.
5. Taguchi, G. & Wu, Y. (1979). *Introduction to Off-Line Quality Control*. Central Japan Quality Control Association, Tokyo.
6. Δημολιότης, Γ. (2006). Νυν απολύεις τον δούλο σου δέσποτα-Πραγματεία περί αρνητικής ζωής: Ένα πείραμα σκέψης και ένα υπόδειγμα συνδυασμού ποσότητας και ποιότητας ζωής, στο: Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Γ. Κυριόπουλος και συν, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 25-56.
7. Γαλανάκης, Ε. (1996). Ο λυτρωτικός θάνατος στην αρχαία ελληνική γραμματεία-αυτοκτονία, ευθανασία, βρεφοκτονία, διδακτορική διατριβή, Ιωάννινα, Φιλοσοφική Σχολή.
8. Nord, E. (1994). The QUALY – measure of social value rather than individual utility? *Health Economics*, 3, 89-93.
9. Τσαλίκης, Γ. (2006). Η διαλεκτική της ποιότητας και της ποσότητας: Θεωρία, Ουτοπία και πράξη, στο: Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Γ. Κυριόπουλος και συν, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2006. 57-75.
10. Mahler, H. (1977a). "WHO at the crossroads". *Who chron*, 31, 219.
11. Mahler, H. (1977b). "The staff of naesclamus". *World Health*, Nov., 3.
12. Illich, I. (1976). *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The exploration of health*, Penguin, Middlesex, Αγγλία.
13. Τσαλίκης, Γ. (1996). «Η αμφιδέξια πολιτική της πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», στο: Γ. Κυριόπουλος κ.ά. (επιμ.), «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα, 45-63.
14. Manga, P.- Tsalikis, G. "The taming of Medicine in Canada. The new-built Vertues of Quality Assurance and effectiveness" *International Conference on Quality Assurance*, Eger, Ουγγαρία.
15. Δρ Παπανικολάου, Β. «Ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας». Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.