



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Υπουργείο Εσωτερικών



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ**

**ΚΑΙ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΩΝ (Ι.Τ.Ε.Κ.)**

**Τμήμα Έρευνας και Καινοτομίας**

**Έρευνα με τίτλο:**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ**

**ΑΠΟ ΤΙΣ**

**Α΄ΒΑΘΜΙΕΣ ΚΑΙ Β΄ΒΑΘΜΙΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Αθήνα, Μάρτιος 2020**

**Συγγραφική Ομάδα:**

**Μέλη (αλφαβητικά):**

**Συντονιστής:**

**ΓΚΟΥΝΤΕΛΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, Διευθυντής ΙΤΕΚ

**Ερευνητές:**

**ΑΠΙΣΤΟΥΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**,

Επιστημονικό Προσωπικό ΙΝ.ΕΠ., ΕΚΔΔΑ

**ΒΟΖΙΚΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ**,

Αναπληρωτής Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Δρ. ΓΑΛΑΝΗΣ ΠΕΤΡΟΣ**,

Στέλεχος του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος  
Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ

**Δρ. ΚΟΥΡΤΕΣΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ**,

Προϊστάμενος του Τμήματος Έρευνας και Καινοτομίας, ΙΤΕΚ, ΕΚΔΔΑ

**ΜΑΚΡΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**,

Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό στο Τμήμα Έρευνας και Καινοτομίας, ΙΤΕΚ, ΕΚΔΔΑ

**ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ**

Καθηγητής Κοινωνιολογίας και Πολιτικών Υγείας στο Τμήμα Κοινωνιολογίας του Παντείου  
Πανεπιστημίου

**Δρ. ΠΛΑΤΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ**,

Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό ΕΣΔΔΑ, ΕΚΔΔΑ

**ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**,

Καθηγητής τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

**Εμπειρογνώμονες:**

**ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Οργάνωσης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας στο ΕΚΠΑ

**ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ**

Αναπληρωτής Καθηγητής Πολιτικής Υγείας στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

*ΕΚΔΔΑ: Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης*

*ΕΣΔΔΑ: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης*

*ΕΚΠΑ: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

*ΙΝ.ΕΠ.: Ινστιτούτο Επιμόρφωσης*

*ΙΤΕΚ: Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών*

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	4
Πίνακας Περιεχομένων πινάκων .....	7
Πίνακας Περιεχομένων Γραφημάτων .....	8
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: .....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ .....	9
1. Εισαγωγή.....	9
1.1. Υγεία και επίπεδα παροχών .....	10
1.2. Εννοιολογική προσέγγιση της υγείας .....	10
1.3. Επίπεδα παροχών υγείας .....	12
2. Συστήματα υγείας και πρωτοβάθμια περίθαλψης.....	13
2.1 Συστήματα υγείας .....	13
2.2 Έννοια και περιεχόμενο της ΠΦΥ.....	15
2.3 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....	16
2.4 Φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ .....	17
3. Περιγραφή και ενδεικτική αποτύπωση περιπτώσεων από το υπερεθνικό περιβάλλον .....	19
3.1. Βρετανικό σύστημα Π.Φ.Υ .....	19
3.2. Σουηδικό σύστημα Π.Φ.Υ.....	20
3.3. Γερμανικό σύστημα Π.Φ.Υ .....	20
3.4. Γαλλικό σύστημα Π.Φ.Υ .....	21
3.5. Ολλανδικό σύστημα Π.Φ.Υ.....	21
3.6. Γενικά Συμπεράσματα.....	22
4. Εθνικό περιβάλλον (εξελίξεις στην πολιτική υγείας και στο θεσμικό πλαίσιο, προβλήματα, τάσεις και προοπτικές ) .....	23
4.1. Εξελίξεις στην πολιτική υγείας και στο θεσμικό πλαίσιο .....	23
4.2. Σύγχρονες εξελίξεις και προοπτικές στο πεδίο της Π.Φ.Υ.....	25
4.3. Προβλήματα και τάσεις της Π.Φ.Υ σήμερα.....	31
5. Μετρήσεις και απεικονίσεις της ικανοποίησης των ασθενών από τις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες υγείας.....	34
5.1. Εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση της ικανοποίησης .....	34
5.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση .....	34

5.3.	Συσχέτιση της ικανοποίησης ασθενών με τις προσφερόμενες υπηρεσίες..	35
5.4.	Η προσέγγιση της μέτρησης της Εμπειρία των Ασθενών .....	36
	<b>ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ: Η ΕΡΕΥΝΑ .....</b>	<b>40</b>
6.	Σκοπός, Μεθοδολογία και Υλικό της Έρευνας.....	40
6.1.	Σκοπός και Αντικείμενο της Μελέτης.....	40
6.2.	Μεθοδολογία της έρευνας .....	41
6.2.1.	Δειγματοληψία, κριτήρια ένταξης και διαδικασία συλλογής δεδομένων .....	42
6.2.2.	Διαδικασία συλλογής δεδομένων .....	45
7.	Στατιστική ανάλυση.....	47
7.1.	Αποτελέσματα .....	49
7.1.1.	Μελετώμενος πληθυσμός .....	49
7.1.2.	Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	51
7.1.3.	Κλινικά χαρακτηριστικά .....	53
7.1.4.	Χρήση των υπηρεσιών υγείας .....	57
7.1.5.	Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας .....	70
7.1.6.	Συσχετίσεις.....	84
7.1.6.1.	Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης .....	84
7.1.6.2.	Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία προσβασιμότητας.....	87
7.1.6.3.	Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία συνέχειας της φροντίδας.....	89
7.1.6.4.	Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας .....	92
7.1.6.5.	Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας .....	95
7.1.6.6.	Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.....	98
7.1.6.7.	Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία εγκαταστάσεων .....	101
7.1.6.8.	Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία σύστασης του γιατρού .....	103
7.1.6.9.	Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία σύστασης των υπηρεσιών υγείας .....	106
8.	Συμπερασματικές διαπιστώσεις.....	110
8.1.	Συμπεράσματα έρευνας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σχετικά με τις TOMY .....	113
8.2.	Συμπεράσματα της εν λόγω έρευνας του ΕΚΔΔΑ – Σύγκριση συμπερασμάτων των δύο ερευνών.....	115
8.3.	Προτάσεις .....	120

<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>123</b>
<b>Ηλεκτρονικές πηγές .....</b>	<b>129</b>

## Πίνακας Περιεχομένων πινάκων

Πίνακας 1: Επίπεδα περίθαλψης .....	13
Πίνακας 2: Νομοθετικές Ρυθμίσεις στον χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	30
Πίνακας 3: Συνοπτική Αποτύπωση του Πλήθους των Ερωτηματολογίων της Έρευνας.....	44
Πίνακας 4: Τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και οι TOMY που επισκέφτηκαν οι συμμετέχοντες της έρευνας.....	49
Πίνακας 5: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	58
Πίνακας 6: Τα κλινικά χαρακτηριστικά τωνσυμμετεχόντων.....	58
Πίνακας 7: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	58
Πίνακας 8: Οι λόγοι της επίσκεψης στις υπηρεσίες υγείας.....	63
Πίνακας 9: Οι επαγγελματίες υγείας που επισκέφτηκαν οι συμμετέχοντες στις υπηρεσίες υγείας.....	67
Πίνακας 10: Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.....	70
Πίνακας 11: Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις διαστάσεις της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.....	71
Πίνακας 12 : Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αξιολόγησης για τα νοσοκομεία.....	74
Πίνακας 13: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αξιολόγησης για τα κέντρα υγείας.....	76
Πίνακας 14: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αξιολόγησης για τις TOMY.....	78
Πίνακας 15: Οι βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας.....	80
Πίνακας 16: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις θετικές εντυπώσεις, τις βελτιώσεις του γιατρού, των άλλων επαγγελματιών υγείας και των υπηρεσιών υγείας.....	82
Πίνακας 17: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης.....	84
Πίνακας 18: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης.....	86
Πίνακας 19: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας.....	87
Πίνακας 20: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία προσβασιμότητας.....	88
Πίνακας 21: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας της φροντίδας.....	90
Πίνακας 22: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνέχειας της φροντίδας.....	91
Πίνακας 23: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.....	93
Πίνακας 24: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.....	94
Πίνακας 25: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας.....	95

Πίνακας 26: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας. ....	97
Πίνακας 27: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. ....	98
Πίνακας 28: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. ....	100
Πίνακας 29: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία εγκαταστάσεων. ....	101
Πίνακας 30: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία εγκαταστάσεων. ....	103
Πίνακας 31: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού. ....	104
Πίνακας 32: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού. ....	105
Πίνακας 33: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης των υπηρεσιών υγείας. ....	106
Πίνακας 34: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης των υπηρεσιών υγείας. ....	108

### **Πίνακας Περιεχομένων Γραφημάτων**

Εικόνα 1: Γράφημα με τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. ....	56
Εικόνα 2: Γράφημα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την χρήση των υπηρεσιών υγείας. ....	61
Εικόνα 3: Οι λόγοι της επίσκεψης στις υπηρεσίες υγείας. ....	64
Εικόνα 4: Οι επαγγελματίες υγείας που επισκέφτηκαν οι συμμετέχοντες στις υπηρεσίες υγείας. ....	69
Εικόνα 5: Οι μέσες τιμές για τις διαστάσεις της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. ....	73
Εικόνα 6: Οι μέσες βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας. ....	80



**ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ:**  
**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

**1. Εισαγωγή**

Τα συστήματα υγείας είναι υπεύθυνα για την βελτίωση, διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού μέσω των υπηρεσιών που προσφέρουν, καθώς και για την σωστή διαχείριση αυτών των υπηρεσιών (WHO, 2007).. Η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας επιτυγχάνεται μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του χρήστη με το σύστημα υγείας (Θεοδώρου και συν, 2001).

Σε μια συνολικότερη θεώρηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται ότι ήταν το αποτέλεσμα του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής. Αν και οι περισσότερες αρμοδιότητες μεταβιβάστηκαν στις περιφερειακές υγειονομικές αρχές, το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμό συγκέντρωσης (OECD, 2017). Υπό τις σημερινές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (στο εξής ΠΦΥ) έχει αναδειχθεί ως μέσο προώθησης της ποιότητας και μείωσης του κόστους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η καθολική και ισότιμη πρόσβαση θεωρείται προτεραιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Vrachatis & Papadopoulos, 2012). Ένα σύστημα ΠΦΥ πρέπει να εξασφαλίζει αφενός την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού και αφετέρου να διαθέτει όλα τα απαραίτητα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα ώστε τα κοινά προβλήματα υγείας του πληθυσμού να επιλύονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (Σουλιώτης & Λιονής, 2003).

Οι ασθενείς, ως λήπτες των υπηρεσιών υγείας, αποτελούν πολύτιμη και απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Βασικές εκροές της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν:

**1) η ικανοποίηση των ασθενών και**

**2) η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Donabedian, 1988).**

Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με τις προσδοκίες που έχει ο ασθενής από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες συγκρίνοντας τις προσδοκίες του με τα τελικά αποτελέσματα (Miaoulis et al., 2009). Επίσης, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί χρήσιμο εργαλείο της διοίκησης των μονάδων υγείας για την εξεύρεση σημείων δυσαρέσκειας και αδυναμίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Priporas et al., 2008).

Στο πρώτο μέρος της παρούσας ενότητας παρουσιάζονται οι έννοιες της υγείας, του συστήματος υγείας καθώς και η σημασία, έννοια και ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο δεύτερο μέρος περιγράφονται τα συστήματα υγείας της ΠΦΥ άλλων χωρών της

ΕΕ και της Ελλάδας. Στο τρίτο μέρος αναλύεται η έννοια και οι παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών από τις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

### 1.1. Υγεία και επίπεδα παροχών

Η εδραίωση της κοινωνικής ευημερίας και η διευκόλυνσή της, η ενθάρρυνση και η εξασφάλιση της ατομικής αυτονομίας και της αξιοπρέπειας αποτελούν βασικές προκλήσεις στην σημερινή εποχή (Svalastog et al., 2017).

Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής είναι η υγεία. Στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας η έννοια της υγείας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς. Οι περισσότεροι τη θεωρούσαν ως ένα είδος αρμονίας μέσα στο ίδιο το άτομο, αλλά και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Σουρτζή, 1998). Ο πιο διαδεδομένος ορισμός της υγείας, όπως διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) -«*ως η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας*» (WHO, 1958) - θεωρείται ότι δεν είναι απόλυτα επαρκής ώστε να καλύψει τις σύγχρονες προσεγγίσεις της υγείας και της ασθένειας (Θεοδώρου και συν., 2001). Η ολιστική προσέγγιση για την υγεία συνδυάζει και ενώνει, εκτός από το σώμα, και την ψυχή, την κοινωνική ευεξία, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της συνολικής υγείας. Εκτιμά δε ότι η υγεία συνδέεται στενά με το κοινωνικό, φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον, καθώς και με τους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τη συμπεριφορά του ατόμου (Svalastog et al., 2017).

Οι διαφορετικές προσεγγίσεις συσχετίζουν την υγεία και την ασθένεια όχι μόνο με τις κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διαπλοκές που αναπτύσσονται μεταξύ τους (Θεοδώρου και συν, 2001).

### 1.2. Εννοιολογική προσέγγιση της υγείας

Βιο-ιατρική προσέγγιση. Η ασθένεια προσδιορίζεται ως βιολογικό φαινόμενο που προκαλείται από μικρόβια, βακτηρίδια, ιούς κ.ά, τα οποία προκαλούν δυσλειτουργία και διαταραχή στο ανθρώπινο σώμα. Τους παράγοντες αυτούς που επηρεάζουν την υγεία προκαλώντας την ασθένεια πρέπει να αντιμετωπίζει ο γιατρός για να αποκατασταθεί η ισορροπία στο ανθρώπινο σώμα (Σαρρής, 2001). Η βιολογική προσέγγιση της υγείας και της ασθένειας είναι αποδεκτή σε μεγάλο βαθμό από ένα σημαντικό τμήμα του ιατρικού σώματος (Θεοδώρου και συν, 2001). Οι κύριοι προσδιοριστές της υγείας του πληθυσμού εντοπίζονται εκτός της επίδρασης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και επιστήμης παρά την κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου της υγείας στην ιατρική πράξη και περίθαλψη. Τα οφέλη όμως

ορισμένων θεραπευτικών μεθόδων για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και ασθένειας είναι εμφανή, κυρίως όμως σε εξατομικευμένη βάση (Σαρρής, 2001).

Κοινωνικό- οικονομική προσέγγιση. Η υγεία και η ασθένεια ασκούν σημαντική επίδραση στις σχέσεις του ατόμου με την κοινωνία. Η ασθένεια, εκτός από τη διαταραχή της βιολογικής ισορροπίας του ατόμου, προκαλεί προβλήματα και στην κοινωνική του λειτουργία (Kovacs,1998). Το άτομο εξαρτάται από το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο γεννιέται, ζει και μεγαλώνει, καθώς και από τη δυναμική του ικανότητα προσαρμογής στο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτιστικό και οικολογικό του περιβάλλον (Σαρρής, 2001).

Οικονομική προσέγγιση. καταδεικνύει την άμεση σχέση οικονομίας και υγείας. Η φτώχεια αποτελεί έναν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ασθένειας ενώ ο πλούτος, σε γενικές γραμμές, προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε μια χώρα ένας υγιής πληθυσμός είναι πιο παραγωγικός και αυτό συνεισφέρει στην ανάπτυξη της οικονομίας της χώρας (Τούντας, 2000).

Κοινωνιολογική προσέγγιση . Οι μέθοδοι και οι θεωρίες της κοινωνιολογίας επιτρέπουν τη συλλογή δεδομένων, όπως για παράδειγμα, πόσοι άνθρωποι υπάρχουν σε μια κοινωνία, πώς κατανέμεται ο πληθυσμός από την άποψη της ηλικίας και ποια είναι τα βασικά προβλήματα υγείας του. Οι πληροφορίες αυτές επιτρέπουν στις αρχές να σχεδιάσουν την κατάλληλη παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Σαρρής, 2001).

Η ασθένεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου τόσο για το άτομο όσο και για το κοινωνικό σύστημα. Η έννοια της υγείας και της ασθένειας εκφράζεται στο επίπεδο των σχέσεων μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας . Η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου καθορίζει τις σχέσεις του με το κοινωνικό σύνολο. Η ασθένεια μεταβάλλει την προσαρμοστικότητα του ατόμου και την αναδιοργανώνει και η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται αποκλίνουσα (Θεοδώρου και συν, 2001).

Πολιτιστική Προσέγγιση. Ο πολιτισμός αποτελεί σημαντικό στοιχείο μιας κοινωνίας, συμβάλλει στη μορφή και στην οργάνωσή της, καθώς και στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο την υγεία και την ασθένεια σχετίζεται άμεσα με τον εκάστοτε πολιτισμό της κάθε εποχής (Τσαούσης, 1989) . Κάθε πολιτισμός επιλέγει, ανάμεσα στις δυνατότητες που προέρχονται από κάθε εποχή και το περιβάλλον του , έναν τύπο αξιών, κανόνων και γνώσεων προκειμένου να κατανοήσει, να ερμηνεύσει και να θεραπεύσει την ασθένεια διασφαλίζοντας και προάγοντας την υγεία (Σαρρής, 2001).

Πολιτική προσέγγιση. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η υγεία και η ασθένεια συνδέονται με το κοινωνικό περιβάλλον. Εξαιτίας έλλειψης απαιτούμενων γνώσεων και πληροφοριών του ασθενούς ώστε να κρίνει και να επιλέξει την ποιότητα και ποσότητα των υπηρεσιών υγείας, οι γιατροί, έχοντας την κατάλληλη εκπαίδευση και με την βοήθεια της σύγχρονης βιο – ιατρικής, μπορούν ουσιαστικά να ρυθμίσουν την έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών διαμορφώνοντας την προσφορά και τη ζήτηση (Θεοδώρου και συν, 2001). Στο

διαμορφωμένο μονοπωλιακό σύστημα ο ασθενής δεν έχει καμιά δυνατότητα να παρέμβει. Η παρέμβαση του κράτους, εκτός από τον έλεγχο των τιμών, πρέπει να διασφαλίζει τη σωστή κατανομή των πόρων για την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας (Σαρρής, 2001).

Η κατανόηση της δράσης αυτών των προσεγγίσεων καθώς και του τρόπου αλληλεπίδρασής τους μπορεί να διευκολύνουν την κατανόηση και την ερμηνεία της υγείας και της ασθένειας (Τούντας, 2000).

### 1.3. Επίπεδα παροχών υγείας

Το σύνολο των παρεμβάσεων της πολιτείας που ρυθμίζουν τον τρόπο παροχής υπηρεσιών, τις σχέσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων κάλυψης αναγκών, τον καλυπτόμενο πληθυσμό, το ανθρώπινο δυναμικό και τους υλικούς πόρους εκφράζουν το σύστημα περίθαλψης (Ιωαννίδη & Μάντη, 1999).

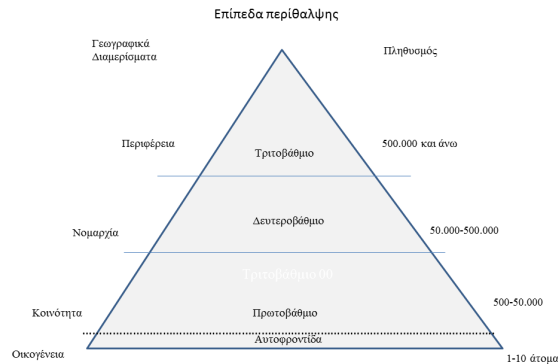
Ο επανακαθορισμός των στόχων και ο επαναπροσδιορισμός της διάρθρωσης και οργάνωσης του συστήματος των υγειονομικών υπηρεσιών εκφράζεται με το τρίπτυχο: **πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση** (Θεοδώρου και συν, 2001).

Όλα τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε δυο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι μορφές περίθαλψης είναι:

1. **εξωνοσοκομειακή ή ανοιχτή περίθαλψη**. Παρέχεται από υπηρεσίες του πρωτοβάθμιου επιπέδου περίθαλψης έχοντας ως κυρίως στόχο την πρόληψη.
2. **νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη**. Αναφέρεται σε υπηρεσίες του δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου περίθαλψης με στόχο τη θεραπεία και αποκατάσταση της ασθένειας (Ιωαννίδη & Μάντη, 1999 & Θεοδώρου και συν, 2001).

Η φροντίδα υγείας παρέχεται σε τρία επίπεδα καθένα από τα οποία παρέχει ορισμένες υπηρεσίες σε συγκεκριμένο πληθυσμό ( Πίνακας 1)

## Πίνακας— 1: Επίπεδα περίθαλψης



Πηγή: Θεοδώρου και συν, 2001.

- **Πρωτοβάθμιο επίπεδο.** Αποτελεί την πρώτη επαφή του χρήστη με το σύστημα υγείας. Αποβλέπει στη διάγνωση και θεραπεία νοσημάτων τα οποία δεν χρήζουν νοσηλείας σε νοσοκομείο. Παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα αγροτικά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ιδιωτικά ιατρεία και πολυϊατρεία (Ιωαννίδη & Μάντη,1999). Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται από την Π.Φ.Υ. κυμαίνεται από 500- 50.000 άτομα (Θεοδώρου και συν, 2001).
- **Δευτεροβάθμιο επίπεδο.** Αναφέρεται στην κάλυψη που παρέχεται από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε άτομα που έχουν εκδηλώσει συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας με σκοπό τη θεραπεία και αποκατάσταση της ασθένειας (Ιωαννίδη & Μάντη,1999). Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται κυμαίνεται από 50.000 έως 500.000 κατοίκους (Θεοδώρου και συν, 2001).
- **Τριτοβάθμιο επίπεδο.** Προσφέρει εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Παρέχεται από πανεπιστημιακά νοσοκομεία και κλινικές καθώς και από εξειδικευμένα νοσηλευτικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα. Επίσης μπορεί να παρέχεται και από ειδικά εξειδικευμένα νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν περιφερειακά (Ιωαννίδη & Μάντη,1999). Το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται είναι από 50. 000 έως 1,5 εκατομμύρια άτομα (Θεοδώρου και συν, 2001). Υπάρχει και το τέταρτο επίπεδο: η αυτοφροντίδα, δηλαδή η παροχή φροντίδα υγείας από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς (Θεοδώρου και συν, 2001).

## 2. Συστήματα υγείας και πρωτοβάθμια περίθαλψης

### 2.1 Συστήματα υγείας

Η ερμηνεία της έννοιας ενός συστήματος εξαρτάται από την κατανόηση των τμημάτων που το αποτελούν, τα οποία στην ενιαία λειτουργία τους συνθέτουν το όλο

σύστημα. Επομένως, τα συστήματα υγείας ορίζονται «ως το σύνολο των επιμέρους στοιχείων –υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, όπως και με το περιβάλλον του, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού». (Θεοδώρου και συν, 2001). Συνεπώς, τα συστήματα υγείας αποτελούνται από τρία υποσυστήματα τα οποία βρίσκονται συνεχώς σε αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Τα αναφερόμενα υποσυστήματα είναι :

- Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του. Σχετίζεται με τη διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού καθώς και με την εξέλιξη ανάμεσα σε διάφορα επίπεδα υγείας, με τη χρήση επιδημιολογικών μελετών και των αναγκών υγείας οι οποίες μετατρέπουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.
- Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Το υποσύστημα αυτό επηρεάζεται από τους οικονομικό-τεχνικούς παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία. Τα στοιχεία του μοντέλου παραγωγής είναι οι εισροές, η διαδικασία, οι εκροές και τα αποτελέσματα.
- Οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών. Αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών, καθώς η μελέτη και η γνώση του τρόπου χρηματοδότησης των υγειονομικών υπηρεσιών είναι απαραίτητη (Σούλης, 1999).

Σκοπός των συστημάτων υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με ανώτερο σκοπό τη συμβολή των συστημάτων υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους.

Τα βασικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας είναι:

- η διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας,
- η συνέχεια στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας,
- η ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας,
- το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος.

Οι μορφές συστημάτων υγείας ανάλογα τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης και παραγωγής και διανομής υπηρεσιών διακρίνονται στις εξής κατηγορίες: (Θεοδώρου και συν, 2001).

- ✓ Το φιλελεύθερο σύστημα. Στο σύστημα αυτό η κρατική παρέμβαση είναι μικρότερη, λειτουργεί σύμφωνα με τις δυνάμεις της αγοράς και βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών.
- ✓ Το δημόσιο σύστημα. Βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού ανεξαρτήτως του φύλου, της ηλικίας, του επαγγέλματος και της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης, τα οποία επιτυγχάνονται μέσα από αυξημένη κρατική παρέμβαση και δράση. Τα συστήματα αυτά διακρίνονται σε συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck) και συστήματα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge).

- ✓ Μικτά συστήματα. Τα συστήματα αυτά υπάρχουν στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση ακολουθώντας την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού. Το μικτό σύστημα χρηματοδοτείται από εισφορές οι οποίες υπολογίζονται με βάση την οικονομική δυνατότητα του ατόμου και όχι τις ανάγκες που έχει (Θεοδώρου και συν, 2001).

Βασικός άξονας ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας αποτελείται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), η οποία συνεισφέρει στην αποσυμφόρηση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης δίνοντας έμφαση στον τομέα της πρόληψης (Σωτηριάδου και συν., 2011).

## 2.2 Έννοια και περιεχόμενο της ΠΦΥ

Η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με έμφαση στην πρόληψη και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη επιτυγχάνεται μέσω της Π.Φ.Υ, όπως διατυπώνεται στην περίφημη Διακήρυξη της Alma Ata :

*«Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη και ενεργό συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα και την αυτοδιάθεση. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας» (WHO, 1978).*

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί κομβικό σημείο του συστήματος υγείας. Για την αποτελεσματική λειτουργία της απαιτούνται καλά οργανωμένες υπηρεσίες, καθώς και αμφίδρομη επικοινωνία με τις νοσοκομειακές μονάδες. Οι πρωτοβάθμιες μονάδες αποτελούν το επίκεντρο του όλου συστήματος, καθώς συμβάλλουν στη μείωση χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών (Θεοδώρου et al.,2001). Όπως διαπιστώνεται στον παραπάνω ορισμό της ΠΦΥ, τα χαρακτηριστικά της θέτουν τον ασθενή στο επίκεντρο, προσδιορίζοντας την ικανοποίηση των ασθενών όχι απλά και μόνο ως έναν δείκτη ποιότητας αλλά ως έναν από τους σκοπούς της (Almeida, 2015).

Σε μια άλλη προσέγγιση, η έννοια της ΠΦΥ ορίζεται ως εξής: το σύνολο δραστηριοτήτων, το επίπεδο φροντίδας, η στρατηγική για την οργάνωση της φροντίδας υγείας και η προαγωγή υγείας ( WHO, 2008).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ περιλαμβάνουν:

- ✓ Ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα
- ✓ Εύκολη πρόσβαση
- ✓ Παροχή υπηρεσιών από ειδικούς επαγγελματίες υγείας και κλινικούς ιατρούς
- ✓ Ποιοτικές υπηρεσίες και ικανοποίηση των ασθενών, σύμφωνα με τις ανάγκες τους
- ✓ Αποτελεσματική χρήση των πόρων και εφαρμογή του κώδικα ηθικής δεοντολογίας
- ✓ Σχέση ιατρού-ασθενούς
- ✓ Παροχή υγειονομικών υπηρεσιών ανάλογα με τις συνθήκες διαβίωσης , την οικογενειακή κατάσταση και το πολιτισμικό υπόβαθρο ( Shi, 2012).

Με βάση τα παραπάνω, διαφοροποιείται η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από την πρωτοβάθμια φροντίδα περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα περίθαλψης αναφέρεται σε υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται από οικογενειακούς ιατρούς σε άτομα τα οποία δεν έχουν νοσήσει και χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Αντίθετα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκφράζει την ευρύτερη έννοια η οποία αναφέρεται σε υπηρεσίες που προσφέρονται σε ατομικό επίπεδο είτε στο σύνολο του πληθυσμού είτε στο σύνολο της κοινότητας . Επίσης, περιλαμβάνει την καθολική πρόσβαση, δίνει έμφαση στην ισότητα στην υγεία και στην συνεργασία. ( Shi, 2012 & Θεοδώρου και συν, 2001). Η στρατηγική της ΠΦΥ, εκτός από την πρόληψη και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, τροποποιεί την καθημερινή αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια, την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος υγείας (Θεοδώρου και συν, 2001).

### 2.3 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Ο ρόλος της ΠΦΥ και η στρατηγική της θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με το σύστημα υγείας, στα πλαίσια της αποτελεσματικότητας, της ισότητας και των μεθόδων μείωσης του κόστους, έχει αναμφισβήτητη ωφελιμότητα στην λειτουργία και την παροχή υπηρεσιών του συστήματος υγείας (Starfield, 1994 & Rao&Pilot, 2014)

Η ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη επαφή του χρήστη με το σύστημα υγείας. Βασικά χαρακτηριστικά της είναι η πρόληψη και προαγωγή υγείας, η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία (Θεοδώρου και συν, 2001). Γενικός στόχος της είναι η κάλυψη πραγματικών αναγκών φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας, καθώς και η προσέγγιση της υγείας ως θεμελιώδους κοινωνικού δικαιώματος, ασχέτως κοινωνικών, θρησκευτικών ή φυλετικών χαρακτηριστικών (Solberg, 1998).

Τα οφέλη από την λειτουργία της ΠΦΥ είναι τα ακόλουθα:

- ✓ συγκράτηση του κόστους και εξοικονόμηση πόρων,
- ✓ βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών και επίτευξη βελτιωμένων εκβάσεων περιστατικών υγείας



- ✓ αποφόρτιση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης από περιστατικά που αντιμετωπίζονται στην ΠΦΥ
- ✓ εύκολη και ελεύθερη πρόσβαση ( Kringos et al., 2015 & Lionis at al., 2017).  
Μια ισχυρή ΠΦΥ μπορεί να διασφαλίζει το 90% της υγειονομικής περίθαλψης μετατοπίζοντας το κόστος για την υγεία. Βελτιώνει την αντίληψη των χρηστών για την υγεία τους, αυξάνει την ικανοποίησή τους και μειώνει τη χρήση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης ( Shi, 2012 & Rao & Pilot, 2014).

## 2.4 Φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ

Η διεύρυνση της έννοιας της ΠΦΥ ορίζεται με το Ν **2071/1992** ότι περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης και περίθαλψης περιστατικών με μικρές βλάβες στην υγεία, τα οποία δεν χρειάζονται περίθαλψη στο νοσοκομείο, και παρέχεται από έναν ευρύ κύκλο επαγγελματιών υγείας (Μητροσύλη,1999). Πρόκειται για έναν πολύ σημαντικό νόμο, ο οποίος εισάγει πολλά στοιχεία ενισχυτικά (έστω κι έμμεσα) της ΠΦΥ. Μερικά από τα κυριότερα παραδείγματα αυτών των πρωτοβουλιών ενίσχυσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα, είναι οι Κινητές Μονάδες ΠΦΥ, η ενίσχυση του ρόλου του Γενικού Ιατρού στο Σύστημα Υγείας, η ίδρυση του ΚΕΕΛ<sup>1</sup> (νυν ΕΟΔΥΥ<sup>2</sup>), η καθιέρωση της Κατ'οίκον Νοσηλείας και η ίδρυση ειδικής επιτροπής στο Υπουργείο Υγείας, της ΕΣΑΥ<sup>3</sup> για τον σχεδιασμό, εφαρμογή και παρακολούθηση Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από τις εξής δομές:

### Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του ΕΣΥ:

- a) εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων
- b) Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία (ΠΠΙ και ΠΙ),

### Δομές του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Συστήματος Υγείας:

- a) Κέντρα υγείας (στα αστικά κέντρα, κυρίως πρώην μονάδες υγείας του ΙΚΑ )
- b) Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), στις οποίες σημαντικό ρόλο παίζει πλέον ο Οικογενειακός Ιατρός
- c) Πολυϊατρεία των άλλων συγχωνευμένων ασφαλιστικών οργανισμών
- d) συμβεβλημένοι με τα ταμεία ιδιώτες γιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια

### Ευρύτερος δημόσιος τομέας:

- a) στρατιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- b) μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (δημοτικά ιατρεία)

<sup>1</sup> Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων

<sup>2</sup> Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας

<sup>3</sup> Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας

- c) άλλες υπηρεσίες πρόνοιας (ΚΑΠΗ)
- d) μη κυβερνητικές - μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, μέσω των πολυιατρείων τους,
- a) Ιδιωτικός τομέας
- b) ιδιώτες γιατροί
- c) διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια
- d) εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών
- e) κέντρα αποκατάστασης
- f) άλλες εξειδικευμένες μονάδες.

***Ο οικογενειακός ιατρός** έχει πρωταρχικό ρόλο στη παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εξίσου σημαντικοί είναι η νοσηλεύτρια, η μαία, η επισκέπτρια υγείας και η κοινωνικός λειτουργός (Θεοδώρου και συν., 2001). Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού εισήχθη για πρώτη φορά στην Αγγλία και λειτουργεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες σε διάφορες παραλλαγές. Ο οικογενειακός ιατρός κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες, όταν είναι αναγκαίο ( Λιαρόπουλος, 2007). Ανάλογα με την Μονάδα ΠΦΥ που δραστηριοποιείται σε κάθε αστική ή αγροτική περιοχή (Κέντρο Υγείας, ΠΠΠ και ΠΠ) ο πληθυσμός που καλύπτεται από τις υπηρεσίες των Οικογενειακών Ιατρών κυμαίνεται από 500 -50.000 άτομα. Οι ιατροί της Π.Φ.Υ. αμείβονται είτε με μισθό είτε κατά κεφαλή είτε κατά πράξη και περίπτωση (ιδιώτες γιατροί). Η Π.Φ.Υ. χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ασφαλιστικά ταμεία, και από φόρους. (Θεοδώρου και συν., 2001).*

*Η παράκαμψη των φορέων παροχής Π.Φ.Υ. οδηγεί στην υπερφόρτωση των υπηρεσιών της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ειδικότερα στην Αθήνα όπου τα μεγάλα πανεπιστημιακά νοσοκομεία προσφέρουν υψηλής τεχνολογίας υπηρεσίες και συχνά έχουν αδυναμία κάλυψης της υπερβάλλουσας ζήτησης (Λύδακης και συν ., 2014).*

*Το δεύτερο επίπεδο οργάνωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι το **Κέντρο Υγείας**. Από την ίδρυση του ΕΣΥ (Εθνικού Συστήματος Υγείας) τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά κέντρα αποτελούν την νέα μορφή του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Θεοδώρου και συν., 2001). Το 1920 λειτούργησε για πρώτη φορά ο θεσμός του Κέντρου Υγείας στην Αγγλία και σήμερα εμφανίζεται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ( Λιαρόπουλος, 2007).*

*Οι υπηρεσίες που παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας αφορούν την προστασία και την προαγωγή της υγείας μέσω των υπηρεσιών:*

- ✓ της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Συνίσταται στη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση νοσημάτων.
- ✓ τις ιατροπροληπτικές δραστηριότητες : Αφορούν τα προληπτικά προγράμματα τα οποία περιλαμβάνουν τους εμβολιασμούς, τον προσυμπτωματικό έλεγχο, την παιδική υγιεινή, την υγιεινή της εργασίας, τη πρόληψη και αντιμετώπιση χρόνιων και ενδημικών νοσημάτων).
- ✓ Την κοινωνική φροντίδα: Αναφέρεται στην μελέτη και την υποστήριξη δυσμενών κοινωνικο-οικονομικών και ψυχολογικών περιπτώσεων ατόμων και ομάδων. Ενημερώνει τον πληθυσμό

για θέματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, την ενδο –οικογενειακή σχέση και την κοινωνική ζωή, καθώς και την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του (Θεοδώρου και συν., 2001).

Όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ από τον ιδιωτικό τομέα, τα διαγνωστικά κέντρα και τα ιδιωτικά ιατρεία είναι εξοπλισμένα με υψηλής ποιότητας και ακριβή ιατρική τεχνολογία. Παρέχουν υπηρεσίες και σε δικαιούχους των συμβεβλημένων ασφαλιστικών ταμείων (Economou, 2010).

### **3. Περιγραφή και ενδεικτική αποτύπωση περιπτώσεων από το υπερεθνικό περιβάλλον**

#### **3.1. Βρετανικό σύστημα Π.Φ.Υ**

Το βρετανικό σύστημα υγείας (NSH) αντιπροσωπεύει το παράδειγμα του μοντέλου Beveridge – που αναφέρθηκε παραπάνω - και αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλές χώρες. Διοικείται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο έχει τη νομοθετική ευθύνη, την ευθύνη της κατανομής των πόρων, την διαπραγμάτευση των μισθών των απασχολούμενων στο σύστημα, την τιμολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων, την έγκριση των κονδυλίων και τις αποφάσεις για αύξηση ή μείωση των νοσοκομειακών κλινών. Την επόμενη βαθμίδα αποτελούν οι Υγειονομικές Περιφέρειες (RHAs), οι οποίες είναι υπεύθυνες για τον σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις Υγειονομικές Επαρχίες. Η χρηματοδότηση του NSH προέρχεται κυρίως από την γενική φορολογία, την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές (Roland et al., 2012).

Η Π.Φ.Υ παρέχεται σχεδόν εξ ολοκλήρου δωρεάν στην Μεγάλη Βρετανία και χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία. Ωστόσο, διατηρούνται κάποιες χρεώσεις στα κατά τόπους εξωτερικά ιατρεία για την συνταγογράφηση ανά μονάδα στην Αγγλία και στη Σκωτία, αλλά δεν υπάρχει χρέωση συνταγής στην Ουαλία. Ισχύουν, επιπλέον χρεώσεις για την οδοντιατρική φροντίδα και την περίθαλψη από οπτικούς (Roland et al., 2012).

Η Π.Φ.Υ παρέχεται από τους γενικούς -οικογενειακούς ιατρούς (GP's), οι οποίοι είναι ιδιώτες ιατροί που εργάζονται είτε σε ομαδική βάση (group practice) είτε στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo practice). Παρέχουν υπηρεσίες θεραπείας, πρόληψης και αγωγής υγείας. Η ομάδα Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και διοικητικό προσωπικό (Boyle, 2011).

Ο ασθενής έχει ελευθερία επιλογής ιατρού και η είσοδός του στο νοσοκομείο γίνεται ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού του ιατρού. Οι υπηρεσίες ασκούν έλεγχο, όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών και παράλληλα διαχειρίζονται τους πόρους για την χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών για τον πληθυσμό ευθύνης τους. Οι οικογενειακοί ιατροί

αμείβονται κατά κεφαλή και κατά πράξη για μερικές ιατρικές πράξεις (Θεοδώρου και συν.,2001).

### **3.2. Σουηδικό σύστημα Π.Φ.Υ**

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας στηρίζεται επίσης στο μοντέλο Beveridge με περιφερειακή οργάνωση. Διαφοροποιείται από άλλα συστήματα υγείας λόγω αυξημένων εξουσιών της νομαρχιακής και δημοτικής αυτοδιοίκησης στα θέματα οργάνωσης, παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης του συστήματος. Αποτελεί κατ' εξοχήν δημόσιο σύστημα. Χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία, κοινωνική ασφάλιση και από ιδιωτικές πληρωμές (Θεοδώρου και συν.,2001).

Η Π.Φ.Υ. χρηματοδοτείται από το κεντρικό κράτος και από τους πόρους του φορολογικού συστήματος και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Παρέχεται από δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες, από γενικούς ιατρούς και κέντρα υγείας, τα οποία είναι στελεχωμένα από ιατρούς γενικής ιατρικής, άλλων ειδικοτήτων (γυναικολόγο, παιδίατρο, ορθοπαιδικό και ψυχίατρο), νοσηλεύτριες, μαιές και φυσικοθεραπευτές παρέχοντας όλο το φάσμα υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. Επίσης, περιλαμβάνει ειδικά κέντρα για τη μητέρα και το παιδί, όπου γίνονται εμβολιασμοί, check-up και ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι ( Anell et.al., 2012).

Ο γενικός ιατρός παραπέμπει τον ασθενή σε άλλους ιατρούς, νοσοκομεία, κέντρα υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρέωση στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι υψηλότερη από τα κέντρα υγείας, δηλαδή ο ασθενής καλείται να πληρώσει ένα ποσό, σε περίπτωση που πηγαίνει απ' ευθείας στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου. Με αυτόν το τρόπο γίνεται έλεγχος των δαπανών υγείας και των άσκοπων επισκέψεων. Οι ιατροί στο δημόσιο τομέα αμείβονται με μισθό, ενώ στον ιδιωτικό τομέα είτε κατά κεφαλή είτε κατά πράξη (Γιανασμίδης & Τσιαούση , 2012).

### **3.3. Γερμανικό σύστημα Π.Φ.Υ**

Το Γερμανικό σύστημα υγείας βασίζεται στο μοντέλο Bismark, όπου κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση μέσω των ταμείων υγείας. Η δομή και οργάνωση του συστήματος βασίζεται στην ομοσπονδιακή δομή της χώρας. Σε κεντρικό επίπεδο υπάρχει η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε περιφερειακό οι τοπικές κυβερνήσεις, οι περιφερειακές και τοπικές αρχές. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση νομοθετεί για θέματα σχεδιασμού και πολιτικής υγείας. Την ευθύνη επενδύσεων κεφαλαίου έχουν οι κυβερνήσεις ομόσπονδων κρατιδίων. Η χρηματοδότηση παρέχεται από την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές στο πλαίσιο του συνολικού προϋπολογισμού, καθώς η χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ γίνεται και

από την συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος κυρίως των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ( Busse & Blumel, 2014 ; Θεοδώρου και συν.,2001).

Η Π.Φ.Υ παρέχεται από ιδιώτες ιατρούς οι οποίοι είτε έχουν δικό τους ιατρείο είτε συστεγάζονται με άλλους ιατρούς. Οι ασφαλισμένοι είναι ελεύθεροι στην επιλογή του ιατρού μεταξύ των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με το ασφαλιστικό τους ταμείο. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο πραγματοποιείται μετά από παραπεμπτικό του γενικού ή του ειδικού ιατρού. Οι ιατροί αμείβονται κατά πράξη, ύστερα από διαπραγμάτευση των ταμείων υγείας με τα τοπικά σωματεία των ιατρών με βάση κάποιας μορφής σφαιρικού προϋπολογισμού. Σε περίπτωση που αυξάνεται το σύνολο των υπηρεσιών οι τιμές ανά υπηρεσία μειώνονται. Από το 2009 η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για κάθε άτομο που ζει μόνιμα στην Γερμάνια, η οποία μπορεί να είναι είτε δημόσια είτε ιδιωτική ( Busse & Blumel, 2014 ; Θεοδώρου και συν.,2001).

### **3.4. Γαλλικό σύστημα Π.Φ.Υ**

Το γαλλικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ανήκει στο μοντέλο Bismarck. Το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη συνδέεται με την εργασία και η παροχή υπηρεσιών γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία ελέγχονται από την κυβέρνηση.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Γαλλία παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Κάθε ασφαλισμένος μπορεί να επιλέγει ελεύθερα τον 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. Ο ρόλος των ιατρών είναι να παρέχουν έγκαιρη φροντίδα. Δεν υπάρχει ομάδα εργασίας και δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης (Sanchez, 2016).

### **3.5. Ολλανδικό σύστημα Π.Φ.Υ**

Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας ακολουθεί το μοντέλο Bismarck με ισχυρή παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης. Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική, παρέχεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Η κυβέρνηση υποχρεώνει κάθε ασφαλιστική εταιρεία να δέχεται όλους τους κατοίκους της περιοχής κάλυψής της, χωρίς κριτήρια όπως ηλικία, ασθένειες, εισόδημα. Τα παιδιά έως 18 ετών είναι ασφαλισμένα χωρίς επιβάρυνση (Weel et al., 2012).

Η Π.Φ.Υ χρηματοδοτείται από την ασφάλιση υγείας και παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς, οι οποίοι είναι ιδιώτες με λίστες εγγεγραμμένου πληθυσμού. Οι γενικοί ιατροί -είτε

εργάζονται μόνοι τους είτε ομαδικά- ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι πολίτες εγγράφονται σε έναν ιατρό (GP) της περιοχής τους. Ο ιατρός δικαιούται να αρνηθεί έναν ασθενή, είτε διότι μένει μακριά είτε επειδή έχει παρά πολλούς ασθενείς στην λίστα του. Υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχουν επίσης φυσικοθεραπευτές, οδοντίατροι, μαίες και ψυχολόγοι (Schaffer et. al., 2010). Οι γενικοί ιατροί παίζουν σημαντικό ρόλο στο υγειονομικό σύστημα της Ολλανδίας, και θεωρούνται πυρήνας της Π.Φ.Υ., υπό την έννοια ότι αυτοί αποφασίζουν για την εξειδικευμένη φροντίδα του ασθενούς, όταν κρίνεται απαραίτητη. Αμείβονται κυρίως κατά κεφαλή για ασθενείς χαμηλού εισοδήματος και κατά πράξη για εύπορους (Bakker & Groenewegen, 2009). Μετά το 2006 σύμφωνα με νέα ρύθμιση, οι ιατροί αποζημιώνονται βάσει λίστας διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων (Weel et al., 2012).

### 3.6. Γενικά Συμπεράσματα

Κοινά σημεία των παραπάνω συστημάτων είναι ο σημαντικός ρόλος του οικογενειακού ιατρού στην λειτουργία της Π.Φ.Υ. και η παροχή υπηρεσιών υγείας με προσανατολισμό προς τη διάγνωση και την θεραπεία παρά προς την πρόληψη και την προαγωγή υγείας. Το γεγονός αυτό ότι δεν ανταποκρίνεται πλήρως στις βασικές αρχές ενός ισχυρού συστήματος ΠΦΥ, όπως αναφέρεται στην Διακήρυξη της Alma Ata. Διαφορές υπάρχουν στον τρόπο χρηματοδότησης. Στη Σουηδία η λειτουργία της Π.Φ.Υ είναι πιο χαλαρή και δίνεται έμφαση στην δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη, όπως και στην Ελλάδα. Διαφορές επίσης εντοπίζονται στον τρόπο αποζημίωσης των παροχών : άλλοτε (Μ. Βρετανία, Σουηδία) κατά κεφαλή και κατά πράξη, άλλοτε (Γερμανία) μόνο κατά πράξη και άλλοτε (δημόσιος τομέας, Σουηδία) με μισθό. Στην Ολλανδία από το 2006 αμείβονται βάσει λίστας διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων.

#### 4. Εθνικό περιβάλλον (εξελίξεις στην πολιτική υγείας και στο θεσμικό πλαίσιο, προβλήματα, τάσεις και προοπτικές )

##### 4.1. Εξελίξεις στην πολιτική υγείας και στο θεσμικό πλαίσιο

Το Ελληνικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί μικτό, καθόσον στον τομέα της προσφοράς ακολουθεί το μοντέλο Beveridge, ενώ στην ζήτηση ακολουθεί το μοντέλο Bismarck. Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τον δημόσιο, καθώς και από τον ιδιωτικό τομέα (Σίσκου, 2008). Σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και μεταρρυθμίσεις με στόχο την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας έχουν εφαρμοστεί από το 2010. Οι περισσότερες από αυτές συμπεριλαμβάνονται στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής (ΠΟΠ) της χώρας (OECD, 2017).

Το ΕΣΥ θεσπίστηκε με τον **νόμο 1397/83 σχετικά με το « Εθνικό Σύστημα Υγείας»**, με σκοπό την καθολική κάλυψη, με έμφαση στην ανάπτυξη της Π.Φ.Υ., την βελτίωση στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών, την αποκέντρωση και τον κοινωνικό έλεγχο, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης λειτουργίας, τον ενιαίο προγραμματισμό και την καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (Θεοδώρου και συν., 2001).

Το 1934 με τον **νόμο 6298 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων»** ιδρύεται το Ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων (ΙΚΑ) για την ασφάλιση των ιδιωτικών υπάλληλων και εργατών. Την ίδια περίοδο ιδρύεται το Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων (ΤΑΕ) και το Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (ΤΕΒΕ), ενώ το 1961 η ασφαλιστική προστασία επεκτείνεται και στον αγροτικό πληθυσμό με τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ). Η χορήγηση παροχών του ΙΚΑ ρυθμίστηκε το 1951 με τον **N. 1846/51 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων »** (Θεοδώρου και συν., 2001). Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας παρείχαν δωρεάν ασφάλιση στους ασφαλισμένους μέχρι πρόσφατα, όπως αναφέρουν οι Karakolias & Polyzos. Με τον **N. 4387/2016 «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης»** πραγματοποιήθηκε η συγχώνευση όλων των ασφαλιστικών ταμείων της χώρας μας σε έναν Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Ο ΕΦΚΑ άρχισε να λειτουργεί από την 1η Ιανουαρίου 2017.

Τα πρώτα πολυϊατρεία στις πόλεις και οι υγειονομικοί σταθμοί στις αγροτικές κοινότητες ιδρύονται το **1937** με τον Αναγκαστικό **Νόμο 965 «Περί Οργάνωσης των Δημοσίων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ιδρυμάτων»**. Με το **N.3487/1955 «Περί ασφαλίσεως των Αγροτών»**, προβλέπονται η δημιουργία αγροτικών ιατρείων και ένα δίκτυο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου (Αλεξιάδου και συν., 2008)

Παράλληλα ο νόμος 1397/83 προέβλεπε τη δημιουργία αστικών και μη αστικών κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων, τα οποία θα αναλάμβαναν την παροχή της ΠΦΥ ως αποκεντρωμένες μονάδες των οικείων νοσοκομείων . Επίσης ο Νόμος προέβλεπε την ένταξη των ιατρείων της κοινωνικής ασφάλισης στο ΕΣΥ και τη δημιουργία ειδικού λογαριασμού για την κάλυψη των δαπανών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αυτά δεν εφαρμόστηκαν μέχρι την μεταρρύθμιση του Ν.3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»,για την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων σε έναν νέο ενιαίο οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΠΥ), ο οποίος ανέλαβε την πλειοψηφία της παροχής Π.Φ.Υ. Η παροχή υπηρεσιών υγείας από τον ΕΟΠΠΥ παρέχονται από το 2012.( Karakolias & Polyzos, 2014).

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα αναφέρεται στα άρθρα 17 και 18 του Ν.1397/83 για την στελέχωση των κέντρων υγείας αστικών ή αγροτικών περιοχών ως βασικό ιατρικό προσωπικό . Θέσεις οικογενειακών ιατρών καλύπτονταν από παθολόγους παιδίατρους και ιατρούς άνευ ειδικότητας, χωρίς να αναφέρεται η καθιέρωση και η δημιουργία της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1983). Η καθιέρωση της ειδικότητας αυτή ως ξεχωριστής ειδικότητας θεσπίστηκε με το Ν. 1579/1985 « Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»Με τον Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας», τα κέντρα υγείας, καθώς και τα περιφερειακά ιατρεία υπάγονται διοικητικά στις Νομαρχίες. Οι ιατροί του ΕΣΥ αποκτούν τη δυνατότητα επιλογής πλήρους και μερικής απασχόλησης. επίσης, περιορίζεται η απαγόρευση ίδρυσης ιδιωτικών θεραπευτικών κέντρων και έτσι δίνεται η δυνατότητα στους ιδιώτες γιατρούς να συνάπτουν συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Το 1994, με τον Νόμο 2194 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» καταργήθηκαν, το άρθρο 1, το οποίο αφορούσε στη φιλοσοφία του ΕΣΥ, το άρθρο 5 που αφορούσε στη διοικητική μετάβαση στις Νομαρχίες και το άρθρο 4 που προέβλεπε τη δυνατότητα επιλογής εργασιακής σχέσης και επανήλθαν οι προηγούμενες διατάξεις του Ν.1397/83 (Ποτήρης & Σαράφης 2014).

Τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΔΠΦΥ) θεσπίζονται με τον Ν. 2519/1997«Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις ». Η δημιουργία τους γίνεται μετά από σύμβαση δυο ή περισσότερων φορέων, τα οποία διαθέτουν μονάδες ΠΦΥ και διασυνδέονται λειτουργικά με νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ(Μητροσύλη,1999).

Ο Ν.2889/2001 για τη «Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» εισήγαγε νέες δυνατότητες στο σύστημα υγείας και ιδιαίτερα στη ΠΦΥ, στο ΕΣΥ και στα Κέντρα Υγείας. Ο νόμος αφορά επίσης την διοικητική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας με τη διαίρεση σε 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ). Τα Κέντρα υγείας καθώς και τα νοσοκομεία υπήχθησαν ως ανεξάρτητες διοικητικές και κλινικές ομάδες στο Πε.Σ.Υ κάθε περιφέρειας διατηρώντας την οικονομική και διοικητική τους αυτοτέλεια. Η αλλαγή της



ονομασίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.). έγινε με τον **N.3106/2003** «*Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις*» σε Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) (Ποτήρης & Σαράφης 2014; Εφημερίδα της Κυβερνήσεως 2001; Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Σημαντικός νόμος για τη ΠΦΥ είναι ο **N. 3235/2004** «*Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*», όπου εισάγεται ξανά η έννοια του οικογενειακού ιατρού, καθώς του ηλεκτρονικού φακέλου και της κάρτας υγείας.

Για τη βελτίωση του ΕΣΥ ακολούθησε πλήθος μεταγενέστερων νόμων. Παρά το γεγονός ότι οι νόμοι αυτοί περιείχαν σημαντικές διατάξεις για την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ, η πλειοψηφία τους δεν εφαρμόστηκαν αποτελεσματικά (Ποτήρης & Σαράφης 2014).

Συμπερασματικά από την ανάλυση του θεσμικού πλαισίου συμπεραίνουμε ότι διαχρονικά δεν υπήρξε μια ενιαία και σταθερή πολιτική σχετιζόμενη με την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Γεγονός που οδήγησε στην μη αποτελεσματική εφαρμογή της (Γεωργούση & Κυριόπουλος, 1991)

Ουσιαστική νομοθετική μεταρρύθμιση αποτελεί ο **N.3918/2011** με την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων σε ένα ενιαίο οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΠΥ), ο οποίος ανέλαβε την πλειοψηφία της παροχής ΠΦΥ. Σύμφωνα με το νόμο δίνεται δυνατότητα στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας σε όλους τους παρόχους ΠΦΥ από την ίδρυση του δικτύου ΕΟΠΥΥ (Karakolias & Polyzos, 2014).

#### **4.2. Σύγχρονες εξελίξεις και προοπτικές στο πεδίο της Π.Φ.Υ**

Η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ μπορεί να αποτελέσει ρυθμιστικό μηχανισμό και μοχλό ανασυγκρότησης για το σύνολο του συστήματος υγείας με στόχο την ενίσχυση και εξασφάλιση την κάλυψη των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού (Κυριόπουλος, 2016).

Σημαντική μεταρρύθμιση αποτέλεσε και ο **N. 3892/2010** «*Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων*», με τον οποίο έγινε υποχρεωτική η ηλεκτρονική συνταγογράφηση η οποία αποτελεί λύση στα προβλήματα της φαρμακευτικής δαπάνης και χρήσιμο εργαλείο για τη βελτίωση των υπηρεσιών του ασθενούς, του προγραμματισμού της δημόσιας υγείας, του ελέγχου και της διαφάνειας για το ελληνικό σύστημα υγείας (Pangalos et al., 2013).

Από το Νοέμβριο του 2012 (**N. 4052/2012**) «*Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων... [Σύσταση Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης (Ε.Τ.Ε.Α.) - Ιδιωτικά Γραφεία Ευρέσεως Εργασίας (Ι.Γ.Ε.Ε.) - Επιχειρήσεις Προσωρινής*

*Απασχόλησης (Ε.Π.Α.) ]», η μεταρρύθμιση της τιμολογιακής πολιτικής προβλέπει την διατήρηση της προστασίας της τιμής των γενοσήμων στο 80% της τιμής του πρότυπου και τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης. Τα γενόσημα έχουν το ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα όπως και τα πρότυπα με χαμηλότερο κόστος (Vandoros & Stargardt, 2013).*

Άλλη μεταρρύθμιση ήταν η αλλαγή από το 2012 στον τρόπο τιμολόγησης υπηρεσιών υγείας ανά κατηγορία παθήσεων, δηλαδή τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN-DRGs), βασισμένο στο Γερμανικό DRGs. Πριν την μεταρρύθμιση αυτή τα ασφαλιστικά ταμεία πλήρωναν με βάση τα τιμολόγια των υλικών και φαρμάκων και τις ημέρες νοσηλείας (Economou et. al., 2014).

Στην Ελλάδα η ΠΦΥ για χρόνια αποτελούσε κεντρικό σημείο συζητήσεων πολιτικών και επιστημονικών με αποτέλεσμα να οδηγήσει σε αλληπάλληλα νομοθετήματα. Ωστόσο, μέσα σε ένα σύστημα όπου οι φορείς παροχής ΠΦΥ ήταν πολλαπλοί και ασύνδετοι μεταξύ τους, η δημιουργία ενός καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου, όπως προβλέπονταν στο Νόμο **4238/2014** «*Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) αλλαγή σκοπού Ε.Ο..Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις*», βαδίζει προς τη σωστή κατεύθυνση. Η καθιέρωση ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και η δημιουργία αστικών κέντρων αποτελούν επίσης σημαντικές διατάξεις του νόμου 4238/2014. Επίσης ο Νόμος αναφέρει τους σκοπούς και τις αρχές της ΠΦΥ όσον αφορά τη πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση (Ποτήρης & Σαράφης 2014 & Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2014). Θα επιμείνουμε στην περιγραφή του συγκεκριμένου Νόμου γιατί όπως αναφέρθηκε αποτελεί μια από τις πιο οργανωμένες προσπάθειες δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής ΠΦΥ. Εστιάζοντας στα κυριότερα σημεία του, αναφέρουμε χαρακτηριστικά:

- Τον ορισμό της ΠΦΥ και τον καθορισμό των υπηρεσιών που προσφέρει (άρθρο 1)
- Τον ορισμό των Δημόσιων δομών που θα αποτελούν εφεξής τους φορείς ΠΦΥ (άρθρο 2)
- Την θέσπιση και την περιγραφή των ρόλων των επαγγελματιών υγείας που θα συμμετάσχουν στο εγχείρημα και την δεσπόζουσα θέση στο σύστημα του Οικογενειακού Ιατρού (άρθρα 4 & 5)
- Την μετεξέλιξη μέσω της μεταφοράς αρμοδιοτήτων στο νεοσύστατο ΠΕΔΥ, του ΕΟΠΥΥ (Κεφ. 2° & 3°).
- Την εγκαθίδρυση μιας σειράς μέτρων ενίσχυσης της ΠΦΥ μέσω δράσεων στην Κοινότητα (π.χ. Ιατρεία διακοπής καπνίσματος) (άρθρα 27 – 33).

Με τον Νόμο **4316/2014** «*Ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, βελτίωση περιγεννητικής φροντίδας, ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*»,

θεσμοθετήθηκε η συμμετοχή του ασθενούς στα φάρμακα και στις διαγνωστικές εξετάσεις (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, 2014).

Πλαφόν στην συνταγογράφηση ανά ιατρική ειδικότητα και περιοχή, των αριθμών των ασθενών και το μήνα του έτους ,καθώς και περιορισμός ανάλογα με την ιατρική ειδικότητα σε συγκεκριμένο αριθμό εξετάσεων ανά παραπεμπτικό και ανά διαγνωστικό τμήμα έγιναν με την υπουργική απόφαση **113385/2015** «*Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων*» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2015).

Με το Νόμο **4486/2017** για τη «*Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις*», γίνεται ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας με πυρήνα τον λήπτη υπηρεσιών υγείας. Βασικοί πυλώνες της μεταρρύθμισης, όπως αναφέρεται στην αιτιολογική έκθεση του νόμου, είναι :

- ✓ η στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος υπηρεσιών της ΠΦΥ,
- ✓ η διασφάλιση του δικαιώματος του πληθυσμού σε δωρεάν, καθολική, ισότιμη και χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ,
- ✓ η διαφανής και δημοκρατική διοικητική οργάνωση και ηλεκτρονική διακυβέρνηση της ΠΦΥ,
- ✓ η οικονομική προστασία του πληθυσμού αναφορικά με τις δαπάνες υγείας,
- ✓ ο κοινωνικός έλεγχος και η λογοδοσία των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και
- ✓ η διασφάλιση της προάσπισης των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας.

Με το νόμο διευρύνεται ο «δημόσιος τομέας» στην Υγεία και προδιαγράφεται ο επικουρικός και συμπληρωματικός ρόλος του ιδιωτικού τομέα, όπου οι δημόσιες δομές δεν επαρκούν. Ο ρόλος των υπαρχόντων δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Μονάδες Υγείας ΠΕΔΥ και Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου), ονομάζονται Κέντρα Υγείας. Εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού για κάθε πολίτη, ασφαλισμένο ή ανασφάλιστο. Παράλληλα δημιουργούνται νέες αποκεντρωμένες δομές, περιφερειακές των Κέντρων Υγείας, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), που απευθύνονται σε συγκεκριμένο πληθυσμό, στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας, που περιλαμβάνει οικογενειακούς γιατρούς και παιδίατρος, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικό λειτουργό (Αιτιολογική Έκθεση , 2017).

ΠΦΥ όπως αναφέρεται στο άρθρο 1 του νόμου, το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του ΕΣΥ, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Στο άρθρο 2 του Νόμου αναφέρονται τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ.:

α) τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτική μονάδα,

- β) την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας,
- γ) τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα,
- δ) την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα μητέρας - παιδιού,
- ε) την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια Φροντίδα,
- στ) την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας,
- ζ) την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού,
- η) τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας,
- θ) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας,
- ι) την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων,
- ια) την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη,
- ιβ) τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,
- ιγ) τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας,
- ιδ) τις υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς,
- ιε) την κατ' οίκον φροντίδα υγείας και την κατ' οίκον νοσηλεία (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως , 2017).

Η επιτυχία της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα θα εξαρτηθεί πιθανώς από:

- ✓ Επάρκεια των οικονομικών πόρων για τη στήριξη της δημιουργίας και της ανάπτυξης
- ✓ Υποστήριξη καινοτόμων τρόπων παροχής υπηρεσιών με αποτελεσματικότητα (π.χ. τηλεϊατρική)
- ✓ Συντονισμός των υπηρεσιών από τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές (OECD, 2017).

Οι παρακάτω συστάσεις έχουν σκοπό την καθοδήγηση σε ένα αποτελεσματικό ολοκληρωμένο μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας :

- ✓ Αποτελεσματικός προγραμματισμός ανθρώπινων πόρων με την αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αντιμετώπιση των υφιστάμενων ανισορροπιών μεταξύ των ειδικών γιατρών και των παθολόγων καθώς και της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού.
- ✓ Εφαρμογή ενός πλήρως επιχειρησιακού συστήματος ηλεκτρονικής επικοινωνίας, διαλειτουργικό, ευαίσθητο στις πραγματικές συνθήκες και ανταποκρινόμενο στις ανάγκες των διεπιστημονικών ομάδων. Αποτελεσματική χρήση των τεχνολογιών, της πληροφορίας και των επικοινωνιών θα πρέπει να αποτελέσει υψηλή προτεραιότητα του συστήματος υγείας

✓ Προσανατολισμός των νέων μονάδων πρωτοβαθμίων φροντίδας υγείας για την αντιμετώπιση σημαντικών ζητημάτων δημόσιας υγείας (συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, καρδιαγγειακής νόσου, διαβήτη, τροχαία ατυχήματα κ.λπ.) και παράγοντες κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, παχυσαρκία, κ.λπ.), με παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη, τον έλεγχο και την έγκαιρη διάγνωση και διαχείριση των κινδύνων και των ασθενειών.

✓ Συντονισμένες δράσεις για ολοκληρωμένη περίθαλψη χρόνιων ασθενειών. Το υψηλό ποσοστό ατόμων με δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις απαιτεί τη βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων και πιο εξελιγμένους μηχανισμούς για τον συντονισμό της περίθαλψης. Επίσης, η κινητοποίηση πέρα από τις δομές περίθαλψης. για παράδειγμα, μέσω συμμετοχικών πρωτοβουλιών σε κοινοτικό επίπεδο. Αυτό, σημαίνει σημαντικές επενδύσεις στις τεχνολογίες πληροφορίας και επικοινωνίας και την κατάρτιση, με μια ισχυρή συσχέτιση με το τι προσφέρει μια τέτοια νέα προσέγγιση μέσω εκστρατειών ευαισθητοποίησης του κοινού και της επαγγελματικής εκπαίδευσης.

✓ Έμφαση στην ενσωμάτωση της δημόσιας υγείας και της ΠΦΥ με επίκεντρο στη ροή και ανταλλαγή πληροφοριών για την ενημέρωση των προτεραιοτήτων, των ευκαιριών και των βέλτιστων πρακτικών.

✓ Ανάπτυξη βασικών ικανοτήτων και εφαρμογή συντονισμένου προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες της ΠΦΥ. επανακατάρτισης των επαγγελματιών της ΠΦΥ με επίκεντρο την ανάπτυξη των ηλεκτρονικών υπολογιστών και της κουλτούρας της διεπιστημονικής συνεργασίας.

✓ Διαπανεπιστημιακή εκπαίδευση μέσω ενός εθνικού σχεδίου αναδιάρθρωσης των προγραμμάτων κατάρτισης της ΠΦΥ, με έμφαση στη γενική πρακτική (αλλαγή της διάρθρωσης, του περιεχομένου του προγράμματος σπουδών, των μεθόδων διδασκαλίας και αξιολόγησης) και άλλων επιστημονικών.

✓ Συντονισμός της περίθαλψης από τις περιφερειακές και τοπικές υγειονομικές αρχές προκειμένου να συνδεθούν οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με άλλους τομείς δηλαδή οι τομείς που επηρεάζουν τόσο την προαγωγή της υγείας όσο και την πρόληψη των ασθενειών. Όλες οι υπηρεσίες θα πρέπει να είναι καλά προσαρμοσμένες στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Ο σχεδιασμός πολιτικής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την αντίληψη του κοινού για την ΠΦΥ (Lionis et al., 2019).

Η υιοθέτηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ απαιτεί σημαντική αλλαγή στην οργανωτική νοοτροπία σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας.

Οι τέσσερις αναδυόμενες προτεραιότητες είναι οι ακόλουθες:

1. Κοινοτική στήριξη από τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής
2. Συνεργασία με τα πανεπιστήμια ώστε να συμπεριληφθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως βασική συνιστώσα στα ιατρικά προγράμματα σπουδών

3. Συνεργασία με τις κοινότητες για τη βελτίωση της ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με την ΠΦΥ,
4. Καθολική κάλυψη του πληθυσμού από ένα δημόσια πλαίσιο πρωτοβάθμιας υγείας και δέσμευση του ιδιωτικού τομέα να παρέχει, σε σημαντικό βαθμό, υπηρεσίες σ πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας .

Οι προτεραιότητες αυτές είναι χρήσιμες για μια επιτυχημένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Lionis et al., 2019).

Για να γίνουν πιο κατανοητές οι αλληπάλληλες θεσμικές ρυθμίσεις στο χώρο της ΠΦΥ στην Ελλάδα, έγινε προσπάθεια αποτύπωσης των νομοθετικών ρυθμίσεων στον πίνακα που ακολουθεί:

**Πίνακας 2: Νομοθετικές Ρυθμίσεις στον χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα**

<b>Νόμος / ΦΕΚ</b>	<b>Σύνοψη</b>
N.1397/1983	Σύσταση ΕΣΥ
N.1579/1985	Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
N.2071/1992	Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας
N.2194/1994	Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
N.2519/1997	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις
N.2889/2001	Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
N. 2920/2001	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας
N. 2955/2001	Ρυθμιστικό πλαίσιο για τις διαδικασίες προμηθειών
N. 3106/2003	Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών πρόνοιας
N. 3172/2003	Σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας
N.3235/2004	Δίκτυα πρωτοβάθμιας υγείας και ηλεκτρονική κάρτα υγείας
N. 3329/2005	Κατάργηση ΠεΣΥΠ και αντικατάσταση με τις ΔΥΠΕ
N. 3370/2005	Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας
N. 3527/2007	Μείωση των ΔΥΠΕ από 17 σε 7 υγειονομικές περιφέρειες.
N. 3852/2010	πρόγραμμα «Καλλικράτης» για την ΠΦΥ
N. 3868/2010	Ολοήμερη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων
N.3892/2010	Ηλεκτρονική συνταγογράφηση
N.3918/2011	Σύσταση ΕΟΠΥΥ
ΦΕΚ 545/01.03.2012	Συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία
ΦΕΚ Β 3054/2012	Σύνταξη ΕΚΠΥ
N. 4052/2012	Αναδιοργάνωση υγειονομικών περιφερειών
ΦΕΚ 2551 Β/7.10.2013	Καθιέρωση rebate στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
N. 4238/2014	Ίδρυση ΠΕΔΥ
ΦΕΚ 490 Β/01-04-2015	Κατάργηση εισιτηρίου 5€ για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία

N. 4368/2016	Υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων και των προσφύγων
N.4387/2016	Ίδρυση ΕΦΚΑ
N.4486/2017	Δημιουργία ΤΟΜΥ και θέσπιση οικογενειακού ιατρού ως πύλη εισόδου

#### 4.3. Προβλήματα και τάσεις της Π.Φ.Υ σήμερα

Έως την πρώτη συστηματική προσπάθεια του 2014 (με τον Νόμο 4238, που περιγράφεται παραπάνω) οι αλληπάλληλες νομοθετικές παρεμβάσεις στον υγειονομικό τομέα δεν κατάφεραν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα πολλά και έντονα προβλήματα στην οργάνωση, στην λειτουργία, στη χρηματοδότηση και στην αποτελεσματικότητα στην παροχή υγειονομικής φροντίδας (Θεοδώρου και συν., 2001). Ιδιαίτερο προβληματισμό δημιουργούσαν οι οξείες ανισότητες στην πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών και η ισχνή ανάπτυξη της ΠΦΥ.

Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν από το 1983 έως πρόσφατα δεν κατάφεραν να δώσουν μια κατεύθυνση για τη δημιουργία ενός βιώσιμου συστήματος ΠΦΥ. Η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ έως το 2010 παρουσιάζονταν κατακεραματισμένη με ελάχιστο συντονισμό μεταξύ των επιπέδων περίθαλψης καθώς και με έλλειψη προσωπικού και εξοπλισμού (Groenewegen & Jurgutis, 2013 ; Economou, 2010 ).

Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι μια ανεπαρκής ΠΦΥ επιβαρύνει τόσο το Δευτεροβάθμιο όσο και το Τριτοβάθμιο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης. Ως ιδιαίτερη αστοχία επισημαίνονταν η μη εφαρμογή (παρά τη θεσμική του πρόβλεψη) του θεσμού του οικογενειακού ιατρού ως σημείου αναφοράς του συστήματος. Επίσης σοβαρές ήταν οι ανεπάρκειες στο σύστημα παραπομπής των ασθενών σε άλλες ειδικότητες, στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία, γεγονός που επηρέαζε θετικά την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα. Την όλη κατάσταση, επιδεινώνει το γεγονός ότι η Ελλάδα διαθέτει μικρό αριθμό οικογενειακών ιατρών, σε σχέση με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (Σίσκου και συν., 2008 ; Σωτηριάδου και συν., 2011 ).

Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των Εφημερευόντων Νοσοκομείων έως την πλήρη και καθολική λειτουργία της ΠΦΥ, αντιμετωπίζουν πρόβλημα συντονισμού των υπηρεσιών τους λόγω των αδικαιολόγητων διακομιδών και επισκέψεων από χρήστες που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν από επαγγελματίες της ΠΦΥ. Συχνά το πρόβλημα επιδεινώνεται από την έλλειψη οργανωμένου συστήματος διαλογής ασθενών (Triage) στα ΤΕΠ. (Λύδακης και συν ., 2014).

Οι λίστες αναμονής για εξειδικευμένη φροντίδα χωρίς γνωμάτευση από την Π.Φ.Υ. αποτελούν εξίσου σημαντικό πρόβλημα ειδικότερα στις αστικές και ημιαστικές περιοχές. Οι ανεπαρκείς πόροι και οι δυσκολίες διακομιδής περιορίζουν την αποτελεσματικότητα των

κέντρων υγείας, ειδικά όταν πρόκειται για ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι είναι και οι κύριοι λήπτες των υπηρεσιών (Economou, 2010).

Ο προσανατολισμός του ΕΣΥ είναι νοσοκομειοκεντρικός και απόλυτα ιατροκεντρικός στοχεύοντας στην αντιμετώπιση της ασθένειας και όχι στην πρόληψη και προαγωγή υγείας με αποτέλεσμα η ανάπτυξη της ΠΦΥ να καθυστερεί. Σε πολλές περιπτώσεις, το μεγαλύτερο μέρος των δραστηριοτήτων των Κέντρων Υγείας περιορίζεται στην συνταγογράφηση, την περίθαλψη ή την παραπομπή των ασθενών στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και λείπουν οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την πρόληψη και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Γεωργακοπούλου, 2014).

Από την άλλη, η προσαρμογή της ΠΦΥ αφενός στις επιταγές της Διακήρυξης της Alma Ata<sup>4</sup> και αφετέρου της Astana<sup>5</sup> αναδεικνύουν τις γενικότερες προτεραιότητες για την θέσπιση και λειτουργία ενός ισχυρού συστήματος ΠΦΥ:

- Θέτει ως προτεραιότητα την ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
  - Διευκολύνει τη συμμετοχή και ενδυναμώνει το ρόλο της κοινότητας
  - Συνδέει την υγεία με την ανάπτυξη
  - Επενδύει στην καινοτομία για φάρμακα, στις τεχνολογίες και την προώθηση της έρευνας.
- Οι προτεραιότητες της Alma Ata μπορούν να ενισχύσουν τις θετικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και να υποστηρίξουν την ευρύτερη διεπιστημονική συνεργασία, την εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία, την αποτελεσματική χρήση των πόρων και της τεχνολογίας καθώς και του συμβουλευτικού χαρακτήρα, ο οποίος συνδέεται με την κοινωνική δικαιοσύνη (Walley et al., 2008).

Η απομάκρυνση από τις αρχές που προαναφέρθηκαν, οδηγεί στην διαμόρφωση της σημερινής κατάστασης, με χαρακτηριστικά που παρατηρούνται στο ελληνικό σύστημα ΠΦΥ:

1) Την έλλειψη ικανού αριθμού Γενικών Ιατρών (ειδικότητα – κλειδί για την επιτυχία του εγχειρήματος της ΠΦΥ). (Economou, 2010).

Το πρόβλημα της υποστελέχωσης επιδεινώνεται και από την άρνηση των επαγγελματιών υγείας (κυρίως του ιατρικού προσωπικού) να ενταχθεί στο σύστημα της ΠΦΥ, εξαιτίας της μη ικανοποιητικής αμοιβής, της αλλαγής του εργασιακού καθεστώτος σε πλήρη και αποκλειστική απασχόληση κ.ά. που έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού αυξάνοντας τις ιδιωτικές δαπάνες.

2) Τις συντεχνιακές αντιδράσεις που εμποδίζουν την θεσμική αναβάθμιση του νοσηλευτικού ρόλου στο δημόσιο Σύστημα Υγείας. Είναι χαρακτηριστικό πως στα κράτη που διαθέτουν προηγμένα υγειονομικά συστήματα, ο ρόλος του Νοσηλευτικού προσωπικού έχει βαρύνουσα σημασία στην παροχή της φροντίδας, ειδικά σε κράτη με ισχυρή ΠΦΥ (π.χ. nurses practitioners (NPs) στο Ηνωμένο Βασίλειο). Πράγματι, η αναβάθμιση του ρόλου του Νοσηλευτικού προσωπικού, η επέκταση της εκπαίδευσης και των αρμοδιοτήτων του,

<sup>4</sup> Αποτέλεσμα της Διεθνούς Διάσκεψης για την ΠΦΥ, Alma – Ata, Καζακστάν, 6 – 12 Σεπ. 1978

<sup>5</sup> Αποτέλεσμα της Διεθνούς Διάσκεψης για την ΠΦΥ, Astana, Καζακστάν, 25 – 26 Οκτ. 2018.



συμβάλει στην μείωση του κόστους δίνοντας επιπλέον χρόνο στον ιατρό για την αντιμετώπιση των οξέων και περίπλοκων περιστατικών (Buchan et al., 2013).

3) Την αναγκαιότητα της ενίσχυσης της λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας στο πλαίσιο της ΠΦΥ.

4) Την εγκαθίδρυση ενός αξιόπιστου και έγκαιρου συστήματος διασύνδεσης των μονάδων ΠΦΥ με τα Νοσοκομεία.

5) Έλλειψη ικανού αριθμού αστικών κέντρων υγείας με διευρυμένο ωράριο λειτουργίας ώστε να μην επιβαρύνεται η δευτεροβάθμια περίθαλψη με την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών.

6) Τον σχεδιασμό και την ενίσχυση ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας (Κυριόπουλος και συν., 2000 ; Ποτήρης & Σαράφης 2014; Εφημερίδα της Κυβερνήσεως 2014).

## 5. Μετρήσεις και απεικονίσεις της ικανοποίησης των ασθενών από τις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες υγείας

### 5.1. Εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση της ικανοποίησης

Η ικανοποίηση είναι μια ψυχολογική έννοια που μπορεί εύκολα να κατανοηθεί, αλλά είναι δύσκολο να καθοριστεί. Η εμπειρία της ικανοποίησης μπορεί να συνδέεται με την ευτυχία, τον πλούτο, την ευημερία και την ποιότητα ζωής. Στην τεχνική απόδοσή της, είναι μια απόφαση που ορίζεται από τους πελάτες / χρήστες μιας υπηρεσίας, τεκμηριωμένη μετά την εμπειρία κατανάλωσης. Παρόλα αυτά, η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την εξεύρεση σημείων δυσαρέσκειας και αδυναμίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας ( Priporas et al., 2008).

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένας από τους σημαντικότερους δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας με οφέλη τόσο για τους ασθενείς όσο και για το σύστημα υγείας (Donabedian, 1988).

Η εκπλήρωση των εσωτερικών αναγκών των ασθενών, όσον αφορά την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας εκφράζονται με την ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, την αναγνώριση και τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις, ενώ η δυσαρέσκεια τους εκφράζεται, όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι υπηρεσίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες ( Bond & Thomas, 1992).

### 5.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση

Παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών είναι οι προσδοκίες τους, οι προηγούμενες εμπειρίες, οι ιατρικές και νοσηλευτικές πληροφορίες, καθώς και η εξέλιξη της ασθένειας (Donabedian, 1988). Συνεπώς, η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την παροχή υπηρεσιών υγείας και εκτιμάται η διαφορά που προκύπτει από προσδοκίες τους και τα τελικά αποτελέσματα (Μίαουλις et al., 2009). Η διαφορά που προκύπτει από την αντίληψη των ασθενών και τις προσδοκίες τους προέρχεται από τις εξής συνήθεις αιτίες :

1. Διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών και στις προσφερόμενες υπηρεσίες. Η διαφορά αυτή αντικατοπτρίζει στην αδυναμία του φορέα υγείας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών..
2. Διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των προδιαγραφών. Η διαφορά αυτή προκύπτει από την έλλειψη παραμέτρων και από την αδυναμία του φορέα υγείας να παρέχει

ποιοτικές υπηρεσίες, επειδή δεν είσαι σε θέση να μετατρέψει τις προσδοκίες των ασθενών σε συγκεκριμένες προδιαγραφές.

3. Διαφορά μεταξύ των προσφερόμενων υπηρεσιών και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών. Η διαφορά αυτή οφείλεται στην αδυναμία του φορέα υγείας να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες, διότι δεν ακολουθεί τα κατάλληλα πρότυπα εξυπηρέτησης.
4. Διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που υπόσχεται ο φορέας υγείας στους ασθενείς και των τελικών παρεχόμενων υπηρεσιών. Η εν λόγω διαφορά προκύπτει από την αδυναμία του φορέα υγείας να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες, η οποία οφείλεται στο γεγονός ότι δεν τηρεί τις υποσχέσεις που δίνει στους ασθενείς αναφορικά με το τι πρέπει να αναμένουν, αυξάνοντας τις προσδοκίες τους με αποτέλεσμα οι αναμενόμενες προσδοκίες να μην ικανοποιούνται (Babakus & Mangold, 1992 ; Parasuraman et al., 1988).

### 5.3. Συσχέτιση της ικανοποίησης ασθενών με τις προσφερόμενες υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες υγείας όμως, συγκριτικά με τις περισσότερες υπηρεσίες των άλλων τομέων παρουσιάζουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως η υπερβολική πολυπλοκότητα, τα απροσδόκητα γεγονότα και η ανάγκη για άριστη διεπαγγελματική συνεργασία, καθώς οι οικονομικές και ανθρώπινες συνέπειες της χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών είναι υψηλές (Mitropoulos et al., 2018).

Τα σύγχρονα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης υπογραμμίζουν την ανάγκη ενίσχυσης της ΠΦΥ προκειμένου να αυξηθεί η επιλογή και η ικανοποίηση των ασθενών, έτσι οι υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται πιο κοντά στην κατοικία ή την εργασία των πολιτών, λειτουργώντας ως πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Pierrakos et al., 2017).

Το ιεραρχικό μοντέλο ικανοποίησης των ασθενών υποστηρίζει ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα σε 4 διαστάσεις:

- διαπροσωπική ποιότητα μέσω διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ του ασθενούς και των παροχών υπηρεσιών υγείας,
- τεχνική ποιότητα της φροντίδα υγείας, όπου το αποτέλεσμα προκύπτει από την εκτίμηση του ασθενούς,
- περιβαλλοντική ποιότητα των εγκαταστάσεων και
- το περιβάλλον και τη διοικητική ποιότητα των λειτουργιών, όπως ο χρόνος αναμονής κλπ.

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια σύνθετη έννοια που σχετίζεται με τις ανάγκες του ασθενούς και φαίνεται ότι συνδέεται με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχονται (δηλ. διοικητικές υπηρεσίες, εγκαταστάσεις, οργανωτική υποστήριξη) καθώς και το φυσικό περιβάλλον ( Goula et al., 2015).

Η καταγραφή της ικανοποίησης από τις μονάδες του πρωτοβάθμιου επιπέδου υγείας μπορεί να συμβάλει στην ορθολογική ανάπτυξη ενός πλαισίου λειτουργικότητας για επιπλέον

προσέλκυση και διατήρηση των ασθενών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στη μείωση της δευτεροβάθμιας (Τζιριντάνη και συν., 2010).

Όπως αναφέρεται σε μια σειρά ερευνών του Ευρωβαρόμετρου σχετικά με την ικανοποίηση από την υγειονομική περίθαλψη οι Έλληνες εμφανίζουν τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Υπάρχουν πολλά εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης υψηλής ποιότητας, όπως η έλλειψη προσωπικού και εξοπλισμού, η ανεπαρκής κατάρτιση του γενικού ιατρού, καθώς και η έλλειψη σαφούς περιγραφής εργασίας για τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό. Επιπλέον, δεν υπάρχουν μηχανισμοί εποπτείας και αξιολόγησης των ιατρικών πρακτικών, της μέτρησης και ανάλυσης της χρήσης των πόρων ή αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα φαίνεται να δυσκολεύεται στην αποφυγή της άσκοπης νοσηλείας: οι μελέτες έδειξαν ότι το ένα τρίτο των εισαγωγών σε γενικό νοσοκομείο για χειρουργικές, οφθαλμολογικές και γυναικολογικές παθήσεις θα μπορούσαν να έχουν διαχειριστεί από τον γενικό ιατρό, όπως και το 40% των ορθοπεδικών εισαγωγών έκτακτης ανάγκης (Economou et al., 2017).

Σύμφωνα με τον Pierrakos et al., (2017) σε έρευνα που έγινε για την προσπάθεια προσδιορισμού των αναγκών των πολιτών στην ΠΦΥ σε επίπεδο τοπικής κοινότητας στην Αττική, αναφέρει ότι ως πρώτη επιλογή για τις υπηρεσίες της ΠΦΥ στην προτίμηση των πολιτών είναι τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Γεγονός που σημαίνει ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα εξακολουθεί να βασίζεται στην παροχή γενικής υγειονομικής περίθαλψης στα νοσοκομεία (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη) με αποτέλεσμα να επιβαρύνουν την ήδη πολύπλοκη υπηρεσία τους (Pierrakos et al., 2017).

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης βασισμένο στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού λείπει, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές. Η υφιστάμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι ούτε καλά ανεπτυγμένη ούτε καλά οργανωμένη, ενώ οι υπηρεσίες υγείας προσανατολίζονται μονομερώς σε οξεία προβλήματα υγείας και σπάνια συμμετέχουν στην προαγωγή της υγείας ή την πρόληψη των ασθενειών (Economou et al., 2017).

Οι φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να ανταποκριθούν στις πραγματικές ανάγκες των τοπικών πληθυσμών, προκειμένου να μετατοπίσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες από ένα "ένα μέγεθος και ταιριάζει σε όλους" προς μια πιο ευέλικτη προσέγγιση (Pierrakos et al., 2017).

#### **5.4. Η προσέγγιση της μέτρησης της Εμπειρία των Ασθενών**

Η βελτίωση των Υπηρεσιών που παρέχει στους ασθενείς ένα σύγχρονο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει την εισαγωγή προτύπων διασφάλισης ποιότητας καθώς και ένα πλαίσιο καταγραφής και μέτρησης της αποτελεσματικότητας των προτύπων αυτών.

Τα συστήματα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας δίνουν έμφαση όχι μόνο στη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών αλλά, στη βάση μιας πιο ολοκληρωμένης και στοχευόμενης προσέγγισης, στην εμπειρία του Ασθενή (patient experience). Για τον εννοιολογικό προσδιορισμό αυτής της εμπειρίας, εξετάζονται οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας αλλά και υγειονομικών μονάδων, η οργανωτική κουλτούρα των οποίων, επηρεάζει τις αντιλήψεις των ασθενών κατά τη διάρκεια της υγειονομικής φροντίδας (laVela et.al. 2014). Οι μετρήσεις που αποτυπώνουν την οπτική του ασθενή για τις υπηρεσίες τις οποίες δέχτηκε, είναι στις μέρες μας κοινή στρατηγική για τον έλεγχο και την παρακολούθηση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας.

Σκοπός της μέτρησης της εμπειρίας των Ασθενών είναι η ενίσχυση της ποιότητας κατά την επίσκεψη σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Η διαδικασία αξιολόγησης και μέτρησης της εμπειρίας των ασθενών κυρίως αφορά και θέτει στο επίκεντρο της την υγειονομική φροντίδα για την αντιμετώπιση περιστατικών με επείγοντα χαρακτήρα είτε κατά την οξεία φάση μια ασθένειας ή τραυματισμού (acute care). Συνδέεται περισσότερο με τις υπηρεσίες που παρέχει η πρωτοβάθμια βαθμίδα υγείας και ένα τμήμα της δευτεροβάθμιας που συνδέεται με επείγοντα περιστατικά και τη πιθανότητα βραχείας παραμονής ή νοσηλείας του λήπτη, σε αντίθεση με την χρόνια φροντίδα και την μακροχρόνια νοσηλεία των ασθενών.

Η μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών παρέχει την ευκαιρία για βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, ενίσχυσης της στρατηγικής λήψης αποφάσεων, αναγνώριση των προσδοκιών των ληπτών, έλεγχο της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας της και τον καλύτερο συντονισμό των οργανισμών υγειονομικής φροντίδας.

Η προσπάθεια ενίσχυσης των ποιοτικών στοιχείων της εμπειρίας των ληπτών υπηρεσιών υγείας απαιτεί τη ενεργή συμμετοχή όλων των μελών του προσωπικού των δομών καθώς και τη δέσμευση των στελεχών της διοίκησης προς την κατεύθυνση αυτή.

Καθοριστικός παράγοντας της ποιοτικής αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί η εισαγωγή διαδικασιών μέτρησης που θα επιτρέπουν στους χρήστες με αμεσότητα να αξιολογούν την εμπειρία τους από την επίσκεψη του σε αυτές.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι υπάρχει ένα ευρύ φάσμα δεικτών που συνδέονται με την αξιολόγηση της εμπειρίας των ασθενών, είναι σημαντικό για τη διαμόρφωση ενός επιτυχημένου εργαλείου μετρήσεων να ακολουθούνται κάποιες βασικές κατευθύνσεις:

- Η διαδικασία μέτρησης της εμπειρίας των ασθενών να έχει μόνιμο ή περιοδικό χαρακτήρα εντασσόμενο στο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης ενός συστήματος υγείας ως στοιχείο της κουλτούρας του .
- Οι δείκτες που θα επιλεγούν θα πρέπει να αφορούν στα ζητήματα που έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα για τους λήπτες και αποτελούν τον πυρήνα της εμπειρίας τους αλλά και να συνδυάζονται παράλληλα με τους σκοπούς και τις απαιτήσεις που θέτει η ίδια η δομή ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Η μέθοδος και το εργαλείο αξιολόγησης που δίνει τη δυνατότητα στον ίδιο τον ασθενή να ανατροφοδοτεί το σύστημα άμεσα χωρίς να παρεμβάλλεται κάποιος τρίτος.
- Είναι ιδιαίτερα σημαντική η κατανόηση της διάκρισης της έννοιας «εμπειρία» από την έννοια «ικανοποίηση». Η πρώτη περίπτωση αναφέρεται στην εμπειρία του ασθενή από της διαδικασία της φροντίδας υγείας ( Experience of the Care Process- Patient-reported experience measures PREMs) που έλαβε ενώ από την άλλη αφορά την καταγραφή από τον ασθενή μετρήσεων των αποτελεσμάτων από την επίσκεψη του (patient-reported outcome measures- PROMs) (Coulter A et.al. 2009).

Η αφετηρία για την καταγραφή και αξιολόγησης των εμπειριών του ασθενή εμπεριέχει την διαδικασία προτυποποίησης και ορισμού ομάδων δεικτών μέτρησης. Με άλλα λόγια πρέπει να είναι διακριτό ποια ζητήματα είναι αναγκαίο να μετρηθούν. Ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν:

- Η επιλογή του δομής ή επαγγελματία υγείας
- Προσβασιμότητα και χρόνος αναμονής
- Εμπιστοσύνη και εχεμύθεια του επαγγελματία υγείας
- Γνώση και εμπειρία του των επαγγελματιών υγείας
- Πληροφόρηση και επικοινωνία με τον ασθενή
- Συμμετοχή στις επιλογές και τις αποφάσεις για το είδος και τον τρόπο παροχής της φροντίδας
- Επάρκεια του προσωπικού όταν είναι αναγκαίο
- Ζητήματα υποδομών, υγιεινής και καθαριότητας
- Ζητήματα εχεμύθειας ,ηθικής και δεοντολογίας
- Προστασία της αξιοπρέπειας και σεβασμό απέναντι στο ασθενή

Επομένως, έχοντας υπόψη τις αδυναμίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι προσπάθειες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, όπως έχουν ήδη προαναφερθεί στις προηγούμενες ενότητες, αναγνωρίζεται η σημαντικότητα της προσέγγισης μέτρησης της εμπειρίας του Ασθενή.

Ο Λήπτης των υπηρεσιών αντί να αξιολογεί την φροντίδα που έλαβε στη βάση ερωτήσεων γενικού χαρακτήρα καλείται να απαντήσει αναφερόμενος για την εμπειρία που προκύπτει από μια συγκεκριμένη υπηρεσία ειδικά (μεμονωμένη επίσκεψη, ένα έκτακτο πρόβλημα ή επεισόδιο ή για μία συγκεκριμένη περίοδο ή κύκλο φροντίδας, συγκεκριμένο ιατρό ή επαγγελματία υγείας). Η προσπάθεια επικεντρώνεται περισσότερο στην να δοθεί η δυνατότητα στον ασθενή να απαντήσει σε ερωτήματα για το τι στην πραγματικότητα συνέβη παρά στην αξιολόγηση για αυτό που συνέβη. Επομένως η αξιολόγηση που αφορά την εμπειρία των ασθενών θέτει το ερώτημα ποια ήταν ή εμπειρία ενώ αυτή της ικανοποίησης των ασθενών ρωτά πως αξιολογείς την εμπειρία αυτή. Οι απαντήσεις και στις δύο περιπτώσεις αντιπροσωπεύουν τις προσλαμβάνουσες και τις αντιλήψεις του λήπτη αλλά με διαφορετική προσέγγιση μεταξύ τους.

Οι πληροφορίες που λαμβάνονται με αυτό τον τρόπο μπορούν να απομειώσουν την πολυπλοκότητα κατανόησης για μια σειρά από παραμέτρους της υγειονομικής φροντίδας επιτρέποντας τη συσχέτιση της οπτικής των ασθενών με τη βαρύτητα των παραμέτρων καθορίζοντας τις προτεραιότητες ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από τις μέχρι τώρα προσπάθειες που εστιάζουν στη μέτρηση των εμπειριών των ασθενών είναι ότι αυτές είναι λιγότερο υποκειμενικές, κυρίων όσον αφορά τις διαφορετικές προσδοκίες των ληπτών από το σύστημα, από αντίστοιχες που αφορούν στη μέτρηση της ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Επίσης προκύπτει ότι οι προτεραιότητες που θέτουν συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (π.χ. καρκινοπαθείς, με καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβητικοί) ποικίλουν, ως προς την αξιολόγηση της εμπειρίας τους και των ζητημάτων που θεωρούν ως πιο σημαντικά, γεγονός που επιτρέπει την εξαγωγή εξειδικευμένων συμπερασμάτων στη βάση του διαφορετικού προφίλ των ληπτών.

### 6. Σκοπός, Μεθοδολογία και Υλικό της Έρευνας

#### 6.1. Σκοπός και Αντικείμενο της Μελέτης

Σκοπός της ανατιθέμενης με την παρούσα σύμβαση μελέτης, σύμφωνα με την αριθ. 4464/21.5.2019 (ΑΔΑ: ΨΡΤΡ4691Φ0-Λ6Λ) απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. είναι η διερεύνηση των εμπειριών και της ικανοποίησης των πολιτών από τις Πρωτοβάθμιες και Δευτεροβάθμιες Μονάδες Υγείας. Η επιλογή του συγκεκριμένου τομέα για την διεξαγωγή της έρευνας επιβλήθηκε από τις εξελίξεις τόσο σε επιχειρησιακό όσο και σε θεσμικό επίπεδο στην χώρα μας. Είναι εύκολα αντιληπτό πως οι Υπηρεσίες υγείας αποτελούν το πιο ευαίσθητο ίσως κομμάτι, κοινωνικής πολιτικής σε ένα οργανωμένο Κράτος. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια επιχειρείται μια σημαντική αναδιαρθρωτική προσπάθεια της οποίας ο κύριος άξονας είναι ο μετασχηματισμός του μοντέλου παροχής Υγειονομικής Φροντίδας – ιδιαίτερα στο Δημόσιο Τομέα – από Ιατροκεντρικό σε Ασθενοκεντρικό.

Κύριος άξονας της αναδιαρθρωτικής αυτής προσπάθειας είναι η δημιουργία ενός ενισχυμένου σε υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό, διασυνδεδεμένου και διαλειτουργικού δικτύου Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας. Τα οφέλη αυτής της πολιτικής αναμένονται πολλαπλά και σε πολλά επίπεδα τόσο για το Κράτος, τις δομές και τους επαγγελματίες Υγείας, όσο για τον Ασφαλιστικό υπερ-οργανισμό (ΕΟΠΥΥ) και φυσικά για τους πολίτες – λήπτες/λήπτριες των υπηρεσιών αυτών. Τα κύρια αναμενόμενα οφέλη είναι, κυρίως, ο απεγκλωβισμός της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας περίθαλψης από τον μεγάλο όγκο επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία, η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών προς τον πολίτη, η βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του Συστήματος, η διευκόλυνση της προσβασιμότητας προς αυτό κ.ά. Επιπρόσθετα βασικές έννοιες για κάθε προηγμένο Σύστημα Υγείας, όπως Προαγωγή Υγείας, Κοινωνική Υγεία κλπ θα βρουν πεδίο και κίνητρο εφαρμογής.

Η προσπάθεια στην Ελλάδα άρχισε ουσιαστικά με την ψήφιση του Νόμου 4486 / 2017 (ΦΕΚ Α 115/7-8-2017: «ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ» για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

Με τον νόμο αυτόν δημιουργήθηκε ένα δίκτυο δομών με Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) που, σε συνδυασμό με τις υφιστάμενες δομές, όπως τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ) και τα εξωτερικά ιατρεία των Γενικών (Δευτεροβάθμια) και Ειδικών (Τριτοβάθμια) Νοσοκομείων, παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ.



Σε αυτό το πλαίσιο, η μελέτη φιλοδοξεί να καταγράψει και αποτιμήσει τις εμπειρίες του λήπτη/ της λήπτριας υπηρεσιών ΠΦΥ και ειδικά το βαθμό της ικανοποίησής του από το προαναφερόμενο Δίκτυο και τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Με αυτόν τον τρόπο θα αποτυπωθεί όχι τόσο η σκοπιμότητα του νέου θεσμικού και οργανωτικού πλαισίου (η διεθνής βιβλιογραφία και πρακτική αποδεικνύουν την αναγκαιότητα της), όσο οι κατευθύνσεις που πρέπει να ακολουθήσει, ώστε να βελτιώσει τις επιδόσεις της με γνώμονα την προάσπιση της υγείας του Έλληνα λήπτη/ της Ελληνίδας λήπτριας, αλλά και τον σεβασμό στη χρήση των δημόσιων πόρων. Η αναγκαιότητα της εκπόνησης της παρούσας έρευνας, αναδεικνύεται από τις οργανωτικές και δομικές αδυναμίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα (Schäfer, et. al, 2015), (Lionis, et. al, 2017), αλλά και από την απουσία συστηματικής αξιολόγησης των εμπειριών και της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας (LaVela & Gallan, 2014).

## 6.2. Μεθοδολογία της έρευνας

Η έρευνα ήταν συγχρονική και στηρίχτηκε στην συμπλήρωση δομημένων και σταθμισμένων ερωτηματολογίων χωρίς τη χρήση συνεντευκτή/συνεντεύκτριας. Τα ερωτηματολόγια στηρίζονται σε πρότυπα που έχουν χρησιμοποιηθεί σε αντίστοιχες μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και σε ερωτηματολόγιο που έχει ήδη αναπτυχθεί και δοκιμαστεί για την εγκυρότητα και αξιοπιστία του, έχει δημοσιευθεί σε διεθνή περιοδικά και έχει χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στα τρία επίπεδα της ΠΦΥ (γενικούς ιατρούς, Κέντρα Υγείας και Εξωτερικά Ιατρεία Δημόσιων Νοσοκομείων) (Economou et al., 2019, Kaitelidou et al., 2019).<sup>6</sup>

Ειδικότερα, τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη (Παράρτημα II) είναι τα παρακάτω:

«Αξιολόγηση της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ληπτών/-τριών υπηρεσιών υγείας από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων»

«Αξιολόγηση της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ληπτών/-τριών υπηρεσιών υγείας από τα Κέντρα Υγείας» και

---

<sup>6</sup> Η διαδικασία ανάπτυξης και στάθμισης του ερωτηματολογίου έχει περιγραφεί αναλυτικά στην Μελέτη με τίτλο: “Support to the Ministry of Health of Greece in developing the tools for conducting periodic user experiences evaluation surveys in public primary health care facilities”, που εκπονήθηκε για λογαριασμό του Περιφερειακού Γραφείου για την Ευρώπη του ΠΟΥ και παραδόθηκε τον Δεκέμβριο 2017.

«Αξιολόγηση της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ληπτών/-τριών υπηρεσιών υγείας από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY)»

Τα ερωτηματολόγια διαρθρώνονται σε τέσσερις (4) ενότητες.

Η πρώτη ενότητα αφορά στοιχεία σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τις διαδικασίες προγραμματισμού της επίσκεψής τους. Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τις διάφορες διαστάσεις της φροντίδας (Προσβασιμότητα, Συνέχεια και Συντονισμός της Φροντίδας, Περιεκτικότητα της Φροντίδας, Ποιότητα Ιατρικής Φροντίδας, Χαρακτηριστικά των Υποδομών, Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ποιότητα Φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας). Στην τρίτη ενότητα οι ασθενείς/λήπτες των υπηρεσιών κλήθηκαν να υποδείξουν τη σημασία της κάθε ερώτησης, απαντώντας σε ερωτηματολόγιο «αξιών» (για τη σημασία που αποδίδουν οι ασθενείς σε κάθε επιμέρους διάσταση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας). Τέλος, η τέταρτη ενότητα περιλαμβάνει τρεις ανοικτές ερωτήσεις («Τί σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;», «Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γενικός ιατρός/παθολόγος ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που είδατε σήμερα;» και «Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτήν τη ΤοMY;»).

### **6.2.1. Δειγματοληψία, κριτήρια ένταξης και διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Ο πληθυσμός μελέτης αποτελούνταν από ενήλικες (ηλικίας 18 ετών και άνω) που επισκέφτηκαν τις Μονάδες οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ, της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ Αττικής) και 2ης (ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου) κατά το χρονικό διάστημα 15 Ιουλίου 2019 έως 17 Νοεμβρίου 2019.

Οι συγκεκριμένες υγειονομικές περιφέρειες επιλέχθηκαν, επειδή είναι αντιπροσωπευτικές όλης της Ελλάδας και επειδή – ειδικά η 2η – διαθέτουν όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά (αστικά, ημι-αστικά, αγροτικά, νησιωτικότητα, άγονες – προβληματικές περιοχές) που εξασφαλίζουν μια πολύ υψηλή αντιπροσωπευτικότητα δείγματος. Ειδικότερα, οι δύο επιλεγείσες ΥΠΕ αποτελούν, ποσοστιαία και σε τάξη μεγέθους, περίπου το 50% των υφιστάμενων δομών της χώρας (με την 1<sup>η</sup> ΥΠΕ να καλύπτει κυρίως τον αστικό χώρο και με μεγάλου μεγέθους νοσοκομειακές μονάδες, ενώ η 2<sup>η</sup> ΥΠΕ καλύπτει αντιπροσωπευτικά τις νησιωτικές και μικρότερου μεγέθους μονάδες). Επιπρόσθετα, και με δεδομένο το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας, αποτυπώνεται και η διαφοροποίηση του πληθυσμού λήψης των υπηρεσιών υγείας σε περιοχές υψηλού τουριστικού ενδιαφέροντος.

Η έρευνα διεξήχθη με προηγούμενη επικοινωνία και συνεργασία με τις μονάδες υγείας που συμμετείχαν ώστε να μην παρεμποδίζεται η ομαλή λειτουργία τους.

Επίσης, ζητήθηκε και εξασφαλίστηκε η άδεια για έρευνα από τις αρμόδιες εποπτεύουσες των δομών υπηρεσίες (ΥΠΕ, Νοσοκομεία).

Η αποτύπωση της διαδικασίας διανομής και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων της Έρευνας παρουσιάζεται στον παρακάτω Πίνακα.

Πίνακας 3: Συνοπτική Αποτύπωση του Πλήθους των Ερωτηματολογίων της Έρευνας

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΣΤΑΛΗΣΑΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΠΟΥ ΕΠΕΣΤΡΑΦΗΚΑΝ ΣΥΜΑΗΡΩΜΕΝΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΠΕΣΤΡΕΨΑΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΣΥΜΠΛΗΡΩΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΥΜΠΛΗΡΩΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ ΣΕ ΕΚΚΡΕΜΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΣΕ ΕΚΚΡΕΜΟΤΗΤΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	45	1680	21	943	1	30	23	707
			47%	52%	2,2%	1,70%	51,80%	46,30%
ΤΟΜΥ	26	900	21	588	1	30	4	282
			81%	65%	3,30%	3,20%	15,30%	31%
ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	42	860	25	383	3	60	14	417
			60%	44,50%	7,14%	6,97%	33,30%	48%

Το δείγμα λήφθηκε ανεξάρτητα από το λόγο και τη διάρκεια της επίσκεψης και διασφαλίστηκε ότι δεν είχαν στοχευθεί πληθυσμοί με συγκεκριμένες ασθένειες ή χαρακτηριστικά. Η επιλογή της δειγματοληψίας ευκολίας (Convenience sampling) υπαγορεύθηκε από τη φύση της έρευνας (διερευνητική) και από τη δυνατότητα να αποφέρει μεγάλα δείγματα σε σχετικά μικρό χρόνο και με μικρό κόστος. Εξάλλου, η υλοποίηση της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε περιορισμένο χρονικό διάστημα και με περιορισμένους πόρους.

### **6.2.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Η ουσιαστική και τυπική έγκριση για τη διεξαγωγή της Έρευνας είχε ως προϋπόθεση την επικοινωνία και τη σύμφωνη γνώμη των εποπτευουσών Αρχών και των καθ' ύλην αρμοδίων οργάνων διοίκησης των δόμων που συμμετείχαν σε αυτή. Σε αυτό το πλαίσιο υπήρξε επικοινωνία και ανταλλαγή επισήμων εγγράφων μεταξύ του Διευθυντή του Ινστιτούτου Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών (Ι.Τ.Ε.Κ.), του Γ.Γ. του Υπουργείου Υγείας καθώς και των Διοικήσεων της Πρώτης και Δεύτερης Υ.ΠΕ. προκειμένου να εξασφαλισθεί ή έγκριση της αποστολής και της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων κατά τη λειτουργία των προς μελέτης μονάδων. Επίσης συγκροτήθηκε το ερευνητικό πρωτόκολλο της Μελέτης το οποίο και απεστάλη προς τους εμπλεκόμενους φορείς, κυρίως τα επιστημονικά συμβούλια των Νοσοκομείων που συμμετείχαν, με σκοπό να κοινοποιηθούν και να γίνουν αποδεκτοί οι σκοποί της συγκεκριμένης προσπάθειας.

Η συμμετοχή των ληπτών/-τριών ήταν εθελοντική. Κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετασχόντων/-ουσών και η συγκέντρωση δημογραφικών πληροφοριών, οι οποίες ενδέχεται να αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, συλλέχθηκαν με μέριμνα για την προστασία τους. Λήφθηκαν μέτρα για τη φυσική προστασία των δεδομένων με την ασφαλή αποθήκευση των ερωτηματολογίων. Τέλος, η χρήση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιήθηκαν στο βαθμό που δικαιολογείται από τους σκοπούς επιστημονικούς της έρευνας.

Η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ως εξής:

- Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης του ασθενή/λήπτη υπηρεσιών υγείας στην ΤοΜΥ/ Κέντρο Υγείας/ Νοσοκομείο.
- Ο υπεύθυνος επαγγελματίας υγείας για τη συλλογή των ερωτηματολογίων παρείχε στους συμμετέχοντες στυλό για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και ήταν διαθέσιμοι/ες στο χώρο για να απαντήσουν σε ερωτήσεις, σε περίπτωση που οι συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν δυσκολίες κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
- Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και τα έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης τοποθετούνταν σε αδιαφανείς φακέλους και αποστέλλονταν ταχυδρομικώς στην ερευνητική

ομάδα.

- Τέλος, όσον αφορά τους συμμετέχοντες με σωματικές και διανοητικές αναπηρίες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ικανότητά τους να κατανοήσουν τα ερωτήματα που τέθηκαν και συνεπώς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, ιδιαίτερη σημασία δόθηκε για τη διευκόλυνσή τους προκειμένου να μην υποεκπροσωπηθούν στο δείγμα.

## 7. Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεση τιμή, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Οι συνεχείς μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή και χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές μέθοδοι για την ανάλυση των δεδομένων.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  (chi-square test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  για τάση (chi-square trend test).

Ακολούθως, πραγματοποιήθηκαν πολυμεταβλητές αναλύσεις προκειμένου να εξαλειφθούν οι συγχετικές επιδράσεις Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή που ακολουθούσε την κανονική κατανομή, και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες των βασικών διαστάσεων της φροντίδας (πχ βαθμολογία προσβασιμότητας). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση,

παρουσιάζονται οι συντελεστές  $b$  (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές  $p$ .

Οι ελλειπούσες («απούσες») τιμές (missing values) εξαιρέθηκαν από τους υπολογισμούς.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Έτσι, σχέσεις με  $p < 0,05$  θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικές.

Τέλος, ο βαθμός δυνητικής βελτίωσης (improvement potential) εκφράστηκε με έναν ποσοτικό δείκτη που υπολογίστηκε πολλαπλασιάζοντας το ποσοστό των αρνητικών εμπειριών για κάθε ερώτηση με τη βαθμολογία σημαντικότητας/«αξίας» της αντίστοιχης ερώτησης. Ο βαθμός δυνητικής βελτίωσης υπολογίστηκε για τις ακόλουθες βασικές διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας: προσβασιμότητα συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας, περιεκτικότητα της φροντίδας, ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, χαρακτηριστικά των υποδομών και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας που παρέχονται από άλλους επαγγελματίες υγείας. Για κάθε διάσταση, υπολογίστηκε βαθμολογία δυνητικής βελτίωσης από την οπτική του ασθενούς.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι βαθμολογίες αξιολόγησης και οι βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας, ενώ οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά που αφορούν στην χρήση των υπηρεσιών υγείας.



## 7.1. Αποτελέσματα

### 7.1.1. Μελετώμενος πληθυσμός

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 1804 λήπτες υπηρεσιών υγείας εκ των οποίων οι 835 (46,3%) επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, οι 587 (32,5%) επισκέφτηκαν ΤΟΜΥ και οι 382 (21,2%) επισκέφτηκαν κέντρα υγείας. Τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και οι ΤΟΜΥ που επισκέφτηκαν οι συμμετέχοντες της μελέτης παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 4.

Πίνακας 4: Τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και οι ΤΟΜΥ που επισκέφτηκαν οι συμμετέχοντες της έρευνας

	N	%
<b>Νοσοκομεία</b>		
Άγιος Σάββας	24	2,9
Άγιοι Ανάργυροι	12	1,4
Παιδων Αγλαΐα Κυριακού	26	3,1
Αλεξάνδρας	47	5,6
Ανδρέας Συγγρός	73	8,7
Δρομοκαΐτειο	48	5,7
Έλενα Βενιζέλου	12	1,4
Ευαγγελισμός	61	7,3
Θριάσιο	30	3,6
Ικαρία	27	3,2
Λαϊκό	43	5,1
Μεταξά	30	3,6
Σύρος	21	2,5
Οφθαλμιατρείο	30	3,6
Παμμακάριστος	50	6,0
Ρόδος	45	5,4
Σάμος	16	1,9
Σισμανόγλειο	5	0,6
Σπηλιοπούλειο	11	1,3
Σωτηρία	22	2,6

Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο	202	24,2
<b>Κέντρα υγείας</b>		
Μυτιλήνη	18	4,7
Αγία Σοφία (Πειραιάς)	25	6,5
Αιγάλεω	23	6,0
Αίγινα	11	2,9
Βάρη	20	5,2
Βύρωνας	8	2,1
Βύρωνας (Κορυτσάς)	25	6,5
Ελευσίνα	29	7,6
Εύδυλος (Ικαρία)	2	,5
Ζωγράφου	14	3,7
Καλονή (Λέσβος)	20	5,2
Καλυβίων	17	4,5
Καπανδρίτι	5	1,3
Λαύριο	29	7,6
Νίκαια	14	3,7
Πάρος	20	5,2
Πατήσια	14	3,7
Πάτμος	7	1,8
Πολιχνίτος (Λέσβος)	17	4,5
Πύργιος (Χίος)	20	5,2
Ρόδος	4	1,0
Σαλαμίνα	29	7,6
Σπάτα	11	2,9
<b>TOMY</b>		
1 <sup>η</sup> Αθήνας	27	4,6
1η Αιγάλεω	27	4,6
1η Βύρωνα	29	4,9
1η Ελευσίνας	37	6,3
1η Ζωγράφου	30	5,1
1η Κερατσινίου	31	5,3
1η Νέας Ιωνίας	30	5,1
1η Νίκαιας	38	6,4
1η Πειραιά	28	4,7
1η Περιστερίου	40	6,8
1η Πετρούπολης	15	2,5
1η Φιλαδέλφειας	29	5,0
1 <sup>η</sup> Αγίου Δημητρίου	30	5,1

2η Αγίου Δημητρίου	29	4,9
2η Αιγάλεω	1	,2
2η Ελευσίνας	1	,2
2η Ζωγράφου	30	5,1
2η Νέας Φιλαδέλφειας	30	5,1
2η Πετρούπολης	15	2,5
2η Αθήνας	8	1,4
3η Αθήνας	26	4,4
Κως	30	5,1
Μοσχάτο	26	4,4

### 7.1.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 5. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (63%), επισκέφτηκαν υπηρεσίες υγείας σε Αθήνα/Πειραιά (75,8%), ήταν Ελληνικής καταγωγής (97,2%), ήταν ασφαλισμένοι (91,2%) και ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχοι MSc-PhD (34%) ή απόφοιτοι λυκείου (25,4%).

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 50,9 έτη, με τους νεότερους να επισκέπτονται συχνότερα τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας και τους μεγαλύτερους να επισκέπτονται συχνότερα τις ΤΟΜΥ ( $p<0,001$ ). Οι άνδρες επισκέφτηκαν συχνότερα νοσοκομεία και οι γυναίκες συχνότερα ΤΟΜΥ, ενώ τα ποσοστά ήταν παρόμοια για τα κέντρα υγείας ( $p<0,001$ ). Τα νοσοκομεία και οι ΤΟΜΥ βρίσκονταν κυρίως σε Αθήνα/Πειραιά, ενώ τα κέντρα υγείας βρίσκονταν κυρίως εκτός Αθήνα/Πειραιά ( $p<0,001$ ). Οι ανασφάλιστοι επισκέπτονταν συχνότερα τα νοσοκομεία και λιγότερο συχνά τις ΤΟΜΥ και τα κέντρα υγείας ( $p<0,001$ ).

Πίνακας 5: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	Νοσοκομεία		Κέντρα υγείας		TOMY		Σύνολο		Τιμή p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Φύλο									<0,001 <sup>α</sup>
Άνδρες	356	53,8	132	19,9	174	26,3	662	37,0	
Γυναίκες	469	41,6	248	22,0	411	36,4	1128	63,0	
Υπηρεσία υγείας									<0,001 <sup>α</sup>
Σε Αθήνα/Πειραιά	726	53,1	123	9,0	519	37,9	1368	75,8	
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	109	25,0	259	59,4	68	15,6	436	24,2	
Ηλικία <sup>β</sup>	49,8	16,6	49,1	14,4	53,5	15,4	50,9	15,9	<0,001 <sup>γ</sup>
Εθνικότητα									0,23 <sup>α</sup>
Ελληνική	782	45,3	375	21,7	571	33,0	1728	97,2	
Άλλη	28	57,1	7	14,3	14	28,6	49	2,8	
Εκπαιδευτικό επίπεδο									0,004 <sup>α</sup>
Μερικές τάξεις του Δημοτικού	21	41,2	8	15,7	22	43,1	51	2,9	
Απόφοιτοι Δημοτικού	76	42,0	29	16,0	76	42,0	181	10,1	
Απόφοιτοι Γυμνασίου	82	45,6	26	14,4	72	40,0	180	10,0	
Απόφοιτοι Λυκείου	212	46,5	100	21,9	144	31,6	456	25,4	
Απόφοιτοι Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	146	46,5	75	23,9	93	29,6	314	17,5	
Απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχοι MSc-PhD	289	47,4	143	23,4	178	29,2	610	34,0	
Ασφάλιση									<0,001 <sup>α</sup>
Όχι	97	61,4	29	18,4	32	20,3	158	8,8	
Ναι	738	44,9	352	21,4	555	33,7	1645	91,2	

<sup>α</sup> έλεγχος  $\chi^2$

<sup>β</sup> μέση ηλικία (τυπική απόκλιση)

<sup>γ</sup> ανάλυση διασποράς

### 7.1.3. Κλινικά χαρακτηριστικά

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 6. Το 11,7% των συμμετεχόντων είχαν αναπηρία άνω του 67% και μεταξύ αυτών το μεγαλύτερο ποσοστό επισκέπτονταν τα νοσοκομεία, ακολούθως τις ΤΟΜΥ και έπειτα τα κέντρα υγείας ( $p < 0,001$ ).

Το 74,1% των συμμετεχόντων αξιολόγησαν την κατάσταση της υγείας τους από καλή ως εξαιρετική, ενώ το 25,9% την αξιολόγησαν από μέτρια ως κακή. Ο βαθμός με τον οποίο οι συμμετέχοντες αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους φαίνεται ότι επηρεάζει τη συχνότητα με την οποία επισκέφθηκαν τις μονάδες υγείας. Συγκεκριμένα, όσο χειρότερη ήταν η αξιολόγηση της κατάστασης υγείας, τόσο μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό επίσκεψης στις ΤΟΜΥ, ενώ όσο καλύτερη ήταν η αξιολόγηση της κατάστασης υγείας, τόσο μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό επίσκεψης στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας ( $p < 0,001$ ), και αντιστρόφως. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο ότι τα άτομα που εκτιμούν πως έχουν καλύτερη υγεία, επισκέπτονται συχνότερα τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας γιατί ενδιαφέρονται και περισσότερο για την υγεία τους πραγματοποιώντας για παράδειγμα περισσότερες προληπτικές εξετάσεις ή εμβολιασμούς.

Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες (49,7%) δεν έπασχαν από χρόνια νόσημα. Η αύξηση του αριθμού των χρόνιων νοσημάτων σχετίζονται με αύξηση του ποσοστού των επισκέψεων στις ΤΟΜΥ ( $p < 0,001$ ). Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των συμμετεχόντων που έπασχαν από περισσότερα από δυο χρόνια νοσήματα, το 51,5% επισκέφθηκαν τις ΤΟΜΥ, το 26,2% επισκέφθηκαν τα νοσοκομεία και το 22,3% επισκέφθηκαν τα κέντρα υγείας.

Τα συχνότερα χρόνια νοσήματα ήταν τα καρδιαγγειακά (15,1%), τα νοσήματα του θυρεοειδούς αδένα (12,9%), ο διαβήτης (8,5%), τα αυτοάνοσα νοσήματα (8,3%), τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (6,2%) και οι καρκίνοι (4,8%). Μεταξύ των άλλων νοσημάτων, το συχνότερο ήταν η αρτηριακή υπέρταση από την οποία έπασχαν 11 άτομα. Το γεγονός ότι τα καρδιαγγειακά ήταν τα συχνότερα νοσήματα οφείλεται στο ότι μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων προέρχονταν από το Ωνάσειο. Όλοι οι ασθενείς με τα χρόνια νοσήματα επισκέπτονταν συχνότερα τα νοσοκομεία σε σχέση με τα κέντρα υγείας. Ενδεικτικά, το 75,4% των ασθενών με καρδιαγγειακά

νοσήματα επισκέπτονταν τα νοσοκομεία, ενώ το 24,6% επισκέπτονταν τα κέντρα υγείας ( $p=0,03$ ). Επιπλέον, το 80,2% των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα επισκέπτονταν τα νοσοκομεία, ενώ το 19,8% επισκέπτονταν τα κέντρα υγείας ( $p<0,001$ ).

Πίνακας 6: Τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

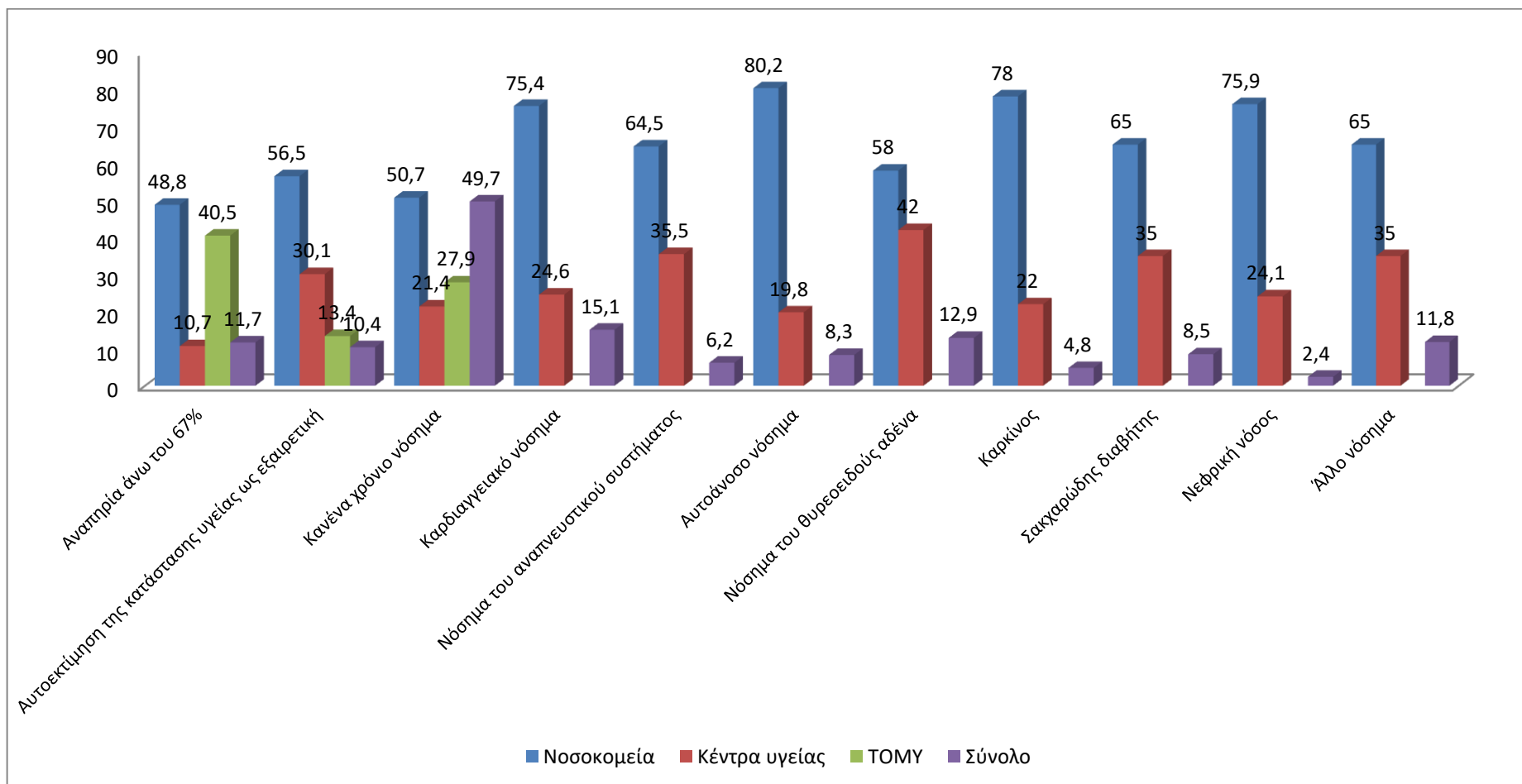
Χαρακτηριστικό	Νοσοκομεία		Κέντρα υγείας		TOMY		Σύνολο		Τιμή p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Αναπηρία άνω του 67%									<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
Όχι	699	45,3	353	22,9	491	31,8	1543	88,3	
Ναι	100	48,8	22	10,7	83	40,5	205	11,7	
Ατομική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας									<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>
Εξαιρετική	105	56,5	56	30,1	25	13,4	186	10,4	
Πολύ καλή	234	49,9	139	29,6	96	20,5	469	26,3	
Καλή	281	42,1	118	17,7	269	40,3	668	37,4	
Μέτρια	179	47,9	55	14,7	140	37,4	374	21,0	
Κακή	23	26,1	13	14,8	52	59,1	88	4,9	
Χρόνιο νόσημα									<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>
Κανένα	446	50,7	188	21,4	245	27,9	879	49,7	
Ένα	287	49,6	124	21,4	168	29,0	579	32,7	
Δυο	75	36,2	35	16,9	97	46,9	207	11,7	
Περισσότερα από δυο	27	26,2	33	22,3	53	51,5	103	5,9	
Καρδιαγγειακό νόσημα <sup>γ</sup>									<b>0,03<sup>a</sup></b>
Όχι	697	67,4	337	32,6			1034	84,9	
Ναι	138	75,4	45	24,6			183	15,1	
Νόσημα του αναπνευστικού συστήματος <sup>γ</sup>									0,4 <sup>a</sup>
Όχι	786	68,9	355	31,1			1141	93,8	
Ναι	49	64,5	27	35,5			76	6,2	
Αυτοάνοσο νόσημα <sup>γ</sup>									<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>

Όχι	754	67,6	362	32,4			1116	91,7	
Ναι	81	80,2	20	19,8			101	8,3	
Νόσημα του θυρεοειδούς αδένα <sup>γ</sup>									<b>0,002<sup>α</sup></b>
Όχι	744	70,2	316	29,8			1060	87,1	
Ναι	91	58	66	42			157	12,9	
Καρκίνος <sup>γ</sup>									0,1 <sup>α</sup>
Όχι	789	68,1	369	31,9			1158	95,2	
Ναι	46	78	13	22			59	4,8	
Σακχαρώδης διαβήτης <sup>γ</sup>									0,4 <sup>α</sup>
Όχι	768	68,9	346	31,1			1114	91,5	
Ναι	67	65	36	35			103	8,5	
Νεφρική νόσος <sup>γ</sup>									0,4 <sup>α</sup>
Όχι	813	68,4	375	31,6			1188	97,6	
Ναι	22	75,9	7	24,1			29	2,4	
Άλλο <sup>γ</sup>									0,3 <sup>α</sup>
Όχι	742	69,1	332	30,9			1074	88,2	
Ναι	93	65	50	35			143	11,8	

<sup>α</sup> έλεγχος  $\chi^2$

<sup>β</sup> έλεγχος  $\chi^2$  για τάση

<sup>γ</sup> η ερώτηση δεν αφορά στους επισκέπτες στις ΤΟΜΥ



Εικόνα 1: Γράφημα με τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.



#### 7.1.4. Χρήση των υπηρεσιών υγείας

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την χρήση των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζονται στον πίνακα 7 και στο γράφημα 2. Το 15,1% των συμμετεχόντων επισκέπτονταν για πρώτη φορά μια υπηρεσία υγείας τους τελευταίους έξι μήνες, ενώ η συχνότητα των επισκέψεων στις TOMY ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ( $p < 0,001$ ).

Το 42,9% των επισκεπτών προσήλθαν στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας με παραπομπή έπειτα από σύσταση του γιατρού, με το ποσοστό αυτό μάλιστα να είναι μεγαλύτερο για αυτούς που προσήλθαν στα νοσοκομεία ( $p < 0,001$ ). Το 80% επισκέφτηκαν τις υπηρεσίες υγείας έπειτα από προγραμματισμένο ραντεβού, με το ποσοστό αυτό να είναι μεγαλύτερο για αυτούς που προσήλθαν στα νοσοκομεία και στις TOMY ( $p < 0,001$ ).

Το 31% προσήλθαν στις υπηρεσίες υγείας 2-7 ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη, το 29,9% προσήλθαν μέσα σε 8-30 ημέρες, το 13,6% προσήλθαν έπειτα από >30 ημέρες, το 13,4% μέσα σε μια ημέρα και το 12,1% εξυπηρετήθηκαν αυθημερόν. **Η εξυπηρέτηση ήταν αμεσότερη στα κέντρα υγείας, ακολούθως στις TOMY και έπειτα στα νοσοκομεία ( $p < 0,001$ ).**

Το 32,1% των συμμετεχόντων παραπέμφθηκαν και σε άλλον επαγγελματία υγείας ή σε άλλες υπηρεσίες υγείας, με το ποσοστό αυτό να είναι μεγαλύτερο για αυτούς που προσήλθαν στα νοσοκομεία και ακολούθως στα κέντρα υγείας και στις TOMY ( $p < 0,001$ ). Οι περισσότερες παραπομπές (65,3%) αφορούσαν σε άλλον επαγγελματία υγείας ή σε διαγνωστικές εξετάσεις στην ίδια υπηρεσία υγείας, ενώ το 24,5% παραπέμφθηκαν σε άλλη υπηρεσία υγείας και το 10,2% παραπέμφθηκαν σε διαγνωστικό εργαστήριο εκτός της υπηρεσίας υγείας.

Το 96,2% των επισκεπτών στις TOMY είχαν εγγραφεί σε οικογενειακό γιατρό, ενώ στο 51,3% συνταγογραφήθηκαν φάρμακα, στο 45% διαγνωστικές εξετάσεις και στο 3,5% αναλώσιμο υγειονομικό υλικό.

Πίνακας 7: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Χαρακτηριστικό	Νοσοκομεία		Κέντρα υγείας		TOMY		Σύνολο		Τιμή p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες									<0,001 <sup>α</sup>
Ποτέ	224	28,5	39	10,5	0	0	263	15,1	
Μία φορά	235	29,9	111	29,8	105	18,2	451	26,0	
2 έως 4 φορές	247	31,4	164	44,0	364	63,1	775	44,6	
5 φορές ή περισσότερες	80	10,2	59	15,8	108	18,7	247	14,2	
Επίσκεψη στην υπηρεσία υγείας με παραπομπή έπειτα από σύσταση του γιατρού <sup>β</sup>									<0,001 <sup>γ</sup>
Ναι	407	54,3	67	18,8			474	42,9	
Όχι	342	45,7	290	81,2			632	57,1	
Προγραμματισμένο ραντεβού									<0,001 <sup>γ</sup>
Όχι	133	16,9	149	40,5	64	11,1	346	20,0	
Ναι	655	83,1	219	59,5	512	88,9	1386	80,0	
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη									<0,001 <sup>α</sup>
Αυθημερόν εξυπηρέτηση	55	8,7	53	20,2	65	12,2	173	12,1	
Μια ημέρα	44	7	48	18,3	99	18,6	191	13,4	
2-7 ημέρες	155	24,6	69	26,2	219	41,1	443	31	

8-30 ημέρες	236	37,4	76	28,9	114	21,4	426	29,9	
>30 ημέρες	141	22,3	17	6,5	36	6,8	194	13,6	
Παραπομπή από τον γιατρό									<0,001 <sup>γ</sup>
Όχι	391	61,0	226	65,3	401	78,3	1018	67,9	
Ναι	250	39,0	120	34,7	111	21,7	481	32,1	
Παραπομπή σε									<0,001 <sup>γ</sup>
Άλλον επαγγελματία υγείας ή για διαγνωστικές εξετάσεις στην ίδια υπηρεσία υγείας	220	88,0	68	56,7	51	34,2	339	65,3	
Άλλη υπηρεσία υγείας	13	5,2	52	43,3	62	41,6	127	24,5	
Διαγνωστικό εργαστήριο εκτός της υπηρεσίας υγείας	17	6,8	0	0	36	24,2	53	10,2	
Εγγραφή σε οικογενειακό γιατρό <sup>δ</sup>									
Στη συγκεκριμένη ΤΟΜΥ					539	93,1			
Σε άλλη δομή ΠΦΥ					11	1,9			
Σε συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό					7	1,2			
Όχι					22	3,8			
Συνταγογράφηση <sup>δ</sup>									
Όχι					121	25,2			
Ναι					360	74,8			
Συνταγογράφηση φαρμάκων <sup>δ</sup>									

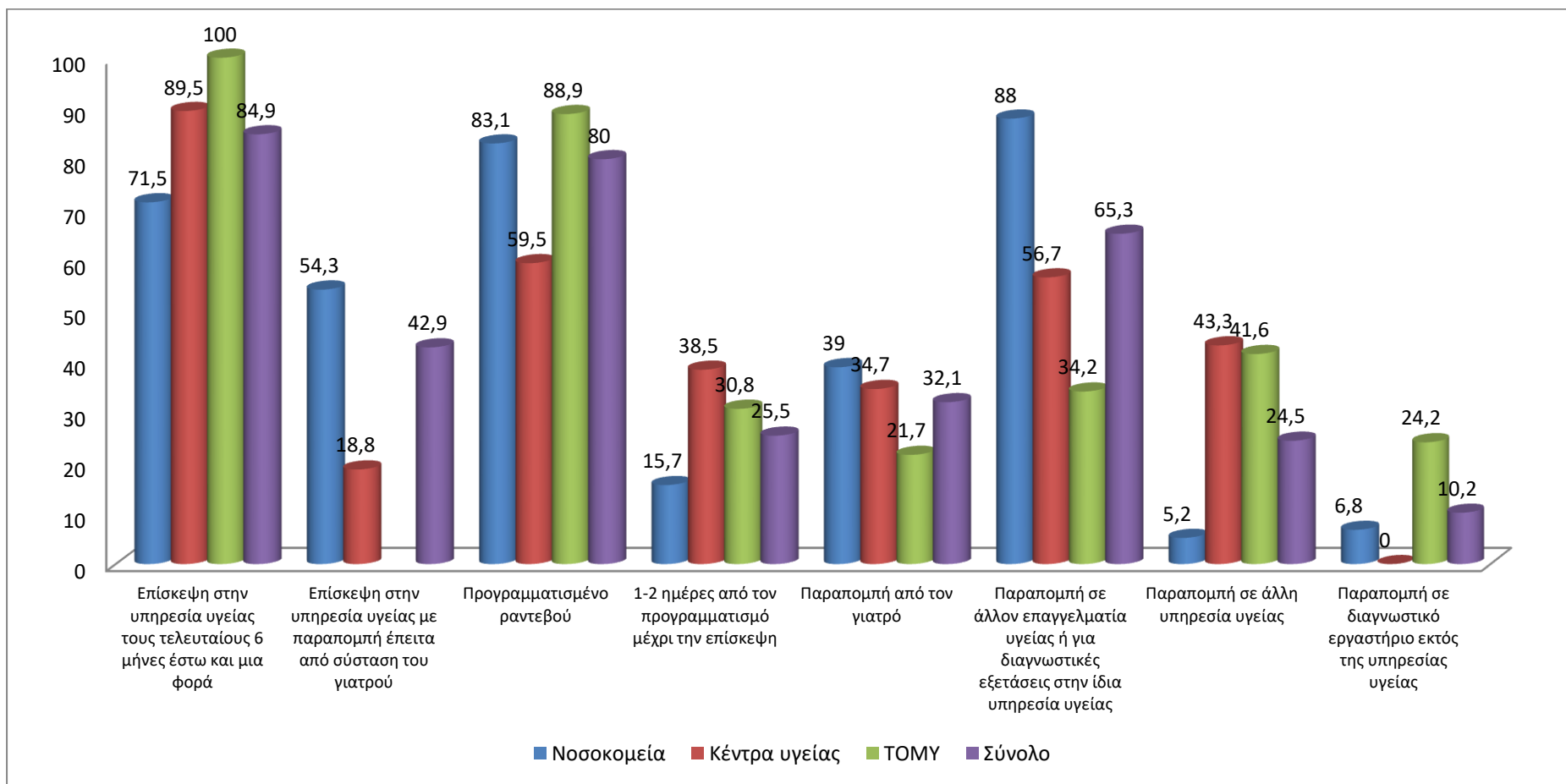
Όχι					250	48,7			
Ναι					263	51,3			
Συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων <sup>δ</sup>									
Όχι					283	55,0			
Ναι					232	45,0			
Συνταγογράφηση αναλώσιμου υγειονομικού υλικού <sup>δ</sup>									
Όχι					494	96,5			
Ναι					18	3,5			

<sup>α</sup> έλεγχος  $\chi^2$  για τάση

<sup>β</sup> η ερώτηση δεν αφορά στους επισκέπτες στις ΤΟΜΥ

<sup>γ</sup> έλεγχος  $\chi^2$

<sup>δ</sup> η ερώτηση δεν αφορά στους επισκέπτες στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας



Εικόνα 2: Γράφημα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Στον πίνακα 8 και στο γράφημα 3 παρουσιάζονται οι λόγοι της επίσκεψης στις υπηρεσίες υγείας. Με ιεραρχική σειρά, ξεκινώντας από τον συχνότερο, οι λόγοι της επίσκεψης στις υπηρεσίες υγείας ήταν οι εξής:

- Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) (40%).
- Συνταγογράφηση φαρμάκων (38,7%).
- Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις (19,6%).
- Ασθένεια/αδιαθεσία (16,6%).
- Εμβολιασμός (9,9%).
- Χρήση κοινωνικών υπηρεσιών (7,2%).
- Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση (6,7%).
- Ιατρικός έλεγχος (τσεκάπ) σε ημέρα εφημερίας (5,9%).
- Συμβουλευτική υποστήριξη (3,4%).
- Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη υπηρεσία υγείας (2,4%).

Οι συχνότεροι λόγοι επίσκεψης στα νοσοκομεία ήταν η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) και η ασθένεια/αδιαθεσία, στα κέντρα υγείας ήταν η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) και η συνταγογράφηση φαρμάκων, ενώ στις τομυ ήταν η συνταγογράφηση φαρμάκων και η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ).

Πίνακας 8: Οι λόγοι της επίσκεψης στις υπηρεσίες υγείας.

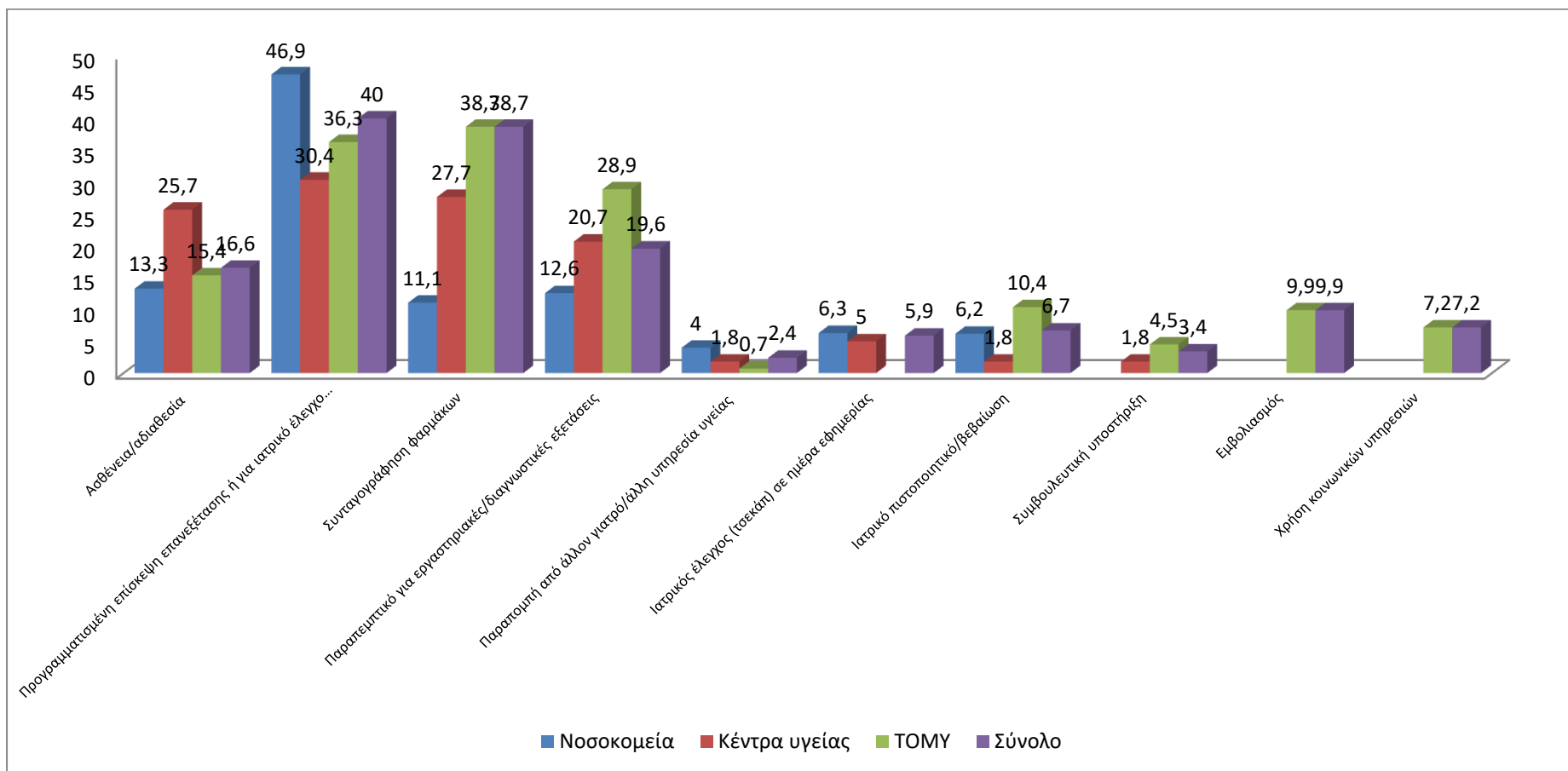
Λόγος επίσκεψης	Νοσοκομεία		Κέντρα υγείας		TOMY		Σύνολο		Τιμή p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ασθένεια/αδιαθεσία	111	13,3	98	25,7	90	15,4	299	16,6	<0,001 <sup>a</sup>
Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)	392	46,9	116	30,4	213	36,3	721	40,0	<0,001 <sup>a</sup>
Συνταγογράφηση φαρμάκων	93	11,1	106	27,7	226	38,7	425	38,7	<0,001 <sup>a</sup>
Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις	105	12,6	79	20,7	169	28,9	353	19,6	<0,001 <sup>a</sup>
Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη υπηρεσία υγείας	44	4,0	7	1,8	4	0,7	44	2,4	<0,001 <sup>a</sup>
Ιατρικός έλεγχος (τσεκάπ) σε ημέρα εφημερίας <sup>b</sup>	53	6,3	19	5,0			72	5,9	0,4 <sup>a</sup>
Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση	52	6,2	7	1,8	61	10,4	120	6,7	<0,001 <sup>a</sup>
Συμβουλευτική υποστήριξη <sup>γ</sup>			7	1,8	26	4,5	33	3,4	
Εμβολιασμός <sup>δ</sup>					58	9,9	58	9,9	
Χρήση κοινωνικών υπηρεσιών <sup>δ</sup>					42	7,2	42	7,2	

<sup>a</sup> έλεγχος  $\chi^2$

<sup>b</sup> η ερώτηση δεν αφορά στους επισκέπτες στις TOMY

<sup>γ</sup> η ερώτηση δεν αφορά στους επισκέπτες στα νοσοκομεία

<sup>δ</sup> η ερώτηση δεν αφορά στους επισκέπτες στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας



Εικόνα 3: Οι λόγοι της επίσκεψης στις υπηρεσίες υγείας.



Στον πίνακα 9 και στο γράφημα 4 παρουσιάζονται οι επαγγελματίες υγείας που επισκέφτηκαν οι συμμετέχοντες στις υπηρεσίες υγείας.

Με ιεραρχική σειρά, ξεκινώντας από τον συχνότερο, οι επαγγελματίες υγείας που επισκέφτηκαν συχνότερα οι συμμετέχοντες στις υπηρεσίες υγείας ήταν οι εξής:

- Γενικό γιατρό (39,5%).
- Καρδιολόγο (17,3%).
- Νοσηλεύτη/-τρια (15,8%).
- Παθολόγο (15,4%).
- Επισκέπτη/-τρια υγείας (8,9%).
- Δερματολόγο (8,5%).
- Οφθαλμίατρο (7,2%).
- Παιδίατρο (7,1%).
- Μικροβιολόγο (7,1%).
- Ακτινολόγο (6,8%).
- Ωτορινολαρυγγολόγο (4,4%).
- Ψυχίατρο (4,4%).
- Κοινωνικό/-η λειτουργό (4,1%).
- Ενδοκρινολόγο (3,3%).
- Οδοντίατρο (3,3%).
- Πνευμονολόγο (3,1%).
- Μαιευτή/Μαία (2,7%).
- Ψυχολόγο (1,3%).
- Διαιτολόγο (0,9%).
- Φυσιοθεραπευτή/-τρια (0,7%).

Στα νοσοκομεία, οι συχνότερες επισκέψεις αφορούσαν στους καρδιολόγους (21,4%), τους παθολόγους (10,8%), τους δερματολόγους (10,2%), τους νοσηλευτές (7,9%) και τους οφθαλμιάτρους (7,5%).

Στα κέντρα υγείας, οι συχνότερες επισκέψεις αφορούσαν στους παθολόγους (25,7%), τους μικροβιολόγους (13,6%), τους ακτινολόγους (10,5%), τους νοσηλευτές (9,7%), τους παιδίατρους (9,2%), τους οδοντιάτρους (8,6%) και τους καρδιολόγους (8,1%).

Στις ΤΟΜΥ, οι συχνότερες επισκέψεις αφορούσαν στους γενικούς γιατρούς (39,5%), τους νοσηλευτές (15,8%), τους επισκέπτες υγείας (8,9%) και τους παιδίατρος (7,1%).

Μεταξύ των άλλων ειδικοτήτων, οι συχνότερες επισκέψεις αφορούσαν σε γυναικολόγους (n=30), ορθοπαιδικούς (n=48), χειρουργούς (n=41), γαστρεντερολόγους (n=12), αλλεργιολόγους (n=10), νευρολόγους (n=12), ρευματολόγους (n=9), ογκολόγους (n=7) και ουρολόγους (n=7).

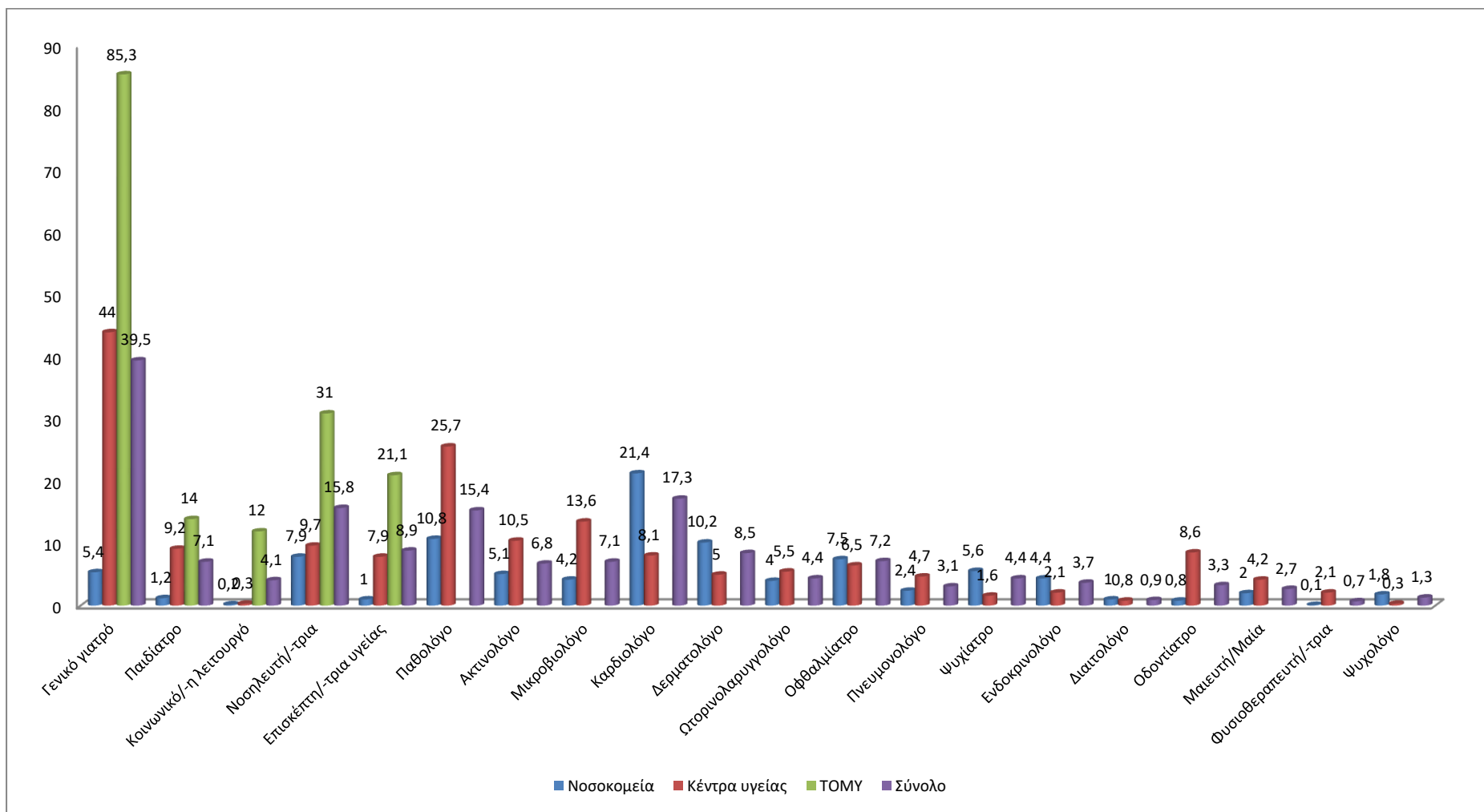
Πίνακας 9: Οι επαγγελματίες υγείας που επισκέφτηκαν οι συμμετέχοντες στις υπηρεσίες υγείας.

Επίσκεψη σε	Νοσοκομεία		Κέντρα υγείας		TOMY		Σύνολο		Τιμή p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Γενικό γιατρό	45	5,4	168	44	499	85,3	712	39,5	<0,001 <sup>a</sup>
Παθολόγο <sup>β</sup>	90	10,8	98	25,7			188	15,4	<0,001 <sup>a</sup>
Παιδίατρο	10	1,2	35	9,2	82	14	127	7,1	<0,001 <sup>a</sup>
Ακτινολόγο <sup>β</sup>	43	5,1	40	10,5			83	6,8	<0,001 <sup>a</sup>
Μικροβιολόγο <sup>β</sup>	35	4,2	52	13,6			87	7,1	<0,001 <sup>a</sup>
Καρδιολόγο <sup>β</sup>	179	21,4	31	8,1			210	17,3	<0,001 <sup>a</sup>
Δερματολόγο <sup>β</sup>	85	10,2	19	5			104	8,5	0,003 <sup>a</sup>
Ωτορινολαρυγγολόγο <sup>β</sup>	33	4	21	5,5			54	4,4	0,2 <sup>a</sup>
Οφθαλμίατρο <sup>β</sup>	63	7,5	25	6,5			88	7,2	0,5 <sup>a</sup>
Πνευμονολόγο <sup>β</sup>	20	2,4	18	4,7			38	3,1	0,03 <sup>a</sup>
Ψυχίατρο <sup>β</sup>	47	5,6	6	1,6			53	4,4	0,001 <sup>a</sup>
Ενδοκρινολόγο <sup>β</sup>	37	4,4	8	2,1			45	3,7	0,04 <sup>a</sup>
Διαιτολόγο <sup>β</sup>	8	1	3	0,8			11	0,9	0,7 <sup>a</sup>
Οδοντίατρο <sup>β</sup>	7	0,8	33	8,6			40	3,3	<0,001 <sup>a</sup>
Νοσηλεύτη/-τρια	66	7,9	37	9,7	181	31,0	284	15,8	<0,001 <sup>a</sup>
Επισκέπτη/-τρια υγείας	8	1	30	7,9	123	21,1	161	8,9	<0,001 <sup>a</sup>

Μαιευτή/Μαία <sup>β</sup>	17	2	16	4,2			33	2,7	<b>0,03<sup>α</sup></b>
Φυσιοθεραπευτή/-τρια <sup>β</sup>	1	0,1	8	2,1			9	0,7	<b>&lt;0,001<sup>α</sup></b>
Εργοθεραπευτή/-τρια <sup>β</sup>	0	0	0	0					<b>MY</b>
Λογοθεραπευτή/-τρια <sup>β</sup>	0	0	0	0					<b>MY</b>
Κοινωνικό/-η λειτουργό	2	0,2	1	0,3	70	12	73	4,1	<b>&lt;0,001<sup>α</sup></b>
Ψυχολόγο <sup>β</sup>	15	1,8	1	0,3			16	1,3	<b>0,03<sup>α</sup></b>

<sup>α</sup> έλεγχος  $\chi^2$

<sup>β</sup> η ερώτηση δεν αφορά στους επισκέπτες στις TOMY



Εικόνα 4: Οι επαγγελματίες υγείας που επισκέφτηκαν οι συμμετέχοντες στις υπηρεσίες υγείας.

### 7.1.5. Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 6 διαστάσεις σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία<sup>7</sup> για τη δημιουργία και τη στάθμιση του ερωτηματολογίου. Οι 6 αυτές διαστάσεις είναι οι εξής:

- Προσβασιμότητα.
- Συνέχεια της φροντίδας.
- Περιεκτικότητα στην φροντίδα.
- Ποιότητα ιατρικής φροντίδας.
- Εγκαταστάσεις.
- Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζονται στον πίνακα 7. Όλοι οι συντελεστές εκτός από τη διάσταση «προσβασιμότητα» είχαν συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha μεγαλύτερους του 0,7 που είναι το ελάχιστο αποδεκτό όριο γεγονός που δηλώνει την εξαιρετική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 10: Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

Διάσταση	Νοσοκομεία	Κέντρα υγείας	TOMY	Σύνολο
Όλες	0,93	0,95	0,91	0,93
Προσβασιμότητα	0,60	0,60	0,61	0,60
Συνέχεια της φροντίδας	0,82	0,87	0,73	0,82
Περιεκτικότητα στην φροντίδα	0,88	0,91	0,89	0,89
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας	0,91	0,92	0,89	0,92
Εγκαταστάσεις	0,86	0,82	0,80	0,83
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	0,86	0,89	0,90	0,90

<sup>7</sup> Kaitelidou D, Economou C, Galanis P, Konstantakopoulou O, Siskou O, Domente S, de Boer D, Boerma WG, Groenewegen PP. BMC Fam Pract, 2019, 20(1):49.

Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις διαστάσεις της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζονται στον πίνακα 11 και στο γράφημα 5. Αναλυτικά, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αξιολόγησης για τα νοσοκομεία παρουσιάζονται στον πίνακα 12, για τα κέντρα υγείας στον πίνακα 13 και για τις TOMY στον πίνακα 14.

Τόσο οι επιμέρους διαστάσεις της αξιολόγησης όσο και η συνολική αξιολόγηση ήταν αρκετά υψηλές και στις τρεις υπηρεσίες υγείας. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αξιολόγησης αφορούσαν στις TOMY και ακολούθως στα κέντρα υγείας και έπειτα στα νοσοκομεία ( $p < 0,001$  σε όλες τις διαστάσεις και συνολικά). Η διάσταση με την υψηλότερη αξιολόγηση ήταν η «ποιότητα ιατρικής φροντίδας» στις TOMY, ενώ η διάσταση με την χαμηλότερη αξιολόγηση ήταν η «προσβασιμότητα» στα νοσοκομεία.

Με ιεραρχική σειρά, ξεκινώντας από τη διάσταση με την μεγαλύτερη μέση βαθμολογία αξιολόγησης, η ταξινόμηση ήταν εξής:

- Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (μέση βαθμολογία=4,38).
- Συνέχεια της φροντίδας (μέση βαθμολογία=4,27).
- Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (μέση βαθμολογία=4,26).
- Περιεκτικότητα στην φροντίδα (μέση βαθμολογία=4,23).
- Εγκαταστάσεις (μέση βαθμολογία=4,22).
- Προσβασιμότητα (μέση βαθμολογία=4,03).

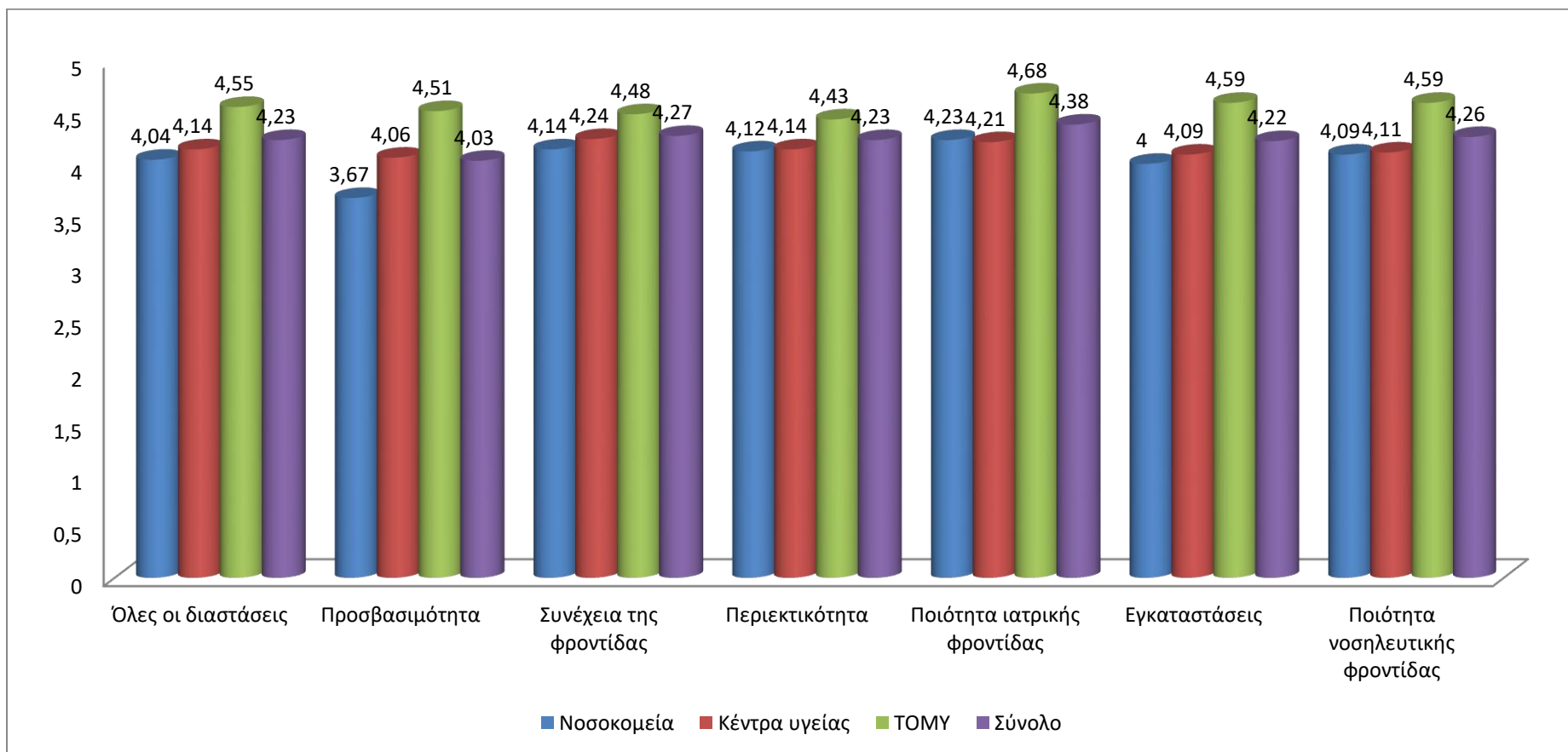
**Πίνακας 11: Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις διαστάσεις της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.**

Διάσταση		Νοσοκομεία	Κέντρα υγείας	TOMY	Σύνολο	Τιμή p <sup>a</sup>
<b>Όλες</b>	Μέση τιμή	4,04	4,14	4,55	4,23	<0,001
	Τυπική απόκλιση	0,66	0,64	0,47	0,64	
	Διάμεσος	4	4,16	4,7	4,29	
	Ελάχιστη τιμή	1	1,3	1	1	
	Μέγιστη τιμή	5	5	5	5	
<b>Προσβασιμότητα</b>	Μέση τιμή	3,67	4,06	4,51	4,03	<0,001
	Τυπική απόκλιση	0,84	0,71	0,56	0,82	
	Διάμεσος	3,67	4	4,67	4	
	Ελάχιστη τιμή	1	1	4	1	

	Μέγιστη τιμή	5	5	5	5	
<b>Συνέχεια φροντίδας</b>	Μέση τιμή	4,14	4,24	4,48	4,27	<b>&lt;0,001</b>
	Τυπική απόκλιση	0,83	0,82	0,66	0,79	
	Διάμεσος	4	4,33	5	4,33	
	Ελάχιστη τιμή	1	1	1	1	
	Μέγιστη τιμή	5	5	5	5	
<b>Περιεκτικότητα στην φροντίδα</b>	Μέση τιμή	4,12	4,14	4,43	4,23	<b>&lt;0,001</b>
	Τυπική απόκλιση	0,85	0,85	0,74	0,83	
	Διάμεσος	4	4	4,67	4,33	
	Ελάχιστη τιμή	1	1	1	1	
	Μέγιστη τιμή	5	5	5	5	
<b>Ποιότητα ιατρικής φροντίδας</b>	Μέση τιμή	4,23	4,21	4,68	4,38	<b>&lt;0,001</b>
	Τυπική απόκλιση	0,79	0,81	0,53	0,75	
	Διάμεσος	4,25	4,25	5	4,67	
	Ελάχιστη τιμή	1	1	1	1	
	Μέγιστη τιμή	5	5	5	5	
<b>Εγκαταστάσεις</b>	Μέση τιμή	4,00	4,09	4,59	4,22	<b>&lt;0,001</b>
	Τυπική απόκλιση	0,85	0,76	0,60	0,80	
	Διάμεσος	4	4	5	4,25	
	Ελάχιστη τιμή	1	1	1	1	
	Μέγιστη τιμή	5	5	5	5	
<b>Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας</b>	Μέση τιμή	4,09	4,11	4,59	4,26	<b>&lt;0,001</b>
	Τυπική απόκλιση	0,86	0,84	0,67	0,83	
	Διάμεσος	4	4	5	4,33	
	Ελάχιστη τιμή	1	1	1	1	
	Μέγιστη τιμή	5	5	5	5	

<sup>a</sup> ανάλυση διασποράς (η σύγκριση αφορά στις μέσες τιμές)





Εικόνα 5: Οι μέσες τιμές για τις διαστάσεις της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 12 : Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αξιολόγησης για τα νοσοκομεία.

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	25	3,2	36	4,7	99	12,8	388	50,1	226	29,2
Αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	101	13,9	139	19,1	135	18,5	215	29,5	139	19,1
Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	39	5,2	69	9,2	131	17,4	309	41	206	27,3
Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	14	1,9	18	2,4	70	9,4	323	43,2	322	43,1
Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	36	5,1	38	5,4	110	15,6	262	37,1	260	36,8
Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	16	2,2	23	3,1	75	10,2	292	39,7	329	44,8
Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	20	2,7	27	3,7	120	16,3	268	36,5	299	40,7
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	13	1,7	29	3,9	91	12,2	306	41,1	305	41
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	20	2,8	30	4,2	96	13,3	286	39,7	259	40,1
Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	8	1	12	1,6	47	6,2	285	37,3	412	53,9

Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	9	1,2	19	2,5	69	9,1	263	34,7	398	52,5
Ο γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	16	2,1	26	3,5	115	15,4	265	35,5	325	43,5
Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	22	3	29	4	127	17,5	282	38,8	266	36,6
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή είναι εξυπηρετικοί	7	0,9	16	2,1	54	7	304	39,6	387	46,3
Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου	17	2,2	36	4,7	91	11,9	310	40,6	309	40,5
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	27	3,6	69	9,2	120	15,9	287	38,1	250	33,2
Οι χώροι των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι καθαροί	17	2,2	35	4,6	116	15,2	290	38,1	304	39,9
Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι καλά εξοπλισμένα	22	3	41	5,5	160	21,5	282	37,9	239	32,1
Οι νοσηλεύτές-τριες με ακούν προσεκτικά	10	1,9	13	2,5	74	14,4	205	39,9	212	41,2
Οι νοσηλεύτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	21	4,3	35	7,2	120	24,8	147	30,4	161	33,3
Οι νοσηλεύτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	12	2,4	4	0,8	64	12,7	176	34,9	248	49,2
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από γιατρούς και νοσηλεύτές) με ακούν προσεκτικά	10	1,9	14	2,7	108	20,9	189	36,6	196	37,9

Πίνακας 13: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αξιολόγησης για τα κέντρα υγείας.

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	25	3,2	36	4,7	99	12,8	388	50,1	226	29,2
Αυτό το Κέντρο Υγείας είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	101	13,9	139	19,1	135	18,5	215	29,5	139	19,1
Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	39	5,2	69	9,2	131	17,4	309	41	206	27,3
Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	14	1,9	18	2,4	70	9,4	323	43,2	322	43,1
Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	36	5,1	38	5,4	110	15,6	262	37,1	260	36,8
Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	16	2,2	23	3,1	75	10,2	292	39,7	329	44,8
Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	20	2,7	27	3,7	120	16,3	268	36,5	299	40,7
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	13	1,7	29	3,9	91	12,2	306	41,1	305	41
Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	20	2,8	30	4,2	96	13,3	286	39,7	289	40,1
Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	8	1	12	1,6	47	6,2	285	37,3	412	53,9

Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	9	1,2	19	2,5	69	9,1	263	34,7	398	52,5
Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	16	2,1	26	3,5	115	15,4	265	35,5	325	43,5
Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	22	3	29	4	127	17,5	282	38,8	266	36,6
Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας	17	2,2	36	4,7	91	11,9	310	40,6	309	40,5
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	27	3,6	69	9,2	120	15,9	287	38,1	250	33,2
Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί	17	2,2	35	4,6	116	15,2	290	38,1	304	39,9
Το Κέντρο Υγείας είναι καλά εξοπλισμένο	22	3	41	5,5	160	21,5	282	37,9	239	32,1
Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	10	1,9	13	2,5	74	14,4	205	39,9	212	41,2
Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	21	4,3	35	7,2	120	24,8	147	30,4	161	33,3
Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	12	2,4	4	0,8	64	12,7	176	34,9	248	49,2
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από γιατρούς και νοσηλευτές) με ακούν προσεκτικά	10	1,9	14	2,7	108	20,9	189	36,6	196	37,9

Πίνακας 4: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αξιολόγησης για τις TOMY.

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	2	0,3	12	2,1	29	5,1	202	35,3	328	57,2
Αυτή η TOMY είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	3	0,5	10	1,7	29	5,1	171	29,9	359	62,8
Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού	5	0,9	12	2,1	23	4,1	153	27,3	367	65,5
Ο/η γιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου	4	0,7	4	0,7	19	3,5	150	27,7	365	67,3
Ο/η γιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	16	3,3	18	3,7	61	12,4	134	27,2	263	53,5
Ο/η γιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	5	0,9	9	1,7	27	5	152	28,4	343	64
Ο/η γιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	7	1,3	13	2,4	52	9,8	147	27,6	314	58,9
Ο/η γιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	5	0,9	10	1,9	39	7,3	154	28,7	329	61,3
Ο/η γιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	7	1,4	12	2,3	57	11,1	144	28	295	57,3
Ο/η γιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου	2	0,4	0	0	9	1,6	114	20,1	443	78

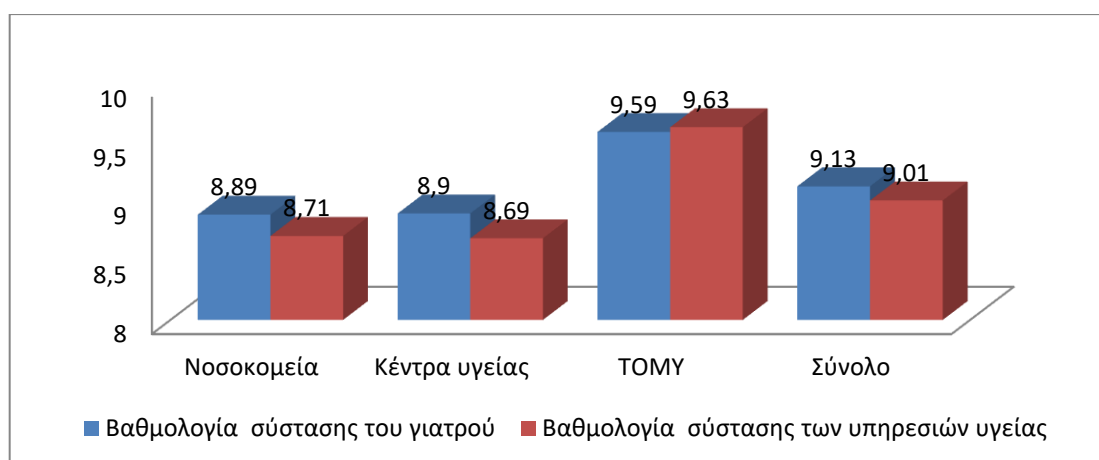
Ο/η γιατρός με άκουσε προσεκτικά	2	0,4	0	0	11	1,9	108	19,1	445	78,6
Ο/η γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	5	0,9	3	0,5	20	3,6	119	21,4	410	73,6
Ο/η γιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	3	0,6	3	0,6	49	9,2	136	25,5	342	64,2
Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της TOMY	1	0,2	0	0	11	1,9	136	23,9	422	74
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	11	1,9	19	3,3	32	5,6	147	25,7	363	63,5
Οι χώροι της TOMY ήταν καθαροί	2	0,4	5	0,9	33	5,8	136	23,9	392	69
Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	6	1,4	2	0,5	9	2,1	103	24,3	304	71,7
Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	6	1,6	5	1,3	47	12,2	88	22,8	240	62,2
Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	7	1,7	2	0,5	6	1,4	90	21,6	312	74,8
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από γιατρούς και νοσηλευτές) με ακούν προσεκτικά	5	1,2	0	0	26	6,1	80	18,8	314	73,9

Οι βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζονται στον πίνακα 15 και στο γράφημα 6. Οι βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας ήταν εξαιρετικά υψηλές, γεγονός που δηλώνει εξαιρετικά υψηλή ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας. Οι βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας ήταν υψηλότερες για τις ΤΟΜΥ και ακολούθως για τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ( $p < 0,001$ ).

Πίνακας 5: Οι βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας.

Βαθμολογία		Νοσοκομεία	Κέντρα υγείας	ΤΟΜΥ	Σύνολο	Τιμή $p^a$
Σύστασης του γιατρού	Μέση τιμή	8,89	8,90	9,59	9,13	<0,001
	Τυπική απόκλιση	1,78	1,83	1,05	1,62	
	Διάμεσος	10	10	10	10	
	Ελάχιστη τιμή	0	0	0	0	
	Μέγιστη τιμή	10	10	10	10	
Σύστασης των υπηρεσιών υγείας	Μέση τιμή	8,71	8,69	9,63	9,01	<0,001
	Τυπική απόκλιση	1,88	2,02	0,95	1,72	
	Διάμεσος	9	10	10	10	
	Ελάχιστη τιμή	0	0	0	0	
	Μέγιστη τιμή	10	10	10	10	

<sup>a</sup> ανάλυση διασποράς (η σύγκριση αφορά στις μέσες τιμές)



Εικόνα 6: Οι μέσες βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας.



Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις θετικές εντυπώσεις, τις βελτιώσεις του γιατρού, των άλλων επαγγελματιών υγείας και των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζονται στον πίνακα 13. Οι θετικές εντυπώσεις αφορούσαν κατά κύριο λόγο στα εξής:

- Συμπεριφορά του προσωπικού (74,2%).
- Χρόνος αναμονής (19,5%).
- Χώρος αναμονής (4,4%)

Οι βελτιώσεις του γιατρού και των άλλων επαγγελματιών υγείας αφορούσαν στα εξής:

- Χρόνος αναμονής (56,6%).
- Αφιέρωση περισσότερου χρόνου από τον γιατρό (40,4%).
- Καλύτερος συντονισμός των ραντεβού (2,9%).

Οι βελτιώσεις των υπηρεσιών υγείας αφορούσαν κατά κύριο λόγο στα εξής:

- Περισσότερες ειδικότητες (27,7%).
- Χρόνος αναμονής (21%).
- Αύξηση του προσωπικού (10,8%).
- Συντομότερα ραντεβού (9,4%).
- Καλύτερος εξοπλισμός (8,9%).
- Απογευματινή λειτουργία (3,7%).

Καλύτερες εντυπώσεις σημειώθηκαν από το προσωπικό στις ΤΟΜΥ και ακολούθως στα νοσοκομεία και έπειτα στα κέντρα υγείας. Καλύτερες εντυπώσεις για τον χρόνο αναμονής σημειώθηκαν στα κέντρα υγείας και ακολούθως στα νοσοκομεία και τις ΤΟΜΥ. Αφιέρωση περισσότερου χρόνου από τον γιατρό ζητήθηκε κατά κύριο λόγο στα κέντρα υγείας και ακολούθως στις ΤΟΜΥ και στα νοσοκομεία. Καλύτερος χρόνος αναμονής ζητήθηκε κατά κύριο λόγο στα νοσοκομεία και ακολούθως στις ΤΟΜΥ και στα κέντρα υγείας. Περισσότερες ειδικότητες ζητήθηκαν στα κέντρα υγείας και ακολούθως στις ΤΟΜΥ. Περισσότερος εξοπλισμός ζητήθηκε στα κέντρα υγείας και ακολούθως στα νοσοκομεία. Καλύτερος χώρος αναμονής ζητήθηκε στις ΤΟΜΥ και ακολούθως στα νοσοκομεία. Συντομότερα ραντεβού ζητήθηκαν στις ΤΟΜΥ και ακολούθως στα νοσοκομεία. Αύξηση του προσωπικού ζητήθηκε στις ΤΟΜΥ και ακολούθως στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.

Πίνακας 6: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις θετικές εντυπώσεις, τις βελτιώσεις του γιατρού, των άλλων επαγγελματιών υγείας και των υπηρεσιών υγείας.

Χαρακτηριστικό	Νοσοκομεία		Κέντρα υγείας		TOMY		Σύνολο		Τιμή p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Θετικές εντυπώσεις									<0,001 <sup>a</sup>
Εξοπλισμός	1	0,3	0	0	0	0	1	0,1	
Καθαριότητα	0	0	14	6	0	0	14	1,5	
Κτιριακές εγκαταστάσεις	1	0,3	0	0	0	0	1	0,1	
Οργάνωση	3	0,9	0	0	0	0	3	0,3	
Προσωπικό	248	71,1	141	60,5	327	85,4	716	74,2	
Χρόνος αναμονής	73	20,9	70	30,0	45	11,7	188	19,5	
Χώρος αναμονής	23	6,6	8	3,4	11	2,9	42	4,4	
Βελτιώσεις του γιατρού και των άλλων επαγγελματιών υγείας									<0,001 <sup>a</sup>
Αφιέρωση περισσότερου χρόνου από τον γιατρό	14	24,1	19	65,5	9	50	42	40,4	
Καλύτερος συντονισμός των ραντεβού	1	1,7	2	6,9	0	0	3	2,9	
Χρόνος αναμονής	43	74,2	8	27,6	9	50	59	56,6	
Βελτιώσεις των υπηρεσιών υγείας									<0,001 <sup>a</sup>
Αύξηση του προσωπικού	35	12,8	60	26,9	43	14,6	138	17,3	
Απογευματινή λειτουργία	0	0	13	5,8	19	6,5	30	3,7	
Εξοπλισμός	19	6,9	44	19,7	8	2,7	71	8,9	

Εγκαταστάσεις	10	3,7	4	1,8	0	0	14	1,8	
Περισσότερες ειδικότητες	9	3,3	81	36,3	79	26,9	169	21,2	
Περισσότερες εξετάσεις	0	0	0	0	5	1,7	5	0,6	
Συντομότερα ραντεβού	31	11,4	3	1,3	41	13,9	75	9,4	
Προσβασιμότητα για άτομα με κινητικά προβλήματα	2	0,7	1	0,4	0	0	3	0,4	
Συνταγογράφηση	0	0	1	0,4	4	1,4	5	0,6	
Χρόνος αναμονής	130	47,6	19	8,5	19	6,5	168	21,0	
Χώρος αναμονής	37	13,5	9	4,0	75	25,6	121	15,1	

<sup>a</sup> έλεγχος  $\chi^2$

### 7.1.6. Συσχετίσεις

Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι βαθμολογίες αξιολόγησης και οι βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας, ενώ οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά που αφορούν στην χρήση των υπηρεσιών υγείας.

#### 7.1.6.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης.

Πίνακας 7: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 <sup>α</sup>
Ανδρες	4,4	0,8	
Γυναίκες	4,4	0,7	
Ηλικία		0,15 <sup>β</sup>	<0,001 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 <sup>γ</sup>	0,05 <sup>γ</sup>
Εθνικότητα			0,8 <sup>α</sup>
Ελληνική	4,4	0,8	
Άλλη	4,3	0,6	
Ασφάλιση			<0,001 <sup>α</sup>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,4	0,7	
Αναπηρία άνω του 67%			0,4 <sup>α</sup>
Όχι	4,4	0,7	
Ναι	4,4	0,8	

Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,1 <sup>γ</sup>	<b>0,1<sup>γ</sup></b>
Χρόνιο νόσημα			<b>0,1<sup>α</sup></b>
Όχι	4,3	0,7	
Ναι	4,4	0,7	
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες		0,1 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
Προγραμματισμένο ραντεβού			<b>&lt;0,001<sup>α</sup></b>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,4	0,7	
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη		-0,2 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
Υπηρεσία υγείας			<b>&lt;0,001<sup>α</sup></b>
Σε Αθήνα/Πειραιά	4,4	0,7	
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	4,2	0,8	
Υπηρεσία υγείας			<b>&lt;0,001<sup>δ</sup></b>
Νοσοκομεία	4,2	0,8	
Κέντρα υγείας	4,2	0,8	
TOMY	4,7	0,5	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας συνολικής αξιολόγησης και 10 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 18.

Πίνακας 8: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης.

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,006	0,004 έως 0,009	<0,001
Ασφαλισμένοι σε σχέση με ανασφάλιστους	0,2	0,06 έως 0,35	0,006
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,05	-0,09 έως -0,01	0,02
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,06	-0,09 έως -0,03	<0,001
TOMY σε σχέση με νοσοκομεία και κέντρα υγείας	0,4	0,3 έως 0,5	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με καλύτερη συνολική αξιολόγηση.
- Οι ασφαλισμένοι αξιολόγησαν συνολικά καλύτερα τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους ανασφάλιστους.
- Οι συμμετέχοντες με καλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας αξιολόγησαν συνολικά καλύτερα τις υπηρεσίες υγείας.
- Η αύξηση των ημερών από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη σχετίζονταν με χειρότερη συνολική αξιολόγηση.
- Η συνολική αξιολόγηση ήταν καλύτερη για τις TOMY σε σχέση με τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 11% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνολικής αξιολόγησης.

### 7.1.6.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία προσβασιμότητας

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας.

Πίνακας 9: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία προσβασιμότητας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,4 <sup>a</sup>
Άνδρες	4,0	0,8	
Γυναίκες	4,0	0,8	
Ηλικία		0,11 <sup>b</sup>	<0,001 <sup>b</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 <sup>γ</sup>	0,03 <sup>γ</sup>
Εθνικότητα			0,2 <sup>a</sup>
Ελληνική	4,0	0,8	
Άλλη	3,9	0,9	
Ασφάλιση			0,009 <sup>a</sup>
Όχι	3,9	0,9	
Ναι	4,0	0,8	
Αναπηρία άνω του 67%			0,4 <sup>a</sup>
Όχι	4,0	0,8	
Ναι	4,1	0,8	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,1 <sup>γ</sup>	0,03 <sup>γ</sup>
Χρόνιο νόσημα			0,02 <sup>a</sup>
Όχι	4,0	0,8	
Ναι	4,1	0,8	
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες		0,2 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,02 <sup>a</sup>
Όχι	3,9	0,8	

Ναι	4,1	0,8	
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη		-0,3 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία υγείας			0,2 <sup>α</sup>
Σε Αθήνα/Πειραιά	4,0	0,8	
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	4,0	0,8	
Υπηρεσία υγείας			<0,001 <sup>δ</sup>
Νοσοκομεία	3,7	0,8	
Κέντρα υγείας	4,1	0,7	
TOMY	4,5	0,6	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας προσβασιμότητας και 11 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression) τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 20.

**Πίνακας 20: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία προσβασιμότητας.**

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,005	0,002 έως 0,007	0,001
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες	0,06	0,02 έως 0,11	0,01



Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,05	-0,09 έως -0,01	0,02
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,12	-0,15 έως -0,09	<0,001
TOMY σε σχέση με νοσοκομεία και κέντρα υγείας	0,7	0,6 έως 0,7	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με καλύτερη αξιολόγηση της προσβασιμότητας.
- Η αυξημένη συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες σχετίζονταν με καλύτερη αξιολόγηση της προσβασιμότητας.
- Οι συμμετέχοντες με καλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας αξιολόγησαν συνολικά καλύτερα την προσβασιμότητα.
- Η αύξηση των ημερών από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη σχετίζονταν με χειρότερη αξιολόγηση της προσβασιμότητας.
- Η αξιολόγηση της προσβασιμότητας ήταν καλύτερη για τις TOMY σε σχέση με τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 24% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας προσβασιμότητας.

#### 7.1.6.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία συνέχειας της φροντίδας

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας της φροντίδας.

Πίνακας 10: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας της φροντίδας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία συνέχειας της φροντίδας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 <sup>a</sup>
Ανδρες	4,3	0,8	
Γυναίκες	4,3	0,8	
Ηλικία		0,2 <sup>b</sup>	<0,001 <sup>b</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 <sup>γ</sup>	0,002 <sup>γ</sup>
Εθνικότητα			0,8 <sup>a</sup>
Ελληνική	4,3	0,8	
Άλλη	4,3	0,7	
Ασφάλιση			0,01 <sup>a</sup>
Όχι	4,1	0,8	
Ναι	4,3	0,8	
Αναπηρία άνω του 67%			0,01 <sup>a</sup>
Όχι	4,3	0,8	
Ναι	4,4	0,7	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,1 <sup>γ</sup>	0,09 <sup>γ</sup>
Χρόνιο νόσημα			<0,001 <sup>a</sup>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,3	0,8	
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες		0,2 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,02 <sup>a</sup>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,3	0,8	
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη		-0,1 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία υγείας			0,2 <sup>a</sup>
Σε Αθήνα/Πειραιά	4,3	0,8	
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	4,2	0,8	
Υπηρεσία υγείας			<0,001 <sup>δ</sup>

Νοσοκομεία	4,1	0,8	
Κέντρα υγείας	4,2	0,8	
TOMY	4,5	0,7	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας συνέχειας της φροντίδας και 11 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression), τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 22.

**Πίνακας 11: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνέχειας της φροντίδας.**

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,008	0,005 έως 0,01	<0,001
Ασφαλισμένοι σε σχέση με ανασφάλιστους	0,2	0,06 έως 0,4	0,008
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες	0,14	0,09 έως 0,19	<0,001
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,05	-0,09 έως -0,01	0,02
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,06	-0,1 έως -0,03	<0,001

TOMY σε σχέση με νοσοκομεία και κέντρα υγείας	0,2	0,1 έως 0,3	<0,001
---	-----	-------------	--------

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με καλύτερη αξιολόγηση της συνέχειας της φροντίδας.
- Οι ασφαλισμένοι αξιολόγησαν συνολικά καλύτερα την συνέχεια της φροντίδας σε σχέση με τους ανασφάλιστους.
- Η αυξημένη συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες σχετίζονταν με καλύτερη αξιολόγηση της συνέχειας της φροντίδας.
- Οι συμμετέχοντες με καλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας αξιολόγησαν συνολικά καλύτερα την συνέχεια της φροντίδας.
- Η αύξηση των ημερών από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη σχετίζονταν με χειρότερη αξιολόγηση της συνέχειας της φροντίδας.
- Η αξιολόγηση της συνέχειας της φροντίδας ήταν καλύτερη για τις TOMY σε σχέση με τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 10% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνέχειας της φροντίδας.

#### **7.1.6.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας**

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.

Πίνακας 12: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία περιεκτικότητας φροντίδας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,3 <sup>α</sup>
Ανδρες	4,3	0,8	
Γυναίκες	4,2	0,8	
Ηλικία		0,2 <sup>β</sup>	<0,001 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 <sup>γ</sup>	0,001 <sup>γ</sup>
Εθνικότητα			0,7 <sup>α</sup>
Ελληνική	4,2	0,8	
Άλλη	4,3	0,6	
Ασφάλιση			0,006 <sup>α</sup>
Όχι	4,0	0,9	
Ναι	4,2	0,8	
Αναπηρία άνω του 67%			0,3 <sup>α</sup>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,3	0,8	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,1 <sup>γ</sup>	0,09 <sup>γ</sup>
Χρόνιο νόσημα			0,003 <sup>α</sup>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,3	0,8	
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες		0,1 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,001 <sup>α</sup>
Όχι	4,1	0,9	
Ναι	4,3	0,8	
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη		-0,1 <sup>γ</sup>	0,001 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία υγείας			0,02 <sup>α</sup>
Σε Αθήνα/Πειραιά	4,3	0,8	
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	4,1	0,9	

Υπηρεσία υγείας			<0,001 <sup>δ</sup>
Νοσοκομεία	4,1	0,9	
Κέντρα υγείας	4,1	0,9	
TOMY	4,4	0,7	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας και 10 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression), τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 24.

Πίνακας 13: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας.

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,009	0,006 έως 0,01	<0,001
Ασφαλισμένοι σε σχέση με ανασφάλιστους	0,2	0,06 έως 0,4	0,009
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες	0,08	0,03 έως 0,14	0,003
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,05	-0,09 έως -0,01	0,01
TOMY σε σχέση με νοσοκομεία και	0,2	0,1 έως 0,3	0,001

κέντρα υγείας			
---------------	--	--	--

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με καλύτερη αξιολόγηση της περιεκτικότητας της φροντίδας.
- Οι ασφαλισμένοι αξιολόγησαν συνολικά καλύτερα την περιεκτικότητα της φροντίδας σε σχέση με τους ανασφάλιστους.
- Η αυξημένη συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες σχετίζονταν με καλύτερη αξιολόγηση της περιεκτικότητας της φροντίδας.
- Η αύξηση των ημερών από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη σχετίζονταν με χειρότερη αξιολόγηση της περιεκτικότητας της φροντίδας.
- Η αξιολόγηση της περιεκτικότητας της φροντίδας ήταν καλύτερη για τις TOMY σε σχέση με τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 7% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας περιεκτικότητας της φροντίδας.

#### 7.1.6.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας

Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας.

Πίνακας 14: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 <sup>a</sup>
Άνδρες	4,4	0,8	

Γυναίκες	4,4	0,8	
Ηλικία		0,2 <sup>β</sup>	<0,001 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 <sup>γ</sup>	0,05 <sup>γ</sup>
Εθνικότητα			0,8 <sup>α</sup>
Ελληνική	4,4	0,8	
Άλλη	4,4	0,6	
Ασφάλιση			<0,001 <sup>α</sup>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,3	0,7	
Αναπηρία άνω του 67%			0,4 <sup>α</sup>
Όχι	4,4	0,7	
Ναι	4,4	0,8	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,04 <sup>γ</sup>	0,1 <sup>γ</sup>
Χρόνιο νόσημα			0,1 <sup>α</sup>
Όχι	4,4	0,7	
Ναι	4,4	0,8	
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες		0,1 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Προγραμματισμένο ραντεβού			<0,001 <sup>α</sup>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,4	0,7	
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη		-0,2 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία υγείας			<0,001 <sup>α</sup>
Σε Αθήνα/Πειραιά	4,4	0,8	
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	4,2	0,8	
Υπηρεσία υγείας			<0,001 <sup>δ</sup>
Νοσοκομεία	4,2	0,8	
Κέντρα υγείας	4,2	0,8	
TOMY	4,7	0,5	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson



<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας ποιότητας ιατρικής φροντίδας και 10 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression), τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 26.

Πίνακας 15: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας.

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,006	0,004 έως 0,009	<0,001
Ασφαλισμένοι σε σχέση με ανασφάλιστους	0,2	0,06 έως 0,4	0,006
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,05	-0,09 έως -0,01	0,01
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,06	-0,1 έως -0,03	<0,001
TOMY σε σχέση με νοσοκομεία και κέντρα υγείας	0,4	0,3 έως 0,5	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με καλύτερη αξιολόγηση της ποιότητας ιατρικής φροντίδας.

- Οι ασφαλισμένοι αξιολόγησαν συνολικά καλύτερα την ποιότητα ιατρικής φροντίδας σε σχέση με τους ανασφάλιστους.
- Οι συμμετέχοντες με καλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας αξιολόγησαν συνολικά καλύτερα την ποιότητα ιατρικής φροντίδας.
- Η αύξηση των ημερών από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη σχετίζονταν με χειρότερη αξιολόγηση της ποιότητας ιατρικής φροντίδας.
- Η αξιολόγηση της ποιότητας ιατρικής φροντίδας ήταν καλύτερη για τις TOMY σε σχέση με τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 11% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ποιότητας ιατρικής φροντίδας.

#### 7.1.6.6. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.

Πίνακας 16: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			<b>0,1<sup>a</sup></b>
Ανδρες	4,2	0,9	
Γυναίκες	4,3	0,8	
Ηλικία		0,1 <sup>β</sup>	<b>0,001<sup>β</sup></b>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,01 <sup>γ</sup>	0,7 <sup>γ</sup>
Εθνικότητα			0,9 <sup>a</sup>
Ελληνική	4,3	0,8	
Άλλη	4,3	0,9	
Ασφάλιση			0,8 <sup>a</sup>

Όχι	4,2	0,7	
Ναι	4,3	0,8	
Αναπηρία άνω του 67%			0,4 <sup>α</sup>
Όχι	4,3	0,8	
Ναι	4,3	0,9	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,06 <sup>γ</sup>	<b>0,03<sup>γ</sup></b>
Χρόνιο νόσημα			<b>0,1<sup>α</sup></b>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,3	0,8	
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες		0,1 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
Προγραμματισμένο ραντεβού			0,7 <sup>α</sup>
Όχι	4,3	0,7	
Ναι	4,3	0,8	
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη		-0,2 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
Υπηρεσία υγείας			<b>&lt;0,001<sup>α</sup></b>
Σε Αθήνα/Πειραιά	4,3	0,8	
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	4,1	0,9	
Υπηρεσία υγείας			<b>&lt;0,001<sup>δ</sup></b>
Νοσοκομεία	4,1	0,9	
Κέντρα υγείας	4,1	0,8	
TOMY	4,6	0,7	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και 8 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με την

προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression), τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 28.

Πίνακας 17: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,004	0,001 έως 0,007	0,02
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,09	-0,1 έως -0,05	<0,001
TOMY σε σχέση με νοσοκομεία και κέντρα υγείας	0,4	0,3 έως 0,5	<0,001
Υπηρεσία υγείας σε Αθήνα/Πειραιά σε σχέση με υπηρεσία υγείας εκτός Αθήνας/Πειραιά	0,1	0,02 έως 0,3	0,023

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με καλύτερη αξιολόγηση της ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η αύξηση των ημερών από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη σχετίζονταν με χειρότερη αξιολόγηση της ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η αξιολόγηση της ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας ήταν καλύτερη για τις TOMY σε σχέση με τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.
- Η αξιολόγηση της ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας ήταν καλύτερη για τις υπηρεσίες υγείας σε Αθήνα/Πειραιά σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας εκτός Αθήνας/Πειραιά.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 10% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.

### 7.1.6.7. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία εγκαταστάσεων

Στον πίνακα 29 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία εγκαταστάσεων.

Πίνακας 18: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία εγκαταστάσεων.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία εγκαταστάσεων	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,6 <sup>α</sup>
Άνδρες	4,2	0,8	
Γυναίκες	4,2	0,8	
Ηλικία		0,2 <sup>β</sup>	<0,001 <sup>β</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Εθνικότητα			0,3 <sup>α</sup>
Ελληνική	4,2	0,8	
Άλλη	4,1	0,8	
Ασφάλιση			0,003 <sup>α</sup>
Όχι	4,0	0,9	
Ναι	4,2	0,8	
Αναπηρία άνω του 67%			0,2 <sup>α</sup>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,3	0,9	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,1 <sup>γ</sup>	0,003 <sup>γ</sup>
Χρόνιο νόσημα			0,1 <sup>α</sup>
Όχι	4,2	0,8	
Ναι	4,2	0,8	
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες		0,14 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Προγραμματισμένο ραντεβού			<0,001 <sup>α</sup>
Όχι	4,1	0,8	
Ναι	4,3	0,8	

Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη		-0,2 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Υπηρεσία υγείας			<0,001 <sup>α</sup>
Σε Αθήνα/Πειραιά	4,3	0,8	
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	4,0	0,9	
Υπηρεσία υγείας			<0,001 <sup>δ</sup>
Νοσοκομεία	4,0	0,8	
Κέντρα υγείας	4,1	0,8	
TOMY	4,6	0,6	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας εγκαταστάσεων και 11 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression), τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 30.

Πίνακας 30: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία εγκαταστάσεων.

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,008	0,005 έως 0,011	<0,001
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,06	-0,09 έως -0,03	<0,001
TOMY σε σχέση με νοσοκομεία και κέντρα υγείας	0,5	0,4 έως 0,6	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με καλύτερη αξιολόγηση των εγκαταστάσεων.
- Η αύξηση των ημερών από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη σχετίζονταν με χειρότερη αξιολόγηση των εγκαταστάσεων.
- Η αξιολόγηση των εγκαταστάσεων ήταν καλύτερη για τις TOMY σε σχέση με τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 14% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας εγκαταστάσεων.

#### 7.1.6.8. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία σύστασης του γιατρού

Στον πίνακα 31 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού.

Πίνακας 31: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία σύστασης του γιατρού	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			<b>0,2<sup>a</sup></b>
Ανδρες	9,1	1,7	
Γυναίκες	9,2	1,6	
Ηλικία		0,2 <sup>B</sup>	<b>&lt;0,001<sup>B</sup></b>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
Εθνικότητα			0,9 <sup>a</sup>
Ελληνική	9,1	1,6	
Άλλη	9,1	1,6	
Ασφάλιση			<b>0,004<sup>a</sup></b>
Όχι	8,7	1,9	
Ναι	9,2	1,6	
Αναπηρία άνω του 67%			<b>0,01<sup>a</sup></b>
Όχι	9,1	1,7	
Ναι	9,4	1,3	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,1 <sup>γ</sup>	<b>0,004<sup>γ</sup></b>
Χρόνιο νόσημα			<b>0,1<sup>a</sup></b>
Όχι	9,1	1,7	
Ναι	9,2	1,6	
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες		0,15 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
Προγραμματισμένο ραντεβού			<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
Όχι	8,8	1,9	
Ναι	9,2	1,5	
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη		-0,1 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
Υπηρεσία υγείας			<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
Σε Αθήνα/Πειραιά	9,2	1,5	
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	8,9	1,9	
Υπηρεσία υγείας			<b>&lt;0,001<sup>δ</sup></b>



Νοσοκομεία	8,9	1,8	
Κέντρα υγείας	8,9	1,8	
TOMY	9,6	1,1	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού και 12 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression), τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 32.

Πίνακας 19: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης του γιατρού.

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,01	0,006 έως 0,017	<0,001
Ασφαλισμένοι σε σχέση με ανασφάλιστους	0,4	0,1 έως 0,7	0,023
TOMY σε σχέση με νοσοκομεία και κέντρα υγείας	0,5	0,3 έως 0,7	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με καλύτερη βαθμολογία σύστασης του γιατρού.

- Οι ασφαλισμένοι σύστηναν σε μεγαλύτερο βαθμό τον γιατρό σε σχέση με τους ανασφάλιστους.
- Οι επισκέπτες στις ΤΟΜΥ σύστηναν σε μεγαλύτερο βαθμό τον γιατρό σε σχέση με τους επισκέπτες στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 7% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σύστασης του γιατρού.

#### 7.1.6.9. Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία σύστασης των υπηρεσιών υγείας

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 20: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης των υπηρεσιών υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία σύστασης των υπηρεσιών υγείας	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,7 <sup>a</sup>
Ανδρες	9,0	1,7	
Γυναίκες	9,0	1,7	
Ηλικία		0,2 <sup>b</sup>	<0,001 <sup>b</sup>
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 <sup>γ</sup>	<0,001 <sup>γ</sup>
Εθνικότητα			0,9 <sup>a</sup>
Ελληνική	9,0	1,7	
Άλλη	9,1	1,7	
Ασφάλιση			0,3 <sup>a</sup>
Όχι	8,9	1,5	
Ναι	9,0	1,7	
Αναπηρία άνω του 67%			0,004 <sup>a</sup>
Όχι	9,0	1,8	

Ναι	9,3	1,3	
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας		0,1 <sup>γ</sup>	<b>0,002<sup>γ</sup></b>
Χρόνιο νόσημα			<b>0,1<sup>α</sup></b>
Όχι	9,0	1,7	
Ναι	9,1	1,7	
Συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες		0,14 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
Προγραμματισμένο ραντεβού			<b>&lt;0,001<sup>α</sup></b>
Όχι	8,6	2,0	
Ναι	9,1	1,6	
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη		-0,1 <sup>γ</sup>	<b>&lt;0,001<sup>γ</sup></b>
Υπηρεσία υγείας			<b>&lt;0,001<sup>α</sup></b>
Σε Αθήνα/Πειραιά	9,1	1,4	
Εκτός Αθήνας/Πειραιά	8,5	2,2	
Υπηρεσία υγείας			<b>&lt;0,001<sup>δ</sup></b>
Νοσοκομεία	8,7	1,9	
Κέντρα υγείας	8,6	2,0	
TOMY	9,6	0,9	

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

<sup>δ</sup> ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της βαθμολογίας σύστασης των υπηρεσιών υγείας και 10 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression), τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 34.

Πίνακας 21: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σύστασης των υπηρεσιών υγείας.

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,02	0,011 έως 0,023	<0,001
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας	-0,15	-0,24 έως -0,05	0,002
Ημέρες από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη	-0,1	-0,2 έως -0,03	0,006
TOMY σε σχέση με νοσοκομεία και κέντρα υγείας	0,8	0,6 έως 0,9	<0,001
Υπηρεσία υγείας σε Αθήνα/Πειραιά σε σχέση με υπηρεσία υγείας εκτός Αθήνας/Πειραιά	0,3	0,09 έως 0,5	0,006

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με καλύτερη βαθμολογία σύστασης των υπηρεσιών υγείας.
- Οι συμμετέχοντες με καλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σύστασης των υπηρεσιών υγείας.
- Η αύξηση των ημερών από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψη σχετίζονταν με χειρότερη βαθμολογία σύστασης των υπηρεσιών υγείας.
- Οι επισκέπτες στις TOMY σύστηναν σε μεγαλύτερο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους επισκέπτες στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.

- Οι επισκέπτες στις υπηρεσίες υγείας σε Αθήνα/Πειραιά σύστηναν σε μεγαλύτερο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους επισκέπτες στις υπηρεσίες υγείας εκτός Αθήνας/Πειραιά.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 11% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σύστασης των υπηρεσιών υγείας.

## 8. Συμπερασματικές διαπιστώσεις

Το 2010, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα ήταν ένας τομέας που αντιμετώπιζε προβλήματα σε δύο επίπεδα συντονισμού (Economidou 2010, Οικονόμου 2012). Πρώτον, η έλλειψη συστήματος παραπομπών σήμαινε ότι υπήρχε ελάχιστος συντονισμός μεταξύ των παρόχων ΠΦΥ και των νοσοκομειακών ιατρών. Επιπλέον, η έλλειψη σαφώς καθορισμένων διαδικασιών παραπομπής εμπόδιζε τη συνέχεια της φροντίδας και αύξανε την αναποτελεσματικότητα του συστήματος. Δεύτερον, υπήρχαν διαφορετικές οργανωτικές και διοικητικές δομές με ανεπάρκειες στο προσωπικό και στον εξοπλισμό, με αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και τη δημιουργία δυσπιστίας εκ μέρους των πολιτών.

Τον Φεβρουάριο του 2014 εφαρμόστηκε μια διαρθρωτική μεταρρύθμιση με στόχο να αναβαθμίσει την παροχή της δημόσια χρηματοδοτούμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας, μέσω ενός βελτιωμένου συντονισμού των διαφόρων παρόχων. Η νομοθεσία που ψηφίστηκε το 2014 (Ν. 4238/2014: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Ε.Δ.Υ.), ΑΛΛΑΓΗ ΣΚΟΠΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ» ΦΕΚ 38 Α/17-2-2014) είχε ως στόχο να αναπτύξει μια εθνική υπηρεσία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία θα αποτελούνταν από κέντρα υγείας, πολυιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και συμβεβλημένους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο Νόμο, όλες οι δημόσιες δομές ΠΦΥ μεταβιβάζονταν στη δικαιοδοσία των ΥΠΕ. Βάσει αυτής της μεταρρύθμισης, οι εγκαταστάσεις αυτού του τύπου θα έπρεπε να λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Επιπλέον, ο Ν. 4238/2014 εισήγαγε ένα σύστημα παραπομπών βασισμένο στους γενικούς ιατρούς (Economidou et al. 2015, Economidou et al. 2017). Ωστόσο, η στελέχωση των μονάδων του ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) παρέμενε προσανατολισμένη στους ιατρούς ειδικοτήτων και δεν τέθηκε τελικά σε ισχύ το σύστημα παραπομπών. Γενικά, η εφαρμογή της μεταρρύθμισης υπήρξε αρκετά αργή λόγω ανθρώπινων και οικονομικών περιορισμών, αλλά και εξαιτίας της διαχειριστικής της προσέγγισης που καθοδηγούνταν κυρίως από δημοσιονομικές επιδιώξεις (Οικονόμου και Παντελή 2019, Economidou et al. 2017).

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα παραπάνω προβλήματα, ψηφίστηκε ο Ν. 4486/2017 με σκοπό την εισαγωγή ενός νέου συστήματος ΠΦΥ για τη βελτίωση της πρόσβασης σε βασικές

υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, την αντιμετώπιση των ζητημάτων υγείας στη ρίζα τους, δηλαδή πρωτίστως στο επίπεδο της κοινότητας και συνεπακόλουθα τη μείωση των αποφευκτέων εισαγωγών στα νοσοκομεία (Economou et al. 2017). Ο εν λόγω Νόμος εκχωρεί σε περιφερειακές χωρικές μονάδες (Τομείς ΠΦΥ) την ευθύνη να παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα, μέσω του δικτύου των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤοΜΥ) και τουλάχιστον μίας μονάδας εξειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας (κέντρο υγείας). Διαφορετικοί Τομείς ΠΦΥ παραπέμπουν σε κοινές υπηρεσίες δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας και εξειδικευμένης φροντίδας ή και αποκατάστασης με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό, οι πολίτες καλούνται να εγγραφούν υποχρεωτικά σε μια ΤοΜΥ, συμβάλλοντας στον συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας. Τα υπάρχοντα αγροτικά κέντρα υγείας και οι αστικές μονάδες περιπατητικής φροντίδας μετατρέπονται σε κέντρα αναφοράς του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας με σκοπό τη δημιουργία ενός επιπέδου περιπατητικής φροντίδας με εξειδικευμένες, διαγνωστικές και εκτός ωραρίου εργασίας υπηρεσίες, απαλλάσσοντας τα νοσοκομεία από αχρείαστο φόρτο εργασίας στα εξωτερικά ιατρεία τους και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών τους. Τα γενικά νοσοκομεία αναφοράς συνεργάζονται με έναν ή περισσότερους τομείς ΠΦΥ και είναι υπεύθυνα για την ανταπόκριση σε έκτακτα περιστατικά σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου, την εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή φροντίδα ασθενών που παραπέμπονται από τις ΤοΜΥ και τις εξειδικευμένες μονάδες περιπατητικής φροντίδας, καθώς και για την τηλεϊατρική και την υποστήριξη των ΤοΜΥ εξ αποστάσεως.

Ωστόσο, παρά την πάροδο δύο χρόνων από τη θεσμοθέτηση της προαναφερθείσας μεταρρύθμισης, αυτή δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί (Οικονόμου και Παντελή 2019). Για παράδειγμα, ενώ οι πρώτες ΤοΜΥ λειτούργησαν από τα τέλη του 2017 και ήταν προγραμματισμένο να δημιουργηθούν σε πρώτη φάση 239 ΤοΜΥ σε ολόκληρη τη χώρα, σήμερα (τέλη του 2019) μόνο περίπου 120 ΤοΜΥ βρίσκονται σε λειτουργία. Η διαδικασία υποχρεωτικής εγγραφής των πολιτών σε ΤοΜΥ έχει ατονήσει, ενώ θα πρέπει να επισημανθεί και ο γραφειοκρατικός χαρακτήρας αυτής, δεδομένου ότι αν και η αίτηση εγγραφής μπορεί να υποβληθεί και μέσω της σχετικής ηλεκτρονικής εφαρμογής, ωστόσο για την ολοκλήρωσή της είναι αναγκαία και η εκτύπωση και παράδοση της αίτησης στον οικογενειακό γιατρό μαζί με φωτοαντίγραφο εγγράφου ταυτοποίησης και φωτοαντίγραφο εγγράφου απόδειξης διεύθυνσης κατοικίας ή σχετική υπεύθυνη δήλωση. Σοβαρές δυσκολίες παρουσιάζονται στην κάλυψη των θέσεων ιατρικού προσωπικού και αναγκαίες, υποστηρικτικές του συστήματος παραπομπής δράσεις, όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος του ασθενή και οι κλινικές κατευθυντήριες γραμμές,

καθυστερούν και δεν έχουν ακόμα ολοκληρωθεί. Επιπλέον, η έλλειψη σαφώς καθορισμένων διεργασιών και συντονισμού των διαδικασιών παροχής φροντίδας σε διαφορετικά περιβάλλοντα (ToMY, κέντρα υγείας και νοσοκομεία) θα μπορούσε να μειώσει την ανταπόκριση του συστήματος στις ανάγκες των ασθενών και να προκαλέσει ακόμα περισσότερη απογοήτευση και δυσπιστία.

Η κατάσταση που μόλις περιεγράφηκε, παραπέμπει στο ζήτημα της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας η οποία περιλαμβάνει τόσο την οριζόντια ολοκλήρωση (στρατηγικές διασύνδεσης παρόμοιων επιπέδων φροντίδας, όπως υπέρβαση επαγγελματικών ορίων και ορίων τμήματος) όσο και την κάθετη ολοκλήρωση (στρατηγικές διασύνδεσης διαφορετικών επιπέδων φροντίδας) αλλά και τη συνέχεια της φροντίδας (αφορά στην προοπτική του χρήστη των υπηρεσιών, δίνοντας έμφαση στην εμπειρία του ασθενούς) καθώς και τεχνολογικές, διαχειριστικές και οικονομικές πτυχές των υπηρεσιών. Ιστορικά, το ελληνικό σύστημα έχει επιδείξει χαμηλό βαθμό ολοκλήρωσης: το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως και οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση, στη συνέχεια της φροντίδας που τους παρέχεται και στον συντονισμό, καθώς και στην πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όπως ήδη αναφέρθηκε, επί του παρόντος, ο μηχανισμός παραπομπών δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένος, δεν υπάρχουν σαφώς προσδιορισμένες διαδρομές των ασθενών κατά τη διαδικασία μετακίνησής τους στις υπηρεσίες υγείας, απουσιάζει η εκτενής χρήση πληροφοριακών συστημάτων και η διαχείριση ασθενειών είναι συνολικά αδύναμη, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις μακροχρόνιων καταστάσεων και πολυνοσηρότητας, επειγόντων οξέων περιστατικών και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον φροντίδας, με επιπτώσεις τόσο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όσο και στην ισότητα και την αποδοτικότητα (π.χ. επανάληψη διαγνωστικών εξετάσεων) (Sifaki-Pistolla et al., 2017).

Δεδομένων των παραπάνω διαπιστώσεων και λαμβάνοντας υπόψη τις πρόσφατες εξαγγελίες για νέες αλλαγές στην ΠΦΥ, αναδεικνύεται το ζήτημα της διαμόρφωσης τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας. Βασική παράμετρος μιας τέτοιας διαδικασίας είναι η καταγραφή των εμπειριών των ίδιων των ασθενών από την επαφή τους με τις υπηρεσίες υγείας. Μέχρι πρόσφατα, στις δημόσιες μονάδες υγείας της Ελλάδας, δεν υπήρχε κάποιο επίσημο σχεδιασμένο εργαλείο για την διεξαγωγή ανάλογων ερευνών. Με δεδομένη τη μεγάλη σημασία της αναδιοργάνωσης της ΠΦΥ, διεξήχθησαν δύο ερευνητικές προσπάθειες με τη συμπλήρωση δομημένων ερωτηματολογίων, οι οποίες ακλούθησαν κοινά μεθοδολογικά



χαρακτηριστικά στη δομησή τους. Η πρώτη ξεκίνησε με πρωτοβουλία του αρμόδιου Γραφείου του ΠΟΥ στην Αθήνα, για τον σχεδιασμό τριών ερωτηματολογίων που αφορούν τις εμπειρίες των ασθενών όσον αφορά τη λήψη υπηρεσιών από: (i) τους γενικούς/οικογενειακούς ιατρούς, (ii) τους ιατρούς ειδικοτήτων των κέντρων υγείας και (iii) τους ιατρούς ειδικοτήτων των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Τα τρία ερωτηματολόγια οριστικοποιήθηκαν και σχεδιάστηκαν κατευθυντήριες γραμμές για τη χρησιμοποίησή τους και τη διεξαγωγή ερευνών σε τακτή βάση από τις διοικήσεις των υπηρεσιών υγείας (Economou et al. 2019, Kaitelidou et al. 2019). Η δεύτερη και πιο πρόσφατη χρονικά έρευνα, είναι η παρούσα που διεξήχθη στο πλαίσιο λειτουργίας του Ινστιτούτου Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.

### **8.1. Συμπεράσματα έρευνας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σχετικά με τις ΤοΜΥ**

Η πρώτη έρευνα που διεξήχθη με τη χρήση των ερωτηματολογίων αυτών έλαβε χώρα μεταξύ Ιανουαρίου και Μαρτίου του 2019 και αφορούσε 2.620 άτομα που επισκέφτηκαν 63 ΤοΜΥ σε όλη τη χώρα (Οικονόμου και συν. 2019, Konstantakopoulou et al. 2019). Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι γενικά οι συμμετέχοντες ανέφεραν θετικές εμπειρίες για όλες τις υπό αξιολόγηση διαστάσεις της φροντίδας. Ωστόσο, η ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σημείωσε τις υψηλότερες μέσες τιμές, πιθανόν αναδεικνύοντας και τη σχέση «εξάρτησης» μεταξύ ασθενών και ιατρών, με τη συνέχεια και τον συντονισμό της φροντίδας να σημειώνουν το δεύτερο υψηλότερο σκορ. Η προσβασιμότητα ήταν η μεταβλητή με τον χαμηλότερο βαθμό, ακολουθούμενη από την περιεκτικότητα της φροντίδας και την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της υποδομής των ΤοΜΥ. Οι μεταβλητές για τις οποίες οι χρήστες ανέφεραν τις περισσότερες αρνητικές εμπειρίες ήταν η εγγύτητα της ΤοΜΥ σε σχέση με την κατοικία τους, η μη δέουσα προσοχή από το ιατρό της ΤοΜΥ για τη φαρμακευτική αγωγή που άλλοι ιατροί είχαν χορηγήσει, το άβολο (μη άνετο) περιβάλλον των χώρων αναμονής στην ΤοΜΥ, το ωράριο λειτουργίας της ΤοΜΥ (σε κάποιες περιπτώσεις) και η μη παροχή από τους ιατρούς επαρκούς πληροφόρησης για όλες τις πτυχές της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής. Σχετικά με τις θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στην ΤοΜΥ, το προσωπικό, η γρήγορη εξυπηρέτηση, η κλινική εξέταση και η παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα, η καθαριότητα και οι ανέσεις του χώρου της ΤοΜΥ ήταν από τις πιο

συχνά αναφερόμενες πτυχές της φροντίδας. Αναφορικά με τις πτυχές που ο ιατρός ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να βελτιώσουν, ο χρόνος εξέτασης, η στάση των ιατρών και η πληροφόρηση προς τους ασθενείς ήταν οι πιο συχνά αναφερόμενες. Σε σχέση με τις παραμέτρους λειτουργίας των ΤοΜΥ που θα μπορούσαν να βελτιωθούν οι πιο συχνά αναφερόμενες από τους χρήστες ήταν η βελτίωση της υποδομής και του εξοπλισμού, η στελέχωση των ΤοΜΥ με την προσθήκη επιπλέον ειδικοτήτων (παρότι το τελευταίο δεν συνάδει με τον ρόλο των ΤοΜΥ και πιθανόν αναδεικνύει την έλλειψη ενημέρωσης των πολιτών), η μείωση των χρόνων αναμονής, η επέκταση του ωραρίου λειτουργίας (τόσο κατά τις πρωινές όσο και κατά τις απογευματινές ώρες), η καθαριότητα, η βελτίωση της προσβασιμότητας της δομής, η δυνατότητα τηλεφωνικής διευθέτησης ραντεβού, η διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, η συνταγογράφηση φαρμάκων και η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.

Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν θετικά με σχεδόν όλες τις βαθμολογίες των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των χρηστών (εκτός από την προσβασιμότητα), ένα εύρημα αναμενόμενο, καθώς οι ηλικιωμένοι είναι οι πιο συχνοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας και συνεπώς οι αξιολογήσεις τους αντανακλούν το επίπεδο της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Στην πραγματικότητα, η ηλικία έχει προβλεπτική αξία σε σχέση με τις θετικές εμπειρίες και την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς τα ευρήματα της πλειονότητας των αντίστοιχων μελετών φανερώνουν πώς οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να εκφράζουν θετικότερες εμπειρίες και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Το εύρημα αυτό πιθανότατα σχετίζεται με μειωμένες προσδοκίες ή διαφορετικές αντιλήψεις (συγκριτικά με τους νεότερους). Διαφοροποιήσεις με βάση το φύλο επίσης καταγράφηκαν: οι γυναίκες δήλωσαν συχνότερα ότι είχαν την πρόθεση να συστήσουν τους ιατρούς της ΤοΜΥ και βαθμολόγησαν υψηλότερα την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και των υποδομών σε σχέση με τους άνδρες. Οι συμμετέχοντες, πάσχοντες από χρόνια νόσο, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες θετικών εμπειριών σε διαστάσεις, όπως η συνέχεια/συντονισμός της φροντίδας και η προσβασιμότητα αντίστοιχα, ενώ το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερη βαθμολογία αναφορικά με τη σύσταση της ΤοΜΥ. Επίσης, ο μεγάλος χρόνος αναμονής μεταξύ της ημέρας διευθέτησης του ραντεβού και της ημέρας πραγματοποίησης της επίσκεψης στην ΤοΜΥ σχετίζονταν με μειωμένες βαθμολογίες θετικών εμπειριών (εκτός από τη συνέχεια και συντονισμό της φροντίδας και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας). Ο αυξημένος χρόνος αναμονής (πριν από την επίσκεψη) την προκαθορισμένη ημέρα του ραντεβού επίσης σχετίζονταν με μειωμένες βαθμολογίες θετικών εμπειριών και η αύξηση του

αριθμού των επισκέψεων στην ΤοΜΥ κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι (6) μηνών σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας θετικών εμπειριών από την περιεκτικότητα της φροντίδας που έλαβαν. Το τελευταίο εύρημα πιθανότατα σχετίζεται και με την ισχυρή θεραπευτική σχέση η οποία συνήθως αναπτύσσεται μεταξύ των ιατρών και των ασθενών.

Με βάση τα ευρήματα αυτά, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπήρχαν διαστάσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών των ΤοΜΥ με περιθώρια δυνητικής βελτίωσης, όπως: (i) η προσβασιμότητα, π.χ. εγγύτητα της δομής σε σχέση με την περιοχή κατοικίας των χρηστών, μειωμένοι χρόνοι αναμονής, τόσο όσον αφορά το διάστημα από τον προγραμματισμό του ραντεβού έως τη μέρα της επίσκεψης, όσο και σε σχέση με το χρόνο αναμονής εντός της ΤοΜΥ την ημέρα της επίσκεψης, ενίσχυση της στελέχωσης και επέκταση του ωραρίου λειτουργίας· (ii) οι ανέσεις της υποδομής, π.χ. άνετοι χώροι αναμονής, καθαριότητα, θέρμανση και κλιματισμός, εξοπλισμός, υγειονομικά αναλώσιμα· (iii) ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας: π.χ. κατά τη συνταγογράφηση οι ιατροί της ΤοΜΥ να λαμβάνουν υπόψη τους τη φαρμακευτική αγωγή που άλλοι ιατροί έχουν ήδη συστήσει στους ασθενείς, να αφιερώνουν μεγαλύτερο χρόνο εξέτασης και να δίνουν έμφαση στην πλήρη συμπλήρωση του ιατρικού ιστορικού των ασθενών· (iv) η περιεκτικότητα της φροντίδας: π.χ. οι ιατροί να εξηγούν ευκρινώς όλες τις πτυχές των προτεινόμενων θεραπευτικών επιλογών, καθώς και να παρέχουν συμβουλές στους ασθενείς για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

## **8.2. Συμπεράσματα της εν λόγω έρευνας του ΕΚΔΔΑ - Σύγκριση συμπερασμάτων των δύο ερευνών**

Η ανά χειράς μελέτη που διενεργήθηκε υπό την αιγίδα του Ι.Τ.Ε.Κ., λαμβάνοντας υπόψη τη μεθοδολογική προσέγγιση, τα ευρήματα και τα συμπεράσματα της προαναφερθείσας μελέτης, σχεδιάστηκε διαμορφώνοντας μια πιο εστιασμένη προσέγγιση σε ζητήματα που αφορούν παραμέτρους οι οποίοι σχετίζονται με την συγκριτική ανάλυση της αποδοτικότητας των υφιστάμενων δομών. Σε αυτό το πλαίσιο το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε σε μικρότερο αριθμό ερωτήσεων, σε μια προσπάθεια να αποκτήσει μεγαλύτερη ευελιξία ως προς τη συμπλήρωσή του. Η διαμόρφωση τριών διακριτών τύπων ερωτηματολογίων επιτρέπει σε αυτή την έρευνα, κατά μία έννοια, να θεωρηθεί ευρύτερη της πρώτης από την άποψη ότι αναφέρεται όχι μόνο στις υπηρεσίες που παρέχονται από τις ΤοΜΥ, ως μια δομή που εισάγεται και λειτουργεί για σχετικά μικρό χρονικό διάστημα, αλλά περιλαμβάνει επίσης και

Κέντρα Υγείας, τα οποία ως δομές έχουν μεγαλύτερο χρόνο ύπαρξης και παγιωμένο ρόλο στο υφιστάμενο πλέγμα των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ και Εξωτερικά Ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων ως ένα πεδίο μετάβασης και εισόδου από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Από την άλλη, όμως επισημαίνεται ότι η εκπονηθήσα από το ΙΤΕΚ έρευνα δεν αφορά πανελλήνιο δείγμα, αλλά περιορίζεται σε δείγμα από την 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> ΥΠΕ, δεδομένων των χρονικών περιορισμών καθώς και των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων που θα απαιτούσε ανάλογο εγχείρημα σε πανελλήνιο επίπεδο. Η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε ώστε να είναι επιτρεπτή η συγκριτική ανάλυση αποτελεσμάτων της με τα αντίστοιχα την προηγούμενη του Γραφείου του ΠΟΥ στην Αθήνα, συγκροτώντας ένα συμπληρωματικό πλαίσιο αναφοράς ως προς το χρόνο διεξαγωγής αλλά και το εύρος κάλυψης του προς μελέτη αντικείμενου. Έλαβε χώρα μεταξύ Ιουλίου και Νοεμβρίου του 2019 και ο μελετώμενος πληθυσμός ήταν 1804 λήπτες υπηρεσιών υγείας, εκ των οποίων οι 835 (46,3%) επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία 21 νοσοκομείων, οι 587 (32,5%) επισκέφθηκαν 23 ΤοΜΥ και οι 382 (21,2%) επισκέφθηκαν 23 κέντρα υγείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν τη θετική εικόνα που εκφράστηκε και στην προηγούμενη έρευνα. Δηλαδή, τόσο οι επιμέρους διαστάσεις της αξιολόγησης (προσβασιμότητα, συνέχεια της φροντίδας, περιεκτικότητα στην φροντίδα, ποιότητα ιατρικής φροντίδας, εγκαταστάσεις, ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας), όσο και η συνολική αξιολόγηση ήταν αρκετά υψηλές και στις τρεις υπηρεσίες υγείας. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αξιολόγησης αφορούσαν στις ΤοΜΥ και, ακολούθως, στα κέντρα υγείας και έπειτα, στα νοσοκομεία (τόσο σε όλες τις διαστάσεις, όσο και συνολικά). Το γεγονός αυτό πιθανά αναδεικνύει το κενό που οι ΤοΜΥ ήρθαν να καλύψουν, δηλαδή την παροχή φροντίδας υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στο χώρο όπου συντελούνται οι καθημερινές δραστηριότητες και το κοινωνικό γίνεσθαι των ίδιων των ασθενών, δηλαδή σε επίπεδο κοινότητας, βελτιώνοντας την προσβασιμότητα σε βασικές ποιοτικές υπηρεσίες και διασφαλίζοντας τη συνέχεια της φροντίδας. Έτσι πιθανά αιτιολογείται το εύρημα αναφορικά με την κατάταξη των επιμέρους διαστάσεων της αξιολόγησης, όπου την υψηλότερη θέση κατέχει η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, ακολουθούμενη από τη συνέχεια της φροντίδας, την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, την περιεκτικότητα στην φροντίδα, τις εγκαταστάσεις και τέλος, την προσβασιμότητα. Η εικόνα διαμορφώνεται από το ότι η διάσταση με την υψηλότερη αξιολόγηση ήταν η ποιότητα ιατρικής φροντίδας στις ΤοΜΥ, ενώ η διάσταση με την χαμηλότερη αξιολόγηση ήταν η προσβασιμότητα στα νοσοκομεία. Το τελευταίο αυτό στοιχείο συνδέεται με τα γνωστά χωροταξικά, οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα των

δημόσιων νοσοκομείων της χώρας και τον τρόπο λειτουργίας των εξωτερικών τους ιατρείων, στοιχεία τα οποία οδηγούν σε ανισότητες και φραγμούς στην πρόσβαση των υπηρεσιών. Η ασάφεια που διατηρείται ως προς τις διαδικασίες διασύνδεσης και συντονισμού των τριών δομών της ΠΦΥ στη χώρα (ΤοΜΥ, Κέντρα Υγείας, Εξωτερικά Ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων) λόγω της μη ολοκληρωμένης εφαρμογής του Ν. 4486/2017 επιτείνει το πρόβλημα.

Η ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας φαίνεται και από το ότι οι βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας ήταν εξαιρετικά υψηλές. Αξιοσημείωτο είναι ότι και πάλι οι βαθμολογίες σύστασης του γιατρού και των υπηρεσιών υγείας ήταν υψηλότερες για τις ΤοΜΥ. Αυτό πιθανά σχετίζεται με το ρόλο και τις αρμοδιότητες του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και γενικότερα της σκόπευσης των ΤοΜΥ, που τις διαφοροποιεί από τις άλλες δομές ΠΦΥ. Η παροχή φροντίδας στους ασθενείς από τις ΤοΜΥ πλησιέστερα στην κατοικία τους, δημιουργεί μία αίσθηση εγγύτητας, αμεσότητας και χρονικής διάρκειας στην επαφή με τους επαγγελματίες υγείας, οδηγώντας πιθανά και σε μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας από την πλευρά των ασθενών και μείωση των εκφρασμένων ανικανοποίητων αναγκών. Επιπροσθέτως, θετικές εντυπώσεις εκφράστηκαν σχετικά με τη συμπεριφορά του προσωπικού, το χρόνο αναμονής και το χώρο αναμονής. Ωστόσο, οι λήπτες των υπηρεσιών επισημαίνουν ότι υπάρχουν δυνατότητες βελτίωσης τόσο σε ζητήματα που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας, όπως η αφιέρωση περισσότερου χρόνου από τον γιατρό και ο καλύτερος συντονισμός των ραντεβού, όσο και σε ζητήματα που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας, όπως η ύπαρξη περισσότερων ειδικοτήτων, η αύξηση του προσωπικού, ο καλύτερος εξοπλισμός και η επέκταση του ωραρίου λειτουργίας. Όλα τα παραπάνω ζητήματα θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι συνδέονται σε κάποιο βαθμό με την έλλειψη εμπειρίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά την ομαδικότητα στις δραστηριότητες εξωνοσοκομειακής Φροντίδας και κατ' επέκταση με τον βαθμό εσωτερικού συντονισμού των μελών των ομάδων που στελεχώνουν τις δομές ΠΦΥ.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας είναι η συσχέτιση των βαθμολογιών των διαστάσεων των εμπειριών των ληπτών υπηρεσιών ΠΦΥ με μια σειρά δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών τους, καθώς και χαρακτηριστικών που αφορούν στη χρήση των υπηρεσιών. Ειδικότερα, η αύξηση της ηλικίας σχετίζεται με καλύτερη αξιολόγηση τόσο συνολική όσο και των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των χρηστών των υπηρεσιών (προσβασιμότητα, συνέχεια της φροντίδας, περιεκτικότητα της φροντίδας, ποιότητα ιατρικής

φροντίδας, ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, εγκαταστάσεις, σύσταση του γιατρού, σύσταση των υπηρεσιών υγείας), εύρημα το οποίο συμφωνεί και με τα αποτελέσματα της προηγούμενης έρευνας που αναφέρθηκε παραπάνω (Οικονόμου και συν. 2019, Konstantakoroulou et al. 2019). Η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης, επίσης, συνδέεται με θετική εκτίμηση, καθώς οι ασφαλισμένοι αξιολόγησαν υψηλότερα όλες τις υπό διερεύνηση διαστάσεις σε σχέση με τους ανασφάλιστους, υποδηλώνοντας πιθανά την θετική επίδραση της καθολικής κοινωνικής ασφάλισης στον τρόπο με τον οποίο οι πολίτες αντιλαμβάνονται τη σχέση τους με τις υπηρεσίες υγείας. Παρομοίως, οι συμμετέχοντες με καλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας αξιολόγησαν καλύτερα τις υπηρεσίες υγείας.

Από την άλλη, ο μεγάλος χρόνος αναμονής μεταξύ της ημέρας διευθέτησης του ραντεβού και της ημέρας πραγματοποίησης της επίσκεψης στην ΤοΜΥ σχετίζεται με μειωμένες βαθμολογίες θετικών εμπειριών. Αυτό είναι ένα σημείο το οποίο θα πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα. Η πιθανή αύξηση του αριθμού των εγγεγραμμένων στις ΤοΜΥ, εφόσον ο θεσμός διατηρηθεί και η υποχρεωτικότητα της εγγραφής ενισχυθεί, εάν δεν ολοκληρωθεί η διαδικασία ίδρυσης των προβλεπόμενων ΤοΜΥ, θα οδηγήσει σε αύξηση του χρόνου που μεσολαβεί μεταξύ της στιγμής διευθέτησης του ραντεβού και της ημέρας επίσκεψης. Αναδεικνύεται επίσης η αναγκαιότητα αντιμετώπισης των όποιων οργανωτικών αδυναμιών ως προς την εφαρμογή διαδικασιών προτεραιοποίησης στην πρόσβαση των ασθενών στις ΤοΜΥ και διαχείρισης των παραπομπών στα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Ένα άλλο εύρημα της μελέτης είναι ότι η αυξημένη συχνότητα επίσκεψης στην υπηρεσία υγείας τους τελευταίους 6 μήνες σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας θετικών εμπειριών ως προς την προσβασιμότητα, τη συνέχεια της φροντίδας και την περιεκτικότητα της φροντίδας, υποδηλώνοντας ότι οι λήπτες/λήπτριες των υπηρεσιών με μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων εκφράζουν αυξημένη εμπιστοσύνη και βαθμό ικανοποίησης από το σύστημα.

Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι **τόσο η συνολική αξιολόγηση όσο και η αξιολόγηση όλων των επιμέρους διαστάσεων εμπειρίας των χρηστών ΠΦΥ είναι υψηλότερη για τις ΤοΜΥ σε σχέση με τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας** και οι επισκέπτες στις ΤοΜΥ συστήνουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον γιατρό και τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους επισκέπτες στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Το γεγονός αυτό πιθανά σχετίζεται με την μεγαλύτερη έμφαση που δόθηκε μετά το 2017 στην προσπάθεια να δομηθεί το νέο σύστημα

ΠΦΥ με ιδιαίτερη βαρύτητα στην ανάπτυξη των ΤοΜΥ και λιγότερη προσοχή στην αναπροσαρμογή των κέντρων υγείας και των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων με βάση τον νέο ρόλο που προσδιορίζεται στον Ν. 4486/2017.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής προκύπτει και μια άλλη διαπίστωση που αξίζει να επισημανθεί και σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά αυτών που επισκέπτονται τις δομές ΠΦΥ και το είδος των υπηρεσιών που ζητούν. **Οι νεότεροι επισκέπτονται συχνότερα τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας και οι μεγαλύτεροι επισκέπτονται συχνότερα τις ΤοΜΥ.** Όσο χειρότερη είναι η αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό επίσκεψης στις ΤοΜΥ, ενώ όσο καλύτερη είναι η αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό επίσκεψης στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας. Τέλος, οι συχνότεροι λόγοι επίσκεψης στις υπηρεσίες ΠΦΥ είναι η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο, η συνταγογράφηση φαρμάκων, το παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις και η ύπαρξη ασθένειας/αδιαθεσίας. Ειδικότερα, οι συχνότεροι λόγοι επίσκεψης στα νοσοκομεία ήταν η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) και η ασθένεια/αδιαθεσία, στα κέντρα υγείας ήταν η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) και η συνταγογράφηση φαρμάκων, ενώ στις ΤοΜΥ ήταν η συνταγογράφηση φαρμάκων και η προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ). **Από τα παραπάνω φαίνεται ότι υπηρεσίες, όπως η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης, η χρήση κοινωνικών υπηρεσιών και ο εμβολιασμός αποτελούν πολύ μικρό μέρος της ΠΦΥ. Αυτό δείχνει ότι δεν είναι ποτέ εύκολο να εισαχθεί μια νέα αντίληψη για τη φροντίδα υγείας σε ένα υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών.** Μια σημαντική δυσκολία σχετίζεται με μια ψευδή και διαστρεβλωμένη αντίληψη για την έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όχι μόνο εντός του πληθυσμού αλλά ακόμα περισσότερο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η ομαδικότητα, οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, τα προγράμματα ενδυνάμωσης των κοινοτήτων και πρόληψης, υφίστανται στο περιθώριο της φροντίδας υγείας (Economou et al. 2017, Οικονόμου και Παντελή 2019).

Συμπερασματικά, αν και το νέο σύστημα ΠΦΥ ενσωματώνει τις θεμελιώδεις αρχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη πρόσβαση στην ποιοτική φροντίδα υγείας και την πιο ορθολογική και αποτελεσματική χρήση των υπαρχουσών υπηρεσιών και πόρων, μέσα από τη μείωση των περιττών εισαγωγών σε νοσοκομεία, η οποία θα ήταν δυνατό να επιτευχθεί με καλά οργανωμένες διαδικασίες

παραπομπών, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης της υφιστάμενης κατάστασης. Αυτά σχετίζονται με σημαντικές προκλήσεις που οι φορείς χάραξης πολιτικής υγείας στην χώρα καλούνται να αντιμετωπίσουν (Οικονόμου και Παντελή 2019, Economou et al. 2017): (i) στην Ελλάδα, η ομαδικότητα, οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, η ενδυνάμωση της κοινότητας και τα προγράμματα πρόληψης, βρίσκονται παραδοσιακά στο περιθώριο της φροντίδας· (ii) οι επαγγελματίες υγείας στερούνται εμπειριών πάνω στην ομαδική εργασία σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον· (iii) υπάρχει έλλειψη συντονισμού διαδικασιών και σαφώς καθορισμένων λειτουργιών στην παροχή φροντίδας σε διαφορετικά επίπεδα· (iv) διακρίνεται απροθυμία των ιατρών να εργαστούν στις ΤοΜΥ· (v) διαπιστώνεται δυσκολία οργάνωσης και διατήρησης της ελκυστικότητας προγραμμάτων βραχυπρόθεσμης κατάρτισης στην ομαδική εργασία και στις εργασιακές διαδικασίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας· (vi) ο ηλεκτρονικός ατομικός φάκελος υγείας δεν είναι ακόμα πλήρως λειτουργικός· και (vii) ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές ορθής κλινικής πρακτικής έχουν μεν αναπτυχθεί, παραμένει όμως η πρόκληση της εκπαίδευσης του προσωπικού ώστε να ενσωματώσει το περιεχόμενό τους στην καθημερινή πρακτική.

### **8.3. Προτάσεις**

Με βάση τις διαπιστώσεις που παρουσιάστηκαν, θα μπορούσαν να προταθούν κάποιες πιθανές λύσεις ορισμένων από τα ζητήματα που τέθηκαν παραπάνω. Σε αυτές περιλαμβάνονται:

(α) Η αξιοποίηση καλών πρακτικών σε τοπικό επίπεδο με στόχο την περαιτέρω καλλιέργεια διεπιστημονικής ομαδικής εργασίας και η διασφάλιση αποτελεσματικού συντονισμού εσωτερικά (εντός των ΤοΜΥ) και εξωτερικά (π.χ., με παράγοντες της τοπικής κοινότητας, με άλλες υπηρεσίες υγείας και ειδικά με τα κέντρα υγείας), υπό μία περισσότερο συνεργατική παρά αυστηρά ιεραρχική μορφή. Θα μπορούσε, ενδεικτικά, να αναπτυχθεί μια στρατηγική για την ενθάρρυνση τοπικών πιλοτικών προγραμμάτων ολοκληρωμένης φροντίδας με βάση τη βέλτιστη διεθνή πρακτική. Αυτό θα συνέβαλε μακροπρόθεσμα, για παράδειγμα, στην ανακούφιση των επίμονων πιέσεων που αντιμετωπίζει η παροχή επείγουσας φροντίδας και θα επέτρεπε την ταχύτερη και πιο ευέλικτη ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών.



(β) Η εξασφάλιση της ενσωμάτωσης παρεμβάσεων για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών σε ατομικό και κοινοτικό επίπεδο. Εδώ εντάσσονται μέτρα και δράσεις για την προαγωγή της υγείας στο χώρο εργασίας, στα σχολεία και γενικότερα σε ολόκληρη την κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων των εμβολιασμών, των προσυμπτωματικών ελέγχων και της εξειδικευμένης προληπτικής φροντίδας, της υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους εργασίας, της κοινωνικής ιατρικής, και της βοήθειας στη βελτίωση του τρόπου ζωής και της διαχείρισης των χρόνιων παθήσεων. Προς αυτή την κατεύθυνση δείχνουν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, δεδομένου ότι σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Αυτό θέτει επί τάπητος την κομβική σχέση μεταξύ ΠΦΥ και υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Η δημόσια υγεία δεν είναι επαρκώς αναπτυγμένη στην Ελλάδα. Για να μπορέσουν να υλοποιηθούν οι στόχοι της ΠΦΥ και να δημιουργηθεί ένα σύγχρονο, αποτελεσματικό και ανθρωποκεντρικό ΕΣΥ που να βελτιώνει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, πρέπει οι υπάρχουσες υπηρεσίες δημόσιας υγείας, που είναι επικεντρωμένες στον έλεγχο και την πρόληψη των μεταδοτικών ασθενειών, να μετασχηματιστούν έτσι ώστε να εστιάσουν στη μείωση της εμφάνισης και του επιπολασμού των μη μεταδιδόμενων ασθενειών. Κάτι τέτοιο προϋποθέτει νέες προσεγγίσεις που θα αντιμετωπίζουν όλα τα βαθύτερα αίτια αυτών των ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, των περιβαλλοντικών παραγόντων και των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου. Βασικοί μεταρρυθμιστικοί άξονες προς αυτή την κατεύθυνση θα μπορούσε να είναι: (i) η γεφύρωση της παροχής της ΠΦΥ με πρωτοβουλίες και δράσεις της δημόσιας υγείας· (ii) η πρόληψη και ο έλεγχος των μη μεταδιδόμενων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων του καπνίσματος, της παχυσαρκίας, της σωματικής άσκησης, των τροχαίων ατυχημάτων, της επαγγελματικής και περιβαλλοντικής υγιεινής· (iii) η αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων και η εξασφάλιση πρόσβασης στις υπηρεσίες φροντίδας της υγείας·(iv) η αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν την αντιμικροβιακή αντοχή· (v) η διαχείριση των εμβολίων· (vi) οι καταστάσεις έκτακτης υγειονομικής ανάγκης· και (vii) η αναδιοργάνωση και διακυβέρνηση των υπηρεσιών μέσω της προώθησης της έρευνας στη δημόσια υγεία, της ενίσχυσης των διευθύνσεων δημόσιας υγείας των περιφερειών, της αναβάθμισης της εκπαίδευσης για τη δημόσια υγεία και της δημιουργίας ενός πλέγματος ανθρώπινου δυναμικού για την δημόσια υγεία.

(γ) Η βελτίωση της επικοινωνίας μέσα από τη χρήση μιας αλληλουχίας μέτρων που υλοποιούνται από το εθνικό επίπεδο, προς το περιφερειακό και δημοτικό, με σκοπό να

καταπολεμηθεί ο σκεπτικισμός στο ευρύ κοινό, στις τοπικές κοινότητες και στους επαγγελματίες της υγείας. Η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του κοινού, των επαγγελματιών υγείας και των κοινωνικών εταίρων, καθίστανται αναγκαίες αναφορικά με τον επαναπροσδιορισμό και τον επαναπροσανατολισμό των στάσεων, των συμπεριφορών και των αντιλήψεων που κυριαρχούν, αλλά και των δράσεων που λαμβάνουν χώρα, τόσο ως προς τις συμπεριφορές υγείας όσο και ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας.

(δ) Ο επαναπροσδιορισμός του επιπέδου των αποδοχών και των συμβάσεων εργασίας για το προσωπικό των ΤοΜΥ και για τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς, έτσι ώστε να διαμορφωθούν κίνητρα αντιμετώπισης των δυσχερειών στελέχωσης των δομών και διαθεσιμότητας συμβεβλημένων ιατρών.

(ε) Τέλος, ίσως σημαντικότερο από όλα, είναι η ανάγκη αποσαφήνισης της πολιτικής βούλησης για την κατεύθυνση που είναι επιθυμητό να πάρει η ΠΦΥ στη χώρα μας. Το μέχρι τώρα εγχείρημα παρουσιάζει παλινωδίες και αμφιταλαντεύσεις που παραπέμπουν σε κίνηση εκκρεμούς, με αποτέλεσμα προηγούμενες ενέργειες να αναιρούνται ή να εκφυλίζονται και οι μελλοντικές τάσεις να είναι απροσδιόριστες. Τα εναλλακτικά σενάρια που μπορούν να αναπτυχθούν είναι αρκετά και ποικίλουν, από την ενίσχυση και επέκταση των ΤοΜΥ, μέχρι τον επανασχεδιασμό της σύνθεσης ειδικοτήτων των ομάδων ΠΦΥ που λειτουργούν σε αυτές και τα κέντρα υγείας, ή την αντικατάστασή τους από εναλλακτικά μοντέλα συμβεβλημένων ομάδων γενικών ιατρών με τον ΕΟΠΥΥ. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν την θετική ανταπόκριση των ασθενών στη λειτουργία των ΤοΜΥ, επισημαίνουν όμως και τις διαστάσεις αυτών που χρήζουν βελτίωσης καθώς και τα προβλήματα λειτουργίας των υπόλοιπων δομών ΠΦΥ.

## Βιβλιογραφία

- Almeida, R.S, Bourliataux-Lajoinie, S., Martins, M.(2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cad. Saude Publica* ;31(1):11-25.
- Αλεξιάδου, Σ.Α., Αλεξιάδου, Ε.Α., Χαμαλίδου, Α.(2008). Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Διοικητική Ενημέρωση* ;(35): 106-110.
- Anell, A., Glengard, A.H., Merkur S.( 2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*. 14(5):1-159.
- Babakus, E., Mangold W.G.( 1992).Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res*;26(6):767-786.
- Bakker, D., Groenewegen, P.(2009). Primary Care in the Netherlands: current and trends.*JPH*.6 (2) :1-8.
- Bond, S., Thomas L.H.(1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs* ; 17(1): 52-63
- Boyle, S. (2011).United Kingdom ( England):Health system review. *Health Systems in Transition*.13(1):1-486.
- Buchan J., O'May F., Dussault G.(2013). Nursing Workforce Policy and the Economic Crisis: A Global Overview. *Journal of Nursing Scholarship* .45(3) :298–307.
- Busse, R., Blumel, M.(2014).Germany: health system review. *Health Systems in Transition*.16(2) :1-296.
- Chen J Integrated care. Patient reported outcome measures and patient reported experience measures - a rapid scoping review. Agency of Clinical Innovation of New South Wales [https://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/281979/ACI\\_Proms\\_Premis\\_Report.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0009/281979/ACI_Proms_Premis_Report.pdf).
- Coulter A, Fitzpatrick R, Cornwell J. The point of care. Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses. The King's Fund. 2009. [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Point-of-Care-Measures-of-patients-experience-in-hospital-Kings-Fund-July-2009\\_0.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Point-of-Care-Measures-of-patients-experience-in-hospital-Kings-Fund-July-2009_0.pdf).
- Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (1991). Σχεδιασμός –οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας . *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*; 10(3): 128-133.

- Γιανασμίδης, Α., Τσιαούση, Μ.(2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ( 1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής; 29(1):106-115.
- Goula, A., Pierrakos G., Yovanis, A.,Stamouli, M.,Dimakou, S., Latsou, D., Sarris, M., Soulis, S. (2015). The Patients’ satisfaction degree of Greek Public Hospitals: A case-study of 7 Outpatients Hospital Departments. Science in Technology ; 3: 184-188.
- Groenewegen, PP., Jurgutis, A.(2013). A future for primary care for the Greek population. Qual Prim Care; 21(6):368-378.
- Donabedian, Α. (1988). Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means. Inquiry ; 25:173–192
- Donabedian, A.(1988).The quality of care. How can it be assessed? JAMA; 260(12):1743-1748
- Economou, Ch., Bistaraki, A., Galanis, P., Konstantakopoulou, O., Siskou, O. and Kaitelidou D. (2019). ‘A qualitative approach for the development of a patient experiences questionnaire in primary healthcare settings’, International Journal of Caring Sciences, 12(1), 124-131.
- Economou, C. (2010) ‘Greece: health system review’, Health Systems in Transition, 12(7), 1–177.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A. and Sisouras, A. (2015) ‘The impact of the crisis on the health system and health in Greece’ in Maresso, A., et al. (eds.) Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences, Copenhagen: WHO/EURO, European Observatory on Health Systems and Policies, 103-142.
- Economou, C., Kaitelidou, D, Karanikolos, M. and Maresso, A. (2017) ‘Greece: Health system review’, Health Systems in Transition, 19(5),1–166.
- Economou C.(2010). Greece. Health System Review. Health Systems in Transition.12(7).1-180.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (1983). Εθνικό Σύστημα Υγείας ΦΕΚ 143. Τεύχος Α. Αθήνα. Εθνικό Τυπογραφείο.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (1985). Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας. ΦΕΚ 217. Τεύχος Α. Αθήνα. Εθνικό Τυπογραφείο.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2001). Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 37. Τεύχος Α. Αθήνα. Εθνικό Τυπογραφείο.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2004). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ΦΕΚ 53. Τεύχος Α. Αθήνα. Εθνικό Τυπογραφείο.

- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2014). Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) αλλαγή σκοπού Ε.Ο..Π.Υ.Υ.και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 38. Τεύχος Α. Αθήνα. Εθνικό Τυπογραφείο.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2014). Ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, βελτίωση περιγεννητικής φροντίδας, ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 270 Τεύχος Α. Αθήνα. Εθνικό Τυπογραφείο.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2015). Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων. Υπουργική Απόφαση. ΦΕΚ 35 Τεύχος Β. Αθήνα. Εθνικό Τυπογραφείο.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2017). Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 115 Τεύχος Α. Αθήνα. Εθνικό Τυπογραφείο.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Ιωαννίδη, Ε., Μάντη, Π.,(1999). Η έννοια της υγείας και της ασθένειας στο: Ιωαννίδη, Ε., Α., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., Υπηρεσίες Υγείας /Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Α. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Kaitelidou, D., Economou, C., Galanis, P., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., Domete, S., de Boer, D., Boerma, W. and Groenewegen P. (2019) ‘Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: a mixed methods study’, BMC Family Practice, **20**:49.
- Καλογεροπούλου, Μ( 2011).Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής; 28(5):667-673
- Karakolias S., Polyzos N. ( 2014). The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): Current Situation and Proposed Structural Changes, towards an Upgraded Model of Primary Health Care, in Greece. Health.6(9).809-821.
- Konstantakopoulou, O., Kaitelidou, D., Galanis, P., Siskou, O. and Economou C. (2020). ‘Using patient experience measures to evaluate the quality of medical and nursing care in the newly established PHC units (TOMYs), in Greece’, Social Cohesion and Development, (in print).
- Kovacs J.(1998). The concept of health and disease. Medicine, Health Care and Philosophy ;1(1): 31–39.

- Κυριόπουλος, Γ., (2016). Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Διαθέσιμο στο: <https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata>. Προσπελάστηκε 2/12/2019.
- Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson, A., Saltman, R.(2015)Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series., World Health Organization.
- Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Δημολιάτης, Γ., Μερκούρης, ΜΠ., Οικονόμου, Χ., Τσάκος, Γ., Φιλαλήθης, Α. και ομάδα εργασίας (2000). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως Θεμέλιο της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; 12(4): 169-188.
- LaVela SL, Gallan A. Evaluation and measurement of patient experience.Patient Experience Journal. 2014;1:28–36.
- Λιαρόπουλος Λ.,(2007). Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας (Α' Τόμος) Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ
- Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsiaris, A., Duijker, G.,k Bodosakis-Merkouris P., Boerma, W., Schafer, W., Greek QUALICOPC team.(2017).Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). BMC Health Services Research ; 17(1) : 255.
- Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Petelos E., Papadakis S., Sifaki-Pistolla D., Papadakakis, M., Souliotis, K.,Tziraki, C.(2019). Integrated people-centred primary health care in Greece: unraveling Ariadne’s thread. Prim Health Care Res Dev ; 20: e113
- Λυδάκης Χ., Πατραμάνης Ι., Λαυρεντάκη Κ., Καραβιτάκη Μ., Νεοφώτιστος Γ.(2014). Συνωστισμός στα τμήματα επειγόντων περιστατικών : Ο ρόλος του «Ιατρείου Ταχείας Διακίνησης Περιστατικών Χαμηλής Επικινδυνότητας». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής;3(13):336-341.
- Miaoulis, G.Jr., Gutman J., Snow M.M.(2009).Closing the gap: The patient –physician disconnect. Health Mark Q ; 26(1): 56-58.
- Mitropoulos, P., Vasileiou K.,Mitropoulos i.(2018). Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide impatient survey in Greece. Journal of Retailing and Consumer Services; 40:270-275.
- Μητροσύλη Μ. (1999). Νομικό πλαίσιο του υγειονομικού τομέα. Στο: Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ. Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Γ΄. ΕΑΠ. Πάτρα

- Οικονόμου, Χ. (2012) Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοίας στην Ελλάδα. Η λειτουργία και ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα: ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων.
- Οικονόμου, Χ., Καϊτελίδου, Δ., Σίσκου, Ο., Γαλάνης, Π. και Κωνσταντακοπούλου, Ο. (2019) Έκθεση προς το Υπουργείο Υγείας με τα αποτελέσματα / ευρήματα μελέτης για τη διερεύνηση των εμπειριών / μέτρηση της ικανοποίησης των ληπτών των υπηρεσιών ΠΦΥ στο δίκτυο των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ToMY), Δημοσίευτη Μελέτη, Αθήνα.
- Οικονόμου, Χ. και Παντελή, Δ. (2019) Παρακολούθηση και τεκμηρίωση των συστημικών και υγειονομικών επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, Κοπεγχάγη: ΠΟΥ, Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης.
- Pangalos G., Asimakopoulos D., Pagkalos I.(2013). The new Greek national e-prescription system: an effective tool for improving quality of care and containing medication costs. *Stud Health Technol Inform.*190.13-17.
- Parasuraman, A., Zeitham, V.A.,Berry L.L ( 1988). SERVQUAL: A multiple –item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*;64:12-40.
- Pierrakos, G., Goula A., Latsou, D., Platis, C., Sarris, M., Soulis, S.(2017). Opinion of citizens in Primary Health Care management and offered services by Local Authorities. *International Journal of strategic Innovative Marketing*;4(3):47-63.
- Ποτήρης, Α, Σαράφης, Π.(2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα - Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* ; 6(3): 116-121.
- Priporas, C.V., Laspa C., Kamenidou I.(2008). Patient satisfaction measurement for in – hospital services. A pilot study in Greece. *Journal of Medical Marketing* ;8(4): 325-340.
- Ramanayake, R.P.J.C., Ranasingha, S., Lakimi, S.(2014). Management of Emergencies in General Practice : Role of General Practitioners. *J Family Med Prim Care.*3(4):305-308.
- Rao, M., Pilot, E. (2014)The missing link—the role of primary care in global health. *Glob Health Action* ; 7: 1-6.
- Roland, M., Guthrie B., Thome D.C. (2012).Primary Medical Care in the United Kingdom .*J Am Board Fam Med* .1:S6 -11
- Sifaki-Pistolla, D, Chatzea V,E,, Markaki, A., Kritikos, K., Petelos, E. and Lionis C. (2017) ‘Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows’, *BMC Health Services Research*, 17(1):788 doi 10.1186/s12913-017-2702-5.

- OECD ( 2017). State of Health in the EU . Ελλάδα. Προφίλ Υγείας 2017. Διαθέσιμο στο : [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf). Προσπελάστηκε 29/12/2019
- Sanchez – Saprado, T.(2016).Primary care in France. *Semergen- Medicine de familia*; 42(1):58- 62.
- Σαρής, Μ.( 2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Schäfer, W. L., Boerma, W. G., Murante, A. M., Sixma, H. J., Schellevis, F. G., & Groenewegen, P. P. (2015). Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 161-168.
- Schafer, W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Deville W and van Ginneken E.(2010). The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* . 12(1):1–229.
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.* 25(5).663-672.
- Shi, L.(2012) The Impact of Primary Care: a Focused Review. *Scientifica (Cairo)* ;2012:432892: 1-22
- Solberg Leif, M .D., Thomas, E., Kottke, M. D., Milo, L., Brekke Ph. D.(1998). Will Primary Care Clinics Organize Themselves to Improve The Delivery of preventive Services? A randomized Controlled Trial *Preventive Medicine* .27 (4):623- 631
- Σουλιώτης ,Κ., Λιονής Χ.( 2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας : μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* ; 5(20): 446-476.
- Σούλης Σ.( 1999). Οικονομική της υγείας . Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Σουρτζή, Π.(1998) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; 10(4):179-185 Αθήνα
- Starfield, B.( 1994). Is primary care essential? (Primary care tomorrow). *The Lancet Ltd* ;344(8930):1129-1133.
- Svalastog, A.L., Donev D., Jahren Kristoffersen N., Gajovic S.( 2017). Concepts and definitions of health and health –related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croat Med J*; 58(6): 431-435.



- Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π.(2008).Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές .Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας.;3(4).140-148.
- Τούντας, Γ.(2000): Κοινωνία και Υγεία. Οδυσσέας-Νέα Υγεία, Αθήνα
- Τσαούσης, Γ. (1989) Η κοινωνία του ανθρώπου. Αθήνα: Gutenberg
- Τζιριντάνη, Μ., Γιοβάνης Α., Μπινιώρης Σ., Γούλα, Α. (2010).Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών. Νοσηλευτική ;49(1):40–52
- VANDOROS S., STARGARDT T.(2013).Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. Health Policy.109 : 1-6.
- Vrachatis, D.A., Papadopoulos A.( 2012). Primary health care in Greece: Current data and perspectives. Nosileftiki; 51(1).
- Walley , J., Lawn, J.E., Tinker, A., de Francisco A., Chopra, M., Rudon, I., Bhutta, Z.A. Black, R.E. and the Lancet Alma – Ata Working Group(2008). Primary health care: making Alma Ata a reality. Lancet; 372(9642):1001-1007.
- World Health Organization (1958). The First ten years of the World Health Organization. World Health Organization.
- Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37089>
- Προσπελάστηκε 19/11/2019
- World Health Organization (2007).Everybody business: Health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action
- [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) (Προσπελάστηκε 24/11/2019).
- World Health Organization (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever) .Διαθέσιμο στο : <https://www.who.int/whr/2008/en/> Προσπελάστηκε 16/12/2019
- Weel, C., Schers H., Timmermans A.(2012).Health Care in the Netherlands. J.Am Board Fam Med. Vol.25:12-17

### Ηλεκτρονικές πηγές

- Αιτιολογική έκθεση (2017).Νόμος 4486/2017Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες

διατάξεις. Διαθέσιμο στο: <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb-8ea6-aebdc768f4f7/10151258.pdf> Προσπελάστηκε 28/12/2019.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΜΕΛΕΤΗΣ

**Τίτλος:** «Διερεύνηση της ικανοποίησης των πολιτών από τις Πρωτοβάθμιες και Δευτεροβάθμιες Μονάδες Υγείας».

**Φορέας που διενεργεί την έρευνα:**

Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης  
Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών (ΙΤΕΚ)

**Ομάδα Έρευνας:**

**Συντονιστής:** Γ. Γκουντέλας, Διευθυντής του ΙΤΕΚ

**Ερευνητές:**

- **Οικονόμου Χαράλαμπος**, Καθηγητής Κοινωνιολογίας και Πολιτικών Υγείας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- **Πιερράκος Γεώργιος**, Καθηγητής Οργάνωσης και Διοίκησης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
- **Πρεζεράκος Παναγιώτης**, Καθηγητής στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.
- **Βοζίκης Αθανάσιος**, Αναπληρωτής Καθηγητής Οργάνωσης Οικονομικών της Υγείας στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- **Κουρτέσης Αλέξανδρος**, Προϊστάμενος Τμήματος Έρευνας και Καινοτομίας, ΙΤΕΚ/ΕΚΔΔΑ
- **Μακρή Βασιλική**, Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό στο Τμήμα Έρευνας και Καινοτομίας ΙΤΕΚ/ΕΚΔΔΑ
- **Πλατής Χαράλαμπος**, Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης/ ΕΚΔΔΑ
- **Απίστουλας Δημήτρης**, Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό Ινστιτούτου Επιμόρφωσης/ΕΚΔΔΑ

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών είναι η ερευνητική μονάδα του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης. Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του συμβάλλει στην παραγωγή, προαγωγή και διάδοση της διοικητικής τεχνογνωσίας και των καινοτόμων πρακτικών στον ελληνικό δημόσιο τομέα. Επίσης, μελετά τρόπους για την αντιμετώπιση φαινομένων δυσλειτουργίας σε υπηρεσίες του ευρύτερου δημόσιου τομέα, ιδιαίτερα σε τομείς που διαπιστώνεται χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Στο πλαίσιο του έργου του το ΙΤΕΚ επέλεξε να διερευνήσει τον νευραλγικό τομέα της υγείας. Οι Υπηρεσίες Υγείας αποτελούν το πιο ευαίσθητο - ίσως- κομμάτι κοινωνικής πολιτικής σε ένα οργανωμένο Κράτος. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη προϋποθέτουν ένα ολοκληρωμένο, συνεκτικό και αποτελεσματικό μοντέλο παροχής υγειονομικής φροντίδας και είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, που χρήζουν διαρκούς παρακολούθησης και αξιολόγησης.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η εν λόγω έρευνα έχει σκοπό την καταγραφή και αποτίμηση της εμπειρίας του Έλληνα λήπτη/Ελληνίδας λήπτριας των υπηρεσιών Υγείας και, ειδικά, του βαθμού της ικανοποίησής του/της από τις δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Υγείας και συγκεκριμένα από: Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), Κέντρα Υγείας, Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων.

## **ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η επιλογή του συγκεκριμένου τομέα για την διεξαγωγή της έρευνας επιβλήθηκε από τις εξελίξεις τόσο σε επιχειρησιακό όσο και σε θεσμικό επίπεδο στην χώρα μας. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια επιχειρείται μια σημαντική αναδιαρθρωτική προσπάθεια της οποίας ο κύριος άξονας είναι ο μετασχηματισμός του μοντέλου παροχής Υγειονομικής Φροντίδας – ιδιαίτερα στο Δημόσιο Τομέα – από Ιατροκεντρικό σε Ασθενοκεντρικό. Στο πλαίσιο αυτό τέθηκε σε εφαρμογή ο νόμος 4486/2017 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και δημιουργήθηκε ένα δίκτυο δομών με τις νεοσύστατες Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Ειδικά και Πολυδύναμα), τα Πολυϊατρεία, τα Διαγνωστικά Εργαστήρια και τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων κλπ.

Σε αυτό το πλαίσιο, η έρευνα φιλοδοξεί να κάνει μια πρώτη αποτίμηση της αποτελεσματικότητας αυτού του μοντέλου, εστιάζοντας στις εμπειρίες και την ικανοποίηση των πολιτών από το προαναφερόμενο μοντέλο και τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Με αυτόν τον τρόπο θα αποτυπωθεί όχι τόσο η σκοπιμότητα του νέου θεσμικού και οργανωτικού πλαισίου -η διεθνής

βιβλιογραφία και πρακτική αποδεικνύουν την αναγκαιότητα της-, όσο οι κατευθύνσεις που πρέπει να ακολουθήσει, ώστε να βελτιώσει τις επιδόσεις του με γνώμονα την προάσπιση της υγείας του Έλληνα λήπτη/ της Ελληνίδας λήπτριας, αλλά και τον σεβασμό στη χρήση των δημόσιων πόρων.

## ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

**Ομάδα – στόχος της έρευνας:** είναι ο γενικός πληθυσμός που χρησιμοποίησε τις παροχές των προαναφερθεισών δομών υγείας, οι οποίες ανήκουν στην 1η ΥΠΕ (Αττικής) και 2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου). Οι συγκεκριμένες υγειονομικές περιφέρειες επιλέχθηκαν, επειδή είναι αντιπροσωπευτικές όλης της Ελλάδας και – ειδικά η 2η – διαθέτουν όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά (αστικά, ημι-αστικά, αγροτικά, νησιωτικότητα, άγονες – προβληματικές περιοχές) που εξασφαλίζουν μια πολύ υψηλή αντιπροσωπευτικότητα δείγματος.

**Χρονοδιάγραμμα:** Η έρευνα αναμένεται να ολοκληρωθεί στα τέλη Δεκεμβρίου 2019.

**Μεθοδολογία:** Η έρευνα θα είναι ποσοτική και θα στηριχτεί στη διανομή και συμπλήρωση δομημένου και σταθμισμένου ερωτηματολογίου χωρίς τη χρήση συνεντευκτή. Τα ερωτηματολόγια στηρίζονται σε πρότυπα που έχουν χρησιμοποιηθεί για αντίστοιχες μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Παράλληλα, θα δίνεται η δυνατότητα της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ηλεκτρονικά μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας.

**Πληθυσμός μελέτης:** Όσοι λήπτες/-τριες υπηρεσιών απαντήσουν στα δομημένα ερωτηματολόγια κατά το χρονικό διάστημα που θα ορισθεί από την Ομάδα Έργου.

**Στατιστική ανάλυση:** Μετά τη συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, τα δεδομένα θα καταχωρηθούν ηλεκτρονικά, θα γίνει επεξεργασία και στατιστική ανάλυση με την χρήση κατάλληλων για το μέγεθος του πληθυσμού εργαλείων –ενδεικτικά αναφέρονται οι δοκιμασίες  $\chi^2$ , η δοκιμασία Fischer, ANOVA, Exact Test και PCA), ώστε να εξαχθούν τα απαραίτητα επιστημονικά συμπεράσματα.

## ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΕΧΕΜΥΘΕΙΑΣ

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική, αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής επεξεργασίας συνολικά.

## ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

- Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143Α/07-10-1983): «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
- Νόμος 1579/1985: (ΦΕΚ 217/τ. Α'/23-12-1985): «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123Α/15-07-1992): «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας».
- Νόμος 2194/1994 (ΦΕΚ 34Α/16-03-1994) :«Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165Α/21-08-1997): «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37Α/02-03-2001) :«Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 3172/2003 (ΦΕΚ 197/Α'/6.8.2003): «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53Α/18-02-2004) : «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».
- Νόμος 3852/2010 (ΦΕΚ Α' 87/07-06-2010): «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης».
- Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ 31Α/12-03-2011): «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».
- Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α'/17-2-2014): «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις». Σιακωτού Παναγιώτα «Διερεύνηση επιπέδου ικανοποίησης χρηστών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Μελέτη Μονάδων Υγείας Στερεάς Ελλάδας.»
- Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/07-08-2017): «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».

## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Διεθνής Βιβλιογραφία

- Declaration of Alma-Ata (1978) International conference on primary health care. WHO Chron 32:428–430Google Scholar
- Starfield B, Shi L (2002) Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 60:201–218CrossRefGoogle Scholar
- Petrelis M, Domeyer PR (2016) Primary health care in Greece and in Western Europe during the years of economic crisis. “To Vima tou Askliou” J 15:365–379Google Scholar
- Vrachatis D, Papadopoulos A (2012) Primary health care in Greece: current data and perspectives. Nosileftiki 51:10–17Google Scholar
- Economou C (2015) Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. WHO Regional Office for Europe, pp 1–14Google Scholar
- Theodorou M, Mitrosili M (1999) Health services/hospital specificities and challenges, structure and functioning of the Greek health system, third section. Hellenic Open University, PatraGoogle Scholar
- European Commission (2018) A new drive for primary care in Europe: rethining the assessment tools and methodologies: report of the expert group on health systems performance assessment. Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://doi.org/10.2875/58148>
- World Health Organisation, Regional office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/countries>
- Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y et al (2013) The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract 63:742–750. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X674422>CrossRefGoogle Scholar
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) Greece: country health profile 2017, state of health in the EU. OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies, Paris/Brussels. <https://doi.org/10.1787/9789264283404-en>CrossRefGoogle Scholar
- Eurostat Database (2018) [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/health/health\\_care/data/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/health/health_care/data/database)
- Economou C, Kaitelidou D, Katsikas D, Siskou O, Zafiropoulou M (2014) Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. Soc Cohesion Dev 9:99–115Google Scholar
- Simou E, Koutsogeorgou E (2014) Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. Health Policy 115:111–119. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>CrossRefGoogle Scholar
- Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, Bertsiyas A, Duijker G, Mekouris PB et al (2017) Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the



- QUALICOPC study). BMC Health Serv Res 17:255. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2189-0>CrossRefGoogle Scholar
- Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Markaki A, Kritikos K, Petelos E, Lionis C (2017) Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. BMC Health Serv Res 17:788. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2702-5>CrossRefGoogle Scholar
  - Statements and Proposals of the Greek Union of General Practitioners about the Law “Primary Health Care Reform” (2017) Athens. <https://virus.com.gr>
  - Souliotis K (2016) Payment methods in primary health care- pursuing efficiency. In: Lionis C, Thireos E, Papanikolaou N (eds) Quality and efficiency in the PHC – evaluation and design of provided services in PHC, vol 28. Athens Medical Society, Athina, pp 78–83Google Scholar
  - Lionis C (2018) Step two: 11 prerequisites for an effective PHC. <http://www.healthview.gr>

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου ,Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική. 47(3):320-333.
- Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., Νιάκας, Δ. (2007). Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 24(1): 89- 96.
- Αναγνωστοπούλου Ι., Σίσκου, Ο., Γαλάνης, Π. (2012). Αξιολόγηση και Διερεύνηση των Παραγόντων που Επηρεάζουν την Ικανοποίηση των Ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης. Νοσηλευτική. 51 (2): 216-226.
- Βαλάσση-Αδάμ Ε. (2001). Κλινική Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 18(3). 216-217.
- Βελονάκη, Β.Σ., Αδαμακίδου, Θ. (2015). Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον στο: Καλοκαιρινού, Αθηνά Αδαμακίδου, Θεοδούλα και συν. Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ρόλοι, δραστηριότητες, δεξιότητες μελών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. σ.178-185. Εκδόσεις Κάλλιπος. Αθήνα.
- Βραχάτης, Δ.& Παπαδόπουλος, Α. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. Νοσηλευτική. 51:10-17.
- Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ., Middleton, Ν. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29(6): 720-730.
- Γιανασμίδης, Α & Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29 (1): 106-115.

- Γιαννακοπούλου, Γ. & Ζυγά, Σ. (2013). Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 2: 3-12.
- Θεοδοσοπούλου Ε. & Ραφτόπουλος Β. (2002). Ανάπτυξη ενός εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. *Νοσηλευτική*. 41. Ιανουάριος-Μάρτιος. Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ., Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Φαρατσέλη, Ο., Λιαρόπουλος, Λ. (2005). Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα. Στο: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (Επιμ.) *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. σ. 23-44. Πειραιάς.
- Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ., Παληός, Θ., Κόντας, Ν., Ανδρουλάκη, Ζ. (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 9 (1): 61-75.
- Καϊτελίδου, Δ. (2007). Ποιότητα και Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας, στο Λιαρόπουλος, Λ. *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*. Τόμος Α. Βήτα, σελ. 243- 250.
- Καμπάντα, Μ., Νιάκας, Δ. (2004). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 21(4):354-362.
- Καραγιάννη, Μ., Σηφάκη-Πιστόλα, Δ., Χατζέα, Β.Ε., Τριγώνη, Μ., Κούτης, Α., Πιτέλου, Ε., Λιονής, Χ. (2017). Διασύνδεση δομών Πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα. Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 34(3):343-362.
- Κέπεντζης, Σ., Γκογκόσης, Κ., Νιάκας, Δ. (2004). Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής. *Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Επιμέλεια Νιάκας 2004*. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.
- Κουρή, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α. (2006). Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα: Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού. *Διοικητική Ενημέρωση*. 39. 82-90.
- Κυριόπουλος, Γ. (2015). Η επικαιρότητα της Alma-Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας <https://chronos.faired.net/kyriopoulos-alma-ata>.
- Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Δημολιάτης, Γ., Μερκούρης, Μ.Π., Οικονόμου, Χ., Τσάκος, Γ., Φιλαλήθης, Α. και ομάδα εργασίας.(2000). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως Θεμέλιο της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. 12 (4);169- 188.
- Κωσταγιόλας, Π., Πλατής, Χ., Ζήμερας, Σ. (2006). Διοίκηση Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 23 (6): 603-614.
- Λιονής, Χ., Θηραίος, Ε., Παπανικολάου, Ν. (2016). Ποιότητα και αποδοτικότητα στην ΠΦΥ. Αξιολόγηση και σχεδιασμός των παρεχομένων υπηρεσιών ΠΦΥ. *Κλινικά Φροντιστήρια*. 28(1). Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. Αθήνα.

- Λιονής, Χ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Λάγιου, Α., Βιβιλάκη, Β. (2015). Ολοκληρωμένη (απαρτιωμένη) και εστιασμένη στον άνθρωπο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Εισαγωγικά σχόλια και ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα.
- Μπαλάσκα, Δ., Μπιτσώρη, Ζ. (2015). Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. 4(3): 106–120.
- Μπένος, Α., Αντωνιάδου, Ι., Κούτης, Α., Λιονής, Χ., Μυλωνέρος, Θ., Παναγιωτόπουλος, Τ. (2015). Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**  
**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**



**Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών**

## **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 1**

**Αξιολόγηση της εμπειρίας και της ικανοποίησης  
των ληπτών/-τριών υπηρεσιών υγείας  
από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)**

**Αγαπητέ/ή χρήστη/τρια των υπηρεσιών υγείας,**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί πρωτοβουλία του Ινστιτούτου **Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.**

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν οι εμπειρίες σας από τη χρήση των υπηρεσιών των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤοΜΥ), προκειμένου να

αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών από τις συγκεκριμένες μονάδες υγείας και να παραχθεί τεκμηριωμένη πληροφόρηση για την ποιότητα των υπηρεσιών προς τις διοικητικές αρχές.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Θα γίνει ομαδοποιημένη επεξεργασία των δεδομένων και δεν θα είναι εφικτή η αποκάλυψη των απαντήσεων σας σε κανένα εμπλεκόμενο μέρος, ακόμα και στους ίδιους τους ερευνητές.

Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Τέλος, σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με τον τρόπο που ορίζεται κάθε φορά. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζονται περίπου πέντε με επτά (5-7) λεπτά.

***Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή και το χρόνο σας!***

**Μονάδα υγείας:** .....

**Ημερομηνία:** ..../..../20....

## Αξιολόγηση της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)

Αν απαντάτε σε αυτό το ερωτηματολόγιο ως γονέας παιδιού για το οποίο επισκεφτήκατε σήμερα την ΤοΜΥ, παρακαλώ επιλέξτε το διπλανό κουτάκι βάζοντας ένα ✓

Γονέας

**Επιλέξτε την απάντηση που θέλετε βάζοντας ένα ✓ μέσα στο κουτάκι**

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

- Άνδρας  
 Γυναίκα

--	--	--	--

2. Ποιο είναι το έτος γέννησής σας;

3. Ποια είναι η εθνικότητά σας;

- Ελληνική  
 Άλλη (Παρακαλώ προσδιορίστε: .....

4. Ποιό είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

- Μερικές τάξεις του Δημοτικού  
 Απόφοιτος-η Δημοτικού  
 Απόφοιτος-η Γυμνασίου  
 Απόφοιτος-η Λυκείου  
 Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)  
 Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ  
 Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού

5. Αναφορικά με την ασφάλισή σας: (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Είμαι ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης  
 Έχω ιδιωτική ασφάλιση  
 Είμαι ανασφάλιστος-η

6. Έχετε πιστοποιημένη αναπηρία άνω του 67%;

- Ναι
- Όχι

7. Πως θα περιγράφατε τη γενική κατάσταση της υγείας σας;

- Πολύ κακή
- Κακή
- Μέτρια
- Καλή
- Πολύ καλή

8. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, (νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο)

- Όχι
- Ναι, από ένα
- Ναι, από δύο
- Ναι, από τρία ή περισσότερα
- Δεν γνωρίζω

9. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά επισκεφτήκατε αυτήν την TOMY;

- Αυτή είναι η πρώτη φορά
- 2 έως 4 φορές
- 5 φορές ή περισσότερες
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

10. Έχετε εγγραφεί σε Οικογενειακό Γιατρό;

- Ναι, σε αυτήν την TOMY
- Ναι, σε άλλη δημόσια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (π.χ. Κέντρο Υγείας κλπ )
- Ναι, σε συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό
- Όχι

11. Με ποιούς από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή σήμερα; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

Γενικό ιατρό/Παθολόγο	
Παιδίατρο	
Κοινωνική/ό Λειτουργό	
Νοσηλεύτρια/ή	
Επισκέπτρια/η υγείας	



**12.** Ποιός είναι ο λόγος της σημερινής σας επίσκεψής στην TOMY; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

- Ασθένεια/αδιαθεσία
- Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)
- Συνταγογράφηση φαρμάκων
- Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις
- Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα υγείας/άλλη υπηρεσία (πχ σχολείο, εργασιακό χώρο κτλ.)
- Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση
- Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. διατροφή, διακοπή καπνίσματος)
- Εμβολιασμός
- Χρήση Κοινωνικών Υπηρεσιών
- Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε: .....

**13.** Προγραμματίσατε ραντεβού για αυτή την επίσκεψη;

- Ναι
- Όχι (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 15)

**14.** Πόσες ημέρες μεσολάβησαν από τον προγραμματισμό της επίσκεψης έως την πραγματοποίησή της;

- Καμία, εξυπηρετήθηκα αυθημερόν
- Μία (1) ημέρα
- Από 2 έως 7 ημέρες
- Από 8 έως 30 ημέρες
- Περισσότερες από 30 ημέρες
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

**15.** Ο/η γιατρός σας παρέπεμψε αλλού; (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 17)

- Ναι
- Όχι

**16.** Ο/η γιατρός σας παρέπεμψε σε:

- Άλλο επαγγελματία υγείας στην ΤοΜΥ

- Γιατρό ειδικότητας
- Κέντρο Υγείας
- Διαγνωστικό Κέντρο
- Νοσοκομείο

17.Ο/η γιατρός σας συνταγογράφησε:

- Ναι
- Όχι

18.Αν ναι, σας συνταγογράφησε (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απαντήσεις):

- Φαρμακευτική Αγωγή
- Διαγνωστικές Εξετάσεις
- Αναλώσιμο Υγειονομικό Υλικό (π.χ. επιθέματα, σύριγγες-συσκευές χορήγησης ινσουλίνης, ταινίες κλπ)

## **Αναφορικά με τη σημερινή σας επίσκεψη, σε ποίο βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;**

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση **Διαφωνώ απόλυτα** και το 5 την απάντηση **Συμφωνώ απόλυτα**)*

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5
19.Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό					
20.Αυτή η ΤΟΜΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου					
21.Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού					
22.Ο/η γιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου					
23.Ο/η γιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι					

άλλοι γιατροί					
24.Ο/η γιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν					
25.Ο/η γιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)					
26.Ο/η γιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου					
27.Ο/η γιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας					
28.Ο/η γιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου					
29.Ο/η γιατρός με άκουσε προσεκτικά					
30.Ο/η γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει					
31.Ο/η γιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου					
32.Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της TOMY					
33.Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη					
34.Οι χώροι της TOMY ήταν καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)					
<b>Εάν σήμερα, ΔΕΝ είδατε νοσηλεύτές/-τριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας, τότε παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 39</b>					
	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b> <b>1</b>	<b>Διαφωνώ</b> <b>2</b>	<b>Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ</b> <b>3</b>	<b>Συμφωνώ</b> <b>4</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b> <b>5</b>
35. Οι νοσηλεύτές-τριες με άκουσαν προσεκτικά					
36. Οι νοσηλεύτές-τριες μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου					

37. Οι νοσηλευτές-τριες ήταν ευγενικοί-ές					
38. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με άκουσαν προσεκτικά					

39. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τί βαθμό θα συστήνατε τον/την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;  
*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

40. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τι βαθμό θα συνιστούσατε αυτήν τη TOMY στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;  
*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

41. Τί σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;

**42.** Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γενικός γιατρός/παθολόγος ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που είδατε σήμερα;

**43.** Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτήν τη ΤΟΜΥ;

***Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή  
και το χρόνο σας!***



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Υπουργείο Εσωτερικών



**εκδοδα**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΟΤΕΛΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2

**Αξιολόγηση της εμπειρίας και της ικανοποίησης  
των ληπτών/-τριών υπηρεσιών υγείας  
από τα Κέντρα Υγείας**

**Αγαπητέ/ή χρήστη/τρια των υπηρεσιών υγείας,**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί πρωτοβουλία του Ινστιτούτου **Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.**

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν οι εμπειρίες σας από τη χρήση των υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας, προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών από τις συγκεκριμένες μονάδες υγείας και να παραχθεί τεκμηριωμένη πληροφόρηση για την ποιότητα των υπηρεσιών προς τις διοικητικές αρχές.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Θα γίνει ομαδοποιημένη επεξεργασία των δεδομένων και δεν θα είναι εφικτή η αποκάλυψη των απαντήσεων σας σε κανένα εμπλεκόμενο μέρος, ακόμα και στους ίδιους τους ερευνητές.

Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Τέλος, σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με τον τρόπο που ορίζεται κάθε φορά. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζονται περίπου πέντε με επτά (5-7) λεπτά.

***Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή και το χρόνο σας!***

**Κέντρο Υγείας:** .....

**Ημερομηνία:** .... / .... / 20....



## Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας

1. Ποιο είναι το φύλο σας;
  - Άνδρας
  - Γυναίκα
  
2. Ποιό είναι το έτος γέννησής σας; 

--	--	--	--
  
3. Ποιά είναι η εθνικότητά σας;
  - Ελληνική
  - Άλλη (Παρακαλώ προσδιορίστε: .....)
  
4. Ποιό είναι το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο μέχρι το οποίο έχετε φτάσει;
  - Μερικές τάξεις του Δημοτικού
  - Απόφοιτος-η Δημοτικού
  - Απόφοιτος-η Γυμνασίου
  - Απόφοιτος-η Λυκείου
  - Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)
  - Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού
  
5. Αναφορικά με την ασφάλισή σας: (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)
  - Είμαι ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης
  - Έχω ιδιωτική ασφάλιση
  - Είμαι ανασφάλιστος-η
  
6. Έχετε αναπηρία άνω του 67%;
  - Ναι
  - Όχι
  
7. Πώς θα περιγράφατε την κατάσταση της υγείας σας γενικά;
  - Εξαιρετική
  - Πολύ καλή
  - Καλή
  - Μέτρια
  - Κακή
  
8. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, δηλαδή από νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο;

- Όχι, από κανένα νόσημα
- Ναι, από ένα νόσημα
- Ναι, από δύο νοσήματα
- Ναι, από τρία ή περισσότερα νοσήματα
- Δεν γνωρίζω

**9.** Εάν πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, τότε ποιό είναι αυτό; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Καρδιαγγειακό νόσημα (π.χ. αγγειακό εγκεφαλικό νόσημα, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά.)
- Νόσημα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.ά.)
- Αυτοάνοσο νόσημα (π.χ. ελκώδης κολίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας, ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά.)
- Νόσημα του θυρεοειδούς αδένος (π.χ. υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, νόσος Hashimoto κ.ά.)
- Καρκίνος
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Νεφρική νόσος
- Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε: .....)

**10.** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά επισκεφτήκατε αυτό το Κέντρο Υγείας;

- Ποτέ
- Μία φορά
- 2 έως 4 φορές
- 5 φορές ή περισσότερες
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

**11.** Πώς επισκεφτήκατε αυτό το Κέντρο Υγείας σήμερα;

- Με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού)
- Χωρίς παραπομπή (με δική μου πρωτοβουλία)

**12.** Με ποιούς από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή σήμερα;

Γενικό γιατρό	<input type="checkbox"/>	Διαιτολόγο	<input type="checkbox"/>
Παθολόγο	<input type="checkbox"/>	Οδοντίατρο	<input type="checkbox"/>
Παιδίατρο	<input type="checkbox"/>	Νοσηλεύτη/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ακτινολόγο	<input type="checkbox"/>	Επισκέπτη/-τρια υγείας	<input type="checkbox"/>
Μικροβιολόγο	<input type="checkbox"/>	Μαιευτή/Μαία	<input type="checkbox"/>

Καρδιολόγο	<input type="checkbox"/>	Φυσιοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Δερματολόγο	<input type="checkbox"/>	Εργοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ωτορινολαρυγγολόγο	<input type="checkbox"/>	Λογοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Οφθαλμίατρο	<input type="checkbox"/>	Κοινωνικό/-η λειτουργό	<input type="checkbox"/>
Πνευμονολόγο	<input type="checkbox"/>	Ψυχολόγο	<input type="checkbox"/>
Ψυχίατρο	<input type="checkbox"/>	Άλλο	<input type="checkbox"/>
Ενδοκρινολόγο	<input type="checkbox"/>	Παρακαλώ προσδιορίστε:.....	

**13.** Ποιός είναι ο λόγος της επίσκεψής σας σε αυτό το Κέντρο Υγείας σήμερα; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

- Ασθένεια/αδιαθεσία
- Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)
- Συνταγογράφηση φαρμάκων
- Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις
- Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση
- Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. μαθήματα ανώδυνου τοκετού)
- Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε: .....

**14.** Προγραμματίσατε ραντεβού για την επίσκεψη αυτή;

- Ναι
- Όχι (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 16)

**15.** Πόσες ημέρες περιμένατε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψή σας σήμερα;

- Προγραμματίσα το ραντεβού νωρίτερα σήμερα (εξυπηρετήθηκα αυθημερόν)
- Προγραμματίσα το ραντεβού χθες
- Περίμενα μία εβδομάδα
- Περίμενα από μία εβδομάδα έως έναν μήνα
- Περίμενα πάνω από έναν μήνα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

16.Ο-η γιατρός:

- δεν χρειάστηκε να με παραπέμψει σε κανέναν άλλον
- με παρέπεμψε σε άλλον/η γιατρό σε αυτό το Κέντρο Υγείας
- με παρέπεμψε σε νοσοκομείο
- με παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του Κέντρου Υγείας
- με παρέπεμψε σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του Κέντρου Υγείας

**Αναφορικά με τη σημερινή σας επίσκεψη,  
σε ποίο βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;**

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση **Διαφωνώ απόλυτα** και το 5 την απάντηση **Συμφωνώ απόλυτα**)*

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5
17.Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Θεραπείας					
26.Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.Ο-η γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτού του κέντρου υγείας/μονάδας ΠΕΔΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.Οι χώροι αυτού του Κέντρου Υγείας είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.Το/η Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ είναι καλά εξοπλισμένο/η (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Εάν σήμερα, ΔΕΝ είδατε νοσηλευτές/-τριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας, τότε παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 38</b>					
	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
34.Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.Οι νοσηλευτές-τριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.Οι νοσηλευτές-τριες είναι ευγενικοί-ές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38.** Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τί βαθμό θα συστήνατε τον-την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τι βαθμό θα συνιστούσατε αυτό το Κέντρο Υγείας στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Τί σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;

41. Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γιατρός ειδικότητας ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που επισκεφτήκατε σήμερα;

**42.** Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτό το Κέντρο Υγείας/μονάδα ΠΕΔΥ;

***Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή  
και το χρόνο σας!***



Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 3

**Αξιολόγηση της εμπειρίας και της ικανοποίησης  
των ληπτών/-τριών υπηρεσιών υγείας  
από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων**



**Αγαπητέ/ή χρήστη/τρια των υπηρεσιών υγείας,**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί πρωτοβουλία του Ινστιτούτου  
**Τεκμηρίωσης, Έρευνας και Καινοτομιών του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας  
Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.**

Σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν οι εμπειρίες σας από τη χρήση των υπηρεσιών των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσοκομείων, προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών από τις συγκεκριμένες μονάδες υγείας και να παραχθεί τεκμηριωμένη πληροφόρηση για την ποιότητα των υπηρεσιών προς τις διοικητικές αρχές.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Θα γίνει ομαδοποιημένη επεξεργασία των δεδομένων και δεν θα είναι εφικτή η αποκάλυψη των απαντήσεων σας σε κανένα εμπλεκόμενο μέρος, ακόμα και στους ίδιους τους ερευνητές.

Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης. Τέλος, σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με τον τρόπο που ορίζεται κάθε φορά. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζονται περίπου πέντε με επτά (5-7) λεπτά.

***Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή και το χρόνο σας!***

**Νοσοκομείο:** .....

**Ημερομηνία:** .... / .... / 20....

## Αξιολόγηση της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων

1. Ποιο είναι το φύλο σας;
  - Άνδρας
  - Γυναίκα
  
2. Ποιό είναι το έτος γέννησής σας;
  
3. Ποιά είναι η εθνικότητά σας;
  - Ελληνική
  - Άλλη (Παρακαλώ προσδιορίστε: .....
  
4. Ποιό είναι το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο μέχρι το οποίο έχετε φτάσει;
  - Μερικές τάξεις του Δημοτικού
  - Απόφοιτος-η Δημοτικού
  - Απόφοιτος-η Γυμνασίου
  - Απόφοιτος-η Λυκείου
  - Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)
  - Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ/Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού
  
5. Αναφορικά με την ασφάλισή σας: *(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)*
  - Είμαι ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης
  - Έχω ιδιωτική ασφάλιση
  - Είμαι ανασφάλιστος-η
  
6. Έχετε αναπηρία άνω του 67%;
  - Ναι
  - Όχι
  
7. Πως θα περιγράφατε την κατάσταση της υγείας σας γενικά;
  - Εξαιρετική
  - Πολύ καλή
  - Καλή
  - Μέτρια
  - Κακή
  
8. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, δηλαδή από νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο;

- Όχι, από κανένα νόσημα
- Ναι, από ένα νόσημα
- Ναι, από δύο νοσήματα
- Ναι, από τρία ή περισσότερα νοσήματα
- Δεν γνωρίζω

**9.** Εάν πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα, τότε ποιό είναι αυτό; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Καρδιαγγειακό νόσημα (π.χ. αγγειακό εγκεφαλικό νόσημα, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ά.)
- Νόσημα του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.ά.)
- Αυτοάνοσο νόσημα (π.χ. ελκώδης κολίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας, ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά.)
- Νόσημα του θυρεοειδούς αδένος (π.χ. υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, νόσος Hashimoto κ.ά.)
- Καρκίνος
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Νεφρική νόσος
- Άλλο. Παρακαλώ προσδιορίστε: .....

**10.** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά επισκεφτήκατε τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου;

- Ποτέ
- Μία φορά
- 2 έως 4 φορές
- 5 φορές ή περισσότερες
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

**11.** Πώς επισκεφτήκατε τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου σήμερα;

- Με παραπομπή (μετά από σύσταση του γιατρού)
- Χωρίς παραπομπή (με δική μου πρωτοβουλία)

**12.** Με ποιούς από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή σήμερα;

Γενικό γιατρό	<input type="checkbox"/>	Διαιτολόγο	<input type="checkbox"/>
Παθολόγο	<input type="checkbox"/>	Οδοντίατρο	<input type="checkbox"/>
Παιδίατρο	<input type="checkbox"/>	Νοσηλεύτη/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ακτινολόγο	<input type="checkbox"/>	Επισκέπτη/-τρια υγείας	<input type="checkbox"/>

Μικροβιολόγο	<input type="checkbox"/>	Μαιευτή/Μαία	<input type="checkbox"/>
Καρδιολόγο	<input type="checkbox"/>	Φυσιοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Δερματολόγο	<input type="checkbox"/>	Εργοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Ωτορινολαρυγγολόγο	<input type="checkbox"/>	Λογοθεραπευτή/-τρια	<input type="checkbox"/>
Οφθαλμίατρο	<input type="checkbox"/>	Κοινωνικό/-η λειτουργό	<input type="checkbox"/>
Πνευμονολόγο	<input type="checkbox"/>	Ψυχολόγο	<input type="checkbox"/>
Ψυχίατρο	<input type="checkbox"/>	Άλλο	<input type="checkbox"/>
Ενδοκρινολόγο	<input type="checkbox"/>	Παρακαλώ προσδιορίστε:.....	

**13.** Ποιός είναι ο λόγος της επίσκεψής σας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου σήμερα; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

- Ασθένεια/αδιαθεσία
- Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)
- Συνταγογράφηση φαρμάκων
- Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις
- Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Ιατρικός έλεγχος (τσεκάπ) σε ημέρα εφημερίας
- Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση
- Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε: .....

**14.** Προγραμματίσατε ραντεβού για την επίσκεψη αυτή;

- Ναι
- Όχι (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», τότε παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 16)

**15.** Πόσες ημέρες περιμένατε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την επίσκεψή σας σήμερα;

- Προγραμματίσα το ραντεβού νωρίτερα σήμερα (εξυπηρετήθηκα αυθημερόν)
- Προγραμματίσα το ραντεβού χθες
- Περίμενα λιγότερο από μία εβδομάδα
- Περίμενα από μία εβδομάδα έως έναν μήνα
- Περίμενα πάνω από έναν μήνα
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

**16.** Ο-η γιατρός:

- δεν χρειάστηκε να με παραπέμψει σε κανέναν άλλον

- με παρέπεμψε σε άλλον-η γιατρό σε αυτό το νοσοκομείο
- με παρέπεμψε για διαγνωστικές εξετάσεις εντός του νοσοκομείου
- με παρέπεμψε σε άλλο νοσοκομείο
- μου κανόνισε ραντεβού για εισαγωγή σε αυτό το νοσοκομείο
- με παρέπεμψε σε διαγνωστικό εργαστήριο/κέντρο εκτός του νοσοκομείου

**Αναφορικά με τη σημερινή σας επίσκεψη,  
σε ποιό βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;**

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση **Διαφωνώ απόλυτα** και το 5 την απάντηση **Συμφωνώ απόλυτα**)*

	Διαφωνώ απόλυτα <b>1</b>	Διαφωνώ <b>2</b>	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ <b>3</b>	Συμφωνώ <b>4</b>	Συμφωνώ απόλυτα <b>5</b>
<b>17.</b> Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18.</b> Αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.</b> Είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20.</b> Ο-η γιατρός με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.</b> Ο-η γιατρός μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22.</b> Ο-η γιατρός με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23.</b> Ο-η γιατρός, μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24.</b> Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25.Ο-η γιατρός μου εξηγεί αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.Ο-η γιατρός είναι ευγενικός-η μαζί μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.Ο-η γιατρός με ακούει προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.Ο γιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.Ο-η γιατρός λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.Οι υπάλληλοι στην υποδοχή είναι εξυπηρετικοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.Είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.Οι χώροι των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι καλά εξοπλισμένα (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Εάν σήμερα, ΔΕΝ είδατε νοσηλευτές/-τριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας,**

**τότε παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 39**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5
35.Οι νοσηλευτές-τριες με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36.Οι νοσηλεύτριες μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.Οι νοσηλεύτριες είναι ευγενικοί-ές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτριες) με ακούν προσεκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τί βαθμό θα συστήνατε τον-την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τί βαθμό θα συνιστούσατε αυτά τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

*Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει **Σίγουρα όχι** και το 10 σημαίνει **Σίγουρα ναι**)*

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Τί σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;

**42.** Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γιατρός ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που επισκεφτήκατε σήμερα;

**43.** Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του συγκεκριμένου νοσοκομείου;

***Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή***



*και το χρόνο σας!*