



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΤΑΒΑΛΩΣΗ



Ευρωπαϊκή Ένωση,
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΑΞΗΣ: «Λειτουργική διασύνδεση φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τις μονάδες υγείας με τη χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας-διαδικασιών» MIS: 337424
ΥΠΟΕΡΓΟ: Α/Α/1

Αναφορά Παραδοτέου 1.1.3: Τεκμηριωμένη καταγραφή των διαδικασιών της λειτουργικής διασύνδεσης

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Χρήστος Λιονής
Υπεύθυνος ενέργειας 1.1: Χρήστος Λιονής



www.ygeia-pronoia.gr

Με την
συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής
Ενωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΤΑΒΑΛΩΣΗ



www.espa.gr

Για τη σύνταξη του κειμένου της παρούσας αναφοράς συνεργάστηκαν οι παρακάτω:

Μαρκάκη Δέσποινα-Αδελαίς (*Ε.Ε.ΔΙ.Π. Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*), Σηφάκη-Πιστόλλα Δήμητρα (*Επιδημιολόγος ερευνήτρια*), Χατζέα Βασιλική-Ειρήνη (*Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*), Λιονής Χρήστος (*Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής*)

Στο παραδοτέο αυτό εργάσθηκαν (κατ' αλφαβητική σειρά):

Αγγελάκης Αντώνιος, Πολιτικός Επιστήμονας
Γκατζούδη Καλλιόπη, Ιατρός
Θηραίος Ελευθέριος, Γενικός Ιατρός, Εμπειρογνώμονας Υπηρεσιών Υγείας
Καλαντζάκης Ιωάννης, Εμπειρογνώμονας Υπηρεσιών Υγείας
Καρδάσης Σταμάτιος, Στατιστικός, Ειδικός στο Χάρτη Υγείας
Κούτης Αντώνιος, Γενικός Ιατρός, Εμπειρογνώμονας Υπηρεσιών Υγείας
Μπερτσιάς Αντώνιος, Φυσικός, Υπεύθυνος στατιστικής ανάλυσης
Πιτέλου Ελένη, Κοινωνικός επιστημόνας, Εμπειρογνώμονας συστηματικών ανασκοπήσεων
Τριγώνη Μαρία, Κοινωνική λειτουργός,
Φιλαλήθης Αναστάσιος, Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής
Φραγκιαδάκης Ιωάννης, ΕΤΕΠ, Κέντρο Δικτύων, Τμήμα Πληροφορικής
Hans Van der Shaaf, Κοινωνικός Επιστημόνας, Ειδικός στην Ιατρική Κοινωνιολογία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	Σελ. 4
1. Εισαγωγή-Περιεχόμενο της αναφοράς	Σελ. 6
2. Μεθοδολογία	Σελ. 9
2.1 Θεωρητικό πλαίσιο λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ.–Βιβλιογραφική Αναζήτηση	Σελ. 9
2.2 Υφιστάμενη κατάσταση και περιγραφή διαδικασιών των επιλεγμένων δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα	Σελ. 10
2.3 Στρατηγικός σχεδιασμός του βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης στην Ελλάδα	Σελ. 13
3. Αποτελέσματα	Σελ. 15
3.1 Θεωρητικό πλαίσιο λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ.–Βιβλιογραφική Αναζήτηση	Σελ. 15
3.2 Υφιστάμενη κατάσταση και περιγραφή διαδικασιών των επιλεγμένων δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα	Σελ.17
3.3 Στρατηγικός σχεδιασμός του βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης στην Ελλάδα	Σελ.28
4. Σχόλια	Σελ. 30
5. Συμπεράσματα	Σελ. 33
6. Βιβλιογραφία	Σελ. 35
Παράρτημα	Σελ. 36

Περίληψη

Η παρούσα έκθεση αποτελεί την τελική αναφορά του παραδοτέου 1.1.3 στο πλαίσιο του Πακέτου Εργασίας 1.1 (Π.Ε.1.1) για το έργο με ΟΠΣ 337424. Σκοπός της αναφοράς ήταν να εξετάσει τη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με θέματα διασύνδεσης των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) και να συνθέσει τα αποτελέσματα αυτά με πληροφορία που συλλέχθηκε από τρεις επιπρόσθετες πηγές: α) τη μελέτη της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής (Κ.Κ.Ο.Ι.) μέσω προηγούμενων μελετών και επιστημονικών ερευνών β) δεδομένα που συλλέχθηκαν από την συμπλήρωση δύο ερωτηματολογίων που στάλθηκαν σε αντιπροσωπευτικό αριθμό δομών της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και γ) την πρόσφατα ψηφισμένη νομοθεσία για την Π.Φ.Υ. και τον Εθνικό Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).

Οι στόχοι της παρούσας αναφοράς ήταν: α) ο καθορισμός ενός θεωρητικού πλαισίου για τη λειτουργική διασύνδεση των δομών Π.Φ.Υ., το οποίο να υποστηρίζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία β) η διαμόρφωση και ο στρατηγικός σχεδιασμός του βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. το οποίο θα χρησιμοποιηθεί στα επόμενα παραδοτέα του Π.Ε.1.1 και του Π.Ε.1.2 και γ) η παρουσίαση και ο σχολιασμός των πρώτων αποτελεσμάτων σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση ενός αριθμού δομών Π.Φ.Υ. της επικράτειας σε θέματα διαδικασιών εντός της κάθε δομής αλλά και διασύνδεσης με άλλες δομές Π.Φ.Υ.

Στην αναφορά αυτή αποτυπώνεται το σύνολο των ευρημάτων της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τα μοντέλα λειτουργικής διασύνδεσης, το θεωρητικό υπόβαθρο και ο στρατηγικός σχεδιασμός για το μοντέλο λειτουργικής διασύνδεσης που θα χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο του έργου. Επιπρόσθετα, παρέχεται μια σύντομη περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης των διαδικασιών και της διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στην επικράτεια.

Στην ενότητα της συζήτησης, εξετάζεται σε ποιο βαθμό απαντήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα και καλύφθηκαν οι αντικειμενικοί στόχοι του παραδοτέου. Ταυτόχρονα, παρατίθενται και χρήσιμα συμπεράσματα για την υλοποίηση των επόμενων παραδοτέων (1.1.4 και Π.Ε.1.2).

1. Εισαγωγή-Περιεχόμενο της αναφοράς

Το παρόν παραδοτέο περιλαμβάνει τις εργασίες που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο του Υποέργου 1/Πακέτο εργασίας 1.1 (Π.Ε.1.1), οι οποίες αφορούν στην τεκμηριωμένη καταγραφή των διαδικασιών λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) υπό το φως της βιβλιογραφίας, όπως είχε τεθεί και ως επιμέρους στόχος του Π.Ε.1.1 (παραδοτέο 1.1.3). Σύμφωνα με το τεχνικό δελτίο, το Π.Ε.1.1, αποσκοπούσε στην «αποτύπωση των διαδικασιών μεταξύ των δομών υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο της Π.Φ.Υ., αλλά και των διαδικασιών μεταξύ αυτών και των αντίστοιχων δομών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας»¹.

Με βάση το τεχνικό δελτίο, οι αντικειμενικοί στόχοι του Π.Ε.1.1 ήταν:

1. Η βιβλιογραφική αναζήτηση και ο εντοπισμός μεθόδων και εργαλείων με σκοπό την αναλυτική καταγραφή και αξιολόγηση της λειτουργικής διασύνδεσης των φορέων και δομών στην Π.Φ.Υ.
2. Η επιλογή και εν συνεχεία η εφαρμογή της επιλεχθείσας μεθοδολογίας σε ένα επιλεγμένο δείγμα δομών Π.Φ.Υ. στην επικράτεια.
3. Η σύνθεση και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν από τη πιλοτική μελέτη στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.
4. Η σύνταξη προτάσεων για αλλαγές στη λειτουργική διασύνδεση των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στη χώρα, με σκοπό τη δημιουργία προτύπων για επιλεγμένες διαδικασίες λειτουργικής διασύνδεσης.

Για να απαντηθούν οι παραπάνω στόχοι προϋπόθεση είναι η περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης και των λειτουργιών διασύνδεσης των μονάδων Π.Φ.Υ. Σε αυτή την κατεύθυνση εστιάστηκε το παρόν έργο. Τα ακόλουθα ερωτήματα κατεύθυναν την εργασία μας τα οποία μεταφράζονται και σε τρεις αντίστοιχους αντικειμενικούς στόχους:

1. Υπάρχει κάποιο θεωρητικό πλαίσιο αναφορικά με τη λειτουργική διασύνδεση των δομών Π.Φ.Υ. στην διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία; Εάν ναι, ποιες είναι οι διαστάσεις, οι αρχές και τα χαρακτηριστικά που το διέπουν;
2. Ποια είναι η υφιστάμενη κατάσταση διασύνδεσης και υλοποίησης διαδικασιών τόσο μεταξύ όσο και εντός των δομών Π.Φ.Υ. στην επικράτεια;
3. Πως διαμορφώνεται το πρότυπο του βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης, το οποίο θα χρησιμοποιηθεί στο παρόν έργο, σύμφωνα με τα ευρήματα του ερωτήματος 1;

Στην αναφορά αυτή γίνεται παρουσίαση της διεθνούς βιβλιογραφίας σε σχέση με θέματα διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. καθώς και της πληροφορίας που

καταγράφηκε από τις τρεις επιπρόσθετες πηγές: α) την υφιστάμενη γνώση της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής (Κ.Κ.Ο.Ι.), μέσω προηγούμενων μελετών και επιστημονικών ερευνών, β) την υπάρχουσα πληροφορία για την παρούσα κατάσταση των δομών Π.Φ.Υ. της επικράτειας και γ) την πρόσφατα ψηφισμένη νομοθεσία για την Π.Φ.Υ. και τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).

Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη λειτουργική διασύνδεση των δομών Π.Φ.Υ. και αναλύεται ο στρατηγικός σχεδιασμός του βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. Η αναφορά αυτή θα χρησιμοποιηθεί στα επόμενα παραδοτέα.

2. Μεθοδολογία

2.1. Θεωρητικό πλαίσιο λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. – Βιβλιογραφική Αναζήτηση (Αντικειμενικός στόχος 1)

Αναζητήθηκε βιβλιογραφία σχετική με τη λειτουργική διασύνδεση δομών Π.Φ.Υ. σε δύο βάσεις δεδομένων: την PubMed και την Cochrane Library. Η εμπειρία από προηγούμενη συστηματική ανασκόπηση που είχε γίνει στο παραδοτέο 1.1.2 κατεύθυνε την παρούσα στρατηγική αναζήτησης. Η στρατηγική ανασκόπησης βασίστηκε αφενός στην προηγούμενη εμπειρία και αφετέρου των αποτελεσμάτων της συστηματικής ανασκόπησης που είχε πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο του παραδοτέου 1.1.2 (για την αναζήτηση κατάλληλου εργαλείου αποτύπωσης και αξιολόγησης της διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ.).

Χρησιμοποιήθηκε ένας βασικός αλγόριθμος ως παρακάτω καθώς και επιπρόσθετοι μικρότεροι αλγόριθμοι κάνοντας χρήση ποικίλων λέξεων κλειδιών, έπειτα από σχετική διερευνητική αναζήτηση (scoring). Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν οι αναζητήσεις στις δύο βάσεις δεδομένων χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά και συγκεκριμένα κριτήρια αποκλεισμού.

Κορμός αλγόριθμου

("primary health care"[MeSH Terms] OR "primary health care system"[MeSH Terms] OR "primary care"[MeSH Terms]) AND (functional integration OR integration OR dimensions OR constructs) AND (theory OR model OR theoretical framework)

Λέξεις κλειδιά

Primary health care, functional integration, access, continuity, coordination, comprehensiveness, context orientation, measurement, accountability, organization, organizational change, organizational management, dimensions, constructs, theory

Κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού

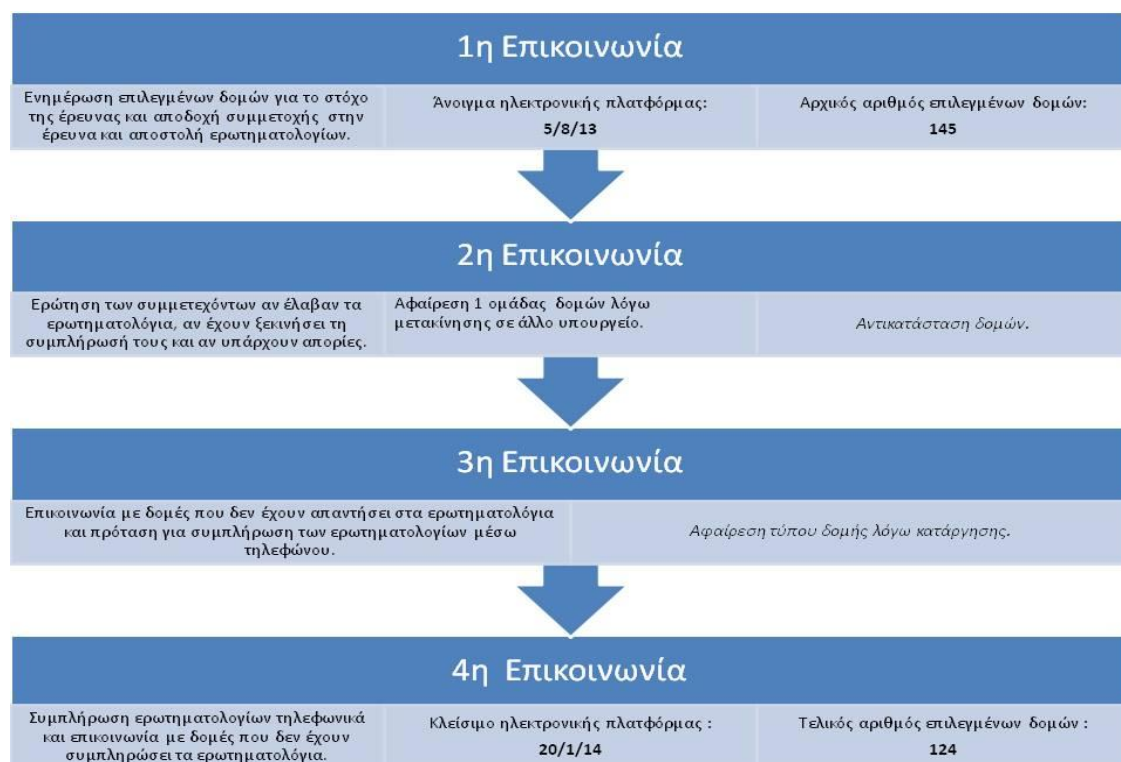
Κριτήρια εισαγωγής	Κριτήρια αποκλεισμού
Άρθρα αναφορικά με την λειτουργική διασύνδεση δομών Π.Φ.Υ και το θεωρητικό πλαίσιο (μοντέλο) που την περιγράφει	Άρθρα τα οποία δεν απαντούν στους στόχους και τα ερευνητικά ερωτήματα του έργου
Γλώσσα άρθρου: Αγγλικά, Ελληνικά	Κάθε άλλη γλώσσα εκτός της αγγλικής και της ελληνικής
Άρθρα ανασκόπησης της βιβλιογραφίας ή πρωτογενούς έρευνας	Κλινικές μελέτες
Άρθρα δημοσιευμένα την τελευταία δεκαετία (2004-2014)	Κάθε δημοσίευση προηγούμενων ετών (πριν το 2004)

2.2. Υφιστάμενη κατάσταση και περιγραφή διαδικασιών των επιλεγμένων δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα (Αντικειμενικός στόχος 2)

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ανάλυση των ερωτηματολογίων που ήδη είχαν περιγραφεί στα παραδοτέα 1.1.1 και 1.1.2.

Διανομή και διαλογή ερωτηματολογίων

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες του έργου αυτού το χρονικό διάστημα από 5/8/2013 έως 20/1/2014. Εκ μέρους του φορέα υλοποίησης, θεσπίστηκαν τρεις αρμόδιοι επικοινωνίας και υποστήριξης του έργου ως ακολούθως: α) δύο υπεύθυνοι τεχνικής υποστήριξης του πληροφοριακού συστήματος και β) μια υπεύθυνη επικοινωνίας και ποιοτικής υποστήριξης της διαδικασίας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Η πληροφορία αυτή γνωστοποιήθηκε στις επιλεγμένες δομές αφενός μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας, αφετέρου μέσω ταχυδρομικών ή ηλεκτρονικών επιστολών. Στο ακόλουθο διάγραμμα (Εικόνα 1), αποτυπώνεται η διαδικασία που ακολουθήθηκε με χρονική αλληλουχία.



Εικόνα 1: Διάγραμμα ροής εργασιών για την διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων

Το πρωταρχικό βήμα για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων περιελάμβανε την πρώτη επαφή με τις επιλεγμένες δομές/υπηρεσίες (έναρξη: 5/8/2013 – λήξη: 30/9/2013). Η επικοινωνία ήταν τηλεφωνική και αποσκοπούσε: α) στην πληροφόρηση για το πρόγραμμα (σκοπός μελέτης, επιστημονικός υπεύθυνος, πανεπιστήμιο) β) στην παροχή περιληπτικών οδηγιών συμπλήρωσης και γ) στην συναίνεση συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Μετά την αποδοχή των δομών να συμμετάσχουν στην έρευνα, γινόταν ηλεκτρονική ή ταχυδρομική αποστολή των ερωτηματολογίων και των «κουπονιών». Με τον όρο «κουπόνια» αναφερόμασταν στους μοναδικούς κωδικούς που δημιουργήθηκαν και δόθηκαν στις επιλεγμένες δομές, ώστε να μπορούν να εισέλθουν στην ηλεκτρονική πλατφόρμα.

Μετά το πέρας αυτής της περιόδου, ξεκίνησε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μέσω της 2^{ης} επικοινωνίας. Η παρεχόμενη πληροφορία αφορούσε κυρίως τα ακόλουθα: τη λήψη των ερωτηματολογίων, την έναρξη της συμπλήρωσή τους, τη διατύπωση αποριών αναφορικά με τις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων και την ενημέρωση για τις δυνατότητες υποστήριξης της διαδικασίας από το ανθρώπινο δυναμικό του έργου.

Η 3^η επικοινωνία αποσκοπούσε στην ανάκτηση της επαφής με τους υπεύθυνους της εκάστοτε δομής που είχαν οριστεί για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Κύριος σκοπός της επικοινωνίας τέθηκε αρχικά η ευγενική υπενθύμιση για την ολοκλήρωση των ερωτηματολογίων ενώ παράλληλα, διατυπώνονταν τυχόν απορίες και ορίζονταν τηλεφωνικό ραντεβού με σκοπό τη διεκπεραίωση των ερωτηματολογίων έπειτα από σχετικό αίτημα. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι εξαιτίας της αλλαγής των διοικητών στις δομές που αφορούσαν τον ευρύτερο δημόσιο τομέα (εξωτερικά ιατρεία, Τ.Ε.Π., Κ.Υ.), αντιμετωπίστηκε ιδιαίτερη δυσκολία στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων λόγω άρνησης, αφού ο εκάστοτε διοικητής θα μετακινούνταν. Ωστόσο, κατέστη σαφές ότι έπρεπε να συμπληρωθεί από τους ίδιους καθότι η περίοδος συμπλήρωσης αφορούσε το διάστημα που ήταν οι ίδιοι διοικητές.

Η 4^η επικοινωνία πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφωνικών ραντεβού με όσες δομές αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν στην παρούσα διαδικασία. Οι δομές οι οποίες προτίμησαν αυτόν τον τρόπο επικοινωνίας, ήταν οι δομές πρόληψης και απεξάρτησης. Επιπρόσθετα, η 4^η επικοινωνία αφορούσε και τις δομές του ευρύτερου δημόσιου τομέα στις οποίες όπως αναφέρθηκε πρωτίτερα, έγινε αλλαγή των διοικητών και δεν είχαν συμπληρωθεί τα ερωτηματολόγια. Οι νέοι διοικητές ενημερώθηκαν και τελικά συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Στο διάστημα της 4^{ης} επικοινωνίας αποκλείστηκαν και οι δομές του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., (πολυϊατρεία) που δεν είχαν απαντήσει έως τότε λόγω της αλλαγής νομοθεσίας (Ν.4238/ΦΕΚ38/17-2-2014).

Τέλος, υπήρξαν και αρκετές δομές με τις οποίες πραγματοποιήθηκαν περισσότερες από 4 επαφές, ωστόσο επέδειξαν αδιαφορία για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων κυρίως λόγω της έκτασης του ερωτηματολογίου, της δυσκολίας στην κατανόησή του αλλά και του φόρτου εργασίας. Στην πλειονότητα τους οι δομές αυτές ήταν ιδιωτικές κλινικές, ιδιωτικά διαγνωστικά ιατρεία και ιδιώτες ιατροί.

Ο αρχικός αριθμός των επιλεγμένων δομών ήταν 145. Κατά την πρώτη επαφή αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους 22 δομές οι οποίες και αντικαταστάθηκαν άμεσα με δομές ίδιου τύπου από την ίδια Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.ΠΕ.). Από τις 22 δομές που αρνήθηκαν, 7 αποτελούσαν δομές δημοσίου φορέα ενώ οι υπόλοιπες 15 ανήκαν σε ιδιωτικούς φορείς. Μεταξύ των 145 αρχικά επιλεγμένων δομών, περιλήφθηκαν και 14 δομές υποστήριξης και αποκατάστασης καθώς και μονάδες κοινωνικής φροντίδας. Οι δομές αυτές δέχθηκαν να λάβουν μέρος στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ωστόσο λόγω των ανακατατάξεων στο σύστημα υγείας η δικαιοδοσία τους πέρασε από το Υπουργείο Υγείας στο Υπουργείο εργασίας, με αποτέλεσμα να αποκλειστούν από την έρευνα χωρίς όμως να αντικατασταθούν. Κατόπιν αυτής της εξέλιξης, ο συνολικός αριθμός των δομών μειώθηκε σε 131.

Μετά το πέρας και της 2^{ης} επικοινωνίας, υπήρξαν 10 δομές οι οποίες αρνήθηκαν να συμμετάσχουν είτε λόγω φόρτου εργασίας είτε δηλώνοντας την δυσπιστία τους και το φόβο για πιθανή αξιολόγησης. Έως ότου τις 30/10/2013, οι δομές αυτές είχαν αντικατασταθεί με τον προαναφερθέντα τρόπο, είχε πραγματοποιηθεί 1η και 2η επικοινωνία και είχαν σταλεί κουπόνια και ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας. Ο τελικός αριθμός των επιλεγμένων δομών ήταν 124. Από τις δομές αυτές συμπληρώθηκαν συνολικά 58 ερωτηματολόγια.

Ανάλυση των δεδομένων

Όπως είναι ήδη γνωστό από προηγούμενη αναφορά (Παραδοτέο 1.1.1) ο πληθυσμός της μελέτης εντοπίστηκε μέσω της διαστρωματοποιημένης δειγματοληψίας με διαστρωμάτωση των δομών ως προς: α) τον τύπο δομής και β) Υ.Π.Ε. Εν συνεχεία, πραγματοποιήθηκε επιλογή των δομών με τυχαία δειγματοληψία εντός των επιλεγμένων στρωμάτων. Το τελικό δείγμα της μελέτης έπειτα από την διαδικασία διανομής – διαλογής των ερωτηματολογίων ήσαν 60 δομές οι οποίες υπέβαλαν τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων σε ηλεκτρονική πλατφόρμα (www.ld.datacenter.uoc.gr).

Οι δομές που συμμετείχαν ταξινομήθηκαν με βάση τον πληθυσμό ευθύνης και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι, από το σύνολο των επιλεγμένων δομών δημιουργήθηκαν οι παρακάτω κατηγορίες:

- 1) Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.)/ Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.)
- 2) Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π./ Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.)
- 3) Εξωτερικά Ιατρεία/ Ιδιωτικά Ιατρεία/ Ιδιωτικές Κλινικές/ Ιδιωτικά διαγνωστικά Κέντρα
- 4) Δομές Ευπαθών Ομάδων / Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι
- 5) Δομές παροχής Ψυχικής Υγείας
- 6) Δομές Πρόληψης και Απεξάρτησης

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων. Οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως αριθμός n (και ποσοστό %). Η κεντρική τιμή των ποσοτικών μεταβλητών παρουσιάζεται με τη χρήση της διαμέσου (ελάχιστη, μέγιστη τιμή). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS, έκδοση 21.

2.3. Στρατηγικός σχεδιασμός του βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης στην Ελλάδα (Αντικειμενικός στόχος 3)

Στην παρούσα ενότητα περιγράφονται τα κριτήρια και οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την προσαρμογή του θεωρητικού μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης που εντοπίσθηκε από τη βιβλιογραφία (ενότητα 2.1.) στην ελληνική πραγματικότητα. Το θεωρητικό πλαίσιο που προέκυψε από την βιβλιογραφική ανασκόπηση (Αντικειμενικός στόχος 1) αναμένεται να ορίσει τις **κατευθύνσεις** της Π.Φ.Υ. οι οποίες καθορίζουν την εύρυθμη και λειτουργική διασύνδεση των δομών της, με επακόλουθο τον προσδιορισμό των απαραίτητων **διαστάσεων/λειτουργιών** καθώς και συγκεκριμένων **χαρακτηριστικών** που υπάρχουν σε ένα βέλτιστο σύστημα διασύνδεσης των δομών/υπηρεσιών Π.Φ.Υ.. Οι απαραίτητες αυτές λειτουργίες και τα χαρακτηριστικά δομών/υπηρεσιών Π.Φ.Υ. μετεγγράφηκαν σε **ποσοτικοποιημένα μέτρα** στα οποία θα αντανakλούσαν τα παρακάτω πρότυπα :

- 1) **Συνοχή** (με το ελληνικό σύστημα υγείας και με τους στόχους του παρόντος έργου)
- 2) **Συνάφεια** (με τις λειτουργίες του ελληνικού συστήματος υγείας, με τους στόχους του παρόντος έργου καθώς και με το περιεχόμενο των ερωτήσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί στα δύο επιλεχθέντα ερωτηματολόγια)
- 3) **Χρηστικότητα** (για μελλοντική εφαρμογή στο υπάρχον σύστημα υγείας αλλά και κατά τη διάρκεια του έργου για τους σκοπούς της πιλοτικής εφαρμογής του προτεινόμενου βέλτιστου μοντέλου)

Στην προσπάθεια ποσοτικοποίησης των μέτρων χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω πηγές:

α) Βάση δεδομένων του ΕΣΥ.net (www.esynet.gr)

β) Βάση δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής
(<http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>)

γ) Προηγούμενες μελέτες της Κ.Κ.Ο.Ι. μέσω Ευρωπαϊκών προγραμμάτων ή προγραμμάτων τύπου ΕΣΠΑ, οι οποίες απαντούν στις ανάγκες του έργου και ιδιαίτερα των υπό διερεύνηση χαρακτηριστικών (<http://www.nivel.nl/en>)

3. Αποτελέσματα

3.1. Θεωρητικό πλαίσιο λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. – Βιβλιογραφική Αναζήτηση (Αντικειμενικός στόχος 1)

Άρθρα που επιλέχθηκαν

Μετά το πέρας της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, η αναζήτηση ανέδειξε συνολικά 2152 άρθρα αναφορικά με την ύπαρξη ενός αξιόπιστου και ολοκληρωμένου θεωρητικού πλαισίου λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. Από το σύνολο αυτών των αποτελεσμάτων, 1000 άρθρα επιλέχθηκαν για ανάγνωση της περίληψης με βάση τον τίτλο. Στη συνέχεια της διαλογής, ο αριθμός μειώθηκε στα 231 άρθρα βάσει του περιεχομένου της περίληψης και ακολούθως 84 άρθρα αναγνώστηκαν στην πλήρη τους μορφή. Εν κατακλείδι, 31 άρθρα αξιολογήθηκαν ως αυτά με την υψηλότερη συνάφεια με τον παρόν στόχο του έργου.

Κύρια ευρήματα

Από τα τρία κύρια ευρήματα μεταξύ αυτών των 31 άρθρων τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν συνδυαστικά στις μελλοντικές εργασίες του έργου (Π.Ε.1.2, 1.3 και 1.4) ως ακολούθως:

α) το θεωρητικό πλαίσιο της Barbara Starfield² για την κατανόηση της ολοκληρωμένης και λειτουργικής Π.Φ.Υ. με όρους ποιότητας, το οποίο ορίζει τις τέσσερις θεμελιώδεις λειτουργίες (πρώτη επαφή, διαχρονικότητα, περιεκτικότητα και συντονισμός/διασύνδεση)

β) το μοντέλο διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων³, το οποίο εμπεριέχει το ρόλο της κοινότητας και της διακυβέρνησης καθώς και τη μεταξύ τους διασύνδεση

γ) το θεωρητικό πλαίσιο της Kringos και συνεργάτες⁴⁻⁵, το οποίο ορίζει τις διαστάσεις και τα χαρακτηριστικά του συστήματος της Π.Φ.Υ. και το οποίο συνθέτει όλα τα κρίσιμα σημεία των δύο προηγούμενων πλαισίων/μοντέλων⁵

Σύμφωνα με τους Kringos και συνεργάτες προσδιορίζουν τις κατευθύνσεις(δομή, διαδικασία, εκροές/αποτελέσματα) και τις διαχωρίζουν σε δέκα συνολικά διαστάσεις⁵. Οι κατευθύνση που αφορά τη δομή των συστημάτων Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει διαστάσεις αναφορικά με τη διακυβέρνηση, τις οικονομικές συνθήκες και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού. Η κατεύθυνση που σχετίζεται με τις διαδικασίες της Π.Φ.Υ. εμπερικλείει διαστάσεις αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες, τη συνέχεια στην παροχή φροντίδας, τον συντονισμό στην παροχή φροντίδας και την πληρότητα των υπηρεσιών. Τέλος, όσον αφορά την κατεύθυνση των εκροών/αποτελεσμάτων, στις διαστάσεις του συγκαταλέγονται η ποιότητα των υπηρεσιών, η αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ. καθώς και η ύπαρξη ισονομίας στην υγεία.

Σύμφωνα με την Kringos και συνεργάτες⁴⁻⁵, οι δέκα αυτές διαστάσεις αποτελούνται από επιμέρους χαρακτηριστικά τα οποία είναι μετρήσιμα μέσω ποσοτικών ή ποιοτικών δεικτών και μέτρων αντίστοιχα. Τα στοιχεία αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1, ενώ επισυνάπτονται στο παράρτημα τα δύο σχετικά άρθρα με την αναλυτική περιγραφή του κάθε χαρακτηριστικού (Παράρτημα 1).

Πίνακας 1: Επίπεδα, διαστάσεις και χαρακτηριστικά Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας		Χαρακτηριστικά
Δομή (structure)	1. Διακυβέρνηση του συστήματος ΠΦ (Governance of the PC system)	1. Στόχοι υγείας (υγειονομικής περίθαλψης) 2. Πολιτική ισονομίας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦ 3. (Από)κέντρωση της διαχείρισης και ανάπτυξης υπηρεσιών ΠΦ 4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην ΠΦ 5. Κατάλληλη τεχνολογία στην ΠΦ 6. Συνηγορία των ασθενών 7. Διακυβέρνηση των δομών ΠΦΥ 8. Διασύνδεση της ΠΦ με το σύστημα υγείας
	2. Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦ (Economic conditions of the PC system)	1. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης 2. Δαπάνες ΠΦ 3. Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας 4. Καθεστώς απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ 5. Σύστημα αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ 6. Εισόδημα του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ
	3. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦ (PC workforce development)	1. Προφίλ του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ 2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της ΠΦ 3. Επαγγελματική κατάρτιση, στελέχωση και διατήρηση των επαγγελματιών που εργάζονται στην ΠΦ 4. Επαγγελματικές οργανώσεις εργαζομένων στην ΠΦ 5. Ακαδημαϊκός χαρακτήρας ΠΦ μέσω συνεργασιών με ιδρύματα και Πανεπιστήμια 6. Μελλοντική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ
Διαδικασία (process)	4. Πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦ (Access to PC services)	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της ΠΦ 2. Γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της ΠΦ 3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης) 4. Οικονομική προσιτότητα των υπηρεσιών της ΠΦ 5. Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες της ΠΦ 6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της ΠΦ 7. Ισότητα στην πρόσβαση
	5. Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care)	1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα 2. Πληροφοριακή συνέχεια 3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου 4. Διαχειριστική συνέχεια
	6. Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας (Coordination of care)	1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping) 2. Πρακτικές ΠΦ και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας 3. Συνδυασμός δεξιοτήτων των παρόχων ΠΦ 4. Διασύνδεση ΠΦ και δευτεροβάθμιας φροντίδας 5. Διασύνδεση παρόχων ΠΦ και επαγγελματιών δημόσιας υγείας
	7. Πληρότητα υπηρεσιών ΠΦ (Comprehensiveness of PC)	1. Διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός 2. Σημείο πρώτης επαφής για συχνά ιατρικά προβλήματα 3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων 4. Τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική 5. Ιατρική περίθαλψη μητέρας/παιδιού και αναπαραγωγική υγεία 6. Προαγωγή της υγείας
Εκροές/ Αποτελέσματα (outcome)	8. Ποιότητα υπηρεσιών ΠΦ (Quality of PC)	1. Πρακτικές συνταγογράφησης των παροχών ΠΦ 2. Ποιότητα της διαγνώσης και της θεραπείας στην ΠΦ 3. Ποιότητα του τρόπου διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων 4. Ποιότητα στη φροντίδα ψυχικής υγείας 5. Ποιότητα μητρικής και παιδικής φροντίδας υγείας 6. Ποιότητα της προαγωγής της υγείας 7. Ποιότητα της προληπτικής φροντίδας 8. Αποτελεσματικότητα 9. Πρακτικές ασφάλειας
	9. Αποδοτικότητα της ΠΦ (Efficiency of PC)	1. Κατανομή των πόρων και παραγωγική αποδοτικότητα 2. Τεχνική αποδοτικότητα 3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ
	10. Ισονομία στην ΠΦ (Equity in health)	1. Ισονομία στην ΠΦ (σε όλες τις ομάδες πληθυσμού)

3.2. Υφιστάμενη κατάσταση και περιγραφή διαδικασιών των επιλεγμένων δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα (Αντικειμενικός στόχος 2)

A. Ερωτηματολόγιο PCAT

Γενικές πληροφορίες

Από το σύνολο των επιλεγμένων δομών, δώδεκα (21%) δήλωσαν ότι είναι μεμονωμένο ιατρείο, μία δομή (2%) ότι αποτελείται από περισσότερους του ενός ιατρούς της ίδιας ειδικότητας, τρεις δομές (5%) ότι αποτελούνται από περισσότερους του ενός ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων, τέσσερις δομές (7%) εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, επτά δομές αγροτικό κέντρο υγείας, ενώ εννέα δομές δήλωσαν ότι αποτελούν δομές κοινωνικής φροντίδας όπου παρέχονται και υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Αναφορικά με την πρακτική των δομών που απάντησαν εστιάζεται κατά κύριο λόγο σε γενικό/οικογενειακό ιατρό καθώς και σε συνδυασμούς ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ανά είδος δομής στον Πίνακα 2.

Σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών που εξυπηρετεί κάθε δομή, οι επιλεγμένες δομές (πλην των Τμημάτων Εκτάκτων Περιστατικών Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β. και των δομών πρόληψης και απεξάρτησης) δήλωσαν ότι αυτή προέρχεται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Το ποσοστό ιδιωτικής ασφάλισης ήταν ιδιαίτερα χαμηλό σε όλες τις επιλεγμένες δομές. Τέλος, δομές της ψυχικής υγείας δήλωσαν σε ότι το ένα τέταρτο των ασθενών τους διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη από την Πρόνοια. Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3.

Αναφορικά με το ποσοστό των ασθενών που πληρώνουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αξιοσημείωτο είναι ότι για περίπου 10% των ασθενών που εξυπηρετούνται στα Κ.Υ./Π.Ι. δεν πληρώνουν από κανένα φορέα (Ε.Ο.Π.Υ.Υ./Ιδιωτική ασφάλιση ή άμεση πληρωμή), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις δομές ευπαθών ομάδων πληθυσμού/βοήθεια στο σπίτι καθώς και της ψυχικής υγείας είναι 55% και 85% αντίστοιχα. Πληροφορίες σχετικά με την πληρωμή των υπηρεσιών παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4.

Πρώτη επικοινωνία/πρόσβαση

Όλες οι επιλεγμένες δομές δήλωσαν ότι όταν βρίσκονται σε λειτουργία είναι σίγουρο ή πιθανό ότι υπάρχει κάποιος επαγγελματίας υγείας να δει τον ασθενή την ίδια ημέρα (Πίνακας 5). Αντίστοιχα, η πλειονότητα των δομών δήλωσε ότι όταν βρίσκονται σε λειτουργία υπάρχει τηλεφωνική γραμμή από την οποία οι ασθενείς μπορούν να παίρνουν συμβουλές όταν τις χρειάζονται (Πίνακας 6).

Αναφορικά με το εάν οι ασθενείς βλέπουν τον ίδιο επαγγελματία υγείας κάθε φορά που επισκέπτονται τη δομή, όλες οι δομές πλην των Κ.Υ./Π.Ι. καθώς και Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β. δήλωσαν ότι αυτό είναι πιθανό ή σίγουρο ότι συμβαίνει (Πίνακας 7). Το σύνολο των επιλεγμένων δομών πλην Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β. δήλωσαν ότι όταν οι ασθενείς έχουν μια ερώτηση μπορούν να καλέσουν και να μιλήσουμε με τον ιατρό ή τη νοσηλεύτρια που γνωρίζουν καλύτερα (Πίνακας 8). Οι περισσότερες δομές (εκτός Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β.) δήλωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν σε αυτές γνωρίζουν «πολύ καλά» τους ασθενείς που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες τους (Πίνακας 9).

Συντονισμός

Όσον αφορά τις παραπομπές, σε όλες τις επιλεγμένες δομές (πλην Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β.) οι επαγγελματίες υγείας συζητούν με τους ασθενείς για τα διάφορα μέρη που μπορούν να παραπεμφθούν για επιπλέον βοήθεια αναφορικά με το πρόβλημα υγείας τους (Πίνακας 10). Σχετικά με τα ραντεβού παραπομπής που μπορεί κάποιος ασθενής να κλείσει, περίπου το 50% των δομών Κ.Υ./Π.Ι., Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β., εξωτερικών/ιδιωτικών ιατρείων δήλωσαν ότι σίγουρα υπάρχει άτομο για να βοηθήσει τον ασθενή σε αυτή τη διαδικασία. Το ποσοστό αυτό ήταν αυξημένο στις δομές ευπαθών ομάδων/βοήθειας στο σπίτι, ψυχικής υγείας καθώς και πρόληψης και απεξάρτησης. Περισσότερες πληροφορίες παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Οι περισσότερες δομές δήλωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτές μιλούν με τους ασθενείς σχετικά με τα αποτελέσματα της παραπομπής τους στους ειδικούς. Παρά ταύτα τρεις στους δέκα ερωτηθέντες επαγγελματίες υγείας των Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β. και έξι στους δέκα ερωτηθέντες δομών πρόληψης και απεξάρτησης δήλωσαν ότι κάτι τέτοιο σίγουρα δεν συμβαίνει. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 12.

Αναφορικά με το εάν οι ασθενείς φέρουν μαζί τους τον ιατρικό φάκελο (όπως εμβολιασμοί) μόνο οι δομές ευπαθών ομάδων πληθυσμού/βοήθεια στο σπίτι απάντησαν σε ποσοστό 50% ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει σίγουρα. Αντιθέτως, δύο στις δέκα δομές εξωτερικών/ιδιωτικών ιατρείων και οκτώ στις δέκα δομές πρόληψης και απεξάρτησης δήλωσαν ότι κάτι τέτοιο σίγουρα δε συμβαίνει (Πίνακας 13).

Πληροφοριακά συστήματα

Σχετικά με την διαθεσιμότητα των αρχείων των ασθενών κατά τη διάρκεια της συνεδρίας με τους κλινικούς ιατρούς, άνω του 75% των εξωτερικών και ιδιωτικών ιατρείων, των δομών ευπαθών ομάδων δήλωσαν ότι τα αρχεία των ασθενών είναι σίγουρα διαθέσιμα στους κλινικούς ιατρούς κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες δομές όπου περίπου τρεις στους δέκα ερωτηθέντες

ανέφεραν ότι κάτι τέτοιο μάλλον ή σίγουρα δε συμβαίνει. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 14.

Όσον αφορά τον έλεγχο ποιότητας, παρατηρείται ότι στις περισσότερες δομές δεν υπάρχουν κατάλογοι με προβλήματα που εντοπίστηκαν σε φακέλους ασθενών, ενώ υψηλό είναι και το ποσοστό των δομών που δήλωσαν άγνοια (ευπαθείς ομάδες/βοήθεια στο σπίτι και δομές ψυχικής υγείας). Τα αποτελέσματα που αφορούν στον έλεγχο της ποιότητα παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

Οι περισσότερες δομές δήλωσαν ότι είναι πιθανό ή σίγουρο ότι στους φακέλους των ασθενών υπάρχουν κατάλογοι με την φαρμακευτική αγωγή τους. Αντιθέτως στις δομές πρόληψης και απεξάρτησης καθώς και Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β. σε ποσοστό άνω του 40% ανέφεραν ότι οι φάκελοι των ασθενών σίγουρα δεν περιέχουν καταλόγους με τη φαρμακευτική αγωγή (Πίνακας 16).

Πληρότητα/διαθεσιμότητα υπηρεσιών

Σχετικά με τους εμβολιασμούς, η πλειονότητα των δομών Κ.Υ./Π.Ι., εξωτερικά/ιδιωτικά ιατρεία και ευπαθών ομάδων/βοήθειας στο σπίτι δήλωσαν ότι σε περίπτωση ανάγκης μπορούν να πραγματοποιηθούν άμεσα. Σε αντίθεση οι δομές ψυχικής υγείας, πρόληψης και απεξάρτησης καθώς και Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β. δήλωσαν ότι κάτι τέτοιο σίγουρα δε συμβαίνει (Πίνακας 17).

Αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού ή ελέγχου γεννήσεων, όλες οι επιλεγμένες δομές δήλωσαν ότι κάτι τέτοιο μάλλον ή σίγουρα δεν μπορεί να παρασχεθεί άμεσα από αυτές (Πίνακας 18).

Όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής για προβλήματα συμπεριφοράς ή ψυχικής υγείας, μπορεί να παρασχεθεί άμεσα στα Κ.Υ./Π.Ι., στις ευπαθείς ομάδες/βοήθεια στο σπίτι και στις δομές ψυχικής υγείας και πρόληψης και απεξάρτησης. Σε αντίθεση, οι συμβουλευτικές υπηρεσίες δεν είναι διαθέσιμες σε δομές Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β., στα εξωτερικά/ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 19.

Σχετικά με την παροχή υπηρεσιών όπως συρραφή για μικρή εκδορά ή τραύμα, όλες οι δομές εξαιρουμένων των Κ.Υ./Π.Ι. και των εξωτερικών/ιδιωτικών ιατρείων δήλωσαν ότι κάτι τέτοιο μάλλον ή σίγουρα δε μπορεί να παρασχεθεί άμεσα από τη δομή τους (Πίνακας 20).

Οικογένεια/επικέντρωση

Όλες οι επιλεγμένες δομές, πλην Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β., δήλωσαν ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές τους είναι πιθανό/σίγουρο ότι ζητούν από τους ασθενείς τις ιδέες και τις απόψεις τους όταν σχεδιάζουν την θεραπεία και τη φροντίδα για τους ίδιους ή

κάποιου μέλους της οικογένειάς τους (Πίνακας 21α). Σε όλες τις επιλεγμένες δομές, οι ιατροί και οι νοσηλευτές ρωτούν για πιθανές ασθένειες και προβλήματα που υπάρχουν στην οικογένειά του ασθενή (Πίνακας 21β). Επιπλέον, σε όλες τις επιλεγμένες δομές (πλην Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β.), οι επαγγελματίες υγείας είναι πιθανό ή σίγουρο ότι είναι πρόθυμοι και ικανοί να συναντηθούν με τα μέλη της οικογένειας προκειμένου να συζητήσουν ένα πρόβλημα υγείας ή ένα οικογενειακό πρόβλημα που τους απασχολεί (Πίνακας 22).

Σχετικά με τις κατ' οίκον επισκέψεις, όλες οι επιλεγμένες δομές πλην των δομών πρόληψης και απεξάρτησης, διαθέτουν επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι σε θέση να τις πραγματοποιήσουν (Πίνακας 23α). Επιπλέον, όλες οι επιλεγμένες δομές δήλωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν σε αυτές είναι πιθανό ή σίγουρο ότι διαθέτουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα υγείας των κοινοτήτων που εξυπηρετούν (Πίνακας 23β). Σε συνέχεια με τα παραπάνω, σε όλες τις επιλεγμένες δομές, οι επαγγελματίες υγείας σίγουρα ή πιθανόν παίρνουν γνώμες και ιδέες από ανθρώπους που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη παροχή καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης (Πίνακας 24).

Διαπολιτισμική ικανότητα

Όσον αφορά τη δυνατότητα επικοινωνίας με ανθρώπους οι οποίοι δεν μιλούν καλά την Ελληνική γλώσσα, όλες οι δομές απάντησαν ότι είναι πιθανόν ή σίγουρα εφικτό να πραγματοποιηθεί επικοινωνία (Πίνακας 25). Όλες οι επιλεγμένες δομές (πλην Ε.Κ.Α.Β./Τ.Ε.Π.), δήλωσαν ότι πιθανόν ή σίγουρα λαμβάνουν υπόψη τις ειδικές πεποιθήσεις ή αντιλήψεις μια οικογένειας για τη φροντίδα υγείας ή τη χρήση λαϊκής ιατρικής όπως βότανα και σπιτικά φάρμακα, εάν χρειαστεί (Πίνακας 26). Ωστόσο, όλες οι επιλεγμένες δομές δήλωσαν ότι δε λαμβάνουν υπόψη το αίτημα μια οικογένειας για χρήση εναλλακτικής θεραπείας όπως ομοιοπαθητική ή βελονισμός (Πίνακας 27).

Άλλες πληροφορίες

Όλες οι επιλεγμένες δομές δήλωσαν ότι σε μεγάλο ποσοστό ότι δεν προσφέρουν «αυξομειούμενη κλίμακα» ή μακροπρόθεσμη δυνατότητα πληρωμής σε ασθενείς με οικονομικές δυσκολίες (Πίνακας 28). Πέραν τούτου, δήλωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας δε δικαιούνται επιπρόσθετη αμοιβή σε περίπτωση που επιτύχουν ορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες ή αποτελέσματα (Πίνακας 29). Τέλος, όλες οι δομές δήλωσαν σε αυξημένο ποσοστό ότι είναι σε θέση να καθορίσουν πόσους ασθενείς εξυπηρετούν (ή δύνανται να εξυπηρετούν) σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Πίνακας 30).

Β. Συνοδευτικό ερωτηματολόγιο (Αποτύπωση λειτουργικής διασύνδεσης δομών Π.Φ.Υ.)

Γενικές πληροφορίες

Από το σύνολο των επιλεγμένων δομών, 35 δήλωσαν ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν αφορούν έκτακτα περιστατικά, 37 δομές ανέφεραν ότι προσφέρουν υπηρεσίες για χρόνια νοσήματα, 37 δομές ασχολούνται με την πρόληψη και την προαγωγή υγείας και 10 δομές ασχολούνται με άλλα θέματα, χωρίς να διευκρινίζονται ποια. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 31.

Όσον αφορά τον φορέα με την μεγαλύτερη συχνότητα παραπομπών, 7 δομές ανέφεραν ότι οι ασθενείς παραπέμπονται σε αυτούς από δημόσιο φορέα, 5 δομές απάντησαν ότι η παραπομπή γίνεται από ιδιωτικό φορέα, μια δομή δήλωσε ότι οι ασθενείς της παραπέμπονται κυρίως από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) ενώ 46 δομές ανέφεραν ότι ο εξυπηρετούμενος προσέρχεται μόνος του. Σημαντική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι στο 100% των Κ.Υ./Π.Ι. και των δομών που ασχολούνται με την ψυχική υγεία, ο εξυπηρετούμενος προσέρχεται μόνος του. Επίσης, μόνο μια δομή (εξωτερικά ιατρεία/ιδιωτικά ιατρεία) ανέφερε ότι Μ.Κ.Ο. παρέπεμψε στην δομή της κάποιο περιστατικό. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 32.

Αναφορικά με το αν λειτουργεί γραφείο πληροφοριών στην εκάστοτε δομή, 31 δομές απάντησαν ότι λειτουργεί, 24 ότι δε λειτουργεί και 3 ότι δε γνώριζαν. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 33.

Σχετικά με το αν η δομή χρησιμοποιεί ενημερωτικά έντυπα για τις δράσεις και τις παρεχόμενες υπηρεσίες της, 39 απάντησαν "ναι", 18 δομές απάντησαν "όχι", ενώ 3 ανέφεραν ότι δεν γνωρίζουν. Όλες οι δομές που αφορούν την ψυχική υγεία και 7 δομές (87,5%) που αφορούν την πρόληψη και απεξάρτηση απάντησαν ότι χρησιμοποιούν ενημερωτικά φυλλάδια, κάτι που δε συμβαίνει σε τόσο μεγάλο βαθμό στους υπόλοιπους τύπους δομών. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 33.

Αναφορικά με το αν λειτουργεί γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη, 31 δομές απάντησαν "όχι", 26 απάντησαν "ναι", ενώ μια δομή απάντησε ότι δε γνώριζε. Το μεγαλύτερο ποσοστό (88,9%) καταγράφηκε στις δομές Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β. (8 δομές) όπου απάντησαν ότι λειτουργεί γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 35.

Οργάνωση και Διοίκηση

Αναφορικά με την ύπαρξη ή όχι συστήματος διασφάλισης ποιότητας, 34 δομές απάντησαν ότι δεν υπάρχει, 12 ότι υπάρχει και 12 δομές ότι δε γνώριζαν. Το μεγαλύτερο ποσοστό (50,7%) όπου καταγράφηκε ύπαρξη συστήματος διασφάλισης ποιότητας ήταν στα εξωτερικά και στα ιδιωτικά ιατρεία. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 36.

Σχετικά με το αν υπάρχει σύστημα προστασίας υγιεινής και ασφάλειας εργαζομένων, 31 δομές απάντησαν θετικά, 22 δομές απάντησαν αρνητικά, και 5 δομές απάντησαν ότι δεν γνώριζαν. Σημαντική διαφοροποίηση παρουσιάζεται στα εξωτερικά και ιδιωτικά ιατρεία, όπου σε ποσοστό 92,9% διατίθεται σύστημα προστασίας υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 37.

Στην ερώτηση περί αξιολόγησης προσωπικού, 29 δομές απάντησαν ότι υπάρχει σύστημα αξιολόγησης, 21 δομές απάντησαν αρνητικά, ενώ οι εκπρόσωποι από 7 δομές δεν γνώριζαν. Σημαντική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι μόνο στις δομές που αφορούν την ψυχική υγεία υπάρχει αξιολόγηση προσωπικού στο 100%. Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 38.

Για την ύπαρξη σαφούς προσδιορισμού του ρόλου κάθε εργαζομένου μέσα από γραπτές ή προφορικές κατευθύνσεις, 5 δομές απάντησαν αρνητικά, 52 θετικά και μια δομή δε γνώριζε. Το σύνολο των δομών (100%) που αφορούν Τ.Ε.Π./Ε.Κ.Α.Β., ευπαθείς ομάδες/βοήθεια στο σπίτι και ψυχική υγεία απάντησαν ότι υπάρχει σαφής και προσδιορισμένος ρόλος για κάθε εργαζόμενο. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 39.

Στην ερώτηση για την ύπαρξη φακέλου υγείας του κάθε εξυπηρετούμενου, 22 δομές απάντησαν "όχι", 35 δομές απάντησαν "ναι" και μια δομή δε γνώριζε. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 40.

Αναφορικά για το αν υπάρχει μέριμνα για την προστασία των πληροφοριών που καταγράφονται στους φακέλους υγείας, 15 δομές απάντησαν αρνητικά, 38 θετικά και μια δομή δε γνώριζε. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 41.

Διασύνδεση/Συνεργασία της Δομής με άλλους φορείς

Αναφορικά με τη συχνότητα διασύνδεσης των δομών με άλλους φορείς, 46 δομές (76,7%) διασυνδέονται με νοσοκομεία και 42 δομές (70%) συνεργάζονται με ΚΥ. Επιπρόσθετα, 27 δομές (45%) συνεργάζονται με κοινοτικές δομές, ενώ 24 δομές

(48,3%) συνεργάζονται με την τοπική αυτοδιοίκηση. Τέλος, 42 δομές (70%), συνεργάζονται με την περιφερειακή ενότητα.

Όσον αφορά τη διασύνδεση των δομών με τα ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αυτή επιτυγχάνεται σε ποσοστό 50% (13,3%) από τις δομές δεν συνεργάζονται με ΜΚΟ ενώ 52 (86,7%) Ο αριθμός των δομών που συνεργάζονται με Μ.Κ.Ο. ανέρχεται στις 52 (86,7%), ενώ 25 δομές (41,7%) συνεργάζονται με ιδιωτικούς φορείς.. Όσον αφορά την διασύνδεση με επιστημονικούς συλλόγους 41 δομές (68,3%) απάντησαν θετικά ενώ τέλος 52 δομές (86,7%) απάντησαν ότι συνεργάζονται και με άλλους φορείς.

Αναφορικά με τους τρόπους διασύνδεσης της δομής με τους φορείς σε καθημερινή βάση, τα αποτελέσματα αναφέρονται παρακάτω:

Πρόσωπο με πρόσωπο: μια δομή (1,7%) απάντησε ποτέ, 23 δομές (38,3%) απάντησαν σπάνια, 19 δομές (31,7%) απάντησαν μερικές φορές, 10 δομές (16,7%) απάντησαν συνήθως, 5 δομές (8,3%) απάντησαν πάντα και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Τηλεφωνικά: 1δομή (1,7%) απάντησε ποτέ, 7 δομές (11,7%) απάντησαν μερικές φορές, 31 δομές (51,7%) απάντησαν συνήθως, 19 δομές (31,7%) απάντησαν πάντα, και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Γραπτή παραπομπή: 7 δομές (11,7%) απάντησαν ποτέ, 7 δομές (11,7%) απάντησαν σπάνια, 15 δομές (25%) απάντησαν μερικές φορές, 15 δομές (25%) απάντησαν συνήθως, 13 δομές (21,7%) απάντησαν πάντα, 1 δομή (1,7%) απάντησε ότι δεν γνώριζε και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Ταχυδρομικά έγγραφα: 13 δομές (21,7%) απάντησαν ποτέ, 14 δομές (31,7%) απάντησαν σπάνια, 17 δομές (28,3%) απάντησαν μερικές φορές, 7 δομές (11,7%) απάντησαν συνήθως, 2 δομές (3,3%) απάντησαν πάντα και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Φαξ: 11 δομές (18,3%) απάντησαν ποτέ, 18 δομές (30%) απάντησαν σπάνια, 12 δομές (20%) απάντησαν μερικές φορές, 14 δομές (23,3%) απάντησαν συνήθως, 3 δομές (5%) απάντησαν πάντα και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: 8 δομές (13,3%) απάντησαν ποτέ, 20 δομές (33,3%) απάντησαν σπάνια, 15 δομές (25%) απάντησαν μερικές φορές, 9 δομές (15%) απάντησαν συνήθως, 5 δομές (8,3%) απάντησαν πάντα, μια δομή (1,7%) δε γνώριζε και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Αναφορικά με τους φορείς και τη συχνότητα με την οποία συνεργάστηκε η κάθε δομή το τρέχον έτος, οι απαντήσεις έχουν ως εξής:

Νοσοκομεία: 5 δομές (8,3%) απάντησαν ποτέ, 5 δομές (8,3%) απάντησαν σπάνια, 13 δομές (21,7%) απάντησαν μερικές φορές, 20 δομές (33,3%) απάντησαν συνήθως, 15 δομές (25,7%) απάντησαν πάντα και 2 δομές (3,3%) δομές δεν απάντησαν.

Κ.Υ./Π.Ι.: 10 δομές (16,7%) απάντησαν ποτέ, 8 δομές (13,3%) απάντησαν σπάνια, 13 δομές (21,7%) απάντησαν μερικές φορές, 15 δομές (25%) απάντησαν συνήθως, 11 δομές (18,3%) απάντησαν πάντα, μια δομή (1,7%) απάντησε ότι δε γνώριζε και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Κοινοτικές δομές: 11 δομές (18,3%) απάντησαν ποτέ, 13 δομές (21,7%) απάντησαν σπάνια, 12 δομές (20%) απάντησαν μερικές φορές, 15 δομές (25%) απάντησαν συνήθως, 5 δομές (8,3%) απάντησαν πάντα, 2 δομές (3,3%) απάντησαν ότι δεν γνώριζαν και 2 δομές (3,3%) δομές δεν απάντησαν.

Τοπική αυτοδιοίκηση: 16 δομές (26,7%) απάντησαν ποτέ, 10 δομές (16,7%) απάντησαν σπάνια, 14 δομές (23,3%) απάντησαν μερικές φορές, 12 δομές (20%) απάντησαν συνήθως, 5 δομές (8,3%) απάντησαν πάντα, μια δομή (1,7%) απάντησε ότι δε γνώριζε και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Περιφερειακή ενότητα: 22 δομές (36,7%) απάντησαν ποτέ, 13 δομές (21,7%) απάντησαν σπάνια, 10 δομές (16,7%) απάντησαν μερικές φορές, 6 δομές (10%) απάντησαν συνήθως, 3 δομές (5%) απάντησαν πάντα, 4 δομές (6,7%) απάντησαν ότι δε γνώριζαν και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Μ.Κ.Ο.: 29 δομές (48,3%) απάντησαν ποτέ, 14 δομές (23,3%) απάντησαν σπάνια, 5 δομές (8,3%) απάντησαν μερικές φορές, 6 δομές (10%) απάντησαν συνήθως, 4 δομές (6,7%) απάντησαν πάντα και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Ιδιωτικοί φορείς: 6 δομές (10%) απάντησαν ποτέ, 11 δομές (18,3%) απάντησαν σπάνια, 23 δομές (38,3%) απάντησαν μερικές φορές, 16 δομές (26,7%) απάντησαν συνήθως, 5 δομές (3,3%) απάντησαν πάντα, και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Σύλλογοι και Επιστημονικοί φορείς: 22 δομές (36,7%) απάντησαν ποτέ, 13 δομές (21,7%) απάντησαν σπάνια, 6 δομές (10%) απάντησαν μερικές φορές, 10 δομές (16,7%) απάντησαν συνήθως, 2 δομές (3,3%) απάντησαν πάντα, 5 δομές (8,3%) απάντησαν ότι δε γνώριζαν και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Αναφορικά με το αν παρέχονται υποστηρικτικές υπηρεσίες από τον εκάστοτε Δήμο στη δομή, 25 δομές (41,7%) απάντησαν " καθόλου", 7 δομές (11,7%) απάντησαν "λίγο", 11 δομές (18,3%) απάντησαν "μέτρια", 12 δομές (20%) απάντησαν "πολύ", 3 δομές (5%) απάντησαν "πάρα πολύ" και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Σχετικά με το αν παρέχονται υποστηρικτικές υπηρεσίες από την εκάστοτε Περιφερειακή Ενότητα στη δομή, 35 δομές (58,3%) απάντησαν " καθόλου", 18 δομές

(13,3%) απάντησαν " λίγο", 7 δομές (11,7%) απάντησαν "μέτρια", 16 δομές (10%) απάντησαν "πολύ" 2 δομές (3,3%) απάντησαν "πάρα πολύ" και 2 δομές (3,3%) δεν απάντησαν.

Παρεχόμενες Υπηρεσίες

Αναφορικά με τη χρονική αλληλουχία της διασύνδεσης του έκτακτου/επείγοντος περιστατικού με άλλες δομές υγείας, παρατηρήθηκαν μεγάλες διαφορές μεταξύ των τύπων δομών, αλλά και μεταξύ των δομών του ίδιου τύπου. Ως προς τα βέλτιστα βήματα βάσει της βιβλιογραφίας, όλες οι δομές ακολουθούν το πρώτο και το τέταρτο βήμα. Επίσης παρατηρείται ότι δεν υπάρχει ουσιαστική διασύνδεση μεταξύ των δομών αφού ο φάκελος υγείας δεν ενημερώνεται από την δομή αποστολής ή υποδοχής αυτομάτως ή με προκλητή ενημέρωση αλλά επαφίεται στον ασθενή.

Αναφορικά με το αν τα βήματα που ακολουθούνται κατά τη διαχείριση των επειγόντων/έκτακτων περιστατικών είναι τυποποιημένα, 32 δομές απάντησαν ότι δεν είναι τυποποιημένα, 25 ότι είναι τυποποιημένα και μια δομή δε γνώριζε. Στις δομές τύπου Κ.Υ./Π.Ι., 7 δομές απάντησαν θετικά (50%) και 7 δομές αρνητικά (50%). Στις δομές που αφορούν εξωτερικά και ιδιωτικά ιατρεία, 6 δομές απάντησαν θετικά (42,9%) και 8 δομές αρνητικά (57,1%). Στις δομές που αφορούν Βοήθεια στο Σπίτι και τις ευπαθείς ομάδες, 2 δομές απάντησαν θετικά (22,2%) και 7 δομές αρνητικά (77,8%). Στις δομές που αφορούν την πρόληψη και απεξάρτηση, 2 (25%) δομές απάντησαν θετικά, 5 δομές (62,5%) απάντησαν αρνητικά και μια δομή (12,5%) δε γνώριζε. Τέλος, στις δομές Ε.Κ.Α.Β. και Τ.Ε.Π., 6 δομές (66,6%) απάντησαν θετικά και 3 δομές (33,3%) απάντησαν αρνητικά. Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 43.

Σχετικά με το αν υπάρχει καταγραφή, 12 δομές απάντησαν "ναι", 10 δομές απάντησαν "όχι", και 3 δομές απάντησαν ότι δε γνώριζαν. Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 44.

Αναφορικά με το ποιος έχει την ευθύνη καταγραφής των παραπάνω βημάτων, 14 δομές απάντησαν "ο ιατρός", 3 δομές απάντησαν "η νοσηλεύτρια", μια δομή απάντησε "η διεπιστημονική ομάδα" και 6 δομές απάντησαν "άλλος". Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακά 45.

Αναφορικά με το ποιος διαχειρίζεται τα έκτακτα/επείγοντα περιστατικά, 25 δομές απάντησαν "ο ιατρός", 8 δομές απάντησαν "η διεπιστημονική ομάδα", 7 δομές απάντησαν "η νοσηλεύτρια", και 16 δομές απάντησαν "άλλος". Τα αναλυτικά αποτελέσματα αναφέρονται στον Πίνακα 46.

Αναφορικά με την χρονική αλληλουχία διασύνδεσης ασθενούς με χρόνια νόσημα με άλλες δομές, παρατηρήθηκε παρόμοια εικόνα με αυτή της διασύνδεσης έκτακτων/επείγοντων περιστατικών. Σχεδόν όλες οι δομές ακολουθούν το πρώτο και το τέταρτο βήμα της βέλτιστης διαδικασίας. Επίσης σε αρκετές δομές παρατηρείται ότι υπάρχει ασυνέχεια μεταξύ των βημάτων και πισωγυρίσματα. Σημαντικό είναι επίσης ότι οι δομές δε φαίνεται να προγραμματίζουν τις επόμενες εξετάσεις του ασθενούς. Η πρωτοβουλία αυτή επαφίεται στον ασθενή.

Αναφορικά με το αν υπάρχει καταγραφή και αποθήκευση των βημάτων που ακολουθούνται για τη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, 34 δομές απάντησαν ότι δεν υπάρχει, 22 ότι υπάρχει και 2 δομές δε γνώριζαν. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 47.

Σχετικά με το ποιος έχει την ευθύνη καταγραφής και αποθήκευσης των παραπάνω βημάτων, 8 δομές απάντησαν "ο ιατρός", 2 δομές απάντησαν "η νοσηλεύτρια", 3 δομές απάντησαν "η διεπιστημονική ομάδα" και 9 δομές απάντησαν "άλλος". Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον Πίνακα 48.

Αναφορικά με το ερώτημα για το ποιος έχει τη συνολική διαχείριση των χρόνιων περιστατικών, 26 δομές απάντησαν "ο ιατρός", 4 δομές απάντησαν "η νοσηλεύτρια", 14 δομές απάντησαν "η διεπιστημονική ομάδα" και 12 δομές απάντησαν "άλλος". Αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 49.

Αναφορικά με το αν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης των ασθενών με χρόνια νοσήματα, 41 δομές απάντησαν "όχι", 12 δομές απάντησαν "ναι" και 5 δομές απάντησαν ότι δε γνώριζαν. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 50.

Σχετικά με το ποιος έχει την ευθύνη εκπαίδευσης των ασθενών στα προαναφερθέντα προγράμματα, 4 δομές απάντησαν "αποκλειστικά ο ιατρός", 5 δομές απάντησαν "αποκλειστικά η διεπιστημονική ομάδα" και 3 δομές απάντησαν "άλλος". Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 51.

Δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής υγείας

Αναφορικά με τη συνεργασία της δομής με άλλες δομές, όσον αφορά την υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας και το περιεχόμενο τους, 17 δομές ανέφεραν προγράμματα διατροφής, 13 δομές προγράμματα άσκησης, 25 δομές προγράμματα αναφορικά με το κάπνισμα/Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), 16 δομές προγράμματα για το αλκοόλ, 18 δομές προγράμματα ενημέρωσης για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, 24 δομές προγράμματα εμβολιασμών, 11 δομές προγράμματα αναφορικά με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΜΣΝ), 18 δομές προγράμματα ενημέρωσης για την υπέρταση, 15 δομές προγράμματα

ενημέρωσης για τον καρκίνο και 25 δομές ανέφεραν ότι συνεργάστηκαν για την υλοποίηση προγραμμάτων διαφορετικής θεματολογίας. Τα αναλυτικά αποτελέσματα αναφέρονται στον Πίνακα 53.

Φροντίδα στο Σπίτι

Αναφορικά με το αν υπάρχει σύστημα εκτίμησης/καταγραφής αναγκών υγείας των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα στο σπίτι, 44 δομές απάντησαν "όχι" και 14 δομές απάντησαν "ναι". Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 60.

Σχετικά με το αν η δομή προσφέρει υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο σπίτι, 23 δομές απάντησαν "ναι, βάσει οργανωμένου προγράμματος", 9 δομές απάντησαν "ναι, κατά περίπτωση" και 26 δομές απάντησαν "όχι". Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Πίνακα 61.

Αναφορικά με το αν υπάρχει σύστημα καταγραφής των επισκέψεων στα σπίτια, 30 δομές απάντησαν "όχι" 25 δομές απάντησαν "ναι" και οι εκπρόσωποι 3 δομών δήλωσαν ότι δε γνώριζαν. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 62.

Αναφορικά με το άτομο στο οποίο αναφέρεται περίπτωση εντοπισμού κλινήρους ατόμου με πρόβλημα υγείας, 19 δομές απάντησαν ότι γίνεται αναφορά στο γιατρό, 12 δομές απάντησαν ότι ενημερώνεται ο κοινωνικός λειτουργός και 8 δομές δήλωσαν ότι δε γνώριζαν. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 63.

Αναφορικά με την αναφοράς που αναφέρθηκε παραπάνω, 24 δομές απάντησαν "όχι", 14 δομές απάντησαν "ναι" και μια δομή απάντησε ότι δε γνώριζε. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 64.

Άλλες Υπηρεσίες

Αναφορικά με το αν η δομή διασυνδέεται με άλλες δομές οι οποίες παρέχουν κοινωνική φροντίδα, 18 δομές απάντησαν "όχι", 39 δομές απάντησαν "ναι" και 2 δομές απάντησαν ότι δε γνώριζαν. Τα αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 65.

Αναφορικά με το αν η δομή διασυνδέεται με άλλες δομές οι οποίες παρέχουν φροντίδα για ψυχική υγεία ή νόσο, 24 δομές απάντησαν αρνητικά, 33 δομές απάντησα θετικά και μια δομή απάντησε ότι δε γνώριζε. Αναλυτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 66.

3.3. Στρατηγικός σχεδιασμός του βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης στην Ελλάδα (Αντικειμενικός στόχος 3)

Στο πλαίσιο του στόχου 3 όπως αυτός ορίσθηκε στο παραδοτέο αυτό, πραγματοποιήθηκε έλεγχος του πίνακα 1 σύμφωνα με τα ορισθέντα κριτήρια (ενότητα 2.2). Όλα τα χαρακτηριστικά του μοντέλου Π.Φ.Υ. της Kringos και συνεργάτες παρουσιάζουν υψηλή συνοχή, συνάφεια και χρηστικότητα. Ο πίνακας που ακολουθεί, παρουσιάζει αναλυτικά την αντιστοίχιση των ερωτήσεων των ερωτηματολογίων με τα χαρακτηριστικά του μοντέλου αυτού (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Αντιστοίχιση των χαρακτηριστικών του βέλτιστου μοντέλου διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. με τα ερωτηματολόγια (PCAT και συνοδευτικό ερωτηματολόγιο)

Διαστάσεις της Προτοβάθμιας Φροντίδας	Χαρακτηριστικά	Ερωτήσεις PCAT	Ερωτήσεις συνοδευτικό PCAT
1. Διακυβέρνηση του συστήματος ΠΦ (Governance of the PC system)	1. Στόχοι υγείας (υγειονομικής περιθάλψης)	1	A1, A2, B4
	2. Πολιτική ισονομίας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦ	I7,I8,K1,K2,K3	
	3. (Από)κέντροποίηση της διαχείρισης και ανάπτυξης υπηρεσιών ΠΦ	I7,I8	
	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην ΠΦ		B2,B3,B4,B6
	5. Κατάλληλη τεχνολογία στην ΠΦ		B5
	6. Συνηγορία των ασθενών	Θ1,Θ2,Θ3,I6, K1,K2,K3	A6
	7. Διακυβέρνηση των δομών ΠΦΥ	I6	A1,A2,I5,I6
	8. Διασύνδεση της ΠΦ με το σύστημα υγείας	I7	A3,I1,I2,I4,I5,I6
2. Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦ (Economic conditions of the PC system)	1. Δαπάνες υγειονομικής περιθάλψης	3,4,8	
	2. Δαπάνες ΠΦ	3,4,5,6,7,8,9	
	3. Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας	ΑΛΛΟ10	
	4. Καθεστώς απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ	5, 2	
	5. Σύστημα αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ	5,ΑΛΛΟ2,ΑΛΛΟ3,ΑΛΛΟ4	
	6. Εισόδημα του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ	5,2	
3. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦ (PC workforce development)	1. Προφίλ του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ	2	
	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της ΠΦ	1	B4,Δ.1.4.,Δ.1.5.Δ.2.3., Δ.2.4., Δ.2.5.2., Δ.4.2.2., Δ.4.2.3., Δ.4.3.1.
	3. Επαγγελματική κατάρτιση, στελέχωση και διατήρηση των επαγγελματιών που εργάζονται στην ΠΦ		B3
	4. Επαγγελματικές οργανώσεις εργαζομένων στην ΠΦ		
	5. Ακαδημαϊκός χαρακτήρας ΠΦ μέσω συνεργασιών με ιδρύματα και Πανεπιστήμια	I3, I4	
	6. Μελλοντική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ	QUALICOPC	
4. Πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦ (Access to PC services)	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της ΠΦ	I2	
	2. Γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της ΠΦ	I1	
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	I1,I2,I3,I4	A4,A6, Δ.4.1.Δ.4.2.1.
	4. Οικονομική προσσιμότητα των υπηρεσιών της ΠΦ	6,7,I1,ΑΛΛΟ1	
	5. Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες της ΠΦ		
	6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της ΠΦ	I0,ΑΛΛΟ5,ΑΛΛΟ6,ΑΛΛΟ7,ΑΛΛΟ8,ΑΛΛΟ9	
	7. Ισότητα στην πρόσβαση	6,7,K1	
5. Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care)	1. Συνέχεια της περιθάλψης μακροπρόθεσμα	Δ1	
	2. Πληροφοριακή συνέχεια	I3,E3,E4,ΣΤ1,ΣΤ3,ΣΤ4,ΣΤ5,ΣΤ6	B5,B6,Δ.1.1.,Δ.1.2., Δ.1.3.,Δ.1.4.,Δ.2.2., Δ.2.3., Δ.4.3., Δ.4.3.2.
	3. Διάρκεια σχέσης μεταξύ ασθενή και παρόχου	Δ2,Δ3,Δ4,ΣΤ2,Θ1,Θ2,Θ3,I6	
	4. Διαχειριστική συνέχεια	E4	
6. Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας (Coordination of care)	1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping)		A3
	2. Πρακτικές ΠΦ και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας	E1,E2,E3,E4	Δ1.4, Δ1.5, Δ2.3, Δ2.4
	3. Συνδυασμός δεξιοτήτων των παρόχων ΠΦ	E1,E2,E3,E4, Z1,Z2,Z3,Z4,I2	Δ1.4, Δ1.5, Δ2.3, Δ2.4
	4. Διασύνδεση ΠΦ και δευτεροβάθμιας φροντίδας	E1,E2,E3,E4	I1,I2,I3,I4, Δ.1.1.,Δ.1.2.,Δ.1.3., Δ.3.3., Δ.5.1., Δ.5.2., E1,E2
	5. Διασύνδεση παρόχων ΠΦ και επαγγελματιών δημόσιας υγείας	E3,E4,I3	I1,I2,I3,I4, Δ.3.3.
7. Πληρότητα υπηρεσιών ΠΦ (Comprehensiveness of PC)	1. Διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός	QUALICOPC	B5
	2. Σημείο πρώτης επαφής για συχνά ιατρικά προβλήματα	9, I1,I2,Z1,Z2,Z3,Z4	Δ.4.2.4.
	3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων	9,12,14	
	4. Τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική	Z1,Z2,Z3,Z4	Δ.3.1.
	5. Ιατρική περιθάλψη μητέρας/παιδιού και αναπαραγωγική υγεία	Z2	
	6. Προαγωγή της υγείας	Z1,Z2,H1,H2,H3,H4,H5,H6,H7,H8,H9,H10	A5, Δ.3.1.
8. Ποιότητα υπηρεσιών ΠΦ (Quality of PC)	1. Πρακτικές συνταγογράφησης των παροχών ΠΦ		B1
	2. Ποιότητα της διάγνωσης και της θεραπείας στην ΠΦ		B1
	3. Ποιότητα των τρόπων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων	H1	B1,Δ.2.1.,Δ.2.5., Δ.2.5.1.
	4. Ποιότητα στη φροντίδα ψυχικής υγείας		B1
	5. Ποιότητα μητρικής και παιδικής φροντίδας υγείας		B1
	6. Ποιότητα της προαγωγής της υγείας		B1,B2,Δ.3.2.
	7. Ποιότητα της προληπτικής φροντίδας		B1
	8. Αποτελεσματικότητα	I4,I5	B1
	9. Πρακτικές ασφάλειας	H8, H9, H10	B1,B2
9. Αποδοτικότητα της ΠΦ (Efficiency of PC)	1. Κατανομή των πόρων και παραγωγική αποδοτικότητα	ΑΛΛΟ5,ΑΛΛΟ6	B3
	2. Τεχνική αποδοτικότητα	ΑΛΛΟ5,ΑΛΛΟ6	B3
	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦ	ΑΛΛΟ5,ΑΛΛΟ6	B3
10. Ισονομία στην ΠΦ (Equity in health)	1. Ισονομία στην ΠΦ (σε όλες τις ομάδες πληθυσμού)	I7,I8,K1,K2,K3	

4. Σχόλια

Το παραδοτέο 1.1.3 παρέδωσε ενδιαφέρουσες πληροφορίες για την υφιστάμενη κατάσταση διασύνδεσης των δομών/υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην επικράτεια. Τα αποτελέσματα των εργασιών του υποέργου αυτού θα συνεισφέρουν ουσιαστικά στο παραδοτέο του Π.Ε.1.2 το οποίο θα μοντελοποιήσει την υφιστάμενη κατάσταση καθώς και τις ροές-εκροές εντός και εκτός των δομών Π.Φ.Υ.

Στο έργο αυτό αναζητήθηκε το κατάλληλο θεωρητικό πλαίσιο που θα περιγράφει τη λειτουργική διασύνδεση των δομών/υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία. Το πλαίσιο που περιγράφουν οι Kringos και συνεργάτες φαίνεται να εξυπηρετεί περισσότερο την ελληνική πραγματικότητα. Αυτό το θεωρητικό πλαίσιο ανέδειξε τις τρεις κύριες κατευθύνσεις και τις δέκα διαστάσεις με τα χαρακτηριστικά τους τα οποία θα πρέπει να συνθέτουν την ολοκληρωμένη Π.Φ.Υ στην Ελλάδα.

Ακόμη, στο πλαίσιο αυτού του υποέργου επιχρηρήθηκε η αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης διασύνδεσης και υλοποίησης διαδικασιών τόσο μεταξύ όσο και εντός των δομών/υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην επικράτεια. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων μεταφέρουν μια ουσιαστική εικόνα της ελληνικής πραγματικότητας, αναδεικνύοντας ποικίλες ελλείψεις και αδυναμίες του συστήματος υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Στην προσπάθεια να εξετασθεί το θεωρητικό πλαίσιο που εντοπίσθηκε στη βιβλιογραφία στα δεδομένα της Ελλάδος και του παρόντος έργου, δημιουργήθηκε ένας πίνακας από τις ερωτήσεις των δύο εργαλείων καταγραφής αντιστοιχώντας με τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά και τις διαστάσεις του θεωρητικού μοντέλου των Kringos και συνεργατών. Ο πίνακας αυτός θα χρησιμοποιηθεί για τις ανάγκες των επόμενων παραδοτέων (1.1.4, 1.2.1) ώστε να μοντελοποιηθούν οι υφιστάμενες διαδικασίες.

Στο παρόν έργο υιοθετήθηκε η *ασθενο-κεντρική προσέγγιση*⁶, έναντι της *συστημο-κεντρικής*. Η *ασθενο-κεντρική προσέγγιση* αναφέρεται σε τρεις ευρείες κατηγορίες ασθενών/χρηστών υπηρεσιών Π.Φ.Υ.: α) οι περιπτώσεις άμεσης (επείγουσας) αντιμετώπισης β) τα επιλεγμένα χρόνια νοσήματα και γ) τα συνηθέστερα προβλήματα υγείας τα οποία χρήζουν υπηρεσίες πρόληψης/αγωγής υγείας. Για λόγους πρακτικής σχετικής με τη συλλογή πληροφοριών από τις επιλεγμένες δομές, έγινε κατηγοριοποίηση των τριών παραπάνω ομάδων ως ακολούθως: α) έκτακτες/επείγουσες περιπτώσεις, β) χρόνια νοσήματα, γ) πρόληψη και προαγωγή υγείας, δ) φροντίδα στο σπίτι και ε) λοιπές υπηρεσίες⁷⁻⁸.

Το θεωρητικό πλαίσιο που υιοθετήθηκε σε αυτή τη μελέτη καθώς και τα συλλεχθέντα στοιχεία αναφορικά με την υφιστάμενη κατάσταση στις δομές Π.Φ.Υ. θα αξιοποιηθούν από τα επόμενα παραδοτέα τα οποία θα προσφέρουν αφενός εκτενή αποτελέσματα και συμπεράσματα και αφετέρου θα προτείνουν το νέο βέλτιστο μοντέλο λειτουργικής διασύνδεσης.

Εμπόδια-δυσκολίες και περιορισμοί μελέτης

Το υποέργο αυτό συνέπεσε με μια χρονική περίοδο η οποία χαρακτηρίστηκε από αλλεπάλληλες μεταρρυθμίσεις και διαθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, ιδιαίτερα στην Π.Φ.Υ., και κοινωνικής πρόνοιας. Η σύμπτωση αυτή οδήγησε σε σοβαρές καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση της διαδικασίας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, καθώς και σχετικά μικρή ανταπόκριση στην πρόσκληση από μέρος δομών/υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Για παράδειγμα, οι δομές του πρώην Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (νυν Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας-Π.Ε.Δ.Υ.) οι οποίες είχαν επιλεγεί και αποδεχτεί να συμμετάσχουν αλλά δεν ολοκλήρωσαν την διαδικασία λόγω αρχικά υπολειτουργίας (απεργιακές κινητοποιήσεις) και κατόπιν εξαιτίας αλλαγής νομικού πλαισίου τους.

Για να αντισταθμίσει την πιθανά ελλείπουσα εικόνα από τη μικρή συμμετοχή στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, το εργό θα αναζητήσει στοιχεία από τρεις διαφορετικές πηγές (έργα που έχουν διεξαχθεί και παρουσιασθεί στο πλαίσιο άλλων ερευνητικών προγραμμάτων) και συγκεκριμένα: α) ερωτηματολόγια έργου (PCAT^{2,9} και συνοδευτικό) β) ΕΣΥ.net (www.esynet.gr) και υγειονομικός χάρτης υγείας (www.ygeianet.gov.gr) και γ) δεδομένα από άλλες ευρωπαϊκές μελέτες της Κ.Κ.Ο.Ι. αναφορικά με την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα (<http://www.nivel.nl/en>).

5. Συμπεράσματα

Εντοπίσθηκε και διατυπώθηκε με σαφήνεια το θεωρητικό μοντέλο λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στο οποίο θα βασιστεί το βέλτιστο μοντέλο για τα επόμενα παραδοτέα. Παράλληλα, ολοκληρώθηκε η περιγραφική παρουσίαση των δεδομένων για την υφιστάμενη κατάσταση διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Αποκομίσαμε χρήσιμα συμπεράσματα για τα υφιστάμενα προβλήματα και τις αδυναμίες στην λειτουργία των επιλεχθέντων δομών Π.Φ.Υ. Συνοψίζοντας επισημαίνουμε ότι διαφαίνεται ο μειωμένος ρόλος των νοσηλευτών έναντι της καθολικής ευθύνης των ιατρών, η έλλειψη πληροφοριακής διασύνδεσης μεταξύ δομών, η μη ολοκληρωμένη ανατροφοδότηση ως προς την πορεία του ασθενή, η απουσία χρήσης και εφαρμογής κατευθυντήριων οδηγιών σε καθημερινά βήματα και ενέργειες των επαγγελματιών υγείας αλλά και η έλλειψη συστηματοποιημένης ψηφιοποίησης των ιατρικών φακέλων των ασθενών. Αντίστοιχες παρατηρήσεις έχουν διατυπωθεί στο παρελθόν και από άλλες μελέτες στην ελληνική Π.Φ.Υ.¹⁰⁻¹².

6. Βιβλιογραφία

1. Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013, Απόφαση Υλοποίησης με ίδια μέσα (ΟΠΣ/MIS: 337424), διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fstatic.diavgeia.gov.gr%2Fdoc%2F%25CE%25924%25CE%2593%25CE%2598469%25CE%25927%25CE%2593-%25CE%25A1%25CE%25990&ei=yZbJUMvELsqP4gSy1oDgCg&usg=AFQjCNErFq2f1-pPsjr2QUS1P6YYTFljzA&sig2=eL96Wp2AMoHpHUR__S1_iA
2. Starfield B. Primary care and equity in health: the importance of effectiveness and equity to people's needs. *Humanity and Society* 2009; 33:56-73.
3. Boulton C, Karm L, Groves C. Improving Chronic Care: The "Guided Care" Model. *Perm J* 2008; 12:50-4.
4. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:65.
5. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, Lember M, Oleszczyk M, Pavlic DR, Svab I, Tedeschi P, Wilson A, Windak A, Dedeu T, Wilm S. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 2010; 11:81.
6. Sepucha KR, Fowler FJ, and Mulley AG. Policy Support For Patient-Centered Care: The Need For Measurable Improvements In Decision Quality. Documenting gaps in patients' knowledge could stimulate rapid change, moving decisions and care closer to a patient-centered ideal. Project HOPE—The People-to-People Health Foundation, Inc; 2004.
7. Souliotis K & Lionis C. Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective. *J of Med Sys* 2004; 18:643-52.
8. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford; 1998.
9. Berra S, Rocha BK, Rodríguez-San M, Pasarín M I, Rajmil L, Borrell C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011; 11:285
10. Λιονής Χ & Μποδοσάκης ΜΠ. Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000; 12:7-9.
11. Οικονόμου ΝΑ, Τούντας Γ, Νιάκας Δ. Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία. *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής* 2007; 24:48-57.
12. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E et al. The "unexpected" growth of the private health sector in Greece. *Health Policy* 2005; 74:167-80.

Παράρτημα

Παράρτημα 1: Θεωρητικό πλαίσιο

(βλ. pdf. Αρχεία)