



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 1.1.4: Ανάπτυξη υλικού για τη
διαχείριση της αλλαγής

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Χρήστος Λιονής
Υπεύθυνος ενέργειας 1.1: Χρήστος Λιονής



[www.ygeia-
pronoia.gr](http://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:

Κρητικός Κυριάκος (*Μηχανικός Έρευνας και Ανάπτυξης*), 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
Τριγώνη Μαρία, Κοινωνική λειτουργός
Φιλαλήθης Αναστάσιος, Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	Σελ. 4
1. Εισαγωγή-Περιεχόμενο της αναφοράς	Σελ. 6
2. Μεθοδολογία	Σελ. 8
2.1 Μεθοδολογίες Αποδοτικότητας Συνόρου (Frontier Efficiency Methodologies)	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. 12
3. Αποτελέσματα	Σελ. 19
3.1 Συνολική Ανάλυση	Σελ. 19
3.2 Ανάλυση ανά τύπο δομών Π.Φ.Υ.	Σελ. 21
3.3 Προτάσεις βελτίωσης επιπέδων διασύνδεσης των επιλεχθέντων δομών Π.Φ.Υ.	Σελ. 25
4. Σχόλια	Σελ. 29
5. Συμπεράσματα	Σελ. 33
6. Βιβλιογραφία	Σελ. 34
Παράρτημα	Σελ. 36

Περίληψη

Η παρούσα έκθεση αποτελεί την τελική αναφορά του παραδοτέου 1.1.4 στο πλαίσιο του Πακέτου Εργασίας 1.1 (Π.Ε.1.1) για το έργο με ΟΠΣ 337424. Σκοπός της αναφοράς ήταν η παρουσίαση μιας προκαταρκτικής αξιολόγησης των διαδικασιών λειτουργικής διασύνδεσης που αποτυπώθηκαν και συζητήθηκαν στο πλαίσιο των υφιστάμενων δομών οργάνωσης και διοίκησης, με σκοπό τη δημιουργία προτύπων για επιλεγμένες διαδικασίες λειτουργικής διασύνδεσης των δομών/υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Οι στόχοι της παρούσας αναφοράς ήσαν: α) ο καθορισμός προτύπων για επιλεγμένες διαδικασίες λειτουργικής διασύνδεσης με βάση το επιλεγθέν θεωρητικό πλαίσιο, β) η περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης των επιλεγμένων δομών/υπηρεσιών Π.Φ.Υ. βάσει τα πρότυπα διαδικασιών και γ) η ανάδειξη χαρακτηριστικών και διαστάσεων που χρήζουν βελτίωσης για τη δημιουργία του βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης που θα προταθεί από το έργο στα επόμενα παραδοτέα.

Στην παρούσα αναφορά παρουσιάζεται η προσαρμογή και τροποποίηση του θεωρητικού πλαισίου που ανέδειξε το παραδοτέο 1.1.3, καθώς και τα αποτελέσματα της εφαρμογής του στις επιλεγμένες δομές της επικράτειας.

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 αφορούσαν στη σύνταξη προτάσεων για αλλαγές στη λειτουργική διασύνδεση των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), όπως είχε τεθεί και ως επιμέρους στόχος του Π.Ε.1.1 (παραδοτέο 1.1.4). 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 της μεθοδολογίας και εν συνεχεία η εφαρμογή της σε ένα επιλεγμένο δείγμα δομών Π.Φ.Υ. στην επικράτεια.
3. Η σύνθεση και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων της πιλοτικής μελέτης 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.

Το παρόν παραδοτέο εξυπηρετεί τον τέταρτο και τελευταίο στόχο του Π.Ε.1.1. Για να επιτευχθεί διατυπώθηκαν τα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Ποιες προσαρμογές ή τροποποιήσεις χρειάζεται να γίνουν στο εντοπισθέν θεωρητικό πλαίσιο λειτουργικής διασύνδεσης (παραδοτέο 1.1.3) και ποιά είναι τα πρότυπα διαδικασιών που διαμορφώνονται;
2. Ποια είναι η υφιστάμενη κατάσταση διασύνδεσης των επιλεγμένων δομών Π.Φ.Υ. στην επικράτεια, σύμφωνα με αυτά τα πρότυπα διαδικασιών;

Τα προαναφερθέντα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνουν τους ακόλουθους αντικειμενικούς στόχους: α) καθορισμός προτύπων για επιλεγμένες διαδικασίες λειτουργικής διασύνδεσης με βάση το επιλεχθέν θεωρητικό πλαίσιο β) περιγραφή υφιστάμενης κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης των επιλεγμένων δομών/υπηρεσιών Π.Φ.Υ. βάσει τα πρότυπα διαδικασιών και γ) ανάδειξη χαρακτηριστικών και διαστάσεων που χρήζουν βελτίωσης για τη δημιουργία του

βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης που θα προταθεί από το έργο στα επόμενα παραδοτέα, προετοιμάζοντας όλο το απαραίτητο υλικό που θα χρησιμοποιηθεί από τη μοντελοποίηση στο επόμενο Π.Ε.1.2.

2. Μεθοδολογία

Σκοπός της ενότητας αυτής είναι να παρουσιάσει τη μεθοδολογία με την οποία τροποποιήθηκε και εφαρμόστηκε το θεωρητικό πλαίσιο λειτουργικής διασύνδεσης (παραδοτέο 1.1.3) στην περίπτωση της Ελλάδας. Αρχικά, γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία αποτίμησης της υφιστάμενης κατάστασης, στην ανάπτυξη προτύπων διαδικασιών και στη δημιουργία του τελικού μοντέλου αποτίμησης.

Για τις ανάγκες της τελικής αποτίμησης χρησιμοποιείται μια εύχρηστη πεντά-βαθμη κλίμακα τύπου likert-scale¹ η οποία παρουσιάζεται ακολούθως (Εικόνα 1).



Εικόνα 1: Κλίμακα αποτίμησης λειτουργικής διασύνδεσης

Η αποτίμηση της υφιστάμενης κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης βασίστηκε στο βέλτιστο μοντέλο διασύνδεσης², καθώς και σε συγκεκριμένη μεθοδολογία αποτίμησης.

Η μεθοδολογία αποτίμησης επιλέχθηκε κατόπιν βιβλιογραφικής ανασκόπησης και βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων επιλογής εστιάζοντας στις μεθοδολογίες αποτίμησης του επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στον Ελλαδικό, στον Ευρωπαϊκό και στον Παγκόσμιο χώρο. Οι μεθοδολογίες παρουσιάζονται παρακάτω μαζί με την επιχειρηματολογία για τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά της εκάστοτε επιλογής.

Τα κριτήρια που λήφθηκαν υπόψη περιλαμβάνουν:

- (α) Την ευκολία εφαρμογής
- (β) Την ύπαρξη κατάλληλης εισόδου και συνθηκών εφαρμογής της μεθοδολογίας
- (γ) Την ικανότητα αποτίμησης όλων των δομικών στοιχείων του βέλτιστου μοντέλου αποτίμησης ώστε να είναι ανιχνεύσιμη η εντόπιση προβληματικών διαστάσεων και χαρακτηριστικών και να προταθούν οι κατάλληλες προτάσεις βελτιστοποίησης
- (δ) Την ποιότητα των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή της μεθοδολογίας και δυνατότητα συσχέτισής τους.

2.1. Μεθοδολογίες Αποδοτικότητας Συνόρου (Frontier Efficiency Methodologies)

Οι κύριες μεθοδολογίες που έχουν εφαρμοστεί τόσο σε νοσοκομεία όσο και σε σχετικές δομές φροντίδας υγείας³ βασίζονται στη μέθοδο Ανάλυσης Περικάλυψης Δεδομένων (Data Envelopment Analysis – DEA)⁴. Η εν λόγω μέθοδος είναι μη παραμετρική και χρησιμοποιείται στην έρευνα λειτουργιών (operation research), καθώς και στα οικονομικά για τον υπολογισμό της αποδοτικότητας παραγωγής δομών λήψεως αποφάσεων. Επιπλέον, χρησιμοποιείται και για benchmarking (παραμετροποιημένη αξιολόγηση) στη διαχείριση λειτουργιών, όπου ένα σύνολο από μετρικές συναρτήσεις επιλέγεται για την αποτίμηση της απόδοσης των λειτουργιών υπηρεσιών και κατασκευής. Το πλεονέκτημα των μη παραμετρικών μεθόδων είναι ότι δεν υποθέτουν μια συγκεκριμένη λειτουργική δομή για το σύνολο, ωστόσο δεν παρέχουν μια γενική σχέση/εξίσωση που να συσχετίζει την είσοδο με την έξοδο. Η DEA παράγει μια συνάρτηση με μορφή που καθορίζεται από τους πιο αποδοτικούς παραγωγούς και προσδιορίζει ένα σύνολο με βάση το οποίο η σχετική απόδοση των δομών του δείγματος μπορεί να συγκριθεί. Χαρακτηρίζεται ως μια μέθοδος οριακών σημείων, η οποία βασίζεται στην υπόθεση ότι εάν μια εταιρεία/δομή παράγει ένα συγκεκριμένο επίπεδο από έξοδο (εκρόη) χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα επίπεδα εισόδου (εισροή), τότε κάθε δομή ίδιας κλίμακας (που προσφέρει πανομοιότυπες υπηρεσίες Π.Φ.Υ.) μπορεί να παράγει το ίδιο επίπεδο. Με τον τρόπο αυτό, οι πιο αποδοτικοί παραγωγοί δημιουργούν ένα σύνθετο παραγωγό επιτρέποντας τον υπολογισμό μιας αποδοτικής λύσης για κάθε επίπεδο εισόδου ή εξόδου. Αν δεν υπάρχουν αντίστοιχες δομές, τότε ιδεατοί παραγωγοί εισάγονται για να βοηθήσουν στην πραγματοποίηση των συγκρίσεων.

Για την εφαρμογή της παραπάνω μεθόδου αποτίμησης της απόδοσης μιας δομής Π.Φ.Υ θα πρέπει: α) να είναι γνωστές οι μεταβλητές εισόδου και εξόδου και β) να έχουν υπολογιστεί οι τιμές αυτών των μεταβλητών. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη το βέλτιστο μοντέλο διασύνδεσης θα πρέπει να ακολουθηθεί μια διαδικασία πολλαπλών σταδίων εφαρμογής της DEA από τα χαρακτηριστικά της δομής προς τα χαρακτηριστικά της διαδικασίας και κατόπιν από τα χαρακτηριστικά της διαδικασίας στα χαρακτηριστικά των εκροών⁵.

Στην περίπτωση του παρόντος έργου, οι αντίστοιχες μεθοδολογίες που τη χρησιμοποιούν δεν είναι οι κατάλληλες διότι:

α) Υπολογίζεται μια τιμή αποδοτικότητας, ενώ μας ενδιαφέρει να μπορούμε να αποτιμήσουμε την απόδοση μιας δομής με ένα πιο εκτεταμένο τρόπο αρχίζοντας από τις επερωτήσεις και επεκτείνοντας ανόδικα έως τις διαστάσεις του βέλτιστου μοντέλου διασύνδεσης.

β) Η μέθοδος επιλέγει τις βέλτιστες αποδοτικές δομές και προσπαθεί να υπολογίσει την σχετική απόδοση των υπόλοιπων δομών με βάση αυτές. Αυτό όμως δεν είναι επιθυμητό διότι το θεμιτό είναι να υπολογιστούν οι κανονικές και όχι οι σχετικές τιμές απόδοσης, ειδικά όταν αναμένεται ότι δεν υπάρχουν δομές με τη μέγιστη δυνατή απόδοση.

γ) Σύμφωνα με τη διαδικασία πολλαπλών σταδίων εφαρμογής της DEA μπορεί να αποτιμηθεί η απόδοση μιας δομής βάσει της ικανότητας παραγωγής από το

επίπεδο της δομής προς το επίπεδο της διαδικασίας και από το επίπεδο της διαδικασίας στο επίπεδο των αποτελεσμάτων/αποδοτικότητας και ποιότητας.

2.2. Μεθοδολογίες Λήψεων Αποφάσεων με βάση Πολλαπλά Κριτήρια

Οι μεθοδολογίες λήψεων αποφάσεων με βάση πολλαπλά κριτήρια⁶ μπορούν να βοηθήσουν τις οντότητες που είναι υπεύθυνες για τη λήψη των αποφάσεων να αποτιμήσουν τις διάφορες εναλλακτικές και να διαλέξουν την καλύτερη δυνατή. Ένα σημαντικό πλεονέκτημά τους είναι ότι παρέχουν μια δομημένη και διάφανη προσέγγιση για τον καθορισμό της καλύτερης εναλλακτικής λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία των κριτηρίων και την απόδοση των εναλλακτικών λύσεων με βάση αυτά τα κριτήρια.

Μια μεθοδολογία λήψεων αποφάσεων με βάση πολλαπλά κριτήρια αποτελείται από τις ακόλουθες φάσεις⁷: α) τη δόμηση του προβλήματος (προσδιορισμός των εναλλακτικών, των στόχων του προβλήματος και των περιορισμών του) β) την κάλυψη αποδείξεων (εκμετάλλευση της κατάλληλης πληροφορίας που αντλείται με βάση την ανάλυση της βιβλιογραφίας, τη διενέργεια συνεντεύξεων και τη σύνταξη ερευνών) γ) τη μοντελοποίηση (ορισμός κριτηρίων, επιλογή κατάλληλης μεθόδου, συγκέντρωση τιμών κριτηρίων, προσδιορισμός βαρών και συναρτήσεων βαθμολογίας κριτηρίων και σύνθεση βαθμολογίας) και δ) την ανάλυση των αποτελεσμάτων. Οι προσεγγίσεις λήψεων αποφάσεων μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 3 κλάσεις: 1) μοντέλα μέτρησης τιμής 2) μοντέλα μεγαλύτερου βαθμού/σπουδαιότητας (outranking) και 3) μοντέλα στόχων ή αναφοράς επιπέδου (reference-level).

Στα μοντέλα μέτρησης τιμής, μια εναλλακτική προτιμάται από μια άλλη μέσω του υπολογισμού και σύγκρισης μια ολικής τιμής/βαθμολογίας. Η ολική βαθμολογία υπολογίζεται μέσω της σύνθεσης των επιμέρους βαθμολογιών των κριτηρίων. Τα εν λόγω μοντέλα έχουν χρησιμοποιηθεί κατά κόρον στον τομέα της φροντίδας υγείας για την εκτίμηση της απόδοσης των δομών. Τα κυριότερα πλεονεκτήματά τους είναι ότι είναι εύκολα στην κατανόηση και τη χρήση, προτείνουν κυρίαρχες λύσεις, είναι δυναμικά επιτρέποντας την αλλαγή των παραμέτρων σε πραγματικό χρόνο ώστε να παρατηρηθεί η επίδρασή τους και είναι κατάλληλα για οπτικοποίηση των αποτελεσμάτων.

Στα μοντέλα μεγαλύτερου βαθμού, αρχικά οι εναλλακτικές συγκρίνονται ανά ζευγάρια για κάθε κριτήριο ώστε να αποτιμηθεί η προτίμηση της μιας εναλλακτικής σε σχέση με την άλλη. Έπειτα, η πληροφορία προτίμησης συντίθεται κατά μήκος όλων των κριτηρίων ώστε να προσδιοριστεί το σθένος απόδειξης της προτίμησης μιας εναλλακτικής σε σχέση με τις υπόλοιπες. Αυτό το μοντέλο δεν έχει εφαρμοστεί ευρέως στην φροντίδα υγείας κυρίως λόγω του ότι δε δημιουργεί κυρίαρχες λύσεις. Ουσιαστικά, αυτό που επιτυγχάνει είναι να οδηγήσει στη μη υιοθέτηση λύσεων που έχουν πολύ κακή επίδοση σε όλα τα κριτήρια. Ωστόσο, μπορεί εύκολα να δημιουργηθεί το τροχοπέδη όπου καμία λύση δεν θα υπερτερεί διότι κάποιες λύσεις μπορεί να είναι καλύτερες σε ορισμένα κριτήρια και ορισμένες άλλες στα υπόλοιπα. Πλεονεκτήματα του μοντέλου είναι ότι είναι σχετικά εύκολο στην

κατανόηση, είναι δυναμικό και δε χρειάζεται κάποια συνάρτηση για τον υπολογισμό της βαθμολογίας ενός κριτηρίου εφόσον η σύγκριση γίνεται άμεσα με βάση την τιμή του. Ωστόσο, η οπτικοποίηση του μπορεί να έχει προβλήματα όταν οι εναλλακτικές είναι πάρα πολλές.

Στα μοντέλα στόχων, υπολογίζονται οι εναλλακτικές που είναι πιο κοντά στην επίτευξη των προκαθορισμένων επιπέδων ικανοποίησης του κάθε κριτηρίου με τη χρήση τεχνικών μαθηματικού προγραμματισμού. Τα κύρια πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι λειτουργεί απευθείας στις τιμές των κριτηρίων και ότι είναι εύκολη στην κατανόηση. Παρά ταύτα, απαιτεί αρκετά μεγάλο χρόνο στον υπολογισμό των αποτελεσμάτων, δεν είναι δυναμική και τα αποτελέσματά της δε μπορούν εύκολα να οπτικοποιηθούν.

Με βάση την παραπάνω ανάλυση, επικεντρωθήκαμε στη χρήση μοντέλων μέτρησης τιμής διότι θεωρήθηκε ότι έχουν σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως η δυναμικότητα τους, η ευκολία κατανόησής τους και η εύκολη και κατάλληλη οπτικοποίηση. Επιπλέον, τα εν λόγω μοντέλα μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ένα δενδρικό και δομημένο τρόπο ώστε να υπολογιστεί τόσο η βαθμολογία των χαρακτηριστικών όσο και των διαστάσεων. Εκτιμήθηκε ότι μπορούν να συγκεραστούν τα μειονεκτήματα των συγκεκριμένων μοντέλων διότι κατασκευάζοντας και υπολογίζοντας τα βάρη και τις συναρτήσεις αποτίμησης των κριτηρίων.

Σε σύγκριση με την προηγούμενη μεθοδολογία, η μεθοδολογία λήψεως αποφάσεων με πολλαπλά κριτήρια ικανοποιεί τους στόχους του παρόντος έργου σύμφωνα με τα παρακάτω κριτήρια:

- α) Μπορεί να υπολογίσει σταδιακά τη βαθμολογία για τα χαρακτηριστικά, τις διαστάσεις και κατοπινός τη τελική βαθμολογία. Με τον τρόπο αυτό, πραγματοποιείται ανάλυση των προβληματικών διαστάσεων ή χαρακτηριστικών, εντοπίζοντας ποιο ακριβώς είναι το πρόβλημα και προτείνοντας λύσεις βελτιστοποίησής του.
- β) Οι βαθμολογίες που προκύπτουν είναι κανονικές και όχι σχετικές βάσει την καλύτερη δομή ως προς την απόδοση και μπορούν να οδηγήσουν σε συμπεράσματα αναφορικά με το ποια δομή είναι η καλύτερη είτε συνολικά είτε με βάση συγκεκριμένες διαστάσεις και χαρακτηριστικά.
- γ) Η μέθοδος είναι δυναμική. Συνεπώς αν αλλάξει η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης μιας δομής τότε άμεσα μπορεί να ενηρωθεί το μοντέλο και να προκύψουν οι νέες τιμές αποτίμησης/βαθμολογίας της δομής σε πραγματικό χρόνο. Έτσι δίδεται η δυνατότητα να συγκριθούν με τις προηγούμενες συμπεραίνοντας αν η διασύνδεση της δομής έχει βελτιωθεί ή όχι.
- δ) Η αποτίμηση νέων δομών δεν απαιτεί την επανεκτέλεση της μεθοδολογίας για όλες τις δομές αλλά την αποτίμηση μόνο των νέων δομών με βάση τη μέθοδο που χρησιμοποιείται χωρίς να αλλάξουν δομικά στοιχεία της μεθοδολογίας όπως τα βάρη ή οι συναρτήσεις βαθμολογίας κριτηρίων.

2.3. Μεθοδολογία Αποτίμησης της Τρέχουσας Κατάστασης Λειτουργικής Διασύνδεσης των Δομών Π.Φ.Υ.

Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε ταιριάζει άρρηκτα στη μεθοδολογία που ακολουθείται για την αποτύπωση της τρέχουσας κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ δεδομένου ότι αποτελείται από τις ίδιες φάσεις. Συνεπώς, στη φάση της μοντελοποίησης, έλαβε χώρα η τέλεση των κατάλληλων ενεργειών που οδήγησαν στην αποτίμηση της τρέχουσας κατάστασης της λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ.

Οι ενέργειες που επιτελέστηκαν ήταν οι ακόλουθες:

- α) προσδιορισμός των κριτηρίων
- β) επιλογή της κατάλληλης μεθόδου Λήψεως Αποφάσεων Πολλαπλών Κριτηρίων
- γ) υπολογισμός/προσδιορισμός των κατάλληλων δομικών στοιχείων της μεθόδου
- δ) διενέργεια σύνθεσης των αποτελεσμάτων βαθμολόγησης

Η πρώτη από αυτές τις ενέργειες επιτελέστηκε με βάση το βέλτιστο μοντέλο διασύνδεσης που καλύπτει όλα τα κριτήρια που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, τα οποία περιλαμβάνουν τις διαστάσεις και τα χαρακτηριστικά τους. Στην αντιστοίχιση των ερωτήσεων με κάθε χαρακτηριστικό δημιουργήθηκε μια διαφοροποίηση ανάλογα με το είδος της δομής Π.Φ.Υ. διότι έγινε αντιληπτό ότι ορισμένες ερωτήσεις (Παράρτημα 1) δεν είχαν νόημα να απαντηθούν για μια δομή συγκεκριμένου είδους. Συνεπώς, η βαθμολογία αυτής της δομής Π.Φ.Υ. θα μειωνόταν και αυτό δεν ήταν επιθυμητό καθώς θα παραβιάζονταν η αρχή της δίκαιης βαθμολόγησης. Η διαφοροποίηση στην αντιστοίχιση μπορεί να γίνει ορατή με τη μελέτη των αντίστοιχων συνοδευτικών αρχείων του τρέχοντος παραδοτέου.

Η δεύτερη ενέργεια πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της εργασίας για αυτό το παραδοτέο και ουσιαστικά αναλύθηκαν οι προαναφερόμενοι λόγοι επιλογής της κατηγορίας Μέτρησης Τιμής των Μεθόδων Λήψεων Αποφάσεων Πολλαπλών Κριτηρίων. Σε αυτή την κατηγορία επιλέχθηκε η Simple Additive Weighting (SAW)⁶ μέθοδος για την απλότητά της και την ικανότητα αποτίμησης με δένδροειδή τρόπο.

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, η ολική βαθμολογία υπολογίζεται βάσει την ακόλουθη φόρμουλα μέσω του αθροίσματος με βάρη της βαθμολογίας κάθε κριτηρίου, η οποία υπολογίζεται εφαρμόζοντας την τιμή που παίρνει ένα κριτήριο για μια δομή/εναλλακτική:

$$score_{alt_i} = \sum (w_c * f_c(alt_{c_i})) \quad (1)$$

όπου $score_{alt_i}$ είναι η βαθμολογία της εναλλακτικής, w_c είναι ο συντελεστής βαρύτητας ενός κριτηρίου c , f_c είναι η συνάρτηση βαθμολογίας του κριτηρίου και alt_{c_i} είναι η τιμή που παίρνει για ένα κριτήριο η εναλλακτική.

Φυσικά, ακολουθώντας το μοντέλο βέλτιστης κατάστασης διασύνδεσης, η παραπάνω φόρμουλα μετουσιώθηκε σε τρεις διαφορετικές φόρμουλες με σκοπό τον υπολογισμό της βαθμολογίας ενός χαρακτηριστικού, μιας διάστασης και της συνολικής βαθμολογίας, αντίστοιχα. Οι εν λόγω φόρμουλες αναλύονται παρακάτω:

$$score_i^{feat} = \sum (f_q(value_q^{alt_i})) / |Q_{feat}| \quad (2)$$

όπου $score_i^{feat}$ είναι η βαθμολογία της εναλλακτικής/δομής Π.Φ.Υ. alt_i ως προς το χαρακτηριστικό $feat$, q είναι μια ερώτηση του ερωτηματολογίου η οποία θα πρέπει να ανήκει στις ερωτήσεις Q_{feat} που έχουν αντιστοιχιστεί στο εν λόγω χαρακτηριστικό, f_q είναι η συνάρτηση βαθμολογίας της επερώτησης και $value_q^{alt_i}$ είναι η απάντηση που έχει δοθεί από τη δομή για την επερώτηση q .

Η φόρμουλα αυτή επισημαίνει ότι η βαθμολογία ως προς ένα χαρακτηριστικό για μια δομή Π.Φ.Υ προκύπτει από την μέσο όρο της βαθμολογίας που έχει πάρει η δομή ως προς τις επερωτήσεις που έχουν αντιστοιχιστεί στο εν λόγω χαρακτηριστικό. Κάθε επερώτηση έχει την ίδια σχετική σημασία/βαρύτητα ως προς ένα χαρακτηριστικό, οπότε η εξίσωση (1) μπορεί να απλουστευθεί και να αφαιρεθούν τα βάρη από αυτή.

$$score_i^{dim} = \sum (w_{feat} * score_i^{feat}) \quad (3)$$

όπου $score_i^{dim}$ είναι η βαθμολογία της δομής Π.Φ.Υ. alt_i ως προς τη διάσταση dim , $feat$ είναι το χαρακτηριστικό που ανήκει σε αυτά F^{dim} που έχουν αντιστοιχιστεί στην εν λόγω διάσταση και w_{feat} είναι ο συντελεστής βαρύτητας του χαρακτηριστικού. Συνεπώς, η βαθμολογία μιας δομής Π.Φ.Υ. ως προς μια διάσταση ισούται με το άθροισμα με βάρη της βαθμολογίας που έχει λάβει η δομή Π.Φ.Υ. για το κάθε χαρακτηριστικό που ανήκει στη διάσταση

$$score_i = \sum (w_{dim} * score_i^{dim}) \quad (4)$$

Όπου $score_i$ είναι η συνολική βαθμολογία της δομής Π.Φ.Υ. alt_i , dim αντιπαραστέλλει μια διάσταση, D είναι το σύνολο των διαστάσεων του μοντέλου βέλτιστης διασύνδεσης και w_{dim} είναι ο συντελεστής βαρύτητας της διάστασης dim . Συνεπώς, η συνολική βαθμολογία μιας δομής Π.Φ.Υ. ισούται με το άθροισμα με βάρη της βαθμολογίας που έχει λάβει η μονάδα Π.Φ.Υ. για τη κάθε διάσταση του μοντέλου βέλτιστης διασύνδεσης.

Η τρίτη ενέργεια αποσκοπούσε στον προσδιορισμό των βαρών των χαρακτηριστικών και των διαστάσεων, καθώς και των συναρτήσεων βαθμολογίας της κάθε ερώτησης που είχε αντιστοιχιστεί στα πλαίσια του μοντέλου βέλτιστης

διασύνδεσης. Ως απόρροια της ενέργειας αυτής, που προσδιόριζε όλα τα απαραίτητα δομικά στοιχεία για την εφαρμογή της επιλεγμένης μεθόδου, ήταν ο υπολογισμός της βαθμολογίας για όλες τις δομές Π.Φ.Υ. που συμμετείχαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ως προς όλα τα χαρακτηριστικά, τις διαστάσεις, και συνολικά.

Για τον υπολογισμό των συναρτήσεων βαθμολογίας των ερωτήσεων, ακολουθήθηκε ο κανόνας αντιστοίχισης τιμών στο σύνολο πραγματικών αριθμών από 0.0 έως 1.0, όπου όσο υψηλότερη ή προτιμότερη ήταν η τιμή ως προς ένα χαρακτηριστικό για μια δομή Π.Φ.Υ. τόσο πιο υψηλή θα ήταν και η βαθμολογία που θα έπαιρνε. Λόγω του όγκου των συναρτήσεων για το σύνολο των ερωτήσεων που αντιστοιχίστηκαν σε χαρακτηριστικά, το παρόν παραδοτέο δεν παραθέτει όλες αυτές τις συναρτήσεις αλλά συνοδεύεται από έγγραφα που επιδεικνύουν ποιες ήταν οι συναρτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για κάθε ερώτηση. Για την καλύτερη κατανόηση της φύσης των συναρτήσεων, το παρόν παραδοτέο χωρίζει τις ερωτήσεις σε κατηγορίες-πρότυπα με βάση τις οποίες αναφέρεται ένα συγκεκριμένο είδος συνάρτησης που δημιουργήθηκε. Οι κατηγορίες ερωτήσεων είναι οι ακόλουθες:

Διχοτομικές ερωτήσεις τύπου ναι ή όχι: σε αυτή την κατηγορία, ανήκουν οι ερωτήσεις που απαντούνται με “ναι” ή “όχι” ενώ υπάρχει και η δυνατότητα απάντησης “δεν γνωρίζω” (πχ. ΑΛΛΟ3 του πρώτου ερωτηματολογίου). Η συνάρτηση βαθμολογίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \left\{ \begin{array}{l} 1.0, \text{ απάντηση} = \text{ναι} \\ 0.4, \text{ απάντηση} = \text{όχι} \\ 0.2, \text{ απάντηση} = \text{δεν γνωρίζω} \end{array} \right\}$$

Στην περίπτωση αυτή η απάντηση “ναι” είναι η καλύτερη, η απάντηση “όχι” έπεται, ενώ η απάντηση “δεν γνωρίζω” παίρνει την χαμηλότερη βαθμολογία που αντιστοιχεί στο χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης.

Ερωτήσεις διαβάθμισης: Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι όπου οι πιθανές απαντήσεις είναι: “δεν είμαι σίγουρος/δε γνωρίζω”, “μάλλον όχι”, “σίγουρα όχι”, “πιθανόν” και “σίγουρα” ερωτήσεις (πχ. Κ3 από το πρώτο ερωτηματολόγιο). Εδώ η αντιμετώπιση είναι παρόμοια με τον προηγούμενο τύπο επερωτήσεων, όπου οι διαβαθμίσεις του “ναι” και του “όχι” αντιστοιχούν σε “ναι” και “όχι” αντίστοιχα. Συνεπώς, η συνάρτηση βαθμολογίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \left\{ \begin{array}{l} 1.0, \text{ απάντηση} = \text{πιθανόν ή σίγουρα} \\ 0.4, \text{ απάντηση} = \text{μάλλον όχι ή σίγουρα όχι} \\ 0.2, \text{ απάντηση} = \text{δεν είμαι σίγουρος / δε γνωρίζω} \end{array} \right\}$$

Ερωτήσεις με διαβαθμίσεις του ναι: Σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν 2 διαβαθμίσεις του “ναι” όπου παίρνουν διαφορετική αλλά πιο υψηλή βαθμολογία από το “όχι” ή το “δεν γνωρίζω”. Ένα παράδειγμα αυτού του τύπου είναι η επερώτηση “Άλλο 8” από το πρώτο ερωτηματολόγιο. Η συνάρτηση βαθμολογίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \left\{ \begin{array}{l} 1.0, \text{ απάντηση} \rightarrow \text{καλύτερη διαβάθμιση του ναι} \\ 0.666, \text{ απάντηση} \rightarrow \text{χειρότερη διαβάθμιση του ναι} \\ 0.333, \text{ απάντηση} = \text{όχι} \\ 0.2, \text{ απάντηση} = \text{δεν γνωρίζω} \end{array} \right\}$$

Ποιοτικές ερωτήσεις: Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν ερωτήσεις όπου αντί για μια ποσοτική απάντηση δίνεται μια ποιοτική απάντηση του τύπου “καθόλου”, “μέτρια” ή “πολύ” (πχ. Γ5 από το δεύτερο ερωτηματολόγιο). Εδώ ο ρόλος της συνάρτησης είναι να δίνει μεγαλύτερη βαθμολογία στις καλύτερες ποιοτικές απαντήσεις. Συνεπώς, η φόρμουλα της συνάρτησης που χρησιμοποιήθηκε είναι η ακόλουθη:

$$f_q = \left\{ \begin{array}{l} 1.0, \text{ απάντηση} = \text{πάραπολύ} \\ 0.8, \text{ απάντηση} = \text{πολύ} \\ 0.6, \text{ απάντηση} = \text{μέτρια} \\ 0.4, \text{ απάντηση} = \text{λίγο} \\ 0.2, \text{ απάντηση} = \text{καθόλου ή καμμία απάντηση} \end{array} \right\}$$

Απλές απαντήσεις με ποσοστά: Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν ερωτήσεις όπου η απάντηση που δίνει η δομή Π.Φ.Υ. είναι σε εύρος ποσοστών. Εδώ υπάρχουν δύο είδη συναρτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με το αν μεγαλύτερο εύρος αντιστοιχεί σε καλύτερη (πχ. για την ερώτηση 12 του πρώτου ερωτηματολογίου) ή σε χειρότερη απάντηση (πχ. για την ερώτηση 8 του ερωτηματολογίου). Οι συναρτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν αντιστοίχως είναι οι ακόλουθες:

$$f_q \uparrow = \left\{ \begin{array}{l} 1.0, \text{ απάντηση} = 61-80 \text{ ή } 81-100 \\ 0.75, \text{ απάντηση} = 41-60 \\ 0.5, \text{ απάντηση} = 0-20 \text{ ή } 21-40 \\ 0.2, \text{ απάντηση} = \text{δεν είμαι σίγουρος / δεν γνωρίζω} \end{array} \right\}$$

$$f_q \downarrow = \left\{ \begin{array}{l} 1.0, \text{ απάντηση} = 0-20 \text{ ή } 21-40 \\ 0.75, \text{ απάντηση} = 41-60 \\ 0.5, \text{ απάντηση} = 61-80 \text{ ή } 81-100 \\ 0.2, \text{ απάντηση} = \text{δεν είμαι σίγουρος / δεν γνωρίζω} \end{array} \right\}$$

Ερωτήσεις όπου οι απαντήσεις θα πρέπει να αθροιστούν: Εδώ αναφέρονται επερωτήσεις όπου δίνονται πολλές απαντήσεις και παίζει ρόλο η αρίθμηση του πλήθους των απαντήσεων (πχ. Γ3 του δεύτερου ερωτηματολογίου όπου μετριέται το πλήθος των φορέων διασύνδεσης). Οι συναρτήσεις που δημιουργήθηκαν είχαν τους εξής δύο τύπους ανά διαφορετική περίπτωση:

$$f_q = \left\{ \begin{array}{l} 1.0, lowVal_{high} \leq \text{άθροισμα} \leq highVal_{high} \\ 0.75, lowVal_{medium} \leq \text{άθροισμα} \leq highVal_{medium} \\ 0.5, lowVal_{low} \leq \text{άθροισμα} \leq highVal_{low} \\ 0.2, \text{άθροισμα} = 0 \text{ ή καμμία απάντηση} \end{array} \right\}$$

$$f_q = (\sum 0.25 + \sum 0.5 + \sum 0.75 + \sum 1.0) \sum$$

Ερωτήσεις όπου η θετική απάντηση έπεται από μια επιπλέον ερώτηση: Σε αυτή την κατηγορία υπάρχουν οι ερωτήσεις όπου μας ενδιαφέρουν οι διαβαθμίσεις της θετικής απάντησης που καθορίζονται από την υποερώτηση της αρχικής ερώτησης (πχ. ερώτηση Β5 του δεύτερου ερωτηματολογίου). Οι συναρτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην περίπτωση αυτή είχαν τον ακόλουθο τύπο:

$$f_q = \left\{ \begin{array}{l} 1.0, \text{ απάντηση} \rightarrow \text{καλύτερη θετική απάντηση} \\ 0.8, \text{ απάντηση} \rightarrow \text{μεσαία θετική απάντηση} \\ 0.6, \text{ απάντηση} \rightarrow \text{χαμηλότερη θετική απάντηση} \\ 0.4, \text{ απάντηση} = \text{όχι} \\ 0.2, \text{ απάντηση} = \text{δεν γνωρίζω} \end{array} \right\}$$

Για τον προσδιορισμό των βαρών, θα μπορούσε να ακολουθηθεί η Διαδικασία της Αναλυτικής Ιεραρχίας (Analytical Hierarchical Process)⁸ όπου οι ειδικοί του πεδίου προσπαθούν να προσδιορίσουν τη σχετική βαρύτητα ενός κριτηρίου σε σχέση με ένα άλλο κριτήριο σύμφωνα με μια συγκεκριμένη κλίμακα. Κατόπιν, με βάση την είσοδο που παρέχεται από τους ειδικούς, προκύπτουν τα σχετικά βάρη των κριτηρίων τα οποία ικανοποιούν τον ακόλουθο περιορισμό: το άθροισμα όλων των βαρών θα πρέπει να ισούται με 1. Δεδομένου ότι αυτή η διαδικασία κρίνεται χρονοβόρα και απαιτεί τον προσδιορισμό και τη διαθεσιμότητα των κατάλληλων ειδικών του πεδίου, θεωρήθηκε ότι θα ήταν καλύτερο να ακολουθηθεί μια διαφορετική προσέγγιση λαμβάνοντας υπόψη τη δυσκολία που θα έχει ένας ειδικός να παραδώσει την κατάλληλη είσοδο αν δεν έχει πρώτα ενημερωθεί τόσο για τη διαδικασία όσο και για το βέλτιστο μοντέλο διασύνδεσης.

Συνεπώς, η προσέγγιση που ακολουθήθηκε βασίστηκε στην παρατήρηση ότι κάθε χαρακτηριστικό είχε παρόμοια σχετική βαρύτητα με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά μιας διάστασης και ότι παρομοίως, όλες οι διαστάσεις είχαν την ίδια σχετική βαρύτητα για τον υπολογισμό της τελικής βαθμολογίας. Η μόνη παρέκκλιση σε αυτή την προσέγγιση αφορούσε τον προσδιορισμό των βαρών για τα χαρακτηριστικά μιας διάστασης όπου θεωρήθηκε πιο σωστό να υπάρχει μια μικρή διαφορά στα βάρη ορισμένων χαρακτηριστικών που θεωρούνται λίγο πιο σημαντικά σε σχέση με τα υπόλοιπα.

Υιοθετώντας την παραπάνω προσέγγιση, τα βάρη των διαστάσεων καθορίστηκαν να είναι ίσα με 0.5 ώστε ως μέγιστη τιμή για την τελική βαθμολογία να αντιστοιχεί ο αριθμός 5 (δεδομένου ότι υπάρχουν 10 διαστάσεις και ότι η ελάχιστη δυνατή βαθμολογία αντιστοιχεί στον αριθμό 1 αφού η χαμηλότερη βαθμολογία για ένα χαρακτηριστικό είναι 0.2 οπότε η χαμηλότερη βαθμολογία για μια δομή Π.Φ.Υ. θα είναι ίση με $(0.2 \cdot 0.5) \cdot 10 = 1$). Ο εν λόγω αριθμός μας επιτρέπει να διαμερίσουμε τις δομές Π.Φ.Υ. σε διαφορετικά επίπεδα διασύνδεσης, ανάλογα με το αποτέλεσμα. Ο διαμερισμός έγινε με τον ακόλουθο τρόπο (στρογγυλοποιώντας τη βαθμολογία στο πλησιέστερο):

- τιμές [1-1.5]: ανύπαρκτη διασύνδεση
- τιμές (1.5 - 2.5]: χαμηλή διασύνδεση
- τιμές (2.5 – 3.5]: βασική διασύνδεση
- τιμές (3.5 – 4.5]: μέτρια διασύνδεση
- τιμές (4.5 – 5.0]: μέγιστη διασύνδεση

Για τον υπολογισμό των βαρών των χαρακτηριστικών μιας διάστασης, υπολογίσθηκε πρώτα ο μέσος συντελεστής βαρύτητας που θα μπορούσε να δοθεί για όλα τα χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα, το 0.5 (μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να πάρει η διάσταση) διαιρείται με το πλήθος των χαρακτηριστικών. Έπειτα, διαχωρίζονται τα χαρακτηριστικά σε 2 ή 3 κατηγορίες (με αύξουσα βαρύτητα ως προς τη διάσταση) προσδιορίζεται ο παραπάνω ο συντελεστής βαρύτητας στα χαρακτηριστικά των πιο σημαντικών κατηγοριών, μειώνοντας ταυτόχρονα το συντελεστής βαρύτητας των χαρακτηριστικών της ελάχιστα σημαντικής κατηγορίας. Ανάλογα με τη διαφορά σχετικής βαρύτητας, η διαφορά του συντελεστή βαρύτητας κυμαινόταν μεταξύ 0.01 και 0.1 όπου ο πρώτος αριθμός δινόταν στην περίπτωση που τα χαρακτηριστικά μιας σημαντικότερης κατηγορίας είχαν την περισσότερη δυνατή βαρύτητα σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της ελάχιστα σημαντικής κατηγορίας. Ο τρόπος βαθμολόγησης των χαρακτηριστικών μπορεί να μελετηθεί στο αντίστοιχο συνοδευτικό αρχείο του τρέχοντος παραδοτέου (Παράρτημα 1).

Η τελευταία φάση της μεθοδολογίας αποσκοπεί, αφού έχει υπολογιστεί η βαθμολογία για όλες τις δομές Π.Φ.Υ. ως προς τα χαρακτηριστικά, τις διαστάσεις αλλά και συνολικά, να αναλύσει τα αποτελέσματα και να καταλήξει σε συμπεράσματα που θα οδηγήσουν σε προτάσεις βελτιστοποίησης της τρέχουσας κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Η ανάλυση βασίστηκε στον υπολογισμό ποσοστών για κάθε επίπεδο διασύνδεσης, όπου τα ποσοστά υπολογίζονταν με βάση το πλήθος των δομών Π.Φ.Υ. επί του συνολικού πλήθους σε αυτό το επίπεδο με βάση τη βαθμολόγησή τους. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε συνολικά για την ολική βαθμολογία των δομών αλλά και για τη βαθμολογία των διαστάσεων και των χαρακτηριστικών ξεχωριστά. Επιπλέον, η ίδια ανάλυση πραγματοποιήθηκε ανά είδος δομών Π.Φ.Υ. για τον εντοπισμό διαφοροποιήσεων, τόσο ως προς τα συνολικά αποτελέσματα όσο και τα αποτελέσματα ανά είδος δομής με διαφορετικό τρόπο υπολογισμού των ποσοστών (πλήθος δομών ενός είδους σε ένα επίπεδο δια του πλήθους των δομών αυτού του είδους).

Πριν προχωρήσει η ανάλυση των αποτελεσμάτων, πρέπει να τονιστεί ο τρόπος που έγινε ο διαμερισμός των διαστάσεων και των χαρακτηριστικών με βάση τα 5 επίπεδα διασύνδεσης. Οι διαστάσεις διαμερίστηκαν πολλαπλασιάζοντας τη βαθμολογία της διάστασης με το 10 (η αρχική βαθμολογία κυμαίνεται από 0.1 έως 0.5) για να επέλθει στο επίπεδο των αριθμών από 1.0 έως 5.0 και έπειτα πραγματοποιήθηκε ο διαμερισμός με τον ίδιο τρόπο που συντελέστηκε για τη συνολική βαθμολογία. Αντιστοίχως, πραγματοποιήθηκε και ο διαμερισμός των χαρακτηριστικών πολλαπλασιάζοντας τη βαθμολογία κάθε χαρακτηριστικού με τον αριθμό 5 (η αρχική βαθμολογία κυμαίνεται από 0.2 έως 1.0) και έπειτα πραγματοποιήθηκε ο διαμερισμός όπως στις προηγούμενες περιπτώσεις.

Τέλος, υπήρχαν ορισμένες ερωτήσεις ταυτότητας και ερωτήσεις ανοικτού τύπου (Παράρτημα 2) οι οποίες δεν ποσοτικοποιήθηκαν αλλά χρησιμοποιήθηκαν είτε για αναγνωριστικούς σκοπούς στην πρώτη περίπτωση, είτε για διεξαγωγή ποιοτικής πληροφορίας για τις δομές. Και στις δύο περιπτώσεις λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαδικασία σύνταξης προτάσεων στα επόμενα παραδοτέα.

3. Αποτελέσματα

3.1. Συνολική Ανάλυση

Όλα τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με εικόνες στο Παράρτημα 3. Όπως μπορεί να παρατηρηθεί στην Εικόνα 1 για τη συνολική βαθμολογία, η πλειονότητα των δομών βρίσκεται στα επίπεδα βασικής και μέτριας διασύνδεσης (με περίπου ίσα ποσοστά), ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (5%) βρίσκεται στο επίπεδο της χαμηλής διασύνδεσης. Όπως αναμενόταν, καμία δομή Π.Φ.Υ. δεν παρουσιάζει ούτε το βέλτιστο επίπεδο ούτε το χειρίστο επίπεδο διασύνδεσης. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης για τις μισές τουλάχιστον δομές του δείγματος, ενώ οι υπόλοιπες δομές χρειάζονται να επιχειρήσουν λιγότερες βελτιώσεις.

Η Εικόνα 2 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της βαθμολογίας για τις διαστάσεις. Όπως διαφαίνεται, η διάσταση στην οποία αντιστοιχεί η καλύτερη λειτουργικής διασύνδεσης είναι η 5η (*Συνέχεια στην Παροχή Φροντίδας Υγείας*) ενώ η διάσταση με την χειρότερη βαθμολογία είναι η 8η (*Ποιότητα Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.*). Το πρώτο αποτέλεσμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό διότι υποδηλώνει ότι η παροχή φροντίδας υγείας δεν είναι μια υπηρεσία που προσφέρεται μια δεδομένη στιγμή αλλά παρέχεται συνεχώς και πάντα με στόχο την προσφοράς καλύτερων επιπέδων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Δυστυχώς όμως, όπως φαίνεται από το δεύτερο αποτέλεσμα, ένα ποσοστό της τάξης του 57% βρίσκεται στα δύο κατώτατα επίπεδα διασύνδεσης όπου η ποιότητα υπηρεσίας Π.Φ.Υ. που προσφέρεται όχι μόνο δεν είναι η κατάλληλη αλλά βρίσκεται σε αρνητικό επίπεδο. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να μην ικανοποιούνται από τις υπάρχουσες υπηρεσίες και να εξαναγκάζονται να επισκέπτονται άλλες δομές Π.Φ.Υ.

Στη συνέχεια η ανάλυση εστιάζει βήμα - βήμα στα χαρακτηριστικά όλων των διαστάσεων. Η Εικόνα 3 επιδεικνύει τα αποτελέσματα αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της πρώτης διάστασης (*Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ.Υ.*). Όπως φαίνεται, στα 3 από τα 8 χαρακτηριστικά, το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης είναι αρκετά ικανοποιητικό, και ιδιαίτερα για τους στόχους υγείας όπου το ποσοστό ανέρχεται στο υψηλότερο επίπεδο διασύνδεσης φθάνοντας στο 86%. Παρά ταύτα, υπάρχουν και οι περιπτώσεις δύο χαρακτηριστικών όπου το επίπεδο διασύνδεσης είναι αρκετά χαμηλό με αποκορύφωμα το χαρακτηριστικό 7 (*Διακυβέρνηση των δομών Π.Φ.Υ.*). Το δεύτερο χαρακτηριστικό αφορά τη διασύνδεση της Π.Φ.Υ. με το σύστημα υγείας, το οποίο υποδηλώνει ότι το επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης θα πρέπει να αυξηθεί σημαντικά ώστε να παρέχονται επιπλέον υπηρεσίες προς τους πολίτες, λαμβάνοντας υπόψη ότι ολοένα και περισσότερες υπηρεσίες του συστήματος υγείας γίνονται διαθέσιμες μέσω ηλεκτρονικών μέσων. Συνεπώς, θα λέγαμε ότι η κατάσταση στην εν λόγω διάσταση αντικατοπτρίζει την κατάσταση στην ολική βαθμολογία των δομών.

Η κατάσταση διασύνδεσης για τα χαρακτηριστικά της 2ης διάστασης (*Οικονομικές συνθήκες του συστήματος Π.Φ.Υ.*) απεικονίζεται στην Εικόνα 4. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα επίπεδα διασύνδεσης είναι χαμηλά με μοναδική και μικρή

εξαίρεση το πρώτο χαρακτηριστικό που αφορά τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό σημαίνει ότι σε αυτή τη διάσταση σχεδόν όλες οι πτυχές των οικονομικών συνθηκών του συστήματος Π.Φ.Υ. θα πρέπει να βελτιωθούν σε σημαντικό βαθμό. Θα πρέπει επίσης να σημειώσουμε την χείριστη απόδοση στα χαρακτηριστικά 4 και 5 (Καθεστώς απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ. και Σύστημα αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.) που σημαίνει ότι το ανθρώπινο δυναμικό στις δομές Π.Φ.Υ. βρίσκεται σε δύσκολη οικονομική κατάσταση, λαμβάνοντας υπόψη και τη μάλλον χαμηλή μισθοδοσία τους.

Η κατάσταση διασύνδεσης για την 3η διάσταση (*Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ.Υ.*), απεικονίζεται στην Εικόνα 5. Είναι ορατό ότι εδώ υπάρχει εξισορρόπηση και ειδικά ως προς το δεύτερο και το πέμπτο χαρακτηριστικό (Ακαδημαϊκός χαρακτήρας Π.Φ.Υ. μέσω συνεργασιών με ιδρύματα και Πανεπιστήμια και Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.Υ.). Στη τρίτη διάσταση είναι ορατή μια ακραία κατάσταση όπου οι μισές δομές βρίσκονται στο υψηλότερο επίπεδο διασύνδεσης ενώ οι άλλες μισές στα δύο χαμηλότερα.

Η Εικόνα 6 επιδεικνύει την κατάσταση διασύνδεσης ως προς την 4η διάσταση (*Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.*). Στα περισσότερα χαρακτηριστικά το επίπεδο διασύνδεσης είναι ικανοποιητικό, αν λάβουμε υπόψη και τις προηγούμενες διαστάσεις και ότι ειδικά για τα πρώτα δύο χαρακτηριστικά τα επίπεδα διασύνδεσης είναι πολύ υψηλά (Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. και Γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.). Το τελευταίο επιβεβαιώνει την υπόθεσή ότι οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. έχουν υψηλή διαθεσιμότητα και ότι υπάρχει προσβασιμότητα στις υπηρεσίες αυτές. Το μόνο χαρακτηριστικό που χρήζει σημαντικής βελτίωσης είναι το τέταρτο (Οικονομική προσιτότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.), πράγμα που σημαίνει ότι οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. δεν είναι οικονομικά προσβάσιμες σε όλους τους πολίτες.

Η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης των χαρακτηριστικών ως προς την 5η διάσταση (*Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας*) φαίνεται στην Εικόνα 7. Τα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης είναι υψηλά στην πλειονότητα των χαρακτηριστικών. Όμως, ενώ η συνέχεια της μακροπρόθεσμης περίθαλψης και η διαχειριστική συνέχεια εξασφαλίζονται, το επίπεδο συνέχειας της πληροφορίας χρήζει περαιτέρω βελτίωσης.

Η Εικόνα 8 δείχνει την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης για τα χαρακτηριστικά ως προς την 6η διάσταση (*Συντονισμός στην παροχή φροντίδας στην Π.Φ.Υ.*). Εδώ παρατηρείται μια ομοιομορφία σε σχέση με την κατάσταση των χαρακτηριστικών. Το μέτριο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης υπερσχύει στην πλειονότητα των περιπτώσεων και ειδικότερα όσον αφορά τη διασύνδεση με τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και τους επαγγελματίες δημόσιας υγείας. Όμως, τα 2 πρώτα χαρακτηριστικά (Σύστημα ελέγχου πρόσβασης και Πρακτικές Π.Φ.Υ. και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας) χρήζουν επιπλέον βελτίωσης σε σχέση με τα υπόλοιπα.

Όσον αφορά την 7η διάσταση (*Πληρότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.*), η κατάσταση της λειτουργικής διασύνδεσης των χαρακτηριστικών της απεικονίζεται στην Εικόνα 9. Όπως γίνεται αντιληπτό, η ισορροπία μεταξύ δομών Π.Φ.Υ. είναι είτε σε κακή είτε σε καλή κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης, όπως φάνηκε από το γενικό γράφημα των διαστάσεων της Εικόνας 2, διατηρείται και στο επίπεδο των χαρακτηριστικών. Εξαιρέση αποτελεί το 5ο χαρακτηριστικό (Ιατρική περίθαλψη μητέρας/παιδιού και αναπαραγωγική υγεία), όπου η κακή κατάσταση διασύνδεσης φθάνει σε ποσοστό 68% των δομών Π.Φ.Υ.

Η Εικόνα 10 αναδεικνύει ότι η εικόνα κακής λειτουργικής διασύνδεσης στο επίπεδο της 8ης διάστασης (*Ποιότητα υπηρεσιών στην Π.Φ.Υ.*) ισχύει για την πλειονότητα των χαρακτηριστικών της με το ποσοστό των δομών που παρουσιάζουν μια κακή κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης να αγγίζει το 80%. Ουσιαστική εξαίρεση αποτελούν το χαρακτηριστικό 3 (*Ποιότητα του τρόπου διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων*), όπου η εικόνα είναι παρόμοια με αυτής της ολικής βαθμολογίας των δομών, και τα χαρακτηριστικά 8 και 9 (*Αποτελεσματικότητα και Πρακτικές ασφάλειας*), όπου η κατάσταση είναι δυσμενής αλλά σαφώς καλύτερη σε σχέση με αυτή των άλλων χαρακτηριστικών.

Η Εικόνα 11 επιδεικνύει την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης των χαρακτηριστικών ως προς την 9η διάσταση (*Αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ.*). Εδώ γίνεται αντιληπτό ότι η λειτουργική κατάσταση των χαρακτηριστικών είναι πανομοιότυπη με αυτή της διάστασης διότι το ίδιο σύνολο επερωτήσεων έχει αντιστοιχιστεί σε όλα αυτά τα χαρακτηριστικά. Συνεπώς η βαθμολογία των χαρακτηριστικών θα συμπίπτει με αυτή της βαθμολογίας της διάστασης.

Η ανάλυση στο γενικό/ολικό επίπεδο κλείνει με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων για την δέκατη διάσταση (*Ισονομία στις δομές Π.Φ.Υ.*). Αυτή περιλαμβάνει μόλις ένα χαρακτηριστικό, οπότε τα αποτελέσματα είναι τα ίδια τόσο στο επίπεδο διάστασης όσο και στο επίπεδο των χαρακτηριστικών. Όπως είναι ορατό από την Εικόνα 12, θα λέγαμε ότι οι μισές δομές βρίσκονται σε ένα καλό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης ενώ οι άλλες μισές βρίσκονται σε ένα μέτριο ή βασικό επίπεδο.

3.2. Ανάλυση ανά τύπο δομών Π.Φ.Υ.

Τα συνολικά αποτελέσματα ανά τύπο δομών Π.Φ.Υ. απεικονίζονται στην Εικόνα 13 στην οποία έχει προστεθεί και το γενικό αποτέλεσμα, ανεξαρτήτου τύπου για λόγους σύγκρισης. Όπως είναι φανερό, την ίδια/πανομοιότυπη εικόνα διασύνδεσης με το γενικό αποτέλεσμα παρουσιάζουν τα *Εξωτερικά Ιατρεία (Ε.Ι.) νοσοκομείων* και τα *Ιδιωτικά ιατρεία*. Αντιθέτως, τόσο το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας-Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (*Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.*), οι *Ευπαθείς ομάδες/Πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι (Π.Β.Σ.)* και οι *Δομές ψυχικής υγείας* παρουσιάζουν χαμηλότερα αποτελέσματα τα οποία όμως σε καμία περίπτωση δε φθάνουν στο κατώτερο επίπεδο διασύνδεσης. Το καλύτερο αποτέλεσμα παρουσιάζουν οι *Δομές πρόληψης και απεξάρτησης*, ενώ καλά αποτελέσματα παρουσιάζουν και τα *Κέντρα Υγείας-Περιφερειακά Ιατρεία (Κ.Υ.-Π.Ι.)*. Συνεπώς, εδώ βλέπουμε μια ισορροπία όσον

αφορά την διαχωριστική γραμμή των εξωτερικών και ιδιωτικών ιατρείων, όπου στις μισές από τις υπόλοιπες ομάδες κυριαρχεί το βασικό επίπεδο διασύνδεσης ενώ στις άλλες μισές το μέτριο.

Αν και θα αναμέναμε περίπου πανομοιότυπα αποτελέσματα για όλους τους τύπους δομών, αυτό δεν συμβαίνει και ουσιαστικά υπάρχει μια διαμέριση των δομών με βάση τον τύπο τους. Αυτό δικαιολογεί εν μέρει και το συμπέρασμα από τη γενική ανάλυση ότι υπάρχουν δομές με διαφορετικές ταχύτητες όπως φαίνεται από την Εικόνα 13. Το ενθαρρυντικό είναι ότι οι δομές περιορισμένης ταχύτητας δεν είναι διασκορπισμένες ομοιόμορφα σε όλους τους τύπους δομών, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι τουλάχιστον για εξειδικευμένα είδη δομών, όπως της *Ψυχικής Υγείας*, θα είναι δύσκολο να παρατηρηθεί φόρτος εργασίας από κακές δομές να μεταφέρεται σε καλές. Επιπλέον, το παραπάνω αποτέλεσμα μας δίνει τη δυνατότητα να εστιάσουμε σε συγκεκριμένα είδη δομών. Για νευραλγικά είδη δομών, όπως αυτά των *Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.* όπου ένα καλό επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης είναι πολύ σημαντικό, αυτό θα σημαίνει ότι οι βελτιωτικές αλλαγές θα πρέπει να πραγματοποιηθούν άμεσα ώστε όχι μόνο να αυξηθούν τα επίπεδα ποιότητας αλλά και να αποφευχθούν δυσάρεστες καταστάσεις για την υγεία των βαριά ασθενών.

Εν συνεχεία, αναλύεται πως δικαιολογούνται τα γενικά αποτελέσματα ανά είδος δομής με βάση τα αποτελέσματα των διαστάσεων. Ξεκινώντας από το είδος των *Κ.Υ.-Π.Ι.* (Εικόνα 14) και συγκρίνοντας τα με τα ολικά αποτελέσματα για τις διαστάσεις που παρουσιάστηκαν, μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι τα αποτελέσματα για αυτό το είδος δομών είναι λίγο καλύτερα, όπου έχουμε ορατή βελτίωση σε αρκετές διαστάσεις. Αντιθέτως, έχουμε ορατή επιδείνωση για την διάσταση 8 (*Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.*) και πολύ μικρή για την 1η διάσταση (*Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ.Υ.*). Στην τελευταία διάσταση (*Ισονομία στην Π.Φ.Υ.*) βλέπουμε μεικτά αποτελέσματα όπου υπάρχει βελτίωση από τη χαμηλή στη βασική κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης και επιδείνωση από τη μέγιστη στη μέτρια κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης.

Παρόλη τη βελτίωση στην 2η διάσταση (*Οικονομικές συνθήκες του συστήματος Π.Φ.Υ.*), η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης δε ξεπερνάει τη βασική, ενώ η 8η διάσταση (*Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.*) έχει επιδεινωθεί. Παρατηρούμε δηλαδή πτώση στις καταστάσεις βασικής και μέγιστης λειτουργικής διασύνδεσης η οποία οδηγεί σε αύξηση στη χαμηλή λειτουργική διασύνδεση. Συνεπώς, τα αρνητικά αυτά αποτελέσματα ισχύουν και σε αυτό το είδος δομής, με μοναδική εξαίρεση την αύξηση της τάξης του 14% στην κατάσταση μέγιστης διασύνδεσης για την 9η διάσταση (*Αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ.*), που σημαίνει ότι κατά 64% οι δομές *Κ.Υ.-Π.Ι.* έχουν την μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα. Η τελευταία παρατήρηση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ενώ η ποιότητα των υπηρεσιών δεν είναι καλή, αυτές προσφέρονται με την καλύτερη δυνατή αποδοτικότητα, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα στον ασθενή να αποτιμήσει γρήγορα την κατάστασή του και να ενεργήσει κατάλληλα ώστε να απευθυνθεί είτε σε άλλη δομή με καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών είτε στην ίδια με το πλεονέκτημα της γνώσης (που θα πρέπει να διατηρείται) από την προηγούμενη παροχή υπηρεσιών στον εν λόγω ασθενή.

Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί η θεαματική αύξηση στην 6η διάσταση (*Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας*), που υποδηλώνει ότι οι δομές *Κ.Υ.-Π.Ι.* παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συντονισμού στην παροχή της φροντίδας υγείας, καθώς και η διατήρηση ποσοστών καλής λειτουργικής διασύνδεσης για τις διαστάσεις 4 και 5 (Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας) σε σχέση με την γενική εικόνα.

Η Εικόνα 15 παρουσιάζει την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης των διαστάσεων για τις δομές τύπου *Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.* Όπως μπορεί εύκολα να κατανοηθεί, η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης έχει επιδεινωθεί σημαντικά. Μάλιστα, η επιδείνωση φθάνει σε ποσοστά άνω του 30% για τη 2η και την 5η διάσταση (*Οικονομικές συνθήκες του συστήματος Π.Φ.Υ.* και *Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας*). Μπορεί και σε γενικό επίπεδο η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης να μην είναι καλή για την 2η διάσταση, αλλά ουσιαστικά αντιστρέφεται η καλή εικόνα διασύνδεσης για την 5η διάσταση, όπου τώρα περίπου το 55% των δομών Π.Φ.Υ. παρουσιάζουν βασικά ή χαμηλά επίπεδα διασύνδεσης. Συνολικά, τα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης έχουν επιδεινωθεί για όλες τις διαστάσεις εκτός μια διάσταση (*Αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ.*) έχουν βελτιωθεί ελάχιστα (περίπου 5%). Ουσιαστικά, για την 8η διάσταση (*Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.*) μπορούμε να πούμε ότι η κακή εικόνα έχει παραμείνει σταθερή με απλή μετακίνηση ποσοστών προς ακραίες καταστάσεις λειτουργικής διασύνδεσης. Εν κατακλείδι, οι δομές *Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.* μπορούμε να πούμε ότι χρήζουν σημαντικής βελτίωσης σε όλες τις διαστάσεις και εν μέρει ευθύνονται για την ύπαρξη κακών επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης σε γενικό επίπεδο, όπου η κατάσταση θα ήταν προφανώς καλύτερη αν το συγκεκριμένο είδος δομών Π.Φ.Υ. δεν προσμετρώνταν.

Σε σχέση με το προηγούμενο είδος μονάδων Π.Φ.Υ., οι μονάδες εξωτερικών και ιδιωτικών ιατρείων παρουσιάζουν σαφώς καλύτερη κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης (Εικόνα 16). Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι σε σχέση με τα γενικά αποτελέσματα, υπάρχει μείωση των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης για αρκετές διαστάσεις, η οποία ξεπερνά το 20% για τις διαστάσεις 1 και 7 (*Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ.Υ.* και *Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.*). Αυτό σημαίνει ότι τα αποτελέσματα για διαστάσεις όπου η γενική τους εικόνα είναι όμοια με αυτής της συνολικής εικόνας διασύνδεσης έχουν επιδεινωθεί. Παρα ταύτα, τα εν λόγω αποτελέσματα δεν οδηγούν σε κατάσταση πολύ κακής λειτουργικής διασύνδεσης. Από την άλλη μεριά, για τις διαστάσεις 2 και 8 (*Οικονομικές συνθήκες του συστήματος Π.Φ.Υ.* και *Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.*), όπου η γενική εικόνα είναι κακή, υπάρχει αύξηση που ξεπερνά το 20%. Μάλιστα, το ποσοστό των μονάδων που βρίσκονται σε επίπεδα από βασική έως μέγιστη η διασύνδεση αγγίζει το 80% για την 2η διάσταση (*Οικονομικές συνθήκες του συστήματος Π.Φ.Υ.*), πράγμα που σημαίνει ότι σε οικονομικό επίπεδο οι μονάδες αυτού του είδους τα πετυχαίνουν πολύ καλά. Το τελευταίο δικαιολογείται από το γεγονός ότι τα *Ιδιωτικά ιατρεία* δε βασίζονται σε κρατικές χρηματοδοτήσεις αλλά από την πληρωμή των ασθενών, η οποία πάντα πραγματοποιείται (ίσως με μια μικρή καθυστέρηση σε ορισμένες περιπτώσεις). Τα βελτιωμένα αποτελέσματα για την 8η διάσταση αποδεικνύουν ότι τα επίπεδα ποιότητας υπηρεσιών για τα ιδιωτικά

και *Εξωτερικά ιατρεία* είναι αρκετά καλά σε σχέση με τον μέσο όρο. Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι παρατηρούμε μια τάση αύξησης των ποσοστών των ακραίων καταστάσεων λειτουργικής διασύνδεσης (τόσο καλών όσο και κακών) για τις διαστάσεις 4 και 5 όπου ουσιαστικά δεν παρατηρείται βελτίωση ή χειροτέρευση σε σχέση και με την γενική κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης για όλες τις μονάδες.

Οι δομές *Ευπαθών ομάδων* και το *Π.Β.Σ.* παρουσιάζουν μια ανάμεικτη εικόνα σε σχέση με το γενικό αποτέλεσμα των διαστάσεων, παρουσιάζοντας βελτίωση και χειροτέρευση σε 5 διαστάσεις, αντιστοίχως (Εικόνα 17, Παράρτημα 3). Βελτίωση έχει παρουσιαστεί για τις διαστάσεις 1, 4, 5, 7 και 10, όπου τα ποσοστά καλύτερης λειτουργικής διασύνδεσης ξεκινούν από 18% (4η διάσταση-*Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.*) και φθάνουν στο 30% (7η διάσταση-*Πληρότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.*). Μπορεί η αύξηση για την 4η διάσταση να είναι αναμενόμενη, εφόσον αυξάνονται τα επίπεδα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας μέσω των *Προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι*, αλλά δεν ήταν αναμενόμενη και σε ποσοστό του 30% η βελτίωση για την 7η διάσταση. Οι αυξήσεις των ποσοστών καλύτερης λειτουργικής διασύνδεσης μπορούν να δικαιολογηθούν εφόσον χρειαζόμαστε κατάλληλο συντονισμό και διακυβέρνηση για την προσφορά του συγκεκριμένου είδους υπηρεσιών καθώς οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσφέρονται με τα κατάλληλα επίπεδα ισονομίας προς τους πολίτες-ασθενείς. Τα ποσοστά χειροτέρευσης των υπολοίπων διαστάσεων είναι μικρότερα σε σχέση με τα ποσοστά βελτίωσης των προηγούμενων διαστάσεων. Τα υψηλότερα ποσοστά χειροτέρευσης παρουσιάζονται στις διαστάσεις 2 (26%) και 9 (20%). Για τη διάσταση 2, αυτό σημαίνει ότι οι οικονομικές συνθήκες και τα αντίστοιχα επίπεδα διασύνδεσης είναι χειρότερα σε σχέση με το μέσο όρο. Αυτό έχει αντίκτυπο και στην αποδοτικότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. από τις δομές αυτού του είδους. Η χειροτέρευση στην 9η διάσταση μπορεί επίσης να σχετίζεται με την έλλειψη κατάλληλου προσωπικού και στην απομακρυσμένη φύση προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, όπου οι καθυστερήσεις στις μετακινήσεις κατάλληλου προσωπικού είναι αναμενόμενες.

Οι δομές *Ψυχικής υγείας* παρουσιάζουν την δυσμενέστερη κατάσταση, ακόμη και από αυτή των δομών *Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.* (Εικόνα 18). Συγκεκριμένα έχουμε χειροτέρευση σε 8 διαστάσεις (2-9) και βελτίωση μόνο σε 2 διαστάσεις (1 και 10). Αξιοσημείωτη είναι η επιδείνωση στην 4η διάσταση που αγγίζει το ποσοστό του 86%, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι για τις δομές αυτού του τύπου, η πρόσβαση στις υπηρεσίες είναι η χειρότερη δυνατή για τους ασθενείς. Άλλη μια αξιοσημείωτη επιδείνωση αφορά τη 2η διάσταση, όπου το ποσοστό μετακίνησης από καλή σε κακή κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης φθάνει το 43%. Συνεπώς, οι οικονομικές συνθήκες και τα αντίστοιχα επίπεδα διασύνδεσης είναι πολύ δυσμενή για αυτού του είδους τις δομές, ακόμη πιο κάτω από το μέσο όρο. Επομένως, είναι αναμενόμενη και η μη καλή απόδοση στις υπόλοιπες διαστάσεις με βάση την απόδοση για αυτή την σημαντική διάσταση. Θα πρέπει να επισημάνουμε και τη χειροτέρευση σε ποσοστό 25% για την 6η διάσταση που επιδεικνύει ότι τα επίπεδα συντονισμού στην παροχή φροντίδας υγείας για τις δομές *Ψυχικής υγείας* είναι όχι μόνο χειρότερα από το μέσο όρο αλλά φθάνουν κατά πλειοψηφία σε μια βασική κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης.

Η βελτίωση για τις διαστάσεις 1 και 10 είναι της τάξης του 20% και αναδεικνύει ότι τόσο τα επίπεδα διακυβέρνησης όσο και τα επίπεδα ισονομίας για το συγκεκριμένο τύπο δομών είναι αυξημένα σε σχέση με το μέσο όρο. Ειδικά για την ισονομία θα λέγαμε ότι είναι αναμενόμενο διότι οι ασθένειες ψυχικής υγείας είναι αρκετά σημαντικές και η Ελλάδα έχει φροντίσει να προσφέρονται ισόνομα προς όλους τους πολίτες.

Το τελευταίο είδος δομών Π.Φ.Υ. αφορά τις *Δομές πρόληψης και απεξάρτησης*. Όπως φαίνεται και από την Εικόνα 19 (Παράρτημα 3), η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης είναι θεαματικά βελτιωμένη σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά βελτίωσης σε 6 διαστάσεις (1-5 και 9) είναι πάνω από 40% ενώ μόνο για 3 διαστάσεις (6, 8 και 10) κυμαίνονται από 12 έως 23%. Μόνο για την 7η διάσταση δεν έχουμε βελτίωση ή χειροτέρευση αλλά παρατηρούμε μια μετακίνηση ποσοστών προς τις μεσαίες καταστάσεις λειτουργικής διασύνδεσης. Με βάση τα αποτελέσματα, το επίπεδο αποδοτικότητας είναι το μέγιστο δυνατό για τις δομές αυτού του είδους, ενώ 75% των δομών φθάνουν στα υψηλότερα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης όσον αφορά την πρόσβαση και τη συνέχεια των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, όλες οι *Δομές πρόληψης και απεξάρτησης* παρουσιάζουν ένα μέτριο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης όσον αφορά την διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ.Υ. Τέλος, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι μπορεί τα ποσοστά βελτίωσης σε σχέση με το μέσο όρο να είναι αρκετά μεγάλα αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και για αυτές τις δομές. Συγκεκριμένα, οι διαστάσεις 2 και 8, που αποτελούν πρόκληση γενικώς για όλα τα είδη δομών Π.Φ.Υ., χρήζουν και εδώ σημαντικής βελτίωσης.

Αναλυτικά αποτελέσματα ανά τύπο δομής και χαρακτηριστικό, καθώς και ο σχολιασμός τους υπάρχουν αναλυτικά στο Παράρτημα του παρόντος Παραδοτέου (Παράρτημα 3).

3.3. Προτάσεις βελτίωσης επιπέδων διασύνδεσης των επιλεχθέντων δομών Π.Φ.Υ.

Με βάση τα προηγούμενα αποτελέσματα έχουν συνταχθεί ορισμένες ενδεικτικές προτάσεις βελτίωσης των επιπέδων διασύνδεσης και ποιότητας των δομών Π.Φ.Υ. που συμμετείχαν στην μελέτη αυτή (Παράρτημα 4). Ο ακόλουθος πίνακας αναφέρει τις κύριες διαστάσεις που χρήζουν παρέμβασης σύμφωνα με τον τύπο δομής Π.Φ.Υ. και παραθέτει ορισμένες ενδεικτικές προτάσεις βελτίωσης των παρόντων επιπέδων ώστε να φθάσουν όσο το δυνατόν γίνεται το βέλτιστο επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης. Σε όλες τις δομές που μελετήθηκαν για τις ανάγκες του παρόντος παραδοτέου συνιστάται η τήρηση συστήματος «gate-keeping»⁹, η διατήρηση ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών, η ηλεκτρονική καταγραφή των βημάτων παραπομπής και παρακολούθησης ασθενών εντός και εκτός της δομής (ενιαίος φάκελος υγείας ασθενή¹⁰) αλλά και ο καθορισμός βέλτιστων βημάτων διαχείρισης των βασικών τύπων περιστατικών¹¹⁻¹³. Ένα τέτοιο παράδειγμα δίδεται ακολούθως:

Α) Προτεινόμενα βήματα (με χρονική αλληλουχία) διασύνδεσης ενός

έκτακτου/επείγοντος περιστατικού με άλλες δομές υγείας ή πρόνοιας [από την πρώτη επαφή μέχρι τη στιγμή παραπομπής σε άλλη δομή και τυχόν ενημέρωση της δομής σας για την έκβαση]¹¹⁻¹³

1. Λεπτομερής λήψη και καταγραφή του ιστορικού, της κλινικής και εργαστηριακής εξέτασης, καθώς και των ιατρονοσηλευτικών πράξεων που του έγιναν.
2. Σύνταξη πλήρους ενημερωτικού σημειώματος για τη Μονάδα Υποδοχής.
3. Τηλεφωνική επαφή με τη Μονάδα Υποδοχής (τον υπεύθυνο/εφημερεύοντα επαγγελματία υγείας) για ενημέρωσή σχετικά με το περιστατικό.
4. Διακομιδή με ασθενοφόρο συνοδεία γιατρού, εάν κρίνεται αναγκαίο.
5. Προκλητή ενημέρωση για την έκβαση του περιστατικού από την Μονάδα Υποδοχής, τηλεφωνικά και εγγράφως.
6. Μία πρώτη ενημέρωση του φάκελου υγείας του ασθενούς στην Μονάδα Αποστολής.
7. Προγραμματισμένη επίσκεψη του ασθενούς στη Μονάδα Αποστολής, για πλήρη ενημέρωση του φάκελου υγείας.

Β) Προτεινόμενα βήματα (με χρονική αλληλουχία) διασύνδεσης ενός ασθενή με χρόνιο νόσημα, με άλλες δομές υγείας ή πρόνοιας [από την πρώτη επαφή μέχρι τη στιγμή παραπομπής σε άλλη δομή και τυχόν ενημέρωση της δομής σας για την έκβαση]¹¹⁻¹³

1. Ανασκόπηση του φάκελου υγείας.
2. Σύνταξη πλήρους ενημερωτικού σημειώματος για τη Μονάδα Υποδοχής σχετικά με το λόγο παραπομπής και τα υποκείμενα νοσήματα.
3. Επαφή με τη μονάδα υποδοχής (τηλεφωνική ή ηλεκτρονική) με τον υπεύθυνο επαγγελματία υγείας για ενημέρωσή σχετικά με το περιστατικό.
4. Διακομιδή με ασθενοφόρο, εάν κρίνεται αναγκαίο.
5. Προκλητή ενημέρωση για την έκβαση του περιστατικού από την Μονάδα Υποδοχής, τηλεφωνικά και εγγράφως.
6. Μία πρώτη ενημέρωση του φάκελου υγείας του ασθενούς στην Μονάδα Αποστολής.
7. Προγραμματισμένη επίσκεψη του ασθενούς στη Μονάδα Αποστολής για πλήρη ενημέρωση του φάκελου υγείας και συνέχεια της φροντίδας του.

Πίνακας 1: Κύριες διαστάσεις που χρήζουν παρέμβασης στις επιλεγμένες δομές Π.Φ.Υ.

Διαστάσεις στις οποίες πρέπει να δοθεί προτεραιότητα ανά τύπο δομής		Προτάσεις βελτίωσης
1	Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) / Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.)	- Διακυβέρνηση του συστήματος ΠΦΥ - Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ - Ποιότητα υπηρεσιών ΠΦΥ
2	Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) / Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.)	- Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ - Αποδοτικότητα της ΠΦΥ
3	Εξωτερικά Ιατρεία/ Ιδιωτικά Ιατρεία/ Ιδιωτικές Κλινικές/ Ιδιωτικά Διαγνωστικά Κέντρα	- Διακυβέρνηση του συστήματος ΠΦΥ - Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ - Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦΥ - Αποδοτικότητα της ΠΦΥ
4	Δομές Ευπαθών Ομάδων / Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι	- Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ - Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦΥ - Αποδοτικότητα της ΠΦΥ
5	Δομές Ψυχικής Υγείας	- Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ - Πρόσβαση στις υπηρεσίες ΠΦΥ - Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦΥ - Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας - Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας - Πληρότητα υπηρεσιών ΠΦΥ - Ποιότητα υπηρεσιών ΠΦΥ - Αποδοτικότητα της ΠΦΥ - Ισονομία στην ΠΦΥ
6	Δομές Πρόληψης και Απεξάρτησης	- Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ - Πληρότητα υπηρεσιών ΠΦΥ - Ποιότητα υπηρεσιών ΠΦΥ

4. Σχόλια

Βάσει των αποτελεσμάτων καθίσταται εμφανές ότι παρότι οι μισές δομές παρουσιάζουν το μέγιστο επίπεδο διασύνδεσης, οι άλλες μισές βρίσκονται στα δύο κατώτερα επίπεδα διασύνδεσης. Αυτό σημαίνει ότι μόνο οι μισές δομές Π.Φ.Υ. έχουν φθάσει στα επιθυμητά επίπεδα οργάνωσης έχοντας καλή αποδοτικότητα, ενώ οι άλλες δομές δε μπορούν να αποδώσουν κατάλληλα στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Αυτό έχει αντίκτυπο στους ασθενείς, οι οποίοι είτε αναγκάζονται να επισκέπτονται άλλες δομές Π.Φ.Υ. είτε ταλαιπωρούνται μη έχοντας κάποια εναλλακτική επιλογή σε κοντινή προσβάσιμη απόσταση¹⁴⁻¹⁶.

Αν τελικά τα χαμηλά επίπεδα αποδοτικότητας και ποιότητας υπηρεσιών προσφέρονται από δομές Π.Φ.Υ. των τύπων που μελετήθηκαν (ίδιου τύπου δομές), τότε μπορούμε να πούμε ότι στην Ελλάδα υπάρχουν δομές δύο ταχυτήτων ως προς . Οι πιθανές συνέπειες είναι οι εξής: α) πολλοί ασθενείς θα εγκλωβίζονται και θα απολαμβάνουν κακές υπηρεσίες που ίσως τους αναγκάζουν είτε να σταματήσουν να ασχολούνται με το πρόβλημά τους, είτε να καταφεύγουν σε ιδιώτες ώστε να λάβουν τις κατάλληλες υπηρεσίες έναντι αμοιβής ή να ταλαιπωρούνται αφάνταστα και β) η κακή φήμη ορισμένων δομών μπορεί να οδηγήσει ασθενείς σε καλύτερες δομές. Με αυτό τον τρόπο υπάρχει κίνδυνος υπερφόρτωσης αυτών των δομών και συνεπώς μεταφοράς του προβλήματος σε αυτές, αναγκάζοντάς τις να μειώσουν την αποδοτικότητά τους και την ποιότητα υπηρεσίας που προσφέρουν. Συνεπώς, θα πρέπει να διερευνηθούν ποιοι είναι οι παράγοντες που οδηγούν σε αυτά τα δύο αποτελέσματα (πχ. έλλειψη προσωπικού, μη κατάλληλη κατανομή πόρων, χαμηλή αποδοτικότητα του προσωπικού) και να εξαλειφθούν ή να περιοριστούν.

Μια ακόμη διάσταση που χρήζει βελτιστοποίησης είναι η 2η (*Οικονομικές Συνθήκες του συστήματος Π.Φ.Υ.*) όπου τα ποσοστά των δομών Π.Φ.Υ. που βρίσκονται στα τρία κατώτατα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης φθάνουν το 85%. Το αποτέλεσμα αυτό είναι αναμενόμενο με βάση την κατάσταση οικονομικής κρίσης που διέπει τη χώρα και την έλλειψη χρηματοδότησης σε δημόσιους φορείς.

Ένα αποτέλεσμα άξιο σχολίου είναι αυτό της 4ης διάστασης (*Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Π.Φ.Υ.*), το οποίο σημαίνει ότι δεν υπάρχουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση των πολιτών/ασθενών στις υπηρεσίες και ότι υπάρχει υψηλή διαθεσιμότητα υπηρεσιών. Ενδιαφέροντα είναι και τα αποτελέσματα σχετικά με την 1^η διάσταση (*Διακυβέρνηση του Συστήματος Π.Φ.Υ.*) και που αναφέρονται στην ολική βαθμολογία των δομών. Η διάσταση αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει ένδειξη - βαρόμετρο των αποτελεσμάτων στο πιο πάνω επίπεδο από αυτό των διαστάσεων.

Παρακάτω παρατείθενται επιλεγμένα σχόλια ανά διάσταση (Δ.1 έως Δ.10) με βάση τα αποτελέσματα της μοντελοποίησης.

Δ.1. Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ.Υ.: Αν και αναμένόταν μια ομοιόμορφη συμπεριφορά στα χαρακτηριστικά της εν λόγω διάστασης, παρατηρήθηκαν ακραίες συμπεριφορές στα μισά χαρακτηριστικά. Αυτή η ανομοιομορφία μπορεί να σημαίνει ότι αφενός υπάρχουν διαφορετικές προτεραιότητες στις δομές Π.Φ.Υ. και

αφετέρου είναι δύσκολο να επιτευχθούν τα κατάλληλα επίπεδα διασύνδεσης για ορισμένα χαρακτηριστικά.

Δ.2. Οικονομικές συνθήκες του συστήματος Π.Φ.Υ.: Από τα αποτελέσματα της μοντελοποίησης διαφαίνεται ότι αν δε βελτιωθεί η κατάσταση της διάστασης 2, τότε το ανθρώπινο δυναμικό είτε θα επηρεαστεί δυσμενώς και δεν θα έχει την κατάλληλη απόδοση, ή θα προσπαθήσει να αναζητήσει εργασία αλλού. Αυτό εκτιμάται ότι μάλλον θα έχει επίδραση στο μη ιατρικό προσωπικό.

Δ.3. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ.Υ.: Η έντονη ετερογένεια στην αποτίμηση των θεμάτων ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού των δομών υποδηλώνει είτε διαφορά στρατηγικής για τις μονάδες Π.Φ.Υ. ή αδυναμία τέλεσης των εν λόγω δραστηριοτήτων.

Δ.4. Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.: Η σημαντική ανισότητα στην αποτίμηση των χαρακτηριστικών της διάστασης αυτής παρουσιάστηκε στο θέμα της οικονομικής προσιτότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Αυτό αντιτίθεται στην αρχή της ΠΦΥ περί ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, αν και είναι αναμενόμενο εφόσον σε περιόδους οικονομικής κρίσης, αμβλύνονται οι ανισότητες μεταξύ των εύπορων οικονομικά και των φτωχών πολιτών.

Δ.5. Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας: Τα υψηλά επίπεδα στην πλειονότητα των χαρακτηριστικών υποδηλώνουν ότι οι δομές Π.Φ.Υ. μεριμνούν για τη συνέχιση στην παροχή φροντίδας υγείας. Ωστόσο, εμφανίζονται χαμηλά επίπεδα στα θέματα της μακρόχρονης φροντίδας και της συνέχειας στην διαχείριση της, επηρεάζοντας την ικανοποίηση των ασθενών και αυξάνοντας την πιθανότητα ο ασθενής να ταλαιπωρηθεί δίνοντας συχνά τις ίδιες πληροφορίες για την κατάστασή του και το ιστορικό του.

Δ.6. Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας: Τόσο οι πρακτικές όσο και τα συστήματα ελέγχου πρόσβασης (gate-keeping) δε φθάνουν σε ικανοποιητικά επίπεδα στις μισές περίπου από τις δομές Π.Φ.Υ.

Δ.7. Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.: Στα αποτελέσματα της Διάστασης 7 διαφαίνεται η σημαντική ανάγκη βελτίωσης του ολοκληρωμένου φάσματος των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ώστε να καλύπτονται τόσο οι μητέρες και τα παιδιά στην Ελλάδα όσο και η αναπαραγωγική φροντίδα. Θα πρέπει να τονιστεί ότι στα χαρακτηριστικά 2 (θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων) και 3 (τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική) η κατάσταση εμφανίζει βελτίωση, με τα ποσοστά των δομών Π.Φ.Υ. σε υψηλά επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης να αγγίζουν το 70%. Αυτό σημαίνει ότι οι βελτιώσεις για βασικές υπηρεσίες, όπως η θεραπεία και η παρακολούθηση νοσημάτων, θα πρέπει να είναι εστιασμένες και όχι γενικευμένες.

Δ.8. Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.: Σε σύγκριση με τα χαρακτηριστικά της προηγούμενης διάστασης (Δ.7.), γίνεται αντιληπτό ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας . οι υπηρεσίες μητρικής και παιδικής φροντίδας υγείας δεν είναι πλήρεις αλλά ακόμη και αυτές που προσφέρονται δεν είναι ποιοτικές.

Δ.9. Αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ.: Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι το ίδιο και ενιαίο με αυτό της ολικής αποτίμησης αλλά και της αποτίμησης άλλων διαστάσεων: έχουμε δομές δύο ταχυτήτων όπου οι μισές φθάνουν σε ένα άριστο επίπεδο αποδοτικότητας και οι άλλες μισές στο κατώτατο δυνατό.

Δ.10. Ισότητα στην Π.Φ.Υ.: Οι μισές δομές Π.Φ.Υ. παρέχουν ισότιμες υπηρεσίες σε όλες τις ομάδες πληθυσμού ενώ οι άλλες μισές προσφέρουν υπηρεσίες εξειδικευμένες σε συγκεκριμένες ομάδες ή δεν είναι εύκολα προσβάσιμες ή δεν είναι οικονομικά προσιτές. Χρειάζεται περεταίρω διερεύνηση ανά τύπο δομής, αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζονται στο παράρτημα αναλυτικά.

5. Συμπεράσματα

Με βάση τα αποτελέσματα για κάθε διάσταση ξεχωριστά, μπορούμε να πούμε ότι όντως υπάρχουν δομές Π.Φ.Υ. διαφορετικών ταχυτήτων, όπου η διαφορά αφορά το είδος των δομών και όχι την κάθε δομή ξεχωριστά. Επομένως θα πρέπει να υπάρξει διαφορετική αντιμετώπιση για τις δομές με τα χαμηλότερα επίπεδα διασύνδεσης σε σχέση με τις υπόλοιπες. Οι 2 διαστάσεις που απαιτούν σημαντική βελτίωση για το σύνολο των δομών, ανεξάρτητα από το είδος τους, και θα πρέπει οπωσδήποτε να βελτιστοποιήσουν την απόδοση τους είναι οι 2η (Οικονομικές Συνθήκες Συστήματος Π.Φ.Υ.) και η 8η (Ποιότητα Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.).

Το σημαντικό θέμα που χρήζει βελτίωσης (η ύπαρξη δομών πολλαπλών ταχυτήτων), θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα για να μη βρεθούμε στην δυσάρεστη θέση όπου αφενός ο φόρτος εργασίας θα μεταφέρεται από δομές με κακή ποιότητα, αποδοτικότητα και μικρό εύρος υπηρεσιών σε «υγιείς» δομές Π.Φ.Υ. και αφετέρου οι ασθενείς που δεν είναι ικανοποιημένοι από την υπάρχουσα ποιότητα των πιο προσιτών δομών θα αναγκάζονται να επισκέπτονται άλλες δομές Π.Φ.Υ. Το τελευταίο συνεπάγεται αύξηση των εξόδων των ασφαλιστικών ταμείων και σε ταλαιπωρία των ασθενών.

Εν κατακλείδι, η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα εκτιμάται σε ένα βασικό ή μέτριο επίπεδο. Επομένως, με συγκεκριμένες και στοχευμένες ενέργειες σε διαστάσεις που χρήζουν σημαντικής βελτίωσης θα μπορεί να επέλθει ουσιαστική βελτίωση λειτουργικής διασύνδεσης. Το ερώτημα είναι κατά πόσο οι δομές Π.Φ.Υ. είναι σε θέση να εκπονήσουν τις συγκεκριμένες ενέργειες, αν λάβουμε υπόψη το περιορισμένο οικονομικό περιβάλλον και τη μη σταθερή κατάσταση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα, όπου οι θεσμικές και λειτουργικές αλλαγές πραγματοποιούνται συχνά και απανωτά.

Τα ευρήματα αυτού του παραδοτέου θα αποτελέσουν τη βάση για το Π.Ε. 1.2. ώστε να δημιουργηθεί ένα πληροφοριακό σύστημα αποτίμησης της ποιότητας των δομών Π.Φ.Υ. και λήψης αποφάσεων για βελτίωση των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης.

6. Βιβλιογραφία

1. Margolis SA, Al-Marzouqi S, Revel T, Reed RI. Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. *Int J Qual Health Care* 2003; 15: 241-9.
2. 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.
3. Emrouznejad A & Kumar DP. Performance Measurement in the Health Sector: Uses of Frontier Efficiency Methodologies a Multi-Criteria Decision Making. *J Med Syst* 2011; 35:977-9.
4. Charnes A, Cooper WW, Rhodes E. Measuring the efficiency of decision making units. *Eur J Oper Res* 1978; 2:429-44.
5. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, De Belvis AG, Groenewegen PP. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe. *International Journal for Quality in Health Care* 2013; 25:381-93.
6. Hwang, C & Yoon K. Multiple Criteria Decision Making. *Lecture Notes in Economics and Mathematical Systems* (1981).
7. Thokala P & Duenas A. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Technology Assessment. *Value in Health* 2012; 15:1172-81.
8. Saaty TL. *The Analytic Hierarchy Process: Planning, Priority Setting, Resource Allocation*, McGraw-Hill International Book Company; 1980.
9. Lionis C, Petelos E, Shea S, Bagiartaki G, Tsiligianni IG, Kamekis A, Tsiantou V, Papadakaki M, Tatsioni A, Moschandreas J, Saridaki A, Bertsias A, Faresjö T, Faresjö A, Martinez L, Agius D, Uncu Y, Samoutis G, Vlcek J, Abasaheed A, Merkouris B. Irrational prescribing of over-the-counter (OTC) medicines in general practice: testing the feasibility of an educational intervention among physicians in five European countries. *BioMed Central family practice* 2014; 15:34.
10. Kounalakis D, Lionis C, Okkes I, Lamberts H. Developing an appropriate EPR system for the Greek primary care setting. *Journal of Medical Systems* 2003; 27:239-46.
11. www.health.gov.au/
12. www.rcgp.org.uk/
13. www.moh.gov.sg
14. 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.
15. Improving chronic illness care. Model elements. Available at: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
16. The MacColl Center for Health Care Innovation. Available at: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_MacColl_Center&s=93).
17. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10:65
18. Starfield B: State of the Art in Research on Equity in Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006, 31:11-32.

19. Sibthorpe B & Gardner K. A conceptual framework for performance assessment in primary health care. *Aust J Prim Health* 2007; 13:96-103.
20. Haggerty J, Burge F, Levesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med* 2007; 5:336-44.
21. Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A, Papadakis N, Lionis C. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural and Remote Health* 2012; 12:2156.
22. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
23. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38:831-65.
24. Aakvik A & Holmas TH. Access to primary health care and health outcomes: the relationships between GP characteristics and mortality rates. *J Health Econ* 2006; 25:1139-53.
25. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care* 2008; 20:308-13.
26. Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C, Gask L. Quality indicators for primary care mental health services. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:100-6.
27. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ* 2003; 326:258.
28. MacFarlane A, O'Donnell C, Mair F, O'Reilly-de Brún M, de Brún T, Spiegel W, van den Muijsenbergh M, van Baumgarten E, Lionis C, Burns N, Gravenhorst K, Princz C, Teunissen E, van den Driessen Mareeuw F, Saridaki A, Papadakaki M, Vlahadi M, Dowrick C. REsearch into implementation STRategies to support patients of different ORigins and language background in a variety of European primary care settings (RESTORE): study protocol. *Implementation Science* 2012; 7:111
29. Wilhelmsson S & Lindberg M. Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing - a literature review. *Int J Nurs Pract* 2007; 13:254-65.
30. Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care* 2006; 29:1007-11.

Παράρτημα

Παράρτημα 1

Πίνακας 1: Ερωτήσεις που εξαιρέθηκαν για δομές συγκεκριμένου είδους

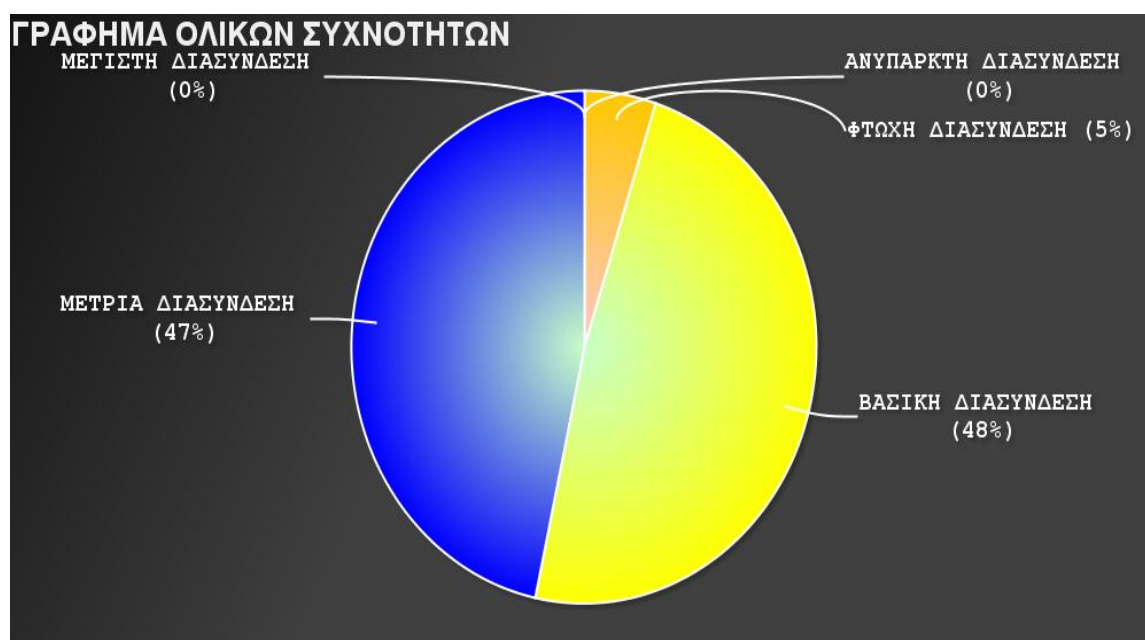
Διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Χαρακτηριστικά	Βαθμολογία
1. Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ.Υ. (Governance of the PC system) 0,5	1. Στόχοι υγείας (υγειονομικής περίθαλψης)	0,0625
	2. Πολιτική ισονομίας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.	0,0625
	3. (Από)κέντροποίηση της διαχείρισης και ανάπτυξης υπηρεσιών Π.Φ.Υ.	0,0625
	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.Υ.	0,0625
	5. Κατάλληλη τεχνολογία στην Π.Φ.Υ.	0,0625
	6. Συνηγορία των ασθενών	0,0625
	7. Διακυβέρνηση των δομών Π.Φ.Υ.	0,0625
	8. Διασύνδεση της Π.Φ.Υ. με το σύστημα υγείας	0,0625
2. Οικονομικές συνθήκες του συστήματος Π.Φ.Υ. (Economic conditions of the PC system) 0,5	1. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης	0,09
	2. Δαπάνες Π.Φ.Υ.	0,09
	4. Καθεστώς απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.	0,09
	5. Σύστημα αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.	0,14
	6. Εισόδημα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.	0,09
3. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ.Υ. (PC workforce development) 0,5		
	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.Υ.	0,0170
	3. Επαγγελματική κατάρτιση, στελέχωση και διατήρηση των επαγγελματιών που εργάζονται στην Π.Φ.Υ.	0,0165
	5. Ακαδημαϊκός χαρακτήρας Π.Φ.Υ. μέσω συνεργασιών με ιδρύματα και Πανεπιστήμια	0,0165
4. Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (Access to PC services) 0,5	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.	0,0833
	2. Γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.	0,0833
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	0,0835
	4. Οικονομική προστιτότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.	0,0833
	6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.	0,0833
	7. Ισότητα στην πρόσβαση	0,0833
5. Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care) 0,5	1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα	0,120
	2. Πληροφοριακή συνέχεια	0,130
	3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου	0,130
	4. Διαχειριστική συνέχεια	0,120
6. Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας (Coordination of care) 0,5	1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping)	0,08
	2. Πρακτικές Π.Φ.Υ. και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας	0,07
	3. Συνδυασμός δεξιοτήτων των παρόχων Π.Φ.Υ.	0,14
	4. Διασύνδεση Π.Φ.Υ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας	0,14
	5. Διασύνδεση παρόχων Π.Φ.Υ. και επαγγελματιών δημόσιας υγείας	0,07
7. Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Comprehensiveness of PC) 0,5	1. Διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός	0,0835
	2. Σημείο πρώτης επαφής για συχνά ιατρικά προβλήματα	0,0835
	3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων	0,0831
	4. Τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική	0,0831
	5. Ιατρική περίθαλψη μητέρας/παιδιού και αναπαραγωγική υγεία	0,0831
	6. Προαγωγή της υγείας	0,0837
8. Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Quality of PC) 0,5	1. Πρακτικές συνταγογράφησης των παροχών Π.Φ.Υ.	0,055
	2. Ποιότητα της διαγνώσης και της θεραπείας στην Π.Φ.Υ.	0,055
	3. Ποιότητα του τρόπου διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων	0,057
	4. Ποιότητα στη φροντίδα ψυχικής υγείας	0,055
	5. Ποιότητα μητρικής και παιδικής φροντίδας υγείας	0,055
	6. Ποιότητα της προαγωγής της υγείας	0,057
	7. Ποιότητα της προληπτικής φροντίδας	0,055
	8. Αποτελεσματικότητα	0,055
	9. Πρακτικές ασφάλειας	0,056
9. Αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ. (Efficiency of PC) 0,5	1. Κατανομή των πόρων και παραγωγική αποδοτικότητα	0,0167
	2. Τεχνική αποδοτικότητα	0,0166
	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.	0,0167
10. Ισονομία στην Π.Φ.Υ. (Equity in health) 0,5	1. Ισονομία στην Π.Φ.Υ. (σε όλες τις ομάδες πληθυσμού)	0,5

Παράρτημα 2

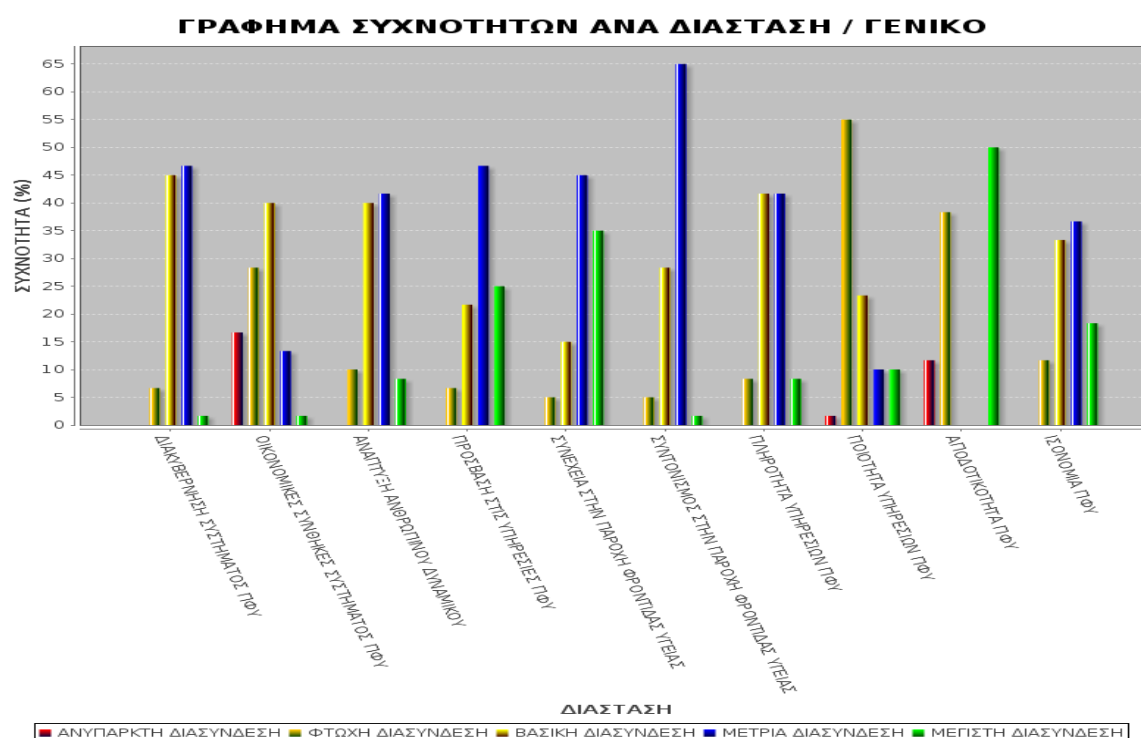
Πίνακας 1: Ερωτήσεις ταυτότητας και ερωτήσεις ανοικτού τύπου

Ερωτήσεις ταυτότητας	
PCAT	Συμπληρωματικό
1	A1
2	A2
3	A3
4	
9	
Άλλο5	
Άλλο6	
Άλλο7	
Ερωτήσεις ανοικτού τύπου	
PCAT	Συμπληρωματικό
10	Γ2
	Δ2.5.1.
	Δ4.2.2.
	Δ4.2.3.
	Δ4.2.4.
	E1
	E2

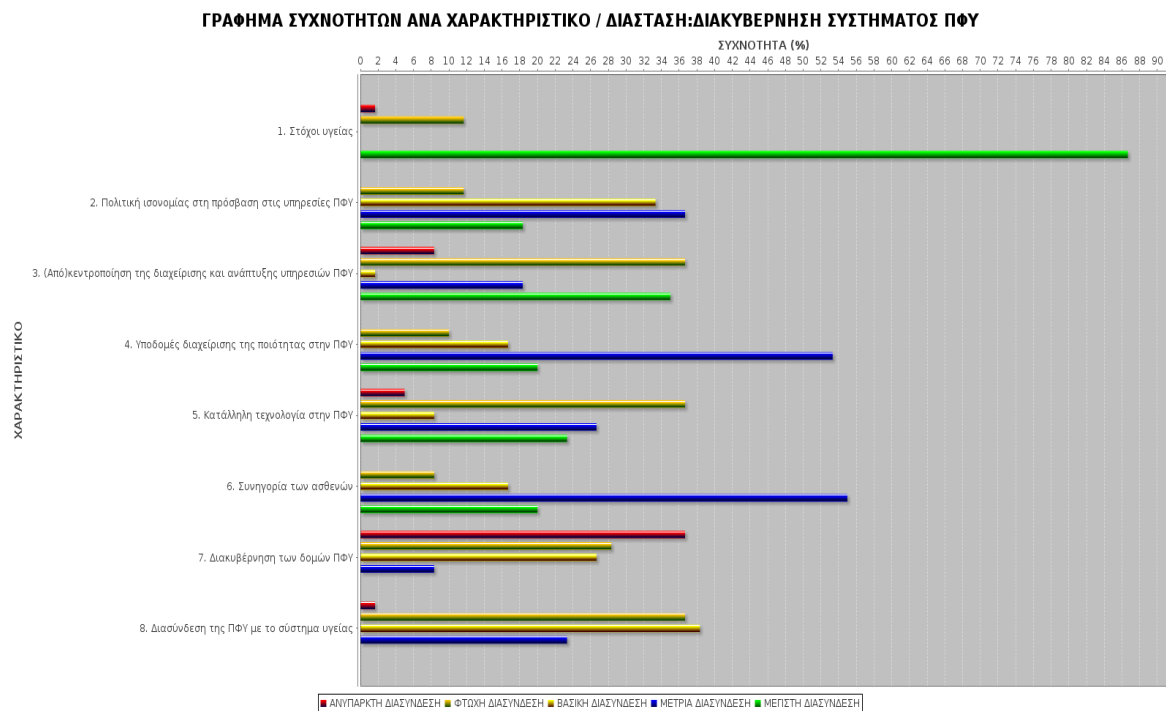
Παράρτημα 3



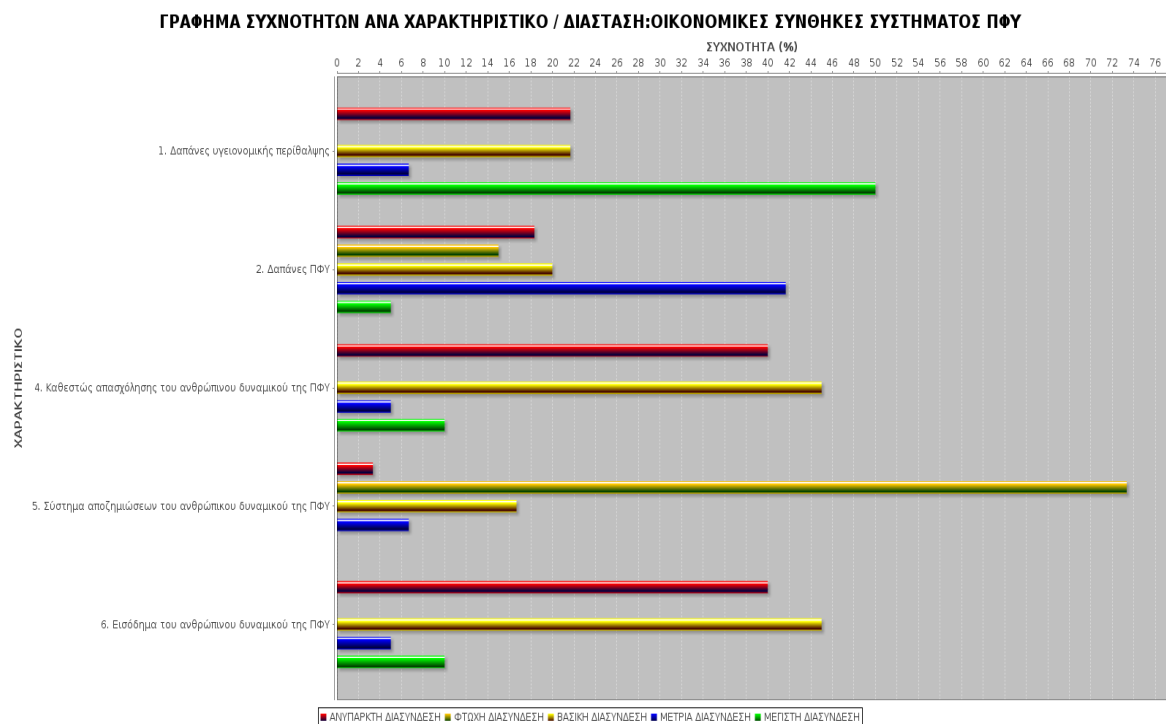
Εικόνα 1: Γράφημα Συχνοτήτων Ολικής Βαθμολογίας



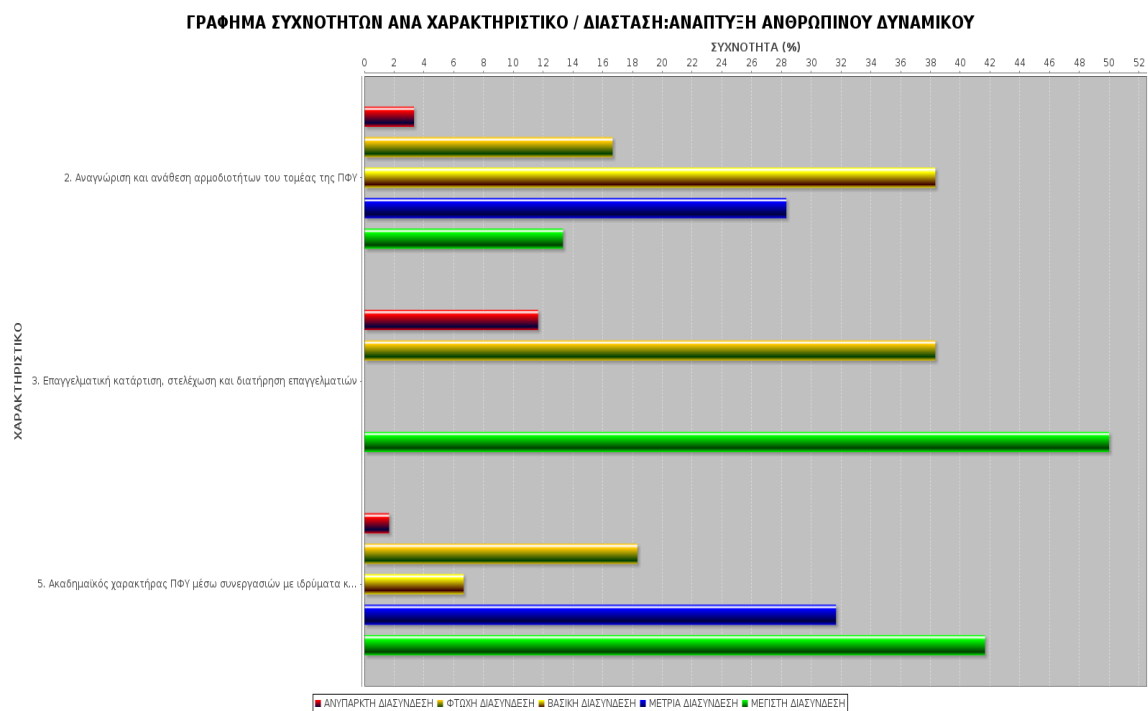
Εικόνα 2: Γενικό Γράφημα Συχνοτήτων ανά Διάσταση



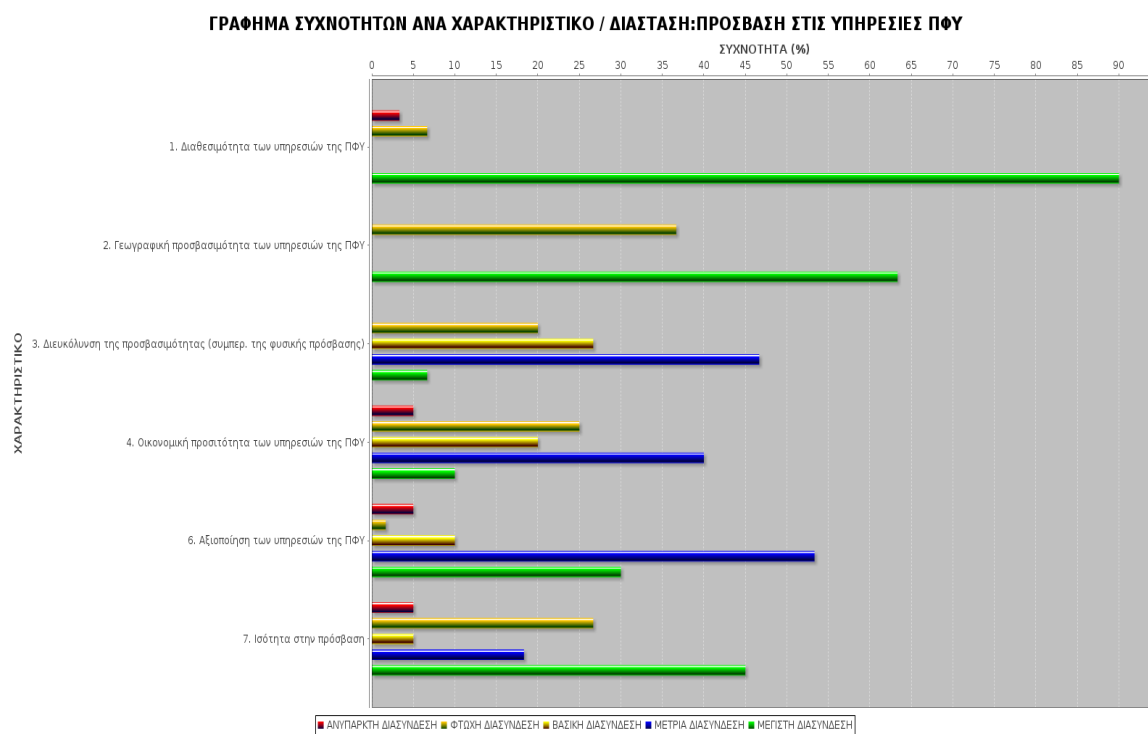
Εικόνα 3: Γράφημα Συχνοτήτων Ανά Χαρακτηριστικό - 1η Διάσταση



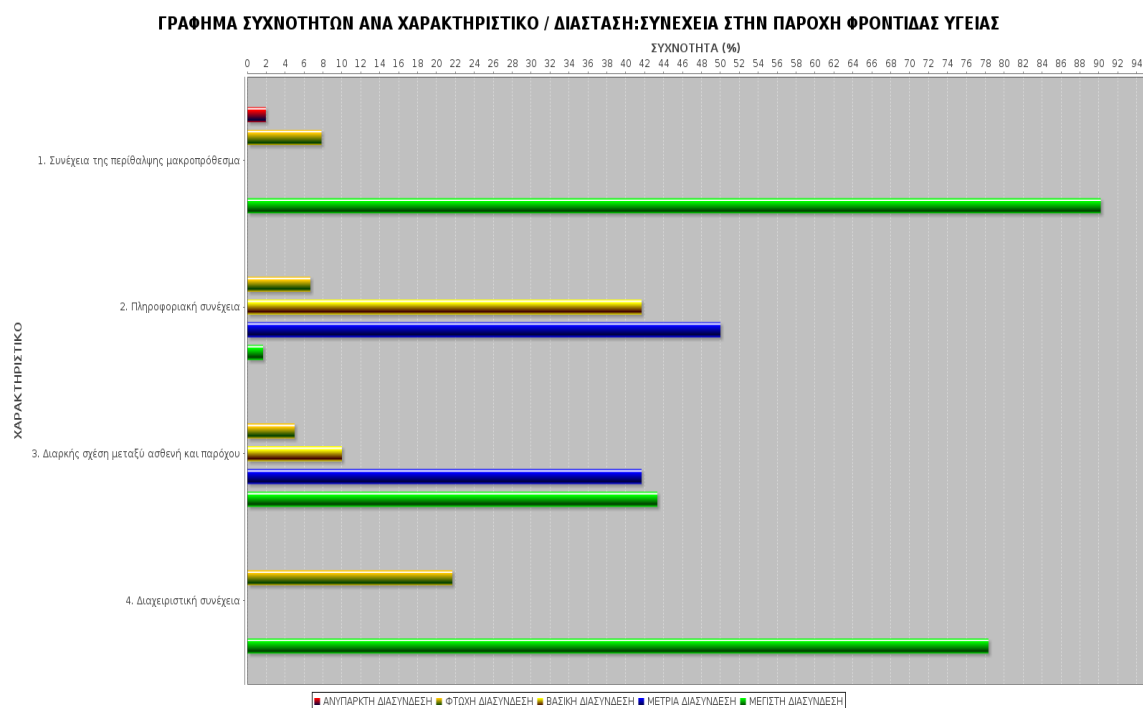
Εικόνα 4: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 2η Διάσταση



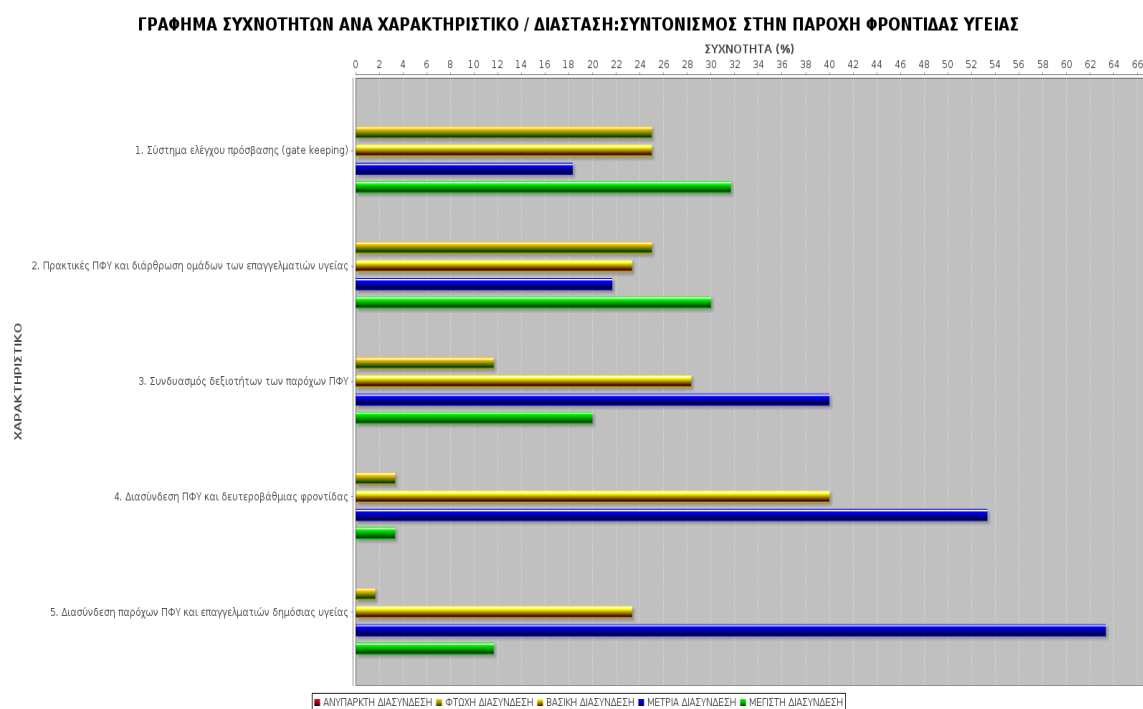
Εικόνα 5: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 3η Διάσταση



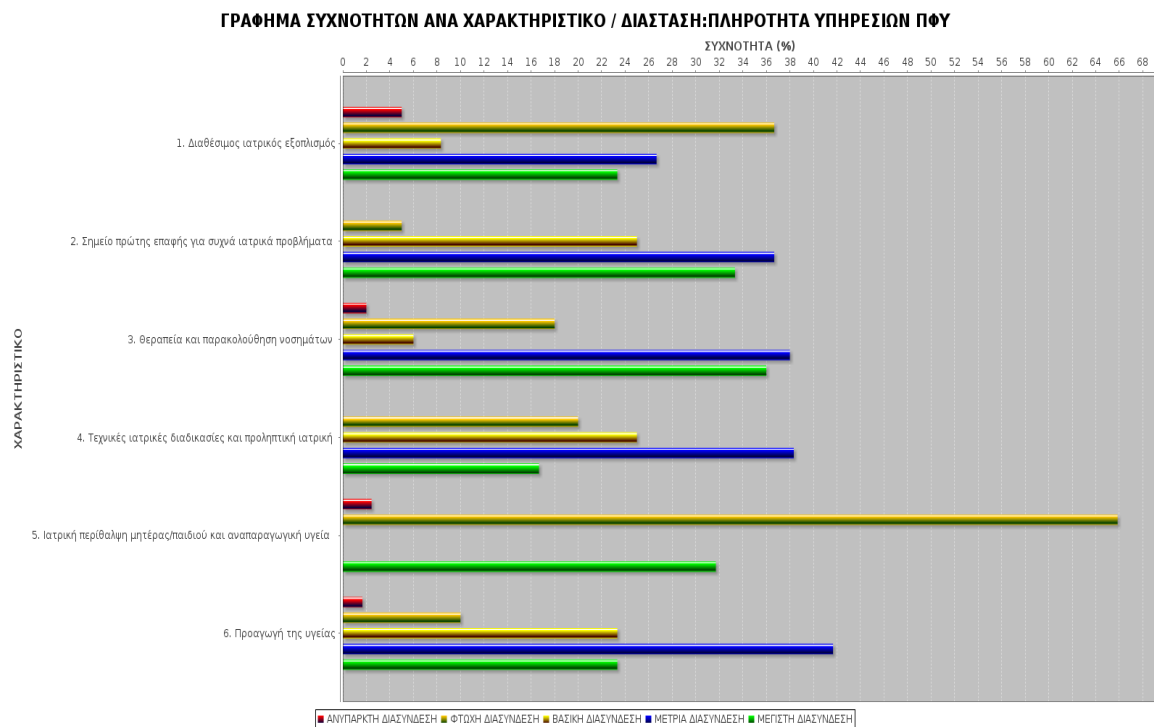
Εικόνα 6: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 4η Διάσταση



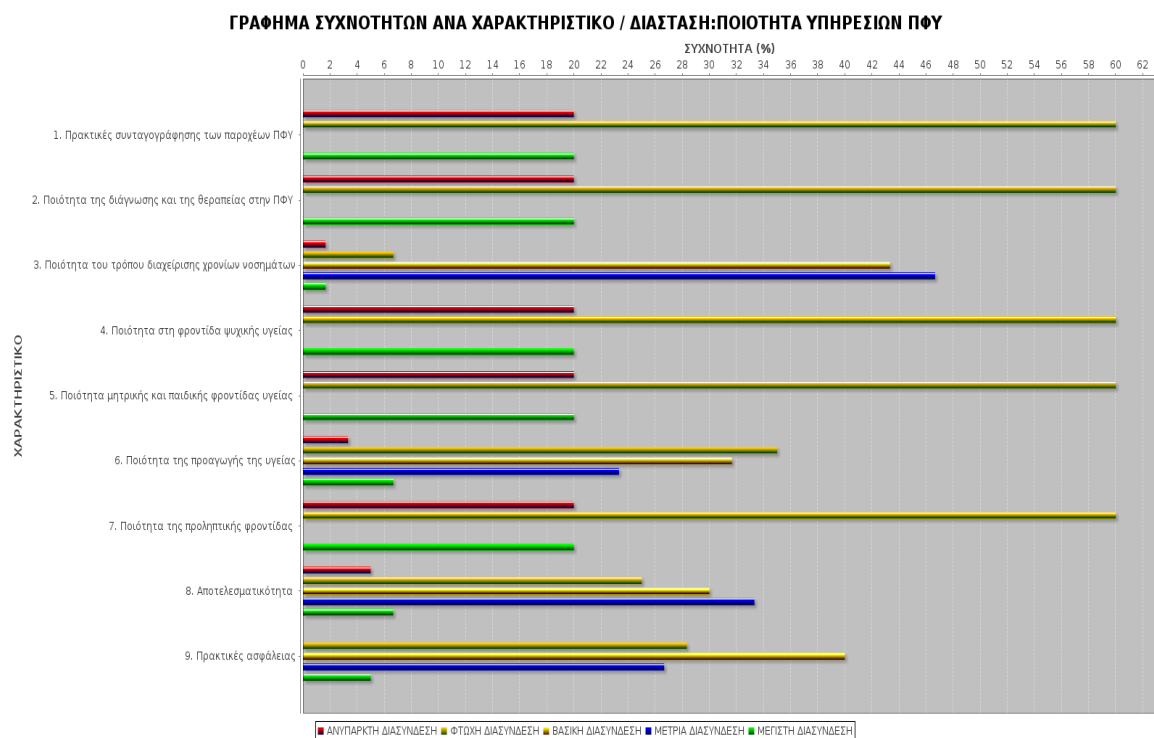
Εικόνα 7: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό – 5η Διάσταση



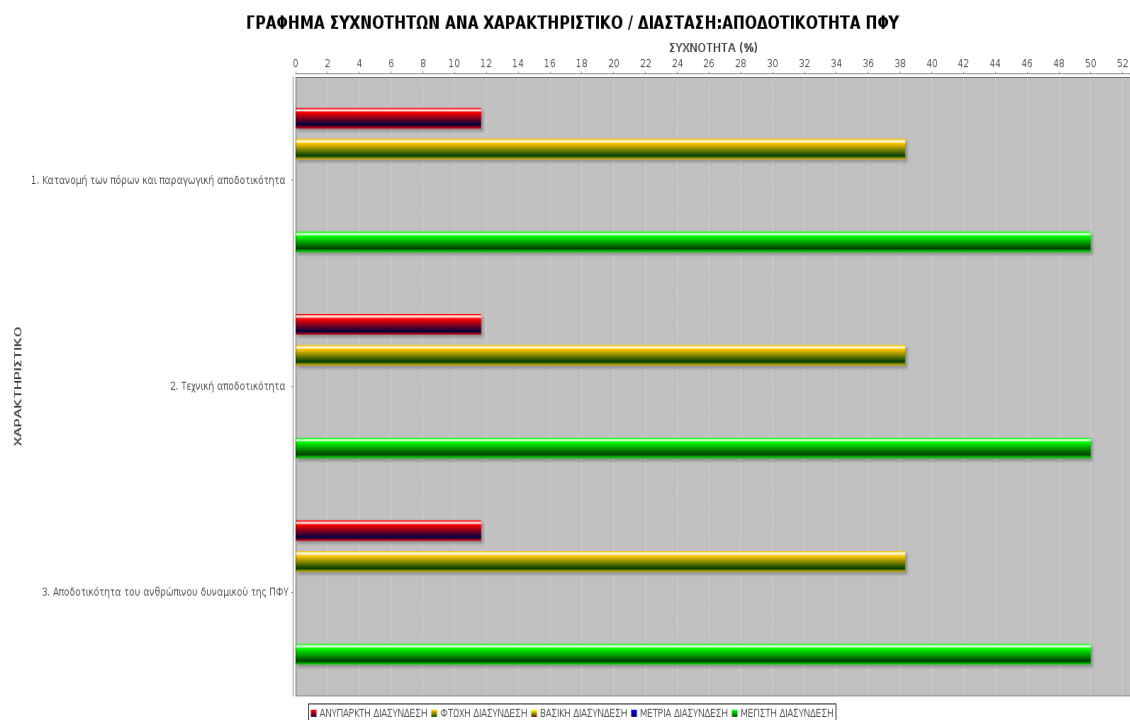
Εικόνα 8: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 6η Διάσταση



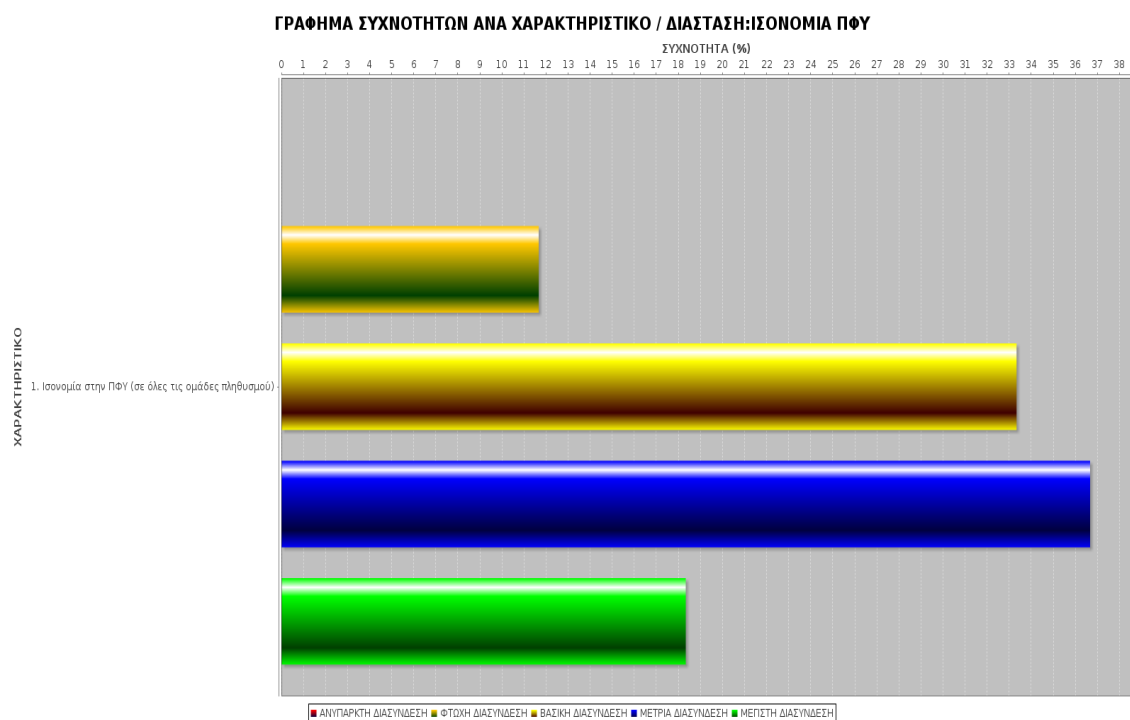
Εικόνα 9: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 7η Διάσταση



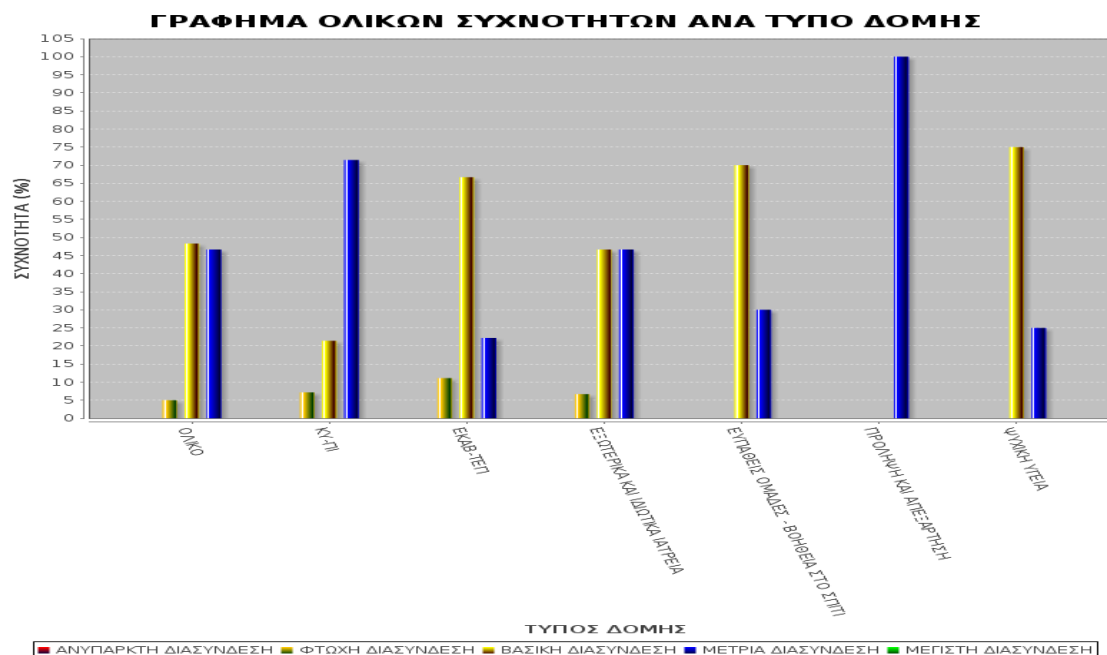
Εικόνα 10: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 8η Διάσταση



Εικόνα 11: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 9η Διάσταση

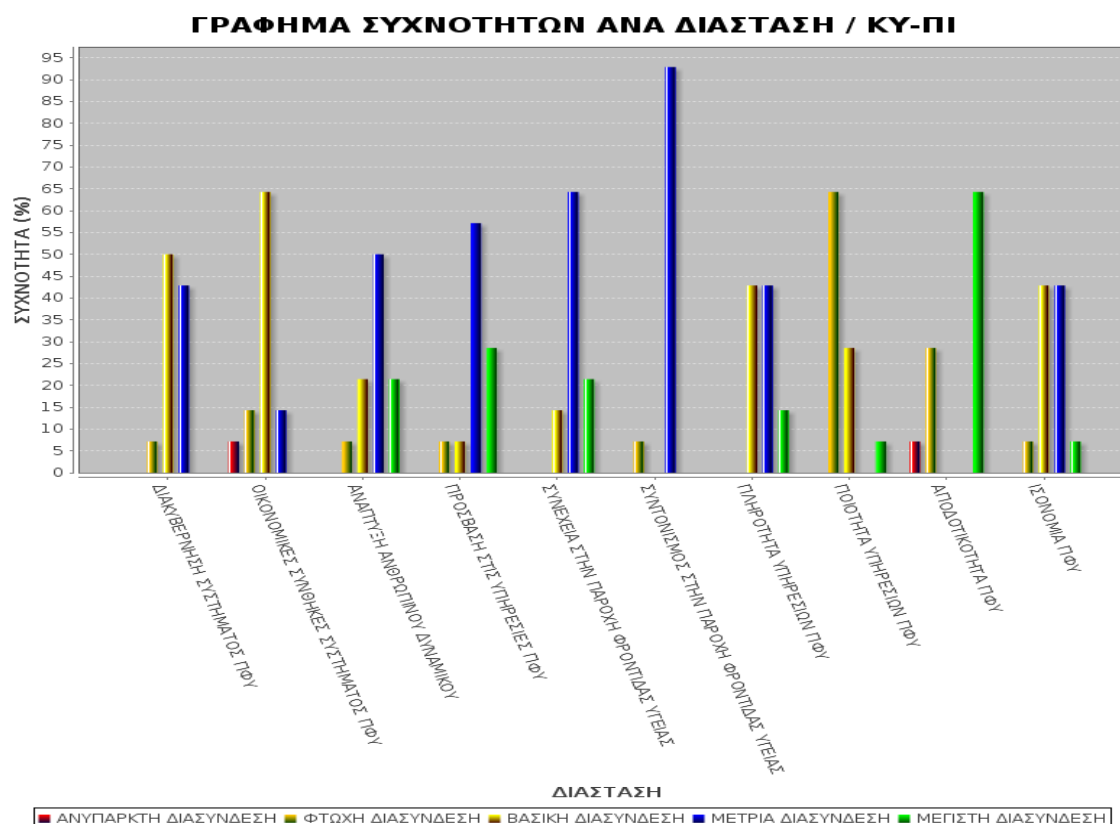


Εικόνα 12: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 10η Διάσταση



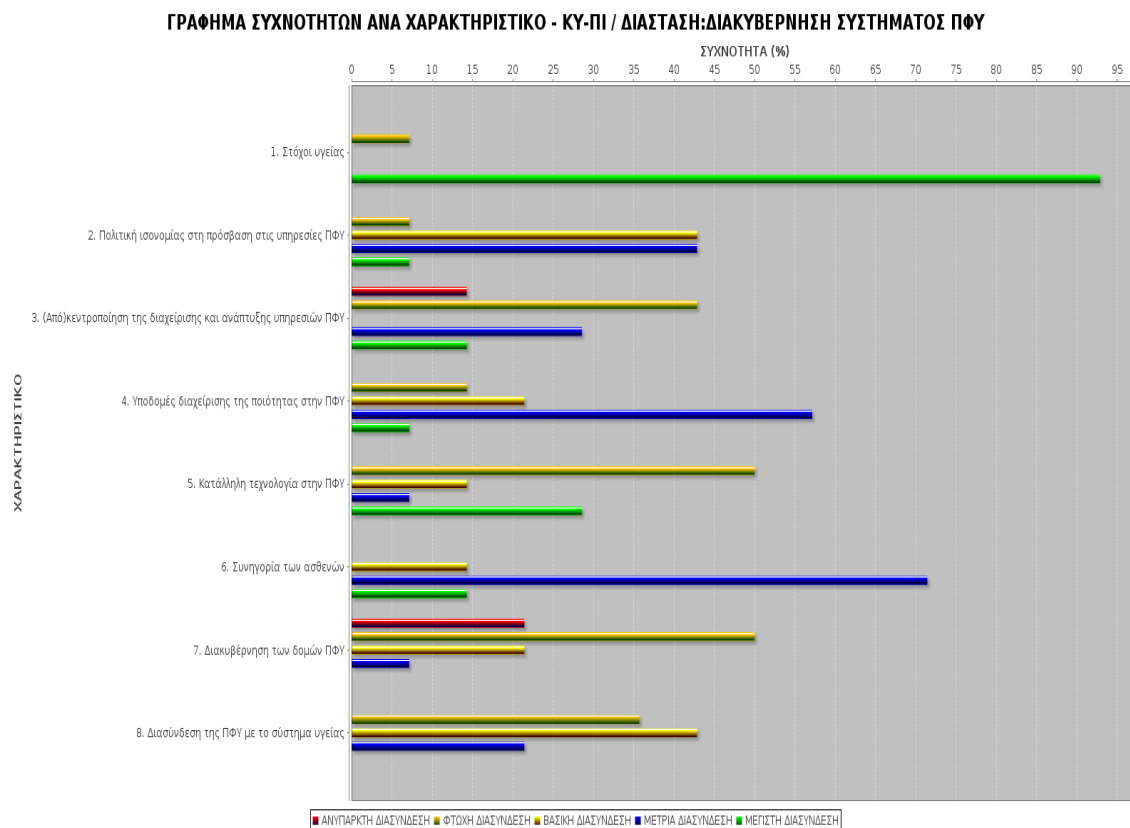
Εικόνα 13: Ολική Κατάσταση Διασύνδεσης ανά Τύπο Δομής

Μονάδες Π.Φ.Υ. (Κ.Υ.-Π.Ι.)



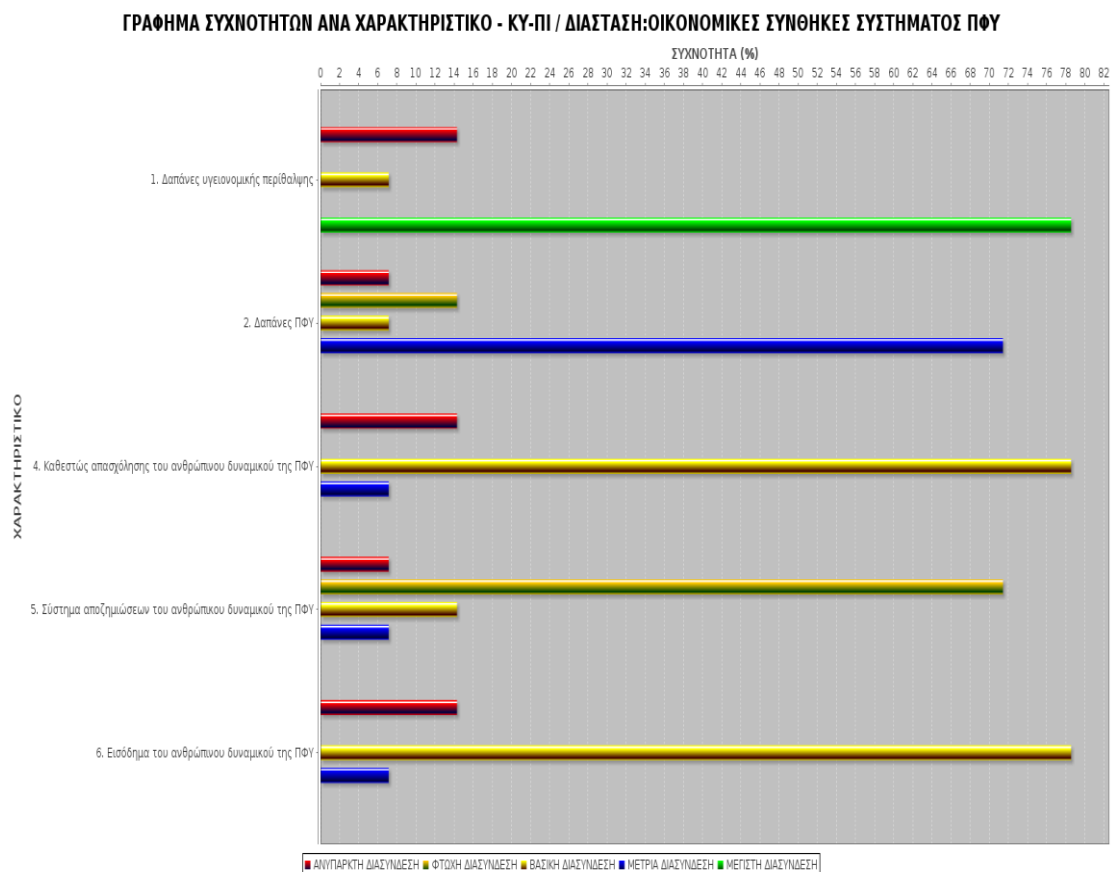
Εικόνα 14: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Διάσταση/Κ.Υ.-Π.Ι. Δομές Π.Φ.Υ.

Ας προχωρήσουμε τώρα σε μια ανάλυση των χαρακτηριστικών ανά διάσταση για τις μονάδες ΚΥ-ΠΕ. Για την πρώτη διάσταση, όπου παρατηρήσαμε γενικώς μια μικρή μείωση, η κατάσταση φαίνεται ανάμεικτη (βλέπε Εικόνα 14.1), σε σχέση με τα γενικά αποτελέσματα των χαρακτηριστικών για την εν λόγω διάσταση (Εικόνα 3), όπου στα μισά χαρακτηριστικά έχουμε μια αύξηση (1, και 6-8) και στα άλλα μισά μια μείωση (2-5), όπου λογικά το άθροισμα των μειωμένων σε ποσοστό χαρακτηριστικών είναι μεγαλύτερο του αντίστοιχου αθροίσματος των αυξημένων σε ποσοστό χαρακτηριστικών. Από ότι μπορεί να φανεί, για αυτό το είδος των μονάδων απαιτείται οπωσδήποτε μια βελτίωση σε ορισμένα χαρακτηριστικά και κυρίως αυτών που αφορούν την αποκεντροποίηση της διαχείρισης και ανάπτυξης υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και την διακυβέρνηση των δομών Π.Φ.Υ. Το πρώτο θα πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα διότι όχι μόνο η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης είναι κακή αλλά παρουσιάστηκε και περαιτέρω μείωση σε σχέση με το μέσο όρο. Το δεύτερο, παρόλη τη μικρή βελτίωση, βρίσκεται σε ακόμη πιο κακή κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης με το προηγούμενο και χρήζει άμεσης βελτίωσης.



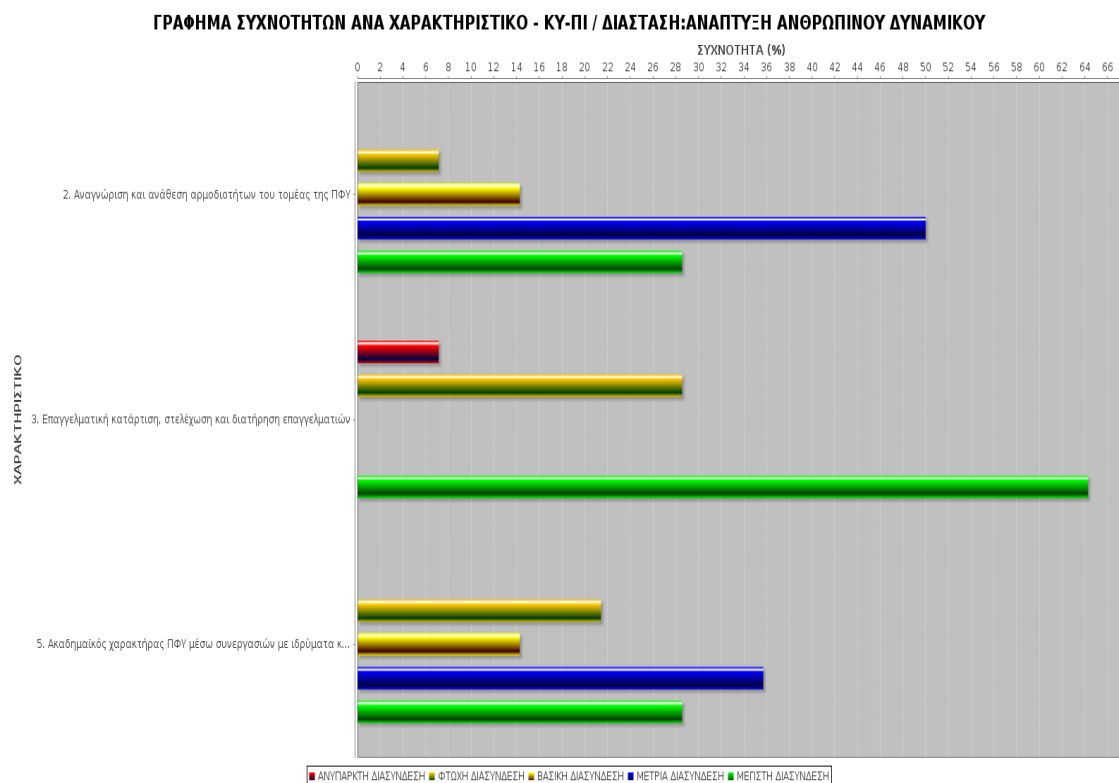
Εικόνα 14.1: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 1η Διάσταση/Κ.Υ.-Π.Ι.

Για τη δεύτερη διάσταση, πάντα σε σχέση με τα γενικά αποτελέσματα των χαρακτηριστικών για αυτή την διάσταση, παρατηρούμε (βλέπε Εικόνα 16) μια σαφής και μεγάλη βελτίωση για το πρώτο και δεύτερο χαρακτηριστικό και μια καλή αύξηση για το έκτο (αν και έχουμε μια τάση συγκέντρωσης αυξημένων τιμών προς το κέντρο και όχι τα άκρα στα οποία αντιστοιχούν τα καλύτερα επίπεδα διασύνδεσης με σαφής βελτίωση κυρίως όσον αφορά το ποσοστό του επιπέδου ανύπαρκτης διασύνδεσης) ενώ παρατηρείται μια μικρή μείωση για τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά. Θα λέγαμε ότι τα αποτελέσματα αυτά δικαιολογούν σαφώς την βελτιωμένη κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης της δεύτερης διάστασης για τις μονάδες αυτού του είδους. Όμως, θα πρέπει να επιστήσουμε την προσοχή στα τρία τελευταία χαρακτηριστικά για αυτή τη διάσταση, τα οποία απαιτούν σαφώς σημαντική βελτίωση, παρόλη την αύξηση που παρουσιάστηκε στο τελευταίο χαρακτηριστικό.



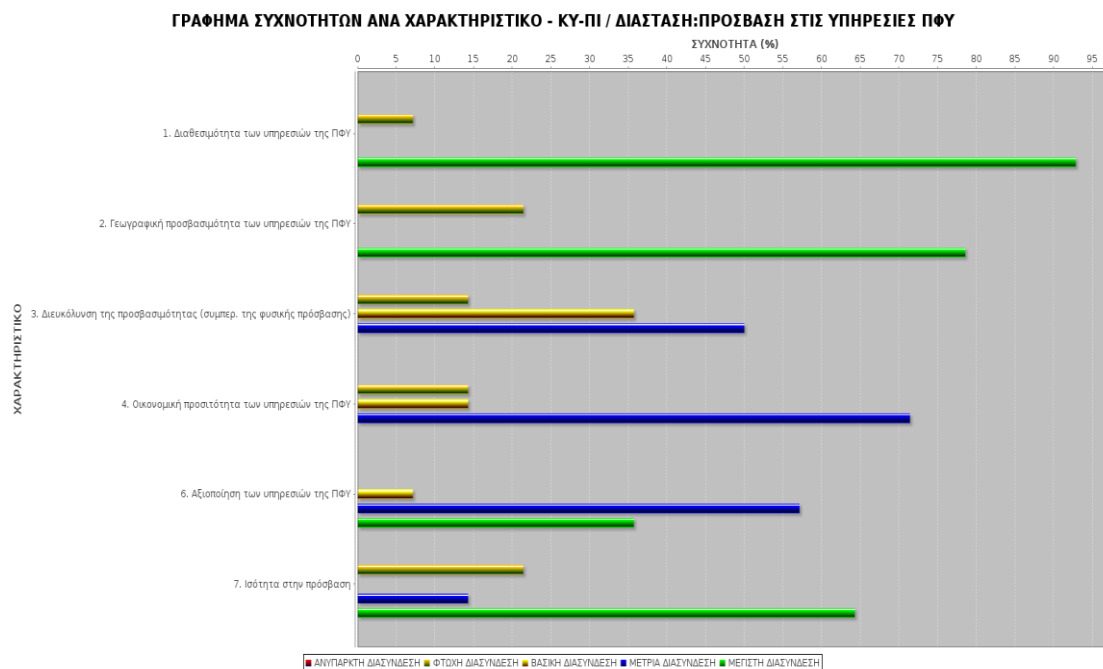
Εικόνα 14.2.: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 2η Διάσταση/Κ.Υ.-Π.Ι.

Η Εικόνα 14.3. παρουσιάζει τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της 3ης διάστασης. Εδώ είναι φανερό μια πολύ καλή βελτίωση ως προς τα 2 πρώτα χαρακτηριστικά (αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων, καθώς και επαγγελματική κατάρτιση, στελέχωση και διατήρηση στελεχών) και μια μείωση ως προς το τελευταίο χαρακτηριστικό (ακαδημαϊκός χαρακτήρας Π.Φ.Υ. μέσω συνεργασιών με ιδρύματα και πανεπιστήμια). Συνεπώς, τα αποτελέσματα δικαιολογούν την βελτίωση που παρατηρήθηκε για την εν λόγω διάσταση για τις μονάδες αυτού του είδους. Θα λέγαμε, ότι παρόλη τη μείωση που πραγματοποιήθηκε για το τελευταίο χαρακτηριστικό, αυτό που χρήζει πιο άμεσης βελτίωσης είναι το δεύτερο διότι παρουσιάζει ακραίες καταστάσεις λειτουργικής διασύνδεσης όπου τα επίπεδα κακής διασύνδεσης φθάνουν σε ποσοστό 36%.



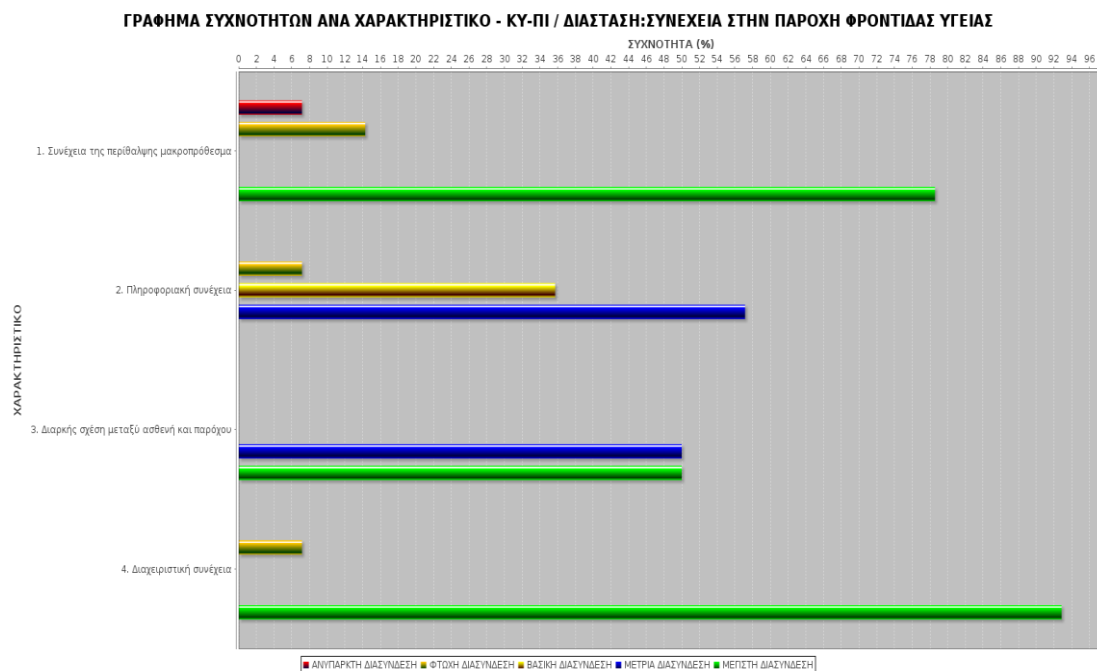
Εικόνα 14.3: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 3η Διάσταση/Κ.Υ.-Π.Ι.

Για την 4η διάσταση, τα αποτελέσματα λειτουργικής διασύνδεσης των χαρακτηριστικών της φαίνονται στην Εικόνα 14.3. Εδώ υπάρχει μια σαφώς βελτιωμένη κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης που προφανώς δικαιολογεί και την βελτιωμένη κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης της διάστασης. Συγκεκριμένα, από τα 6 χαρακτηριστικά τα 5 παρουσιάζουν βελτίωση, όπου τα 4 παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση (2, 4, 6 και 7), ενώ μόνο στο χαρακτηριστικό 3 (διευκόλυνση της προσβασιμότητας) η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης μπορεί να χαρακτηριστεί σταθερή με μετακινήσεις περίπου ίσων ποσοστών βελτίωσης και χειροτέρευσης προς τα κεντρικά επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης.



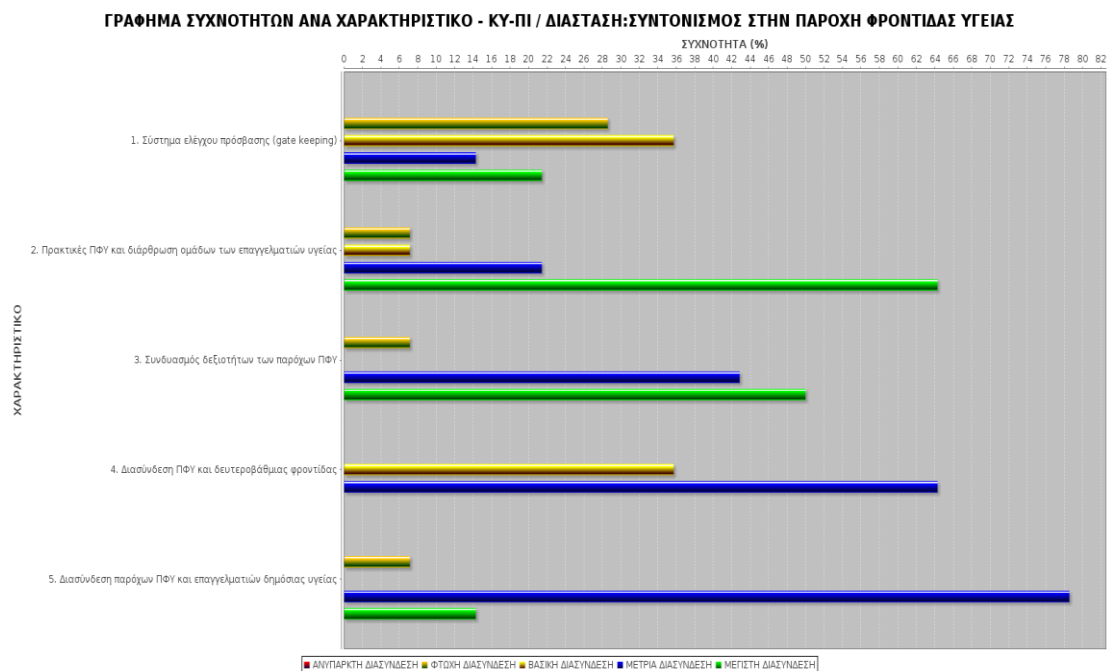
Εικόνα 14.3: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 4η Διάσταση/Κ.Υ.-Π.Ι.

Η Εικόνα 14.4 παρουσιάζει την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης για τα χαρακτηριστικά της 5ης διάστασης για τις μονάδες ΚΥ-ΠΙ. Σε σχέση με τα αντίστοιχα γενικά αποτελέσματα, παρατηρούμε βελτίωση σε 2 χαρακτηριστικά (3 και 4) και μείωση σε 2 χαρακτηριστικά (1 και 2), όπου τα ποσοστά βελτίωσης υπερτερούν για λίγο σε σχέση με τα ποσοστά χειροτέρευσης, πράγμα το οποίο ουσιαστικά αντικατοπτρίζεται και στην κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης των μονάδων ΚΥ-ΠΙ για αυτή την διάσταση. Από όλα τα χαρακτηριστικά θα λέγαμε ότι είναι πιο επιτακτικό να βελτιωθεί περισσότερο το 2ο (πληροφοριακή συνέχεια), όπου τα ποσοστά βασικής και χαμηλής λειτουργικής διασύνδεσης αγγίζουν το 43%.



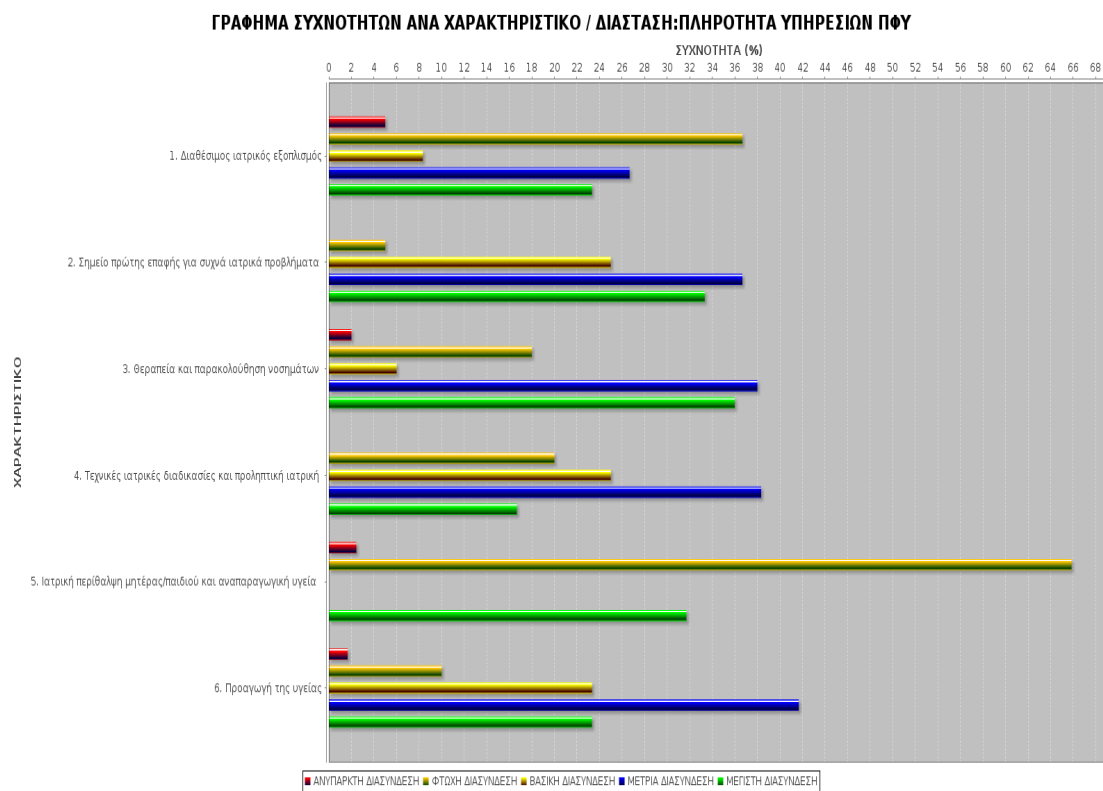
Εικόνα 14.4: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 5η Διάσταση/Κ.Υ.-Π.Ι.

Για την 6η διάσταση, τα αποτελέσματα των χαρακτηριστικών αντικατοπτρίζονται στην Εικόνα 14.5. Εδώ παρατηρούμε μια σαφής βελτίωση για όλα τα χαρακτηριστικά εκτός από το πρώτο, όπου η βελτίωση είναι αρκετά μεγάλη για τα χαρακτηριστικά 2 (πρακτικές Π.Φ.Υ. και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας) και 3 (συνδυασμός δεξιοτήτων των παρόχων Π.Φ.Υ.). Προφανώς, η εικόνα αυτή δικαιολογεί απόλυτα την βελτίωση που παρατηρείται για την διάσταση ως προς αυτό το είδος μονάδων Π.Φ.Υ. Το χαρακτηριστικό που χρήζει πιο άμεσης βελτίωσης είναι κι αυτό στο οποίο παρουσιάστηκε μείωση, το πρώτο (σύστημα ελέγχου πρόσβασης).



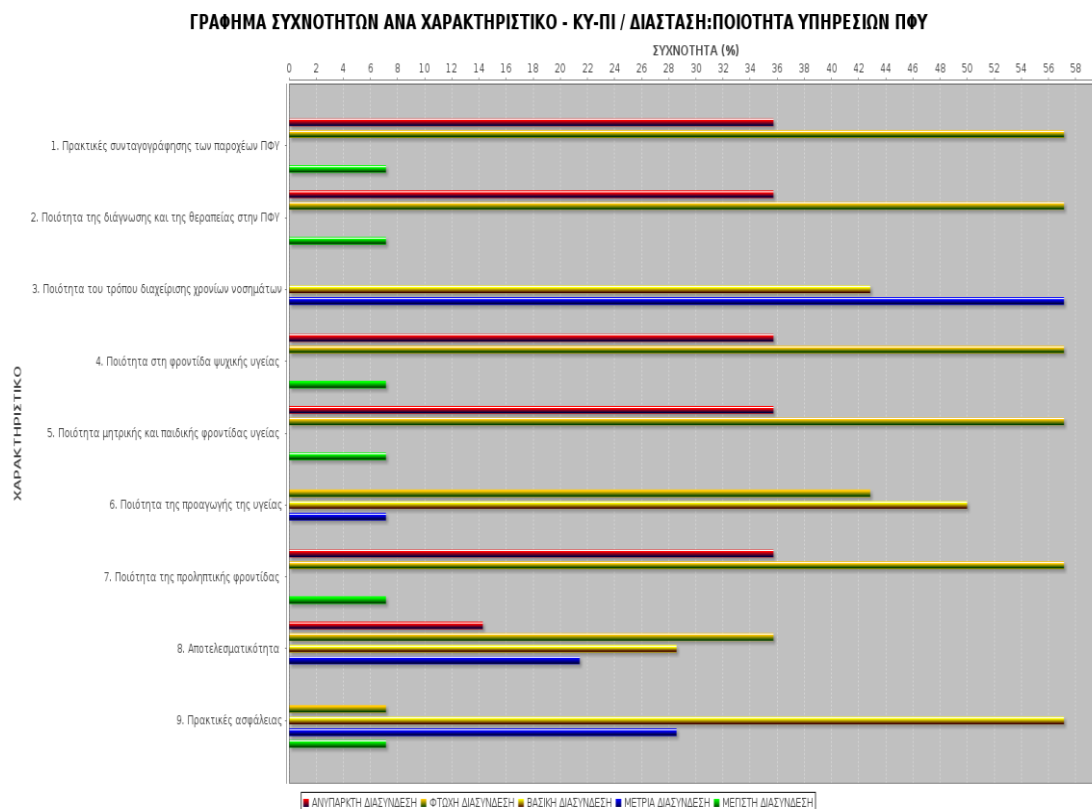
Εικόνα 14.5: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 6η Διάσταση/Κ.Υ.-Π.Ι.

Στην 7η διάσταση, η Εικόνα 14.6 επιδεικνύει την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης των χαρακτηριστικών της. Εδώ υπάρχει χειροτέρευση για το πρώτο χαρακτηριστικό (διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός) και βελτίωση για τα υπόλοιπα, όπου μεγάλα ποσοστά βελτίωσης εμφανίζονται στα χαρακτηριστικά 4 (τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική) και 6 (προαγωγή της υγείας). Θα λέγαμε ότι η μείωση για το πρώτο χαρακτηριστικό εμποδίζει την σαφή και μεγάλη βελτίωση για αυτή την διάσταση ως προς τις μονάδες ΚΥ-ΠΙ. Τα χαρακτηριστικά που χρήζουν πιο άμεσης βελτίωσης είναι το πρώτο (που είχε και την μείωση) αλλά και το 5ο (ιατρική περίθαλψη μητέρας/παιδιού και αναπαραγωγική υγεία), όπου στο τελευταίο είχαμε μια βελτίωση όπου δεν μπορεί να χαρακτηριστεί επαρκής.



Εικόνα 14.6: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 7η Διάσταση/ΚΥ-ΠΙ

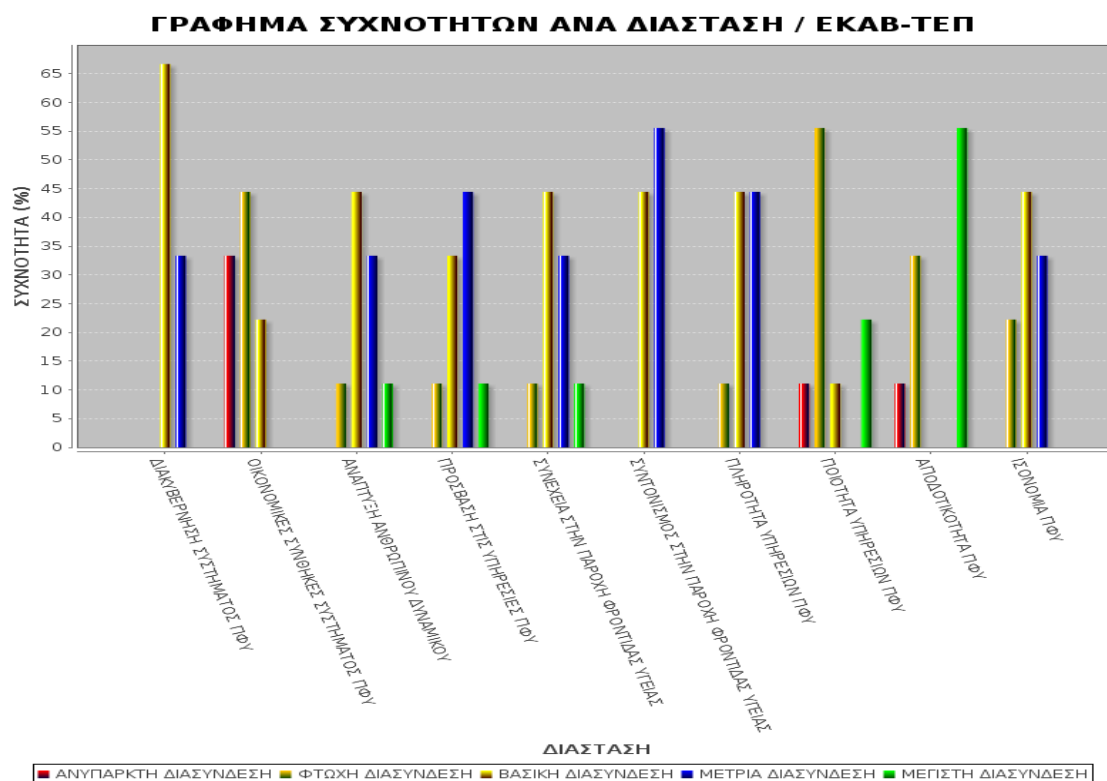
Η Εικόνα 14.7 παρουσιάζει τα αποτελέσματα λειτουργικής διασύνδεσης για την 8η διάσταση. Εδώ υπάρχει καθαρή μείωση για 7 (1, 2, 4 - 8) από τα 9 χαρακτηριστικά, όπου η μεγαλύτερη σημειώνεται για τα χαρακτηριστικά 6 (ποιότητα της προαγωγής της υγείας) και 8 (αποτελεσματικότητα). Για τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά, η βελτίωση είναι μικρή για το 3ο (ποιότητα του τρόπου διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων) και μεγάλη για το 9ο (πρακτικές ασφάλειας). Τα χαρακτηριστικά που χρήζουν άμεσης βελτίωσης, για την διάσταση που ούτως ή άλλως χρειάζεται οπωσδήποτε βελτίωση για όλες τις μονάδες, είναι τα 1, 2, 4, 5, 7 και 8. Θα πρέπει να τονιστεί εδώ ότι η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης της 8ης διάστασης για τις μονάδες ΚΥ-ΠΙ αντικατοπτρίζεται πλήρως από τα εν λόγω αποτελέσματα των χαρακτηριστικών της διάστασης.



Εικόνα 14.6: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 8η Διάσταση/Κ.Υ.-Π.Ι.

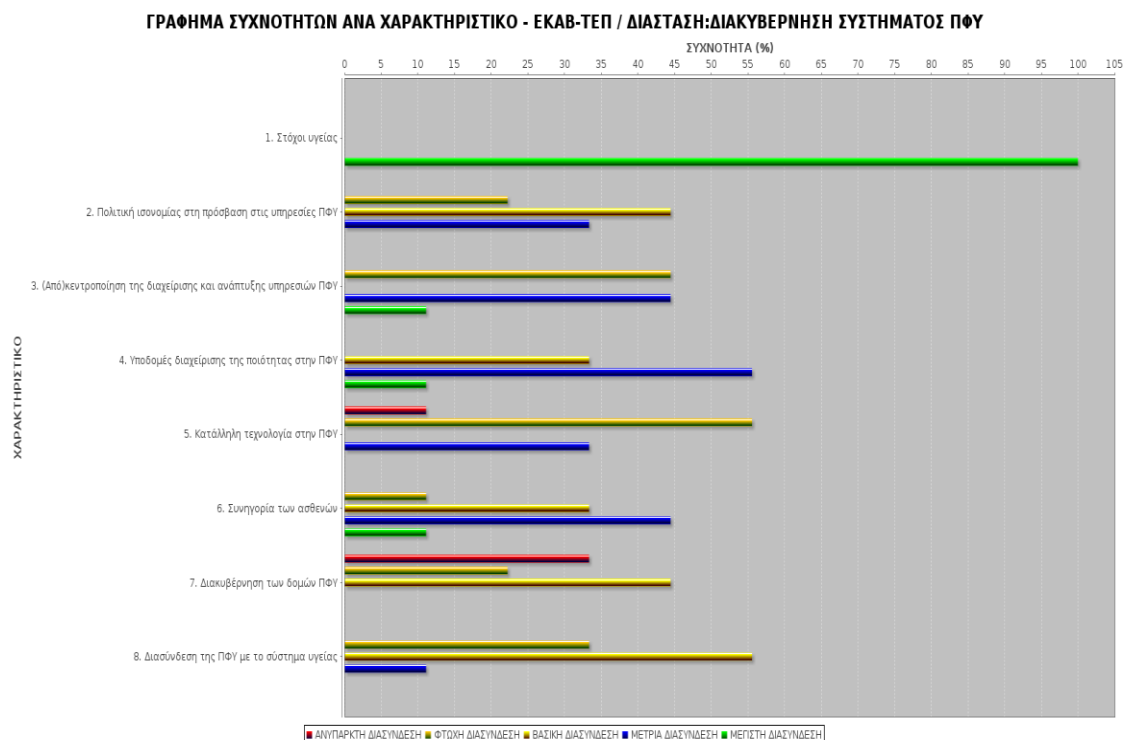
Η ανάλυση των χαρακτηριστικών για το είδος μονάδων Π.Φ.Υ. Κ.Υ.-Π.Ι. ολοκληρώνεται σε αυτό το σημείο διότι για την 9η διάσταση τα χαρακτηριστικά βαθμολογούνται με τον ίδιο τρόπο ενώ για τη 10η διάσταση υπάρχει μόνο ένα χαρακτηριστικό, οπότε τα αποτελέσματα αυτών των διαστάσεων είναι τα ίδια με αυτά των χαρακτηριστικών τους. Εν κατακλείδι, θα λέγαμε ότι τα αποτελέσματα λειτουργικής διασύνδεσης των διαστάσεων των μονάδων ΚΥ-ΠΙ αντικατοπτρίζονται από τα αντίστοιχα αποτελέσματα των χαρακτηριστικών των διαστάσεων αυτών. Η μόνη παρατήρηση είναι ότι σε μερικές περιπτώσεις, όπου η βελτίωση ή χειροτέρευση ως προς τον γενικό μέσο όρο είναι μικρή, ουσιαστικά επικρατεί μια ανάμεικτη κατάσταση όπου μισά από τα χαρακτηριστικά βελτιώνονται και τα άλλα μισά χειροτερεύουν αλλά οι σχετικές διαφορές βελτίωσης-χειροτέρευσης ουσιαστικά απεικονίζουν και το μικρό ποσοστό βελτίωσης ή χειροτέρευσης της εκάστοτε διάστασης.

Μονάδες Π.Φ.Υ. (Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.)



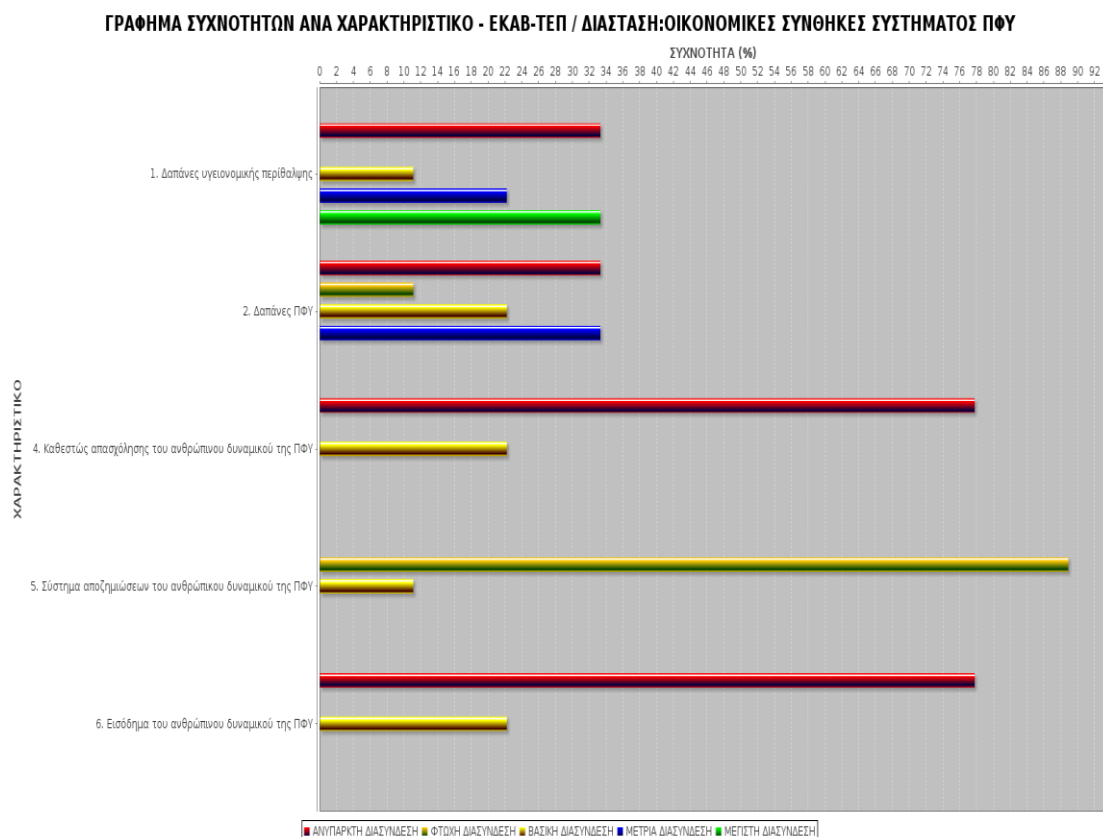
Εικόνα 15: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Διάσταση – Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.

Προχωρώντας στην ανάλυση της λειτουργικής κατάστασης των χαρακτηριστικών για το είδος μονάδων Π.Φ.Υ. *Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.* Τα αποτελέσματα για την 1η διάσταση απεικονίζονται στην Εικόνα 15.1. Όπως ήταν αναμενόμενο, με βάση και τα γενικά αποτελέσματα της διάστασης για αυτό το είδος μονάδων, τα μισά χαρακτηριστικά (2, 5, 6 και 8) παρουσιάζουν μείωση ποσοστών, τρία χαρακτηριστικά (1, 3 και 4) παρουσιάζουν κάποια αύξηση και σε ένα η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης θα λέγαμε ότι έμεινε σταθερή με μετακίνηση ποσοστών προς ενδιάμεσες καταστάσεις λειτουργικής διασύνδεσης. Για τα χαρακτηριστικά 2, 5 και 6 η μείωση αγγίζει ή ξεπερνάει το 20%, ενώ μόνο για το πρώτο χαρακτηριστικό (στόχοι υγείας) υπάρχει μια καλή αύξηση της τάξης του 14% - μάλιστα ουσιαστικά εδώ έχουμε την περίπτωση όπου η λειτουργική κατάσταση διασύνδεσης για αυτό το χαρακτηριστικό είναι η βέλτιστη για τις μονάδες Π.Φ.Υ. αυτού του είδους. Ουσιαστικά, η αύξηση για το 4ο χαρακτηριστικό είναι τόσο μικρή (περίπου 4%) που θα λέγαμε ότι είναι πιο κοντά σε μια σταθερή κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης σε σχέση με τα γενικά αποτελέσματα των χαρακτηριστικών αυτής της διάστασης.



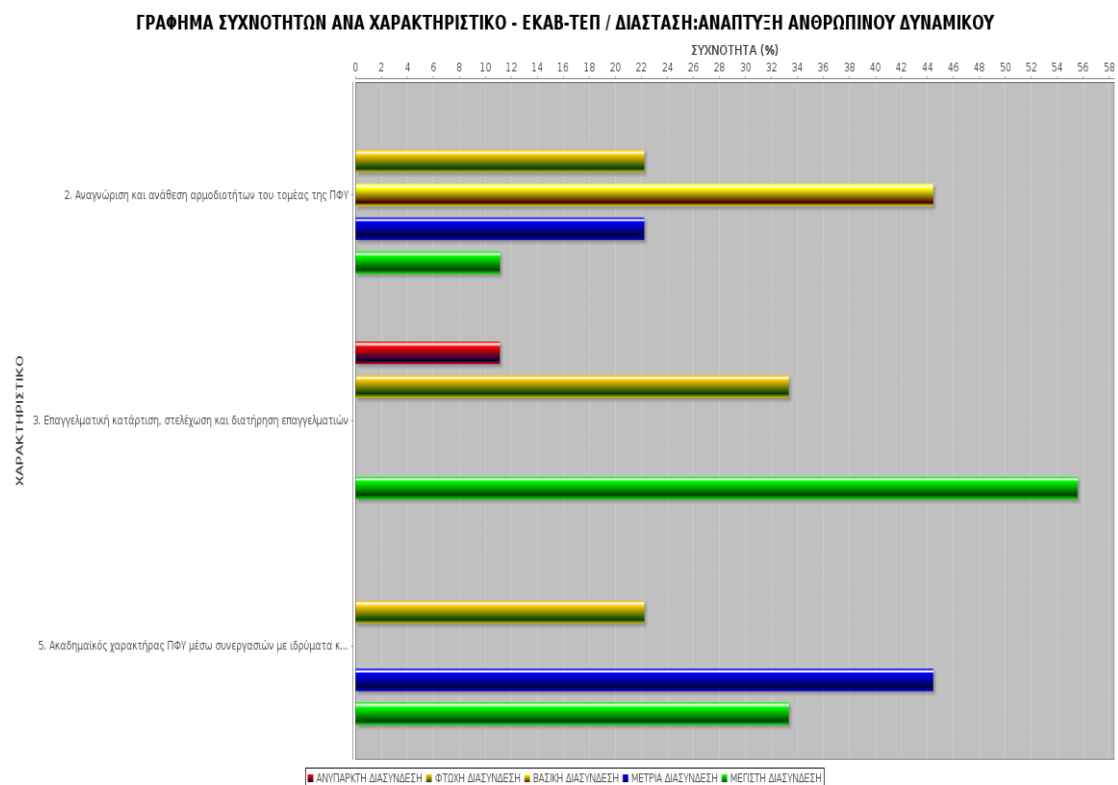
Εικόνα 15.1.: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 1η Διάσταση/Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.

Η Εικόνα 15.2 απεικονίζει την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης των χαρακτηριστικών της 2η διάστασης. Εδώ η κατάσταση είναι πολύ κακή διότι έχουμε χειροτέρευση για όλα τα χαρακτηριστικά (πάνω από 10%), με αποκορύφωμα τα χαρακτηριστικά 4 (καθεστώς απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.) και 6 (εισόδημα ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.) όπου η μείωση αγγίζει το 38%. Η συγκεκριμένη απεικόνιση ταιριάζει απόλυτα με την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης για τη εν λόγω διάσταση του συγκεκριμένου είδους μονάδων Π.Φ.Υ. Ουσιαστικά όλα τα χαρακτηριστικά χρήζουν οπωσδήποτε σημαντικής βελτίωσης με πιο άμεση την τροποποίηση της κατάστασης για τα χαρακτηριστικά 4-6 (το 5ο αφορά το σύστημα αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.).



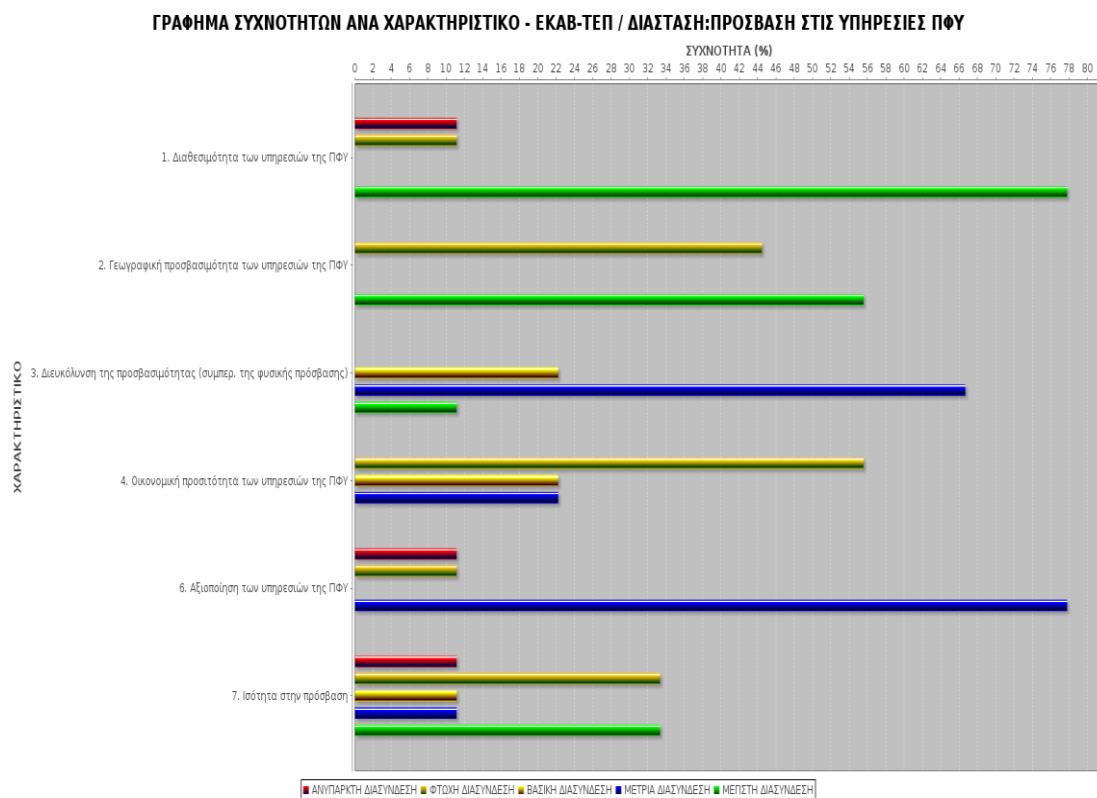
Εικόνα 15.2.: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 2η Διάσταση/Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.

Η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης για τα χαρακτηριστικά της 3ης διάστασης απεικονίζεται στην Εικόνα 15.3. Εδώ μπορεί να φανεί για τα 2 (2. αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.Υ. και 5. ακαδημαϊκός χαρακτήρας της Π.Φ.Υ. μέσω συνεργασιών με ιδρύματα και πανεπιστήμια) από τα 3 χαρακτηριστικά έχουμε μικρή χειροτέρευση και μια μικρή βελτίωση για το χαρακτηριστικό 3 (επαγγελματική κατάρτιση, στελέχωση και διατήρηση επαγγελματιών). Αθροιστικά, επομένως, η χειροτέρευση για την 3η διάσταση ως προς αυτό το είδος μονάδων Π.Φ.Υ. μπορεί να αποδειχθεί. Τα χαρακτηριστικά που χρήζουν άμεση βελτίωσης είναι πρωτίστως το 3. και έπειτα το 2.



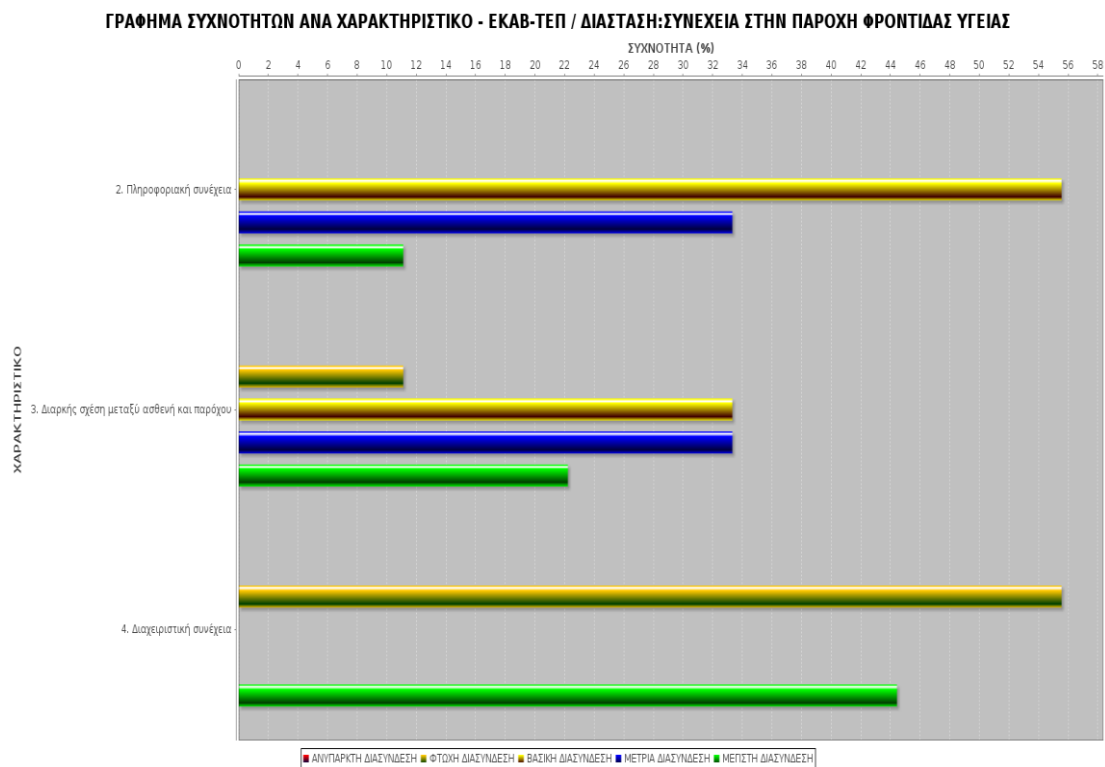
Εικόνα 15.3: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 3η Διάσταση/Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.

Για την 4η διάσταση, η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης των χαρακτηριστικών της απεικονίζεται στην Εικόνα 15.4. Εδώ έχουμε ότι 5 (1., 2., 4., 6.-7.) από τα 6 χαρακτηριστικά έχουν υποστεί μείωση και μόνο ένα (3.) έχει βελτιωθεί (του οποίου η βελτίωση είναι αναμενόμενη αν σκεφθούμε το ρόλο που πρέπει να επιτελούν τα Ε.Κ.Α.Β. διευκολύνοντας την πρόσβαση των ασθενών στα νοσοκομεία). Τα 3 από τα 5 χαρακτηριστικά που έχουν χειροτερεύσει έχουν μείωση της τάξης 20% και πάνω ενώ και για το χαρακτηριστικό που έχει βελτιωθεί, το ποσοστό αύξησης αγγίζει το 24%. Συνεπώς, η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης της 4ης διάστασης πράγματι αντικατοπτρίζεται από την αντίστοιχη κατάσταση διασύνδεσης των χαρακτηριστικών της. Το χαρακτηριστικό που χρήζει άμεσης βελτίωσης σε σχέση με τα υπόλοιπα είναι το 7. (ισότητα στην πρόσβαση), όπου το ποσοστό των τριών πιο κακών επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης αγγίζει το 54%.



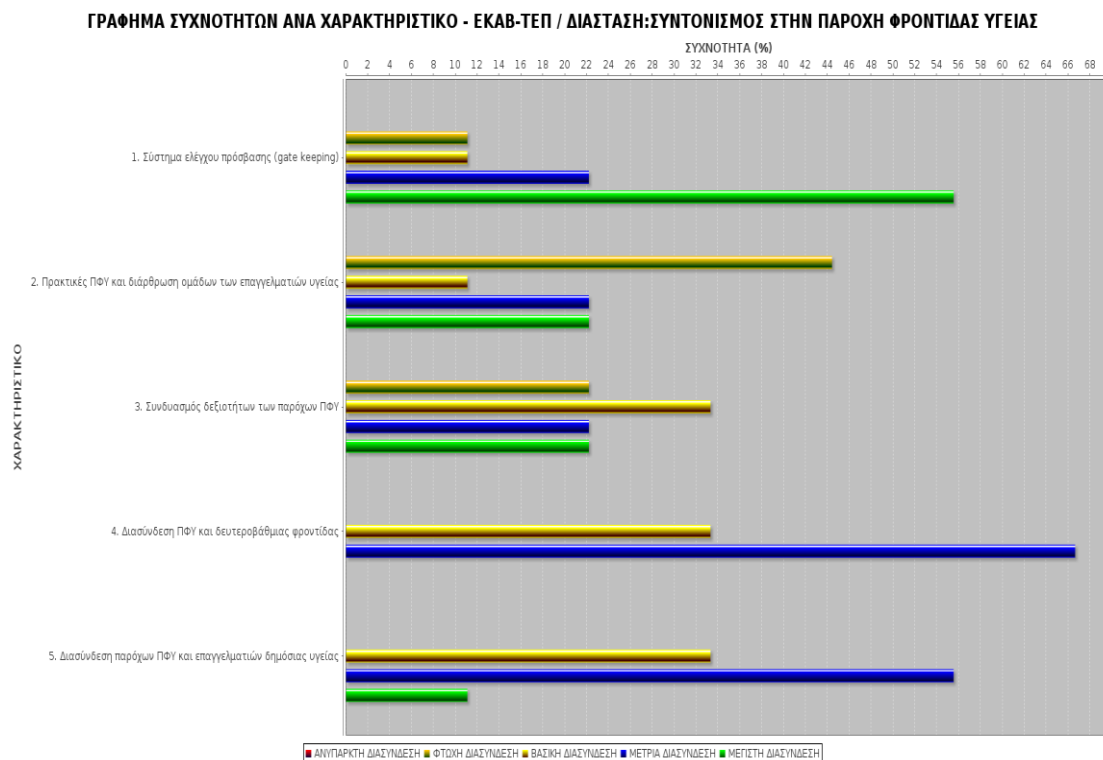
Εικόνα 15.4: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 4η Διάσταση/Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.

Η Εικόνα 15.5 επιδεικνύει την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης των χαρακτηριστικών της 5ης διάστασης. Ουσιαστικά εδώ έχουμε μείωση για όλα τα χαρακτηριστικά της διάστασης, όπου ενώ για το χαρακτηριστικό 2. (πληροφοριακή συνέχεια) η μείωση είναι μηδαμινή, για τα χαρακτηριστικά 3. (διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου) και 4. (διαχειριστική συνέχεια) η μείωση αγγίζει και ξεπερνά το 30% αντίστοιχα. Προφανώς, η χειροτέρευση της κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης της διάστασης δικαιολογείται απόλυτα από την αντίστοιχη κατάσταση των χαρακτηριστικών της. Το χαρακτηριστικό που χρήζει πιο άμεσης βελτίωσης σε σχέση με τα υπόλοιπα είναι αυτό της διαχειριστικής συνέχειας όπου περίπου 56% των μονάδων Π.Φ.Υ. Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π. βρίσκεται στο επίπεδο χαμηλής λειτουργικής διασύνδεσης.



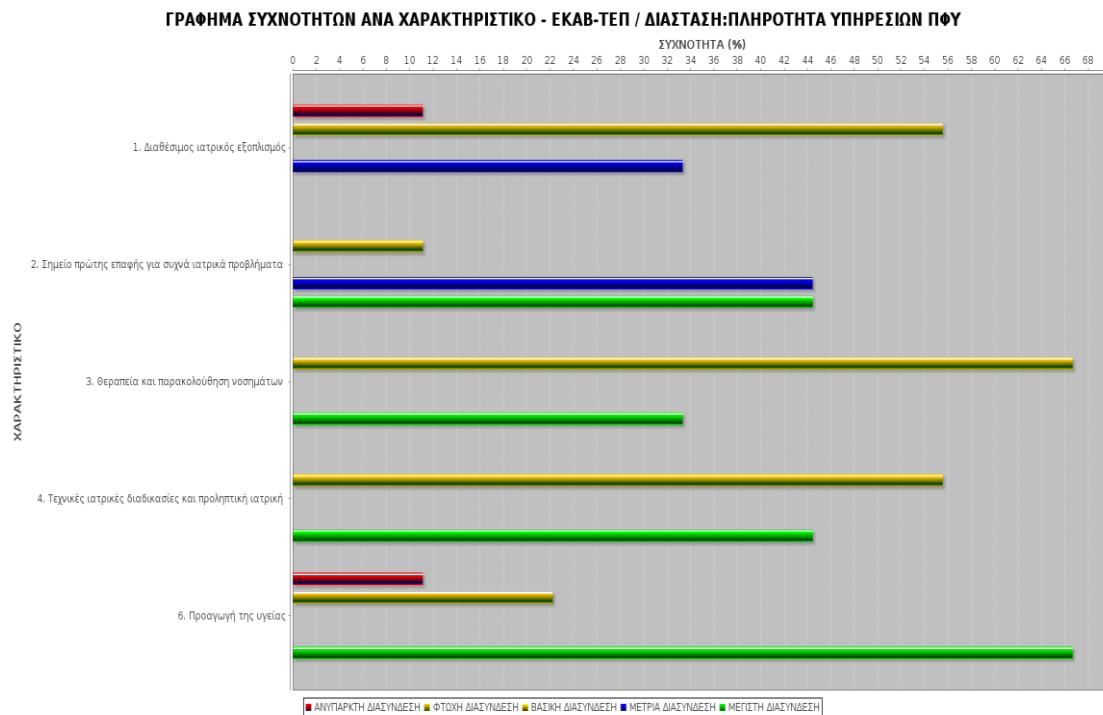
Εικόνα 15.5: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 5η Διάσταση/Ε.Κ.Α.Β. - Τ.Ε.Π.

Τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της 6ης διάστασης απεικονίζονται στην Εικόνα 15.6. Εδώ έχουμε από τα 5 χαρακτηριστικά 3 (2., 3. και 5.) να έχουν μείωση και 2 (1. και 4.) αύξηση (η αύξηση σε αυτά τα χαρακτηριστικά είναι αναμενόμενη με βάση το είδος των μονάδων Π.Φ.Υ. υπό εξέταση). Η μείωση σε 2 χαρακτηριστικά (2. και 3.) αγγίζει το 20% ενώ μόνο η αύξηση στο χαρακτηριστικό 1. (σύστημα ελέγχου πρόσβασης) φθάνει σε διψήφιο αριθμό (28%). Συνεπώς, όπως αναμενόταν, η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης της διάστασης έχει μειωθεί αν συνυπολογίσουμε τα ποσοστά μείωσης και αύξησης των χαρακτηριστικών της. Τα χαρακτηριστικά που χρήζουν πιο άμεσης βελτίωσης είναι τα 2. (πρακτικές Π.Φ.Υ. και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας) και 3. (συνδυασμός δεξιοτήτων των παρόχων Π.Φ.Υ.).



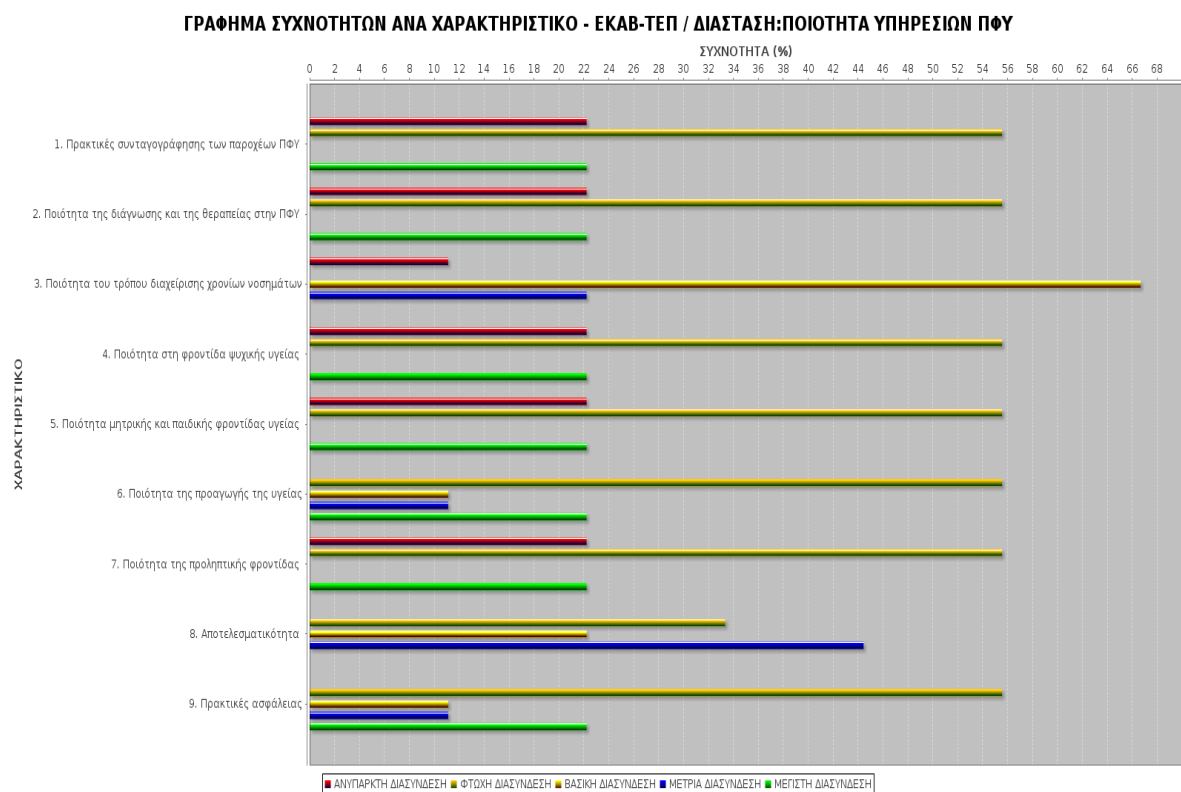
Εικόνα 15.6: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 6 Διάσταση/Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.

Η Εικόνα 15.7 απεικονίζει τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της 7ης διάστασης. Εδώ η κατάσταση είναι παρόμοια σε σχέση με την προηγούμενη διάσταση εφόσον έχουμε 5 χαρακτηριστικά στα οποία υπάρχει μείωση σε 3 (1., 3. και 4.) και αύξηση σε 2 (2. και 6.). Επιπλέον, τα ποσοστά αύξησης και μείωσης είναι όλα διψήφια με τα ποσοστά μείωσης να αρχίζουν από 24% (1. διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός) και να φθάνουν στο 45% (3. θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης που ξεπερνά και το φράγμα του 20% εμφανίζεται στο χαρακτηριστικό 6 (προαγωγή της υγείας). Τα παραπάνω έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της διάστασης για αυτό το είδος μονάδων Π.Φ.Υ. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι το χαρακτηριστικό που χρήζει άμεσης βελτίωσης είναι αυτό του διαθέσιμου ιατρικού εξοπλισμού όπου τα ποσοστά των μονάδων που βρίσκονται στα 2 κατώτατα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης αγγίζουν μαζί το 67%.



Εικόνα 15.7: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 7η Διάσταση/Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.

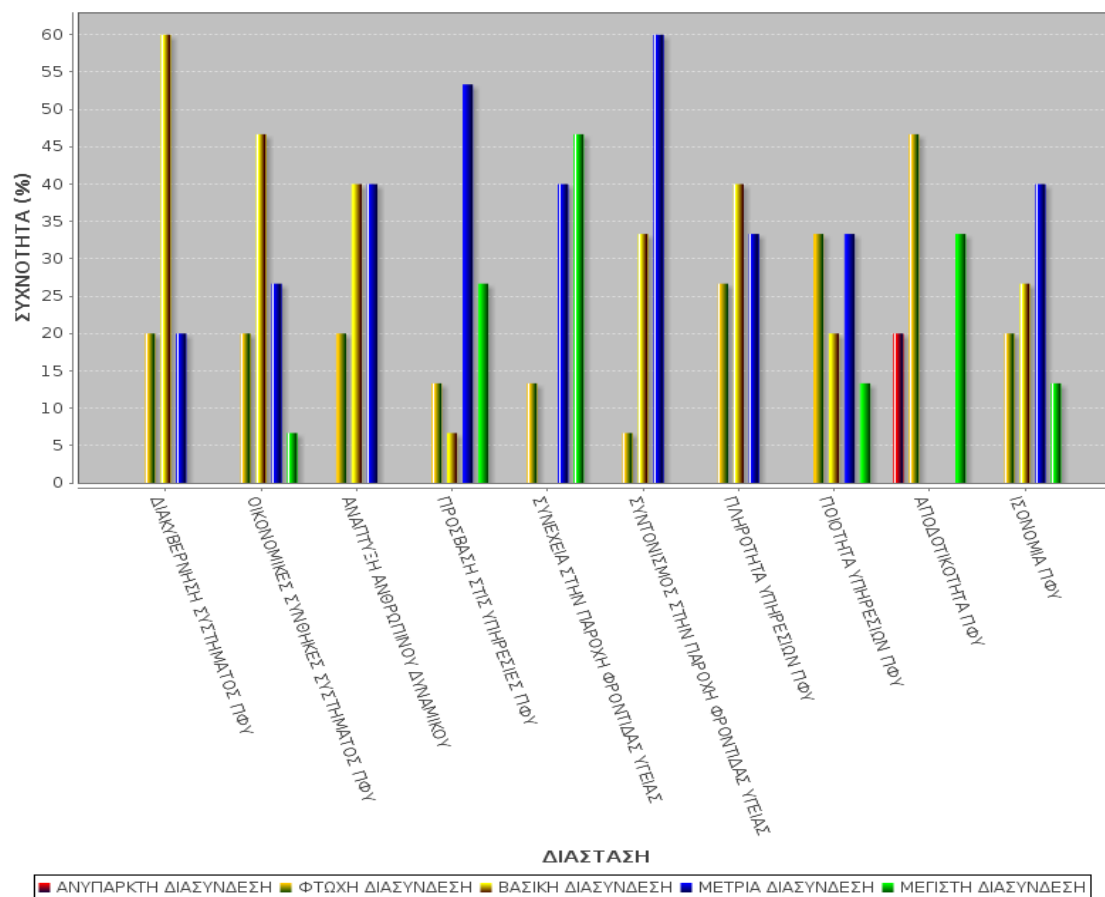
Τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της 8ης διάστασης απεικονίζονται στην Εικόνα 15.8. Ουσιαστικά εδώ έχουμε 6 χαρακτηριστικά όπου η κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης είναι ισορροπημένη (τα ποσοστά μείωσης και αύξησης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης αλληλοεξουδετερώνονται) και άλλα 3 στα οποία έχουμε μείωση (3., 6. και 9.). Το μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης το έχει το χαρακτηριστικό 3. (ποιότητα του τρόπου διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων) ενώ το μικρότερο το 8. (αποτελεσματικότητα). Επομένως, έπεται λογικά η χειροτέρευση της κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης για την 8η διάσταση.



Εικόνα 15.8: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 8η Διάσταση/Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π.

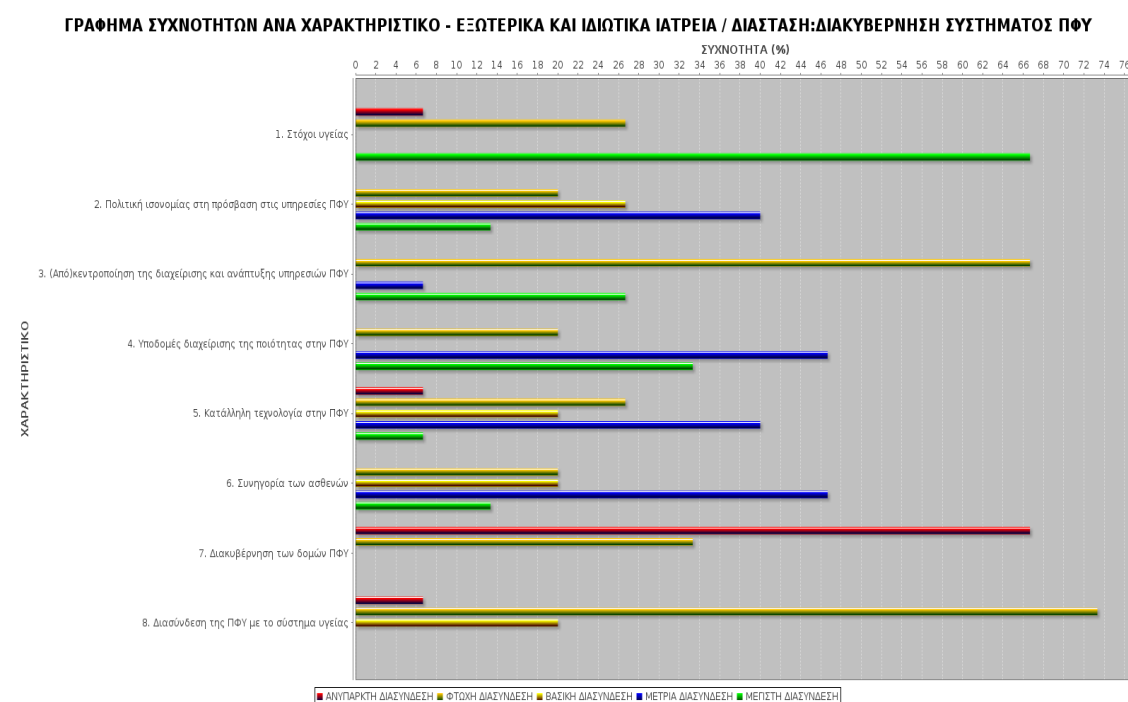
Μονάδες Π.Φ.Υ. (Εξωτερικών και Ιδιωτικών Ιατρείων)

ΓΡΑΦΗΜΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΑΝΑ ΔΙΑΣΤΑΣΗ / ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ



Εικόνα 16: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Διάσταση - Εξωτερικά και Ιδιωτικά Ιατρεία

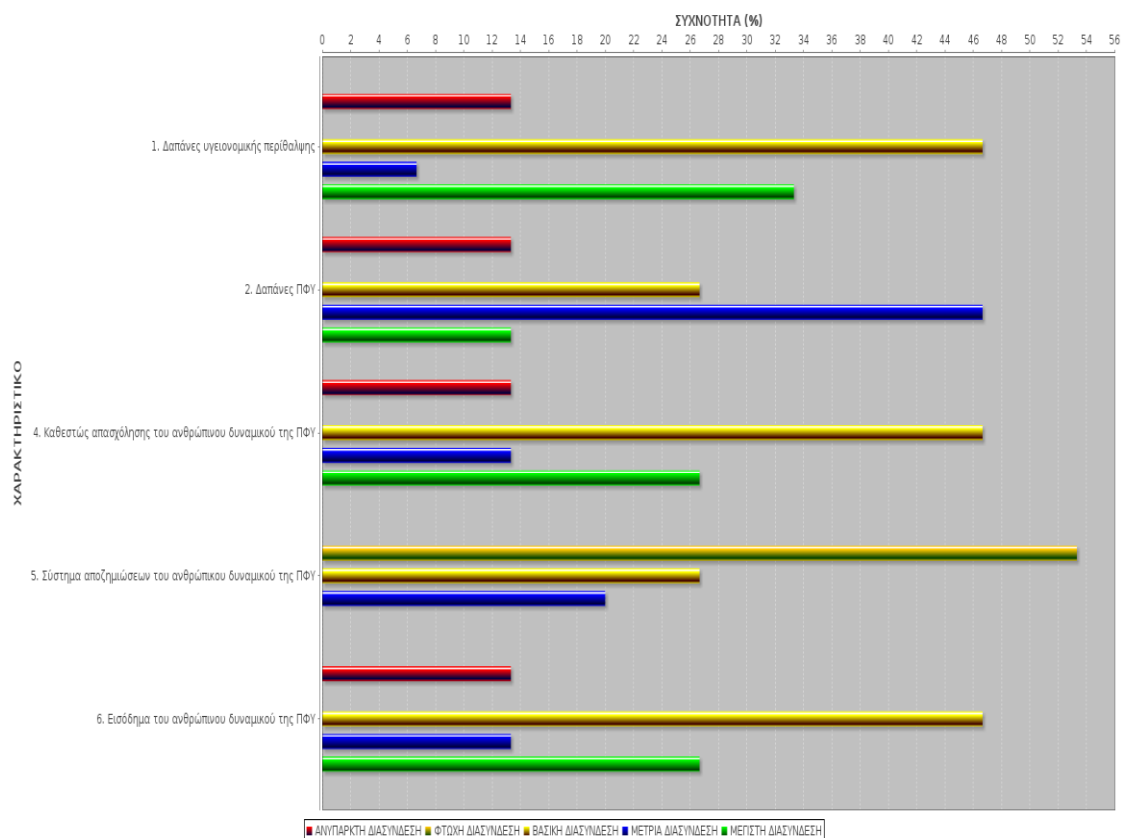
Όσον αφορά στην ανάλυση της κατάστασης της λειτουργικής διασύνδεσης των χαρακτηριστικών για αυτό το είδος μονάδων Π.Φ.Υ. Η Εικόνα 16.1 απεικονίζει τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της 1ης διάστασης. Όπως ήταν αναμενόμενο με βάση την χειροτέρευση της εικόνας για την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης της διάστασης, έχουμε 7 από τα 8 χαρακτηριστικά να έχουν μειωθεί (1.-4. και 6.-8.) με μόνο το χαρακτηριστικό 5. (κατάλληλη τεχνολογία στην Π.Φ.Υ.) να παρουσιάζει μια μικρή αύξηση. Οι μεγαλύτερες μειώσεις εμφανίζονται στο 7ο (διακυβέρνηση των δομών Π.Φ.Υ.) και 8ο (διασύνδεση της Π.Φ.Υ. με το σύστημα υγείας) χαρακτηριστικό με ποσοστά μείωσης 35% και 41% αντίστοιχα. Τα τελευταία χαρακτηριστικά είναι και αυτά που χρήζουν οπωσδήποτε πιο άμεσης βελτίωσης ως προς τα υπόλοιπα.



Εικόνα 16.1: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 1η Διάσταση/Εξωτερικά και Ιδιωτικά Ιατρεία

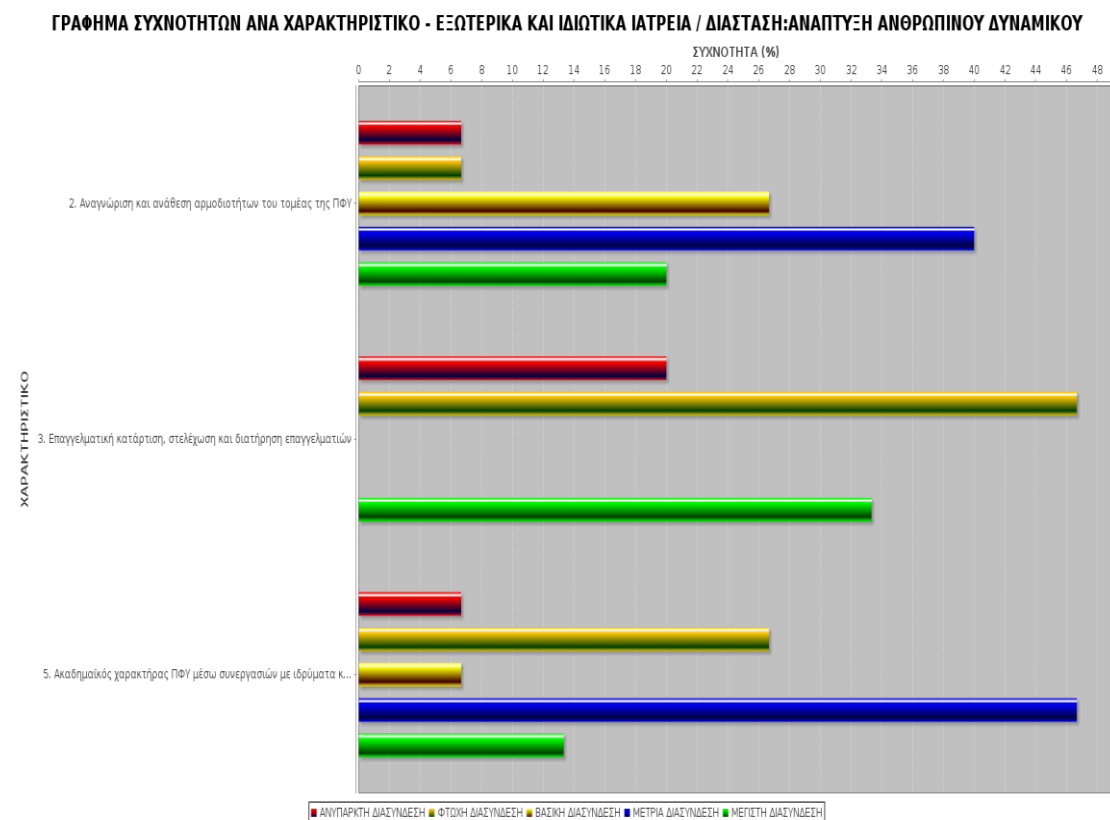
Τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της 2ης διάστασης απεικονίζονται στην Εικόνα 16.2. Ουσιαστικά επαληθεύεται η βελτίωση πάνω από το 20% για την διάσταση διότι έχουμε 4 από τα χαρακτηριστικά να παρουσιάζουν μια αύξηση ίση ή μεγαλύτερη από 20% (με μέγιστο το 27% για τα χαρακτηριστικά 4 και 6) και μόνο ένα (δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης) να παρουσιάζει αύξηση της τάξης του 9%. Τα τελευταία 3 χαρακτηριστικά χρήζουν πιο άμεσης βελτίωσης από τα υπόλοιπα.

ΓΡΑΦΗΜΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΑΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ / ΔΙΑΣΤΑΣΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΦΥ



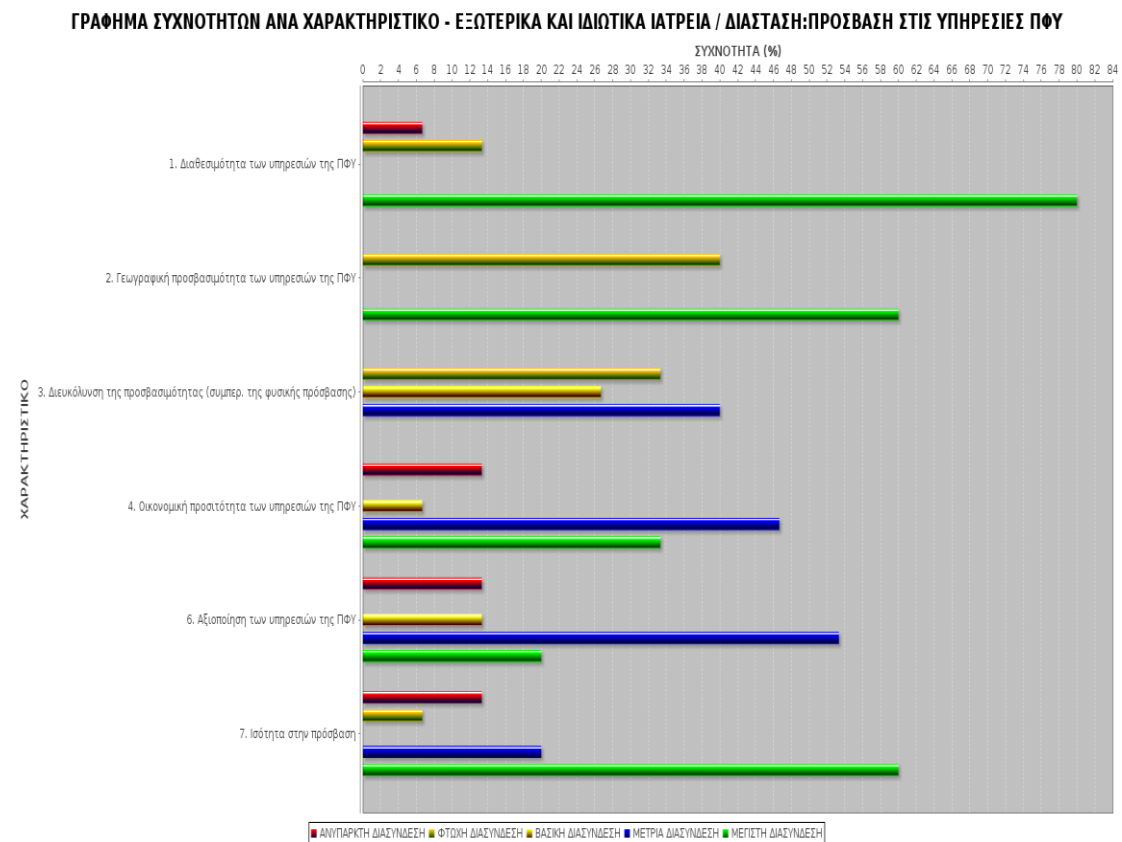
Εικόνα 16.2: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 2η Διάσταση/Εξωτερικά και Ιδιωτικά Ιατρεία

Η Εικόνα 16.3 απεικονίζει τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της 3ης διάστασης. Εδώ έχουμε 2 χαρακτηριστικά όπου παρουσιάζεται μείωση (3. επαγγελματική κατάρτιση, στελέχωση και διατήρηση επαγγελματιών και 5. ακαδημαϊκός χαρακτήρας Π.Φ.Υ. μέσω συνεργασίας με ιδρύματα και πανεπιστήμια) και ένα με αύξηση (2. αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.Υ.). Σε όλες τις περιπτώσεις, η αύξηση ή η μείωση είναι διψήφια αλλά μικρότερη του 20%. Συνεπώς, αθροιστικά δικαιολογείται απόλυτα η χειροτέρευση της κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης της 3ης διάστασης. Το χαρακτηριστικό 3. χρήζει πιο άμεσης βελτίωσης σε σχέση με τα υπόλοιπα.



Εικόνα 16.3: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 3η Διάσταση/Εξωτερικά και Ιδιωτικά Ιατρεία

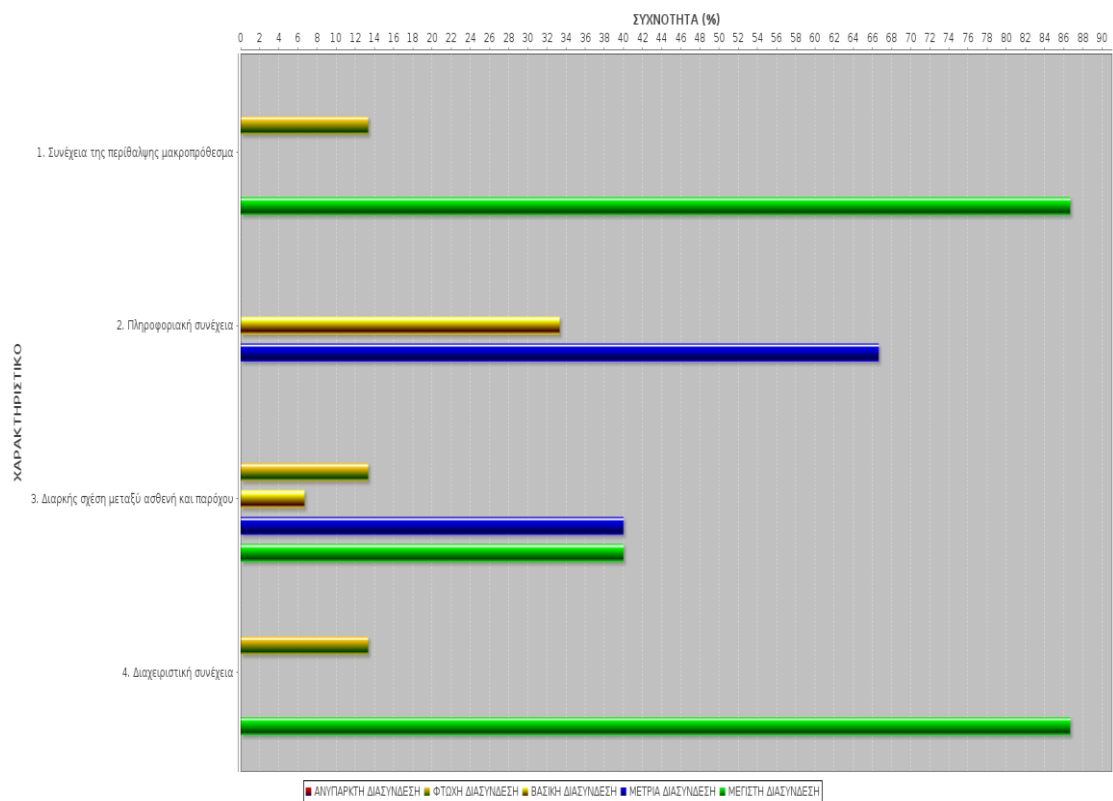
Για την 4η διάσταση, τα αποτελέσματα των χαρακτηριστικών απεικονίζονται στην Εικόνα 16.4. Εδώ από τα 6 χαρακτηριστικά, τα 4 (1.-3.) παρουσιάζουν μείωση και μόνο τα 2 (6-7) αύξηση. Εκτός από την πολύ μικρή μείωση στο χαρακτηριστικό 2. (γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.), τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά παρουσιάζουν μια μείωση πάνω από 10% (μέγιστο 14%). Στην περίπτωση των χαρακτηριστικών 6. (αξιοποίηση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.) και 7. (ισότητα στην πρόσβαση) η αύξηση είναι της τάξης του 10% περίπου. Συνεπώς, η χειροτέρευση που παρατηρείται στην κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης της 4ης διάστασης είναι δικαιολογημένη. Μόνο το χαρακτηριστικό 3. (διευκόλυνση της προσβασιμότητας) ξεχωρίζει ως προς την ανάγκη πιο άμεσης βελτίωσης σε σχέση με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά.



Εικόνα 16.4: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 4η Διάσταση/Εξωτερικά και Ιδιωτικά Ιατρεία

Η Εικόνα 16.5 παρουσιάζει τα αποτελέσματα για την 5η διάσταση. Εδώ έχουμε αύξηση σε 2 χαρακτηριστικά (2. πληροφοριακή συνέχεια και 4. διαχειριστική συνέχεια), μείωση σε 1 (3. διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου) και σταθερή κατάσταση σε άλλο ένα (1. συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα). Αν λάβουμε υπόψη τις προσαυξήσεις και προσμειώσεις των ποσοστών των χαρακτηριστικών, ουσιαστικά έχουμε μια πολύ αμυδρή υπεροχή των θετικών ποσοστών που όμως ουσιαστικά δείχνει ότι ουσιαστικά υπάρχει μια σταθερότητα ως προς τα γενικά αποτελέσματα, πράγμα το οποίο τονίστηκε προηγουμένως στην ανάλυση των αποτελεσμάτων των διαστάσεων για το είδος μονάδων Π.Φ.Υ. υπό εξέταση.

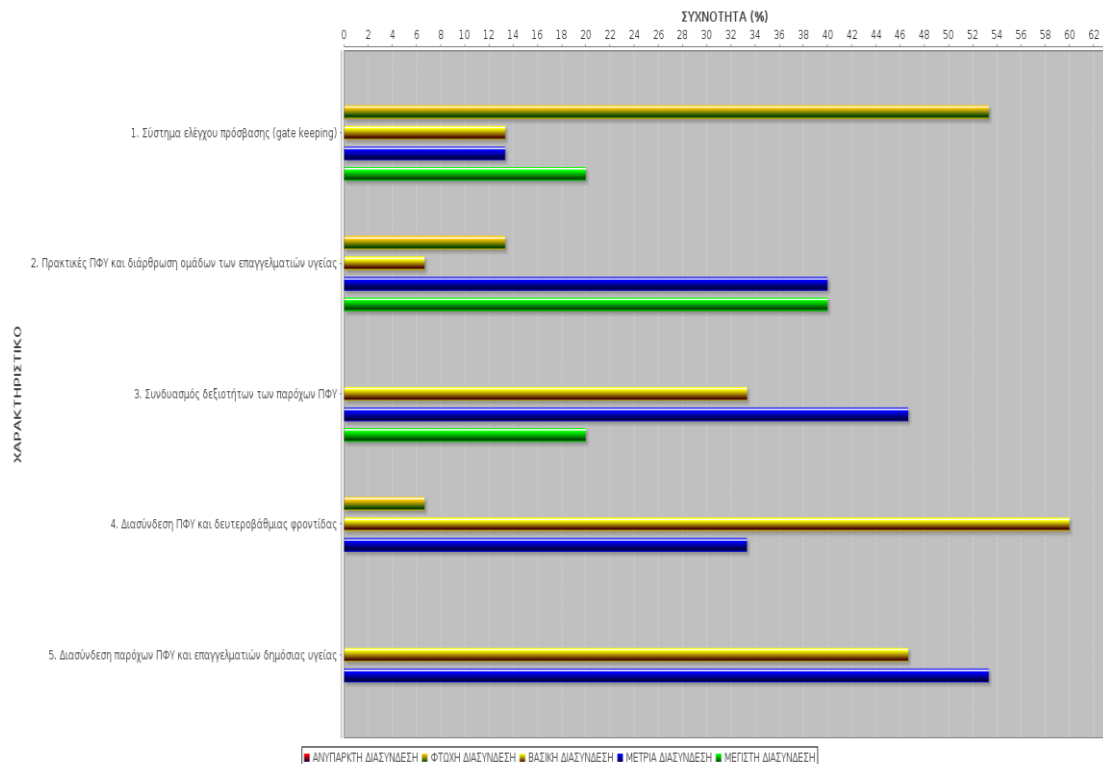
ΓΡΑΦΗΜΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΑΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ / ΔΙΑΣΤΑΣΗ:ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



Εικόνα 16.5: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 5η Διάσταση/Εξωτερικά και Ιδιωτικά Ιατρεία

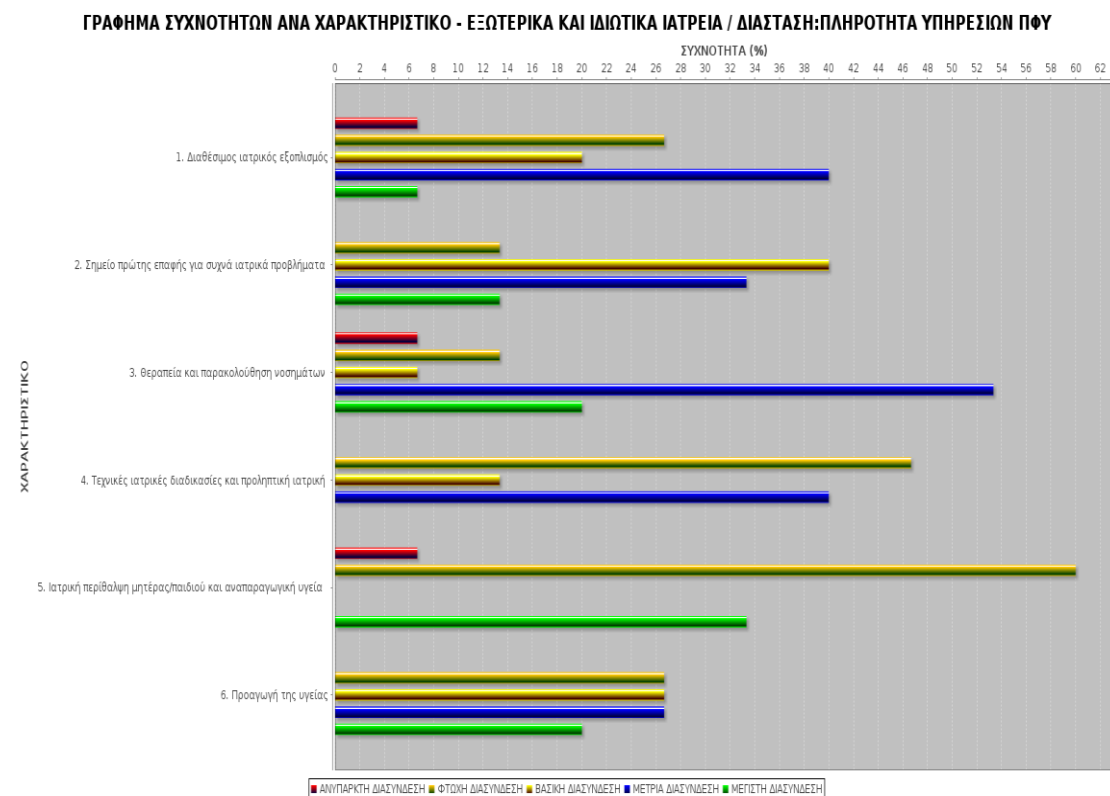
Τα αποτελέσματα για τα χαρακτηριστικά της 6ης διάστασης απεικονίζονται στην Εικόνα 16.6. Εδώ έχουμε 2 χαρακτηριστικά που έχουν μείωση (1. σύστημα ελέγχου πρόσβασης και 5. διασύνδεση παρόχων Π.Φ.Υ. και επαγγελματιών υγείας), 2 που έχουν αύξηση (2. πρακτικές Π.Φ.Υ. και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας και 3. συνδυασμός δεξιοτήτων των παρόχων Π.Φ.Υ.) και ένα (4. διασύνδεση Π.Φ.Υ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας) στο οποίο τα ποσοστά μείωσης και αύξησης αλληλοεξουδετερώνονται με την τάση όμως να ενισχύονται περισσότερο τα πιο κεντρικά επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης. Λογαριάζοντας τα ποσοστά μείωση ή αύξησης των χαρακτηριστικών προκύπτει ότι έχουμε μια σχετικά μικρή χειροτέρευση του επιπέδου λειτουργικής διασύνδεσης της 6ης διάστασης, πράγμα το οποίο επιβεβαιώθηκε και προηγουμένως. Το χαρακτηριστικό 1. χρήζει μιας πιο άμεσης βελτίωσης σε σχέση με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά.

ΓΡΑΦΗΜΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΑΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ - ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ / ΔΙΑΣΤΑΣΗ:ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ



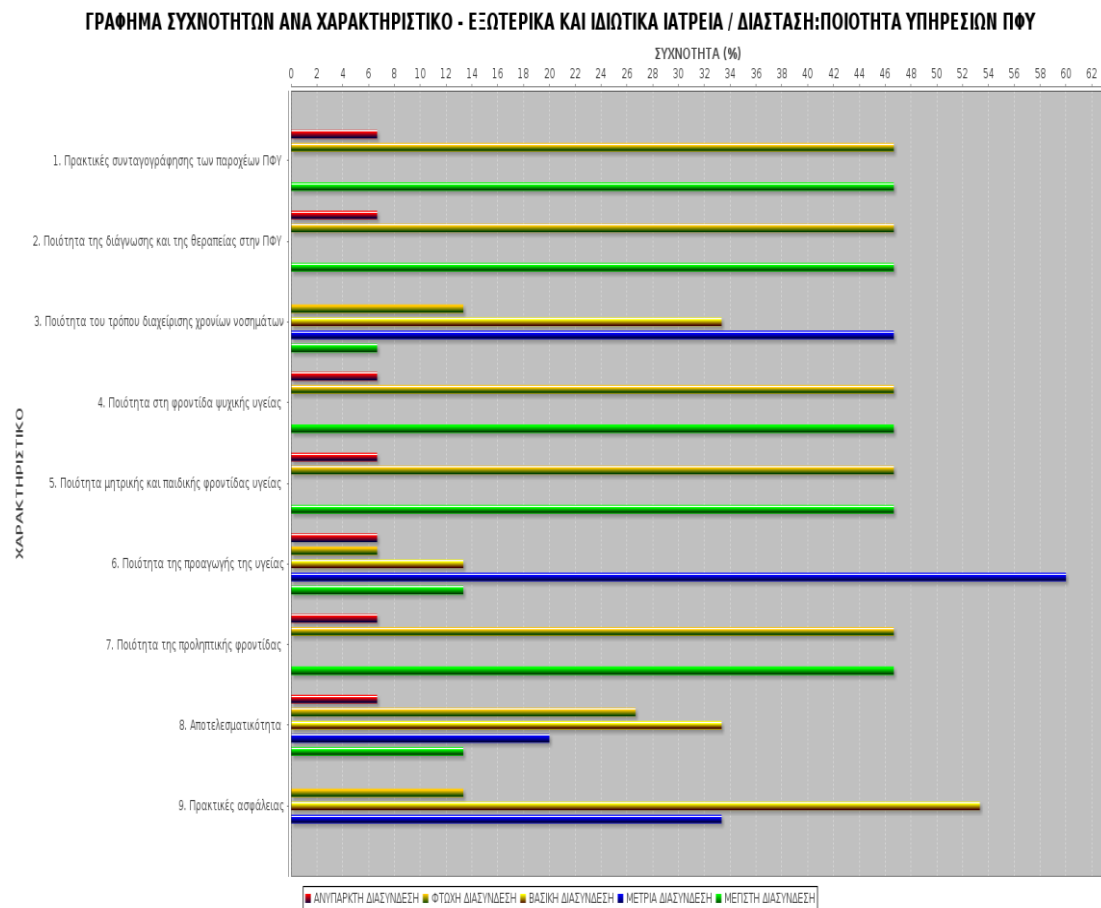
Εικόνα 16.6: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 6η Διάσταση/Εξωτερικά και Ιδιωτικά Ιατρεία

Η Εικόνα 16.7. επιδεικνύει τα αποτελέσματα διασύνδεσης για τα χαρακτηριστικά της 7ης διάστασης. Εδώ ουσιαστικά έχουμε αδιαφιλονίκητα αποτελέσματα που επιβεβαιώνουν την μεγάλη χειροτέρευση της κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης για την εν λόγω διάσταση. Συγκεκριμένα, σε όλα τα χαρακτηριστικά είχαμε μείωση, όπου η μικρότερη εμφανίζεται στα χαρακτηριστικά 1. (διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός) και 5. (ιατρική περίθαλψη μητέρας/παιδιού και αναπαραγωγική υγεία) και η μεγαλύτερη στα χαρακτηριστικά 2. (σημείο πρώτης επαφής για συχνά ιατρικά προβλήματα) και 4. (τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική). Το χαρακτηριστικό που χρήζει άμεσης βελτίωσης είναι το 5ο με τα ποσοστά των δύο κατώτατων επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης να αγγίζουν το 67%.



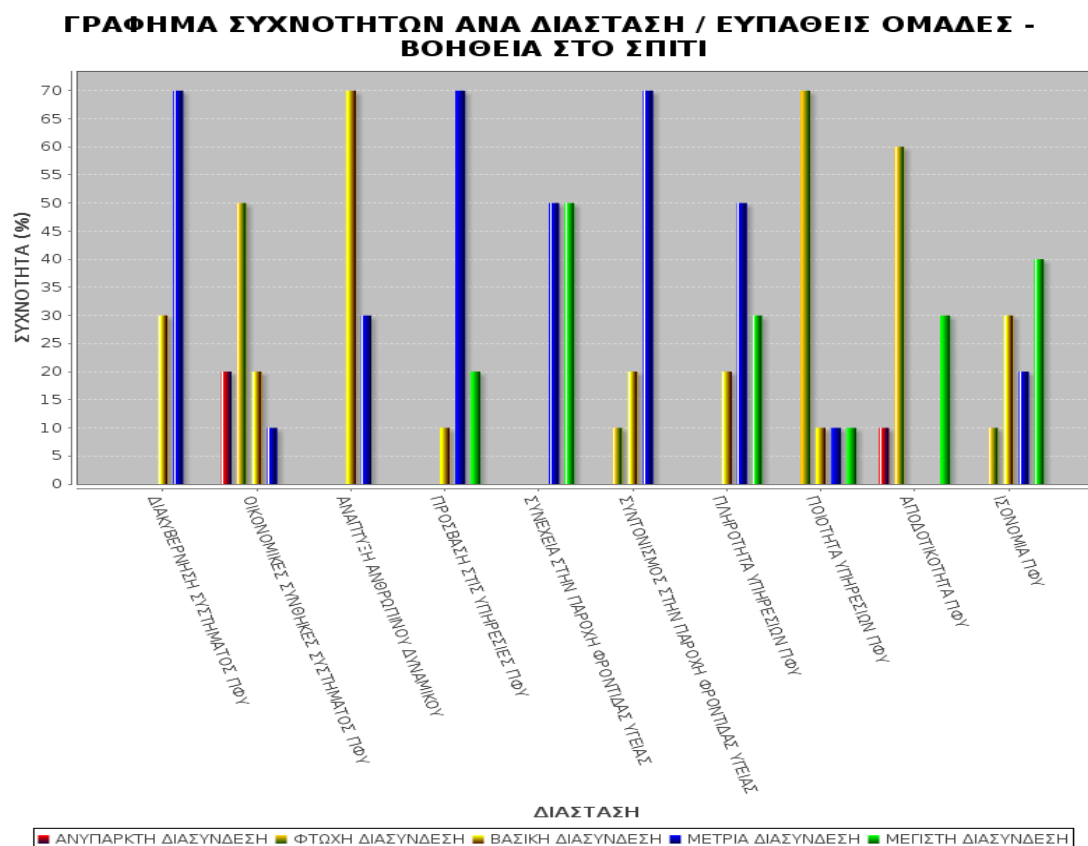
Εικόνα 16.7: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 7η Διάσταση/Εξωτερικά και Ιδιωτικά Ιατρεία

Βασιζόμενοι στην Εικόνα 16.8, μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι τα αποτελέσματα των χαρακτηριστικών για την 8η διάσταση δικαιολογούν απόλυτα τη μεγάλη βελτίωση ως προς την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης της 8ης διάστασης. Συγκεκριμένα, έχουμε 7 χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν βελτίωση (1., 2., 4.-7. και 9) και μόνο 2 (3. και 8.) με χειροτέρευση. Από όλα τα χαρακτηριστικά, το 8ο (αποτελεσματικότητα) θα πρέπει να βελτιωθεί πιο άμεσα.

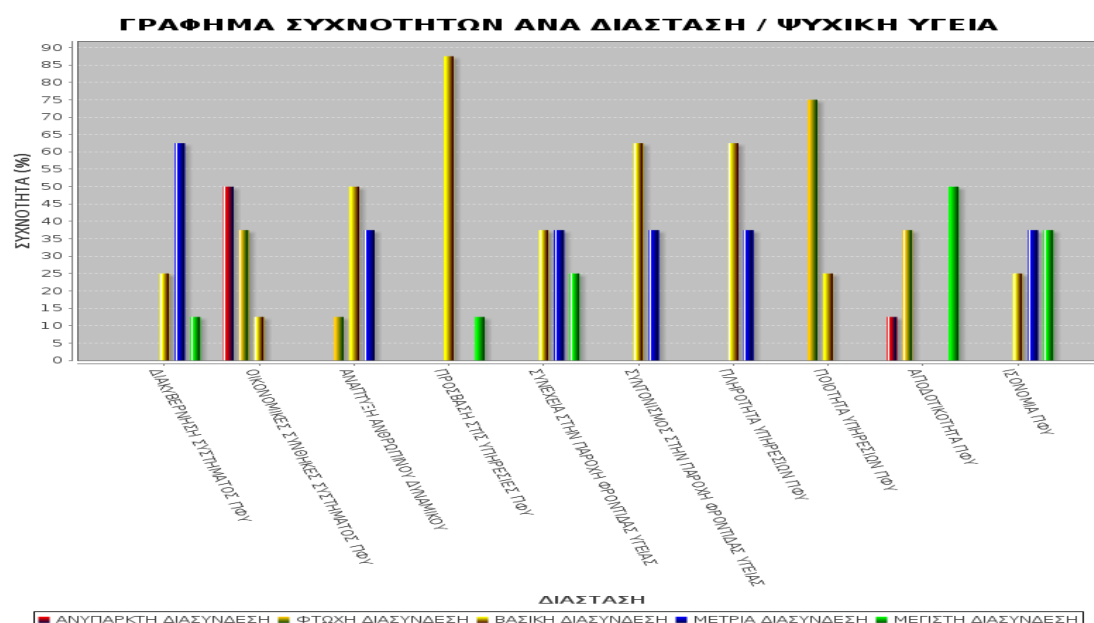


Εικόνα 16.8: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Χαρακτηριστικό - 8η Διάσταση/Εξωτερικά και Ιδιωτικά Ιατρεία

Μονάδες Π.Φ.Υ. (Ευπαθών Ομάδων και Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι)

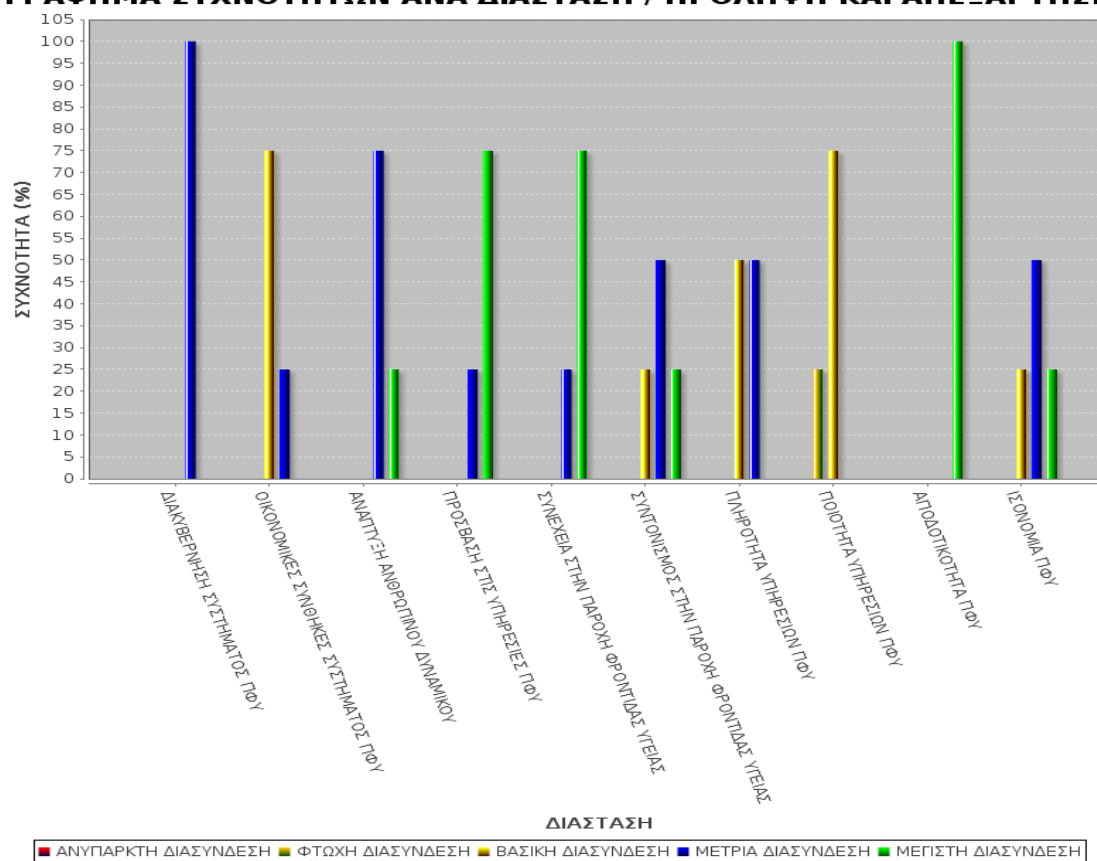


Εικόνα 17: Γραφήματα Συχνοτήτων ανά Διάσταση - Μονάδες Ευπαθών Ομάδων/Βοήθειας στο Σπίτι



Εικόνα 18: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Διάσταση - Μονάδες Ψυχικής Υγείας

ΓΡΑΦΗΜΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΑΝΑ ΔΙΑΣΤΑΣΗ / ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ



Εικόνα 19: Γράφημα Συχνοτήτων ανά Διάσταση - Μονάδες Πρόληψης και Απεξάρτησης

Παράρτημα 4

Πίνακας 1: Προτάσεις βελτίωσης των επιπέδων λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ.

Διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Χαρακτηριστικά	Προτάσεις με στόχο την βέλτιστη λειτουργική διασύνδεση
1. Διακυβέρνηση του συστήματος Π.Φ.Υ. (Governance of the PC system)	1. Στόχοι υγείας (υγειονομικής περίθαλψης)	1. Ενδυνάμωση του ρόλου της Π.Φ.Υ. στο σύστημα υγείας μέσω της υιοθέτησης των προτάσεων του υπουργείου υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης αναφορικά με την Π.Φ.Υ. και εφαρμογή αυτών στην καθημερινή λειτουργία της εκάστοτε μονάδας Π.Φ.Υ. ⁹⁻¹¹ 2. Προώθηση και εφαρμογή των πρακτικών Π.Φ.Υ. στην καθημερινή λειτουργία της εκάστοτε μονάδας Π.Φ.Υ. ¹⁰⁻¹² 3. Σχεδιασμός πολιτικών ανάπτυξης και διάτηρησης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. της εκάστοτε μονάδας και προώθηση προτάσεων στις υπεύθυνες αρχές (ΥΠΕ και Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) ¹⁰⁻¹²
	2. Πολιτική ισονομίας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.	1. Δημιουργία και εφαρμογή πολιτικής ενίσχυσης της ελεύθερης και άμεσης πρόσβασης σε ποιοτικές ιατρικές υπηρεσίες ⁹⁻¹¹ 2. Δημιουργία εσωτερικής πολιτικής από την εκάστοτε μονάδα αλλά και προώθηση προτάσεων στις αρμόδιες αρχές, για θέματα κατανομής ανθρώπινων πόρων, ποιότητας στην περίθαλψη σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές, διάρκεια χρόνου αναμονής, εξασφάλιση ενιαίας οικονομικής κάλυψης από ένα δημόσιο φορέα ⁹⁻¹¹
	3. (Από)κέντροποίηση της διαχείρισης και ανάπτυξης υπηρεσιών Π.Φ.Υ.	1. Μετάθεση διαχείρισης οικονομικού και αναπτυξιακού αντικειμένου στις Υ.Π.Ε. (έλεγχος από Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) ¹⁰⁻¹³ 2. Δενδροειδής διαβάθμιση διαχειριστικών αρχών και αποδεκτών (αρχές- υπηρεσίες – δομές Π.Φ.Υ.- επαγγελματίες υγείας- πληθυσμός περιοχής ευθύνης – ασθενείς) ⁹⁻¹² 3. Ανάπτυξη πολιτικών σχετικά με τη συμμετοχή τοπικών κοινοτήτων στη διαχείριση της Π.Φ.Υ. και την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων (ενέργειες, υπηρεσίες, πληθυσμός στόχος) ⁹⁻¹¹
	4. Υποδομές διαχείρισης της ποιότητας στην Π.Φ.Υ.	1. Εισαγωγή μηχανισμών εξασφάλισης επαρκούς ποιότητας υπηρεσιών στην Π.Φ.Υ. ^{10,12} 2. Συντονισμός της διαχείρισης της ποιότητας μέσω της εισαγωγής μηχανισμών αξιολόγησης ποιότητας, πιστοποίησης παρόχων, αδειοδότησης εγκαταστάσεων, ποιοτικών κινήτρων, διαθεσιμότητας της ποιότητας στις πληροφορίες, διαθεσιμότητας των σχετικών κλινικών κατευθυντήριων γραμμών, επαγγελματικής επάρκειας και τυποποίησης του εξοπλισμού εγκαταστάσεων ⁹⁻¹¹
	5. Κατάλληλη τεχνολογία στην Π.Φ.Υ.	1. Επαρκής και διαθέσιμη ιατρική τεχνολογία όσον αφορά τις τεχνικές, τα φάρμακα, τον εξοπλισμό και τις διαδικασίες που είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή Π.Φ.Υ. ⁹ 2. Εθνική πολιτική ή στρατηγική σχετικά με την εφαρμογή των νέων και καινοτόμων τεχνολογιών στην Π.Φ.Υ. και υλοποίηση αυτών των στρατηγικών στην καθημερινή πρακτική των μονάδων Π.Φ.Υ. (εύρεση επιχορηγήσεων, ερευνητικά και αναπτυξιακά προγράμματα, συνεργασία με ερευνητικά ιδρύματα κ.α) ^{10,12}
	6. Συνηγορία των ασθενών	1. Οργάνωση και συνεργασία με οργανισμούς Π.Φ.Υ. προσανατολισμένους στην ασθενο-κεντρική παροχή φροντίδας και δημιουργία προγραμμάτων ή ενεργειών προαγωγής της συμμόρφωσης των ασθενών σε χώρους παροχής υπηρεσιών ⁹⁻¹² 2. Ενδυνάμωση του ρόλου και του λόγου των ασθενών μέσω της συστηματικής ενημέρωσης τους για θέμα υγείας, πρόληψης και αντιμετώπισης, καθώς και του καθορισμού συστήματος υποχρεωτικής εγγραφής ασθενών σε οργανισμούς ασθενών με έμφαση στα χρόνια νοσήματα ⁹⁻¹¹
	7. Διακυβέρνηση των δομών Π.Φ.Υ.	1. Διαχωρισμός και διασύνδεση των επιπέδων διακυβέρνησης των μονάδων Π.Φ.Υ., με ταυτόχρονη ενίσχυση του ρόλου της Υ.Π.Ε. και της κοινότητας ανά γεωγραφική περιοχή ⁹⁻¹¹ 2. Ενδυνάμωση της συμμετοχής και συνηγορίας των ασθενών σε θέματα πολιτικής και λειτουργίας των δομών ^{10,12}
	8. Διασύνδεση της Π.Φ.Υ. με το σύστημα υγείας	1. Διασύνδεση της Π.Φ.Υ. μέσω διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ της Π.Φ.Υ. και ΔΦΥ ⁹⁻¹¹ 2. Προώθηση νομοθεσιών και προγραμμάτων ένταξης για την συνεργασία και διασύνδεση όλων των βαθμίδων παροχής φροντίδας υγείας ^{10,12}

Διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	Χαρακτηριστικά	Προτάσεις με στόχο την βέλτιστη λειτουργική διασύνδεση
2.Οικονομικές συνθήκες του συστήματος Π.Φ.Υ. (Economic conditions of the PC system)	1. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης	1. Συνεχής αξιολόγηση των εθνικών πολιτικών για τις δαπάνες υγείας και αξιολόγηση των αντίστοιχων δαπανών σε επίπεδο μονάδας Π.Φ.Υ. ^{17,21-25}
	2. Δαπάνες Π.Φ.Υ.	1. Διαχείριση δαπανών που πραγματοποιούνται ετησίως εντός της μονάδας Π.Φ.Υ. ¹⁷ 2. Συνεχής παρακολούθηση δαπανών, αξιολόγηση προγραμμάτων διαχείρισης και οικονομικού ελέγχου της εκάστοτε μονάδας Π.Φ.Υ., μέσω της χρήσης ηλεκτρονικών πληροφοριακών συστημάτων ²¹⁻²⁵
	3. Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας	1. Συνεχής αξιολόγηση των οικονομικών συνθηκών του εθνικού συστήματος υγείας από τις εκάστοτε μονάδες Π.Φ.Υ. (μελέτη αποδοτικότητας του συστήματος, εντοπισμός αδυναμιών και δυσλειτουργιών και επισήμανση αυτών μέσω της συνεχούς επικοινωνίας με τις ανώτερες αρχές πχ. ΥΠΕ και Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) ^{17,21-24}
	4. Καθεστώς απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.	1. Αξιολόγηση και μέριμνα για το ισχύον καθεστώς και το νομοθετικό πλαίσιο απασχόλησης των εργαζομένων στην Π.Φ.Υ., με ταυτόχρονη ανάδειξη αδυναμιών και προτάσεις βελτίωσης σύμφωνα με τις ανάγκες του ανθρώπινου δυναμικού ^{17,24,25}
	5. Σύστημα αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.	1. Προώθηση συστήματος αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ. από πολλαπλές πηγές και μορφές χρηματοδότησης (mixed-payment) ^{17,21-25} 2. Ανάδειξη αναγκών του ανθρώπινου δυναμικού και εφαρμογή συστήματος αξιολόγησης αποδοτικότητας και αποζημίωσης του προσωπικού με ανάλογο τρόπο ^{17,21-24}
	6. Εισόδημα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.	1. Προώθηση συστήματος αποζημιώσεων του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ. από πολλαπλές πηγές και μορφές χρηματοδότησης (mixed-payment) ²¹⁻²⁴ 2. Ανάδειξη αναγκών του ανθρώπινου δυναμικού και εφαρμογή συστήματος αξιολόγησης αποδοτικότητας και αποζημίωσης του προσωπικού με ανάλογο τρόπο ²¹⁻²⁴
3.Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Π.Φ.Υ. (PC workforce development)	1.Προφίλ του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.	1. Ετήσια καταγραφή του προφίλ του ανθρώπινου δυναμικού της κάθε μονάδας Π.Φ.Υ. και έλεγχος επάρκειας ή έλλειψης των απαραίτητων ειδικοτήτων ²¹⁻²⁴ 2. Διατήρηση ισορροπιών στην αναλογία των δύο φύλων ¹⁷
	2. Αναγνώριση και ανάθεση αρμοδιοτήτων του τομέα της Π.Φ.Υ.	1. Αναγνώριση αρμοδιοτήτων Π.Φ.Υ. σε εθνικό επίπεδο αλλά και υιοθέτηση νομοθεσιών αναγνώρισης των αρμοδιοτήτων αυτών από τις εκάστοτε μονάδες Π.Φ.Υ., στην καθημερινή τους πρακτική ¹⁷ 2. Διατήρηση των παρόντων αρμοδιοτήτων Π.Φ.Υ. από την εκάστοτε μονάδα και ενδυνάμωση ή εισαγωγή νέων για τα ελλαδικά δεδομένα αρμοδιοτήτων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα Π.Φ.Υ. (πχ. Καναδάς, Ολλανδία, Ιταλία) ^{17,21-24}
	3. Επαγγελματική κατάρτιση, στελέχωση και διατήρηση των επαγγελματιών που εργάζονται στην Π.Φ.Υ.	1. Συνεχής εκπαίδευση, ενημέρωση και καθοδήγηση προσωπικού της εκάστοτε μονάδας Π.Φ.Υ. για θέματα παροχής φροντίδας, σχέσης ασθενή-ιατρού, αξιολόγησης υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και προαγωγής της ποιότητας στην Π.Φ.Υ. ^{21-24,26} 2. Αξιολόγηση και ενδυνάμωση των ικανοτήτων του εργατικού δυναμικών των μονάδων Π.Φ.Υ.
	4. Επαγγελματικές οργανώσεις εργαζομένων στην Π.Φ.Υ.	1. Υποστήριξη ή δημιουργία ομάδων και οργανώσεων εργαζομένων στην Π.Φ.Υ. με διακριτό ρόλο και λόγο στην καθημερινή πρακτική και την λειτουργία της μονάδας Π.Φ.Υ. ²¹⁻²⁴
	5. Ακαδημαϊκός χαρακτήρας Π.Φ.Υ. μέσω συνεργασιών με ιδρύματα και Πανεπιστήμια	1. Στελέχωση των μονάδων Π.Φ.Υ. με προσωπικό καταρτισμένο στην διαχείριση και εκπόνηση επιστημονικών μελετών και ιατρικής έρευνας (εάν υπάρχει η δυνατότητα) ¹⁷ 2. Εναλλακτικά, προτείνονται οι συνεργασίες με πανεπιστημιακά ιδρύματα ή ερευνητικά κέντρα και η μεταφορά των επιστημονικών ευρημάτων στην καθημερινή πρακτική και λειτουργία των μονάδων Π.Φ.Υ. (από την θεωρία στην πράξη) ^{21-24,26} 3. Σε συνεργασία με τα πανεπιστημιακά ιδρύματα ή/και τα κέντρα ερευνών, οι μονάδες Π.Φ.Υ. μπορούν να αποτελέσουν «εστίες» διενέργειας επιδημιολογικών μελετών και πηγή πληροφοριών για τα θέματα υγείας, τις ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, τους τρόπους διαχείρισης των ασθενών και λοιπά θέματα υγείας ²¹⁻²⁴
	6. Μελλοντική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.	1. Διαχείριση της παρούσας κατάστασης του ανθρώπινου δυναμικού με στόχο την πρόληψη των μελλοντικών κινδύνων και την δημιουργία ενός βέλτιστου σχεδιασμού οργάνωσης, λειτουργίας και απασχόλησης του ανθρώπινου δυναμικού (μέσω τη υιοθέτησης μηχανισμού αξιολόγησης του προσωπικού και χρήσης του με αποδοτικότερο και λειτουργικότερο τρόπο εντός της μονάδας Π.Φ.Υ.) ^{17,21-24}

Διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	Χαρακτηριστικά	Προτάσεις με στόχο την βέλτιστη λειτουργική διασύνδεση
4.Πρόσβαση στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (Access to PC services)	1. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.	1. Διεύρυνση του εύρους των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που παρέχονται από την εκάστοτε μονάδα ¹⁷ 2. Παροχή μεγάλου εύρους υπηρεσιών σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες ^{17,22,26} 3. Εφαρμογή συστήματος «gate-keeping» ^{17,22,26}
	2. Γεωγραφική προσβασιμότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.	1. Επανα-χωροθέτηση μονάδων υγείας και μονάδων Π.Φ.Υ. (ή συμβολή στην μελέτη μια τέτοιας επανα-χωροθέτησης από την πλευρά της εκάστοτε μονάδας σε συνεργασία με τον επιστημονικό χώρο και τις αρμόδιες αρχές υγείας) ^{22,26} 2. Διευκόλυνση πρόσβασης στην μονάδα Π.Φ.Υ. από τους κατοίκους απομακρυσμένων γεωγραφικών περιοχών (εντός της περιοχής ευθύνης της δομής) μέσω της συνεργασίας με τις τοπικές/δημοτικές αρχές (πχ. Οργάνωση συγχών δρομολογίων από και προς τις δομές Π.Φ.Υ.) ¹⁷
	3. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας (συμπεριλαμβανομένης της φυσικής πρόσβασης)	1. Διευκόλυνση της προσβασιμότητας στις μονάδες Π.Φ.Υ. και πιο συγκεκριμένα της φυσικής πρόσβασης και του τρόπου πραγματοποίησης της ιατρικής εξέτασης (πχ. σύστημα ραντεβού, παροχή φροντίδας εκτός ωρών εργασίας/λειτουργίας ή κατ'οίκον επισκέψεις) ¹⁷ 2. Εφαρμογή συστήματος «gate-keeping» ^{22,26}
	4. Οικονομική προσιτότητα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.	1. Μείωση των οικονομικών εμποδίων που πολλές φορές χρειάζεται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς μέσω του ορισμού αρμόδιας επιτροπής εντός της δομής (διευκόλυνση σε θέματα συμπληρωματικών πληρωμών και επιμερισμού του κόστους) ^{22,26}
	5. Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ.	1. Διενέργεια μελετών για την ικανοποίηση των ασθενών από τις συγκεκριμένες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. είτε μέσω δημοσκοπήσεων σε 3/μηνιαία βάση, είτε μέσω της επιτόπιας καταγραφής απόψεων κατά την επίσκεψη των ασθενών ^{22,26}
	6. Αξιοποίηση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ.	1. Έλεγχος ορθής και πλήρους χρήσης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. οι οποίες παρέχονται στην εκάστοτε μονάδα ¹⁷ 2. Προαγωγή της πλήρους αξιοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. από την εκάστοτε μονάδα, έστω σε επίπεδο ενημέρωσης, πρόληψης και προαγωγής της υγείας του γενικού πληθυσμού ^{22,26}
	7. Ισότητα στην πρόσβαση	1. Υιοθέτηση πολιτικών και εσωτερικών κανονισμών προαγωγής της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες της μονάδας Π.Φ.Υ. μέσω της εξάλειψης των διαφορών λόγω των ατομικών, κοινωνικών, οικονομικών, ή πολιτισμικών χαρακτηριστικών (πχ. Παροχή μεταφραστική ή συστήματος μετάφρασης κατά την εξέταση αλλοδαπών ασθενών από τον ιατρό, παροχή ιατρικών συμβουλών και φροντίδας σύμφωνα με τις πολιτισμικές ή θρησκευτικές ιδιαιτερότητες των ασθενών) ^{22,26-28}
5.Συνέχεια στην παροχή φροντίδας υγείας (Continuity of care)	1. Συνέχεια της περίθαλψης μακροπρόθεσμα	1. Προαγωγή συνεχιζόμενης φροντίδας από τους ιατρούς ή τους επαγγελματίες υγείας προς τους ασθενείς ακόμα και μετά την έξοδο τους από την μονάδα Π.Φ.Υ. ^{17,27} 2. Χρήση ηλεκτρονικού συστήματος διασύνδεσης ασθενή (παρακολούθηση πορείας ασθενή εντός και εκτός της δομής) ^{2,17,22,26}
	2. Πληροφοριακή συνέχεια	1. Δημιουργία ενιαίου ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή ^{17,27} 2. Δημιουργία και εφαρμογή ενιαίου ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης ασθενών και υπηρεσιών της κάθε μονάδας Π.Φ.Υ. ^{17,22,26} 3. Πλήρης καταγραφή ενεργειών, εισροών και εκροών εντός και εκτός της κάθε μονάδας Π.Φ.Υ. ^{17,22,26} 4. Εκπαίδευση προσωπικού για χρήση Η/Υ και ηλεκτρονικών συστημάτων της μονάδας Π.Φ.Υ. ^{17,22,26}
	3. Διαρκής σχέση μεταξύ ασθενή και παρόχου	1. Καθεστώς ενδυνάμωσης ρόλου οικογενειακού ιατρού ¹⁷ 2. Διαθέσιμος οικογενειακός ιατρός για κάθε οικογένεια ^{22,26} 3. Υποχρεωτική εγγραφή του πολίτη στο μητρώο του οικογενειακού ιατρού ^{22,26}
	4. Διαχειριστική συνέχεια	1. Δημιουργία και εφαρμογή ενιαίου ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης ασθενών και υπηρεσιών της κάθε μονάδας Π.Φ.Υ. ¹⁷

Διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	Χαρακτηριστικά	Προτάσεις με στόχο την βέλτιστη λειτουργική διασύνδεση
6.Συντονισμός στην παροχή φροντίδας υγείας (<i>Coordination of care</i>)	1. Σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate keeping)	1. Εφαρμογή συστήματος «gate-keeping» για την άμεση πρόσβαση του ασθενή στο επαγγελματία υγείας της μονάδας υγείας Π.Φ.Υ. (χωρίς παραπομπή από κάποιον άλλο επαγγελματία Π.Φ.Υ.) ¹⁷
	2. Πρακτικές Π.Φ.Υ. και διάρθρωση ομάδων των επαγγελματιών υγείας	1. Δημιουργία διεπιστημονικής ομάδας εργασίας επαγγελματιών υγείας σε κάθε κλινική, τμήμα ή τομέα της μονάδας Π.Φ.Υ., καθορισμός καθηκόντων, δομής ομάδας, στόχων και συστηματική ενημέρωση πορείας εργασιών ^{17,21,22,26} 2. Δημιουργία διεπιστημονικής επιτροπής για τον ορισμό και παρακολούθηση των ομάδων εργασίας, παροχή επιστημονικής καθοδήγησης όταν χρειάζεται, διευκόλυνση λήψης αποφάσεων, παρακολούθηση διεθνών προτύπων και οδηγιών για ζητήματα βιοηθικής, κατευθυντήριων οδηγιών ^{17,21,22,26}
	3. Συνδυασμός δεξιοτήτων των παρόχων Π.Φ.Υ.	1. Στελέχωση ομάδων εργασίας και κλινικών/τμημάτων/τομέων της μονάδας Π.Φ.Υ. με επαγγελματίες με μεγάλο εύρος δεξιοτήτων, είτε σε ατομικό επίπεδο είτε σε επίπεδο ομάδας (διεπιστημονικές ομάδες, εξειδικευμένοι εργαζόμενοι, πολλαπλές εξειδικεύσεις ή δεξιότητες σε στοχευμένα πεδία) ^{2,17,22,26,29}
	4. Διασύνδεση Π.Φ.Υ. και δευτεροβάθμιας φροντίδας	1. Ενδυνάμωση της διασύνδεσης της Π.Φ.Υ. με την ΔΦΥ και προαγωγή της παροχής συνεχιζόμενης φροντίδας μέσω του καθορισμού και της χρήσης ειδικών μοντέλων προσέγγισης και κλινικών πρωτοκόλλων τα οποία διευκολύνουν την συνεχιζόμενη και κοινή φροντίδα υγείας ^{17,21,22,26}
	5. Διασύνδεση παρόχων Π.Φ.Υ. και επαγγελματιών δημόσιας υγείας	1. Προώθηση και επιδίωξη συνεργασίας επαγγελματιών υγείας της εκάστοτε μονάδας Π.Φ.Υ. με επαγγελματίες δημόσιας υγείας (πχ. Ιατροί με επαγγελματίες δημόσιας υγείας ή διοικητές/διευθυντές με επαγγελματίες των οικονομικών της υγείας) ^{21,22,26}
7.Πληρότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (<i>Comprehensiveness of PC</i>)	1. Διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός	1. Έλεγχος για πληρότητα απαραίτητου εξοπλισμού, καταγραφή αναγκών και υφιστάμενων πόρων μέσω ολοκληρωμένων ηλεκτρονικών συστημάτων καταγραφής και παρακολούθησης στην μονάδα Π.Φ.Υ. ¹⁷
	2. Σημείο πρώτης επαφής για συχνά ιατρικά προβλήματα	1. Καθορισμός εύρους και τύπου ιατρικών προβλημάτων του πληθυσμού που επισκέπτεται το πρώτο σημείο επαφής της μονάδας υγείας ¹⁷ 2. Συντονισμός λειτουργία γραφείου πρώτης επαφής και χρήση κοινού ενιαίου ηλεκτρονικού συστήματος για την διευκόλυνση της κίνησης εντός του νοσοκομείου ^{2,17,22,26}
	3. Θεραπεία και παρακολούθηση νοσημάτων	1. Καθορισμός εύρους και τύπων νοσημάτων, θεραπειών και παρακολούθηση πορείας ασθενών καθ' όλη την παραμονή τους στην μονάδα Π.Φ.Υ. αλλά και μετά την έξοδο τους από αυτή ¹⁷ 2. Δημιουργία και εφαρμογή ενιαίου ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης ασθενών και υπηρεσιών της κάθε μονάδας Π.Φ.Υ. ^{3,9,14,18} 3. Χρήση ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών ^{2,17,22,26}
	4. Τεχνικές ιατρικές διαδικασίες και προληπτική ιατρική	1. Έλεγχος πληρότητας τεχνικών ιατρικών διαδικασιών και υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού και διεύρυνση αυτών όταν χρειάζεται ^{9,14,18,21}
	5. Ιατρική περίθαλψη μητέρας/παιδιού και αναπαραγωγική υγεία	1. Δημιουργία ειδικών ομάδων ή τμημάτων εντός της μονάδας για την διαχείριση θεμάτων υγείας μητέρα-παιδιού ¹⁷ 2. Παροχή όλου του εύρους των υπηρεσιών υγείας και αναπαραγωγής ^{22,26,29}
	6. Προαγωγή της υγείας	1. Καθεστώς ενδυνάμωσης ρόλου οικογενειακού ιατρού ^{3,17,22,26} 2. Διαθέσιμος οικογενειακός ιατρός για κάθε οικογένεια ^{3,17,22,26} 3. Υποχρεωτική εγγραφή του πολίτη στο μητρώο του οικογενειακού ιατρού ^{3,17,22,26} 4. Διενέργεια προγραμμάτων ενημέρωσης και εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας και πληθυσμού της περιοχής ευθύνης της κάθε μονάδας Π.Φ.Υ. ^{3,17,22,26} 5. Διενέργεια παρεμβάσεων και προληπτικών ελέγχων για χρόνια νοσήματα στον πληθυσμό ευθύνης της κάθε μονάδας Π.Φ.Υ. ^{21,22,26,29}

Διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	Χαρακτηριστικά	Προτάσεις με στόχο την βέλτιστη λειτουργική διασύνδεση
8. Ποιότητα υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Quality of PC)	1. Πρακτικές συνταγογράφησης των παροχών Π.Φ.Υ.	1. Καθορισμός εσωτερικών μηχανισμών ελέγχου συνταγογράφησης ¹⁷ 2. Παρακολούθηση συχνότητας συνταγογραφήσεων, τύπων και ποσότητας ανά ασθένεια ¹⁷ 3. Οργάνωση ενημερωτικών ημερίδων για τα θέματα συνταγογράφησης (υπερ-συνταγογράφησης) και (μη)συνταγογραφούμενων φαρμάκων
	2. Ποιότητα της διάγνωσης και της θεραπείας στην Π.Φ.Υ.	1. Καθορισμός ενιαίων προτύπων διαδικασιών διάγνωσης και θεραπείας ¹⁷ 2. Χρήση κατευθυντήριων ιατρικών οδηγιών 3. Συστηματικός έλεγχος και αξιολόγηση πρακτικών και εκβάσεων (πχ. απόδοσης θεραπείας)
	3. Ποιότητα του τρόπου διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων	1. Καθορισμός ενιαίων προτύπων διαδικασιών διάγνωσης και θεραπείας ⁹ 2. Χρήση κατευθυντήριων ιατρικών οδηγιών ^{2,17,22,26} 3. Συστηματικός έλεγχος και αξιολόγηση πρακτικών και εκβάσεων σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα (πχ. απόδοσης θεραπείας) ¹⁷ 4. Προώθηση παραγωγικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ ασθενών και μεμονωμένων ή ομάδων επαγγελματιών υγείας ¹⁷
	4. Ποιότητα στη φροντίδα ψυχικής υγείας	1. Καθορισμός ενιαίων προτύπων διαδικασιών διάγνωσης και θεραπείας ^{3,9,14,18} 2. Χρήση κατευθυντήριων ιατρικών οδηγιών ^{2,17,22,26} 3. Συστηματικός έλεγχος και αξιολόγηση πρακτικών και εκβάσεων σε ασθενείς με ψυχικά νοσήματα (πχ. απόδοσης θεραπείας) ^{2,17,22,26} 4. Προώθηση παραγωγικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ ασθενών και μεμονωμένων ή ομάδων επαγγελματιών υγείας
	5. Ποιότητα μητρικής και παιδικής φροντίδας υγείας	1. Καθορισμός ενιαίων προτύπων διαδικασιών διάγνωσης και θεραπείας ⁹ 2. Χρήση κατευθυντήριων ιατρικών οδηγιών ^{2,17,22,26} 3. Συστηματικός έλεγχος και αξιολόγηση πρακτικών και εκβάσεων σε ασθενείς με θέματα υγείας που σχετίζονται με την φροντίδα μητέρας-παιδιού (πχ. απόδοσης θεραπείας) ^{2,17,22,26} 4. Προώθηση παραγωγικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ ασθενών και μεμονωμένων ή ομάδων επαγγελματιών υγείας ^{17,30}
	6. Ποιότητα της προαγωγής της υγείας	1. Καθορισμός ενιαίων προτύπων και μεθοδολογιών σχεδιασμού και διενέργειας ⁹ επιδημιολογικών μελετών ή δράσεων παρέμβασης για την διαχείριση παραγόντων κινδύνου για τα κύρια νοσήματα (πχ. Παχυσαρκία, κάπνισμα, αλκοόλ, έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, γενετικοί παράγοντες κ.α) ^{2,17,22,26,30} 2. Διοργάνωση ενημερωτικών ημερίδων σε επίπεδο κοινότητας για θέματα προαγωγής υγείας και πρόληψης ¹⁷ 3. Συστηματικός έλεγχος και αξιολόγηση πρακτικών και εκβάσεων των παρεμβάσεων στην κοινότητα με στόχο την πρόληψη και προαγωγή της υγείας (πχ. Μείωση επιπολασμού χρόνιων νοσημάτων) ^{17,30} 4. Προώθηση παραγωγικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ της κοινότητας (γενικός πληθυσμός) και μεμονωμένων ή ομάδων επαγγελματιών υγείας ¹⁷
	7. Ποιότητα της προληπτικής φροντίδας	1. Καθορισμός ενιαίων προτύπων και μεθοδολογιών σχεδιασμού και διενέργειας επιδημιολογικών μελετών ή δράσεων παρέμβασης για την διαχείριση παραγόντων κινδύνου για τα κύρια νοσήματα (πχ. Παχυσαρκία, κάπνισμα, αλκοόλ, έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, γενετικοί παράγοντες κ.α) ¹⁷ 2. Διοργάνωση ενημερωτικών ημερίδων σε επίπεδο κοινότητας για θέματα προαγωγής υγείας και πρόληψης ^{17,30} 3. Συστηματικός έλεγχος και αξιολόγηση πρακτικών και εκβάσεων των παρεμβάσεων στην κοινότητα με στόχο την πρόληψη και προαγωγή της υγείας (πχ. Μείωση επιπολασμού χρόνιων νοσημάτων) ^{17,30} 4. Προώθηση παραγωγικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ της κοινότητας (γενικός πληθυσμός) και μεμονωμένων ή ομάδων επαγγελματιών υγείας ^{2,17,22,26,30}
9. Πρακτικές ασφάλειας	8. Αποτελεσματικότητα	1. Καθορισμός ενιαίων προτύπων και μεθοδολογιών σχεδιασμού και διενέργειας επιδημιολογικών μελετών ή δράσεων παρέμβασης για την διαχείριση παραγόντων κινδύνου για τα κύρια νοσήματα (πχ. Παχυσαρκία, κάπνισμα, αλκοόλ, έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, γενετικοί παράγοντες κ.α) ¹⁷ 2. Συστηματικός έλεγχος και αξιολόγηση πρακτικών και εκβάσεων των παρεμβάσεων στην κοινότητα με στόχο την πρόληψη και προαγωγή της υγείας (πχ. Μείωση επιπολασμού χρόνιων νοσημάτων) ^{17,30}
	9. Πρακτικές ασφάλειας	1. Καθορισμός ενιαίων προτύπων και μεθοδολογιών σχεδιασμού και διενέργειας επιδημιολογικών μελετών ή δράσεων παρέμβασης για την διαχείριση παραγόντων κινδύνου για τα κύρια νοσήματα (πχ. Παχυσαρκία, κάπνισμα, αλκοόλ, έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, γενετικοί παράγοντες κ.α) ^{3,17,22,26,30} 2. Συνεργασία με πανεπιστημιακά ιδρύματα ή ερευνητικά κέντρα ή ιδιώτες επαγγελματίες δημόσιας υγείας και επιδημιολόγους για διασφάλιση ποιότητας διενέργειας ¹⁷

Διαστάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	Χαρακτηριστικά	Προτάσεις με στόχο την βέλτιστη λειτουργική διασύνδεση
9.Αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ. (Efficiency of PC)	1. Κατανομή των πόρων και παραγωγική αποδοτικότητα	1. Κατανομή των πόρων σε συνάρτηση με την αναμενόμενη αποδοτικότητα σε θέματα υγείας (αύξηση των θετικών εκβάσεων υγείας, αύξηση ικανοποίησης των ασθενών, μείωσης του δαπανών των ασθενών) ¹⁷
	2. Τεχνική αποδοτικότητα	1. Δημιουργία και χρήση μηχανισμών διαχείρισης τεχνικής αποδοτικότητας (μείωση της χρήσης των πόρων διατηρώντας σταθερή ή αυξάνοντας την ικανότητα επιτυχούς θεραπείας των ασθενών ή θετικών εκβάσεων) ^{2,17,22,26}
	3. Αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ.Υ.	1. Συνεχής αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού και αξιοποίηση του σε θέσεις και θέματα όπου αποφέρουν υψηλή αποδοτικότητα εντός της δομής ¹⁷ 2. Εφαρμογή αυτοματοποιημένων μηχανισμών αξιολόγησης (ηλεκτρονικό ενιαίο σύστημα αξιολόγησης) με στόχο την μείωση του αριθμού των διαβουλεύσεων και της διάρκειά τους, της συχνότητας των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (υπερ-συνταγογράφηση), και του αριθμού των νέων παραπομπών σε ειδικευμένους γιατρούς
10.Ισονομία στην Π.Φ.Υ. (Equity in health)	1.Ισονομία στην Π.Φ.Υ. (σε όλες τις ομάδες πληθυσμού)	1. Επανα-χωροθέτηση μονάδων υγείας και μονάδων Π.Φ.Υ. ^{2,22,26} 2. Πληθυσμιακή κάλυψη και κατοχύρωση πρόσβασης του πληθυσμού στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. ¹⁷