



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω των Γενικών Ιατρών – δεδομένα από την μελέτη QUALICOPC

Ζαμπακκίδου Παρασκευή
Γενική Ιατρός

Κύριος Επιβλέπων:

Λιονής Χρήστος, MD, Καθηγητής, Δ/ντης Κλινικής
Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Κρήτης

Συνεπιβλέποντες:

1. Συμβουλάκης Εμμανουήλ, MD, Επίκουρος Καθηγητής
Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Κρήτης

2. Λιναρδάκης Μανόλης, Στατιστικός, PhD, MSc
Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική
Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Συμβουλευτική επιτροπή:

Πιτέλου Ελένη, MPH, PhDc, Research
fellow & research manager

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον αξιότιμο Καθηγητή κύριο Λιονή Χρήστο για την ευκαιρία που μου έδωσε μέσω αυτής της εργασίας, καθώς και για τη καθοδήγηση και τη βοήθεια που μου πρόσφερε στη συγγραφή της. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Συμβουλάκη Εμμανουήλ και το κύριο Μανόλη Λιναρδάκη για την τεράστια στήριξη, τη βοήθεια και την υπομονή τους στην προσπάθεια μου αυτή. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τη κυρία Ελένη Πιτέλου για τη πολύτιμη συνδρομή της.

Περιεχόμενα

	Ευχαριστίες	Σελ.	3
	Περιεχόμενα	Σελ.	4
	Ακρωνύμια που χρησιμοποιούνται στο κείμενο	Σελ.	5
1.	Περίληψη	Σελ.	6
1.1	Abstract	Σελ.	9
2.	Εισαγωγή	Σελ.	12
3.	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Σελ.	14
3.1	Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)	Σελ.	14
3.2	ΠΦΥ στην Ελλάδα	Σελ.	15
3.3	Προσδοκίες ΓΙ - εργαζομένων στις ΥΥ	Σελ.	24
3.4	Προσδοκίες ασθενών	Σελ.	27
4.	Μελέτη QUALICOPC	Σελ.	28
4.1	Ερευνητικός Σκοπός	Σελ.	29
4.2	Ερευνητικά ερωτήματα	Σελ.	29
5.	Υλικό & Μέθοδοι	Σελ.	29
5.1	Περιοχή- πληθυσμός μελέτης και χρόνος	Σελ.	29
5.2	Εργαλεία μελέτης	Σελ.	30
5.3	Καθορισμός ερωτήσεων	Σελ.	30
5.4	Επιπρόσθετα δεδομένα	Σελ.	32
5.5	Στατιστική ανάλυση	Σελ.	32
6.	Αποτελέσματα	Σελ.	33
6.1	Περιγραφικά χαρακτηριστικά	Σελ.	33
6.2	Δείκτες αξιολόγησης ΠΥΥ και σχετικές ερωτήσεις	Σελ.	33
6.3	Συνοπτικοί δείκτες	Σελ.	35
6.4	Συσχέτιση δεικτών	Σελ.	35
6.5	Υψηλή βαθμολογία ΠΥΥ	Σελ.	35
7.	Συζήτηση	Σελ.	36
7.1	Συνοπτική αποτίμηση ευρημάτων	Σελ.	36
7.2	Περιορισμοί μελέτης	Σελ.	39
7.3	Προτάσεις	Σελ.	40
7.4	Συμπεράσματα	Σελ.	44
8.	Βιβλιογραφία	Σελ.	45
8.1	Ελληνική	Σελ.	45
8.2	Διεθνής	Σελ.	47
9.	Γραφήματα	Σελ.	58

Ακρωνύμια που χρησιμοποιούνται στο κείμενο:

ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
ΥΥ	Υπηρεσίες υγείας
ΓΙ	Γενικοί ιατροί
ΚΥ	Κέντρο υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική περιφέρεια Ελλάδος
Η/Υ	Ηλεκτρονικοί υπολογιστές
ΠΟΥ	Παγκόσμιος οργανισμός υγείας
ΤΕΠ	Τμήμα επειγόντων περιστατικών
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας
ΤΟΜΥ	Τοπική Μονάδα Υγείας
QUALICOPC	Quality and cost of primary care in Europe
NIVEL	Netherlands Institute for Health Services Research
ΠΥΥ	Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας
ΔΥΠε	Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
WONCA	World organization of Family Doctors
SD	Standard Deviation
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΚΚΟΙ	Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής

1.Περίληψη

Τίτλος: Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέσω των Γενικών Ιατρών – δεδομένα από την μελέτη QUALICOPC.

Της: Ζαμπακκίδου Παρασκευής

Υπό την επίβλεψη των:

1. Λιονή Χρήστο MD, PhD, FRCGP(Hon), FWONCA, FESC, Καθηγητή Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, Δ/νη Κλινικής Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
2. Συμβουλάκη Εμμανουήλ, MD, Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης
3. Λιναρδάκη Μανόλη, Στατιστικός, PhD, MSc Κλινικής Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ημερομηνία: 19 /11/2019

Εισαγωγή: Η αναζήτηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να αποτελέσει μέσο για στοχευμένη μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας όσο αφορά τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Σκοπός: Η αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης όσο αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών (ΠΥ) στη ΠΦΥ, ο εντοπισμός των εστιών δυσλειτουργίας και η σχέση των επιμέρους χαρακτηριστικών του συστήματος της ΠΦΥ με τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (ΠΥΥ).

Υλικό και μεθοδολογία: Αξιοποιήθηκαν δεδομένα που συλλέχθησαν από ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη συγχρονική Ευρωπαϊκή μελέτη με το όνομα QUALICOPC (QUALity and COst of Primary Care in Europe) το οποίο

συμπληρώθηκε το 2012 από 220 επιλεγμένους από όλη την Ελλάδα Γενικούς Ιατρούς (ΓΙ). Στην αξιολόγηση της ΠΥΥ, επιλέχθηκαν 4 δείκτες (indicators) που αφορούσαν την Ομάδα Εργασίας (Working Group: ανθρώπινο δυναμικό, διεπιστημονική συνεργασία, παραπομπή), τις Υποδομές (Infrastructures: παροχές, εξοπλισμός, εγκαταστάσεις κ.α.), το Βαθμό Εκπαίδευσης (Educational Degrees: εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών κ.α.) και τις Συνθήκες Εργασίας (Working Conditions: φόρτος εργασίας, αμοιβή κ.α.). Οι δείκτες αυτοί διαμορφώθηκαν από 20 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, η απάντηση των οποίων κωδικοποιήθηκε σε διακριτή διαβάθμιση (ναι=1, όχι=0) και η συνάρτησή τους δημιούργησε σύνθετες βαθμολογίες (composite score) τόσο για κάθε ένα από τους 4 δείκτες αλλά και συνολικά (συνολική βαθμολογία ΠΥΥ). Η βαθμολογία μετασχηματίστηκε σε κλίμακα 0-100 για λόγους απλοποίησης στην κατανόησή της αλλά και συγκρισιμότητας, με τις υψηλές τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη ή υψηλού επιπέδου ΠΥΥ. Ακολούθησε συσχέτιση των 4 δεικτών για τον έλεγχο της συνεκτικής τους δομής και του βαθμού εγκυρότητάς τους και εφαρμογή πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την αξιολόγηση της σχέσης της Συνολικής Βαθμολογία ΠΥΥ με τα χαρακτηριστικά των ΓΙ.

Αποτελέσματα: Το 54,1% των συμμετεχόντων ΓΙ ήταν άνδρες, ενώ η μέση ηλικία όλων ήταν 43,5 έτη ($\pm 7,9$). Το 25,0% ασκούσε την ιατρική σε αμιγώς αστικές περιοχές, 8,6% δήλωσαν ελεύθεροι επαγγελματίες, 48,2% εργάζονταν με άλλους στον ίδιο χώρο και το 58,2% ανέφερε ότι ζητά τα συνδρομή άλλου συναδέλφου για ≥ 1 φορά το μήνα. Το 77,3% δήλωσε ότι έχει εύκολη πρόσβαση σε εργαστηριακές εγκαταστάσεις, το 16,4% διατηρούσε αρχεία σε κάθε επίσκεψη ασθενών, το 81,4% εφαρμοζε κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρόνια καρδιοπάθεια, ενώ το 73,2% συμμετείχε στην εκπαίδευση των ασθενών για τη σωματική άσκηση. Η μέση συνολική βαθμολογία ΠΥΥ εκτιμήθηκε σε μέτρια επίπεδα ($58,8 \pm 14,1$), ενώ σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία βρέθηκε στο βαθμό εκπαίδευσης των ΓΙ σε σχέση με εκείνη των συνθηκών εργασίας τους ($76,7$ έναντι $40,0$, $p < 0.001$). Η μέση βαθμολογία της ΠΥΥ εκτιμήθηκε στο $60,4$ ($\pm 20,5$) στην ομάδα εργασίας και $48,5$ ($\pm 25,6$) στις υποδομές. Πρόεκυψε επίσης σημαντική θετική συσχέτιση του βαθμού εκπαίδευσης των ΓΙ με την ομάδα εργασίας ($r=0.733$, $p=0.001$), καθώς και με τις συνθήκες εργασίας ($r=0.194$, $p=0.004$) ενώ εκτιμήθηκε υψηλή συσχέτιση των τεσσάρων δεικτών με τη συνολική βαθμολογία της ΠΥΥ ($p < 0.001$). Μόλις το 16,8%

των συμμετεχόντων ΓΙ βρέθηκαν με συνολική βαθμολογία ΠΥΥ $\geq 75^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση ενώ η συνολική βαθμολογία ΠΥΥ δεν βρέθηκε να διαφοροποιείται ως προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ΓΙ. Εξαίρεση αποτέλεσε η μορφή εργασίας, όπου προκύπτει ότι υψηλή βαθμολογία ΠΥΥ ($\geq 75^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση), είχε το 36,8% των ελεύθερων επαγγελματιών έναντι μόλις 14,9% εκείνων με αμειβόμενη εργασιακή σχέση ($p=0,041$). Η πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση επιβεβαίωσε ότι από τα χαρακτηριστικά των ΓΙ η μορφή εργασίας (η εργασία ως ελεύθεροι επαγγελματίες) σχετίστηκε θετικώς σημαντικά με τη βαθμολογία της ΠΥΥ (stand. beta=0.174, $p=0.012$).

Συμπεράσματα: Οι μελέτες ΠΥΥ που προκύπτουν από την οπτική των ΓΙ μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμα εργαλεία για το σχεδιασμό του συστήματος της ΠΦΥ, καθώς μπορούν να εντοπίσουν παράγοντες του συστήματος που υστερούν σε ποικίλο βαθμό. Οι πληροφορίες που δύναται να συλλεχθούν μέσα από τις μελέτες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μεταρρύθμιση του συστήματος της ΠΦΥ ώστε ο μελλοντικός σχεδιασμός του να γίνει με κατευθυνόμενο τρόπο για να εξασφαλίζει εξοικονόμηση και βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων και να εξασφαλίσει καθολική και συνεχή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας μέσω της ΠΦΥ.

Λέξεις κλειδιά: Γενικοί Ιατροί, αξιολόγηση, ποιότητα, υπηρεσίες Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

1.1.Abstract

Title: Assessment of the Quality of Health Services in Primary Health Care through General Practitioners - Data from the QUALICOPC study.

From: Paraskevi Zambakkidou

Under the supervision of:

1. Lionis Christos MD, PhD, FRCGP(Hon), FWONCA, FESC, Professor of General Practice and Primary Health Care, School of Medicine, University of Crete Director of the Clinic of Social and Family Medicine (CSFM)
2. Symvoulakis Emmanouil MD, Assistant Professor at University of Crete Clinic of Social and Family Medicine (CSFM)
3. Linardakis Manolis Statistician, PhD, MSc at University of Crete Clinic of Social and Family Medicine (CSFM)

Date: 19/11/2019

Introduction: The search for factors related to the quality of health services can be a means of targeted reform of the health system with regard to Primary Health Care (PHC).

Aim: Mapping the current situation of quality of service in the PHC, identifying malfunctioning outbreaks, and linking the individual characteristics of the PHC system to the quality of health services (QHS).

Data and methods: Data were collected from a questionnaire used in a cross-sectional European study called QUALICOPC (QUALity and COst of Primary Care in Europe) completed in 2012 by 220 GPs from all over Greece. Four indicators were selected for the evaluation of the QHS that related to the Working Group (human resources, interdisciplinary cooperation, referrals), Infrastructures, (benefits, equipment, facilities, etc.), Degree of Educational (implementation of guidelines, etc.) and Working Conditions (workload, remuneration, etc.). These indicators consisted of 20 questionnaire questions, the response of which was coded separately (yes = 1, no =

0), and their aggregation produced composite scores for each of the 4 indicators as well and overall (Total QHS rating). The score was transformed on a scale of 0-100 for the sake of simplicity and comprehensibility, while high values indicate better or higher levels of QHS. A correlation of the 4 indices was followed to check their cohesive structure and degree of validity and to apply multiple linear regression to evaluate the relationship of the overall QHS score with the characteristics of the GPs.

Result: The 54.1% of the participants GPs were male while the mean age of all was 43.5 years (± 7.9). The 25.0% practiced medicine in purely urban areas, 8.6% declared self-employment, 48.2% worked co-located with others GPs, and 58.2% reported that they request the assistance of another colleague for ≥ 1 times a month. The 77.3% said they had easy access to lab facilities, 16.4% kept records in every patient visit, 81.4% applied guidelines for chronic heart disease while 73.2% participated in patient education for physical exercise. The mean score of overall QHS was evaluated as moderate (58.8 ± 14.1) and a significantly higher score was found in the GP's degree training than in their working conditions (76.7 vs. 40.0, $p < 0.001$). The mean score of QHS in the working group was valued 60.4 (± 20.5) and 48.5 (± 25.6) in the infrastructure, respectively. There was a significant positive correlation between the GP's training level with the working group ($r = 0.733$, $p = 0.001$) and with the working conditions ($r = 0.194$, $p = 0.004$), also a high correlation of the four indicators with the overall score of QHS was assessed ($p < 0.001$). Only 16.8% of participants GPs were founded to have an overall QHS score of $\geq 75\%$, while the overall QHS score was not found to differ in the descriptive characteristics of the GPs. The exception was the form of work, which shows that 36.8% of freelancers had a high QHS score ($\geq 75\%$) compared to only 14.9% of those with a remunerated employment relationship ($p = 0.041$). Multivariate linear regression confirmed that from GP's characteristics, the form of work (working as a freelance professional) was positively correlated with QHS scores (stand. beta = 0.174, $p = 0.012$).

Conclusions: The QHS studies, which emerge from the view of the GPs, can be valuable tools for the design of the PHC system, as they can identify system factors that remain to varying degrees. The information that can be gathered through these studies can be used to restructure the PHC system so that future planning is directed

in a way that ensures savings and optimal utilization of resources and ensures the universal and continuous provision of quality health services through the PHC

Key words: General practitioners (GP), evaluation, quality of Health Services (QHS), Primary Health Care (PHC).

2.Εισαγωγή:

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί τον κορμό κάθε συστήματος υγείας και συνεισφέρει σημαντικά στην προαγωγή και προάσπιση της υγείας καθώς όπως διαφαίνεται από διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία ο προσανατολισμός των συστημάτων υγείας προς την ΠΦΥ προσδίδει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, καλύτερη ποιότητα και σημαντική μείωση του κόστους (Κυριόπουλος et al 2000; Σουλιώτης, 2014; Rao & Pilot, 2014; Shi, 2012; Starfield, 1994).

Στη σημερινή πραγματικότητα, με την οικονομική κρίση, τον περιορισμό των οικονομικών πόρων και τη γήρανση του πληθυσμού, καταγράφεται παράλληλα και αύξηση της πολλαπλής νοσηρότητας. Παράλληλα με την οικονομική κρίση, στη χώρα μας προστέθηκε και η μεταναστευτική κρίση που προσέθεσε ανάγκες στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης σημαντικό στοιχείο, ως απόρροια της οικονομικής κρίσης είναι η κίνηση του πληθυσμού προς την περιφέρεια, επιστρέφοντας σε ξεχασμένα και άγονα χωριά, γεγονός που ενισχύει την αναγκαιότητα για ύπαρξη ΥΥ και στη περιφέρεια (<https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO18/->). Όλες οι παραπάνω συνθήκες δημιουργούν επιτακτική ανάγκη για αναδιάρθρωση της ΠΦΥ ώστε να αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή και να εγγυάται ολοκληρωμένη, συνεχή και καθολική φροντίδα υγείας, βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής των ασθενών και ορθότερη διαχείριση των σπάνιων πόρων (Lionis C & Petelos E, 2013; Vanden Akker et al., 1998).

Στις υπηρεσίες ΠΦΥ ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως ολότητα και δέχεται φροντίδα σχετική με τη διαχείριση των νοσημάτων του αλλά και των παραγόντων κινδύνου στην κατεύθυνση πρόληψης. Όπως δείχνεται στη διεθνή βιβλιογραφία πολλά νοσήματα μπορούν να προληφθούν ή να εμφανίσουν ηπιότερες μορφές εκδήλωσης αν εξαλειφτούν έγκαιρα οι εκλυτικοί, προδιαθεσικοί παράγοντες, ενώ σημαντικότερο ρόλο κατέχει η έγκαιρη υποβολή του ασθενή σε γενικό προσυμπτωματικό έλεγχο βάση των χαρακτηριστικών του (φύλο, ηλικία, ατομικό ιστορικό, κτλ) (Bindman AB et al . 1996; Faulkner A. et al. 2003; Rat A.C. et al. 2004; Renders C.M. et al. 2001; Starfield B et al. 1992; Starfield B et al. 1998).

Την ΠΦΥ χαρακτηρίζει η προσωποκεντρική, μακροχρόνια και συνεχής φροντίδα, στοιχεία απαραίτητα για ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή με τον θεράποντα

ιατρό με αποτέλεσμα μεγαλύτερη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, στη διατήρηση της χρόνιας αγωγής και την εξέλιξη του τρόπου ζωής. Ένα πολύ σημαντικό προβάδισμα της ΠΦΥ είναι η δυνατότητα του ΓΙ να γνωρίζει τον ασθενή, το ατομικό και οικογενειακό του ιστορικό κερδίζοντας έτσι πολύτιμο χρόνο στη διαχείριση του ως κλινική περίπτωση, ειδικά όταν πρόκειται για επείγουσα κατάσταση αλλά και στην ορθότερη και πιο ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή με ανθρωποκεντρική προσέγγιση, αναγνωρίζοντας ευκολότερα τα red flags που αφορούν είτε κάποιο νόσημα είτε κάποια κατάσταση που αφορά τον ασθενή στη καθημερινή του διαβίωση (X. Λιονής & E. Πιτέλου 2015; BleichSN et al 2009; Fiscella K et.al. 2004; L.M.L. Ong et.al. 1995; Nadia R et.al. 2013; Viviane Kovess-Masféty et.al. 2007).

3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1.Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) θεσμοθετείται το 1978 στη διεθνή διάσκεψη της Άλμα Άτα μετά την χρήματο – οικονομική κρίση. Η διακήρυξη έγινε ομόφωνα αποδεκτή από τη πλειοψηφία των μελών κρατών τόσο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) όσο και της UNICEF, όπου και κατέληξε σε 13 βασικά σημεία (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>). Μέσω της διάσκεψης αυτής τίθεται ο στόχος «Υγεία για όλους» και γίνεται έντονα αισθητή η προσπάθεια για ισότητα στην υγεία καθώς αναγνωρίζεται ως απόλυτο, καθολικό αγαθό και ανθρώπινο δικαίωμα, επίσης γνωστοποιείται ότι αποτελεί παράγοντα σταθεροποίησης και ειρήνης στα σύγχρονα κράτη, δίνοντας μια άλλη διάσταση στον ορισμό της υγείας.

Το ζητούμενο εκείνη τη περίοδο, κάτι που όπως αποδείχτηκε ότι είναι διαχρονικό και πρωτεύον αίτημα, ήταν η ανεύρεση μεθόδων που θα εξασφάλιζαν υψηλού επιπέδου παροχή φροντίδας υγείας με όσο το δυνατό μικρότερο κόστος και εξοικονομώντας πόρους. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι η υιοθέτηση του τρίπτυχου πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση θα βοηθήσει στην προαγωγή της υγείας, εξασφαλίζοντας μακροπρόθεσμα ποιοτικότερες υπηρεσίες και σε μεγάλο βαθμό εξοικονόμηση πολύτιμων πόρων. Η ολοκληρωμένη οργάνωση των ΥΥ για πρώτη φορά προβλέπει τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, τόσο των χρηστών των ΥΥ όσο και της κοινότητας ώστε να μπορέσει να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες της κάθε περιοχής,

λαμβάνοντας έτσι η ΠΦΥ ένα ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Ως στόχος με πρώτη προτεραιότητα τίθεται η πλήρης ανάπτυξη της ΠΦΥ, που αποτελεί ακρογωνιαίος λίθος ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, η οποία θα περιλαμβάνει όλο το φάσμα υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης, πρόληψης, προαγωγής υγείας καθώς και κοινωνικής φροντίδας (Gay B. 1995; Olesen F et al 2000; Souliotis K.2014).

Η ΠΦΥ έχοντας διαφορετική βαρύτητα στο σύστημα υγείας ανάμεσα στα διάφορα κράτη, πολλές φορές υποτιμήθηκε, κατακερματίστηκε ή ακόμα και αγνοήθηκε πλήρως. Το 2008, 30 χρόνια μετά τη διεθνή διάσκεψη στην Άλμα Άτα, ο ΠΟΥ προσπαθεί να επαναφέρει τη ΠΦΥ στη δημοσιότητα μέσω της καμπάνιας του «ΠΦΥ, τώρα όσο ποτέ άλλοτε». Η παγκοσμιοποίηση με την οποία όλες οι χώρες έρχονται αντιμέτωπες δημιουργεί την επιτακτική ανάγκη της τάχιστης ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας στις προκλήσεις ενός κόσμου που συνεχώς μεταβάλλεται (Boerma WGW et al, 2006; The Hague, 2004; <https://www.who.int/whr/2008/en/>). Ο ΠΟΥ πρότεινε ξανά την ΠΦΥ ως το πλαίσιο εκείνο που μπορεί να συμβάλει στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη, αποτελώντας τον φορέα αλληλεπίδρασης μεταξύ του πληθυσμού και του συστήματος υγείας (World Health Organisation, 2008).

Η εφαρμογή των αρχών της ΠΦΥ προϋποθέτει την ύπαρξη συστήματος μετάβασης από την εξειδικευμένη φροντίδα στη «γενική – ολιστική», όπου θα υπάρξει οριοθέτηση πληθυσμού ευθύνης για κάθε ΓΙ και κατ' επέκταση για κάθε μονάδα ΠΦΥ καθώς και η ύπαρξη της υποδομής για υποστήριξη των δομών ΠΦΥ από εξειδικευμένες υπηρεσίες και κοινωνικούς φορείς. Μέσα από την οργάνωση των ΥΥ στην ΠΦΥ θα πρέπει να διασφαλίζεται η υψηλή προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility), απουσία οργανωτικών, λειτουργικών, διοικητικών, γεωγραφικών και οικονομικών φραγμών και υψηλή διαθεσιμότητα (availability), δηλαδή πλήρης και συνεχής κάλυψη. Ο βέλτιστος τρόπος παροχής ΠΦΥ γίνεται μέσω της γενικής ιατρικής που όπως ορίζεται από τη *WONCA Europe, 2005*, «είναι η μέθοδος, με την οποία παρέχεται φροντίδα στην κοινότητα, συνεχής, ολοκληρωμένη και εστιασμένη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας». Οι ΓΙ που την εξασκούν θα πρέπει να έχουν δεξιότητες όπως η άσκηση ιατρικής ανθρωποκεντρικής σφαιρικής και ολιστικής, προσανατολισμένη στην κοινότητα και να έχουν ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.

Επίσης απαραίτητη είναι η ικανότητα επικοινωνίας και ενσυναίσθησης ώστε να αυξηθεί ο βαθμός κατανόησης των ψυχοκοινωνικών απόψεων και προβλημάτων των ασθενών και κατ' επέκταση να αυξηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις ΥΥ με βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Kringos DS et al, 2010; WONCA Europe,2005; Wonca, 1991; Smith RC et al 1995).

Τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη γίνεται μια συνεχής προσπάθεια για δημιουργία ενός βιώσιμου συστήματος πληροφόρησης και γνώσης σχετικά με την κατάσταση και την ανάπτυξη των συστημάτων ΠΦΥ στην Ευρώπη. Η μελέτη, όπως είναι το PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) (<https://www.irdes.fr/english/international-collaborations-and-european-projects/phameu-primary-health-care-activity-monitor-for-europe.html>), συμβάλλει σε αυτήν την κατεύθυνση με την έκδοση Building Primary Care in a changing Europe (Dionne S. Kringos, et al.2015) που αναλύει τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται και παραδίδεται η ΠΦΥ σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Εδώ εξετάζονται θέματα διακυβέρνησης, χρηματοδότησης και εργατικού δυναμικού, και οι συγγραφείς προτείνουν ορισμένους τομείς προτεραιότητας για τη μείωση του χάσματος μεταξύ της ιδανικής και της τρέχουσας πραγματικότητας (Kringos DS et al . 2010).

Ανασκοπώντας και ανατρέχοντας σε δεδομένα των τελευταίων 30 χρόνων, μέχρι το 2008, διαπιστώθηκε ότι οι χώρες που υιοθέτησαν και εφάρμοσαν τη ΠΦΥ είχαν καλύτερους δείκτες υγείας, με μείωση της θνησιμότητας, ανάγκης επίσκεψης στα Τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), ή σε ειδικούς, καθώς και επανεισαγωγής για νοσηλεία, δημιουργώντας ότι η εφαρμογή της ΠΦΥ δεν είναι ουτοπικός αλλά εφικτός στόχος (Baicker K, Chandra A. 2004; Chew LD et al 2008; Christel A Woodward et al 2004; Florian L Stigler et al 2016; Gill JM et al 2000; Kevin Grumbach, MD et all 1999; Morris Weinberger, Ph.D et al 1996; Peter Franks and Kevin Fiscella 1998; Sheldon Greenfield et al 1992 ; Starfield B et al 2005; Stephan D. Fihn 1995).

3.2.ΠΦΥ στην Ελλάδα

Το σημερινό θεσμικό πλαίσιο

Το ελληνικό σύστημα υγείας μεταπολιτευτικά αρχίζει να κάνει τα πρώτα βήματα, αν και πολλά χρόνια μετά από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με το νόμο Ν.1397/1983 «Περί

Εθνικού Συστήματος Υγείας» με την ανάπτυξη του κράτος πρόνοιας, που θα λειτουργούσε σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge. Το 1985 υλοποιήθηκαν διατάξεις, από το νόμο, και δημιουργήθηκαν κέντρα υγείας (ΚΥ) μόνο περιφερικού τύπου, παρόλο που ο νόμος αυτός πρόβλεπε τόσο περιφερικού όσο και αστικού τύπου ΚΥ για κάλυψη τόσο αγροτικών όσο και αστικών περιοχών.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μίγμα υπηρεσιών που συναντά κανείς σε όλα τα συστήματα του κόσμου. Στις αγροτικές περιοχές, όπου οι ΥΥ παρέχονται μέσω ΚΥ η πορεία του αρρώστου προσομοιάζει με το μοντέλο Beveridge. Για τους αρρώστους που ήταν ασφαλισμένοι σε ταμεία τύπου ΟΠΑΔ, τραπεζών κτλ ακολουθούσαν πορεία τύπου συστήματος Bismarck, ενώ οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ ακολουθούσαν πορεία τύπου συστήματος Schemasko. Ως αποτέλεσμα της πολυπλοκότητας και της πολυμορφικότητας του συστήματος υγείας δημιουργούσε δυσλειτουργικές συνθήκες που οδηγούσε σε μειωμένη αποτελεσματικότητα και παροχή ΥΥ (Τάσος Φιλαλήθης 2015; WHO 2015).

Η μορφή του ΕΟΠΥΥ είχε ως βασικό πρόβλημα την ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης, το οποίο απορρέει από τη μονοπολική κυριαρχία προσφοράς, την παντελώς απύσχα ανταγωνιστική συνθήκη μεταξύ προμηθευτών και κυρίως την έλλειψη πραγματικής μονοψωνιακής ισχύος του ΕΟΠΥΥ. Υπό τις υπάρχουσες συνθήκες ο ΕΟΠΥΥ δεν ήταν δυνατό να ασκεί ασφαλιστική πολιτική, καθιστώντας τον απλό διαμεσολαβητή ανάμεσα σε «είσπραξη και πληρωμή», δημιουργώντας τέτοιες συνθήκες ούτως ώστε να υφίσταται η ταυτόχρονη συνύπαρξη 4 διαφορετικών τύπων αγοράς του ιδίου πλαισίου και ως επακόλουθο τις αλληπάλλληλες αντιφάσεις και αντικρούσεις (ΕΣΔΥ 2013; Κυριόπουλος Γ.& Μπεαζόγλου Τ.2001; Pauly M.V. 1988). Η μετάβαση από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ δεν έφερε ουσιαστικές αλλαγές, συνέχισε να ισχύει ο νόμος του 2008 και οργανωτικά το ελληνικό σύστημα υγείας να ελέγχεται από το Υπουργείο, έτσι, οι δήμοι και οι περιφέρειες δεν τους έχουν ανατεθεί αρμοδιότητες.

Διαρθρωτικές και λειτουργικές ανεπάρκειες του συστήματος υγείας έπρεπε να αντιμετωπιστούν, όμως οι προσπάθειες μεταρρύθμισης συχνά αποτυγχάνουν ή δεν υλοποιούνταν. Η ανάγκη της χώρας να προσαρμοστεί στα καινούργια οικονομικά δεδομένα λόγω της οικονομικής κρίσης, αποτέλεσε κινητήριο δύναμη για

πραγματοποίηση μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας τόσο για τη μείωση των δαπανών όσο και στη διόρθωση των ανισοτήτων και των ανεπαρκειών. Από το 2010 εφαρμόζεται για το ΕΣΥ, η συνθήκη του ενιαίου αγοραστή, η τυποποίηση των παροχών, η ζήτηση και προσφορά των νοσοκομειακών προμηθειών και πληρωμών, επιτυγχάνοντας σημαντική μείωση των δαπανών στην υγεία (Economou C et al. 2017). Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών μέσω εισαγωγής κατευθυντήριων οδηγιών ηλεκτρονικής συνταγογράφησης τιμολόγησης αναφοράς για το επώνυμο φάρμακα με βάση τα τρία πιο φτηνά της ΕΕ και τον καθορισμό ανώτατου ορίου τιμολόγησης για τα γενόσημα φάρμακα καθώς επίσης έχει ενταχθεί η προώθηση των γενόσημων φαρμάκων στα φαρμακεία και νοσοκομεία (<https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-presentation-Future-of-healthcare-in-Greece-March2018.pdf>).

Στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό καθώς βασίζεται η χρηματοδότηση του από δημόσιους πόρους, στις ασφαλιστικές εισφορές εργοδοτών και εργαζόμενων μέσω της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης και τη φορολογία καθώς και στις ιδιωτικές πληρωμές. (Βραχάτης Δ. & Παπαδόπουλος Α. 2012; Economou C et al. 2017). Ωστόσο τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης, τα περισσότερα ταμεία βρέθηκαν χρεοκοπημένα και οι πρόσφατες ρυθμίσεις με το ΠΕΔΥ σε επίπεδο συγχωνεύσεων, δεν οδήγησαν σε επιθυμητά αποτελέσματα καταλήγοντας σε πολλές ελλείψεις σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας του (Iatronet, 2016). Η μη επιτυχής ενοποίηση των Ταμείων είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη υποδομών του συστήματος υγείας και τον περιορισμό του ιδιωτικού τομέα, ενδυναμώνοντας έτσι το ρόλο του δημοσίου και του κράτους (Economou C. et al 2010). Ο αντίκτυπος στην ΠΦΥ ήταν ο προοδευτικός περιορισμός της στα πλαίσια του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ), που τελικά οδήγησε στην μετατροπή της σε δορυφόρο «νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα» (Αντωνοπούλου Λ. 2008). Το 2016 υπό τις υπάρχουσες συνθήκες, γίνεται προσπάθεια για καθολική κάλυψη της υγείας με τον νόμο ν.4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 όπου θεσπίζεται για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (<https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash>-

tw-n-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias; <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-presentation-Future-of-healthcare-in-Greece-March2018.pdf>).

Με βάση τις ανακοινώσεις του Υπουργείου Υγείας στις 11 Απριλίου 2017 οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται μέσω ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί σύμφωνα με τις παρούσες διατάξεις. Στο πρώτο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες Π.Φ.Υ. από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ειδικά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία. Το πρώτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και ως συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., σύμφωνα με τις αρχές του άρθρου 1. Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας. Τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου και οι Μονάδες Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας. Καταργείται εφεξής η επωνυμία Π.Ε.Δ.Υ. (<http://www.opengov.gr/yyka/?p=2047>).

Στο Φεκ 115/Α/7-8-2017 δημοσιεύθηκε ο νόμος 4486/2017 – «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» όπου θα ενεργοποιούνταν 50 ιατρεία γειτονίας (Τοπικές Μονάδες Υγείας - ΤΟΜΥ) για τη διετία 2016-2017, τα οποία θα έχουν ως στόχο να παρέχουν ΠΦΥ ανά περιοχή και κατ' επέκταση να αποσυμφορήσουν τα νοσοκομεία, να βελτιώσουν την κατανομή των περιστατικών, τον έλεγχο των υγειονομικών συστημάτων, την κάλυψη ανασφάλιστων και μεταναστών, με απώτερο σκοπό να μειωθούν οι ιδιωτικές δαπάνες και να αυξηθεί η ΠΥΥ (Γιανασμίδα & Τσιαούση, 2012; <https://www.e-nomothesia.gr/law-news/demosieutheke-phek-nomos-4486-2017-gia-tin-protobaumia-frontida-ygeias.html>). Το σχέδιο ΠΦΥ του 2017, αποτελεί ένα βήμα προς τη δημιουργία αποτελεσματικού δικτύου ΥΥ ΠΦΥ προσαρμοσμένο στις ανάγκες του πληθυσμού. Η επιτυχία της μεταρρύθμισης θα εξαρτηθεί από τον αποτελεσματικό συντονισμό των μονάδων ΠΦΥ, την επιτυχή ανταπόκριση στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και την ορθολογική χρήση των πόρων ώστε να διασφαλιστεί η συνεχής χρηματοδοτική υποστήριξη του συστήματος από το δημόσιο (<https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-presentation-Future-of-healthcare-in-Greece-March2018.pdf>).

Σύμφωνα με τους νόμους 1397/83 και 2194/94 προβλεπόταν ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού με μισθό από το ΕΣΥ, κάτι που όμως δεν υλοποιήθηκε. Αργότερα με τους νόμους 2519/97 και 3235/04 εισάγεται επίσημα η έννοια του οικογενειακού ιατρού με τη διαφοροποίηση ότι προτάθηκε ο οικογενειακός γιατρός να είναι ιδιώτης, να πληρώνεται κατά κεφαλή και να έχει μόνους για πρόσθετες υπηρεσίες και θα ελεγχόταν σε περιφερειακό επίπεδο (Γιανασμίδα & Τσιαούση, 2012). Επίσης θεσμοθετούνται οι παροχές ΠΦΥ μέσω των δομών του ΠΕΔΥ και το σχεδιασμό, την ανάπτυξη και αξιολόγηση των ΥΥ μέσω των ΔΥΠΕ. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού προβλεπόταν σε συνεχή βάση, ωστόσο ουδέποτε εφαρμόστηκε πλήρως ο συγκεκριμένος θεσμός, ώστε να συνδράμει στη βελτίωση του ελληνικού συστήματος υγείας. Ένα τεράστιο ζήτημα που υπάρχει και διαμέσου των χρόνων δεν μπόρεσε να εδραιωθεί είναι η ειδικότητα που θα έπρεπε να έχει ο οικογενειακός γιατρός (Iatronet, 2016)

Στην Ελλάδα με βάση το νόμο 4238/2014, ο οικογενειακός γιατρός παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Η τροποποίηση της παρ. 4 του άρθρου 5 του ν. 4238/2014 που έγινε 11 Απριλίου 2017 ορίζει: « Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να είναι: α) γιατρός κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., που υπηρετεί και παρέχει τις υπηρεσίες του στις Το.Μ.Υ., στα Κέντρα Υγείας και σε λοιπές δημόσιες μονάδες Π.Φ.Υ., β) γιατρός που παρέχει τις υπηρεσίες του στο πλαίσιο λειτουργίας της Τοπικής Ομάδας Υγείας του άρθρου 106 του ν. 4461/2017 (Α' 38) γ) γιατρός συμβεβλημένος με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης.» Η παρ. 5 του άρθρου 5 του ν. 4238/2014 επίσης αντικαθίσταται ως εξής: «Οι οικογενειακοί γιατροί είναι γιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και παιδίατροι για τον παιδικό πληθυσμό.»

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα, παρέχεται μέσω ενός συνδυασμού δημόσιων κρατικών υπηρεσιών υγείας και ιδιωτικών οικογενειακών ιατρών ή ακόμα και από ιδιώτες ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Η δημόσια υπηρεσία παραδίδεται μέσω Κέντρων Υγείας, τα οποία είναι προσβάσιμα όλο το εικοσιτετράωρο, 7 ημέρες την εβδομάδα και βρίσκονται κυρίως στις αγροτικές περιοχές, καθώς και από τις καινούριες δομές Το.Μ.Υ., ΚΥ αστικού τύπου. Οι ιδιώτες ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους κατόπιν

αμοιβής σε ιδιότητα γραφεία, πολυιατρεία, και πολυκλινικές (Λιαρόπουλος, 2007; Bodenheimer T et al 2002; Davis K et al 2005; Groenewegen PP et al 2013; Helitzer DL et al 2011; Souliotis K et al 2016; Starfield B et al 2005; Stewart M et al 2004; Taylor K. 2009).

Σήμερα δεν είναι ακόμα σε εφαρμογή, η υποχρεωτική παραπομπή σε ειδικό ιατρό μέσω του οικογενειακού ιατρού, γι' αυτό και οι ασθενείς είναι ελεύθεροι στο να επιλέξουν την ιατρική υπηρεσία που θα απευθυνθούν. Το σύστημα ΠΦΥ στην Ελλάδα έχει αναφέρει χαμηλές επιδόσεις σε διάφορους τομείς φροντίδας με βάση την ποιότητα, λόγω του ότι ο ΓΙ ακόμα αναζητά τον κεντρικό ρόλο που οφείλει να έχει στο συντονισμό και τη καθοδήγηση της ΠΦΥ. Σε εθνικό επίπεδο γίνονται προσπάθειες αλλαγών στη ΠΦΥ με το ρόλο του ΓΙ στο επίκεντρο των αλλαγών αυτών (Groenewegen PP & Jurgutis A 2013; Kringos DS et al. 2013). Πολλές ευρωπαϊκές χώρες μοιράζονται το στόχο της έναρξης ή της διατήρησης ισχυρών συστημάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης (SchaferWL. et al.2011).

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης και οι καινούργιες προκλήσεις

Η περίοδος λιτότητας στην Ελλάδα, με τις τρέχουσες περικοπές στον προϋπολογισμό έχει επηρεάσει το ελληνικό σύστημα υγείας και κυρίως τη ΠΦΥ. Τα μέτρα λιτότητας, όπως και σε αρκετές χώρες, οδήγησαν σε αύξηση της ανισότητας, δημιουργία πρόσθετων φραγμών στη προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη, αδυναμία απεύθυνσης σε ιδιωτικές δομές και ως επακόλουθο, στη κατανάλωση λιγότερων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από τους ασθενείς καθώς και τη δημιουργία του ελληνικού φαινομένου συμφόρησης των ασθενών στα τμήματα επειγόντων σε δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια νοσοκομεία. Ως εκ τούτου υπάρχει χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας σε πολλούς τομείς, οδηγώντας σε ευκαιριακή, χωρίς συνοχή άσκηση ιατρικής για επίλυση συνήθως μόνο του οξέος προβλήματος και όχι διαχείριση ή θεραπεία του πρωταρχικού αίτιου που οδηγεί τελικά τον ασθενή στο τμήμα επειγόντων (Karanikolos M et al. 2016; Kyriopoulos Π et al. 2014; Quaglio G. et al. 2013). Μία μελέτη που έγινε το 2014 σε αγροτικές περιοχές της Κρήτης, ανέδειξε ότι η οικονομική κρίση έχει τρομερές επιπτώσεις καθώς είχε επηρεάσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τις υγιεινοδιαιτητικές οδηγίες, καθώς και τη ψυχολογική και συναισθηματική τους κατάσταση (Tsiligianni I. et al 2014). Η Γενική/Οικογενειακή ιατρική στην Ελλάδα

θα πρέπει να εξετάσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού και να διερευνήσει τρόπους για να αυξήσει την πρόσβαση σε ένα περισσότερο επικεντρωμένο στον ασθενή σύστημα υγείας με ταυτόχρονη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Tatsioni A. & Lionis C. 2016).

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει σε εθνικό επίπεδο, εξακολουθεί να στερείται ενός μοντέλου ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η "Ολοκληρωμένη (Integrated) υγειονομική περίθαλψη" συμπεριλαμβανομένης της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει λάβει σημαντική προσοχή διεθνώς τις τελευταίες δύο δεκαετίες, χωρίς όμως να έχει επιτευχθεί ακόμα σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Η καθιέρωση ολοκληρωμένης ΠΦΥ στην Ελλάδα απαιτεί σημαντική αναδιάρθρωση του σημερινού ΕΣΥ και αλλαγές της οργανωτικής νοοτροπίας καθώς όπως διαφαίνεται η μακρόχρονη κυριαρχία των ιατρικών προοπτικών στην ελληνική πολιτική οδηγεί στην αποφυγή ενσωμάτωσης της (Lionis C. et al 2018; Lionis C. et al 2009).

Μία μεγάλη πρόκληση για την καθιέρωση ολοκληρωμένης (Integrated), ανθρωποκεντρικής ΠΦΥ είναι η έλλειψη εθνικών μητρώων πληθυσμού καθώς παρακωλύει το σχεδιασμό παρεμβάσεων για επαρκή διάθεση γενικών οικογενειακών ιατρών για τη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Ανάμεσα στις κύριες προκλήσεις είναι η ανάγκη για αναβαθμισμένη και προσαρμοσμένη τεχνολογία, η εφαρμογή διασυνδεδετικής ιατρικής με διαύλους επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων ΥΥ και η ενημερωμένη πληροφόρηση και εκπαίδευση των ΓΙ. Στοιχεία από μία μελέτη του 2018 στη Κρήτη, δείχνουν ότι έχει σημειωθεί μεγάλη αύξηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας του πληθυσμού καθώς και των παραγόντων κινδύνου για χρόνιες παθήσεις (Lionis C. et al 2018). Μεγάλη πρόκληση αποτελεί η πρόληψη, η έγκαιρη αναγνώριση και ο έλεγχος των χρόνιων ασθενειών καθώς και η διαχείριση των προβλημάτων υγείας των μεταναστών και προσφύγων. Η ενδοοικογενειακή βία παρουσιάζει αύξηση τα τελευταία χρόνια, με σημαντικό αντίκτυπο στη δημόσια υγεία χωρίς όμως ανάλογη αύξηση του ελέγχου και των παρεμβάσεων στην ΠΦΥ για το κοινωνικό αυτό φαινόμενο. Έχουν διατυπωθεί πολιτικές συστάσεις για την καθοδήγηση της μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα και γίνεται προσπάθεια ενημέρωσης για τις προσπάθειες σε άλλες χώρες με παρόμοιες συνθήκες (Lionis C. et al 2018; Lionis C. et al 2019).

Η αναδιάρθρωση του ΕΣΥ για την επίτευξη της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας προϋποθέτει μετάβαση από τη νοσοκομειοκεντρική, στην ανθρωποκεντρική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με υθέτηση νέου ρόλου του ΓΙ ως ολιστικό ιατρικό πάροχο καθώς και ως ερευνητή συστημάτων υγείας, αξιοποιώντας τα πλεονεκτήματα της επιδημιολογίας, της πρόληψης και της διασφάλισης ποιότητας σε τοπικό επίπεδο (Chatziarsenis M et al 1998). Η ανάπτυξη ηλεκτρονικής πλατφόρμας ιστού, με βάση ένα ισχυρό θεωρητικό πλαίσιο, μπορεί να χρησιμεύσει ως ένα ισχυρό εργαλείο αξιολόγησης της οργάνωσης της ΠΦΥ, το οποίο θα μπορούσε να αποτελέσει ένα βήμα προς την κατεύθυνση της αναδιάρθρωσης και της βελτίωσης των υπηρεσιών ΠΦΥ εντός ενός οικονομικά περιορισμένου περιβάλλοντος (Sifaki-Pistolla et al 2017). Η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής (ΚΚΟΙ) του Πανεπιστημίου Κρήτης δημιούργησε μητρώο καρκίνου του πληθυσμού της Κρήτης και εργάστηκε για την υλοποίηση έργων που ελέγχουν τη βαρύτητα των παραγόντων κινδύνου και των χρόνιων νοσημάτων. Επιπλέον ανέπτυξε ένα ερευνητικό δίκτυο όπου φέρει σε επαφή πανεπιστημιακές ερευνητικές δραστηριότητες και πρακτικές ΠΦΥ στηρίζοντας τη συνεργασία μεταξύ πρακτικών αστικής και αγροτικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ΚΚΟΙ και Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Κρήτης. Στόχος του ερευνητικού δικτύου είναι η ενίσχυση της διαθέσιμης ερευνητικής ικανότητας, ώστε να διεξαχθεί έρευνα και να αξιοποιηθεί η προκύπτουσα γνώση σε πραγματικές μεταρρυθμίσεις της ΠΦΥ διασφαλίζοντας ότι οι παρεμβάσεις που θα υλοποιηθούν στον τομέα της υγείας σε επίπεδο πληθυσμού θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινότητας (Lionis et al 2018).

Οι τρέχουσες πολιτικές συζητήσεις για την υγεία επικεντρώνονται στον περιορισμένο προϋπολογισμό για τα φάρμακα και την παροχή επείγουσας υγειονομικής περίθαλψης, μέσω αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διαρθρωτικές αλλαγές του ΕΟΠΥΥ όπως περιγράφεται στο μνημόνιο συμφωνίας μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ελλάδας. Οι Έλληνες Γενικοί Ιατροί, ιδιαίτερα εκείνοι που βρίσκονται σε αγροτικές περιοχές, κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν μεγάλες προκλήσεις κατά τη διάρκεια των ετών λιτότητας. Με δεδομένο ότι οι πόροι είναι πολύ περιορισμένοι, μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις είναι η εξασφάλιση και διασφάλιση, για όλο το πληθυσμό ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τη φυλή ή την εθνότητα, ίσης πρόσβασης στις

παροχές υγειονομικής περίθαλψης (Lionis C., 2015). Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση της τελευταίας δεκαετίας, με την επακόλουθο απώλεια επιχειρησιακών χρηματοδοτικών πόρων, την αύξηση της ανεργίας και την ραγδαία άνοδο του κόστους των φαρμάκων, οδήγησε τα συστήματα υγείας σε μια εποχή συγκράτησης κόστους και στην ανάγκη εισαγωγής μεθόδων αξιολόγησης για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Στην ΠΦΥ είναι σημαντικό να αξιολογηθεί από κοινού η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των ΥΥ, για το σκοπό αυτό, το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM), έχει ορίσει ως ποιότητα «τον βαθμό στον οποίο η υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται από τις ΥΥ στα άτομα και στους πληθυσμούς αυξάνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα και είναι συνεπείς στις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις» (Christos Lionis & Elena Petelos, 2013).

Η ποιότητα των ΥΥ της ΠΦΥ θα πρέπει να διατηρείται σε υψηλό επίπεδο, και να ανταποκρίνεται στον ορισμό βάση ISO 8402, 1986 που είναι «Το σύνολο των ιδιοτήτων και χαρακτηριστικών μιας οντότητας για την ικανοποίηση εκφρασμένων και συνεπαγόμενων αναγκών» καθώς και να ακολουθεί απαιτήσεις, όπως ορίζεται από το διεθνές πρότυπο διαχείρισης ποιότητας ISO 18091:2019, Quality management systems όπου α) πρέπει να αποδειξεί την ικανότητά του να παρέχει με συνέπεια προϊόντα και υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του πελάτη και τις ισχύουσες νομοθετικές και κανονιστικές απαιτήσεις και β) στοχεύει στην ενίσχυση της ικανοποίησης των πελατών μέσω της αποτελεσματικής εφαρμογής του συστήματος, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών βελτίωσης του συστήματος και της διασφάλισης της συμμόρφωσης με τον πελάτη και των εφαρμοστέων κανονιστικών απαιτήσεων (<https://www.iso.org/home.html>).

Η διασφάλιση της ποιότητας δημιουργεί την επιτακτική ανάγκη ποιοτικού ελέγχου μέσω ειδικά διαμορφωμένων εργαλείων συλλογής πληροφοριών σχετικά με την λειτουργική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, στη συγκεκριμένη περίπτωση, των ΥΥ της ΠΦΥ καθώς : «Είναι αδύνατο να ελέγξεις ότι δεν μπορείς να μετρήσεις» (De Marco). Βάση της τριλογίας του Juran (The Juran Trilogy) για τη διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance) απαιτείται σχεδιασμός της ποιότητας (quality planning), έλεγχος ποιότητας (quality control) και βελτίωση της ποιότητας. (quality improvement) (J.M. Juran 1986).

3.3.Προσδοκίες ΓΙ - εργαζομένων στις ΥΥ

Όπως διαφαίνεται από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, υπάρχει άρρηκτη σχέση μεταξύ ποιότητας και αποτελεσματικότητας των ΥΥ, με τις προσδοκίες τόσο των χρηστών των υπηρεσιών, όσο και των εργαζομένων σ' αυτές και ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών αυτών, έχει αντίκτυπο στην απόδοσή τους. Ωστόσο ο κάθε εργαζόμενος δεν είναι απλός αποδέκτης του συστήματος, αλλά ενεργός συντελεστής των ΥΥ, και μπορεί να αποτελέσει κινητήριο δύναμη για έναρξη μιας αλλαγής ως προς τη βελτίωση (Schoen C. et al 2006).

Υψηλά στις προσδοκίες των εργαζομένων είναι το ευχάριστο περιβάλλον εργασίας. Οι συνεργάτες που θα αποτελούν την ομάδα εργασίας οφείλουν να είναι άριστα καταρτισμένοι, σωστά εκπαιδευμένοι με συγκεκριμένο καθηκοντολόγιο, ώστε να εξασφαλίζεται η ομαλή και εύρυθμη λειτουργία της ομάδας. Μέσα στο πλαίσιο αυτό, αναμένεται να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη και συναδελφικότητα μεταξύ των μελών, όπου θα παρέχεται αβίαστα αλληλοβοήθεια, στοιχεία όπου θα εξασφαλίσουν ένα ευχάριστο περιβάλλον όπου ο εργαζόμενος θα μπορεί να αποδώσει το μέγιστο των ικανοτήτων του. Αυτό επίσης προϋποθέτει ότι θα γίνεται συνεχής προσπάθεια έως ότου εξαλειφτεί πλήρως το φαινόμενο bullying στον εργασιακό χώρο (Aiken et al., 2002; Blegen, 1993; Bratt et al., 2000; Locke EA. et al 1990; Sibbald, BJ Barbara, 2017; Upenieks, 2003). Οι επαγγελματίες της ΠΦΥ, μέσω μιας ποιοτικής μελέτης που έγινε το 2012 από τη V. Sbarouni και τους συνεργάτες της, τονίζουν ότι η έλλειψη προσωπικού αποτελεί προδιαθεσικός παράγοντας του φαινομένου “burn out” των επαγγελματιών υγείας και έχει σημαντικό αντίκτυπο στη ΠΥΥ.

Σε μεγάλη προτεραιότητα στις προσδοκίες των ΓΙ, είναι οι κατάλληλα διαμορφωμένες, βάση ISO, κτηριακές εγκαταστάσεις και οι τεχνικές υποδομές των ΥΥ, (<https://www.iso.org/home.html>) ώστε να μπορούν να εξυπηρετούν βέλτιστα το πληθυσμό ευθύνης στον οποίο απευθύνονται. Οι ΥΥ πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμες, χωρίς γεωγραφικούς περιορισμούς ώστε να εξασφαλίζεται άμεση παραπομπή των ασθενών σε άλλες κεντρικότερες πιο εξειδικευμένες ΥΥ καθώς και να υπάρχει ακώλυτα πρόσβαση σε μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια όταν υπάρχει ανάγκη.

Ο ιατροτεχνικός εξοπλισμός των υποδομών πρέπει να είναι εκσυγχρονισμένος και προσαρμοσμένος στις ανάγκες στις οποίες θα καλείται να εξυπηρετεί η δομή, με δυνατότητα συνεχής αναβάθμισης. Τα αναλώσιμα, θα πρέπει να υπάρχουν σε ικανοποιητικό βαθμό με όσο το δυνατό λιγότερες ελλείψεις ώστε να μην παρακωλύεται το έργο και να υπάρχει μια εύρυθμη λειτουργία του τμήματος. Παροχές ηλεκτρονικών συστημάτων, όπως εύκολης συνταγογράφησης, ύπαρξης ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή, με δυνατότητα ενημέρωσης και μέσω άλλων συναδέλφων, ύπαρξη ηλεκτρονικών ραντεβού, καθώς και ειδικό σύστημα με πλάνο θεραπείας και συνέχιση παρακολούθησης με υπενθυμίσεις και ενημερώσεις για το χρήστη, αποτελούν σημαντικό κομμάτι της ομαλής λειτουργίας.

Η φύση του ιατρικού επαγγέλματος έχει υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις και συνδυαστικά με το δύσκολο ωράριο και χαμηλό μισθό γίνεται δυσβάσταχτο με αποτέλεσμα το φαινόμενο των «δυστυχισμένων ιατρών». Οι ΓΙ προσδοκούν σε καλύτερο ωράριο εργασίας, ικανοποιητικό μισθό και ύπαρξη κινήτρων για επίτευξη στόχων. Επιζητούν δυνατότητα λήψης άδειας και διακοπών ώστε να μπορούν να διατηρούν καλή ισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (Nigel Edwards et al 2002; Richard Smith 2001).

Η διασύνδεση των ΥΥ με την ύπαρξη διαύλων επικοινωνίας και συνεργασίας με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων και άλλων υπηρεσιών έχει σημαντική θέση στις προσδοκίες των εργαζομένων στη ΠΦΥ, καθώς θα υπάρχει αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών και θα μειώσει το κόστος. Με τη συμβολή άλλων ειδικοτήτων στο χώρο της ΠΦΥ, μέσω συνδιασμένης φροντίδας από ιατρούς «επισκέπτες», ή με την ανάπτυξη της «τηλεϊατρικής», παρέχεται βοήθεια και συνεργασία στους ΓΙ για καθορισμό του πλάνου θεραπείας των ασθενών, επιτρέποντας έτσι στο ΓΙ να έχει ενεργό ρόλο στη διαχείριση του ασθενή.

Η ομαλή ένταξη στην ομάδα και στο χώρο εργασίας προϋποθέτει σωστή εκπαίδευση βάση τελευταίων κατευθυντήριων οδηγιών, πρωτοκόλλων, επίκαιρης βιβλιογραφίας και evidence - based medicine (EBM). Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, (CPD) Continuing Professional Development, αποτελεί εργαλείο εξέλιξης και αυτοπεποίθησης με δυνατότητα προαγωγής και εξειδίκευσης, καθώς προσθέτει, επιπλέον προσόντα και δεξιότητες, εξασφαλίζοντας γρηγορότερη και πιο

αποτελεσματική παρέμβαση στη διαχείριση των περιστατικών (Boerma W. 2003; Lord J. 2003). Οι ΓΙ προσδοκούν σε ευκαιρίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επαγγελματικής εξέλιξης μέσω ισχυρότερης οικονομικής στήριξης από το εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Sbarouni V. et al. 2012).

Η αναγνωρισιμότητα της εργασίας και της προσπάθειας που καταβάλλει ένας εργαζόμενος από τους προϊσταμένους, προσφέρει ηθική ικανοποίηση και ώθηση για επίτευξη μεγαλύτερων στόχων, αυξάνει το φιλότιμο του εργαζομένου ως προς τον εργοδότη του, και οδηγεί σε καλύτερη απόδοση (Bahram Fadaiyan et al 2015; Herzberg F. 1987; Mache et al., 2009; Mohanaruban et al. 2018). Οι ΓΙ ευελπιστούν στην ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με το ρόλο τους και την αποδοχή τους από τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων. Ο όρος Γενική Ιατρική συχνά παρερμηνεύεται από το κοινό καθώς στην Ελλάδα δεν υπάρχει δημόσια εκπαίδευση όπως συμβαίνει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η έλλειψη εκτίμησης από άλλους ειδικούς προς τους ΓΙ συχνά μεταφέρεται στους ασθενείς γεγονός που επηρεάζει τη σχέση ιατρού – ασθενή με αντίκτυπο στη ΠΥΥ της ΠΦΥ (Sbarouni V. et al. 2012).

Ένα σημαντικό θέμα στο χώρο εργασίας, είναι η ασφάλεια των εργαζομένων, και ο εργοδότης θα πρέπει να εξασφαλίσει τη σωματική τους ασφάλεια, με την ύπαρξη καταρχάς κατάλληλων υποδομών, αρμόδιο προσωπικό υπεύθυνο για την ασφάλεια των εργαζομένων και ειδικά συστήματα με πόρτες ασφαλείας και χρήση κωδικών. Επίσης θα πρέπει να προβλέπονται κατάλληλες συνθήκες που θα θωρακίζουν τη ψυχική υγεία των εργαζομένων ώστε να υπάρχει ύψιστη απόδοση. Τέλος βάση της σύμβασης, του διορισμού των εργαζομένων θα πρέπει να προβλέπεται η ανάλογη νομική κάλυψη (Sibbald, BJ Barbara, 2017).

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΓΙ – ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΥΥ	
Ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον	Καταρτισμένοι συνεργάτες Καθηκοντολόγιο Εξάλειψη εργατικού bullying
Τεχνικές υποδομές	Κτηριακές εγκαταστάσεις (βάση ISO) Προσβασιμότητα Ιατροτεχνικός εξοπλισμός Ηλεκτρονικά συστήματα Αναλώσιμα
Συνθήκες εργασίας	Ωράριο Ικανοποιητικός μισθός Κίνητρα Άδειες
Διασύνδεση ΥΥ	Διάυλοι επικοινωνίας «Ιατροί επισκέπτες» Τηλεϊατρική Ενεργό ρόλο στη διαχείριση
Εκπαίδευση	Κατευθυντήριες οδηγίες Πρωτόκολλα διαχείρισης Τελευταίας βιβλιογραφίας Evidence-based medicine (EBM) Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, (CPD)
Αναγνωρισιμότητα εργασίας	Ηθική ικανοποίηση Αποδοτικότητα
Ασφάλεια εργαζομένων	Σωματική Ψυχική Νομική κάλυψη

3.4.Προσδοκίες ασθενών

Υπάρχει μια σχετική σύγχυση αναφορικά με τις προσδοκίες των ασθενών για ιατρική περίθαλψη καθώς, οι προσδοκίες των ασθενών μπορούν να γίνουν κατανοητές ως πεποιθήσεις, στάσεις ή αξίες που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη επίσκεψη ή με συνεχή παροχή υγειονομικής φροντίδας (Richard L. Kravitz 1996).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς και οι ασθενείς που επισκέπτονταν τις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας για μεγαλύτερες πρακτικές όπως προκύπτει από μία μελέτη του Paul Sebo et al. το 2015, τείνουν να είναι πιο απαιτητικοί. Ωστόσο, η ίδια μελέτη ανέδειξε ότι το ποσοστό ικανοποίησης ήταν υψηλότερο σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικία και για χρήστες ΥΥ για μικρές πρακτικές. Οι αυξανόμενες προσδοκίες των ασθενών για καλύτερη πληροφόρηση αναφορικά με την υγεία τους, ουσιαστικότερη σχέση ιατρού-ασθενούς, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων θεραπείας και καλύτερες παροχές ακόμη και στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας δημιούργησαν ένα

μεγάλο χάσμα, το οποίο πρέπει να καλυφθεί προκειμένου να υπάρξει μια ολοκληρωμένη ΠΦΥ με καθολική κάλυψη της Παγκόσμιας Υγείας. (Ardey R. 2015)

Μελέτες ποιότητας μέσα από την οπτική των ασθενών και των χρηστών, εντοπίζουν διάφορα κενά καθώς και παράγοντες του συστήματος της ΠΦΥ που έχουν σημασία για τους ασθενείς. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα που παρέχει η ΠΦΥ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διαμόρφωση του συστήματος της ΠΦΥ και το μελλοντικό σχεδιασμό του, ώστε να εξασφαλιστεί εξοικονόμηση και βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων. (Lionis C. et al 2017)

4. Η μελέτη QUALICOPC:

Ήταν μια διεθνή μελέτη ποιότητας και κόστους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπου ξεκίνησε το 2010 με διάρκεια 3 χρόνια και χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του αποκαλούμενου «Εβδομαδιαίου Προγράμματος-Πλαίσιο» (https://ec.europa.eu/research/fp7/index_en.cfm). Το συντονισμό και την αιγίδα της μελέτης αυτής είχε το NIVEL, το Ολλανδικό Ινστιτούτο Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, ένας ανεξάρτητος οργανισμός, ο οποίος διεξάγει έρευνα υψηλής ποιότητας με αποδεδειγμένο αντίκτυπο στην κοινωνία (<https://www.nivel.nl/en>).

Η συλλογή δεδομένων έγινε από 34 χώρες (26 χώρες της ΕΕ, Ισλανδία, Νορβηγία, Τουρκία, Ελβετία, Β. Μακεδονία, Αυστραλία, τον Καναδά και τη Νέα Ζηλανδία) μέσω αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων, τα οποία μεταφράζονταν στη γλώσσα και στα δεδομένα της κάθε συμμετέχουσας χώρας. Υπήρχαν τρία ερωτηματολόγια, τα δύο απευθύνονταν στους ασθενείς και αφορούσαν τις εμπειρίες και τις προσδοκίες τους, ενώ το τρίτο απευθυνόταν στους ΓΙ και αφορούσε το τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας της ΠΦΥ και το βαθμό ικανοποίησης τους. Σε κάθε χώρα υπήρχε μια εθνική οργανωτική επιτροπή όπου ήταν υπεύθυνη για τη συλλογή των δεδομένων και την ολοκλήρωση του προγράμματος. Ο στόχος απόκρισης όπως ορίστηκε για κάθε χώρα ήταν 220 ιατροί και 2200 ασθενείς.

Η μελέτη QUALICOPC είχε ως στόχο την συλλογή πληροφοριών και δεδομένων ώστε να αναλύσει και να συγκρίνει το τρόπο με τον οποίο τα συστήματα ΠΦΥ διαφορετικών χωρών αποδίδουν την ποιότητα, το κόστος και την ισότητα. Σκοπός ήταν να αναδειχτούν οι αλλαγές του συστήματος ΠΦΥ που θα επιφέρουν καλύτερα

αποτελέσματα ούτως ώστε να βοηθήσουν στην τροποποίηση και διαρρύθμιση της ΠΦΥ με κατευθυνόμενο τρόπο ως προς τις ανάγκες των ασθενών αλλά και των ίδιων των λειτουργιών του συστήματος ΠΦΥ. Τα αποτελέσματα της μελέτης προορίζονταν για να διανεμηθούν στην ερευνητική κοινότητα, στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και σε άλλους ενδιαφερόμενους φορείς στον τομέα της υγείας (Schafer WL *et al.* 2013; Schafer WL *et al.* 2011; <https://www.nivel.nl/en/qualicopc>). Υπάρχουν αρκετές δημοσιεύσεις της μελέτης που προσεγγίζουν την πλευρά των ασθενών, από αρκετές από τις συμμετέχοντες χώρες. Στην περίπτωση της Ελλάδας είναι δημοσιευμένα μόνο τα δεδομένα που προκύπτουν από την μελέτη και αφορούν τους ΓΙ (Lionis C. *et al.* 2017).

4.1.Σκοπός:

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποσκοπεί στην αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης της ΠΦΥ όσο αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μέσω της καταγραφής της γνώμης των ΓΙ, όπως προκύπτει από τα δεδομένα της μελέτης QUALICOPC, καθώς επίσης στον εντοπισμό των δυσλειτουργικών εστιών και της σχέσης των επιμέρους χαρακτηριστικών του συστήματος ΠΦΥ με τη ποιότητα των ΥΥ.

4.2.Ερευνητικά ερωτήματα:

1. Πως εκτιμάται η συνολική ΠΥΥ από τους επιλεγμένους δείκτες αξιολόγησης: ομάδα εργασίας, υποδομές ΥΥ, βαθμός εκπαίδευσης των ΓΙ και συνθήκες εργασίας;
2. Ποια η εκτίμηση των επιλεγμένων δεικτών αξιολόγησης ΠΥΥ;
3. Ποια η επίδραση των περιγραφικών χαρακτηριστικών των ΓΙ στη συνολική ΠΥΥ;

5. Πληθυσμός μελέτης & Μέθοδοι

5.1.Περιοχή- πληθυσμός μελέτης και χρόνος:

Τα δεδομένα που περιλαμβάνονται στη παρούσα εργασία, αφορούν δεδομένα που συλλέχθηκαν από τη μελέτη QUALICOPC και από της επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας (ΥΠΕ) [33]. Για να συλλεχθεί αντιπροσωπευτικό δείγμα ανατέθηκε ο συντονισμός σε ένα ΓΙ ανά ΥΠΕ όπου με τη βοήθεια τους κλήθηκαν οι 220 ΓΙ, ένας ΓΙ ανά ΚΥ ή ιδιωτικό ιατρείο. Η συλλογή των δεδομένων έγινε την περίοδο Φεβρουάριος-Νοέμβριος του 2012. Για τη διεκπεραίωση της μελέτης

QUALICOPC, λήφθηκε έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής και από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Αριθμός Πρωτοκόλλου: 7655 / 07.07.2011) και χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (FP7/2007–2013).

5.2.Εργαλεία μελέτης:

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων και πληροφοριών αυτής της μελέτης ήταν αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 60 ερωτήσεων που εξετάζει τα επιμέρους χαρακτηριστικά του θεμέλιου τρίπτυχου του συστήματος ΠΦΥ την υποδομή, τη διαδικασία και την αποτελεσματικότητα, όπου οι συμμετέχοντες ΓΙ κλήθηκαν να συμπληρώσουν. Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο το οποίο αναπτύχθηκε από την Ευρωπαϊκή ερευνητική ομάδα του QUALICOPC, μεταφράστηκε από ειδικές ομάδες της κάθε χώρας που συμμετείχε στην μελέτη ώστε να είναι έγκυρη και συμβατή με τα δεδομένα της εκάστοτε χώρας. Στην Ελλάδα, η μελέτη QUALICOPC υλοποιήθηκε σε συνεργασία με την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, και το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε από την Αγγλική γλώσσα στα Ελληνικά με προκαθορισμένη διαδικασία μετάφρασης από καλά εξοικειωμένη με την πρακτική της ΠΦΥ ερευνητική ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής και κατόπιν έγινε αντίστροφη μετάφραση από επαγγελματία μεταφραστή ώστε να επιβεβαιωθεί η ποιότητα και εγκυρότητα της μετάφρασης (Lionis C. et al. 2017).

5.3. Καθορισμός ερωτήσεων:

Στην προσπάθεια αξιολόγησης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΠΥΥ) και από τα διαθέσιμα δεδομένα της μελέτης, προερχόμενα από τους 220 συμμετέχοντες ΓΙ, έγινε διαχωρισμός του ερωτηματολογίου σε 4 βασικές ενότητες και από 3 επιμέρους υποενότητες κάθε μια (βλ. Πίνακα Α & Πίνακα 2 / Παράρτημα Ι) (Erlyn K Macarayan et al. 2018). Οι βασικές ενότητες αντιστοιχούν στους 4 δείκτες/παράγοντες (indicators) που επιλέχθηκαν για να προσδιορίσουν την ποιότητα: στην ομάδα εργασίας (working group που περιλαμβάνει συνιστώσες όπως το ανθρώπινο δυναμικό, την διεπιστημονική συνεργασία και την παραπομπή σε άλλη ειδικότητα/ιατρό), τις υποδομές (infrastructures που περιλαμβάνει τις παροχές-εξοπλισμός-εγκαταστάσεις, την προσβασιμότητα και τον ιατρικό φάκελο), το βαθμό εκπαίδευσης (educational degrees που αφορά την εφαρμογή κατευθυντήριων

οδηγιών, τη συμμετοχή σε διεπιστημονικές προσεγγίσεις & άσκηση προληπτικής και συμβουλευτικής ιατρικής) και τις συνθήκες εργασίας (working conditions όπως φόρτος εργασίας, αμοιβή & βαθμός ικανοποίησης από την εργασία τους).

Πίνακας Α. Τέσσερις ενότητες και δώδεκα υποενότητες αξιολόγησης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΠΥΥ).

ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΥΠΟΔΟΜΕΣ	ΒΑΘΜΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Ανθρώπινο δυναμικό	Παροχές (ιατροτεχνικός εξοπλισμός - εγκαταστάσεις)	Εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων διαχείρισης	Φόρτος εργασίας
Διεπιστημονική συνεργασία	Προσβασιμότητα	Συμμετοχή σε διεπιστημονικές προσεγγίσεις	Αμοιβή των ΓΙ
Παραπομπή	Ιατρικός φάκελος – τεχνολογία	Άσκηση προληπτικής και συμβουλευτικής ιατρικής	Βαθμός ικανοποίησης ΓΙ από την εργασία τους

Ακολούθως, έγινε επιλογή ερωτήσεων από το ερωτηματολόγιο για την ανάλυση των δεδομένων, κατόπιν συνεννόησης και συμφωνίας μεταξύ δύο ανεξαρτήτων ερευνητών, λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική βιβλιογραφία (Demographic and Health Surveys – SPA methodology 2018, WHO Service Availability and Readiness Assessment - SARA 2018, World Bank. Service Delivery Indicators - SDI 2017). Οι ερωτήσεις αυτές αντιστοιχούσαν σε κάθε υποενότητα, ενώ πλέον των 12 υποενοτήτων, είχαν επιλεγθεί επιπλέον δύο υποενότητες, μια στην ενότητα «Βαθμός εκπαίδευσης» ως «βαθμός εμπιστοσύνης των ασθενών προς τους ΓΙ» και μια στην «συνθήκες εργασίας» ως «η ύπαρξη κινήτρων» και οι οποίες αφαιρέθηκαν με από κοινού συμφωνία των δυο ερευνητών για την διαθεσιμότητά τους (έστω κατά προσέγγιση) από το σχετικό ερωτηματολόγιο. Στις 20 ερωτήσεις ακόμη, οι ερευνητές συμφώνησαν ανεξάρτητα στις 18 για την αντιστοιχία ερωτήσεων υποενοτήτων, ενώ στις 2 ακολούθησε συζήτηση και από κοινού συμφωνία για τις ερωτήσεις που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες ενότητες.

Οι απαντήσεις στις 20 ερωτήσεις κωδικοποιήθηκαν σε διακριτή διαβάθμιση (ναι=1, όχι=0) όπου οι καταφατικές ή θετικές εννοιολογικά απαντήσεις ελήφθησαν εξίσου εννοιολογικά ως θετικές στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας εκ μέρους των ΓΙ. Στη συνέχεια με την άθροιση των καταφατικών ή θετικών

αποκρίσεων, δημιουργήθηκε αθροιστική βαθμολογία (summary - compositescore) για κάθε ένα από τους 4 δείκτες καθώς και στο σύνολό τους, που στη συνέχεια για λόγους απλοποίησης στην κατανόησή της βαθμολογίας και φυσικά συγκρισιμότητας, έγινε μετασχηματισμός σε κλίμακα 0-100 (Barclay et al, 2019; Houghton & Rouse, 2004; Klepper, 2011; Linardakis et al, 2015; U.S. Department of Health & Human Services, 2019). Υψηλές τιμές της βαθμολογίας (συνολικής ή των επιμέρους 4 δεικτών της) υποδηλώνουν καλύτερη ή υψηλού επιπέδου ΠΥΥ.

5.4.Επιπρόσθετα δεδομένα

Επιπλέον αξιοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία, δεδομένα που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ΓΙ και χαρακτηριστικά της εργασίας τους. Αφορούσαν το φύλο, την ηλικία (έως 39, 40-49, 50+), και τη γέννηση τους στην Ελλάδα, περιοχή άσκησης ιατρικής (αστική, μικτή, αγροτική) και τη μορφή εργασίας (αμειβόμενη εργασιακή σχέση, ελεύθερος επαγγελματίας) (Börsch-Supan et al. 2013; Crimmins et al. 2010; Jurges et al. 2008; Linardakis et al. 2015; Vassilaki et al. 2015).

5.5.Στατιστική ανάλυση:

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBMSPSS 25.0. Ακολούθησε εκτίμηση των κατανομών συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των ΓΙ. Μέσω των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης έγινε σύγκριση των διακριτών αποκρίσεων στις 20 ερωτήσεις που καθορίζουν την αξιολόγηση της ΠΥΥ. Πρόκειται για αποκρίσεις που αθροιστικά (ως summary ή composite indicators) καθορίζουν βαθμολογία και ενώ προέρχονται από 4 βασικές ομάδες/δείκτες, η σημαντική συσχέτιση των δεικτών αυτών μεταξύ τους ή με τη συνολική βαθμολογία αποτελεί ένδειξη συνεκτικής δομής (U.S. Department of Health & Human Services, 2019). Η συσχέτιση τους εκτιμήθηκε μέσω των συντελεστών κατά Pearson. Ακολούθησε σχηματική απεικόνιση μέσω του ιστογράμματος κατανομής συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας ώστε να διαπιστωθούν γενικά τα επίπεδα διακύμανσης της βαθμολογίας αξιολόγησης ΠΥΥ, ενώ η σύγκριση των 4 δεικτών έγινε μέσω τη μεθόδου Friedman. Ο διαχωρισμός της συνολικής βαθμολογίας σύμφωνα με τις εκατοστιαίες θέσεις των ανώτερων τεταρτημορίων (<50%, 50-74 και ≥75%) καθόρισε τις κατηγορίες εκτίμησης υψηλού επιπέδου ΠΥΥ. Με τη μέθοδο χ^2 έγινε σύγκριση των συχνοτήτων των χαρακτηριστικών των ΓΙ στις

κατηγορίες αυτές ενώ με την εφαρμογή πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης συσχετίστηκε η Συνολική Βαθμολογία ΠΥΥ με τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 220 Γενικών Ιατρών. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 5%.

6.Αποτελέσματα:

6.1.Περιγραφικά χαρακτηριστικά:

Από τους 220 συμμετέχοντες ΓΙ, 119 (54,1%) ήταν άνδρες και 101 (45,9%) γυναίκες. (πίνακας 1 – Παράρτημα Ι). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 43,5 έτη και οι 196 γεννήθηκαν στην Ελλάδα, ποσοστό που ανέρχεται στο 89,9%. Η περιοχή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος των συμμετεχόντων ΓΙ, ήταν μικτή σε ποσοστό 39,5% (n=87), αγροτική στο 35,5% (n=78) και αστική περιοχή μόλις στο 25%(n=55). Το 91,4% (n=201) εργάζονταν σε καθεστώς αμειβόμενης εργασιακής σχέσης και το 8,6% (n=19) ως ελεύθεροι επαγγελματίες.

6.2.Δείκτες αξιολόγησης ΠΥΥ και σχετικές ερωτήσεις:

Για την εκτίμηση της ΠΥΥ χρησιμοποιήθηκαν ως συνοπτικοί δείκτες αξιολόγησης, η ομάδα εργασίας, οι υποδομές του χώρου εργασίας, ο βαθμός εκπαίδευσης των ΓΙ και οι συνθήκες εργασίας και έγινε έλεγχος με τρεις επιμέρους δείκτες (υποενότητες) για τον κάθε συνοπτικό δείκτη (ενότητα) (πίνακας 2).

Για την αξιολόγηση της ομάδας εργασίας χρησιμοποιήθηκαν 6 ερωτήσεις και οι επιμέρους δείκτες που ελέγχθηκαν ήταν το ανθρώπινο δυναμικό, η διεπιστημονική συνεργασία και η παραπομπή. Αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό του ιατρείου – ΚΥ, το 48,2% (n=106) των συμμετεχόντων ΓΙ ανέφερε ότι εργάζεται στον ίδιο χώρο με άλλους συναδέλφους και το 74,1% (n=163) ότι στο χώρο εργασίας του αντιπροσωπεύονται επαγγέλματα όπως νοσηλεύτης/τρια, μαία, κοινωνικός/ή λειτουργός. Ο βαθμός διεπιστημονικής συνεργασίας υπό μορφή συμβουλής ή συνδρομής άλλων ειδικών για τουλάχιστον μία φορά το μήνα, παρατηρήθηκε σε ποσοστό 58,2% (n=128) από τους συμμετέχοντες. Το 88,6% (n=195) των ΓΙ ανέφεραν χρήση παραπεμπτικών επιστολών κατά την παραπομπή των ασθενών τους σε άλλες ειδικότητες, ενώ feedback (ανατροφοδότηση) λαμβάνουν μόλις το 45,5% (n=100) των ΓΙ από τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Ποσοστό αντίστοιχα χαμηλό βρέθηκε και σε σχέση με την ενημέρωση που έχουν οι ΓΙ για νοσηλεία των ασθενών τους, υπό μορφή αναφοράς εξιτηρίου, που ανέρχεται στο 47,7% (n=105).

Αναφορικά με τις υποδομές των ιατρείων – ΚΥ ελήφθησαν υπόψη 4 ερωτήσεις και οι επιμέρους δείκτες που ελέγχθησαν ήταν οι παροχές, η προσβασιμότητα και ο βαθμός χρήσης ιατρικού φακέλου από τους ΓΙ. Το 77,3% (95%ΔΕ 71,4-82,4) ανέφερε ότι έχει εύκολη πρόσβαση σε εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και το 72,7% (v=160) έχει εξίσου εύκολη πρόσβαση και σε ακτινοσκοπικές εγκαταστάσεις. Η πλειοψηφία ή σημαντικά περισσότεροι από τους μισούς εργάζονταν σε απομακρυσμένες σχετικά περιοχές καθώς μόλις το 27,7% (95%ΔΕ 22,1-33,9) έχει πρόσβαση σε γενικό ή πανεπιστημιακό νοσοκομείο σε απόσταση μικρότερη από 20 χιλιόμετρα. Σημαντικά επίσης λιγότεροι από τους μισούς ή σε ποσοστό 16,4% των ΓΙ (95%ΔΕ 11,9-21,7) διατηρούσε ιατρικό φάκελο σε κάθε επαφή με τους ασθενείς.

Ο βαθμός εκπαίδευσης των ΓΙ εκτιμήθηκε μέσω 6 ερωτήσεων και οι δείκτες που ελέγχθηκαν ήταν ο βαθμός εφαρμογής κατευθυντήριων οδηγιών, η συμμετοχή των ΓΙ σε διεπιστημονικές προσεγγίσεις και ο βαθμός άσκησης προληπτικής και συμβουλευτικής ιατρικής. Το 78,6% (95%ΔΕ 72,9-83,7) των ΓΙ ανέφερε ότι εφαρμόζει κατευθυντήριες οδηγίες στη θεραπεία της χρόνιας καρδιοπάθειας και το 81,4% είχε συμμετάσχει επί μίας ή περισσότερων εβδομάδων, σε συνέδριο ή εκπαιδευτική δραστηριότητα τον τελευταίο χρόνο. Παρατηρήθηκαν σημαντικά περισσότεροι από τους μισούς ΓΙ ή γενικά υψηλά ποσοστά συμμετοχής στην άσκηση προληπτικής ιατρικής. Το 81,4% (v=179) συμμετείχε στην εκπαίδευση για την αποτροπή έναρξης ή διακοπής του καπνίσματος και το 78,6% (v=173) συμμετέχει στην εκπαίδευση αναφορικά με τη σωστή διατροφή. Το 66,8% (v=146) δήλωσε ότι λαμβάνει δράση στην εκπαίδευση σχετικά με τη προβληματική χρήση αλκοόλ και το 73,2% (v=161) δήλωσε ότι ασχολείται με την εκπαίδευση για σωστή σωματική άσκηση

Τέλος, για την εκτίμηση των συνθηκών εργασίας αξιοποιήθηκαν 4 ερωτήσεις και ελέγχθησαν, ως επιμέρους δείκτες, ο φόρτος εργασίας, η αμοιβή των ΓΙ και ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία. Το 61,4% (95%ΔΕ 54,8-67,6) αναφέρει ότι δεν ξεπερνά τις 30 επισκέψεις πρόσωπο με πρόσωπο στο ιατρείο τη μέρα και το 11,8% (95%ΔΕ 8,1-16,6) ανέφερε ότι έχει μια επιπλέον αμειβόμενη επαγγελματική δραστηριότητα πέρα από τη θέση του στο ιατρείο όπου εργάζεται. Όσο αφορά το βαθμό ικανοποίησης των ΓΙ από την εργασία τους, το 66,4% (95%ΔΕ 59,9-72,4)

αναφέρει ότι δεν έχει υπερβολικό άγχος με τη τρέχουσα εργασία του και μόλις το 20,5% (95%ΔΕ 15,5-26,1) συμφωνεί ότι υπάρχει ισορροπία μεταξύ προσπάθειας και αμοιβής.

6.3.Συνοπτικοί δείκτες:

Από το **σχήμα 1** και τον **πίνακα 3** εκτιμάται ότι η μέση συνολική βαθμολογία ΠΥΥ με όρια 0-100, βρίσκεται σε μέτρια επίπεδα ($58,8 \pm 14,1$) ενώ σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία βρέθηκε στο βαθμό εκπαίδευσης των ΓΙ σε σχέση με εκείνη των συνθηκών εργασίας τους ($76,7$ έναντι $40,0$, $p < 0.001$). Η μέση βαθμολογία ήταν αντίστοιχα $60,4$ ($SD \pm 20,5$) στην ομάδα εργασίας και $48,5$ ($SD \pm 25,6$) στις υποδομές

6.4.Συσχέτιση δεικτών

Όπως προκύπτει από την ανάλυση του **πίνακα 4**, υπάρχει σημαντική συσχέτιση των επιμέρους δεικτών με τη συνολική βαθμολογία της ΠΥΥ, με σημαντικό βαθμό. Συγκεκριμένα, εκτιμήθηκε υψηλή συσχέτιση των τεσσάρων δεικτών με τη συνολική βαθμολογία της ΠΥΥ, με τη υψηλότερη να έχει ο βαθμός εκπαίδευσής των ΓΙ ($r=0.733$, $p < 0.001$) και χαμηλότερη οι υποδομές ($r=0.394$, $p < 0.001$) ενώ πρόεκυψε επίσης σημαντική θετική συσχέτιση του βαθμού εκπαίδευσης των ΓΙ με την ομάδα εργασίας ($r=0.733$, $p=0.001$) καθώς και με τις συνθήκες εργασίας ($r=0.194$, $p=0.004$)

6.5.Υψηλή βαθμολογία ΠΥΥ

Σύμφωνα με το **σχήμα 2** και την 75η εκατοστιαία θέση της κλίμακας 0-100, μόλις το 16,8% (95%ΔΕ 12,3-22,2) των συμμετεχόντων ΓΙ βρέθηκαν με συνολική βαθμολογία ΠΥΥ ≥ 75 η εκατοστιαία θέση ή υψηλή ΠΥΥ. Η συνολική βαθμολογία ΠΥΥ δεν βρέθηκε επίσης να διαφοροποιείται ως προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ΓΙ (**πίνακας 5**). Εξαίρεση αποτέλεσε η μορφή εργασίας, όπου προκύπτει ότι υψηλή βαθμολογία ΠΥΥ (≥ 75 η εκατοστιαία θέση) είχε το 36,8% των ελεύθερων επαγγελματιών έναντι μόλις 14,9% εκείνων με αμειβόμενη εργασιακή σχέση ($p=0,041$). Η πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση (**πίνακας 6**) επιβεβαίωσε ότι από τα χαρακτηριστικά των ΓΙ, η μορφή εργασίας τους (η εργασία δηλαδή ως ελεύθεροι επαγγελματίες) σχετίζεται θετικώς σημαντικά με τη βαθμολογία της ΠΥΥ (stand. beta=0.174, $p=0.012$) καθορίζοντας λοιπόν ως ελεύθεροι επαγγελματίες υψηλότερα επίπεδα ΠΥΥ. Τέλος, στους επιμέρους δείκτες (**σχήμα 3**), φαίνεται σημαντική διαφορά ως προς τη μορφή εργασίας καθώς όσοι εργάζονται ως ελεύθεροι

επαγγελματίες έναντι εκείνων με αμειβόμενη εργασία έχουν και σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις συνθήκες εργασίας (63,2 έναντι 37,8, $p < 0.001$) καθώς και στις υποδομές (68,4 έναντι 46,6, $p < 0.001$).

7. Συζήτηση:

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης της ΠΦΥ στην Ελλάδα, όπως προκύπτει από τα δεδομένα της μελέτης QUALICOPC μέσω των ΓΙ. Επιπλέον έγινε προσπάθεια εντοπισμού των εστιών δυσλειτουργιών και της σχέσης των επιμέρους χαρακτηριστικών της δομής και της διαδικασίας του συστήματος ΠΦΥ με τη ποιότητα των ΥΥ.

7.1. Συνοπτική αποτίμηση ευρημάτων

Από τη παρούσα μελέτη, η συνολική ΠΥΥ της ΠΦΥ, όπως προκύπτει από τους 4 δείκτες προσδιοριστές, είναι σε μέτρια επίπεδα και ανέρχεται στο $58,8 \pm 14,1$ (σε κλίμακα από 1-100). Ωστόσο το αποτέλεσμα αυτό είναι σχετικά ενθαρρυντικό για τα δεδομένα της Ελλάδας του 2012 που το Φεβρουάριο ψηφίστηκε το δεύτερο Μνημόνιο για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας με τα μέτρα λιτότητας που ακολούθησαν. (Ελλ. Οικον. Κρίση 2009-σήμερα). Αρνητική αξιολόγηση της ΠΥΥ της ΠΦΥ προκύπτει και από τη μελέτη που έγινε το 2016 από τον Krztoń-Królewiecka A στα πλαίσια της μελέτης QUALICOPC στη Πολωνία, όπου οι μέσες βαθμολογίες για την πλειονότητα των διαστάσεων που μελετήθηκαν (Οικονομικές συνθήκες, Εργατικό δυναμικό, Προσπελασιμότητα, Συνολικότητα, Συνέχεια, Συντονισμός, Ποιότητα φροντίδας, Αποτελεσματικότητα και Ιδιότητα) είχαν αρνητικές τιμές. Η αρνητική αξιολόγηση της ΠΥΥ αποδόθηκε από τους μελετητές ότι αντικατοπτρίζει την αυξανόμενη κρίση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Πολωνία. (Krztoń-Królewiecka A 2016). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η σύγκριση των δεικτών αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν στη παρούσα εργασία, μεταξύ των χωρών που συμμετείχαν στη μελέτη Qualicop, προκειμένου να υπάρχει άμεση σύγκριση των συστημάτων υγείας της ΠΦΥ.

Συζητάται ως ιδιαίτερα ενθαρρυντικό εύρημα η υψηλή βαθμολογία του βαθμού εκπαίδευσης των ΓΙ (76,7 σε κλίμακα 0-100), το οποίο προκύπτει μέσα από τους 3 προσδιοριστές που επιλέχθηκαν, τη συμμετοχή σε διεπιστημονικές προσεγγίσεις, την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών, μέσα από

6 μεταβλητές που συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση. Ο βαθμός εκπαίδευσης των ΓΙ έχει σημαντική συσχέτιση με την ομάδα εργασίας και τις συνθήκες εργασίας. Μια μελέτη που έγινε το 2015 με στόχο τη περιγραφή της μεταβλητότητας της ΠΥΥ στην ΠΦΥ μεταξύ 34 χωρών στο πλαίσιο της μελέτης QUALICOPC προέκυψε ότι η συνέχιση της φροντίδας θεωρήθηκε από τους ΓΙ ως η σημαντικότερη διάσταση της ΠΥΥ και ο συντονισμός της περίθαλψης ως η ασθενέστερη. Ορισμένες συνιστώσες της περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών τεχνικών διαδικασιών, της προληπτικής ιατρικής και της προαγωγής της υγείας, διέφεραν σημαντικά μεταξύ των χωρών, κάτι που αποδόθηκε στη ποικιλομορφία των χαρακτηριστικών των ΓΙ μεταξύ των χωρών. (Pavlič DR et al. 2015).

Ο δείκτης ομάδα εργασίας έλαβε τη δεύτερη υψηλότερη βαθμολογία από τους 4 δείκτες προσδιοριστές της ΠΥΥ που μελετήθηκαν. Ο δείκτης αυτός όπως αναφέρθηκε περιλαμβάνει την αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού, τη διεπιστημονική συνεργασία και την παραπομπή. Στη μελέτη αυτή το 48,2% δήλωσε ότι εργάζεται στον ίδιο χώρο με άλλους ΓΙ και το 58,2% ότι αναζητά συμβολή ή συνδρομή από άλλους επαγγελματίες υγείας για ≥ 1 φορές το μήνα. Το 2018 έγινε μία μελέτη από τον Bonciani M με σκοπό να προσδιοριστούν οι σχέσεις μεταξύ της συνεργασίας των ΓΙ με άλλους ΓΙ ή / και άλλους επαγγελματίες υγείας και τα οφέλη της συστέγασης στις δομές της ΠΦΥ μέσα από τις οπτικές των ΓΙ και των ασθενών σε 34 χώρες, από δεδομένα της μελέτης QUALICOPC. Προκύπτει ότι η συνύπαρξη με τουλάχιστον έναν άλλο επαγγελματία υγείας είναι η πιο συνηθισμένη κατάσταση των ΓΙ που συμμετείχαν στη μελέτη και σχετίζεται θετικά με την αποτελεσματικότητα των ΓΙ, ωστόσο από την οπτική των ασθενών η συστέγασης των ΓΙ έχει την ισχυρότερη αρνητική σχέση με τη πληρότητα της περίθαλψης και σχετίζεται με λιγότερο θετικές εμπειρίες ασθενών ειδικά σε χώρες με συστήματα υγείας που χαρακτηρίζονται από ασθενή δομή ΠΦΥ (Bonciani M. et al 2018).

Χαμηλό επίπεδο βαθμολογίας έλαβε ο δείκτης υποδομές των ΥΥ, οι οποίες προσδιορίζονται στη μελέτη από τον ιατροτεχνικό εξοπλισμό και τις εγκαταστάσεις, τη προσβασιμότητα και το βαθμό χρήσης ιατρικού φακέλου και τεχνολογίας. Τη χαμηλότερη βαθμολογία από τους προσδιοριστές των υποδομών προκύπτει για τη προσβασιμότητα, όπου μόνο το 27,7% βρίσκεται σε απόσταση < 20 km από το πλησιέστερο γενικό ή πανεπιστημιακό νοσοκομείο και από τη χρήση του ιατρικού

φακέλου όπου παρόλο που οι ΓΙ χρησιμοποιούν Η/Υ μόλις το 16,4% διατηρεί ιατρικό φάκελο ασθενή σε κάθε επίσκεψη. Το 2015 οι De Rosis S & Seghieri C μέσω μιας περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, χρησιμοποιώντας δεδομένα από την μελέτη QUALICOPC, ανέλυσε δεδομένα από 31 ευρωπαϊκές χώρες με στόχο να περιγράψει την έκταση και τους κύριους σκοπούς της χρήσης υπολογιστών από γενικούς ιατρούς σε ολόκληρη την Ευρώπη. Προέκυψε ότι όλες οι χώρες έχουν επιτύχει σχεδόν καθολική υιοθέτηση Η/Υ στη ΠΦΥ, ωστόσο η μηχανοργάνωση των κλινικών λειτουργιών παρουσιάζει ευρεία μεταβλητότητα εντός και μεταξύ των χωρών. (De Rosis S & Seghieri C. 2015)

Οι συνθήκες εργασίας αξιολογήθηκαν στο χαμηλότερο επίπεδο, προσδιοριζόμενες από το φόρτο εργασίας, την αμοιβή και το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία. Λαμβάνοντας υπόψη την υπουργική απόφαση ΑΔΑ: 7ΧΚ2465ΦΥΟ-1Δ1 όπου ορίζει ως διάρκεια επίσκεψης του ασθενή στο ΓΙ τα 15 λεπτά, ορίσαμε ως αυξημένο φόρτο εργασίας τις περισσότερες από 30 επισκέψεις, το 61,4% δήλωσε ότι δεν έχει αυξημένο φόρτο εργασίας και μόλις το 20,5% δήλωσε ότι υπάρχει καλή ισορροπία μεταξύ προσπάθειας στην εργασία και αμοιβής. Στην Αυστρία το 2015 έγινε μια μελέτη στα πλαίσια της μελέτης QUALICOPC με στόχο να εκτιμηθεί ο φόρτος εργασίας των ΓΙ και να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ των ΓΙ που εργάζονται σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Τα ευρήματά της μελέτης δείχνουν υψηλό φόρτο εργασίας μεταξύ των ΓΙ, ιδιαίτερα εκείνων που εργάζονται σε αγροτικές περιοχές, το οποίο αποδόθηκε στο γεγονός ότι οι γιατροί στην Αυστρία παρουσιάζουν μειωμένο ενδιαφέρον για να εργαστούν ως ΓΙ (Hoffmann K et al. 2015).

Η συνολική ΠΥΥ όπως υπολογίστηκε στη μελέτη αυτή μέσα από τους προσδιοριστές που ορίσαμε, δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ΓΙ πλην της μορφής εργασίας τους και ο βαθμός επίδρασης τους στη συνολική ΠΥΥ είναι μόλις στο 3,5%. Ανάλογα ευρήματα διαπιστώθηκαν και στη μελέτη του Krztoń-Królewiecka A το 2016, όπου μόνο ένα μικρό μέρος της διακύμανσης στην αξιολόγηση της ποιότητας θα μπορούσε να εξηγηθεί από τα χαρακτηριστικά των ιατρών (Boerma W. 2003; Krztoń - Królewiecka A 2016).

Από τη μελέτη προκύπτει ότι οι ελεύθεροι επαγγελματίες προσδιορίζουν υψηλότερη συνολική ΠΥΥ και προγνωστικά καλύτερη βαθμολογία των συνθηκών εργασίας και υποδομών. Αποτέλεσμα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον και με προοπτικές για προσδιορισμό δεικτών με ουσιαστική επίδραση στη ΠΥΥ. Ανάλογα αποτελέσματα κατέγραψε ο Pullicino (2015) στη Μάλτα μέσω συγχρονικής μελέτης στα πλαίσια της QUALICOPC, όπου σύγκρινε εμπειρίες των ασθενών μέσω Η/Υ που παρέχονται από δημόσιους και ιδιώτες ΓΙ. Έδειξε ότι οι ασθενείς που επισκέπτονται τον ιδιωτικό τομέα είχαν καλύτερη συνεχιζόμενη φροντίδα όμως με μεγαλύτερη δυσκολία στην πρόσβαση σε ώρες εκτός ωραρίου λειτουργίας (Pullicino G. et al. 2015). Ενδιαφέρον θα είχε η σύγκριση των ΓΙ εντός της μελέτης Qualicop, με τη χρήση κοινών παραγόντων αξιολόγησης, όπως αξιοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία.

7.2. Περιορισμοί της μελέτης

Παρόλο που αναδείχθηκε η σημαντική συσχέτιση των δεικτών που μελετήθηκαν με την ΠΥΥ, οι δείκτες αυτοί παρείχαν μόνο μερική εικόνα της ΠΥΥ ενέχοντας κάποιο βαθμό μεροληψίας καθώς η παρούσα ανάλυση αποτελεί μια δευτερεύουσα προσπάθεια στα δεδομένα της QUALICOPC (secondary analysis). Για να προσδιοριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η ποιότητα των ΥΥ θα πρέπει να αναζητούνται περισσότεροι επιμέρους προσδιοριστές για τον κάθε δείκτη και να συμπεριλαμβάνονται περισσότερες ερωτήσεις - μεταβλητές στην ανάλυση, καθώς και να αναζητούνται αναλυτικότεροι βασικοί δείκτες/προσδιοριστές της ποιότητας. Ωστόσο ο σχεδιασμός της μελέτης QUALICOPC δεν θα μπορούσε να ανταποκριθεί εκ υστέρων (*a posteriori*) σε κάθε είδους ερευνητική υπόθεση.

Παρόλο που η μελέτη QUALICOPC αποτέλεσε μια ολοκληρωμένη έρευνα ποιότητας και κόστους της ΠΦΥ, η μελέτη αυτή έδειξε ότι η ποιότητα των δεδομένων και οι διαθέσιμοι δείκτες δύναται να προσαρμοστούν περαιτέρω στα ελληνικά δεδομένα και οι ερωτήσεις να γίνουν πιο εύστοχες ως προς τους δείκτες που προσδιορίζουν. Συγκεκριμένα, εντοπίστηκε μια σχετική γενικότητα ως προς τον προσδιορισμό των συνθηκών εργασίας καθώς δεν υπήρχε σαφής προσδιορισμός του φόρτου εργασίας και της αμοιβής των ΓΙ και η οποία οφείλεται ενδεχόμενος και στον πολύ-πολιτισμικό χαρακτήρα της μελέτης. Υπήρχαν λίγοι δείκτες σχετικά με την ικανοποίηση των ΓΙ, το περιβάλλον εργασίας και το βαθμό εμπιστοσύνης των ασθενών στους ΓΙ. Οι δείκτες που ήταν διαθέσιμοι για την ομάδα εργασίας δεν αναφέρονται στο βαθμό και

στο είδος συνεργασίας των μελών της ομάδας. Περιορισμός επίσης της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι οι δείκτες αξιολόγησης ποιότητας των ΥΥ που χρησιμοποιήθηκαν επιλέχθηκαν στα πλαίσια μια δευτερογενούς ανάλυσης (*a posteriori*) δίχως να υπάρχει μια σταθμισμένη κλίμακα ερωτήσεων/δεικτών πρακτικά, ωστόσο συνηθίζεται να αξιοποιείται στα πλαίσια αξιολόγησης υπηρεσιών η χρήση απλών συναθροίσεων ή δημιουργίας scores χωρίς να προτείνεται η χρήση του αποτελέσματος ως εργαλείου αξιολόγησης (U.S. Department of Health & Human Services, 2019). Χρησιμοποιήθηκε ένας απλός συνδυασμός δεικτών για να μετρηθεί η ΠΥΥ, για τις ανάγκες της μελέτης, διότι αυτό ήταν πιο εύκολο να μελετηθεί, να αναλυθεί και να ερμηνευτεί. Επιπλέον περιορισμός της μελέτης είναι το γεγονός ότι τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν συλλέχθηκαν σε προηγούμενη χρονική περίοδο (Φεβρουάριος 2012 - Νοέμβριος 2012). Η χρηστική τους αξία όμως έγκειται στο ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αφετηρία για τη μετα-χρονική σύγκριση με συγχρονικά ή προοπτικά δεδομένα.

7.3. Απήχηση - Προτάσεις

Ο ΠΟΥ μέσω μιας πρόσφατης ανακοίνωσης (WHO. Declaration_on_Primary_Health_Care_28_June_2018.) δήλωσε ότι παρατηρείται ανεπαρκής και άνιση εφαρμογή της ΠΦΥ μεταξύ και εντός των χωρών, και ζητεί καλύτερες στρατηγικές παρακολούθησης και αξιολόγησης της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε εθνικό και υποεθνικό επίπεδο παροχής υπηρεσιών, στα πλαίσια εκπλήρωσης των στόχων της αειφόρου ανάπτυξης. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη στη διαμόρφωση του συστήματος υγείας των χωρών ώστε να εξασφαλίζεται καθολική, ίση και συνεχή παροχή υγείας. Βελτιώνοντας τόσο τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι ΥΥ, όσο και το είδος των ΥΥ. (WHO – UNCEF, 2018)

Η αντικειμενική αξιολόγηση και οι ορθές στρατηγικές παρακολούθησης αποτελούν σημαντικότερα τμήματα σχεδιασμού παροχής ΥΥ καθώς, μέσω αυτών εξασφαλίζεται υψηλότερη ΠΥΥ, βέλτιστη αποτελεσματικότητα και κυρίως ισότητα και δικαιοσύνη στην παροχή των υπηρεσιών και θα πρέπει να εφαρμοσθεί από όλους τους παρόχους ΥΥ, δημόσιους και ιδιωτικούς. Υπάρχει η επιτακτική ανάγκη για δημιουργία μηχανογραφικών υποδομών και έρευνας στον τομέα της υγείας για καθορισμό δεικτών που προσδιορίζουν τη ΠΥΥ, καθώς και την αξιολόγηση των ήδη

καθιερωμένων έγκυρων δεικτών ΠΥΥ από διεθνείς οργανισμούς. (Χυτήρης Λ. Σ. & Άννινος Λ. Ν. 2015)

Η αξιολόγηση απαιτεί ολοκληρωμένο σχεδιασμό με αξιόπιστη, πλήρη και διαχρονική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και των καθοριστικών παραγόντων κινδύνου, ενίσχυση συλλογής δεδομένων και διατήρησης αρχείων στον χώρο της υγείας, όπως αυτά καθορίζονται από διεθνή και ευρωπαϊκά πρότυπα. Η χρήση των δεδομένων αυτών θα συμβάλει στην πληροφόρηση, στην αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης της πραγματικότητας, στην πληρέστερη εποπτεία, στην τεκμηρίωση θεμάτων πολιτικής υγείας, στη διαχρονική σύγκριση, στη μέτρηση της αποδοτικότητας του συστήματος και στην αναζήτηση και υλοποίηση των κατάλληλων στρατηγικών υγείας. (Εθν. Σχέδιο Δράσης Δημ. Υγεία 2008 – 2012, Starfield B 1998; <http://emeno.gr/>)

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονος προβληματισμός από επιστημονικούς, κρατικούς φορείς ακόμα και από τους χρήστες των ΥΥ αναφορικά με τη ΠΥΥ. Έτσι τίθεται στο επίκεντρο της επιστημονικής συζήτησης η αναζήτηση παραγόντων που προσδιορίζουν τη ΠΥΥ και ο ακριβής καθορισμός τους ώστε να εξασφαλίζεται η βέλτιστη ΠΥΥ (Τομ. Οικ. Υγείας, ΕΣΔΥ 2002).

Η εκάστοτε μορφή της ΠΦΥ υπόκειται στις κοινωνικές αρχές και αξίες καθώς και στο επιδημιολογικό πρότυπο που καθορίζουν οι υγειονομικές ανάγκες κάθε χρονική περίοδο. Η ΠΦΥ μπορεί να αποτελέσει ακρογωνιαίο λίθο ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, καθώς εκφράζει μια στρατηγική που προωθεί τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας μέσω υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης, πρόληψης, προαγωγής υγείας καθώς και κοινωνικής φροντίδας με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. et al 2015).

Το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης δημιουργεί συνεχές άγχος στις χώρες που έρχονται αντιμέτωπες δημιουργώντας την ανάγκη για ένα νέο λειτουργικό μοντέλο ΠΦΥ που θα μπορεί να αντεπεξέλθει στις προκλήσεις, εξασφαλίζοντας βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω της πρόληψης των αιτιών νοσηρότητας και

θνησιμότητας, της προαγωγής της υγείας και της ενημέρωσης των χρηστών ΥΥ.
(Starfield B et al 2005; <https://www.who.int/whr/2008/en/>)

Εστιάζοντας στο βαθμό εκπαίδευσης των ΓΙ που παρέχουν την ΠΦΥ, αναδείχθηκε μέσω της μελέτης η σημαντική συσχέτιση με τη ΠΥΥ. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση των ΓΙ της ΠΦΥ εξασφαλίζει καλύτερη και αποτελεσματικότερη παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Επιπλέον η θέσπιση και εφαρμογή Κατευθυντήριων οδηγιών για τη διαχείριση των συχνότερων νοσημάτων της κοινότητας και των μειζόνων παραγόντων κινδύνου στη ΠΦΥ καθώς και η λήψη κλινικής απόφασης με βάση τη διεθνώς τεκμηριωμένη εμπειρία, με την εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, εξασφαλίζει υψηλή ΠΥΥ και βέλτιστη ιατρική φροντίδα η οποία υπόκειται σε λιγότερες διακυμάνσεις μεταξύ των παρόχων της ΠΦΥ. Η άσκηση προληπτικής, συμβουλευτικής ιατρικής και εκπαίδευσης ασθενών για τις συχνότερες παθήσεις και τους προδιαθεσικούς παράγοντες αυτών, έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την υγεία του πληθυσμού και προλαμβάνονται νοσήματα και επιπλοκές αυτών. (Βασιλόπουλος Θ. 2011; https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page51_gr/page51_gr?OpenDocument, <http://www.greekphcguidelines.gr/>, <https://www.eopyy.gov.gr/article/48198bff-9af7-4695-818b-5b4047cde065>)

Για βελτίωση της ομάδας εργασίας στη ΠΦΥ χρειάζεται να βελτιωθεί το ανθρώπινο δυναμικό των ΥΥ, με πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων και ταυτόχρονη ανακατανομή των ανθρωπίνων πόρων, παροχή κινήτρων αποδοτικότητας και επιστημονικής προόδου στους εργαζομένους για την εξασφάλιση πλήρους ανάπτυξης του ανθρωπίνου δυναμικού σε ένα αξιοκρατικό και δίκαιο περιβάλλον εργασίας. Η διεπιστημονική συνεργασία, οι διάλογοι επικοινωνίας και συνεργασίας με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων και άλλων ΥΥ εξασφαλίζει «συνεχή συνεργασία» των επαγγελματιών υγείας, δημιουργώντας ορθότερο πλάνο θεραπείας των ασθενών και κατ' επέκταση βελτίωση της ποιότητας των ΥΥ με μείωση του κόστους και των χρησιμοποιούμενων πόρων. Σε αυτή τη προσπάθεια συμβάλει ο ορθός τρόπος παραπομπής των ασθενών σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή σε άλλες ΥΥ καθώς επίσης και η ενημέρωση του οικογενειακού ιατρού για τα αποτελέσματα των εξετάσεων, κλινικής εκτίμησης ακόμα και νοσηλείας που ακολούθησε ο ασθενής μετά τη παραπομπή του. Προτείνεται η εφαρμογή του ηλεκτρονικού τύπου

παραπομπής των ασθενών όπως αυτό προτείνεται μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με δυνατότητα απάντησης για τα ευρήματα και τα αποτελέσματα από τον επαγγελματία υγείας στον οποίο παραπέμφθηκε. (Γκαβανόζη Β. 2014; Kringos D. et al. 2013; <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases/5443-ti-isxyei-me-to-systhma-parapompwn-sthn-prwtobathmia-frontida-ygeias>)

Η εφαρμογή εργαλείων παροχής ΥΥ όπως λειτουργικά πρότυπα διαγνωστικών δοκιμασιών, ιατρικός φάκελος ασθενούς, κάρτα υγείας, κωδικοποιήσεις νοσημάτων καθώς και χρήση δεικτών ποιότητας, ικανοποίησης και ασφάλειας του ασθενούς, θα βοηθήσει στην βελτίωση της ΠΥΥ καθώς θα υπάρχουν συνεχείς καταγραφές και δείκτες άμεσα διαθέσιμοι τόσο για ιατρικούς λόγους όσο και για χάραξη πολιτικής βελτίωσης των ΥΥ. Ο ιατροτεχνικός εξοπλισμός αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ΠΥΥ καθώς αυξάνει τις δυνατότητες και το είδος των ΥΥ που μπορεί να παρέχει η ΠΦΥ. Προτείνεται η επίλυση των προβλημάτων που δημιουργεί η έλλειψη του εξοπλισμού στις υποδομές της ΠΦΥ μέσω ανακατανομής των πόρων που διατίθενται, να συζητηθεί το ενδεχόμενο αγοράς υπηρεσιών από ΥΥ του ιδιωτικού τομέα της περιοχής που θα μπορούσαν να εξυπηρετήσουν ούτως ώστε να μειωθούν οι ελλείψεις αυτές. Η εύκολη και άμεση πρόσβαση σε κεντρικότερες ΥΥ πολλές φορές είναι επιτακτική και αναγκαία. Υπάρχει η ανάγκη για μελέτη της κατανομής των υπάρχοντων ΥΥ και η αναδιαμόρφωση και ανακατανομή αυτών για να εξασφαλίζεται η βέλτιστη παροχή ΥΥ και κάλυψη των αναγκών ειδικά σε απομακρυσμένες και αποκομμένες περιοχές. Επίσης θα πρέπει να παρέχονται μέσα άμεσης μεταφοράς των ασθενών σε κεντρικότερες περιοχές, προσαρμοσμένα στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εκάστοτε περιοχής, όπως για παράδειγμα ειδικά διαμορφωμένα σκάφη για μεταφορά ασθενών από τα νησιά ή υδροπλάνα και ελικόπτερα προσαρμοσμένα στις ανάγκες του ΕΚΑΒ. (Λιονής Χ. et al 2016; Sbarouni, et al.2012; WONCA-Europe/ESGP-FM. EUROPEP)

Εξουδετερώνοντας παράγοντες όπως είναι εξουθενωτικοί ρυθμοί εργασίας των ΓΙ, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η ανισορροπία μεταξύ εργασίας και αμοιβής θα επιτευχθεί βελτίωση των συνθηκών εργασίας στις ΥΥ στη ΠΦΥ, αύξηση του βαθμού ικανοποίησης του προσωπικού και κατ' επέκταση αύξηση της αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ΠΥΥ. Εξουδετερώνοντας την αναξιοκρατία και την

υστέρησης στον τομέα της έρευνας, θα μειωθεί το φαινόμενο της μετανάστευσης του ανθρώπινου δυναμικού (Brain Drain). (Αλιπράντη-Μαράτου Λ. et al 2009-2014; Βασσάκη Μ. & Σκουτέρη Ν. 2017-2018)

7.4. Συμπεράσματα

Οι μελέτες ΠΥΥ που προκύπτουν από την οπτική, τις εμπειρίες και τις προσδοκίες των παρόχων του συστήματος ΠΦΥ, των ΓΙ, μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμα εργαλεία για το σχεδιασμό του συστήματος της ΠΦΥ, καθώς μπορούν να εντοπίσουν κενά, εστίες δυσλειτουργίας καθώς και παράγοντες του συστήματος που υστερούν σε ποικίλο βαθμό. Οι πληροφορίες που δύναται να συλλεχθούν μέσα από τις μελέτες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διαμόρφωση, τροποποίηση και εναρμόνιση του συστήματος της ΠΦΥ ώστε ο μελλοντικός σχεδιασμός του να γίνει με κατευθυνόμενο τρόπο, όπου θα εξασφαλίζει εξοικονόμηση και βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων, κάτι το οποίο εποτελεί επιτακτική ανάγκη και κυρίως να εξασφαλίσει καθολική, ίση και συνεχή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας μέσω της ΠΦΥ.

8. Βιβλιογραφία

8.1 Ελληνική

- Αλιπράντη-Μαράτου Λ, Κατσή Α, Παπαδημητρίου Π (2016). (Αν)ισορροπία εργασίας και προσωπικής ζωής. Μια ποσοτική έρευνα στην Ελλάδα της κρίσης. Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού, Εκδόσεις ΣΥΝΘΕΣΗ, Αθήνα
- Αντωνοπούλου Λ (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 3(2):109-120
- Βασιλόπουλος Θ (2011). Ζήτηση και χρήση υπηρεσιών υγείας – διερεύνηση του επιπέδου υγείας σε αγροτική περιοχή της Κρήτης. Μεταπτυχιακή Εργασία, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο
- Βασσάκη Μαρία & Σκουτέρη Νίκη 2017-2018 «Η φυγή του ειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού στο εξωτερικό: μια σύγχρονη τάση». Μεταπτυχιακή εργασία, Σχολη Διοικητικών, Οικονομικών & Κοινωνικών Επιστημών, Δυτικής Αττικής.
- Βραχάτης Δ., Παπαδόπουλος Α. 2012. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2012, 51(1): 10–17
- ΓΙΑΝΝΑΣΜΙΔΗ, Α., και ΤΣΙΑΟΥΣΗ, Μ. (2012) Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), σελ.106-115
- ΓΚΑΒΑΝΟΖΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ 2014. Σύγχρονες μορφές οργάνωσης και διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Μεταπτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Πρέβεζα.
- Δελτίο τύπου: Υπολογιζόμενος πληθυσμός και μεταναστευτικές ροές της χώρας ετους 2017 Ελληνική στατιστική αρχή <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO18/>
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012 Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς, <http://emeno.gr/>
- Ελληνική_οικονομική_κρίση_2009-σήμερα Ανάκτηση:
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%>

- CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_(2009-2018)
- «Έρευνα για την Υγεία και την Ανταποκρισιμότητα του Συστήματος Υγείας», Τομέας Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας 2002
- ΕΣΔΥ 2013. Η πρωτοβάθμια φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία
- IATRONET. (2016) Νέα Εξαγγελία για τη δημιουργία ιατρείων γειτονίας-50 νέες μονάδες για τη διατήρηση 2016-2017. [Online] Ανάκτηση από: <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/33991/nea-exaggelia-gia-ti-dimioyrgia-iatreiwn-geitonias-50-nees-monades-ti-dietia-2016-2017.html>
- ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΗΝΑ et al 2015 Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Ρόλοι, Δραστηριότητες, Δεξιότητες Μελών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Δημολιάτης Γ, Μερκούρης ΜΠ, Οικονόμου Χ, Τσάκος Γ, Φιλαλήθης Α. και ομάδα εργασίας (2000). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως Θεμέλιο της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 12(4): 169-188.
- Κυριόπουλος Γ. και Μπεαζόγλου Τ. (2001), "Η επίδραση του ασφαλιστικού μονοφωνίου στην αφορά υπηρεσιών υγείας
- Λιαρόπουλος Λ., (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Λιονής Χρήστος, Έλενα Πιτέλου, Οκτώβριος 2015. Σχέση Ιατρού – Ασθενή
- Λιονής Χ.; Ε. Θηραϊός; Ν. Παπανικολάου 2016 Κλινικά φροντιστήρια – Ποιότητα και αποδοτικότητα στη ΠΦΥ – αξιολόγηση και σχεδιασμός των περιεχομένων υπηρεσιών ΠΦΥ
- Σουλιώτης Κ (2014). Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων: Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(Συμπλ 1):7-12.
- Φιλαλήθης Τάσος Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής Τμήμα Ιατρικής. 2015 Κοινωνία & Υγεία Οργάνωση Υπηρεσιών: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & Γενική/Οικογενειακή Ιατρική [Online] Ανάκτηση από:

https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/16839/mod_resource/content/1/KY%20-05%20PFY-GP%202015.pdf

Φιλαλήθης Τάσος 2013 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως βασικός πυλώνας του Εθνικού Συστήματος Υγείας – πριν, κατά και μετά την κρίση [Online] Ανάκτηση από:

<http://www.ispatras.gr/wp-content/uploads/2013/10/%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%83%CE%B7-%CE%BA-%CE%A4%CE%AC%CF%83%CE%BF%CF%85-%CE%A6%CE%B9%CE%BB%CE%B1%CE%BB%CE%AE%CE%B8%CE%B7.pdf>

Χυτήρης Λεωνίδα Σ.; . Άννινος Λουκάς Ν. 2015. Διοίκηση και Ποιότητα Υπηρεσιών

8.2.Διεθνής

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. 2002 Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.

Ardey R. Patient Perceptions and Expectations From Primary Health-care Providers in India. *J Family Med Prim Care*. 2015 Jan-Mar;4(1):53-63. doi: 10.4103/2249-4863.152254

Bahram Fadaiyan, Hamideh Reshadatjoo, Ali Taghipour Zahir, Seyyed Musa Golestaneh 2015. Designing and Testing the Model of Learners' Satisfaction towards On-The-Job Training Courses Case: National Iranian Gas Company. *American Journal of Educational Research*. 2015, Vol. 3 No. 3, 307-311

Baicker K, Chandra A. 2004. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)*. 2004 (web suppl):W184-W197;

Barclay M, Dixon-Woods M, Lyratzopoulos G (2019). The problem with composite indicators. *BMJ Quality & Safety*, 28:338-344.

Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Stewart AL 1996. Primary care and receipt of preventive services. *J Gen Intern Med*. 1996 May;11(5):269-76.

Blegen MA. 1993. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nurs Res*. 1993 Jan-Feb;42(1):36-41.

- BleichSN, Ozaltin E, Murray CK. 2009. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ.* 2009;87(4):271–8.
- Boerma WGW, Dubois CA. Mapping primary care accross Europe. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW (eds). *Primary Care in the Driver’s Seat? Organizational reform in European primary care.* Open University Press: Buckingham, 2006; 22–49.
- Boerma W. *Profiles of General Practice in Europe: An international study of variation in the tasks of general practitioners.* NIVEL: Utrecht, 2003.
- Bonciani M, Schäfer W, Barsanti S, Heinemann S, Groenewegen PP. 2018. The benefits of co-location in primary care practices: the perspectives of general practitioners and patients in 34 countries. *BMC Health Serv Res.* 2018 Feb 21;18(1):132. doi: 10.1186/s12913-018-2913-4.
- Bratt MM, Broome M, Kelber S, Lostocco L. 2000. Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *Am J Crit Care.* 2000 Sep;9(5):307-17.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. 2002 Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288(19):2469–75.
- Börsch-Supan Axel, Martina Brandt, Christian Hunkler, Thorsten Kneip, Julie Korbmacher, Frederic Malter, Barbara Schaan, Stephanie Stuck, Sabrina Zuber 2013. *Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*
- Chatziarsenis M1, Lionis C, Faresjö T, Fioretos M, Trelle E. Community-based medical systems advancement in a hospital-primary health care centre in Crete, Greece: concepts, methods, and the new role of the general practitioner. *J Med Syst.* 1998 Jun;22(3):173-88.
- Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A, Bradley KA, Nugent SM, Baines AD, Vanryn M. 2008 Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern*
- Crimmins Eileen M., Jung Ki Kim, Aïda Solé-Auró 2010. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health, Volume 21, Issue 1, February 2011, Pages 81–91*
- Christel A Woodward Julia Abelson Sara Tedford Brian Hutchison ab 2004. What is important to continuity in home care?: Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177–192;

- Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. 2005. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med.* 2005;20(10):953–7.
- De Rosis S; Seghieri C 2015. Basic ICT adoption and use by general practitioners: an analysis of primary care systems in 31 European countries. *BMC Medical Informatics and Decision Making* volume 15, Article number: 70 (2015)
- Demographic and Health Surveys – SPA methodology 2018 <https://dhsprogram.com/What-We-Do/SurveyTypes/SPAMethodologycfm> (accessed Aug 23, 2018).
- Economou, C. (2010) Greece. Health system review, in *Health System in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies
- Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. 2017. Greece: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2017 Sep;19(5):1-166.
- Erlin K Macarayan, PhD ; Anna D Gage, MSc; Svetlana V Doubova, MD; Frederico Guanais, PhD; Ephrem T Lemango, MD; Youssoupha Ndiaye, MD et al 2018. Assessment of quality of primary care with facility surveys: a descriptive analysis in ten low-income and middle-income countries. VOLUME 6, ISSUE 11, PE1176-E1185, NOVEMBER 01, 2018
- Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, Sharp D. 2003 A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract.* 2003 Nov;53(496):878-84.
- Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. 2004. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2004, 42:1049–1055;
- Florian L Stigler, James Macinko, Luisa M Pettigrew, Raman Kumar, Chris van Weel 2016. No universal health coverage without primary health care *Health Serv Res*, 2003;38:831-65;
- Frede Olesen, Jim Dickinson and Per Hjortdahl 2000. General practice—time for a new definition. *BMJ.* 2000 Feb 5; 320(7231): 354–357.
- Gay B. What are the basic principles to define general practice? *Strasbourg: ESGP:FM*, 1995.
- Gill JM1, Mainous AG 3rd, Nsereko M The effect of continuity of care on emergency department use. 2000. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333–338;

- Groenewegen PP, Jurgutis A. 2013. A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care*. 2013;21(6):369–78.
- Helitzer DL, Lanoue M, Wilson B, de Hernandez BU, Warner T, Roter D 2011 . A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Educ Couns*. 2011;82(1):21–9.
- Hendrik Jürges; Mauricio Avendano; Johan P. Mackenbach 2008. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. December 2008, Volume 23, Issue 12, pp 773–781
- HERZBERG F. 1987. One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 1987:109–117
- Hoffmann K, Wojczewski S, George A, Schäfer WL, Maier M. 2015 Stressed and overworked? A cross-sectional study of the working situation of urban and rural general practitioners in Austria in the framework of the QUALICOPC project. *Croat Med J*. 2015 Aug;56(4):366-74.
- Houghton G & Rouse A. (2004). Are NHS primary care performance indicator scores acceptable as markers of general practitioner quality?. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 54(502), 341–344.
- Juran J.M. 1986. *The Quality Trilogy A Universal Approach to Managing for Quality* ASQC 40th Annual Quality Congress in Anaheim, California, May 20, 1986.
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013 Apr 13;381(9874):1323-31. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6. Epub 2013 Mar 27.
- Kevin Grumbach, MD; Thomas Bodenheimer, MD1999. A Primary Care Home for AmericansPutting the House in Order*Med*. 1999:499-511;
- Klepper SE (2011). Measures of pediatric function: Child Health Assessment Questionnaire (C-HAQ), Juvenile Arthritis Functional Assessment Scale (JAFAS), Pediatric Outcomes Data Collection Instrument (PODCI), and Activities Scale for Kids (ASK). *Arthritis Care Res*, 63: S371-S382. doi:10.1002/acr.20635
- Kravitz L. Richard. *Patients' Expectations for Medical Care: An Expanded Formulation Based on Review of the Literature*. First Published March 1, 1996

- Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(4):686–94.
- Kringos Dionne S.; Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toni Dedeu, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, Margus Lember, Marek Oleszczyk, Danica Rotar Pavlic, Igor Svab, Paolo Tedeschi, Stefan Wilm, Andrew Wilson, Adam Windak, Jouke Van der Zee and Peter Groenewegen. 2013. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice* 2013; 63 (616): e742-e750. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp13X674422>
- Kringos Dionne S. ; Wienke G.W.; Boerma Allen Hutchinson Richard B. Saltman 2015. Building primary care in a changing Europe http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
- Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice* 2010;11:81.
- 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 Services Research* 2010;10:65.
- Krztoń-Królewiecka A , Oleszczyk M2, Schäfer W3, Boerma WG3, Windak A2. 2016 Quality of primary health care in Poland from the perspective of the physicians providing it. *BMC Fam Pract*. 2016 Nov 4;17(1):151.
- Kyriopoulos II, Zavras D, Skroumpelos A, Mylona K, Athanasakis K, Kyriopoulos J. Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *Int J Equity Health*. 2014 Jul 25;13:54.
- Linardakis M, Papadaki A, Smpokos E, Micheli K, Vozikaki M & Philalithis A (2015). Relationship of behavioral risk factors for chronic diseases and preventive health services utilization among adults, aged 50+, from eleven European countries. *J Public Health (Germany)*, 23:257-265
- Lionis Chrstos, Elena Petelos, Sophia Papadakis, Ioanna Tsiligianni, Marilena Anastasaki, Agapi Angelaki, Antonis Bertsiias, Enkeleint Aggelos Mechili, Maria Papadakaki, Dimitra Sifaki-Pistolla, Emmanouil Symvoulakis. Towards evidence-informed integration of public health and primary health care: experiences from Crete. *ТOM 4 | ВЫПУСК 4 | ДЕКАБРЬ 2018 Г. | 491–735*

- Lionis C. Financial crisis and primary health care in Greece. Is it time for family medicine? *Family Medicine & Primary Care Review* 2015; 17, 3: 229–231
- Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, Bertias A, Duijker G, Mekouris PB, Boerma W, Schäfer W; Greek QUALICOPC team. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Serv Res.* 2017 Apr 5;17(1):255. doi: 10.1186/s12913-017-2189-0.
- Lionis C, Petelos E. The impact of the financial crisis on the quality of care in primary care: an issue that requires prompt attention. *Qual Prim Care.* 2013;21(5):269-273.
- Lionis C1, Symvoulakis EK, 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. *Int J Integr Care.* 2009 Jul 30;9:e88.
- Lionis C., Emmanouil K. Symvoulakis, Adelais Markaki, Elena Petelos, Sophia Papadakis, Dimitra Sifaki-Pistolla, Maria Papadakakis, Kyriakos Souliotis, and Chariklia Tziraki. Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Prim Health Care Res Dev.* 2019; 20: e113. Published online 2019 Jul 25. doi: 10.1017/S1463423619000446
- LOCKE EA, LATHAM GP, SMITH KJ, WOOD RE, BANDURA A. A theory of goal setting and task performance. Prentice-Hall College Div, Englewood Cliffs, NJ, 1990
- Lord J. 2003. Future of primary healthcare education: current problems and potential solutions
- Mache Stefanie, Karin Vitzthum, Albert Nienhaus, Burghard F Klapp & David A Groneberg 2009. Physicians' working conditions and job satisfaction: does hospital ownership in Germany make a difference?
- Mohanaruban A; Flanders L; Rees H .2018. Case-based discussion: perceptions of feedback.
- Morris Weinberger, Ph.D., Eugene Z. Oddone, M.D., M.H.Sc., and William G. 1996. Does Increased Access to Primary Care Reduce Hospital Readmissions? *NEJM*, 1996, 334:1441–1447
- Nadia R. Llanwarne, MBChB, MA, Gary A. Abel, PhD, Marc N. Elliott, PhD, Charlotte A. M. Paddison, PhD, Georgios Lyratzopoulos, MD, John L. Campbell, MD and Martin Roland, DM 2013. Relationship Between Clinical Quality and Patient Experience: Analysis of Data From the English Quality and Outcomes

- Framework and the National GP Patient Survey. *Ann Fam Med* 2013;467- 472.
doi:10.1370/afm.1514
- Nigel Edwards; Mary Jane Kornacki; Jack Silversin, 2002. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?
- Nurs J. Adm. The Hague, 2004. Health Council of the Netherlands. European Primary Care Report. Upenieks VV 2003. What constitutes effective leadership? Perceptions of magnet and nonmagnet nurse leaders. 2003 Sep;33(9):456-67.
- Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice — time for a new definition. *BMJ* 2000;320:3354
- Ong L.M.L., J.C.J.M.de Haes, A.M.Hoos, F.B.Lammes 1995. Doctor-patient communication: A review of the literature
- Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. 1995 Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40(7):903–18.
- Pauly M.V. (1988)," Market Power, monopsony, and health insurance markets", *Journal of Health Economics*, 7(2), 111-128
- Pavlič Danica Rotar, Maja Sever, Zalika Klemenc-Ketiš & Igor Švab 2015. Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison.
- Peter Franks and Kevin Fiscella 1998 Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience *Journal of Family Practice*,1998, 47:105–109;
- Pullicino G, Sciortino P, Calleja N, Schäfer W, Boerma W, Groenewegen P. 2015 Comparison of patients' experiences in public and private primary care clinics in Malta. *Eur J Public Health.* 2015 Jun;25(3):399-401. doi: 10.1093/eurpub/cku188. Epub 2014 Nov 12.
- Quaglio G, Karapiperis T, Van Woensel L, Arnold E, McDaid D. Austerity and health in Europe. *Health Policy.* 2013 Nov;113(1-2):13-9. doi:10.1016/j.healthpol.2013.09.005. Epub 2013 Sep 25.
- Rao M & Pilot E (2014). The missing link-the role of primary care in global health. *Global Health Action*, 7:1-6.
- Rat AC, Henegariu V, Boissier MC. Do primary care physicians have a place in the management of rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine.* 2004 May;71(3):190-7.
- Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(1):CD001481.

- Richard Smith 2001. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep
- Rosenblatt Roger A., MD, MPH; L. Gary Hart, PhD; Laura-Mae Baldwin, MD, MPH; Leighton Chan, MD, MPH; Ronald Schneeweiss, MD 1998. The Generalist Role of Specialty Physicians Is There a Hidden System of Primary Care? JAMA. 1998;279(17):1364-1370. doi:10.1001/jama.279.17.1364
- Sbarouni Vicky; Zoi Tsimtsiou; Emmanouil Symvoulakis; Apostoslos Kamekis; Elena Petelos; Aristoula Saridaki; Nikos Papadakis; Christos D Lionis. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. Rural Remote Health 2012
- Sebo Paul , François R. Herrmann, Patrick Bovier & Dagmar M. Haller What are patients' expectations about the organization of their primary care physicians' practices? BMC Health Services Research volume 15, Article number: 328 (2015)
- Schafer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, RotarPavlic D, Seghieri C, Svab I, Van den Berg MJ, Vainieri M, Westert GP, Willems S, Groenewegen PP. 2011. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Fam Pract. 2011;12:115-2296-12-115.
- Schafer WL, Boerma WG, Murante AM, Sixma HJ, Schellevis FG, Groenewegen PP. 2011. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. Bull World Health Organ. 2015;93(3):161-168.
- Schafer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Ryck E, Gress S, Heinemann S, Murante AM, Rotar-Pavlic D, Schellevis FG, Seghieri C, Van den Berg MJ, Westert GP, Willems S, Groenewegen PP. 2013. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. Qual Prim Care. 2013;21(2):67-79.
- Sheldon Greenfield, MD; Eugene C. Nelson, ScD; Michael Zubkoff, PhD; et al 1992. Variations in Resource Utilization Among Medical Specialties and Systems of Care Results From the Medical Outcomes Study JAMA. 1992;267:1624-1630
- Shi L (2012). The Impact of Primary Care: a Focused Review. Scientifica (Cairo) 2012: 1-22.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. Health Affairs (Millwood) 2006;25(6):w555– 71.

- Sibbald, BJ Barbara 2017. Workplace violence is not part of a doctor's job
- Sifaki-Pistolla D1, Chatzea VE1, Markaki A1,2, Kritikos K3, Petelos E1, Lionis C4. Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. BMC Health Serv Res. 2017 Nov 29;17(1):788. doi: 10.1186/s12913-017-2702-5.
- Smith RC, Lyles JS, Mettler JA, Marshall AA, Van Egeren LF, Stoffelmayr BE, Osborn GG, Shebroe V. 1995 A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomized study. Acad Med. 1995;70(8):729–32
- Souliotis K, Golna C, Tountas Y, Siskou O, Kaitelidou D, Liaropoulos L.2016. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...Eur J Health Econ. 2016;17(2):159–70. doi:10.1007/s10198-015-0666-0.
- SOULIOTIS K. 2014. Strengthening and Enlarging Primary Health Care as an evidence-based public health option underresource constraints: the case of opioid addiction. Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(Suppl 1):7–1
- Starfield B, Shi L, Macinko J. 2005 Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.
- Starfield B (1994). Is primary care essential? (Primary care tomorrow). The Lancet Ltd, 344(8930):1129-1133.
- Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. 2005 The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. Health Aff (Millwood). 2005(web suppl):W5-97-W5-107;
- Starfield B. 1992 Effects of poverty on health status. Bull N Y Acad Med. 1992 JanFeb;68(1):17-24.
- Starfield B.1998. Primary Care Assessment Tool – Expanded Version (Provider survey). 1998.
- Starfield B. 1998 Primary care visits and health policy. CMAJ. 1998 Oct6;159(7):795-6.
- Stephan D. Fihn, MD, MPH 1995. Physician Specialty, Systems of Health Care, and Patient Outcomes JAMA. 1995;274:1436-1444;
- Stewart M. 2004 Continuity, care, and commitment: the course of patient/clinician relationships. Ann Fam Med. 2004;2(5):388–90.
- Tatsioni A. & Lionis C. 2016 Responding to financial and economic crisis: what methodology and interventions we need in family practice research Family

- Practice, Volume 33, Issue 1, February 2016, Pages 1–3, <https://doi.org/10.1093/fampra/cm105> Published: 18 January 2016
- Taylor K. 2009. Paternalism, participation and partnership - the evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Educ Couns.* 2009;74(2):150–5.
- Tsiligiannis I., Polyvios Papadokostakis, Dimitra Prokopiadou, Ioanna Stefanaki, Nikolaos Tsakountakis, Christos Lionis Impact of the financial crisis on adherence to treatment of a rural population in Crete, Greece *Quality in Primary Care* (2014) 22 (5): 238-44
- Tsiligianni G Ioanna; M Antonopoulou; K Chliveros. Greek rural GPs' opinions on how financial crisis influences health, quality of care and health equity Article (PDF Available) in *Rural and remote health* 13(1):2528 · March 2013
- U.S. Department of Health & Human Services (2019). Combining Health Care Quality Measures Into Composites or Summary Scores. Πρόσβαση στο <https://www.ahrq.gov/talkingquality/translate/scores/combine-measures.html> την 1.7.2019.
- Vanden Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. 1998 Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol.* 1998 May; 51(5):367-75
- Van de Ven WP."Market-oriented health care reforms: trends and future options".*Soc Sci Med.* 1996Sep;43(5):655-66.
- Vassilaki Maria; Jeremiah A. Aakr; Ruth H. Cha; Walter K. Kremers; Jennifer L. St. Sauver; Michelle M. Mielke; Yonas E. Geda; Mary M. Machulda; LP David S. Knopman; Ronald C. Petersen; Rosebud O. Roberts MB, ChB, 2015. Multimorbidity and Risk of Mild Cognitive Impairment. <https://doi.org/10.1111/jgs.13612>
- Viviane Kovess-Masféty, Delphine Saragoussi, Christine Sevilla-Dedieu, Fabien Gilbert, Agnieszka Suchocka, Nathalie Arveiller, Isabelle Gasquet, Nadia Younes & Marie-Christine Hardy-Bayle 2007. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 2007, 7:188
- WHO. Astana declaration on primary health care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the sustainable development goals.

http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT_Declaration_on_Primary_Health_Care_28_June_2018.pdf (accessed July 30, 2018)

WHO GP/FM Framework, 1998: <http://www.who.dk/hs/hs03.htm>

WHO Service Availability and Readiness Assessment - SARA 2018 http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_methods/en/ (accessed April 30, 2018).

WHO – UNCEF, 2018. A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>

WHO 2018. Building the economic case for primary health care: a scoping review https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc---economic-case.pdf?sfvrsn=8d0105b8_2

WHO Regional Office for Europe 2015. Barriers and Facilitating factors in access to health services in Greece

WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine London: WONCA Europe, 2005

Wonca, 1991 The role of general practitioners: family physician in health care systems: a statement from WONCA. London: Wonca, 1991.

WONCA-Europe/ESGP-FM. EUROPEP <https://equip.woncaeurope.org/tools/europep>

World Bank. Service Delivery Indicators - SDI 2017 <http://datatopics.worldbank.org/sdi/> (accessed Dec 3, 2017).

<https://www.e-nomothesia.gr/law-news/demosiutheke-phek-nomos-4486-2017-giatin-protobaumia-frontida-ygeias.html>

<https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-presentation-Future-of-healthcare-in-Greece-March2018.pdf>

9. Γραφήματα

Παράρτημα Ι

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 220 Γενικών Ιατρών (ΓΙ) που συμμετείχαν στη μελέτη QUALICOPC.

		v	%
Φύλο	<i>άνδρες</i>	119	54,1
	<i>γυναίκες</i>	101	45,9
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση ηλικία±τυπ. απ. (ελ., μεγ.)</i>	43,5±7,9 (26,0, 68,0)	
	<i>έως 39</i>	72	32,7
	<i>40-49</i>	103	46,8
	<i>50+</i>	45	20,5
Γέννηση στην Ελλάδα	<i>όχι</i>	22	10,1
	<i>ναι</i>	196	89,9
Περιοχή άσκησης ιατρικής	<i>αστική</i>	55	25,0
	<i>μικτή (αστική & αγροτική)</i>	87	39,5
	<i>αγροτική</i>	78	35,5
Μορφή εργασίας	<i>αμειβόμενη εργασιακή σχέση</i>	201	91,4
	<i>ελεύθερος επαγγελματίας</i>	19	8,6

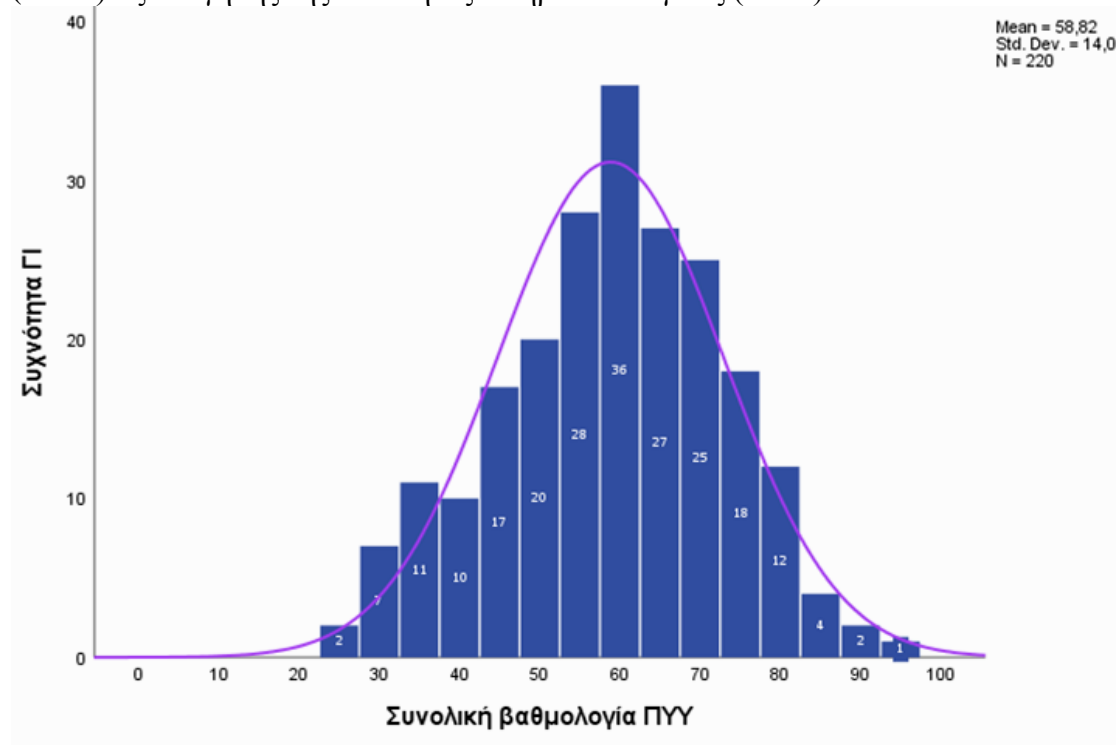
QUALICOPC, Quality and Costs of Primary Care in Europe

Πίνακας 2. Δείκτες (indicators) & σχετικές ερωτήσεις των Γενικών Ιατρών (ΓΙ) στην αξιολόγηση της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΠΥΥ) - μελέτη QUALICOPC.

Δείκτες αξιολόγησης ΠΥΥ & σχετικές ερωτήσεις		v	%	95%ΔΕ
Ομάδα Εργασίας	Ανθρώπινο δυναμικό			
	• Εργασία με άλλους στον ίδιο χώρο (Ερ. 18-1)	ναι	106	48,2 41,6-54,8
	• Επαγγέλματα που αντιπροσωπεύονται στο ιατρείο/κέντρο υγείας (νοσηλεύτης/τρια, μαία, κοινωνικός/ή λειτουργός) (Ερ. 19)	ναι	163	74,1 68,0-79,5
	Διεπιστημονική συνεργασία			
	• Αναζήτηση συμβουλής/συνδρομής από ιατρούς άλλων 9 ειδικοτήτων για 1+ φορές/μήνα (Ερ. 45)	ναι	128	58,2 51,6-64,6
Παραπομπή	Παραπομπή			
	• Χρήση παραπεμπτικών επιστολών για όλους ή τους περισσότερους ασθενείς που παραπέμπονται (Ερ. 47)	ναι	195	88,6 83,9-92,3
	• Πληροφόρηση των ΓΙ από τους ειδικούς ιατρούς στους οποίους παραπέμφθηκαν οι ασθενείς, ολοκλήρωσαν τη θεραπευτική/διαγνωστική διαδικασία (Ερ. 48)	σχεδόν πάντα ή συνήθως	100	45,5 39,0-52,1
	• Χρόνος λήψης αναφοράς εξιτηρίου από το νοσοκομείο στο οποίο πηγαίνει πιο συχνά ο ασθενής του ΓΙ, αφού δοθεί εξιτήριο (Ερ. 49)	≥1 ημέρες	105	47,7 41,2-54,3
	Οι παροχές (ιατροτεχνικός εξοπλισμός - εγκαταστάσεις)			
Υποδομές	• Πρόσβαση σε εργαστηριακές εγκαταστάσεις - εντός του ιατρείου/κέντρου ή εύκολη πρόσβαση εκτός (Ερ. 26)	ναι	170	77,3 71,4-82,4
	• Πρόσβαση σε ακτινοσκοπικές εγκαταστάσεις - εντός του ιατρείου/κέντρου ή εύκολη πρόσβαση εκτός (Ερ. 27)	ναι	160	72,7 66,6-78,3
	Προσβασιμότητα			
	• Οδική απόσταση από το (κύριο) κτήριο του ιατρείου προς το πλησιέστερο γενικό ή πανεπιστημιακό νοσοκομείο (Ερ. 28-3)	<20km	61	27,7 22,1-33,9
	Βαθμός χρήσης ιατρικού φακέλου - τεχνολογίας			
• Διατήρηση αρχείων συστηματικά για κάθε επαφή με τους ασθενείς (Ερ. 41-4)	ναι	36	16,4 11,9-21,7	
Βαθμός Εκπαίδευσης	Εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών			
	• Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία από χρόνια καρδιοπάθεια (Ερ.20-1)	ναι	173	78,6 72,9-83,7
	Συμμετοχή σε διεπιστημονικές προσεγγίσεις			
	• Εβδομάδες συμμετοχής σε συνέδριο ή άλλες εκπαιδευτικές δραστηριότητες τους τελευταίους 12 μήνες (Ερ. 59-1)	≥1	179	81,4 75,8-86,1
	Άσκηση προληπτικής και συμβουλευτικής ιατρικής			
• Βαθμός συμμετοχής στην εκπαίδευση για το κάπνισμα - σε ομαδικές συνεδριάσεις ή ειδικά προγράμματα με κανονικούς ασθενείς (Ερ. 55-1)	ναι	179	81,4 75,8-86,1	
• Βαθμός συμμετοχής στην εκπαίδευση για τη διατροφή - σε ομαδικές συνεδριάσεις ή ειδικά προγράμματα με κανονικούς ασθενείς (Ερ. 55-2)	ναι	173	78,6 72,9-83,7	
• Βαθμός συμμετοχής στην εκπαίδευση για τη προβληματική κατανάλωση οινοπνεύματος - σε ομαδικές συνεδριάσεις ή ειδικά προγράμματα με κανονικούς ασθενείς (Ερ. 55-3)	ναι	147	66,8 60,4-72,8	
• Βαθμός συμμετοχής στην εκπαίδευση για τη σωματική άσκηση - σε ομαδικές συνεδριάσεις ή ειδικά προγράμματα με κανονικούς ασθενείς (Ερ. 55-4)	ναι	161	73,2 67,1-78,7	
Συνθήκες Εργασίας	Φόρτος εργασίας			
	• Επαφές με ασθενείς: πρόσωπο-με-πρόσωπο στο ιατρείο τους (αριθμός) (Ερ. 10-1)	≤30/ημέρα	135	61,4 54,8-67,6
	Αμοιβή			
	• Επιπλέον αμειβόμενη επαγγελματική δραστηριότητα εκτός την εργασία ως γενικός ιατρός στο παρόν ιατρείο (Ερ. 14)	ναι	26	11,8 8,1-16,6
	Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία			
• Υπερβολικά πολύ άγχος στην τρέχουσα εργασία (Ερ. 60-4)	διαφωνεί	146	66,4 59,9-72,4	
• Καλή ισορροπία (ικανοποίηση) στην εργασία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής (Ερ. 60-6)	συμφωνεί	45	20,5 15,5-26,1	

QUALICOPC, Quality and Costs of Primary Care in Europe

Σχήμα 1. Κατανομή συχνοτήτων των Γενικών Ιατρών (ΓΙ) στη συνολική βαθμολογία (0-100) αξιολόγησης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΠΥΥ).



Πίνακας 3. Επίπεδα βαθμολογίας (0-100) συνοπτικών δεικτών αξιολόγησης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΠΥΥ) των Γενικών Ιατρών (ΓΙ) που συμμετείχαν στη μελέτη QUALICORP.

<i>Συνοπτικοί δείκτες</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>Τυπ. αποκλ.</i>	<i>Διάμεσος</i>	<i>Ασυμμετρία</i>
Ομάδα Εργασίας (από 6 ερωτήσεις)	60,4	20,5	66,7	-0,153
Υποδομές (από 4 ερωτήσεις)	48,5	25,6	50,0	-0,291
Βαθμός Εκπαίδευσης (από 6 ερωτήσεις)	76,7	28,6	83,3	-1,231
Συνθήκες Εργασίας (από 4 ερωτήσεις)	40,0	22,2	50,0	0,088
Συνολική βαθμολογία ΠΥΥ (20 ερωτήσεις)	58,8	14,1	60,0	-0,180

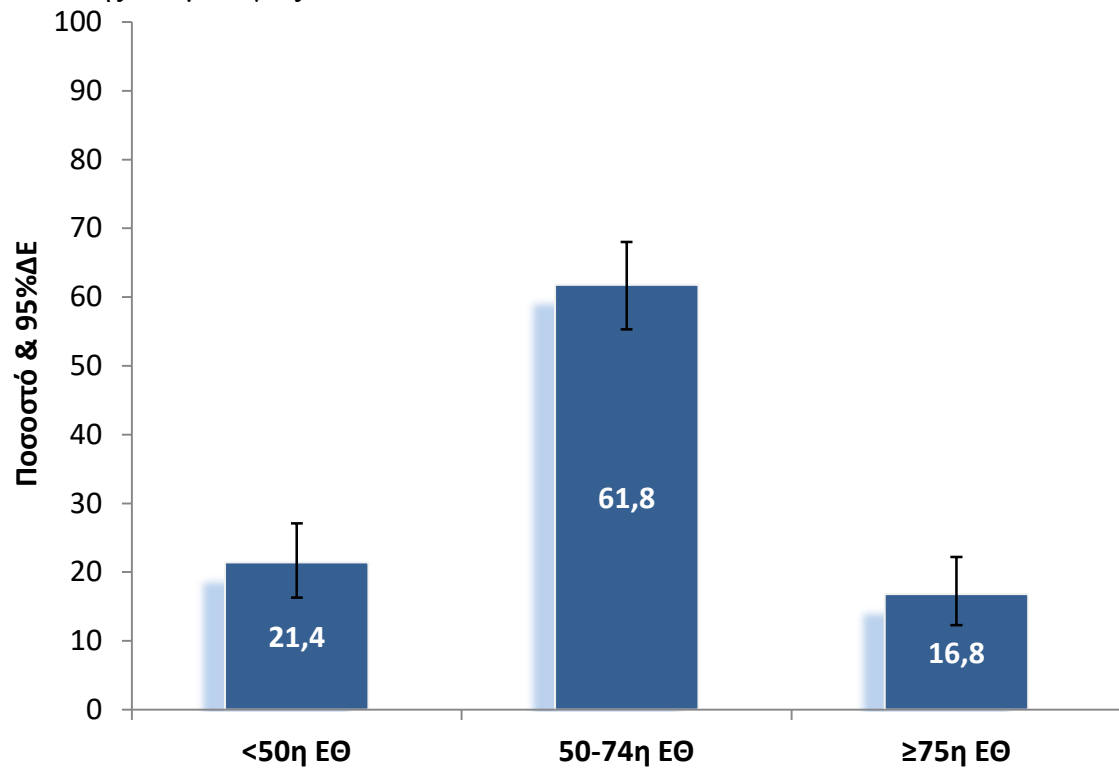
Η διαβάθμιση των αποκρίσεων στις 20 ερωτήσεις αφορούσε: 0=όχι ή άρνηση & 1=ναι ή κατάφαση. Η βαθμολογία των δεικτών και του συνόλου προέκυψε από την άθροισή τους και το μετασχηματισμό τους σε κλίμακα 0-100, όπου υψηλότερη βαθμολογία προσδιορίζει υψηλότερη Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας.

Έλεγχος Friedman μεταξύ των 4 συνοπτικών δεικτών, p-value<0,001.

Πίνακας 4. Συντελεστές μονομεταβλητής συσχέτισης των βαθμολογιών των δεικτών αξιολόγησης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας (ΠΥΥ).

	Συνολική βαθμολογία ΠΥΥ	Ομάδα Εργασίας	Υποδομές	Βαθμός Εκπαίδευσης
r-Pearson (p-value)				
Ομάδα Εργασίας	0,605 (<0,001)			
Υποδομές	0,394 (<0,001)	0,123 (0,068)		
Βαθμός Εκπαίδευσης	0,733 (<0,001)	0,218 (0,001)	-0,094 (0,166)	
Συνθήκες Εργασίας	0,459 (<0,001)	-0,030 (0,657)	0,104 (0,123)	0,194 (0,004)

Σχήμα 2. Συχνότητα ΠΙ στις κατηγορίες (τεταρτημόρια ή εκατοστιαίες θέσεις - ΕΘ) της Συνολικής Βαθμολογίας ΠΥΥ.



Πίνακας 5. Συχνότητα ΓΙ στις κατηγορίες της Συνολικής Βαθμολογίας ΠΥΥ ως προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 220 Γενικών Ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη QUALICOPC.

		ν	Συνολική Βαθμολογία ΠΥΥ			p-value
			<50 ^η ΕΘ	50-75 ^η ΕΘ	≥75 ^η ΕΘ	
			%			
Φύλο	<i>άνδρες</i>	119	21,0	63,0	16,0	0,910
	<i>γυναίκες</i>	101	21,8	60,4	17,8	
Ηλικία, χρόνια	<i>έως 39</i>	72	18,1	63,9	18,1	0,066
	<i>40-49</i>	103	29,1	57,3	13,6	
	<i>50+</i>	45	8,9	68,9	22,2	
Γέννηση στην Ελλάδα	<i>όχι</i>	22	18,2	50,0	31,8	0,147
	<i>ναί</i>	196	21,9	62,8	15,3	
Περιοχή άσκησης ιατρικής	<i>αστική</i>	55	16,4	61,8	21,8	0,214
	<i>μικτή (αστική & αγροτική)</i>	87	25,3	55,2	19,5	
	<i>αγροτική</i>	78	20,5	69,2	10,3	
Μορφή εργασίας	<i>αμειβόμενη εργασιακή σχέση</i>	201	22,4	62,7	14,9	0,041
	<i>ελεύθερος επαγγελματίας</i>	19	10,5	52,6	36,8	

ΠΥΥ, ποιότητα υπηρεσιών υγείας; QUALICOPC, Quality and Costs of Primary Care in Europe
Έλεγχοι χ^2 .

Πίνακας 6. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση της Συνολικής Βαθμολογίας ΠΥΥ ως προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 220 Γενικών Ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη QUALICOPC.

	Συνολική Βαθμολογία ΠΥΥ		
	betas		p-value
	un-standardized	standardized	
Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	0,695	0,025	0,717
Ηλικία (χρόνια)	0,201	0,113	0,115
Γέννηση στην Ελλάδα (1:όχι, 2:ναι)	-2,120	-0,045	0,508
Περιοχή άσκησης ιατρικής (1:αστική, 2:μικτή, 3:αγροτική)	-0,848	-0,047	0,520
Μορφή εργασίας (1:αμειβόμενη εργασιακή σχέση, 2:ελεύθερος επαγγελματίας)	8,912	0,174	0,012
	R^2	0,057	
	R^2 adjusted	0,035	

ΠΥΥ, ποιότητα υπηρεσιών υγείας; QUALICOPC, Quality and Costs of Primary Care in Europe