Ευρωπαϊκή Ένωση,
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Τεύχος Μοντελοποιημένων Διαδικασιών

«Λειτουργική διασύνδεση φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τις μονάδες υγείας με τη χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας – διαδικασιών»

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Χρήστος Λιονής

Για το τεύχος αυτό εργάσθηκαν (κατ' αλφαβητική σειρά):

Van Der Shaaf Hans, Κοινωνικές Επιστήμες
Ζαμπετάκης Μιχαήλ, Μηχανικός Η/Υ και Πληροφορικής
Καουκάκης Σταύρος, Μηχανικός Η/Υ και Πληροφορικής
Κρητικός Κυριάκος, Μηχανικός Έρευνας και Ανάπτυξης
Λιονής Χρήστος, Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής
Μαρκάκη Αδελαίς, Ε.Ε.ΔΙ.Π. Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Μιχαλάκης Νικήτας, Μηχανικός Η/Υ και Πληροφορικής
Πιτέλου Ελένη, Κοινωνικές Επιστήμες
Πλεξουσάκης Δημήτρης, Υπεύθυνος Ενέργειας 1.2
Σηφάκη-Πιστόλλα Δήμητρα, Επιδημιολόγος Ερευνήτρια
Φραγκιαδάκης Ιωάννης, Υπεύθυνος Ενέργειας 1.3
Χατζέα Βασιλική-Ειρήνη, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη Σελ. 4

1. Εισαγωγή Σελ. 6

2. Μεθοδολογία Σελ. 8

2.1 Πληθυσμός μελέτης και επιλογή δείγματος Σελ. 8
2.2 Επιλογή θεωρητικού πλαισίου λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. Σελ. 8
2.3 Επιλογή μεθοδολογίας μοντελοποίησης και αποτίμησης της τρέχουσας κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης Σελ. 11

3. Αποτελέσματα Σελ. 14

3.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου PCAT και συνοδευτικού Σελ. 14
3.2 Αποτελέσματα ποσοτικής αποτύπωσης των διαδικασιών Σελ. 16

3.2.1 Διαδικασία Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων Σελ. 16
3.2.2 Διαδικασία Διαχείριση Επειγόντων Περιστατικών Σελ. 18
3.2.3 Διαδικασία Πρόληψης/Προαγωγής Υγείας Σελ. 19
3.2.4 Διαδικασία Φροντίδας στο Σπίτι Σελ. 21

3.3 Προτάσεις βελτίωσης επιπέδων διασύνδεσης των επιλεχθέντων δομών Π.Φ.Υ. Σελ. 22

4. Συζήτηση Σελ. 26

5. Συμπεράσματα Σελ. 30

6. Βιβλιογραφία Σελ. 31

Περίληψη

Το παρόν τεύχος αποτελεί τμήμα του χρηματοδοτούμενου προγράμματος με τίτλο «Λειτουργική διασύνδεση φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τις μονάδες υγείας με τη χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας-διαδικασιών», στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013» [κωδ.ΟΠΣ 337424]. Το έργο αυτό στοχεύει στη διαμόρφωση ενός βέλτιστου μοντέλου αποτίμησης της διασύνδεσης και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στην Ελλάδα.

Στόχος του τεύχους που κρατάτε στα χέρια σας είναι η παρουσίαση των μοντελοποιημένων διαδικασιών που εφαρμόστηκαν στην πορεία του προγράμματος. Στην κατεύθυνση αυτού του στόχου, θα αναλυθεί η μεθοδολογία που αναπτύχθηκε από τους συνεργάτες του έργου προκειμένου να καταγραφεί αναλυτικά το σύνολο των διαδικασιών λειτουργικής διασύνδεσης των φορέων και μονάδων Π.Φ.Υ. τόσο εντός της κάθε δομής όσο και μεταξύ των δομών με απώτερο σκοπό την πρόταση ενός νέου βέλτιστου μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης.

1. Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, υπό την πίεση των κοινωνικών και οικονομικών συγκυριών, οι υπεύθυνοι για την χάραξη πολιτικών υγείας έχουν στρέψει την προσοχή τους στη μείωση των δαπανών υγείας και στην αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας. Η αποσυμφόρηση του νοσοκομειακού τομέα και ο προσανατολισμός σε εξωνοσοκομειακές δομές με την ενίσχυση και ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί στόχο των περισσότερων Ευρωπαϊκών κρατών καθώς και της Ελλάδας.

Η διεθνής εμπειρία αλλά και οι παρούσες ελληνικές συγκυρίες έχουν αναδείξει την ανάγκη για την άμεση δημιουργία και εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου και συντονισμένου συστήματος Π.Φ.Υ στη χώρα μας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση αυτού του στόχου αποτελεί η ύπαρξη ολοκληρωμένων συστημάτων λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. Η λειτουργική διασύνδεση κρίνεται σημαντική καθώς συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στη γενικότερη εξυγίανση του ελληνικού συστήματος υγείας που βάλλεται κατά την οικονομική κρίση που διανύει η Ελλάδα την τελευταία τετραετία.

Στην Ελλάδα δεν έχουν αναπτυχθεί εργαλεία που να έχουν ως αποκλειστικό στόχο την αποτύπωση των υφιστάμενων δομών και των ροών εργασιών τους ή την ολοκληρωμένη καταγραφή της λειτουργικής διασύνδεσης στην Π.Φ.Υ. με βάση τον βαθμό οργανωσιακής, επαγγελματικής, λειτουργικής και κλινικής ένταξης[1-3]. Ωστόσο, η αποτύπωση και προτυποποίηση της λειτουργικής διασύνδεσής των δομών Π.Φ.Υ. μπορεί να επιτευχτεί με τη βοήθεια σύγχρονων εργαλείων και μεθόδων διοίκησης και ποιότητας[1].

Για το σχεδιασμό ενός τέτοιου συστήματος με δομές και υπηρεσίες που θα διασφαλίζουν επιτυχώς υψηλή ποιότητα και υψηλά επίπεδα υγείας του πληθυσμού θα πρέπει να υιοθετηθεί ένα θεωρητικό πλαίσιο όπως οι θεμελιώδεις λειτουργίες κατά B. Starfield[4]: πρώτη επαφή, διαχρονικότητα, περιεκτικότητα και συντονισμός ή το μοντέλο διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων (The chronic care model)[5].

Βάσει των παραπάνω αλλά και της εμπειρίας που έχει αποκτηθεί από την περιγραφική έρευνα στο χώρο της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, ένα νέο μοντέλο λειτουργικής διασύνδεσης πρέπει να προταθεί. Το εθνικό χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα ΕΣΠΑ (ΟΠΣ 337424 του Ε.Π. «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013» με τίτλο «Λειτουργική διασύνδεση φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τις μονάδες υγείας με τη χρήση ενιαίων προτύπων ποιότητας-διαδικασιών», το οποίο υλοποιείται από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής (Κ.Κ.Ο.Ι.) του Πανεπιστημίου Κρήτης, είναι το μοναδικό που ασχολείται με την καταγραφή και αποτύπωση της ολοκληρωμένης φροντίδας σε επίπεδο Ελλάδας. Απώτερος στόχος του προγράμματος είναι η πρόταση ενός βέλτιστου μοντέλου αποτίμησης της διασύνδεσης και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των δομών Π.Φ.Υ.

2. Μεθοδολογία

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για το εν λόγω έργο ήταν προϊόν συστηματικής εργασίας. Τα πρώτα μεθοδολογικά βήματα που ακολουθήθηκαν περιλάμβαναν μεταξύ άλλων τη διενέργεια συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας για τον εντοπισμό θεωρητικών πλαισίων λειτουργικής διασύνδεσης δομών Π.Φ.Υ. και την αποτίμηση τους από τους συνεργάτες του έργου, τη διενέργεια συστηματικής ανασκόπησης για την επιλογή ενός κατάλληλου εργαλείο αποτίμησης της ποιότητας των δομών Π.Φ.Υ. και την ανάπτυξη ενός συνοδευτικού ερωτηματολογίου αποτύπωσης της λειτουργικής διασύνδεσης δομών Π.Φ.Υ. Στη συνέχεια του έργου πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την εύρεση της κατάλληλης μεθοδολογίας μοντελοποίησης με σκοπό την ηλεκτρονική αποτύπωση του μοντέλου λειτουργικής διασύνδεσης των μονάδων Π.Φ.Υ. στη χώρα μας.

2.1. Πληθυσμός μελέτης και επιλογή δείγματος

Περιοχή μελέτης του έργου αποτέλεσε το σύνολο των δομών Π.Φ.Υ. της χώρας μέσω ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος ανά τύπο δομής. Πιο συγκεκριμένα, έγινε ολοκληρωμένη καταγραφή των δομών Π.Φ.Υ. στην επικράτεια όπου και εντοπίσθηκαν 7.834 δομές. Σε αυτό το σύνολο διενεργήθηκε μελέτη διαστρωματοποιημένης δειγματοληψίας (διαστρωμάτωση των δομών ως προς τον τύπο δομής και ως προς τις Υγειονομικές Περιφέρειες). Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε επιλογή των δομών με τυχαία δειγματοληψία εντός των επιλεγμένων στρωμάτων με τελικό δείγμα 124 δομές Π.Φ.Υ.

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

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

2.2. Επιλογή θεωρητικού πλαισίου λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ.

Το πρώτο μεθοδολογικό βήμα που πραγματοποιήθηκε ήταν η διενέργεια βιβλιογραφικής ανασκόπησης στις βάσεις δεδομένων PubMed και Cochrane Library για την εύρεση θεωρητικών πλαισίων λειτουργικής διασύνδεσης δομών Π.Φ.Υ. Σκοπός της ανασκόπησης ήταν η ταυτοποίηση ενός δοκιμασμένου και έγκυρου θεωρητικού πλαισίου λειτουργικής διασύνδεσης και ποιότητας φορέων Π.Φ.Υ. σε παγκόσμιο επίπεδο. Επιπρόσθετα, ορίσθηκε ένας επιμέρους στόχος αναφορικά με

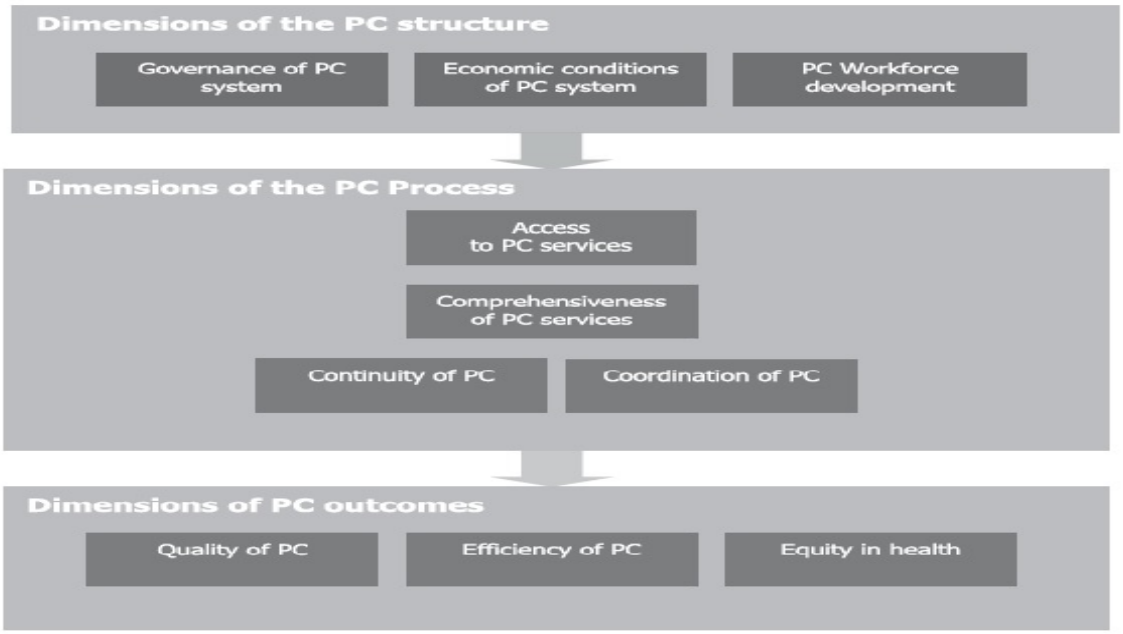
την έυρεση και ταυτοποίηση κατάλληλων εργαλείων καταγραφής και αποτίμησης των επιπέδων διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ.

Για την υλοποίηση της αναζήτησης χρησιμοποιήθηκε ένας βασικός αλγόριθμος κάνοντας χρήση ποικίλων λέξεων κλειδιών, έπειτα από σχετική διερευνητική αναζήτηση (scoping). Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν οι αναζητήσεις στις δύο βάσεις δεδομένων χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά και συγκεκριμένα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ταυτοποιήθηκαν 31 άρθρα τα οποία κατέδειξαν τρία κύρια μοντέλα/θεωρητικά πλαίσια λειτουργικής διασύνδεσης:

α) το θεωρητικό πλαίσιο της Barbara Starfield[4] για την κατανόηση της ολοκληρωμένης και λειτουργικής Π.Φ.Υ. με όρους ποιότητας, το οποίο ορίζει τις τέσσερις θεμελιώδεις λειτουργίες (πρώτη επαφή, διαχρονικότητα, περιεκτικότητα και συντονισμός/διασύνδεση)
β) το μοντέλο διαχείρισης χρόνιων νοημάτων[5], το οποίο εμπεριέχει το ρόλο της κοινότητας και της διακυβέρνησης καθώς και τη μεταξύ τους διασύνδεση
γ) το θεωρητικό πλαίσιο της Kringos και συνεργάτες[6-7], το οποίο ορίζει τις διαστάσεις και τα χαρακτηριστικά του συστήματος της Π.Φ.Υ. και το οποίο συνθέτει όλα τα κρίσιμα σημεία των δύο προηγούμενων πλαισίων/μοντέλων

Το θεωρητικό πλαίσιο που επιλέχθηκε μετά το πέρας της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, ήταν αυτό της Kringos και συνεργάτες, το οποίο συνδυάζει τις θεμελιώδεις λειτουργίες κατά B. Starfield και το μοντέλο διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων. Η Kringos και συνεργάτες στο άρθρο τους[6] προσδιορίζουν τις κατευθύνσεις του συστήματος Π.Φ.Υ. (δομή, διαδικασία, εκροές/αποτελέσματα) και τις διαχωρίζουν σε δέκα συνολικά διαστάσεις (Εικόνα 1, Πηγή: Kringos et al., 2010).



Εικόνα 1: Σχηματική απεικόνιση του θεωρητικού μοντέλου της Π.Φ.Υ. σύμφωνα με την Kringos και συνεργάτες (Πηγή: Kringos et al., 2010)

Η κατεύθυνση που αφορά τη δομή των συστημάτων Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει διαστάσεις αναφορικά με τη διακυβέρνηση, τις οικονομικές συνθήκες και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού. Η κατεύθυνση που σχετίζεται με τις διαδικασίες της Π.Φ.Υ. εμπερικλείει διαστάσεις αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες, τη συνέχεια στην παροχή φροντίδας, τον συντονισμό στην παροχή φροντίδας και την πληρότητα των υπηρεσιών. Τέλος, όσον αφορά την κατεύθυνση των εκροών/αποτελεσμάτων, στις διαστάσεις της συγκαταλέγονται η ποιότητα των υπηρεσιών, η αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ. καθώς και η ύπαρξη ισονομίας στην υγεία. Οι δέκα αυτές διαστάσεις αποτελούνται από επιμέρους χαρακτηριστικά τα οποία είναι μετρήσιμα μέσω ποσοτικών ή ποιοτικών δεικτών και μέτρων αντίστοιχα. Τα χαρακτηριστικά αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Επίπεδα, διαστάσεις και χαρακτηριστικά Π.Φ.Υ.

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

Από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που διενεργήθηκε, το εργαλείο αποτίμησης που επιλέχθηκε ως καταλληλότερο να εφαρμοστεί στην περίπτωση της Ελλάδας και στα πλαίσια του εν λόγω έργου ήταν το «Primary Care Assessment Tool (PCAT) – Short Version»[8] (Παραδοτέο 1.1.2 και 1.1.3). Η χρήση του πραγματοποιήθηκε κατόπιν άδειας από το Primary Care Policy Center for Underserved Populations, Johns Hopkins University και αφού πραγματοποιήθηκε μετάφραση και πολιτισμική στάθμιση στην ελληνική γλώσσα.

Το PCAT θεωρήθηκε ως το πλέον κατάλληλο εργαλείο για την παρούσα μελέτη καθώς ακολουθεί τις θεμελιώδεις λειτουργίες της B. Starfield και το θεωρητικό πλαίσιο της Kringos και συνεργατών που έχει επιλεγεί. αναπτύχθηκε από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής (Κ.Κ.Ο.Ι.) ένα συνοδευτικό ερωτηματολόγιο αποτύπωσης της λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. το οποίο καλύπτει τις ιδιαιτερότητες της Ελλάδας που δεν συμπεριλαμβάνονταν στο PCAT (Παραδοτέο 1.1.3).

Το ερωτηματολόγιο PCAT μαζί με το συνοδευτικό ερωτηματολόγιο αναρτήθηκαν σε μια ηλεκτρονική πλατφόρμα (http://ld.datacenter.uoc.gr) μέσω της οποίας πραγματοποιήθηκε η συλλογή των δεδομένων από το δείγμα των 124 δομών Π.Φ.Υ.

Τα συλλεχθέντα στοιχεία αναλύθηκαν με την βοήθεια ενός αλγορίθμου που συνέδεε τις διαστάσεις του θεωρητικού μοντέλου της Kringos και συν., με τα χαρακτηριστικά τους και μετέπειτα με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Δίδοντας διάφορους συντελεστές βαρύτητας, η τελική αποτίμηση των επιπέδων διασύνδεσης αποτυπώθηκε με τη βοήθεια μιας πεντάβαθμης κλίμακας τύπου likert-scale ως εξής: ανύπαρκτη, φτωχή, βασική, μέτρια και μέγιστη διασύνδεση (Εικόνα 2).

Εικόνα 2: Κλίμακα αποτίμησης λειτουργικής διασύνδεσης (Likert-scale)

2.3. Επιλογή μεθοδολογίας μοντελοποίησης και αποτίμησης της τρέχουσας κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης

Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης εντοπίσθηκαν μελέτες τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, οι οποίες χρησιμοποίησαν μεθοδολογίες μοντελοποίησης διαδικασιών.

Οι κύριες μεθοδολογίες που έχουν εφαρμοστεί τόσο σε νοσοκομεία όσο και σε δομές φροντίδας υγείας βασίζονται σε μεθόδους αποδοτικότητας συνόρου[9]. Από τα κυρίαρχα μοντέλα αποδοτικότητας συνόρου που αναδείχθηκαν από τη

συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, επιλέχθηκε η μέθοδος ανάλυσης περικάλυψης δεδομένων (Data Envelopment Analysis - DEA)[10]. Τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου έχουν οδηγήσει στην αθρόα επιλογή της από την πλειοψηφία των μεθοδολογιών που έχουν προταθεί τόσο στο ελληνικό όσο και στο παγκόσμιο επίπεδο για την αποτίμηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Όσον αφορά την επιλογή της μεθοδολογίας αποτίμησης της τρέχουσας κατάστασης λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, η μεθοδολογία που επιλέχθηκε από τους εξειδικευμένους συνεργάτες για τους σκοπούς του έργου ήταν αυτή των πολλαπλών κριτηρίων.

Οι μέθοδοι λήψεων αποφάσεων με βάση πολλαπλά κριτήρια[11] μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα που είναι υπεύθυνα για τη λήψη των αποφάσεων να αποτιμήσουν τις διάφορες εναλλακτικές και να επιλέξουν την καλύτερη δυνατή. Ως καταλληλότερη μέθοδος λήψεως αποφάσεων πολλαπλών κριτηρίων αναδείχθηκε η κατηγορία Μέτρησης Τιμής των Μεθόδων Λήψεων Αποφάσεων Πολλαπλών Κριτηρίων. Σε αυτή την κατηγορία, επιλέχθηκε η μέθοδος Simple Addititive Weighting (SAW)[12] για την απλότητά της και την ικανότητα αποτίμησης με δενδροειδή τρόπο.

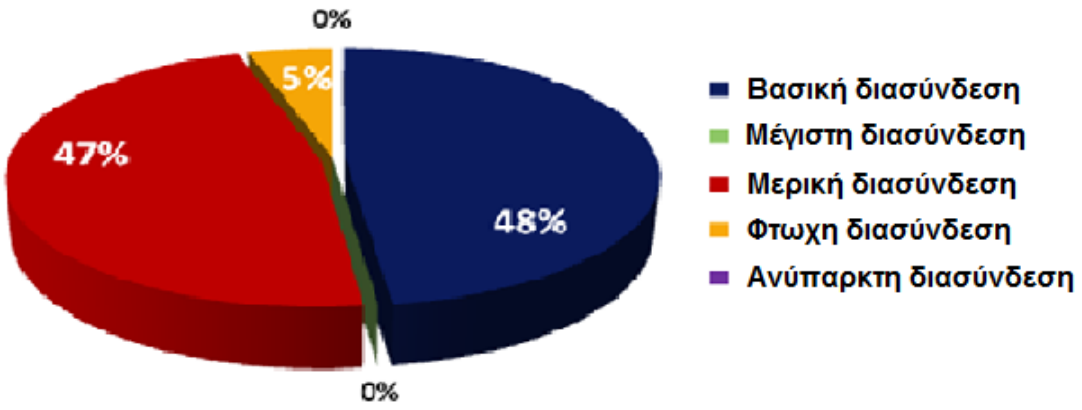
3. Αποτελέσματα

Η ενότητα των αποτελεσμάτων χωρίζεται σε δύο κύριες υποενότητες. Η πρώτη υποενότητα αναφέρεται στα ποιοτικά αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συλλογή των δεδομένων των εργαλείων αποτύπωσης (του ερωτηματολογίου PCAT και του συνοδευτικού ερωτηματολογίου). Η δεύτερη υποενότητα αφορά στα αποτελέσματα της μεθοδολογίας ηλεκτρονικής αποτύπωσης των διαδικασιών της λειτουργικής διασύνδεσης. Μέσω διαγραμμάτων απεικονίζονται οι βέλτιστες μοντελοποιημένες διαδικασίες που θα μπορούσαν να υιοθετηθούν από τις δομές Π.Φ.Υ.

3.1. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου PCAT και συνοδευτικού (υφιστάμενη κατάσταση)

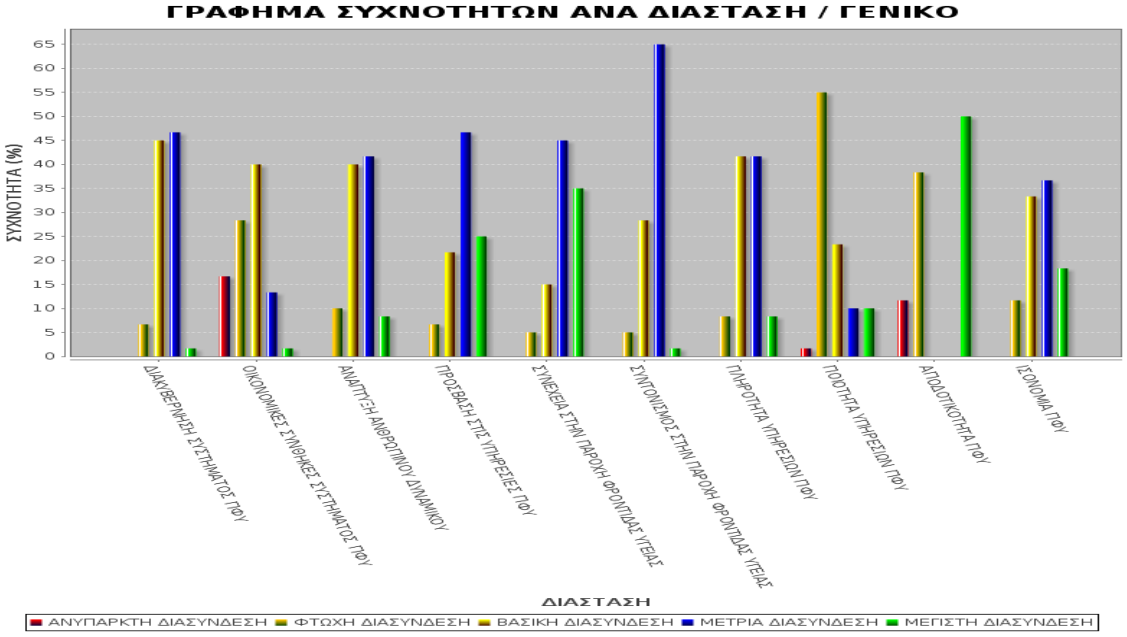
Οι πληροφορίες που προκύπτουν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου PCAT και του συνοδευτικού ερωτηματολογίου από τις 124 δομές προσδιορίζουν την υφιστάμενη κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.

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 το βέλτιστο ή το χείριστο επίπεδο διασύνδεσης (Εικόνα 3).



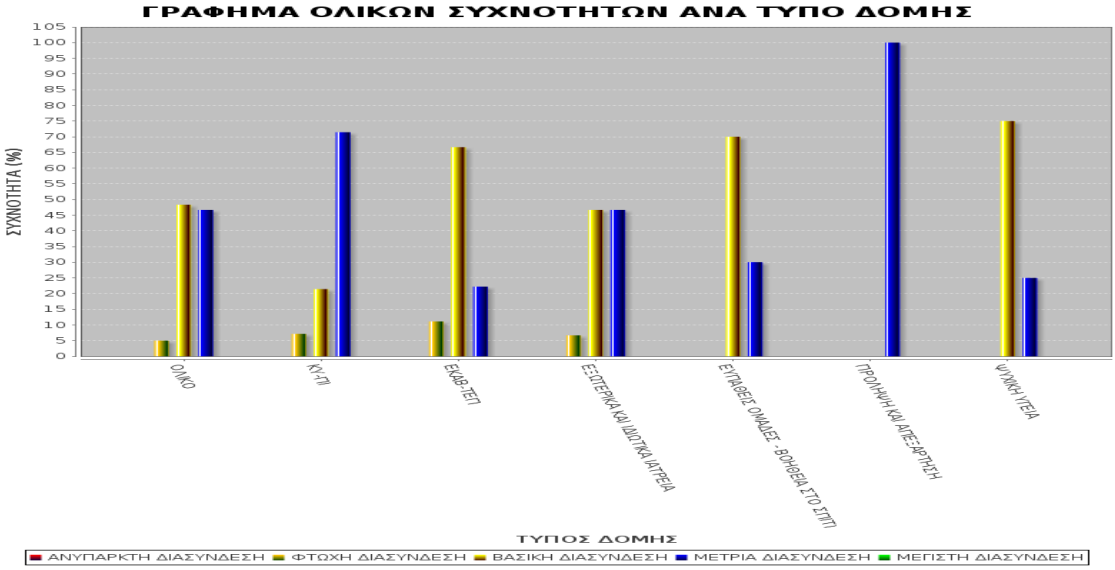
Εικόνα 3: Γράφημα Συχνοτήτων Ολικής Βαθμολογίας

Αναφορικά με τις διαφοροποιήσεις ως προς τις διαστάσεις της Π.Φ.Υ. της Kringos και συν. καλύτερη κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης παρουσιάζει η διάσταση που αφορά στη «Συνέχεια στην Παροχή Φροντίδας Υγείας» με το 80% των δομών σε μέτριο (45%) έως μέγιστο (35%) επίπεδο λειτουργικής διασύνδεσης. Επιπρόσθετα, θετικά αποτελέσματα αναδεικνύει και η διάσταση που αφορά την «Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Π.Φ.Υ.». Αντίθετα, χειρότερα επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης αντιστοιχούν στη διάσταση «Ποιότητα Υπηρεσιών ΠΦΥ» με το 57% των δομών να βρίσκονται σε φτωχή έως ανύπαρκτη λειτουργική διασύνδεση. Δυσμενή αποτελέσματα παρουσιάζει και η διάσταση αναφορικά με τις «Οικονομικές Συνθήκες του Συτήματος Π.Φ.Υ.» (Εικόνα 4).



Εικόνα 4: Γενικό Γράφημα Συχνοτήτων ανά Διάσταση

Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν και διακυμάνσεις στη λειτουργική διασύνδεση ανά τύπο δομών Π.Φ.Υ (Εικόνα 5). Τα καλύτερα αποτελέσματα εμφανίζουν οι δομές πρόληψης/απεξάρτησης και τα Κ.Υ.-Π.Ι. με 100% και 72% των δομών αντίστοιχα σε επίπεδα μέτριας διασύνδεσης Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα ιδιωτικά ιατρεία παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα με τα συνολικά, όπου υπάρχει ένας διαμερισμός των δομών ανάμεσα στο βασικό (48%) και στο μέτριο (47%) επίπεδο διασύνδεσης. Τα χειρότερα αποτελέσματα με την πλειονότητα των δομών τους σε επίπεδο βασικής διασύνδεσης παρουσιάζουν τα Ε.Κ.Α.Β.-Τ.Ε.Π. (67%), οι ευπαθείς ομάδες/Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι (70%) και οι δομές ψυχικής υγείας (75%).



Εικόνα 5: Κατάσταση Διασύνδεσης Δομών Π.Φ.Υ. ανά Τύπο Δομής

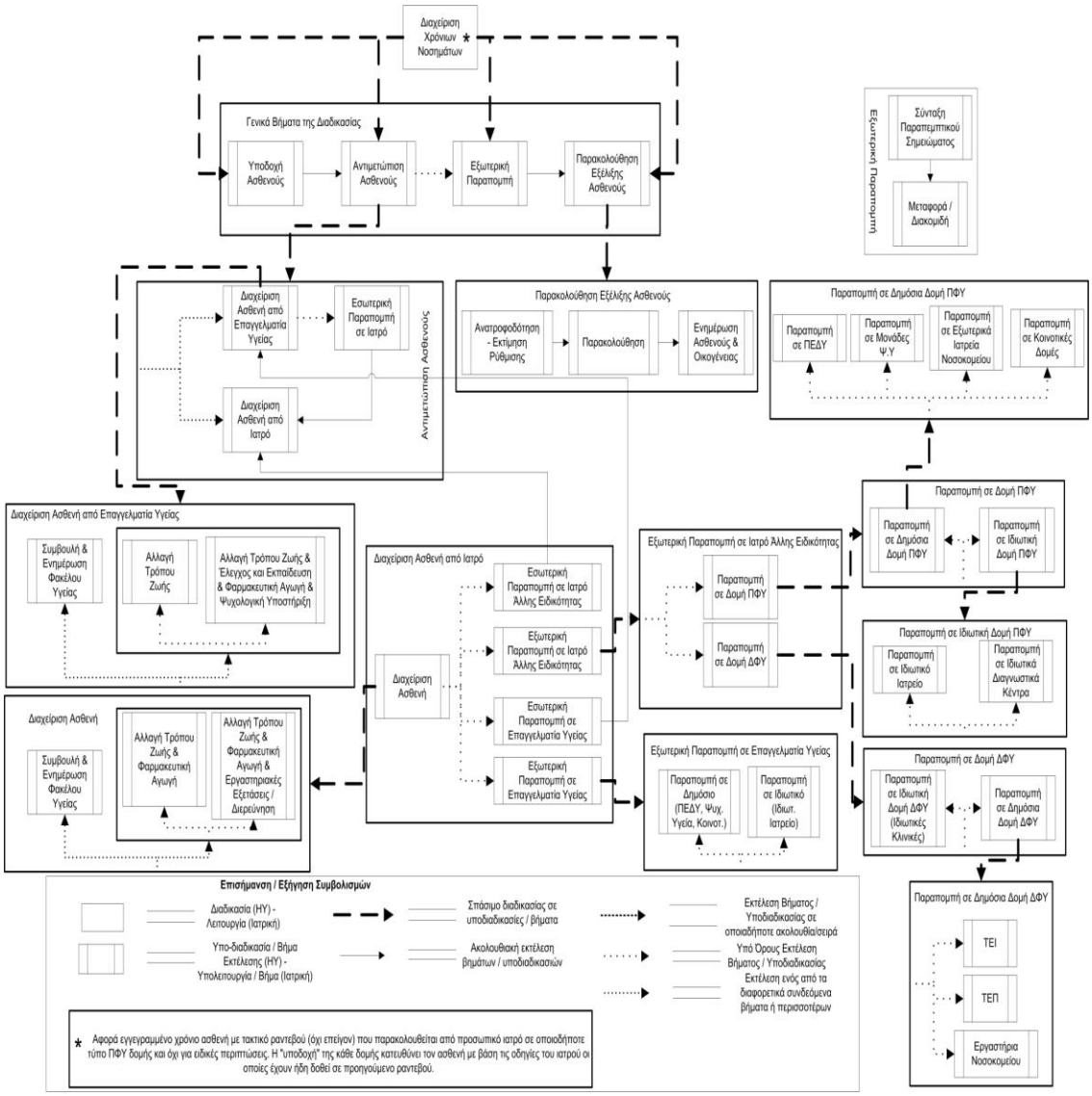
Η εφαρμογή των εργαλείων αποτύπωσης (ερωτηματολόγιο PCAT και συνοδευτικό ερωτηματολόγιο) στο δείγμα του προγράμματος ανέδειξε ενδιαφέροντα αποτελέσματα για την υφιστάμενη κατάσταση των δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα τόσο ως προς τις διαστάσεις και τα χαρακτηριστικά των δομών όσο και ως προς το είδος τους. Στα πλαίσια του παρόντος τεύχους παρουσιαστήκαν κάποια συνοπτικά αποτελέσματα αναφορικά με την κατάσταση λειτουργικής διασύνδεσης του συνόλου των δομών, ωστόσο υπάρχει πληθώρα δεδομένων που για λόγους συντομίας δεν δύναται να παρουσιαστούν, ωστόσο κατόπιν χορήγησης σχετικής άδειας από τον επιστημονικό υπεύθυνο του έργου μπορούν να διατεθούν σε κάθε ενδιαφερόμενο.

3.2. Αποτελέσματα ποσοτικής αποτύπωσης των διαδικασιών

Μετά το πέρας της αποτίμησης της υφιστάμενης κατάστασης και βάσει της εμπειρίας των εμπειρογνωμόνων υγείας επιχειρήθηκε η παραγωγή τεσσάρων διαγραμμάτων ροών εργασιών. Συγκεκριμένα, δημιουργήθηκε ένα διάγραμμα για κάθε μια από τις τέσσερις διαδικασίες λειτουργικής διασύνδεσης μονάδων Π.Φ.Υ. στις οποίες εστίαζε το έργο (χρόνιο νόσημα, έκτακτο περιστατικό, φροντίδα στο σπίτι, πρόληψη/προαγωγή υγείας). τα διαγράμματα αυτά αποτέλεσαν τη βάση για τη δημιουργία του πληροφοριακού συστήματος που θα ελεγχθεί πιλοτικά στο τέλος του έργου (Πακέτο Εργασίας 1.3 και 1.4.). Για να είναι απολύτως κατανοητό το περιεχόμενό των διαγραμμάτων, παρέχεται μια συνοπτική επεξήγηση της κάθε διαδικασίας.

3.2.1 Διαδικασία Διαχείρισης Χρόνιων Νοσημάτων

Το διάγραμμα για τη διαδικασία διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων φαίνεται στην Εικόνα 6. Η εν λόγω διαδικασία αποτελείται από τέσσερις επιμέρους διαδικασίες: α) την υποδοχή του ασθενούς β) την αντιμετώπισή του γ) την πιθανή παραπομπή του και δ) την παρακολούθηση της εξέλιξής του. Οι τέσσερις αυτές επιμέρους διαδικασίες φαίνεται ότι εκτελούνται με χρονική αλληλουχία. Η υποδοχή του ασθενούς θεωρείται το πρώτο βήμα κατά το οποίο ένας εργαζόμενος της μονάδας Π.Φ.Υ. υποδέχεται τον ασθενή. Στη συνέχεια, η αντιμετώπιση του ασθενούς είναι μια επιμέρους διαδικασία που αρχίζει με την ανάθεση της ευθύνης σε εργαζόμενο στη μονάδα βάσει του προγραμματισμένου ραντεβού. Θα πρέπει να τονιστεί εδώ ότι μια επίσκεψη μετά από προσυνενόηση μπορεί να απασχολήσει περισσότερες της μιας υπηρεσίες στη μονάδα φροντίδας Π.Φ.Υ. Επιπλέον, ως αποτέλεσμα ενός επεισοδίου φροντίδας ενός ασθενούς μπορεί να έχουμε εσωτερικές παραπομπές σε ιατρό ή σε άλλο επαγγελματία υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ένας επαγγελματίας υγείας μπορεί να παραπέμψει σε εσωτερικό ιατρό, ενώ ένας ιατρός μπορεί να παραπέμψει εσωτερικά σε άλλο ιατρό ή σε επαγγελματία υγείας.



Εικόνα 6: Η διαδικασία διαχείρισης ασθενών με χρόνια νοσήματα

Η διαχείριση ασθενούς από ένα επαγγελματία υγείας περιλαμβάνει υπηρεσίες περίθαλψης με ή χωρίς συμβουλευτικές υπηρεσίες και ενημέρωση φακέλου του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να περιλαμβάνει είτε την αλλαγή του τρόπου ζωής του ασθενή ή και την εκπαίδευσή του, τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής και τη ψυχολογική υποστήριξη του. Παρομοίως, η διαχείριση ασθενούς από ιατρό περιλαμβάνει την αλλαγή του τρόπου ζωής και τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής και ίσως την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων για περαιτέρω διερεύνηση. Επιπρόσθετα, ο ιατρός μπορεί να πραγματοποιήσει εσωτερικές και εξωτερικές παραπομπές τόσο σε άλλους ιατρούς όσο και σε επαγγελματίες υγείας.

Κάθε εξωτερική παραπομπή επιτελείται με τη σύνταξη του παραπεμπτικού σημειώματος και τη μεταφορά/διακομιδή του ασθενούς είτε με ιδία μέσα, ή μέσω του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.). Η εξωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας μπορεί να αφορά είτε δομή Π.Φ.Υ. ή Δ.Φ.Υ. Στην δημόσια Π.Φ.Υ.

συγκαταλέγεται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), οι μονάδες ψυχικής υγείας, τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων (Τ.Ε.Ι.) και οι κοινοτικές δομές. Η ιδιωτική Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει τα ιδιωτικά ιατρεία και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Δομές δημόσιας Δ.Φ.Υ. μπορεί να είναι τα Τ.Ε.Ι., το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) ή τα εργαστήρια νοσοκομείου, ενώ η ιδιωτική Δ.Φ.Υ. περικλείει μόνο τις ιδιωτικές κλινικές. Η εξωτερική παραπομπή σε επαγγελματία υγείας μπορεί να αφορά το δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Στην πρώτη περίπτωση, ο επαγγελματίας υγείας που θα δεχτεί τον ασθενή μπορεί να ανήκει στο Π.Ε.Δ.Υ., σε μονάδες ψυχικής υγείας ή κοινοτικές δομές. Στη δεύτερη περίπτωση, ο επαγγελματίας υγείας έχει δικό του ιδιωτικό ιατρείο.

Η τελευταία επιμέρους διαδικασία της παρακολούθησης εξέλιξης του ασθενούς αποτελείται από τρία βήματα: α) την ανατροφοδότηση/εκτίμηση ρύθμισης β) την παρακολούθηση και γ) την ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας.

3.2.2 Διαδικασία Διαχείριση Επειγόντων Περιστατικών

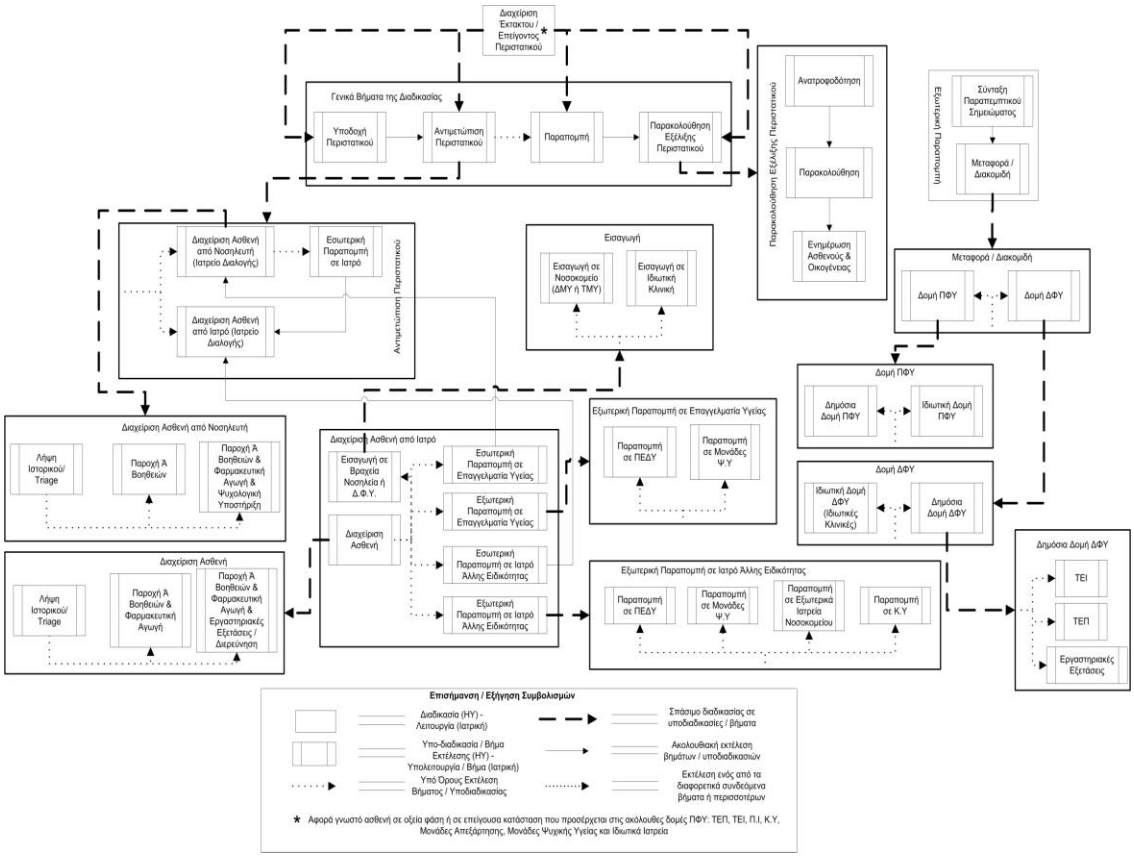
Στην Εικόνα 7 απεικονίζεται η διαδικασία διαχείρισης επειγόντων περιστατικών, η οποία αποτελείται από τα ίδια βήματα που προαναφέρθηκαν στην περίπτωση του χρόνιου νοσήματος. . Ωστόσο, διαφοροποιείται ως προς την αντιμετώπιση του ασθενή και τον τρόπο διεκπαιρέωσης των παραπομπών.

Η αντιμετώπιση ενός επείγοντος περιστατικού περιλαμβάνει τη διαχείριση του ασθενή από το νοσηλευτή ή τον ιατρό (οι οποίοι στελεχώνουν το ιατρείο διαλογής). Η διαχείριση του ασθενή από το νοσηλευτή αποτελείται από την εκτέλεση ενός ή περισσοτέρων από τα ακόλουθα βήματα: α) τη λήψη ιστορικού/triage β) την παροχή πρώτων βοηθειών και γ) την παροχή πρώτων βοηθειών, φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικής υποστήριξης. Η διαχείριση του ασθενή από τον ιατρό μπορεί να περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα βήματα: α) λήψη ιστορικού/triage β) παροχή πρώτων βοηθειών και φαρμακευτικής αγωγής και γ) παροχή πρώτων βοηθειών, φαρμακευτικής αγωγής και πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων για περαιτέρω διερεύνηση.

Όσον αφορά την παραπομπή, μπορεί να πραγματοποιηθεί εσωτερική παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας είτε σε επαγγελματία υγείας (από τον ιατρό ή το νοσηλευτή) ή εξωτερική παραπομπή (μόνον από τον ιατρό). Η εξωτερική παραπομπή πραγματοποιείται σε δομές Π.Φ.Υ. και Δ.Φ.Υ. Οι δομές Π.Φ.Υ. μπορεί να είναι δημόσιες ή ιδιωτικές, ενώ οι δομές Δ.Φ.Υ. μπορεί να είναι είτε ιδιωτικές κλινικές ή δημόσιες δομές (Τ.Ε.Ι., Τ.Ε.Π. ή εργαστήρια νοσοκομείου). Στην περίπτωση εξωτερικής παραπομπή σε ιατρό άλλης ειδικότητας, ο ιατρός αυτός μπορεί να υπάγεται σε Π.Ε.Δ.Υ., μονάδες ψυχικής υγείας, σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ή σε κέντρα υγείας. Στην περίπτωση εξωτερικής παραπομπής σε

επαγγελματία υγείας, αυτός μπορεί να υπάγεται στο Π.Ε.Δ.Υ. είτε σε μονάδες Ψυχικής Υγείας.

.



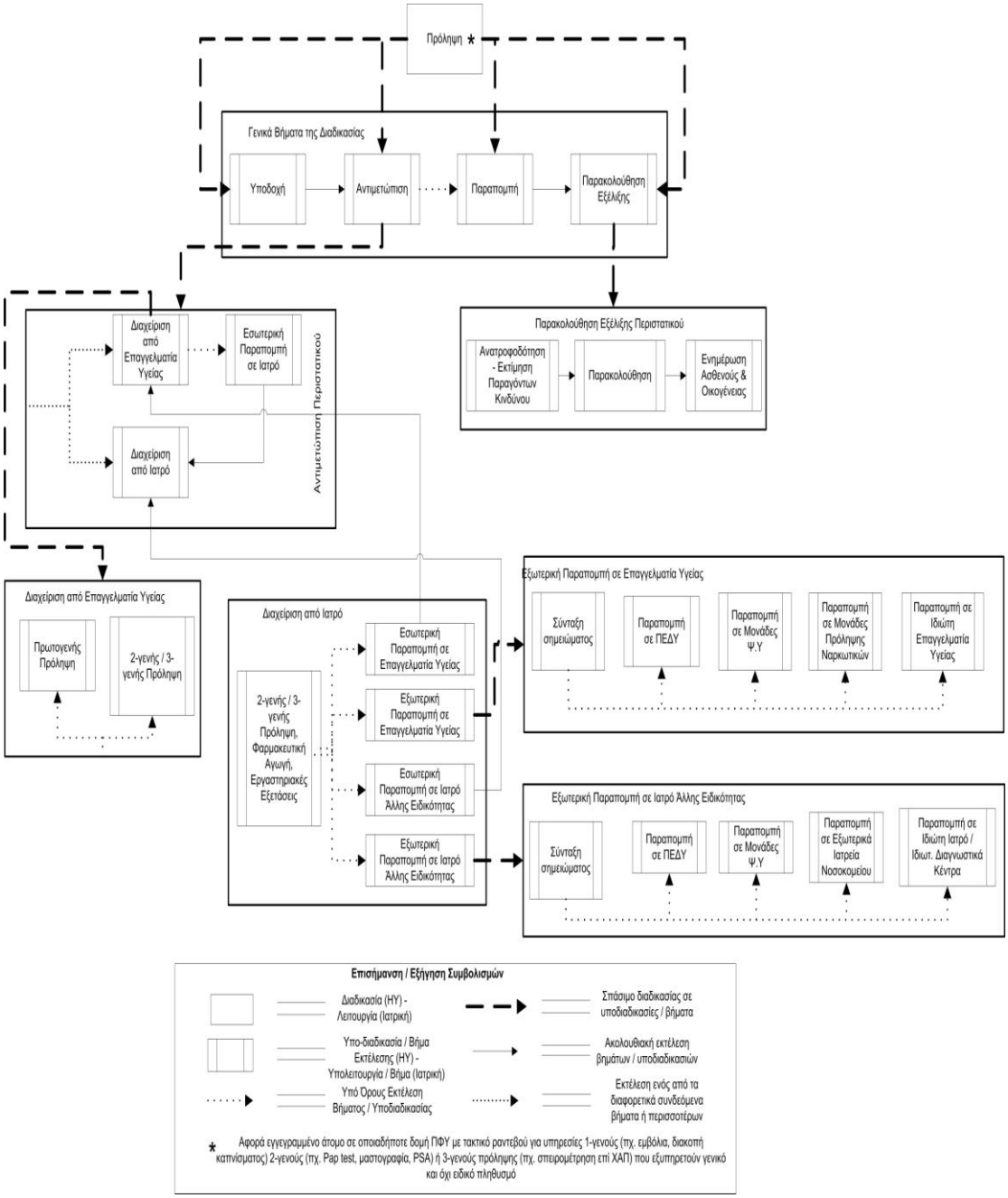
Εικόνα 7: Η διαδικασία διαχείρισης επειγόντων περιστατικών

3.2.3 Διαδικασία Πρόληψης/Προαγωγής Υγείας

Η διαδικασία πρόληψης/προαγωγής υγείας που παρουσιάζεται στην Εικόνα 8, ακολουθεί τα ίδια βήματα με αυτά των προηγούμενων διαδικασιών. Τόσο το πρώτο βήμα (υποδοχή) όσο και η τελευταία επιμέρουςδιαδικασία είναι πανομοιότυπες με αυτές που περιγράφηκαν προηγουμένως.

Η διαδικασία αντιμετώπισης ακολουθεί και αυτή παρόμοια λογική με τις προηγούμενες διαδικασίες. Πιο συγκεκριμένα, η διαχείριση ασθενή από επαγγελματία υγείας μπορεί να περιλαμβάνει είτε την πρωτογενή ή τη δευτερογενή/τριτογενή πρόληψη, ενώ η διαχείριση ασθενή από ιατρό περιλαμβάνει τη δευτερογενή/τριτογενή πρόληψη, τη φαρμακευτική αγωγή και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Ο ιατρός έχει την ευχέρεια να πραγματοποιήσει εσωτερική ή εξωτερική παραπομπή σε άλλο ιατρό ή επαγγελματία υγείας που εργάζεται σε μονάδα Π.Φ.Υ. Σε περίπτωση εξωτερικής παραπομπής, απαιτείται σύνταξη παραπεμπτικού σημειώματος. Όταν η παραπομπή αφορά επαγγελματία υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί στο Π.Ε.Δ.Υ., σε μονάδες ψυχικής υγείας, σε

μονάδες πρόληψης ναρκωτικών ή σε ιδιωτικό ιατρείο. Στην περίπτωση που η παραπομπή αφορά ιατρό άλλης ειδικότητας που δεν υπάγεται στο Π.Ε.Δ.Υ./μονάδες Ψυχικής Υγείας, μπορεί να υλοποιηθεί σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ή σε ιδιωτικά ιατρεία ή ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.



Εικόνα 8: Η διαδικασία της πρόληψης/προαγωγής υγείας

3.2.4 Διαδικασία Φροντίδας στο Σπίτι

Η αποτύπωση της διαδικασίας φροντίδας στο σπίτι απεικονίζεται στην Εικόνα 9. Η εν λόγω διαδικασία έχει διαφορετική δομή σε σχέση με τις υπόλοιπες διαδικασίες.

Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στο γεγονός ότι η διαχείριση του ασθενή δεν πραγματοποιείται σε κάποια μονάδα Π.Φ.Υ., αλλά στην οικία του ασθενούς.

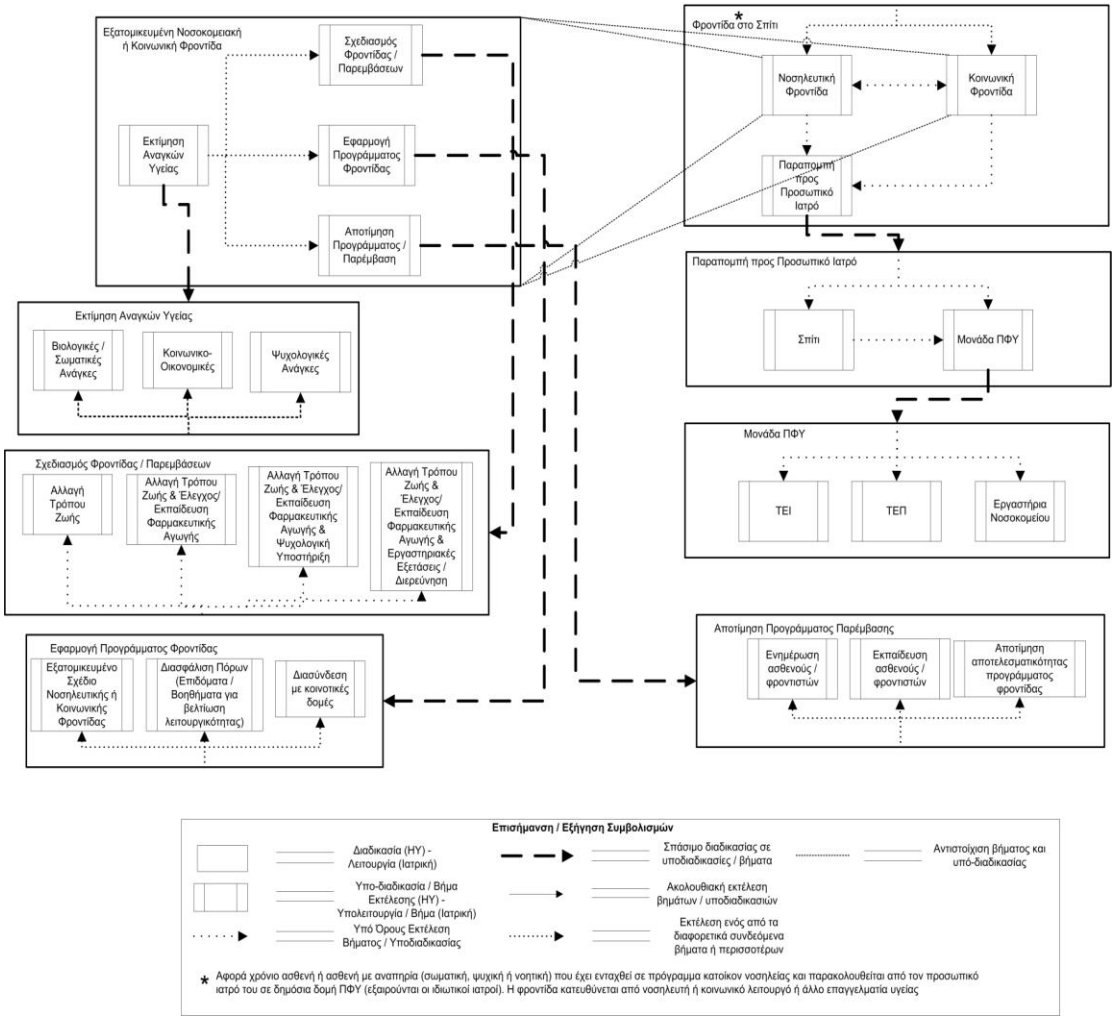
Η διαδικασία ξεκινά με δυο βήματα/επιμέρους διαδικασίες, τη νοσηλευτική φροντίδα και την κοινωνική φροντίδα. Τα βήματα αυτά έχουν πανομοιότυπη δομή και μπορούν να εκτελεστούν είτε εναλλακτικά είτε διαδοχικά.

Το πρώτο βήμα περιλαμβάνει την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Η εκτίμηση αναγκών υγείας μπορεί να αφορά σε βιολογικές/σωματικές ανάγκες, κοινωνικο-οικονομικές ανάγκες καθώς και ψυχολογικές ανάγκες. Στη συνέχεια μπορούν να εκτελεστούν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα βήματα: α) σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων β) εφαρμογή προγράμματος φροντίδας και γ) αποτίμηση προγράμματος/παρέμβασης.

Ο σχεδιασμός φροντίδας/παρεμβάσεων μπορεί να περιλαμβάνει μόνο ένα από τα τέσσερα πιθανά βήματα διαχείρισης. Τα βήματα αυτά είναι τα ακόλουθα: α) αλλαγή τρόπου ζωής β) αλλαγή τρόπου ζωής και έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής γ) αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογική υποστήριξη και δ) αλλαγή τρόπου ζωής, έλεγχος/εκπαίδευση φαρμακευτικής αγωγής, ψυχολογική υποστήριξη και εργαστηριακές εξετάσεις/διερεύνηση.

Η εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας αναφέρεται στην εκτέλεση ενός ή περισσοτέρων από τα ακόλουθα τρία βήματα: α) εξατομικευμένο σχέδιο νοσηλευτικής ή κοινωνικής φροντίδας β) διασφάλιση πόρων και γ) διασύνδεση με κοινοτικές δομές.

Μετά το πέρας της κάθε επιμέρους διαδικασίας μπορεί να πραγματοποιηθεί παραπομπή στον προσωπικό ιατρό του ασθενούς. Η παραπομπή αυτή συνεπάγεται είτε την επίσκεψη του ιατρού στην οικεία του ασθενή ή την επίσκεψη του ασθενή στη μονάδα Π.Φ.Υ. που εργάζεται ο προσωπικός του ιατρός. Στην πρώτη περίπτωση, ο ιατρός, αφού επισκεφθεί τον ασθενή, μπορεί να τον παραπέμψει σε μονάδα Π.Φ.Υ. για περαιτέρω εξετάσεις ή διερεύνηση. Πιθανές μονάδες παραπομπής στην Π.Φ.Υ. μπορεί να είναι τα Τ.Ε.Ι., τα Τ.Ε.Π. και τα εργαστήρια νοσοκομείου.



Εικόνα 9: Η διαδικασία της φροντίδας στο σπίτι

Τέλος, η αποτίμηση του προγράμματος/παρέμβασης μπορεί να περιλαμβάνει την εκτέλεση ενός ή περισσοτέρων από τα εξής τρία βήματα: α) ενημέρωση του ασθενούς/φροντιστών β) εκπαίδευση του ασθενούς/φροντιστών και γ) αποτίμηση του αποτελέσματος του προγράμματος φροντίδας.

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 δομώ Π.Φ.Υ. που συμμετείχαν στο έργο αυτό. Ο ακόλουθος πίνακας (Πίνακας 2) 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 συνιστάται η τήρηση συστήματος «gate-keeping»[13], η διατήρηση ηλεκτρονικών αρχείων ασθενών, η ηλεκτρονική καταγραφή των βημάτων παραπομπής και παρακολούθησης ασθενών εντός και

εκτός της δομής (ενιαίος φάκελος υγείας ασθενή[14]) αλλά και ο καθορισμός βέλτιστων βημάτων διαχείρισης των βασικών τύπων περιστατικών[15-17]. Ακολούθως δίδονται δυο τέτοια παραδείγματα:

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 για την έκβαση του περιστατικού][15-17]

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 ιατρού, 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 για την έκβαση του περιστατικού][15-17]

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 2: 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	(α) Ενδυνάμωση της συμμετοχής και συνηγορίας των ασθενών σε θέματα πολιτικής και λειτουργίας των δομών (β) Αύξηση της χρήσης των νέων τεχνολογιών σε θέματα διοίκησης, διαχείρισης και μεταφοράς της πληροφορίας εντός και εκτός των δομών (γ) Μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης *(μείωση αλόγιστων δαπανών, έλεγχος συνταγογραφήσεων, έλεγχος ποιότητας και εξισορρόπηση κόστους υλικών κ.α.)* (δ) Αύξηση και εξισορρόπηση εισοδήματος ανθρώπινου δυναμικού *(ποικίλες πηγές εισοδήματος)* (ε) Ορισμός καθεστώτος διαχείρισης όλων των τύπων των περιστατικών που απευθύνονται στην ΠΦΥ με ταυτόχρονη μέριμνα για ενδυνάμωση της προληπτικής ιατρικής και έλεγχο της αποτελεσματικότητας
2	**Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)/ Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.)**	
	• Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ • Αποδοτικότητα της ΠΦΥ	(α) Μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης *(μείωση αλόγιστων δαπανών, έλεγχος συνταγογραφήσεων, έλεγχος ποιότητας και εξισορρόπηση κόστους υλικών κ.α.)* (β) Αύξηση και εξισορρόπηση εισοδήματος ανθρώπινου δυναμικού *(ποικίλες πηγές εισοδήματος)* (γ) Δημιουργία μηχανισμών ελέγχου απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού και της υλικο/τεχνικής υποδομής, με ταυτόχρονη αύξηση προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων (ορθός καταμερισμός ρόλων - παράδειγμα Ιταλίας: ειδικευμένος ιατρός αποκλειστικά για τα εξωτερικά ιατρεία) (δ) Ενσωμάτωση πληροφοριακών συστημάτων αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών στην καθημερινή πρακτική
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	(α) Ενδυνάμωση της συμμετοχής και συνηγορίας των ασθενών σε θέματα πολιτικής και λειτουργίας των δομών (β) Αύξηση της χρήσης των νέων τεχνολογιών σε θέματα διοίκησης, διαχείρισης και μεταφοράς της πληροφορίας εντός και εκτός των δομών (γ) Μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης *(μείωση αλόγιστων δαπανών, έλεγχος συνταγογραφήσεων, έλεγχος ποιότητας και εξισορρόπηση κόστους υλικών κ.α.)* (δ) Αύξηση και εξισορρόπηση εισοδήματος ανθρώπινου δυναμικού *(ποικίλες πηγές εισοδήματος)*, με ταυτόχρονη αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού διαφόρων ειδικοτήτων (ε) Δημιουργία μηχανισμών ελέγχου απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού και της υλικο/τεχνικής υποδομής (ζ) Ενσωμάτωση πληροφοριακών συστημάτων αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών στην καθημερινή πρακτική
4	**Δομές Ευπαθών Ομάδων / Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι**	
	• Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦ • Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦ • Αποδοτικότητα της ΠΦ	(α) Μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης *(μείωση αλόγιστων δαπανών, έλεγχος συνταγογραφήσεων, έλεγχος ποιότητας και εξισορρόπηση κόστους υλικών κ.α.)* (β) Αύξηση και εξισορρόπηση εισοδήματος ανθρώπινου δυναμικού *(ποικίλες πηγές εισοδήματος)*, με ταυτόχρονη αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού διαφόρων ειδικοτήτων (γ) Δημιουργία μηχανισμών ελέγχου απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού και της υλικο/τεχνικής υποδομής (δ) Ενσωμάτωση πληροφοριακών συστημάτων αξιολόγησης ποιότητας υπηρεσιών στην καθημερινή πρακτική
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	(α) Συνδυασμός όλων των παραπάνω (β) Διευκόλυνση πρόσβασης στις δομές για όλες τις πληθυσμιακές ομάδες (γ) Παροχή υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές (δ) Εφαρμογή τεχνολογίας για εξ αποστάσεων φροντίδα (ε) Υιοθέτηση συστήματος διασύνδεσης με άλλες δομές και παρακολούθησης της πορείας των ασθενών
6	**Δομές Πρόληψης και Απεξάρτησης**	
	• Οικονομικές συνθήκες του συστήματος ΠΦΥ • Πληρότητα υπηρεσιών ΠΦΥ • Ποιότητα υπηρεσιών ΠΦΥ	α) Μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης *(μείωση αλόγιστων δαπανών, έλεγχος συνταγογραφήσεων, έλεγχος ποιότητας και εξισορρόπηση κόστους υλικών κ.α.)* (β) Αύξηση και εξισορρόπηση εισοδήματος ανθρώπινου δυναμικού *(ποικίλες πηγές εισοδήματος)*, με ταυτόχρονη αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού διαφόρων ειδικοτήτων (γ) Αύξηση εξοπλισμού, οργάνωση και διαχείριση υλικών, εξοπλισμού και προσωπικού με στόχο την βέλτιστη αξιοποίηση των ήδη υπαρχόντων (δ) Παροχή όλων των τύπων ΠΦΥ, με έμφαση στην φροντίδα μητέρας-παιδιού και στους ανηλίκους (ε) Ορισμός καθεστώτος διαχείρισης όλων των τύπων των περιστατικών που απευθύνονται στην ΠΦΥ με ταυτόχρονη μέριμνα για ενδυνάμωση της προληπτικής ιατρικής και έλεγχο της αποτελεσματικότητας

4. Συζήτηση

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί βασικό συστατικό όλων των συστημάτων υγείας. Στην περίπτωση της Ελλάδας είναι έντονη η απουσία ενός συστήματος λειτουργικής διασύνδεσης της Π.Φ.Υ. Ιδιαίτερα στη δυσχερή οικονομική κατάσταση που διανύει τα τελευταία χρόνια η χώρα μας, είναι φανερή η ανάγκη για τέτοιες διαρθρωτικές αλλαγές που θα οδηγήσουν στη μείωση των δαπανών υγείας και στην αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας.

Όπως επιβεβαιώθηκε από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που διεξήχθη, δεν υπάρχουν ολοκληρωμένες μελέτες σε εθνικό επίπεδο που να εξετάζουν τη λειτουργική διασύνδεση των δομών Π.Φ.Υ. Το εν λόγω έργο είναι το μοναδικό που αποσκοπεί στη περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης των επιπέδων διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης φροντίδας με τη χρήση ενιαίων προτύπων – διαδικασιών ποιότητας.

Η Κλινική Κοινωνικής Ιατρικής διαθέτει σημαντική ερευνητική εμπειρία από τη συμμετοχή της σε Ευρωπαϊκά χρηματοδοτούμενα προγράμματα, όπως το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα FP7 με τίτλο QUALICOPC- Quality and costs of Primary Care in Europe. Το "QUALICOPC" αποτελεί μία μελέτη η οποία στόχευε στην ανάλυση, σύγκριση και αξιολόγηση των συστημάτων Π.Φ.Υ. σε 34 χώρες με κύριους άξονες την ποιότητα, το κόστος και την ισότητα. Περιλαμβάνει 31 ευρωπαϊκές χώρες, εκ των οποίων 26 είναι κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.). Επιπλέον συμμετέχουν η Ισλανδία, η πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, η Νορβηγία, η Ελβετία, η Τουρκία, η Αυστραλία, ο Καναδάς και η Νέα Ζηλανδία. Πρόκειται για ένα έργο χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση το οποίο ξεκίνησε το 2010 και ολοκληρώθηκε το 2013.

Τα αποτελέσματα του προγράμματος "QUALICOPC" αξίζει να συζητηθούν μαζί με τα ευρήματα της μελέτης μας στο πλαίσιο του έργου αυτού. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δηλώνει ότι είναι σημαντικό να κατανοεί πλήρως όσα εξηγεί ο ιατρός (67.1%) ο ποίος είναι σημαντικό επίσης να είναι ευγενικός (63.9%). Επίσης σχεδόν οι μισοί (51.2%) ασθενείς δηλώνουν ότι θέλουν να γνωρίζουν πριν την επίσκεψη σε ποιον ιατρό απευθύνονται. Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, η πλειοψηφία (68.8%) θεωρεί σημαντικό ο ιατρός να τους ακούει προσεκτικά και οι ίδιοι να είναι ειλικρινείς και να μη ντρέπονται να μιλήσουν για την κατάσταση της υγείας τους (48.6%). Ως προς τη στάση που κρατάνε μετά τη συνεδρία, το 43% των ασθενών θεωρούν πολύ σημαντικό να ενημερώνουν το ιατρό τους για την πορεία της θεραπείας καθώς και ο ιατρός τους να τους έχει δώσει οδηγίες σε περίπτωση παρέκκλισης από το αναμενόμενο (64.7%). Από την πλευρά τους, οι γενικοί ιατροί δηλώνουν ότι το κτίριο παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. όπου δραστηριοποιούνται απέχει απόσταση μεγαλύτερη των 20 χλμ από το κοντινότερο γενικό/πανεπιστημιακό νοσοκομείο (71.8%) και το κοντινότερο συμβουλευτικό/εξωτερικό κέντρο (40.9%). Επιπλέον, οι γενικοί ιατροί δηλώνουν κατά μέσο όρο ότι έχουν 30 επαφές πρόσωπο με πρόσωπο με ασθενείς καθημερινά, και η συνήθης συνεδρία διαρκεί 15 λεπτά. Αναφορικά με τα ραντεβού των ασθενών, οι γενικοί ιατροί δήλωσαν ότι το 10% των ασθενών τους είναι με

ραντεβού, στην πλειονότητα τους αφιερώνουν μία ώρα την ημέρα για ερωτήσεις εκτός ραντεβού και τέλος οι περισσότεροι από τους μισούς σχεδόν ασθενείς καθυστερούν στα ραντεβού τους ενίοτε έως συχνά. Επίσης οι περισσότεροι ιατροί (53.9%) δεν ζητούν τα ιατρικά αρχεία των ασθενών που βλέπουν για πρώτη φορά ενώ τα ιατρικά τους αρχεία στην πλειοψηφία περιλαμβάνουν την διάγνωση (95.8%), τα συνταγογραφούμενα φάρμακα (88.3%) και το λόγο της επίσκεψης (86.4%). Οι περισσότεροι γενικοί ιατροί δηλώνουν ότι συχνότερα ζητάν συμβουλή από τον παιδίατρο (77.4%), τον ψυχίατρο (68.5%) και τον ακτινολόγο (62.3%) ενώ σχεδόν ποτέ από τον γεροντολόγο (81.5%) και τον παθολόγο (55.1%). Επίσης υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης των γενικών ιατρών από τους ειδικούς έπειτα από την παραπομπή του ασθενή. Τέλος, οι ομάδες πληθυσμού που επιλέγουν το γενικό ιατρό ως πρώτο πάροχο Π.Φ.Υ. είναι οι άνδρες ηλικίας 45 ετών με πόνο στην μέση σε ποσοστό 90% και οι άνδρες ηλικίας 24 ετών με πόνο στο στομάχι κατά 90% επίσης.

Η σύνθεση των αποτελεσμάτων των δύο αυτών μελετών (QUALICOPC και ΕΣΠΑ) για την ποιότητα και τη λειτουργική διασύνδεση των δομών Π.Φ.Υ. αναδεικνύει ενδιαφέροντα στοιχεία που θα μπορούσαν να αποτυπώσουν σε ικανοποιητικό βαθμό την υφιστάμενη εικόνα της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Αρχικά διαφαίνεται η έλλειψη πληροφοριακής διασύνδεσης μεταξύ των δομών και η μη ολοκληρωμένη ανατροφοδότηση ως προς την πορεία του ασθενή. Επιπλέον παρατηρείται η απουσία χρήσης και εφαρμογής κατευθυντήριων οδηγιών σε καθημερινά βήματα και ενέργειες των επαγγελματιών υγείας αλλά και η έλλειψη συστηματοποιημένης ψηφιοποίησης των ιατρικών φακέλων των ασθενών, τα οποία αποτελούν σημεία νευραλγικά για τη λειτουργική διασύνδεση της Π.Φ.Υ.

Όσον αφορά τους γενικούς ιατρούς και τη συμβολή τους στην λειτουργική διασύνδεση φαίνεται ότι αυτή απουσιάζει σε μεγάλο βαθμό, αποτελέσματα που συγκλίνουν και με αυτά προηγηθείσας μελέτης[18]. Σε επίπεδο παραπομπών ασθενών σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και σε άλλες δομές δεν υπάρχει ενημέρωση των γενικών ιατρών έπειτα από την παραπομπή, ούτε χρήση συστατικών επιστολών αλλά ούτε και τυπική συμπλήρωση και τήρηση ιατρικών αρχείων.

Άξιο σχολιασμού είναι και το πολύ χαμηλό ποσοστό διασύνδεσης της Π.Φ.Υ. με το σύστημα υγείας, όπου έντονη είναι η ανάγκη αύξησης του ώστε να παρέχονται επιπλέον πληροφορίες προς τους πολίτες δεδομένου ότι πλέον διατίθενται ηλεκτρονικά ολοένα και περισσότερες υπηρεσίες του συστήματος υγείας[19]. Το σύστημα ελέγχου πρόσβασης (gate-keeping) το οποίο αποτελεί χαρακτηριστικό του συντονισμού στην Π.Φ.Υ., χρήζει περαιτέρω βελτίωσης καθώς οι μισές δομές παρουσιάζουν ανύπαρκτα έως φτωχά επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης. Με την ενίσχυση του συστήματος gate-keeping οδηγούμαστε σε χαμηλότερες δαπάνες υγείας, σε οικονομικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στον χώρο της ΠΦΥ μέσω γενικών ιατρών καθώς και σε εξοικονόμηση πόρων προερχόμενη από τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης, ως αποτέλεσμα της μείωσης της ασυμμετρίας στην πληροφόρηση και του ηθικού κινδύνου[20].

Επιπρόσθετα, οι οικονομικές συνθήκες του συστήματος Π.Φ.Υ. αποτελούν μία διάσταση που βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα λειτουργικής διασύνδεσης

ενισχυόμενη και από την κατάσταση οικονομικής κρίσης που διέπει τη χώρα και την έλλειψη δημόσιας χρηματοδότησης[1]. Συνεπώς, υπάρχουν μεγάλα περιθώρια βελτίωσης των οικονομικών συνθηκών του συστήματος Π.Φ.Υ. με ιδιαίτερη έμφαση στο καθεστώς απασχόλησης και αποζημίωσης του ανθρώπινου δυναμικού.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω γίνεται κατανοητή η σημασία της ύπαρξης λειτουργικής διασύνδεσης των δομών Π.Φ.Υ και ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας στο σύστημα υγείας. Η Ελλάδα κυρίως την περίοδο της κοινωνικής και οικονομικής κρίσης που διανύουμε, χρειάζεται την ενδυνάμωση της Π.Φ.Υ. η οποία ήταν ανέκαθεν αποδυναμωμένη. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη γενικότερη δυσλειτουργία του συστήματος υγείας και την αύξηση των δαπανών λόγω επιβάρυνσης της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.

5. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα του έργου ανέδειξαν το κατάλληλο θεωρητικό πλαίσιο, το οποίο μπορεί να υιοθετηθεί στην περίπτωση της Ελλάδας και μέσω του οποίου συντάχθηκαν στοχευμένες προτάσεις για τη βελτίωση της λειτουργικής διασύνδεσης των δομών της Π.Φ.Υ.

Τα επίπεδα, οι διαστάσεις και τα χαρακτηριστικά της Π.Φ.Υ. που μελετήθηκαν στο πλαίσιο του έργου αυτού αναμένεται να συμβάλλουν στην επίκαιρη συζήτηση για τη βελτίωση και εξυγίανση της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Οι προτάσεις βελτίωσης που συντάχτηκαν μπορούν να ενισχύσουν τις προσπάθειες αντιμετώπισης νέων προκλήσεων όπως η φτώχεια, η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, ο περιορισμός των πόρων καθώς και το ραγδαία μεταβαλλόμενο πρότυπο νοσηρότητας με κυρίαρχες τις ψυχικές διαταραχές και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Μέσω των ευρημάτων και των προτάσεων του έργου αυτού, είναι δυνατή η αλλαγή ενός κατακερματισμένου και μη αποτελεσματικού μοντέλου στην κατεύθυνση μιας οριζόντιας και ολοκληρωμένης Π.Φ.Υ. Οι ελλείψεις που σχετίζονται με την τεκμηριωμένη ιατρική πρακτική (evidence-based practice), την ολοκληρωμένη αξιολόγηση αναγκών υγείας, το εξειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό σε μη αστικές περιοχές καθώς και την πρόληψη και προαγωγή υγείας θα μπορούσαν να εξετασθούν κάτω από το φως των πορισμάτων αυτού του έργου.

6. Βιβλιογραφία

1. Lionis C, Symvoulakis E, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N, Souliotis K, Kyriopoulos I. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. International Journal of Intergrated Care 2009; 9:e88.
2. Kontodimopoulos N, Moschovakis G, Aletras VH, Niakas D. The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2007; 5:14.
3. Οικονόμου ΝΑ, Τούντας Γ, Νιάκας Δ. Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007; 24:48-57.
4. 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.
5. Boult C, Karm L, Groves C. Improving Chronic Care: The "Guided Care" Model. Perm J 2008; 12:50-4.
6. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res 2010; 10:65.
7. 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.
8. The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Primary Care Assessment Tool (PCAT). Available at: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html.
9. Emrouznejad A & Kumar DP. Performance Measurement in the Health Sector: Uses of Frontier Efficiency Methodologies and Multi-Criteria Decision Making. J Med Syst 2011; 35:977-9.
10. Thokala P & Duenas A. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Technology Assessment. Value in Health 2012; 15:1172-81.
11. Saaty TL. The Analytic Hierarchy Process: Planning, Priority Setting, Resource Allocation. McGraw-Hill International Book Company; 1980.
12. Schäfer W, Boerma W, Kringos DS, De Maeseneer J, Greß S, Heinemann S, Rotar-Pavlic D, Seghieri C, Švab I, Van den Berg MJ, Vainieri M, Westert GP, Willems S, Groenewegen P. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Family Practice 2011; 12:115.

13. 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, Abasaeed 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.
14. 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.
15. Australian Government. Department of Health. Available at: www.health.gov.au
16. Royal College of General Practitioners. Available at: www.rcgp.org.uk
17. Ministry of Health (MOH) Singapore. Available at: www.moh.gov.sg
18. Chatziarsenis M, Lionis C, Faresjö T, Fioretos M, Trell E. Community-based medical systems advancement in a hospital-primary health care center in Crete, Greece: concepts, methods, and the new role of general practitioner. J Med Syst 1998; 22:173-88.
19. Koufi V, Malamateniou F, Vassilacopoulos G. Quality of life through quality of information. European Federation for Medical Informatics and IOS Press; 2012.
20. Forrest, BC. Primary care gatekeeping and referrals: effective filter orfailed experiment. BMJ 2003; 326:29.