



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Προσωπικός Ιατρός: μια μελέτη εκτίμησης των αναγκών
και προσδοκιών του στο πλαίσιο της σημερινής
μεταρρύθμισης**

**Μαρία Σενιόρου
Ιατρός Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής**

- Επιβλέποντες:
1. Σωτήριος Κουπίδης, Ιατρός Εργασίας
- Επισκέπτης Καθηγητής στο
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα
 2. Χρήστος Λιονής, Ομότιμος Καθηγητής
Γενικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την υλοποίηση της παρούσας εργασίας ευχαριστώ θερμά τους επιβλέποντες καθηγητές μου, τον αγαπητό Σωτήριο Κουπίδη Ιατρό Εργασίας και Επισκέπτη Καθηγητή στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα καθώς και τον εξαιρετο Δάσκαλο Χρήστο Λιονή, Ομότιμο Καθηγητή Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής. Τους ευχαριστώ από καρδιάς για τις χρήσιμες συμβουλές και τον χρόνο που μου διέθεσαν για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Τέλος, θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην Αναστασία Γιαμπάνη για την πολύτιμη βοήθεια της στην συλλογή των δεδομένων και να αφιερώσω την εργασία αυτή στον Τάσο, τον Νίκο και τον Παύλο που βρίσκονται πάντα εκεί, σε κάθε μου προσπάθεια για την εκπλήρωση νέων στόχων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	II
Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας	1
Τίτλος εργασίας: Προσωπικός Ιατρός: μια μελέτη εκτίμησης των αναγκών και προσδοκιών του στο πλαίσιο της σημερινής μεταρρύθμισης.....	1
Abstract	2
Title: Personal Doctor: A descriptive study of the needs and expectations in the context of the ongoing reform.....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1.1 Ερευνητικοί Στόχοι	5
1.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα	5
1.2.1 Ορισμοί.....	5
1.2.3 Η εξέλιξη της ΠΦΥ στον παγκόσμιο χάρτη.....	6
1.2.4 Η ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	9
1.2.5 Προβλήματα στην εφαρμογή των νομοθετημάτων της ΠΦΥ στην Ελλάδα	9
1.2.6 Δείκτες Ποιότητας: επαγγελματική ικανοποίηση - δίκτυο Προσωπικών Ιατρών - ικανοποίηση ασθενών.....	16
1.3 Δημόσια Υγεία διεθνώς και στην Ελλάδα	18
1.3.1 Ορισμοί.....	18
1.3.2 Ιστορική αναδρομή και οργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα	18
1.3.3 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025 και διασύνδεση με την ΠΦΥ.....	19
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	22
2.1 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	22
2.2 Σχεδιασμός	22
2.3 Τόπος Διεξαγωγής της μελέτης.....	22
2.4 Συμμετέχοντες και Δειγματοληψία.....	22
2.5 Μέθοδοι και Ερευνητικά Εργαλεία.....	23
2.6 Αξιοπιστία.....	24
2.7 Ηθική και Δεοντολογία.....	25
2.8 Ανάλυση δεδομένων	25
2.9 Αναζήτηση στοιχείων κατανομής ΠΙ	25
ΑΝΑΛΥΣΗ	27
3.1 Περιγραφή κοινωνικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος ΠΙ & χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ	27

3.2 Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες JSS Προσωπικών Ιατρών και EUROPEP πολιτών ..	29
3.3 Συσχετίσεις μεταξύ ικανοποίησης και δημογραφικών-κοινωνικών παραγόντων	32
3.4 Περιγραφή του δικτύου Προσωπικών Ιατρών	34
ΣΥΖΗΤΗΣΗ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	37
4.1 Κύρια Ευρήματα.....	37
4.2 Ευρήματα υπό το πρίσμα της βιβλιογραφίας	38
4.3 Περιορισμοί της μελέτης.....	40
4.4 Απήχηση της μελέτης	41
4.5 Συμπέρασμα	41
Βιβλιογραφία.....	42
Παράρτημα Ι.....	46
Παράρτημα ΙΙ.....	51
Παράρτημα ΙΙΙ.....	55

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: **Προσωπικός Ιατρός: μια μελέτη εκτίμησης των αναγκών και προσδοκιών του στο πλαίσιο της σημερινής μεταρρύθμισης**

Της: Μαρίας Σενιόρου

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Σωτήριου Κουπίδη

2. Χρήστου Λιονή

Ημερομηνία: Φεβρουάριος 2023

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση των αναγκών και προσδοκιών των Προσωπικών Ιατρών στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ και ΔΥ. Η μέτρηση της ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ που έλαβαν. Η περιγραφή του δικτύου των ΠΙ σήμερα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Πρόκειται για μια ποσοτική συγχρονική μελέτη (cross sectional study) που οργανώθηκε και υλοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο 2022 μέχρι και τον Ιανουάριο 2023. Το δείγμα των Προσωπικών Ιατρών προήλθε από τον πληθυσμό εγγεγραμμένων ΠΙ στην 1^η και 2^η ΥΠε οι οποίοι αναζητήθηκαν με απλή τυχαία δειγματοληψία. Κατόπιν συγκατάθεσης, στάλθηκε ηλεκτρονικά το ερωτηματολόγιο Job Satisfaction Survey (σταθμισμένο ελληνικά). Στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, εγγεγραμμένους σε Προσωπικό Ιατρό, μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο Europer (σταθμισμένο ελληνικά). Για τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων εφαρμόστηκαν οι κατάλληλοι έλεγχοι με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος IBM SPSS standard v29, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha = 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Δεν βρέθηκε καμία σημαντική συσχέτιση με τους κοινωνικο-οικονομικούς δείκτες που μελετήθηκαν. Καταγράφηκαν ωστόσο οι τάσεις και φάνηκε ότι οι γιατροί που ρωτήθηκαν εμφανίστηκαν όλοι δυσαρεστημένοι κυρίως με τους μισθούς, τις παροχές και την επικοινωνία μέσα στον φορέα που εργάζονται. Ωστόσο όλοι φαίνεται τελικά να απολαμβάνουν την φύση της εργασίας τους και πολύ περισσότερο να προσδοκούν τις αλλαγές στην ΠΦΥ και ΔΥ. Οι πολίτες που ρωτήθηκαν φάνηκαν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που έλαβαν. Το υπάρχον δίκτυο ΠΙ χρήζει επέκτασης ώστε να επιτευχθεί καθολική κάλυψη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ο χαμηλός αριθμός συμμετεχόντων ήταν ένας σοβαρός περιορισμός της μελέτης. Τα αποτελέσματα φαίνεται να συμφωνούν με την βιβλιογραφία και η εργασία αυτή αναδεικνύει την ανάγκη υλοποίησης των αλλαγών στην ΠΦΥ και ΔΥ.

Λέξεις κλειδιά: Δημόσια Υγεία, Primary Health Care/*trends United Nations World Health Organization, ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, ικανοποίηση ασθενών, εργασιακή ικανοποίηση ιατρών

Abstract

Title: Personal Doctor: A descriptive study of the needs and expectations in the context of the ongoing reform

By: Maria Seniorou

Supervisors: 1. Sotirios Koupidis
2. Christos Lionis

Date: February 2023

PURPOSE To identify the needs and expectations of Personal Doctors in the context of PHC and PH services reform. The investigation of patient satisfaction from the PHC services they received. The description of the current Personal Doctors network.

METHODS This is a cross sectional study which was organized in December 2022 and January 2023. The study population was derived from the Personal Doctors registered with the 1st and 2nd Health Regions and were selected randomly. Upon consent, the Job Satisfaction Survey questionnaire (validated in Greek) was sent electronically. PHC service users were also asked to participate with the Europep questionnaire (validated in Greek). Appropriate statistical analysis was performed with the statistical package IBM SPSS standard v29, with statistical significance $\alpha=0.05$.

RESULTS No significant correlation was found with the socioeconomic factors of the study. However, the trends observed were reported and it was found that the doctors who participated were all dissatisfied mostly with the wages, benefits and communication within the organization. Nevertheless, they seemed to enjoy the nature of their work and their expectations of the PHC and PH reform were high. The citizens seemed satisfied with the PHC services they received. The current Personal Doctors network needs expansion in order for universal health coverage to be achieved.

CONCLUSIONS the small number of participants was a major limitation. The results, despite the study limitations, seem to agree with the literature, and this paper shows the need for PHC and PH services reform.

Key words: Public Health, Primary Health Care/*trends United Nations World Health Organization, Quality in Health services, patient satisfaction, doctor job satisfaction

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιστορία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και Δημόσιας Υγείας (ΔΥ) διεθνώς είναι μια ιστορία αλλαγών και προσαρμογών στις εκάστοτε κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές μεταβολές που οι κοινωνίες υφίστανται. Η ΠΦΥ καθιερώθηκε το 1978 με την Διακήρυξη της Άλμα-Άτα (International Conference on Primary Health, 1978) ως ο ακρογωνιαίος λίθος ενός αποτελεσματικού και ολοκληρωμένου συστήματος υγείας και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες νοείται ως το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας. Το 2018, η Διακήρυξη της Ασάνα (WHO, 2018a) επικαιροποίησε τις βασικές αρχές της ΠΦΥ και επιβεβαίωσε ότι η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, άμεσα συνδεδεμένο με την καθολική κάλυψη υγείας (universal health coverage).

Δεκαετίες μελετών σε κρατικό και παγκόσμιο επίπεδο αποδεικνύουν ότι τα ισχυρά συστήματα υγείας που βασίζονται σε μια προσέγγιση μέσω της ΠΦΥ, σε συνδυασμό με την βελτίωση των προσδιοριστών της υγείας όπως κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, καθαρό νερό, εκπαίδευση, υγιεινό περιβάλλον κ.α., οδηγούν σε βελτίωση όλων των δεικτών υγείας (Shetty, 2012). Είναι όμως επίσης φανερό ότι η αύξηση των μη μεταδοτικών ασθενειών (καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτης, καρκίνος, πνευμονοπάθειες) και των σχετιζόμενων με αυτές παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, έλλειψη άσκησης, κακή διατροφή) εμποδίζουν την περαιτέρω βελτίωση της παγκόσμιας υγείας. Σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) «Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable diseases» (WHO, 2021) το 74% των θανάτων κάθε χρόνο παγκοσμίως οφείλονται στις μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs) με το 85% αυτών να συμβαίνουν σε χαμηλού εισοδήματος κράτη. Οι μοντέρνες παρεμβάσεις Δημόσιας Υγείας (ΔΥ) σε ατομικό και πληθυσμιακό επίπεδο στοχεύουν στην πρόληψη της ασθένειας και στην προαγωγή υγείας σε συνδυασμό με την παρακολούθηση δεικτών και νόσων. Υιοθετώντας επομένως οι επαγγελματίες υγείας της ΠΦΥ μια κουλτούρα ΔΥ μπορούν να εστιάσουν στον εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης τους, τόσο στην επίτευξη στόχων πρόληψης και προαγωγής της υγείας των ατόμων όσο και της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού αυτού (WHO, 2018b).

Η πρόσφατη τριετής παγκόσμια περιπέτεια της πανδημίας COVID-19 έφερε τα συστήματα υγείας αντιμέτωπα με πρωτοφανείς προκλήσεις, και μελέτες δείχνουν ότι η ανταπόκριση του συστήματος και πιθανώς η πορεία της πανδημίας επηρεάστηκε σημαντικά στις περιοχές που είχαν έλλειψη οργανωμένης και ευέλικτης ΠΦΥ (ΤΟΥΝΤΑΣ, 2021). Παράλληλα ανέδειξαν την μεγάλη σημασία της Δημόσιας Υγείας τόσο ως κυματοθραύστη των υγειονομικών κρίσεων όσο και ρυθμιστή της υγείας και ευημερίας του πληθυσμού κάνοντας τη διασύνδεση με την ΠΦΥ επιτακτική (C. LIONIS et al., 2018).

Στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα και από το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα η υγεία και η ιατρική περίθαλψη του πληθυσμού αποτέλεσαν θέματα μείζονος πολιτικής σημασίας, κοινωνικού ενδιαφέροντος και διαχρονικών συγκρούσεων και αντιπαραθέσεων. Κατά την διάρκεια των τελευταίων εκατό ετών έχει υπάρξει πλήθος αυτούσιων νόμων και βελτιωτικών νομοθετικών παρεμβάσεων με στόχο την οργάνωση του υγειονομικού τομέα (ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, 2019). Οι νομοθετικές αυτές

παρεμβάσεις αντικατοπτρίζουν ακριβώς την εξέλιξη της ελληνικής κοινωνίας και των μεταβολών των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, των εξελίξεων στην ιατρική επιστήμη και τεχνολογία αλλά και του τρόπου που το πολιτικό σύστημα συνομιλεί με την κοινωνία. Μέσα στα νομοθετήματα αυτά η εμπέδωση της ΠΦΥ και η ενίσχυση της ΔΥ αποτέλεσαν διαχρονικά ζητούμενα. Δυστυχώς η επαρκής εφαρμογή τους ακόμα χωλαίνει, συνέπεια πολλών αιτιών, με αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι δομές ΠΦΥ της χώρας είναι κατακερματισμένες και λειτουργούν στη βάση του πελάτη/επισκέπτη ο οποίος προσέρχεται κυρίως για την διαχείριση ενός οξέος προβλήματος ή/και την συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων ρουτίνας (ΛΙΟΝΗΣ, 2018b, ΛΙΟΝΗΣ, 2018a). Αυτό οδηγεί σε υπηρεσίες που σχεδιάζονται χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες και επιθυμίες του ασθενή ως ατόμου αλλά και ως μέλους μιας οικογένειας και έτσι απουσιάζει η δια βίου ολοκληρωμένη φροντίδα (comprehensive care)(LIONIS et al., 2017, C. LIONIS et al., 2019).

Μεταξύ των παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα και συμβάλλουν στην διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης και λειτουργικής ΠΦΥ είναι ο αριθμός και η κατανομή των Γενικών Ιατρών στην επικράτεια (Ε. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ et al., 2003). Σύμφωνα με το briefing note #35 strengthening capacity for universal coverage – scuc – Greece/phase 1 (WHO, 2016) που δημοσιεύθηκε το 2016, η Ελλάδα κατατάσσεται προτελευταία μεταξύ των ευρωπαϊών εταίρων της στην πυκνότητα γενικών ιατρών ανά 100.000 κατοίκους. Ανάλογης σημασίας για την εξέλιξη του συστήματος ΠΦΥ είναι η εργασιακή ικανοποίηση των Ιατρών (ΛΑΜΠΡΑΚΗ et al., 2016), άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (ΠΑΠΑΚΩΣΤΙΔΗ and ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ, 2012). Και φυσικά ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών (υψηλό ποσοστό ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών, δυσκολίες πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες, υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για ιατρική επίσκεψη, χρόνος που αφιερώνει ο γιατρός στον ασθενή και επικοινωνία μεταξύ τους)(LIONIS et al., 2017) (ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ, Οκτώβριος 2017).

Λίγες ημέρες μετά την διάγνωση του πρώτου ανθρώπου που μολύνθηκε από τον ιό SARS -COV -2 στην Ελλάδα και λίγες ημέρες πριν ανακοινωθεί το πρώτο γενικευμένο lockdown, ένας νέος νόμος, ο Ν. 4675/2020 (Ελ.Βουλή, 2020), με τίτλο «Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας - ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις» ψηφίστηκε από την Βουλή, με καινοτόμο σημείο του την υιοθέτηση για πρώτη φορά Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης με την ονομασία «ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ», το οποίο αποτελείται από δράσεις δημόσιας υγείας στα πεδία της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Τρία σχεδόν χρόνια μετά το ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19, ένας άλλος νόμος για την ΠΦΥ ψηφίστηκε. Ο Ν. 4931/2022 (Ελ.Βουλή, 2022) έχει τίτλο «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ και στην ΠΦΥ». Οι αλλαγές που φέρνουν οι προαναφερθέντες νόμοι στην ΠΦΥ και στην ΔΥ ενδεχομένως αποτελούν ευκαιρία διόρθωσης των προαναφερθέντων προβλημάτων. Η εργασία αυτή θα προσπαθήσει να αναδείξει ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά της νέας μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στην ΠΦΥ.

1.1 Ερευνητικοί Στόχοι

Η εργασία έχει ως στόχο να μελετήσει τις ανάγκες και προσδοκίες των Προσωπικών Ιατρών όπως διαμορφώνεται ο θεσμός στο πλαίσιο της συν τελούμενης μεταρρύθμισης. Συγκεκριμένα: α) θα γίνει καταγραφή των αναγκών των προσωπικών ιατρών, β) θα αναζητηθούν οι προσδοκίες τους από την εφαρμογή του θεσμού και γ) θα καταγραφούν οι απόψεις τους για την μεταρρύθμιση που πραγματοποιείται.

Παράλληλα, και σύμφωνα με τις συστάσεις του ΠΟΥ για υπηρεσίες υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο (integrated people-centred health services), χρήστες των υπηρεσιών υγείας πρόσφατα εγγεγραμμένοι σε Προσωπικό Ιατρό θα ερωτηθούν ως προς τον βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Περαιτέρω θα γίνει περιγραφή του δικτύου ΠΦΥ σε αστικές περιοχές και θα αναζητηθούν τα λειτουργικά προβλήματα που το υπάρχον δίκτυο αντιμετωπίζει.

Τέλος θα συζητηθούν οι δράσεις που οι Προσωπικοί Ιατροί θα κληθούν να υλοποιήσουν στο πλαίσιο εφαρμογής παρεμβάσεων πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης όπως περιγράφονται στον ν. 4675/2020 και ειδικότερα μέσα από το Σχέδιο Πρόληψης «Σπόρος Δοξιάδης».

1.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα

1.2.1 Ορισμοί

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την **πρωτοβάθμια φροντίδα** ως μια βασική διαδικασία του συστήματος υγείας που χαρακτηρίζεται από την πρώτη, προσβάσιμη, συνεχή, περιεκτική και συντονισμένη ασθενοκεντρική φροντίδα.

Τα χαρακτηριστικά αυτά διατηρούνται και στον ορισμό της **πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ)** ο οποίος όμως αναφέρεται σε μια προσέγγιση της υγείας από την πλευρά ολόκληρης της κοινωνίας και στοχεύει στην μεγιστοποίηση του επιπέδου και της κατανομής της υγείας και της ευεξίας. Αυτό επιτυγχάνεται εξασφαλίζοντας ότι (α) η πρωτοβάθμια φροντίδα και οι βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας είναι στον πυρήνα της παροχής υπηρεσιών υγείας (integrated health services delivery), (β) επιτυγχάνεται η διατομεακή πολιτική και δράση και (γ) αναπτύσσεται η ενδυνάμωση των ατόμων και των κοινοτήτων τους (WHO, 2020).

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει και για τον όρο «integrated health services» που τα τελευταία χρόνια λαμβάνει σημαντική θέση στις συζητήσεις ερευνητών και πραγματογνωμόνων ενώ υιοθετήθηκε από την πλειοψηφία των κρατών μελών του 69^{ου} World Health Assembly και ορίζεται ως η διαχείριση και προσφορά υπηρεσιών υγείας με τρόπο που οι άνθρωποι να λαμβάνουν συνεχώς υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης της ασθένειας, διάγνωσης, θεραπείας, διαχείρισης της ασθένειας, αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας μέσω διαφόρων λειτουργιών,

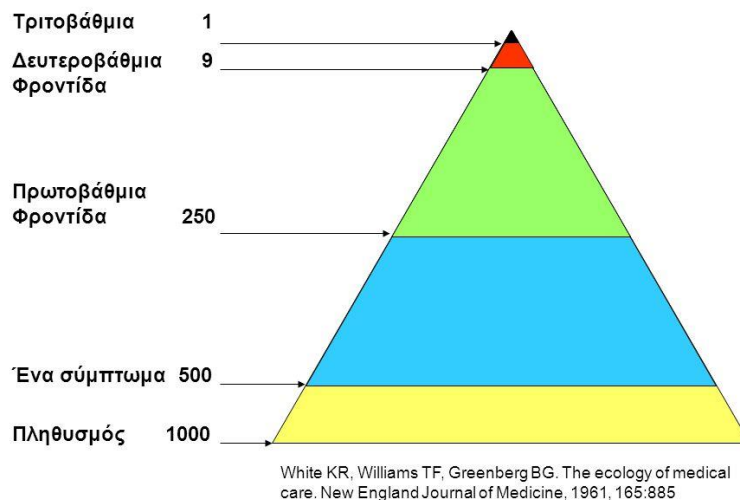
δραστηριοτήτων και σημείων φροντίδας του συστήματος υγείας (World Health Assembly, 2016, Kluge et al., 2018a).

1.2.3 Η εξέλιξη της ΠΦΥ στον παγκόσμιο χάρτη

Ο 20^{ος} αιώνας χαρακτηρίστηκε από γεγονότα και εξελίξεις πολιτικές, επιστημονικές και πολιτισμικές που άλλαξαν τον τρόπο λειτουργίας των κοινωνιών. Οι αλλαγές αυτές αποτέλεσαν και την απαρχή της ΠΦΥ, που με την Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, καθιερώθηκε ως βασικός πυλώνας των υπηρεσιών υγείας. 134 κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF υιοθέτησαν ομόφωνα την διακήρυξη σε ένα συνέδριο που έλαβε χώρα στην τότε πρωτεύουσα του Καζακστάν στις 6-12 Σεπτεμβρίου 1978. Η διακήρυξη τόνισε την ανάγκη υγείας για όλους ως πανανθρώπινο δικαίωμα, μέσω ενός βασικού πακέτου υπηρεσιών προαγωγής και προστασίας της υγείας, οικονομικού και προσβάσιμου από όλους, σε επίπεδο ατομικό, οικογενειακό και κοινοτικό, αποτελώντας την πρώτη πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας. Η διακήρυξη ξεχώρισε τον σημαντικό ρόλο των κυβερνήσεων για την διασφάλιση των προϋποθέσεων μιας υγιούς ζωής (σίτιση, καθαρό νερό, κατοικία, εκπαίδευση, εμβολιασμοί, εργασία). Επιπλέον, τόνισε την αναγκαία συνέργειά της με την Δημόσια Υγεία με σκοπό την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (International Conference on Primary Health, 1978).

Αν και η διακήρυξη ήταν αποτέλεσμα πολυετούς προετοιμασίας από τον ΠΟΥ, προηγήθηκαν σημαντικές παρεμβάσεις στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, σε διάφορες περιοχές του πλανήτη, που συνέβαλλαν στην συμφωνία των 134. Ειδικότερα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου είχε ήδη δημιουργηθεί το 1948 και χαρακτηριζόταν από ΠΦΥ καθολικής πρόσβασης για τον πληθυσμό, βασισμένη στους Γενικούς Ιατρούς (General Practitioners) και διασυνδεδεμένη με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Επιπλέον, το 1961 δημοσιεύθηκε η πυραμίδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας για τις ανεπτυγμένες χώρες, όπως ΗΠΑ και ΗΒ, που έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό επεισοδίων ασθένειας αντιμετωπίζεται στην ΠΦΥ αφού από τους 1000 ασθενείς μόνο 9 θα εισαχθούν σε νοσοκομείο και 1 θα παραπεμφθεί σε πανεπιστημιακό (τριτοβάθμιο) κέντρο (White KL, 1961).

Η πυραμίδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, 1961



Εικόνα 1. Η πυραμίδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας Πηγή: White KL, 1961

Τριάντα χρόνια μετά την Άλμα-Άτα, το 2008, τα τεχνολογικά και επιστημονικά επιτεύγματα, οι κοινωνικοπολιτικές ανακατατάξεις και οι στόχοι που τέθηκαν με την έναρξη της νέας χιλιετίας διαμόρφωσαν καινούργια δεδομένα και στον χώρο της ΠΦΥ, που στο μεσοδιάστημα δεν εφαρμόσθηκε όπως όρισε η αρχική διακήρυξη εξαιτίας διαχρονικών ανισοτήτων μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, πολιτικής ατολμίας αλλά και γεγονότων δημόσιας υγείας που απαιτούσαν κάθετη παρέμβαση όπως η επιδημία AIDS-HIV (Philalithis, 2021). Έννοιες όπως ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, ΠΦΥ ως πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, ως συντονιστική αρχή και ως δίκτυο υγείας αποτέλεσαν στόχους που έθεσε ο ΠΟΥ και δεσμεύσεις των κρατών μελών οι οποίες διατυπώθηκαν στην έκθεση του οργανισμού «*The World Health Report 2008 Primary Health Care Now More than Ever*» (WHO, 2008). Η έκθεση αναφέρει τέσσερις μεταρρυθμίσεις που πρέπει να εφαρμοστούν ως προϋπόθεση ανάπτυξης της ΠΦΥ α) καθολική κάλυψη που εξασφαλίζει ότι τα συστήματα υγείας λειτουργούν με κοινωνική δικαιοσύνη και ισότιμη πρόσβαση, β) αναδιοργάνωση των υπηρεσιών που γίνονται ανθρωποκεντρικές και δεκτικές στην αλλαγή, γ) αναδιοργάνωση των δημόσιων πολιτικών με στόχο υγιείς κοινότητες ενδυναμώνοντας τις δια τομεακές σχέσεις ΠΦΥ και ΔΥ και δ) αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας της ηγεσίας της υγείας αυξάνοντας την λογοδοσία της.

Το 2018, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNICEF επικαιροποίησαν τις αρχές και αξίες της ΠΦΥ όπως είχαν διατυπωθεί σαράντα χρόνια πριν με την Διακήρυξη της Ασάνα που παρουσιάστηκε στο παγκόσμιο συνέδριο στις 25-26 Οκτωβρίου στο Καζακστάν. Η Διακήρυξη έδωσε έμφαση στον ρόλο των κυβερνήσεων και κοινωνιών που προάγουν και προστατεύουν την υγεία σε ατομικό και πληθυσμιακό επίπεδο, μέσω υψηλής ποιότητας ΠΦΥ, υγιούς περιβάλλοντος που ενδυναμώνει τα άτομα σε σχέση με την προστασία της υγείας τους και όλα αυτά με την υποστήριξη οικονομική και πολιτική όλων των εμπλεκόμενων φορέων (partners & stakeholders) (WHO, 2018a, Kluge et al., 2019, Kluge et al., 2018b, Kluge et al.,

2018c). Η Διακήρυξη για άλλη μια φορά παρουσίασε την δέσμευση κυβερνήσεων και φορέων για την ανάπτυξη συστημάτων υγείας προσανατολισμένα στην ΠΦΥ με στόχο την επιτάχυνση εγκαθίδρυσης καθολικής κάλυψης υγείας και εφαρμογής των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης (Sustainable Development Goals SDGs) συνδεδεμένων με την υγεία, όπως αυτοί ορίστηκαν από 195 κράτη μέλη των Ηνωμένων Εθνών το 2015 με ορίζοντα το 2030 (WHO, 2017).



Εικόνα 2. The 17 Sustainable Development Goals Πηγή: WHO Regional Office for Europe, 18-19 January 2018 Copenhagen Denmark

Σε μια προσπάθεια διασφάλισης της εφαρμογής των δεσμεύσεων της Διακήρυξης της Ασάνα, ο ΠΟΥ και η UNICEF εξέδωσαν από κοινού το 2020 μια έκθεση 14 επιχειρησιακών μοχλών (core strategic levers), ανεξάρτητων αλλά και διασυνδεδεμένων κατάλληλα μεταξύ τους, με στόχο τελικά την επίτευξη της ατζέντας του 2030, το «Operational Framework for Primary Health Care Transforming Vision into Action» (WHO, 2020). Η έκθεση προοριζόταν να βοηθήσει τα κράτη να επιτύχουν τις δεσμεύσεις τους σχετικά με την ανάπτυξη της ΠΦΥ και μέσα σε αυτό το πλαίσιο επιστημονικές ομάδες σε διάφορες χώρες πρότειναν διάφορες δράσεις. Στην Ελλάδα προτάθηκαν δράσεις σχετιζόμενες με πέντε επιχειρησιακούς μοχλούς και συγκεκριμένα:

1. Την αναβάθμιση της εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ (μοχλός - ανθρώπινο δυναμικό).
2. Τον ανασχεδιασμό των μοντέλων φροντίδας (μοχλός - μοντέλα φροντίδας)
3. Την ανάπτυξη της έρευνας προσανατολισμένης στην ΠΦΥ (μοχλός - έρευνα)
4. Την βελτιστοποίηση των ψηφιακών τεχνολογιών και του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου (μοχλός - ψηφιακές τεχνολογίες) και
5. Την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της ΠΦΥ μέσω της εμπλοκής των πολιτών, των κοινοτήτων και των ενδιαφερόμενων μερών (μοχλός - συμμετοχή της κοινότητας)

Η ανωτέρω περιγραφή της εξέλιξης της ΠΦΥ διεθνώς πιθανώς δημιουργεί ποικίλα ερωτήματα: ποιά είναι άραγε το επιπέδο ΠΦΥ που απολαμβάνουμε στην Ελλάδα? Πώς συγκρινόμαστε με τους ευρωπαίους εταίρους μας? σε τι βαθμό οι δεσμεύσεις του 2018 (Ασάνα -Καζακστάν) μπορούν να μετατραπούν σε χρήσιμο έργο ειδικά με την εφαρμογή των πρόσφατων νόμων για τον Προσωπικό Ιατρό

(Ελ.Βουλή, 2022) και την Δημόσια Υγεία (Ελ.Βουλή, 2020). Η επόμενη ενότητα επιχειρεί να περιγράψει την εξέλιξη της ΠΦΥ και της ΔΥ στην ελληνική επικράτεια και να επισημάνει προβληματικούς τομείς όπως στοιχειοθετούνται από την βιβλιογραφία.

1.2.4 Η ΠΦΥ στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τη μελέτη του Ινστιτούτου NIVEL περί της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ευρώπη πριν 10 χρόνια (KRINGOS et al., 2013), η Ελλάδα έλαβε χαμηλή βαθμολογία τόσο στην πρόσβαση όσο και στην ολοκληρωμένη φροντίδα και στην συνέχεια αυτής. Πράγματι, ο κατακερματισμός των υπηρεσιών, το έλλειμμα στην προπτυχιακή εκπαίδευση περί διαπροσωπικών δεξιοτήτων και η απουσία συντονισμένης δια βίου παροχής υπηρεσιών υγείας στο άτομο και στην οικογένειά του οδηγούν στην απουσία μιας διασυνδεδεμένης ΠΦΥ με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (ΛΙΟΝΗΣ, 2020).

Βέβαια, ο δημόσιος διάλογος για τη μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα άρχισε περίπου την ίδια εποχή με τη διακήρυξη της Άλμα- Άτα το 1978 (International Conference on Primary Health, 1978). Στο νομοσχέδιο «Μέτρα Προστασίας της υγείας» που παρουσίασε το Υπουργείο Υγείας το 1980 αλλά δεν ψηφίστηκε από τη Βουλή (ΔΟΞΙΑΔΗΣ, 1981) είχε τονισθεί η ανάγκη δημιουργίας μη αστικών κέντρων υγείας στελεχωμένων κυρίως από Γενικούς Ιατρούς. Η δημιουργία αυτών τελικά περιλαμβανόταν στον Ν 1397/1983 (Ελ.Βουλή, 1983) που θεμελίωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Δυστυχώς, η ολοκληρωτική υλοποίηση του νομοσχεδίου με τη δημιουργία αστικών κέντρων υγείας αναστάλη το 1987 και δεν πραγματοποιήθηκε για δεκαετίες. Πλήθος νόμων που ακολούθησαν και αναλύονται παρακάτω, δεν πέτυχαν να κάνουν πράξη την αναγκαία μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ, και ενώ το σύστημα έγινε ενιαίο ειδικά μετά την δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με τον Ν 3918/2011 (Ελ.Βουλή, 2011), δεν απλοποιήθηκε. Αντιθέτως έγινε πιο περίπλοκο για τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας (ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ, 2021).

1.2.5 Προβλήματα στην εφαρμογή των νομοθετημάτων της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Νόμος 1397/1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Ο ιδρυτικός νόμος του Ε.Σ.Υ. το 1983 άλλαξε τον υγειονομικό χάρτη της χώρας (Ελ.Βουλή, 1983). Ο νόμος αυτός έδωσε με το πρώτο του άρθρο στο κράτος, την απόλυτη ευθύνη παροχής υγείας σε όλους, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση των πολιτών. Χώρισε την χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες και όρισε σε αυτές τα περιφερειακά συμβούλια υγείας (ΠΕ.Σ.Υ) σε μια προσπάθεια αποκέντρωσης του προγραμματισμού της παροχής υπηρεσιών υγείας, της εποπτείας του συστήματος και της παρακολούθησης της απόδοσής του. Στο άρθρο 5 ξεχώρισε την ΠΦΥ από την παροχή υπηρεσιών από τα νοσοκομεία (νοσοκομειακή ή δευτεροβάθμια περίθαλψη) και διαβάζοντας κανείς το

σχετικό ΦΕΚ δεν μπορεί παρά να σταθεί στα άρθρα 14 και 17. Διατυπωμένα ξεκάθαρα ορίστηκε ότι η παροχή των υπηρεσιών υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας θα γινόταν από τα κέντρα υγείας ΚΥ αστικών και μη αστικών περιοχών (άρθρο 17 και 14 αντίστοιχα) μαζί με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, κάποια από τα οποία θα είχαν 24ωρη λειτουργία. Ορίστηκε επίσης η περιοχή ευθύνης των ΚΥ και Περ.Ιατρείων καθώς και ο πληθυσμός ευθύνης τους αριθμητικά (1800 με 2500 πολίτες ανά γιατρό). Τα ΚΥ και τα Περ.Ιατρεία θεωρήθηκαν αποκεντρωμένες μονάδες των αντίστοιχων νοσοκομείων και εξαρτώνται λειτουργικά από αυτά.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στο άρθρο 15 το οποίο περιγράφει τον σκοπό των ΚΥ της χώρας αναδεικνύοντας έτσι την πραγματική φύση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως αυτή είχε οριστεί λίγα χρόνια νωρίτερα (International Conference on Primary Health, 1978). Θεσμοθετήθηκε η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους· η νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο· η παροχή πρώτων βοηθειών, η νοσηλεία σε μονάδες βραχείας διάρκειας και η διακομιδή των ασθενών στο νοσοκομείο· η οδοντιατρική περίθαλψη· η άσκηση προληπτικής ιατρικής και προαγωγής της υγείας· η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα· η ιατρική της εργασίας· η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής· ο οικογενειακός προγραμματισμός· η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας καθώς και η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού.

Θα αποτελούσε ωστόσο σοβαρή παράλειψη να μην αναφερθεί ότι το ΕΣΥ δεν δημιουργήθηκε ως ιδέα το 1983. Αντίθετα, ο Σπύρος Δοξιάδης ως υπουργός υγείας επί πρωθυπουργίας Κωνσταντίνου Καραμανλή και Γεωργίου Ράλλη, συμμετείχε στην διακήρυξη του 1978 στο Καζακοτάν και προσπάθησε, για πρώτη φορά συντονισμένα, στην ελληνική υγειονομική πραγματικότητα να εισαγάγει ιδέες όπως την σημασία της ΠΦΥ, της δημόσιας υγείας, της πρόληψης και προαγωγής της υγείας, ενώ μίλησε για ένα ενιαίο σύστημα υγείας και για την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων (ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, 2019). Η πολιτική και κοινωνική πραγματικότητα της εποχής του όμως δεν βοήθησε ώστε οι προτάσεις του Δοξιάδη και των συνεργατών του να γίνουν νόμος. Η δεκαετία του 1980 έμελλε να αποτελέσει την νομοθετική απαρχή του ΕΣΥ.

Αν και ο νόμος 1397/1983, για τα κοινωνικοπολιτικά δεδομένα της εποχής που γράφτηκε, περιέγραψε με σχετική λεπτομέρεια την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, εκ του αποτελέσματος κανείς αντιλαμβάνεται ότι σε σημαντικό βαθμό απέτυχε να υλοποιήσει αυτά που θεσμοθέτησε. Αλλά ακόμα και αν κανείς μείνει στην ανάγνωση του νομοθετήματος χωρίς να υπεισέλθει σε περεταίρω ανάλυση, θα καταλήξει σε δύο βασικές διαπιστώσεις· καταρχάς, το άρθρο 16 περί κατάργησης όλων των μέχρι τότε πρωτοβάθμιων ιατρείων και κατά συνέπεια η ενοποίηση των υγειονομικών κλάδων των ασφαλιστικών ταμείων δεν υλοποιήθηκε και δεύτερον, η πλειοψηφία των άρθρων του νόμου αυτού με εξαίρεση αυτών που αναφέρθηκαν παραπάνω για την ΠΦΥ, περιγράφουν ρυθμίσεις που αφορούν στην μονιμότητα των ιατρών ΕΣΥ και στη λειτουργία των νοσοκομείων. Η ΠΦΥ επομένως αναγνωρίζεται ως κομμάτι του συστήματος υγείας, δεν θεωρείται όμως το ίδιο σημαντική όπως η νοσοκομειακή ή δευτεροβάθμια περίθαλψη και αυτή η αντίληψη του κοινωνικοπολιτικού κατεστημένου θα κυριαρχήσει για χρόνια.

Νόμος 2519/1997. Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Η δεκαετία που ακολούθησε την ίδρυση του ΕΣΥ χαρακτηρίστηκε από διαδοχικές νομοθετικές παρεμβάσεις που αναθεωρούσαν διαρκώς τα όργανα διοίκησης του συστήματος υγείας σε όλα τα επίπεδα και τον τρόπο λειτουργικής διασύνδεσής τους, ενώ ασχολούνταν κατά κύριο λόγο με τον αυξανόμενο όγκο του ΕΣΥ (νοσοκομεία, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, νοσοκομειακοί ιατροί). Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο νόμος 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, στον οποίον από τα 155 άρθρα μόνο τα 11 αναφέρονται σε θέματα ΠΦΥ, και τα οποία δεν φέρουν ουσιαστικές βελτιώσεις στο υπάρχον σύστημα (Ελ.Βουλή, 1992). Διατηρείται το κατακερματισμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη από ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ (ιδιωτικούς φορείς, ιατρεία ασφαλιστικών ταμείων, ΚΥ και υγειονομικούς σταθμούς, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων) και ενώ γίνεται αναφορά για την κατ'οίκον νοσηλεία (άρθρα 28 ως 30), αυτή δεν συνδέεται λειτουργικά με όλους τους φορείς της ΠΦΥ ούτε φυσικά και οριζόντια με την κοινότητα.

Ο νόμος 2519 του 1997 (Ελ.Βουλή, 1997) αξίζει να σχολιαστεί. Μεταξύ των πολλών διατάξεων που αφορούν στην δευτεροβάθμια περίθαλψη, κάνει λόγο για πρώτη φορά για την δημιουργία δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στον συγκεκριμένο νόμο επίσης γίνεται εκτενής αναφορά στην αναδιοργάνωση της δημόσιας υγείας, ενός τομέα ιδιαίτερα αναγκαίου και διαχρονικά υποβαθμισμένου στην χώρα μας. Μελετώντας τα σχετικά με την ΠΦΥ εδάφια διαπιστώνει κανείς μια παρόμοια με προηγούμενους νόμους αριθμητική αναλογία αφού από τα 64 άρθρα μόνο τα 7 ασχολούνται με την ΠΦΥ. Αν και για πρώτη φορά γίνεται αναφορά σε κλειστούς προϋπολογισμούς των υπηρεσιών υγείας, η παρακολούθηση των οποίων γίνεται μέσω ειδικής υπηρεσίας του υπουργείου υγείας και πρόνοιας, παρατηρείται η διατήρηση της διχοτόμησης παροχής υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μεταξύ αστικών και επαρχιακών περιοχών. Το άρθρο 26 αναφέρεται σε αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ύπαιθρο και διατήρηση του θεσμού των ΚΥ, των πολυδύναμων περιφερειακών ιατρείων καθώς και της λειτουργικής διασύνδεσής τους με τα οικεία νοσοκομεία. Σε αντίθεση με την επαρχία που έχει το γνωστό καθεστώς από το 1983, στα αστικά κέντρα δεν δίνεται λύση στην ύπαρξη πολλών και διαφορετικών παρόχων ΠΦΥ, και ενώ γίνεται λεπτομερής περιγραφή του τρόπου διοικητικής οργάνωσης των δικτύων ΠΦΥ (ενιαίος φορέας υγείας Ε.Φ.Υ.), ο νόμος παραλείπει να αναφέρει ότι δεν υπάρχουν αστικά κέντρα υγείας τα οποία μπορούν να λειτουργήσουν ως δίκτυα. Δεδομένης της πολυπλοκότητας του συστήματος παροχής ΠΦΥ στα αστικά κέντρα, αντιλαμβάνεται κανείς ότι η δυνατότητα επικοινωνίας των φορέων μεταξύ τους, με τα οικεία νοσοκομεία και κυρίως με τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας, με στόχο την αποδοτική και εύρυθμη λειτουργία των δικτύων στα τέλη της δεκαετίας του 1990 ήταν το λιγότερο προβληματική. Ως εκ τούτου, οι διατάξεις του νόμου δεν υλοποιήθηκαν όπως σχεδιάστηκαν. Αξίζει πάντως να κρατήσει κανείς από τον ν. 2519 ότι έθεσε την έννοια των δικτύων στην ΠΦΥ και διατήρησε την ελεύθερη επιλογή οικογενειακού ιατρού στα αστικά και ημιαστικά κέντρα.

Νόμος 3235/2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Το 2004 νομοθετείται ο ν. 3235 (Ελ.Βουλή, 2004) για τον εκσυγχρονισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Έχει προηγηθεί ο ν.2889/2001 ο οποίος προσπάθησε να αποκεντρώσει εκ νέου το σύστημα υγείας, όχι μόνο γεωγραφικά αλλά και στη λήψη αποφάσεων, ορίζοντας τα περιφερειακά συστήματα υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) στα οποία οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίζονται με τις διοικητικές (Ελ.Βουλή, 2001). Ο νόμος αυτός εμπεριέχει και τον προάγγελο του σημερινού ΕΟΠΥΥ, έναν φορέα διαμεσολαβητή που αγοράζει υπηρεσίες εκ μέρους των ασφαλιστικών ταμείων. Με τον νόμο αυτόν έγινε προσπάθεια, μεταξύ άλλων, να βελτιωθεί η διοίκηση των νοσοκομείων και να παρέμβει σε θέματα εργασιακά των γιατρών του ΕΣΥ ιδρύοντας για παράδειγμα τα απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία εντός νοσοκομείου. Η σύγκρουση με το υπάρχον σύστημα υπήρξε σφοδρή (ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, 2019).

Ο νόμος 3172/2003 οδηγεί στην δημιουργία του εθνικού συμβουλίου δημόσιας υγείας και τα ΠΕ.Σ.Υ.Π (περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας). Στον νόμο αυτόν περιλαμβάνονται θέματα που αφορούν σε προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, λειτουργία κέντρων παρηγορητικής φροντίδας καθώς και άλλες διατάξεις που θα έπρεπε να συμπεριληφθούν σε μια ευρύτερη θεσμική αλλαγή για την ΠΦΥ η οποία δυστυχώς δεν περιλαμβάνεται στον ν. 3172. Αντίθετα, ακολουθεί ο ν. 3235/2004 για την ΠΦΥ (Ελ.Βουλή, 2004) και είναι ο πρώτος νόμος μετά την μεταπολίτευση αφιερωμένος αποκλειστικά στον εκσυγχρονισμό του πλαισίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Στο άρθρο 1 του 3235 διατηρούνται οι σκοποί της ΠΦΥ όπως έχουν διατυπωθεί στον 1397/1983 με την μοναδική σημαντική προσθήκη της διαχείρισης των ιατρικο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών με εμπιστευτικότητα και άμεση διαθεσιμότητα σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας. Είναι βασικό να θυμάται κανείς ότι ο νόμος γράφεται στις αρχές του 21ου αιώνα με την ωρίμανση της 3ης βιομηχανικής επανάστασης και για κάποιους την απαρχή της 4ης (ηλεκτρονικοί υπολογιστές, διαδίκτυο, τεχνητή νοημοσύνη). Είναι θετικό λοιπόν ότι τέτοια θέματα αρχίζουν και νομοθετούνται. Δυστυχώς όμως δεν αλλάζει ουσιαστικά το μείγμα των παρόχων των υπηρεσιών ΠΦΥ, ούτε θεσμικά αλλά ούτε και λειτουργικά. Παραμένουν έτσι τα ΚΥ και ΠΠ, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, οι διάφορες μονάδες παροχής ΠΦΥ της τοπικής αυτοδιοίκησης και των ασφαλιστικών φορέων ενώ αγνοούνται οι ιδιώτες γιατροί που εκτελούν χρέη οικογενειακού ιατρού εκτός αν συμβάλλονται με κάποιο ταμείο. Αν και προκρίνεται η τομεοποίηση στα όρια του ΠΕ.Σ.Υ.Π. με στόχο την διευκόλυνση παροχής σχετικών υπηρεσιών και καταγραφής της αποτελεσματικότητας του συστήματος, δημιουργούνται και πάλι πλήθος επιτροπών για τον σκοπό αυτό με αμφίβολα αποτελέσματα της δράσης τους. Αφού η τομεοποίηση δεν υλοποιείται πρακτικά, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, αν και θεσμοθετημένος, παραμένει μετέωρος και ευκαιριακός. Ένα ενδιαφέρον άρθρο τελικά του ν. 3235 είναι το άρθρο 9 περί ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και κάρτας υγείας. Αν και δεν υλοποιήθηκε παρά μόνο μερικώς και λίγα χρόνια αργότερα (2011), παραμένει ενθαρρυντικό το ότι νομοθετείται και καταγράφεται θεσμικά το 2004.

Η δεύτερη δεκαετία του 21ου αιώνα βρίσκει την Ελλάδα σε δεινή οικονομική κατάσταση. Μια μακρά περίοδος πολιτικής και κοινωνικής αστάθειας ξεκινάει με κύριο χαρακτηριστικό την σκληρή δημοσιονομική προσαρμογή με βάση διαδοχικά μνημόνια μεταξύ της χώρας και των δανειστών της. Σε αυτό το περιβάλλον καλείται το πολιτικό σύστημα να δώσει λύσεις, καταρχάς στο άμεσο πρόβλημα των υψηλών δαπανών για την υγεία, και μέσω αυτής της προσπάθειας να διορθώσει τα διαχρονικά προβλήματα του συστήματος υγείας μέσω λήψης συγκεκριμένων μέτρων και επίτευξης μετρήσιμων στόχων.

Τον Μάρτιο 2011 ψηφίζεται ο ν. 3918 που περιγράφει την ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ (Ελ.Βουλή, 2011). Με το άρθρο 17 συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως Ν.Π.Δ.Δ. και σε αυτόν μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ). Εξαιρούνται αρχικά ταμεία τραπεζών, ιατρών, νομικών, μηχανικών κλπ. αν και ο νόμος αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο ενσωμάτωσής τους αργότερα όπως και έγινε. Έτσι γίνεται πραγματικότητα, τριάντα και πλέον χρόνια μετά, το φιλόδοξο σχέδιο του Σπύρου Δοξιάδη αλλά και το άρθρο 16 του ν. 1397/1983 του Παρασκευά Αυγερινού περί ενοποίησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών φορέων. Μια μεταρρύθμιση απολύτως αναγκαία αφού μεταξύ άλλων περιλαμβάνει και την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, αλλά ψηφισμένη εν μέσω σφοδρών αντιδράσεων του κομματικού μηχανισμού, των διαφόρων ομάδων πίεσης και της ολοένα αυξανόμενης δυσπιστίας και απογοήτευσης των ίδιων των ληπτών των υπηρεσιών υγείας, των Ελλήνων πολιτών.

Ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ όπως ορίζεται στο άρθρο 18, περιλαμβάνει την συνεργασία και τον λειτουργικό συντονισμό όλων των φορέων που συνιστούν το δίκτυο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Ένα δίκτυο όμως που επί της ουσίας παραμένει αμετάβλητο για χρόνια, ακριβό, αναποτελεσματικό και μη ανταποκρινόμενο στις εξελισσόμενες υγειονομικές ανάγκες και επιθυμίες του ελληνικού πληθυσμού για την ΠΦΥ που χρειάζεται (ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, 2019). Τα μνημονιακά χρόνια που ακολούθησαν ωστόσο, παρά τις σοβαρές δυσκολίες που δημιούργησαν σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας της ελληνικής κοινωνίας, αποτέλεσαν ευκαιρίες διόρθωσης λαθών του παρελθόντος και στον χώρο της ΠΦΥ και έννοιες όπως «οικογενειακός γιατρός» άρχισαν να διαχέονται ευρύτερα και να φτάνουν θεωρητικά στους ίδιους τους λήπτες. Οι δύο νόμοι που ακολούθησαν, ο 4238/2014 και 4486/2017, χρησιμοποιούν την έννοια των δικτύων

ΠΦΥ του 1997 και την επεκτείνουν ανεξάρτητα από το αν χωλαίνουν για άλλη μια φορά στον βαθμό εφαρμογής τους.

Νόμος 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)

Ο νόμος 4238/2014 ορίζει στο 1ο άρθρο του την δημιουργία των Π.Ε.Δ.Υ ήτοι των Πρωτοβάθμιων Εθνικών Δικτύων Υγείας. Είναι η πρώτη φορά που Ε.Σ.Υ. και Π.Ε.Δ.Υ. εμφανίζονται ξεκάθαρα ως άμεσα σχετιζόμενοι φορείς και σημειολογικά τουλάχιστον ισότιμοι. Οι γενικές αρχές της ΠΦΥ δεν αλλάζουν συγκριτικά με τους προηγούμενους νόμους, αλλά έννοιες όπως βιοηθική, ιατρική δεοντολογία και ψυχική υγεία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη κάνουν την εμφάνισή τους (Ελ.Βουλή, 2014).

Ο νόμος 4238 στα πρώτα 6 άρθρα του αναλύει ξανά τον σκοπό και τους παρόχους ΠΦΥ, δημιουργώντας αυτή τη φορά την δομή Ε.Σ.Υ.→Π.Ε.Δ.Υ. υπαγόμενο στις Δ.Υ..Πε.→Το.Π.Φ.Υ. που περιλαμβάνει όλους τους γνωστούς για τον νομοθέτη παρόχους ΠΦΥ (ΚΥ,ΠΠ, παρόχους ΕΟΠΥΥ και συμβεβλημένους οικογενειακούς ιατρούς). Αγνοεί όμως για άλλη μια φορά την πραγματικότητα, ότι η ΠΦΥ, ειδικά στα αστικά κέντρα, παρέχεται σε πολύ μεγάλο βαθμό από ιδιώτες μη συμβαλλόμενους με το δημόσιο σύστημα αλλά πιστοποιημένους πια στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση από το 2011, που συμμετέχουν ποικιλοτρόπως, και τις περισσότερες φορές αποτελεσματικότερα των δημοσίων δομών, στην ολοκληρωμένη παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως αυτή έχει οριστεί κατ' επανάληψη στους σχετικούς νόμους. Μια πραγματικότητα που αναιρεί την διαχρονική στρεβλωμένη πεποίθηση του ελληνικού πολιτικού κατεστημένου περί κρατικού ή δημόσιου χαρακτήρα της υγείας, που συμβάλλει στην αύξηση της ανισότητας των προσλαμβανομένων υπηρεσιών υγείας μεταξύ των Ελλήνων πολιτών και φυσικά αποτελεί τροχοπέδη στην ολοένα αυξανόμενη ανάγκη τεκμηριωμένης καταγραφής της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών αφού οι ιδιώτες οικογενειακοί γιατροί δεν έχουν πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελο και στην διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας.

Νόμος 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η περιπέτεια των μνημονίων και η αγανάκτηση της ελληνικής κοινωνίας φέρνει την ψήφιση του νόμου 4486/2017. Ο νόμος αυτός τονίζει σε δύο διαφορετικά σημεία του άρθρου 1 την απόλυτα ξεκάθαρη ιδεολογικά προσέγγιση του κυβερνώντος σχήματος: στην παράγραφο 1 «Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του» και στην παράγραφο 3 «Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν, σύμφωνα με τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της ειδικής μέριμνας για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος ή κάθε άλλου επαγγέλματος υγείας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή

εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών» (Ελ.Βουλή, 2017). Στο άρθρο 2 ο νομοθέτης δημιουργεί τις Το.Μ.Υ. τις τοπικές μονάδες υγείας, μετατρέποντας τα -μη υπάρχοντα- αστικά ΚΥ σε ΚΥ και καταργώντας τα Π.Ε.Δ.Υ του ν. 4238/2014. Αν και η νέα, προτεινόμενη δομή είναι απλή και φαινομενικά παρέχει ισότιμη πρόσβαση στο σύστημα υγείας, αποτυγχάνει στα ίδια σημεία με τα προηγούμενα νομοθετήματα: δεν δίνει λύση στο διασπασμένο σχήμα των παρόχων ΠΦΥ, δεν προσελκύει ιατρικό προσωπικό από την δεξαμενή των ιδιωτών, δεν υλοποιεί πραγματικά την δυνατότητα παραπομπών άρα και την διασύνδεση της ΠΦΥ με τις υπόλοιπες βαθμίδες του συστήματος και δεν δημιουργούνται τελικά αρκετά σε αριθμό. Από τις 200 και ΤοΜΥ που επρόκειτο να λειτουργήσουν το 2017, μόνο λίγες παραπάνω από 100 λειτουργούσαν το 2019, αδυνατώντας να καλύψουν τις ανάγκες ΠΦΥ των πολιτών στα αστικά κέντρα (C. LIONIS et al., 2019).

Η μελέτη ωστόσο του ν. 4486/2017 αναδεικνύει πολλά θετικά στοιχεία, ανεξάρτητα από την εκ νέου πλημμυρή εφαρμογή του. Καταρχάς, οι διατάξεις για την λειτουργία της ΠΦΥ περιγράφονται για πρώτη φορά σε ένα σύνολο 26 άρθρων. Η πρωτοφανής αυτή έκταση που καλύπτουν οι ρυθμίσεις για την ΠΦΥ σε έναν νόμο σηματοδοτεί την υποχρεωτική στροφή προς το μόνο ορθολογικό σύστημα υγείας που βασίζεται σε μια καλά οργανωμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη. Περιγράφεται αναλυτικά η τοπική μονάδα υγείας που στελεχώνεται από την τοπική ομάδα υγείας καθώς και οι επαγγελματίες της ΠΦΥ και ο ρόλος που ο καθένας έχει. Γίνεται προσπάθεια καθορισμού του αναγκαίου αριθμού οικογενειακών ιατρών ανά Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ., ενώ για πρώτη φορά ζητήματα όπως κεντρικά διαγνωστικά εργαστήρια, πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη, κέντρα ειδικής φροντίδας, μαιευτική φροντίδα στην ΠΦΥ, επισκέπτες υγείας, φυσικοθεραπευτές στην ΠΦΥ, εγγραφή όλων των ανασφάλιστων, ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, ακαδημαϊκές μονάδες ΠΦΥ, καθώς και προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, συμπεριλαμβάνονται και αναλύονται ως αναπόσπαστο τμήμα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Δεν μπορεί παρά να αναρωτηθεί κανείς αν η ελληνική κοινωνία θα είχε βελτιώσει τους δείκτες υγείας τα επόμενα χρόνια και θα είχε μειώσει σημαντικά τις ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές αν τελικά είχαν εφαρμοστεί τα παραπάνω όπως περιγράφονται. Οι μελέτες δυστυχώς δεν επιβεβαιώνουν κάτι τέτοιο (Giannouchos et al., 2020). Αντίθετα, ο Έλληνας ασθενής φαίνεται να αναζητά μια ουσιαστικότερη σχέση με τον γιατρό της ΠΦΥ, τον οποίο θέλει να τον αντιμετωπίζει ως πρόσωπο γνωρίζοντας το ιστορικό του και λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και επιθυμίες του (LIONIS et al., 2017).

1.2.6 Δείκτες Ποιότητας: επαγγελματική ικανοποίηση - δίκτυο Προσωπικών Ιατρών - ικανοποίηση ασθενών

Ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περιθαλψης στον ασθενή, αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με τον σωστό τρόπο εξασφαλίζοντας το καλύτερο αποτέλεσμα για όλους (ορθολογική, αποτελεσματική κατανομή περιορισμένων πόρων ΚΑΙ ελεύθερη επιλογή ταχείας πρόσβασης στις υπηρεσίες) (ΠΑΠΑΚΩΣΤΙΔΗ and ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ, 2012, Ε. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ et al., 2003). Σύμφωνα με τον Avedis Donabedian ο οποίος διαμόρφωσε το πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας διακρίνονται τρία βασικά στοιχεία: η δομή (άνθρωποι και υποδομές), οι διαδικασίες (οργάνωση και λειτουργία) και τα αποτελέσματα (από τις δράσεις και τις υπηρεσίες). Τα ποσοτικά χαρακτηριστικά της κάθε κατηγορίας μπορούν να μετρηθούν γεγονός που οδηγεί σε συμπεράσματα και βελτιωτικές προτάσεις με στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας (A.Donabedian, 1992, A.Donabedian, 1988).

Τα εργαλεία που υπάρχουν, οι δείκτες ποιότητας, είναι χρήσιμα για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την σύγκριση μεταξύ τους. Μεταξύ αυτών των δεικτών, η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό επίτευξης των προσδοκιών που έχει ο εργαζόμενος από την εργασία του (Spector, 2022), είναι πολύ σημαντική αιτία που ωθεί τον εργαζόμενο να αναζητήσει νέο εργασιακό περιβάλλον(ΛΑΜΠΡΑΚΗ et al., 2016) και συνδέεται άμεσα με την κοινωνικο-οικονομική του κατάσταση και την ψυχική του υγεία (ΚΑΝΤΑΣ, 1996). Επιπλέον, σχετίζεται σημαντικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς ικανοποιημένοι εργαζόμενοι είναι πιο αποδοτικοί και παραγωγικοί άρα οδηγούν στην ανάπτυξη του οργανισμού για τον οποίον εργάζονται (Spector, 2022, Khan and etal, 2012, Platis et al., 2015).

Η εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας διαχρονικά στην Ελλάδα έχει αξιολογηθεί περιπτώσιολογικά, και όχι συστηματικά μέσω του Υπουργείου Υγείας και των συνεργαζόμενων φορέων του, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην λήψη αποφάσεων για την βελτίωση των εργασιακών συνθηκών στις υπηρεσίες υγείας. Αρκετές μελέτες ωστόσο καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας είναι δυσαρεστημένοι τόσο με τις αμοιβές τους όσο και τις επαγγελματικές προοπτικές που τους παρέχονται(Bazoukis et al., 2020, Karakolias et al., 2017, Kaitelidou et al., 2012, Goula et al., 2022, ΠΑΝΑΓΗ, 2019, ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ, 2017, ΑΛΕΞΙΑΣ et al., 2010, ΛΑΜΠΡΑΚΗ et al., 2016). Οι Bazoukis et al (Bazoukis et al., 2020) σε μια μελέτη που ανέλυσε το φαινόμενο του brain drain στην μεταμνημονιακή Ελλάδα κατέληξε ότι οι χαμηλοί μισθοί, η εργασιακή αβεβαιότητα και οι χαμηλές ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης συσχετίστηκαν σημαντικά με το φαινόμενο της εργασιακής μετανάστευσης των Ελλήνων ιατρών. Μάλιστα, οι Bakertzis et al (Bakertzis and Myloni, 2021) σε μια μελέτη για την σχέση της εργασιακής δέσμευσης (work engagement) και επαγγελματικής απόδοσης, έδειξαν ότι η σχέση αυτή είναι μεγαλύτερη για τους

γιατρούς συγκριτικά με τους νοσηλευτές και το διοικητικό προσωπικό και μάλιστα αυξάνει με την ηλικία. Οι Karakolias et al (Karakolias et al., 2017) ανέδειξαν την άποψη των ιατρών ΠΦΥ για την μισθολογική ανισότητα που επικρατεί μεταξύ αυτών εξιατίας των πολλών σχημάτων ΠΦΥ που λειτουργούν στην χώρα. Παράλληλα, οι Kontodimomoulos et al (Kontodimopoulos et al., 2009) οι οποίοι εξέτασαν τους σημαντικότερους παρακίνητικούς παράγοντες μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε ελληνικά νοσοκομεία ανέδειξαν ως υψηλότερα βαθμολογημένα την εργασία με νόημα και σεβασμό (achievements).

Εκτός από την επαγγελματική ικανοποίηση, στο πλαίσιο διασφάλισης της ποιότητας, ένας άλλος δείκτης είναι ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν την ΠΦΥ. Σύμφωνα με το briefing note #35 strengthening capacity for universal coverage - scuc - Greece/phase 1 (WHO, 2016) που δημοσιεύθηκε το 2016, η Ελλάδα κατατάσσονταν προτελευταία μεταξύ των ευρωπαϊκών εταίρων της στην πυκνότητα γενικών ιατρών ανά 100.000 κατοίκους. Σύμφωνα με τα τότε δεδομένα σε χώρες όπως Ιταλία, Ισπανία και Ιρλανδία, 1 Γενικός Ιατρός αντιστοιχούσε σε 1,257 κατοίκους, ενώ στο Βέλγιο η αντιστοιχία ήταν 1:895. Στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός ήταν 1:2,919. Η μελέτη συγκριτικής αξιολόγησης έδειξε ότι το πρώτο τετράμηνο του 2016 ο αριθμός των εγγεγραμμένων με την ΗΔΙΚΑ γενικών ιατρών στην Ελλάδα ήταν 3,009. Από αυτούς το 54,6% εργαζόταν για το ΕΣΥ, το 30,8% εργαζόταν ιδιωτικά και το 14,6% ήταν ιδιώτες συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ. Συγκριτικά με την μέση ευρωπαϊκή πυκνότητα Γενικών Ιατρών του 0,76 ‰ κατοίκων, στην Ελλάδα θα χρειαζόνταν 8,189 Γενικοί Ιατροί - ένα κενό 4,558 ιατρών. Χαρακτηριστική επίσης ήταν και η ανισοκατανομή των γιατρών αυτών στις ΥπΕ και χαρακτηριστικά σε όλες τις περιοχές, πλὴν της Αττικής, η πλειοψηφία των Γενικών Ιατρών εντάσσονταν στο ΕΣΥ. Στην Αττική όμως η πλειοψηφία των Γενικών Ιατρών ήταν ιδιώτες. Τίθεται το ερώτημα κατά πόσο έχουν αλλάξει τα δεδομένα αυτά έξι χρόνια μετά και αν ο νέος νόμος 4931/2022 θα αλλάξει την χαρτογράφηση των Γενικών Ιατρών, τώρα Προσωπικών, στη χώρα.

Στον πυρήνα των μεταρρυθμιστικών αποτυχιών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα βρίσκεται η πεποίθηση ότι οι υπηρεσίες υγείας είναι «δωρεάν» και παρέχονται αποκλειστικά από το κράτος. Ωστόσο ένα αποδοτικό και μοντέρνο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από πολλές παραμέτρους και όχι μόνο από τον «κρατικό» ή μη χαρακτήρα του. Κυρίως από τις σχέσεις εργασίας των επαγγελματιών που το υπηρετούν, τον επαρκή αριθμό τους, τον βαθμό ικανοποίησης τους και τελικά την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με υπηρεσίες υψηλής ποιότητας και οικονομικά βιώσιμες (ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, 2019). Αναλύοντας το τρίτο βασικό συστατικό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ κατά τον Donabedian, ήτοι τα αποτελέσματα (των δράσεων και υπηρεσιών) ενώ υπάρχουν μελέτες ικανοποίησης ασθενών σε ελληνικά νοσοκομεία (ΠΟΛΥΖΟΣ et al., 2005, ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ et al., 2008, ΓΟΥΛΑ et al., 2019), τα δεδομένα για την ΠΦΥ είναι λίγα (ΓΟΥΛΑ et al., 2019). Επιπροσθέτως, φαίνεται ότι ποσοτικοί δείκτες σχετικοί με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και το κόστος τους απέχουν μακράν από το βέλτιστο: το 35.6% των ιατρικών επισκέψεων το έτος 2017 ήταν σε ιδιώτη μη συμβεβλημένο ιατρό και οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας το 2016 ήταν 35% (ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, 2019). Αν και το ελληνικό πολιτικό σύστημα δεν το παραδέχεται, ο Έλληνας πολίτης πληρώνει

ακριβά την «δωρεάν» υγεία που του παρέχεται. Το νέο σύστημα του Προσωπικού Ιατρού, αν και πρόσφατα εφαρμοσμένο, ποιά εντύπωση έχει δημιουργήσει στους χρήστες του?

1.3 Δημόσια Υγεία διεθνώς και στην Ελλάδα

1.3.1 Ορισμοί

Ο σύγχρονος ορισμός της Δημόσιας Υγείας (ΔΥ) προέρχεται από την αρχική περιγραφή που έδωσε στον όρο ο καθηγητής Δημόσιας Υγείας CEA Winslow το 1920 (Ιατρική Σχολή Yale, ΗΠΑ) (Winslow, 1920) και σύμφωνα με τον οποίο: «Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης των ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας των ανθρώπων μέσω οργανωμένων προσπαθειών και ενημερωμένων επιλογών της κοινωνίας, των οργανισμών, δημόσιων και ιδιωτικών, των κοινοτήτων και των ατόμων». Να σημειωθεί ότι ο όρος Δημόσια Υγεία δεν έχει την έννοια των υπηρεσιών που ανήκουν στο Δημόσιο, ήτοι Εθνικό Σύστημα Υγείας, σε αντίθεση με την Ιδιωτική Υγεία, σύγχυση που δημιουργείται μερικές φορές στην ελληνική πραγματικότητα.

Αυτό που χαρακτηρίζει όμως τη Δημόσια Υγεία περισσότερο από κάθε τι άλλο είναι η διεπιστημονική και διεπαγγελματική φύση της (multi-disciplinary): οι εργαζόμενοι στον χώρο της ΔΥ προέρχονται από διαφορετικά επιστημονικά πεδία και εργασιακά περιβάλλοντα. Κάποιοι βρίσκονται σε ειδικές τεχνικές υπηρεσίες, άλλοι σε κυβερνητικά τμήματα, πολλοί στο πεδίο της ιατρικής, βιολογίας, βιοστατιστικής, νομικής, κοινωνιολογίας, οικονομίας κ.ο.κ. Σε όλες τις περιπτώσεις οι δράσεις τους αφορούν την υγεία ολόκληρου του πληθυσμού (ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ et al., 2020, Rechel et al., 2018).

1.3.2 Ιστορική αναδρομή και οργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα

Η έννοια της Δημόσιας Υγείας συνδέθηκε με την καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων στις μεγάλες πόλεις της Ευρώπης στις αρχές της βιομηχανικής επανάστασης. Ο συνωστισμός, η φτώχεια και οι απαράδεκτες συνθήκες διαβίωσης αποτελούσαν τις συχνότερες αιτίες εκτεταμένων επιδημιών και τόσο ο 19^{ος} όσο και ο 20^{ος} αιώνας χαρακτηρίστηκαν από επιστήμονες που θεμελίωσαν τις αρχές και αξίες της Δημόσιας Υγείας (R Virchow 1821-1902, T McKeown 1912-1988 κ.ο.κ). Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, άρχισε να μειώνεται η θνησιμότητα από τα λοιμώδη νοσήματα και να αυξάνεται η θνησιμότητα από τις χρόνιες παθήσεις (non-communicable diseases) όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, ο διαβήτης και οι πνευμονοπάθειες. Έτσι στην δεκαετία του 1990, η Δημόσια Υγεία αρχίζει να δίνει όλο και μεγαλύτερη βαρύτητα στην προαγωγή της υγείας (health promotion) με τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου και των προσδιοριστών της υγείας μέσω κατάλληλων μέτρων πρόληψης και συναφών παρεμβάσεων (ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ et al., 2020).

Στην Ελλάδα, η Δημόσια Υγεία άρχισε να αποκτά νόημα με την ίδρυση του νέου ελληνικού κράτους και των σχετικών υπηρεσιών του. Τα Υγειονομεία, το Ιατροσυνέδριο, η Ιατρική Αστυνομία στις αρχές του 19^{ου} αιώνα έδωσαν την θέση τους αργότερα στους Νομιάτρους και τα υγειονομικά τμήματα των νομαρχιών που χαρακτήρισαν τον 20^ο αιώνα και η λειτουργία τους καθοριζόταν από την εμφάνιση επιδημιών ή τον έλεγχο αυτών. Από το 1994 μέχρι και σήμερα ποικίλες νομοθετικές παρεμβάσεις έχουν προσπαθήσει να αναδιοργανώσουν τόσο τις υπηρεσίες ΔΥ όσο και τον ακαδημαϊκό της χαρακτήρα. Σταθμός στην ιστορία της ΔΥ στην Ελλάδα αποτέλεσε η ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών το 1929 η οποία μετονομάστηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) το 1994, και από το 2019 έχει ενταχθεί στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής καθώς και η δημιουργία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων το 1992 που εξελίχθηκε σε Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) το 2019 (ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ et al., 2020).

Η οργάνωση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών ΔΥ στην Ευρώπη σήμερα αποτελεί κύριο στόχο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2018a, WHO, 2018b). Η ατζέντα του 2030 για τους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης (SDGs), δημιουργεί το πλαίσιο και την ευκαιρία για ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία, όχι μόνο μέσω του στόχου 3 (βελτίωση υγείας και ευημερίας) αλλά και μέσω ελέγχου όλων των προσδιοριστών της υγείας όπως καθαρό νερό, επαρκή σίτιση, προστασία από τη βία, υγιές περιβάλλον κ.ο.κ. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας έχουν να παίξουν σημαντικό ρόλο σε όλα αυτά. Ωστόσο, βασικός περιορισμός στην έκδοση γενικών κατευθυντήριων οδηγιών είναι το μεγάλο εύρος πολιτικών, δράσεων και φορέων δημόσιας υγείας που υπάρχουν στα ευρωπαϊκά κράτη και διαφέρουν μεταξύ τους (WHO, 2018a, WHO, 2018b, Rechel et al., 2018).

Στην Ελλάδα, η αντιμετώπιση της Δημόσιας Υγείας μέχρι και την πρώτη δεκαετία του 21^{ου} αιώνα ήταν ευκαιριακή, ανάλογα με τις επιρατούσες συνθήκες, επιτρέποντας στην κλινικο-εργαστηριακή άσκηση της Ιατρικής να κυριαρχήσει έχοντας κύριο στόχο την θεραπεία του πάσχοντος ατόμου σε αντιδιαστολή με την εξασφάλιση της υγείας και ευημερίας του πληθυσμού (Γ. ΤΟΥΝΤΑΣ et al., 2020). Ο νέος νόμος 4675/2020 και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία αποτελεί ένα στοιχείο και μια σημαντική ευκαιρία για ένα επιτυχημένο παράδειγμα σχεδιασμού και υλοποίησης αυτών των υπηρεσιών και στην χώρα μας.

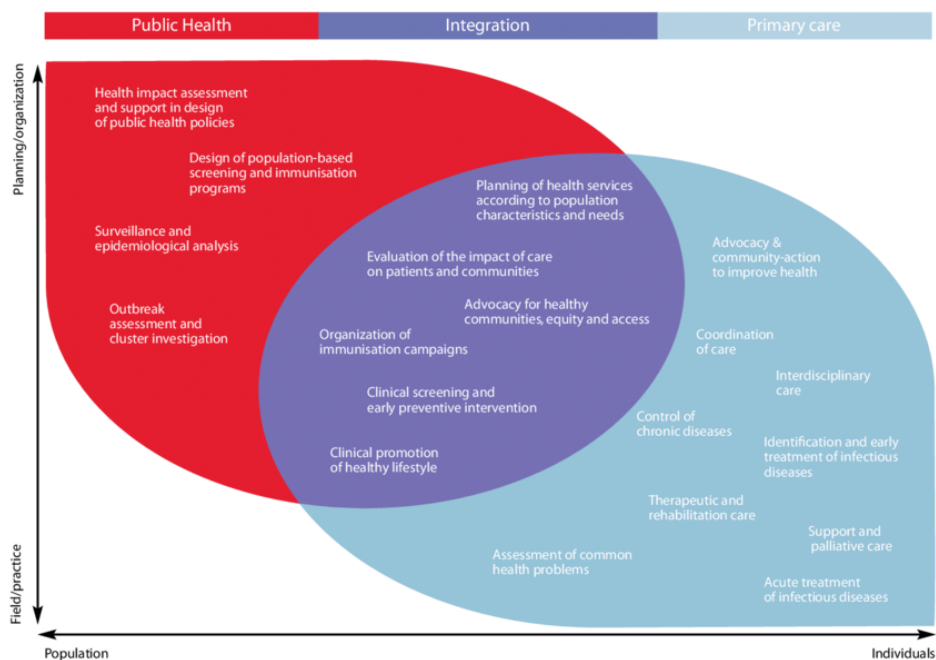
1.3.3 Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025 και διασύνδεση με την ΠΦΥ

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025 αποτελεί μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια που για πρώτη φορά ανγνωρίζει τον διατομεακό χαρακτήρα της ΔΥ, που όπως ήδη έχει αναφερθεί αποτελεί θεμελιώδη κατεύθυνση των σύγχρονων πολιτικών ΔΥ. Είναι πενταετές, περιλαμβάνει κοστολογημένες δράσεις για σημαντικούς παράγοντες κινδύνου της ΔΥ, αναφέρεται σε μετρήσιμους στόχους, φιλοδοξεί να είναι προσαρμοστικό σε πιθανές νέες υγειονομικές ανάγκες και προβλέπει συμπράξεις και συνεργασίες μεταξύ διαφόρων φορέων του δημοσίου αλλά και του ιδιωτικού χώρου όπως και των ΜΚΟ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ and ΥΓΕΙΑΣ, 2021).

Ο Ν 4675/2020 αποτελεί το νομοθετικό πλαίσιο του σχεδίου μαζί με άλλες νομοθετικές ρυθμίσεις που όλες μαζί έχουν στόχο την πλήρη αναδιοργάνωση των υπηρεσιών ΔΥ, σε συνεργασία με εμπειρογνώμονες και από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Το 5ετές Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την υλοποίηση του Εθνικού Προγράμματος Πρόληψης Δημόσιας Υγείας «Σπύρος Δοξιάδης» και την υλοποίηση των επιμέρους εθνικών σχεδίων δράσης για τον καπνό, τον καρκίνο, τις εξαρτήσεις, το αλκοόλ, την μικροβιακή αντοχή, την διατροφή, την διαχείριση του περιβάλλοντος, την πανδημία Covid 19 και τους πρόσφυγες, με συνολικό προϋπολογισμό 1,22 δις ευρώ.

Ειδικότερα, το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης Δημόσιας Υγείας «Σπύρος Δοξιάδης» που χρηματοδοτικά αλλά και λειτουργικά αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα του 5ετούς Σχεδίου Δράσης Δημόσιας Υγείας, περιλαμβάνει 15 ειδικά πεδία παρέμβασης και στα τρία επίπεδα πρόληψης όπως και στην μεταρρύθμιση του συστήματος Δημόσιας Υγείας. Μεταξύ αυτών ξεχωρίζει το εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου στον γενικό πληθυσμό για πρόωπη ανίχνευση νοσημάτων υψηλού κινδύνου όπως καρδιαγγειακός κίνδυνος, καρκίνος τραχήλου, μαστού, παχέος εντέρου καθώς και ανίχνευση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Περιλαμβάνονται επίσης το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, Συστηματικού και Προγεννητικού - Περιγεννητικού Ελέγχου καθώς και το Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Ένταξης και Αποκατάστασης.

Η σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ Δημόσιας Υγείας και ΠΦΥ φαίνεται εξαιρετικά και στην εικόνα 3 (Levesque et al., 2013) αναδεικνύοντας τα πεδία που επικαλύπτονται και αποτελούν πρόσφορο έδαφος συνεργασίας (εμβολιασμοί, προγράμματα ενίσχυσης του υγιούς τρόπου ζωής, παρεμβάσεις έγκαιρης ανίχνευσης νόσων κ.ο.κ.).



Εικόνα 3. Αλληλεπίδραση μεταξύ Δημόσιας Υγείας και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
Πηγή: Levesque et al 2013

Σε μια από τις εκθέσεις του ΠΟΥ για την ΠΦΥ (WHO, 2018b), αναφέρεται ότι δεν υπάρχει τέλειο σύστημα υγείας καθώς όλα έχουν τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους, ως προϊόν της κουλτούρας ενός τόπου. Τα πιο αποτελεσματικά όμως συστήματα υγείας φαίνεται να είναι εκείνα που εξασφαλίζουν την υγεία όλου του πληθυσμού μέσω μιας αποτελεσματικής ΠΦΥ που δεν επικεντρώνεται αποκλειστικά στην θεραπεία της νόσου αλλά και στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Και αυτό επιτυγχάνεται με την συμβολή μια δυναμικής Δημόσιας Υγείας. Με βάση τις έννοιες που αναλύθηκαν μέχρι τώρα θα συζητηθούν στη συνέχεια οι μέθοδοι και τα αποτελέσματα από την έρευνα πεδίου ως προς τη γνώμη Ιατρών και πολιτών για τις συνθήκες εργασίας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην ΠΦΥ και επιπλέον θα περιγραφεί το υπάρχον δίκτυο ΠΠ, καθώς και ο ρόλος τους στην διασύνδεση της ΠΦΥ με τη ΔΥ.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης αναπτύσσονται στους ακόλουθους άξονες:

- Ποιές είναι οι ανάγκες των Προσωπικών Ιατρών;
- Τί περιμένουν από την εξέλιξη της ΠΦΥ και ΔΥ στην χώρα;
- Ποιός είναι ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και ποιά χαρακτηριστικά της σχέσης με τον Προσωπικό Ιατρό φαίνεται να καθορίζουν την ελεύθερη επιλογή αυτού;
- Τέλος, πώς το υπάρχον δίκτυο των Προσωπικών Ιατρών με τις παρούσες συνθήκες μπορεί να συμβάλλει στην διασύνδεση της ΠΦΥ και ΔΥ;

2.2 Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια ποσοτική συγχρονική μελέτη (cross sectional study).

2.3 Τόπος Διεξαγωγής της μελέτης

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Αθήνας με επίκεντρο το Παλιό Φάληρο. Οργανώθηκε και υλοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο 2022 μέχρι και τον Ιανουάριο 2023.

2.4 Συμμετέχοντες και Δειγματοληψία

Το δείγμα των Προσωπικών Ιατρών προήλθε από τον πληθυσμό εγγεγραμμένων ΠΙ στην 1^η και 2^η ΥΠε. Οι συμμετέχοντες, αναζητήθηκαν από τις δημοσιευμένες λίστες των Προσωπικών Ιατρών με απλή τυχαία δειγματοληψία. Κατόπιν τηλεφωνικής ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετοχής ζητήθηκε το ηλεκτρονικό τους ταχυδρομείο στο οποίο στάλθηκαν ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια και φόρμες συγκατάθεσης. Τα ερωτηματολόγια ήταν κατάλληλα διαμορφωμένα ώστε να απαντούν στους στόχους της μελέτης. Το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε στα 300 άτομα με σφάλμα εκτίμησης 5,77% σε 95% επίπεδο σημαντικότητας. Τα κριτήρια ένταξης περιελάμβαναν ιατρούς ειδικότητας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής και Παθολογίας που εντάχθηκαν στο σύστημα των ΠΙ. Το ποσοστό ανταπόκρισης δεν ήταν το αναμενόμενο. Σε μια προσπάθεια αύξησης της συμμετοχής, το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε ηλεκτρονικά και στην σελίδα της Ελληνικής Ακαδημίας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής και ΠΦΥ

<https://www.facebook.com/groups/familymedicineacademy.gr/>

Το δείγμα ληπτών υπηρεσιών υγείας προήλθε από πολίτες της περιοχής του Παλαιού Φαλήρου που επισκέπτονταν φαρμακεία της περιοχής, εξασφαλίζοντας έτσι διαφορετικές εγγραφές σε Προσωπικούς Ιατρούς. Μοιράστηκαν 150 ερωτηματολόγια και φόρμες συγκατάθεσης δια ζώσης. Το ποσοστό ανταπόκρισης των πολιτών ήταν καλύτερο συγκριτικά με των Ιατρών, γεγονός που θα σχολιαστεί στην ανάλυση των αποτελεσμάτων.

2.5 Μέθοδοι και Ερευνητικά Εργαλεία

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς που συμπληρώθηκαν ανώνυμα. Στους Προσωπικούς Ιατρούς μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο **JSS or Job Satisfaction Survey**, που έχει αναπτυχθεί από τον Paul E. Spector (Spector, 2022) και αποτελείται από 36 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει άλλες 11 ερωτήσεις σχετικά με τις προσδοκίες των ΠΠ για τις υπηρεσίες ΠΦΥ και ΔΥ όπως εξελίσσονται, καθώς και 4 ερωτήσεις με κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Κάθε απάντηση βαθμολογείται με την 6βαθμη κλίμακα Likert από 1 (διαφωνώ απόλυτα) μέχρι 6 (συμφωνώ απόλυτα). Οι ερωτήσεις είναι γραμμένες τόσο με θετική όσο και με αρνητική στροφή. Υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα αντιπροσωπεύει ικανοποίηση από την εργασία, γι' αυτό η βαθμολογία των ερωτήσεων με αρνητική στροφή πρέπει να αντιστραφεί πριν υπολογιστεί στο σύνολο. Συγκεκριμένα στις ερωτήσεις με αρνητική στροφή 2,4,6,8,10,12,14,16,18,19,21,23,24,26,29,31,32,34,36, 38,40,42,44,46 ακολουθούνται οι εξής αναστροφές 1=6,2=5,3=4,4=3,5=2,6=1. Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται στις εξής κατηγορίες:

- Μισθός (1,10,19,28)
- Προαγωγή (2,11,20,33)
- Επίβλεψη (3,12,21,30)
- Παροχές (4,13,22,29)
- Ανταμοιβή (5,14,23,32)
- Συνθήκες εργασίας (6,15,24,31)
- Συνάδελφοι (7,16,25,34)
- Φύση της εργασίας (8,17,27,35)
- Επικοινωνία (9,18,26,36)
- Προσδοκίες (37-47)

Σύμφωνα με τις οδηγίες ερμηνείας των αποτελεσμάτων από τον συγγραφέα σκορ από 36-108 δηλώνει δυσαρέσκεια, σκορ από 144-216 δηλώνει ικανοποίηση και σκορ από 108-144 δηλώνει αμφισημία.

Στους πολίτες και χρήστες των υπηρεσιών υγείας, εγγεγραμμένους σε Προσωπικό Ιατρό, μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο **Europep (R. Grol and Wensing, 2000)** που εξετάζει την ικανοποίηση των ασθενών στην ΠΦΥ και έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς μεταφρασμένο σε πολλές γλώσσες. Στα ελληνικά έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από την επιστημονική ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Ο κ. Χρήστος Λιονής, που μαζί με την ομάδα του επιμελήθηκαν την ελληνική έκδοση, έδωσε την άδεια για τη

χρήση του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 23 ερωτήσεις και κάθε απάντηση βαθμολογείται με την 5βαθμη κλίμακα Likert από 1 (κακή) μέχρι 5 (άριστη). Όλες οι ερωτήσεις έχουν θετική στροφή. Έχουν προστεθεί άλλες 2 ερωτήσεις σχετικά με την συνολική ικανοποίηση όπως αυτή εκφράζεται με την πιθανότητα σύστασης του γιατρού, καθώς και 4 ερωτήσεις με κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

2.6 Αξιοπιστία

Η αξιοπιστία αναφέρεται στην ικανότητα ενός οργάνου μέτρησης να παρέχει μετρήσεις οι οποίες δεν διαφέρουν σημαντικά στην κατανομή τους όσες φορές και αν γίνουν στις ίδιες ή παραπλήσιες συνθήκες. Η αξιοπιστία συνήθως δηλώνεται με έναν δείκτη με τιμές μεταξύ 0 και 1. Εάν ο δείκτης πλησιάζει το 1 τότε η αξιοπιστία του οργάνου μέτρησης θεωρείται υψηλή ενώ όταν πλησιάζει το 0 θεωρείται ελάχιστη. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν αποτελούνται από κλίμακες Likert και έτσι η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας εκτιμήθηκε με το πρόγραμμα SPSS και τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's alpha. Στον πίνακα 1 απεικονίζεται ο συντελεστής για το ερωτηματολόγιο JSS των Προσωπικών Ιατρών με τιμή 0,845.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,845	,831	47

Πίνακας 1. Συντελεστής Cronbach's Alpha για το JSS

Στον πίνακα 2 φαίνεται ο συντελεστής για το ερωτηματολόγιο των ασθενών EUROPEP με τιμή 0,967. Και οι δύο δείκτες πλησιάζουν το 1 δηλώνοντας υψηλή αξιοπιστία.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,967	,968	25

Πίνακας 2. Συντελεστής Cronbach's Alpha για το EUROPEP

2.7 Ηθική και Δεοντολογία

Για την διεξαγωγή της έρευνας τηρήθηκαν οι αρχές που εφαρμόζονται σε όλες τις ερευνητικές δραστηριότητες, καθώς και τις δραστηριότητες παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών, προγραμμάτων κατάρτισης ή άλλων και αναπτύσσονται στον κώδικα δεοντολογίας της Επιτροπής Ηθικής & Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Με σεβασμό προς την ηθική και τους κανόνες της ερευνητικής διαδικασίας τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, με βάση τους κανόνες του GDPR (General Data Protection Regulation) και η συμμετοχή εθελοντική. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, είτε ηλεκτρονικά είτε δια ζώσης, έγινε κατόπιν ενημέρωσης των συμμετεχόντων για τους σκοπούς της έρευνας και την όλη διαδικασία και ελήφθη η συναίνεσή τους. Ηλεκτρονικά και χειρόγραφα αρχεία φυλάσσονται στο γραφείο της ερευνήτριας (Μαρία Σενιόρου).

2.8 Ανάλυση δεδομένων

Η καταχώρηση των απαντήσεων των δύο ερωτηματολογίων έγινε στο στατιστικό πακέτο IBM SPSS standard v29. Ακολουθήθηκε η ενδεδειγμένη μέθοδος κωδικοποίησης των μεταβλητών για τα δημογραφικά στοιχεία και τις κλίμακες Likert. Έγινε η απαραίτητη αντιστροφή των βαθμολογιών στις ερωτήσεις με αρνητική στροφή του ερωτηματολογίου JSS των ΠΙ. Ελέγχθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των ερωτηματολογίων με τιμές που πλησιάζουν το 1 (πίνακες 1 & 2). Με μεθόδους περιγραφικής στατιστικής υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των ποσοτικών μεταβλητών. Συγκεκριμένα, έγινε περιγραφή των κοινωνικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος Προσωπικών Ιατρών και πολιτών καθώς και των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων τόσο συνολικά όσο και κατά ομάδες ερωτήσεων (JSS προσωπικών ιατρών). Παρά τα μικρά δείγματα που ελήφθησαν, έγινε απόπειρα συσχετίσεων μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης (JSS προσωπικών ιατρών) και ικανοποίησης πολιτών (EUROPEP) με συνεχείς μεταβλητές (ηλικία, έτη εργασίας στην ΠΦΥ) χρησιμοποιώντας τον δείκτη Pearson r . Επιχειρήθηκε επίσης ανάλυση συσχετίσεων των βαθμολογιών με το φύλο χρησιμοποιώντας το t -test για ανεξάρτητα δείγματα. Η μέθοδος ANOVA χρησιμοποιήθηκε για ανίχνευση συσχέτισης με την οικογενειακή κατάσταση και την κατάσταση της υγείας των πολιτών. Τέλος, διεξήχθη πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για την ανίχνευση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων. Το επίπεδο σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρο και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

2.9 Αναζήτηση στοιχείων κατανομής ΠΙ

Για την αποτίμηση του αναγκαίου και ικανού αριθμού των Προσωπικών Ιατρών για την ευχερή υλοποίηση της νέας αυτής φάσης της μεταρρύθμισης στην

ΠΦΥ χρησιμοποιήθηκαν για την αποτύπωση του πληθυσμού τα αποτελέσματα της απογραφής της ΕΛΣΤΑΤ 2021 όπως αυτά δημοσιεύτηκαν στις 19-7-2022. Οι πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό των οικογενειακών ιατρών που συμμετείχαν στην προηγούμενη φάση της μεταρρύθμισης πριν από την εφαρμογή του ν. 4931/2022 καθώς και των προσωπικών ιατρών όπως αυτοί διαμορφώθηκαν τελικά μέχρι το τέλος του 2022, αναζητήθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ και το πληροφοριακό σύστημα του Υπουργείου Υγείας (Γραφείο Γενικού Γραμματέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας).

Στο πλαίσιο της μελέτης πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στην βάση δεδομένων PubMed, στον διαδικτυακό τόπο του ΠΟΥ <https://www.who.int/>, στον ιστότοπο <https://www.e-nomothesia.gr/>, και σε αυτόν του Εθνικού Τυπογραφείου της Ελλάδας www.et.gr. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης πληροφορίες από βιβλία και δημοσιευμένες εκθέσεις διακεκριμένων επιστημόνων στον χώρο των υπηρεσιών υγείας, οικονομικών της υγείας, ΠΦΥ και ΔΥ. Μελετήθηκαν τα εδάφια των νόμων που σχετίζονται πρωτίτως με την ΠΦΥ και την ΔΥ και έγινε η καταγραφή των σχετικών πληροφοριών. Η χρονική περίοδος της αναζήτησης δημοσιευμένων πληροφοριών ήταν 1960-2022. Η γλώσσα αναζήτησης ήταν η ελληνική και η αγγλική και το είδος των μελετών ήταν διακηρύξεις, εκθέσεις, νόμοι, υπουργικές αποφάσεις βιβλία και επιστημονικά άρθρα. Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση αυτή είναι Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Δημόσια Υγεία, Primary Health Care/*trends United Nations World Health Organization, ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, ικανοποίηση ασθενών, εργασιακή ικανοποίηση ιατρών.

ΑΝΑΛΥΣΗ

3.1 Περιγραφή κοινωνικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος ΠΙ & χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ

Στους πίνακες 3 & 4 φαίνεται η συμμετοχή πολιτών και ιατρών. Το ποσοστό συμπληρωμένων ερωτηματολογίων από τους χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ ήταν 46%. Αντίθετα στους Προσωπικούς Ιατρούς μόνο το 28% έδωσε την συγκατάθεσή του για αποστολή του ερωτηματολογίου ηλεκτρονικά και από αυτούς μόνο το 7% απάντησε (6 ΠΙ!) καθιστώντας τα όποια συμπεράσματα μη αξιόπιστα. Ωστόσο, θεωρήθηκε χρήσιμη η ανάλυση και αυτών των ερωτηματολογίων ενώ στην συζήτηση θα αναλυθούν περαιτέρω οι λόγοι της μη ανταπόκρισης και τι μπορεί να σημαίνει αυτό.

EUROPEP	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
ΧΡΗΣΤΕΣ_ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΦΥ	150
ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΑ_ΕΡΩΤΗΜ	69
% ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	46%

Πίνακας 3. Συμμετοχή στο EUROPEP

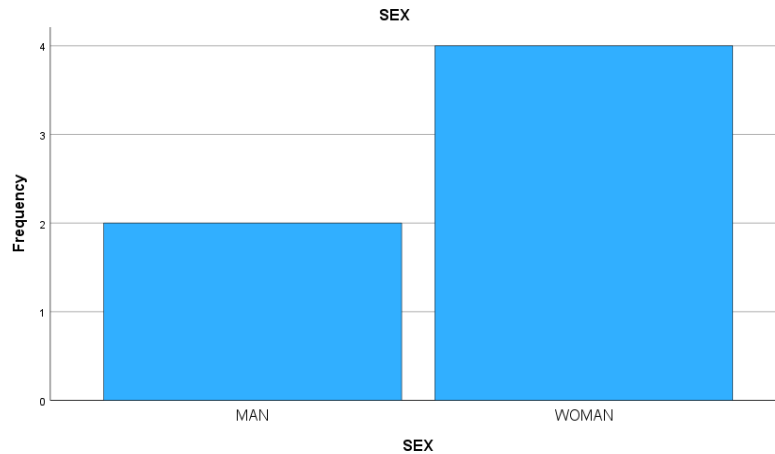
JSS	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
ΣΥΝΟΛΟ_ΠΙ 1Ης&2Ης Υπε	548
ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ_ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	300
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ_MAIL	83
ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΑ_ΕΡΩΤΗΜ	6
% ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ	28%
% ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	7%

Πίνακας 4. Συμμετοχή στο JSS Προσωπικών Ιατρών

Η μέση ηλικία των ΠΙ ήταν 51 έτη (SD 7.6), και ο μέσος χρόνος εργασίας στην ΠΦΥ ήταν 16 έτη (SD 4). Απάντησαν 4 γυναίκες και 2 άνδρες, οι περισσότεροι έγγαμοι.

Column1	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΤΗ_ΠΦΥ
N	6	6
MEAN	51	16
SD	7,6	4,1
MIN	44	12
MAX	66	23

Πίνακας 5. Ηλικία και Έτη εργασίας Προσωπικών Ιατρών



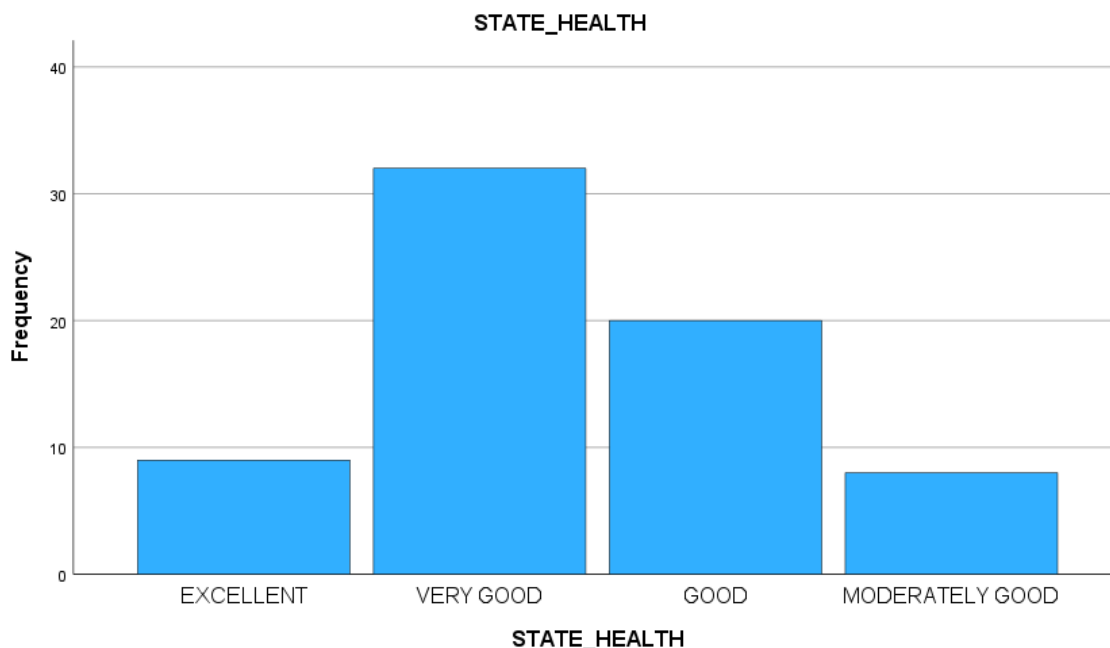
Γράφημα 1. Κατανομή κατά φύλο Προσωπικών Ιατρών

Η μέση ηλικία των πολιτών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 55 έτη (SD 15), με μέσο αριθμό επισκέψεων στον ΠΙ τους από την 1^η Οκτωβρίου, 1,3 φορές (SD 0.9). Οι γυναίκες του δείγματος των πολιτών ήταν περισσότερες από τους άνδρες με ποσοστό 59,4%.

Column1	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ
N	69	69
MEAN	55	1,3
SD	15,2	0,8
MIN	20	0
MAX	85	4

Πίνακας 6. Ηλικία και Επισκέψεις Πολιτών

Η κατάσταση της υγείας τους δηλώθηκε ως εξαιρετική 13%, πολύ καλή 46,4%, καλή 20% και μέτρια 8%.



Γράφημα 2. Κατάσταση Υγείας Πολιτών

3.2 Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες JSS Προσωπικών Ιατρών και EUROPEE πολιτών

Στους πίνακες 7 και 8 παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα της επεξεργασίας του JSS των Προσωπικών Ιατρών για τις 10 υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου όπως περιγράφονται στην μεθοδολογία καθώς και το συνολικό σκορ.

ΠΙ	Ε1 - Ε47	Ε1-Ε36
ΙΑΤΡΟΣ 1	182	127
ΙΑΤΡΟΣ 2	136	87
ΙΑΤΡΟΣ 3	175	116
ΙΑΤΡΟΣ 4	173	116
ΙΑΤΡΟΣ 5	131	79
ΙΑΤΡΟΣ 6	126	73

Πίνακας 7. Συνολικό σκορ JSS ανά ιατρό

Σύμφωνα με τις οδηγίες ερμηνείας του JSS από τον P.E. Spector, οι μισοί ιατροί εμφανίζονται φανερά απογοητευμένοι με σκορ μεταξύ 36 και 108. Οι άλλοι μισοί φαίνεται να είναι ελαφρώς πιο αισιόδοξοι αλλά το σκορ κυμαίνεται στο εύρος της αμφισβητίας (108 με 144) και πολύ κοντά στην μη ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας τους. Αν μελετήσει κανείς πιο προσεκτικά τον μέσο όρο των απαντήσεων πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι σκορ ανά ερώτηση μικρότερο του 3 και σκορ ανά κατηγορία 4 ερωτήσεων μεταξύ 4 και 12 δείχνει δυσαρέσκεια. Σκορ μεταξύ 16 και 24

δείχνει ικανοποίηση. Φαίνεται λοιπόν ότι ο μισθός, οι λοιπές παροχές και η επικοινωνία μέσα στον φορέα δυσανεγούνται περισσότερο από κάθε άλλη παράμετρο τους ΠΙ. Ευτυχώς, η φύση της εργασίας είναι αυτή που οριακά συνεχίζει να τους ικανοποιεί (σکور 16,49).

JSS ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	Column1	Column3	Column4	Column5	Column6
	MEAN(SD)	MEAN(SD)	MEAN(SD)	MEAN(SD)	MEANtotal
Μισθός (1,10,19,28)	3,33(1,63)	1,33(0,51)	1,66(0,81)	1,83(1,16)	8,15
Προαγωγή (2,11,20,33)	4,5(2,34)	2(2)	2,33(1,63)	1,83(0,98)	10,66
Επίβλεψη (3,12,21,30)	3,8(1,92)	2,83(1,32)	2,5(1,37)	3,4(1,81)	12,53
Παροχές (4,13,22,29)	2,67(2,06)	2(1,26)	2,33(1,63)	1,83(1,6)	8,83
Ανταμοιβή (5,14,23,32)	3,1(2,13)	3(2,09)	2,5(1,87)	1,33(0,51)	9,93
Συνθήκες εργασίας (6,15,24,31)	1,83(1,32)	4,83(1,47)	1,66(0,51)	1,83(0,98)	10,15
Συνάδελφοι (7,16,25,34)	4,8(1,17)	2,83(1,83)	4,5(1,04)	3,66(1,86)	15,79
Φύση της εργασίας (8,17,27,35)	2,83(1,72)	5,33(0,51)	5(1,51)	3,33(1,63)	16,49
Επικοινωνία (9,18,26,36)	1,33(0,51)	3(1,54)	1,5(0,54)	2,33(1,03)	8,16

Πίνακας 8. Σκορ ανα κατηγορία ερωτήσεων JSS

Είναι ενδιαφέρον ότι σε αντίθεση με την δυσανεγεία των ΠΙ σε σχέση με την ικανοποίηση όλων σχεδόν των αναγκών τους όπως προκύπτει από τις 36 πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, όταν κανείς απομονώσει τις ερωτήσεις E37 με E47 που αναφέρονται στις προσδοκίες αυτών για την μορφή και εξέλιξη της ΠΦΥ και ΔΥ τα αποτελέσματα είναι πιο ενθαρρυντικά (πίνακας 9). Σε όλες τις ερωτήσεις οι ΠΙ που συμμετείχαν εκφράζονται με σκορ πάνω από 4, γεγονός που δείχνει την επιθυμία υλοποίησης των μεταρρυθμίσεων στην εκπαίδευση και έρευνα των επαγγελματιών της ΠΦΥ, στην ενοποίηση των υπηρεσιών ΠΦΥ, ΔΥ, ψυχικής υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, στην αναβάθμιση των ψηφιακών τεχνολογιών καθώς και στην ουσιαστική εμπλοκή των πολιτών σε αυτά.

Column1	ΕΚΠΑΙΔ_ΠΦΥ	ΠΦΥ_ΔΥ	ΠΦΥ_ΚΟΙΝ_ΥΠ	ΠΦΥ_ΨΥ	ΠΦΥ_ΝΟΣΟΛ	ΠΦΥ_ΔΙΚΤΥΑ	ΠΦΥ_ΚΥ	ΠΦΥ_ΤΟΜΥ	ΠΦΥ_ΕΡΕΥΝΑ	ΠΦΥ_ΗΛΕΚ_ΦΑΚ	ΠΦΥ_ΠΟΛΙΤΕΣ
N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
MEAN	5,6	5	4,5	5	4,8	5,5	4,1	4	5,6	4,3	5,5
SD	0,51	1,09	1,87	1,09	1,94	0,54	2,13	2	0,81	2,25	0,83

Πίνακας 9. Σκορ ανα κατηγορία ερωτήσεων JSS E37-E47

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων του EUROPEP των χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ έδειξε καταρχάς σχετική ικανοποίηση με συνολικό σκορ 93,34 (SD 27,5) για τις 23 ερωτήσεις και 102,23 (SD 29,42) για τις 25 ερωτήσεις. Αν θεωρήσει κανείς ότι το καλύτερο αποτέλεσμα του 23δύναμου ερωτηματολογίου είναι 115 και του 25δύναμου 125 φαίνεται ότι οι πολίτες που ερωτήθηκαν είναι καταρχάς ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες των Προσωπικών Ιατρών τους. Στους πίνακες 10 με 14 φαίνονται οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις ανά ερώτηση. Στο σύνολό τους τα σκορ ξεπερνούν το 4

με άριστα το 5. Τομείς που ικανοποιούν λιγότερο ή προβληματίζουν φαίνεται να είναι:

- Η δυνατότητα να συμμετέχει ο ασθενής στις αποφάσεις για την ιατρική του φροντίδα (Mean 3.9 SD 1.49)

Column1	ΧΡΟΝΟΣ	ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	ΚΟΙΝΗ ΑΠΟΦΑΣΗ	ΑΚΟΥΕΙ ΜΕ ΠΡΟΣΟΧΗ
N	69	69	69	69	69
MEAN	4	4,1	4,2	3,9	4,2
SD	1,46	1,4	1,38	1,49	1,34

Πίνακας 10. Σκορ ανα 1^η κατηγορία ερωτήσεων EUROPEP

- Η ταχύτητα με την οποία ο ΠΙ ανακουφίζει τα συμπτώματα του ασθενούς (Mean 3.6 SD 1.74)

Column1	ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΟΗΘΑ ΓΡΗΓΟΡΑ	ΒΟΗΘΑ ΔΡΑΣΤΗΡ	ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΟΣ	ΕΞΕΤΑΖΕΙ
N	69	69	69	69	69
MEAN	4,3	3,6	3,8	4,2	4,1
SD	1,43	1,74	1,7	1,37	1,43

Πίνακας 11. Σκορ ανα 2^η κατηγορία ερωτήσεων EUROPEP

- Το πόσο βοηθά ο ΠΙ τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα συναισθηματικά προβλήματα που έχουν σχέση με την κατάσταση της υγείας του (Mean 3.6 SD1.66)

Column1	ΠΡΟΛΗΨΗ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΣΤΟΧΟΥ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΟΛΩΝ	ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ
N	69	69	69	69	69
MEAN	4,2	4,1	4,2	3,6	4
SD	1,43	1,53	1,42	1,66	1,42

Πίνακας 12. Σκορ ανα 3^η κατηγορία ερωτήσεων EUROPEP

- Σε τι βαθμό ο ΠΙ προετοιμάζει τον ασθενή για το «ταξίδι» του στην δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη εφόσον χρειάζεται (Mean 3.4 SD 1.87)

Column1	ΦΑΚΕΛΟΣ	ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ	ADMIN	ΡΑΝΤΕΒΟΥ	ΤΗΛ_ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
N	69	69	69	69	69
MEAN	4	3,4	4,1	4	4,2
SD	1,52	1,87	1,45	1,27	1,19

Πίνακας 13. Σκορ ανα 4^η κατηγορία ερωτήσεων EUROPEP

- Και τέλος, ο χρόνος αναμονής στο ιατρείο φαίνεται επίσης ότι είναι κάτι που δεν ικανοποιεί αρκετά τους πολίτες (ασθενείς ή χρήστες ΠΦΥ) (Mean 3.7 SD 1.36)

Column1	ΤΗΛ_ΒΟΗΘΕΙΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	ΕΠΕΙΓΟΝ	ΣΥΣΤΑΣΗ	ΜΗ ΑΛΛΑΓΗ ΠΙ
N	69	69	69	69	69
MEAN	4,1	3,7	4	4,3	4,5
SD	1,22	1,36	1,45	1,18	1,1

Πίνακας 14. Σκορ ανα 5^η κατηγορία ερωτήσεων EUROPEP

3.3 Συσχετίσεις μεταξύ ικανοποίησης και δημογραφικών-κοινωνικών παραγόντων

Όπως ήταν αναμενόμενο λόγω του εξαιρετικά μικρού δείγματος του JSS των προσωπικών ιατρών τόσο ο δείκτης Pearson r για την συσχέτιση εργασιακής ικανοποίησης με την ηλικία και τα έτη εργασίας στην ΠΦΥ όσο και το t test για την συσχέτιση με το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά. Εφόσον δεν υπήρξε καμία ουσιαστική συσχέτιση δεν είχε νόημα να ελεγχθεί κάποιο μοντέλο πρόβλεψης μέσω απλής ή πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Column1	Column2	Column3	Column4	Column5	Column6
		ΗΛΙΚΙΑ	ΕΤΗ_ΠΦΥ	JSS	JSS36
ΗΛΙΚΙΑ	Pearson	1	0,868	0,108	0,088
	sig. (2-tailed)		0,025	0,838	0,868
ΕΤΗ_ΠΦΥ	Pearson	0,868	1	-0,131	-0,18
	sig. (2-tailed)	0,025		0,805	0,733
JSS	Pearson	0,108	-0,131	1	0,995
	sig. (2-tailed)	0,838	0,805		<0,001
JSS36	Pearson	0,088	-0,18	0,995	1
	sig. (2-tailed)	0,868	0,733	<0,001	

Πίνακας 15. Συσχετίσεις για το JSS36 και JSS47

Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε και για τα αποτελέσματα του EUROPEP.

Column1	Column2	Column3	Column4	Column5	Column6
		EUROPEP25	AP_ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	EUROPEP	ΗΛΙΚΙΑ
EUROPEP25	Pearson	1	0,465	0,999	0,344
	sig. (2-tailed)		<0,001	<0,001	0,004
AP_ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ	Pearson	0,465	1	0,46	0,158
	sig. (2-tailed)	<0,001		<0,001	0,194
EUROPEP	Pearson	0,999	0,46	1	0,342
	sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001		0,004
ΗΛΙΚΙΑ	Pearson	0,344	0,158	0,342	1
	sig. (2-tailed)	0,004	0,194	0,004	

Πίνακας 16. Συσχετίσεις για το EUROPEP

Στην ανάλυση αυτή ο δείκτης Pearson βρέθηκε στατιστικά σημαντικός για την σχέση ηλικίας και αριθμού επισκέψεων σε Προσωπικό Ιατρό, γεγονός που σημαίνει ότι οι δύο αυτοί παράγοντες επηρεάζουν την γνώμη των πολιτών για τις υπηρεσίες ΠΦΥ που λαμβάνουν. Αντίθετα, το t test δεν ανέδειξε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ικανοποίησης των πολιτών από τον Προσωπικό τους Ιατρό. Επιπλέον, η ανάλυση ANOVA ως προς την σχέση ικανοποίησης και κατάστασης υγείας δεν έδειξε κάποια σημαντική συσχέτιση.

Τέλος, προκειμένου να εξεταστεί η συνδυαστική συμβολή της ηλικίας και του αριθμού επισκέψεων στην ικανοποίηση που εκφράζουν οι πολίτες από τις υπηρεσίες των Προσωπικών Ιατρών τους εφαρμόστηκε η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	53,016	11,950		4,436	<,001
	NO_VISITS	14,178	3,533	,421	4,013	<,001
	AGE	,537	,203	,278	2,646	,010

a. Dependent Variable: EUROPEP25

Πίνακας 17. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για το EUROPEP 25

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	47,694	11,211		4,254	<,001
	NO_VISITS	13,110	3,314	,417	3,955	<,001
	AGE	,499	,190	,276	2,622	,011

a. Dependent Variable: EUROPEP

Πίνακας 18. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για το EUROPEP

Η ανάλυση έδειξε ότι η ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ που λαμβάνουν από τον ΠΙ τους προβλέπεται θετικά από την ηλικία και τον αριθμό των επισκέψεων σε ποσοστό περίπου 29%.

3.4 Περιγραφή του δικτύου Προσωπικών Ιατρών

Τα στοιχεία για τον αριθμό των Προσωπικών Ιατρών με την έναρξη λειτουργίας του θεσμού την 1^η Αυγούστου 2022 αναζητήθηκαν από την Γενική Γραμματεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και τον ΕΟΠΥΥ. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά την 14^η Σεπτεμβρίου 2022 υπήρχαν 3,176,912 εγγεγραμμένοι πολίτες στην επικράτεια με ποσοστό εγγεγραμμένων πολιτών γενικού πληθυσμού 30,46%. Το ποσοστό αυτό ανέβηκε στο 48,87% τον Ιανουάριο 2023. Οι εγγραφές σε ΠΙ -Ελεύθερους Επαγγελματίες ανέρχονταν σε 1,298,886 με ποσοστό επί του συνόλου 40,88% (πίνακας 19).

Column1	Σεπ-22	Ιαν-23
Σύνολο εγγεγραμμένων πολιτών	3176912	4749574
% γενικού πληθυσμού	30,46%	48,87%
Εγγραφές σε ΠΙ_ελ επαγγελματία	1298886	
% εγγραφών σε ελ επαγ	40,88%	

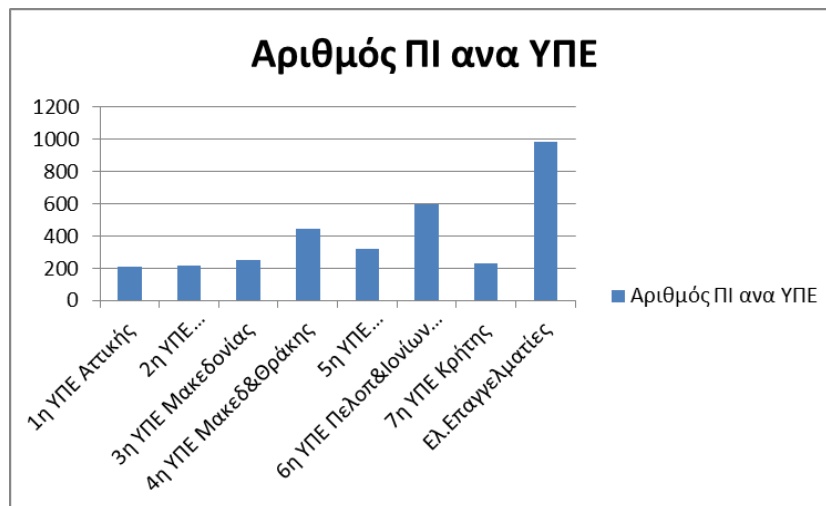
Πίνακας 19. Εγγραφές κα ΠΙ_ελ.επαγγελματίες

Ο αριθμός των ΠΙ ήταν 3,248 με 986 να είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (πίνακας 20) . Ο αριθμός αυτός ανέβηκε στους 1117 τον Ιανουάριο 2023 με ποσοστό 33,30% επί του συνόλου.

Column1	Σεπ-22	Ιαν-23
Σύνολο_ΠΙ	3248	3354
ΠΙ_ΠΦΥ	2263	2237
ΠΙ_ελ_επαγγελματίες	986	1117
%ΠΙ ΕΛ_επαγγελματιών	30,35%	33,30%

Πίνακας 20. Αριθμοί Προσωπικών Ιατρών

Η κατανομή αυτών ανά υγειονομική περιφέρεια φαίνεται στον γράφημα 3. Μόνο 426 υπηρετούσαν στην 1^η και 2 ΥΠε με τον αριθμό να αυξάνεται οριακά στο τέλος του έτους. Τον Σεπτέμβριο οι συνολικές διαθέσιμες θέσεις για εγγραφή σε ΠΙ ήταν 2,865,835 με την καλύτερη κάλυψη να έχουν η Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας σε ποσοστό 47,37% και η περιφερειακή ενότητα Φλώρινας σε ποσοστό 57,12%. Τον Ιανουάριο 2023 οι διαθέσιμες θέσεις εγγραφής έπεσαν στις 1,531,342 με ποσοστό μείωσης 46,56%.



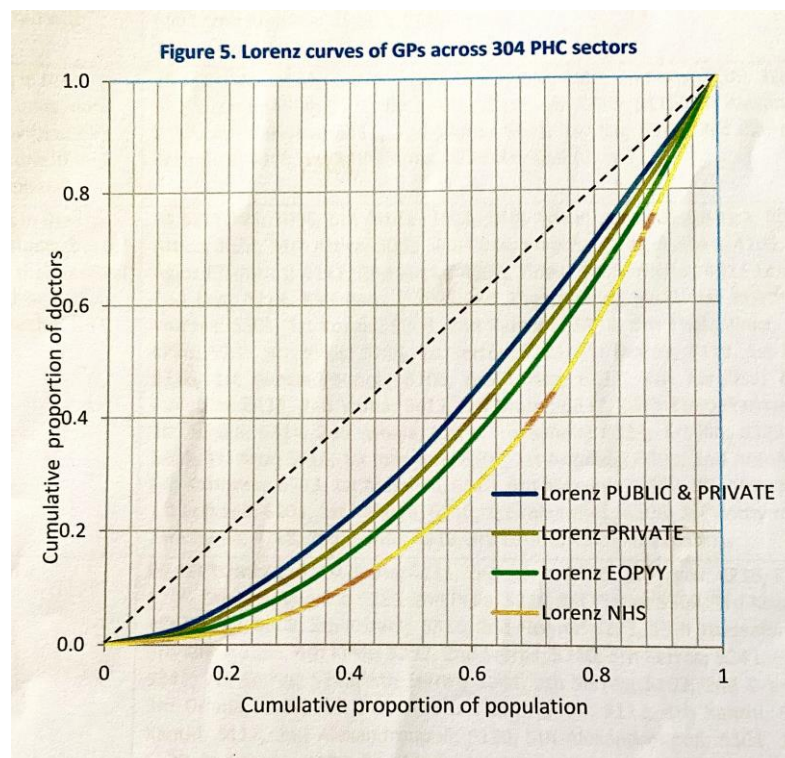
Γράφημα 3. Αριθμός ΠΙ ανά ΥΠΕ

Υπολογίστηκε ότι οι ανάγκες σε επιπλέον ΠΙ στη χώρα ανέρχονταν τον Σεπτέμβριο σε 1,154, με δεδομένο ότι ο κάθε ένας από αυτούς θα έχει το μέγιστο δυνατό όριο εγγραφών (2000) ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες στο 100%. Όπως προκύπτει από τους αριθμούς αυτούς οι μεγαλύτερες ανάγκες σε ΠΙ υπάρχουν στον κεντρικό τομέα Αθήνας, στην Θεσσαλονίκη, στον βόρειο, νότιο, δυτικό τομέα Αθηνών, ανατολικής Αττικής και Πειραιώς.

Συγκρίνοντας τα στοιχεία αυτά με εκείνα της έκθεσης του γραφείου ΠΟΥ της Αθήνας τον Μάρτιο 2016 (WHO, 2016) διαπιστώνει κανείς ότι παραμένουν, μετά από σχεδόν 7 χρόνια, οι σημαντικές ελλείψεις ιατρών ΠΦΥ καθώς και η ανισοκατανομή τους στην επικράτεια. Βέβαια, να σημειωθεί ότι εκείνη η έκθεση αναφερόταν στους αριθμούς των Γενικών Ιατρών με ειδικότητα Γενικής& Οικογενειακής Ιατρικής και συγκεκριμένα είχε υπολογίσει τον αριθμό αυτόν σε 3,009 ιατρούς από τους οποίους το 54,6% εργαζόταν στο ΕΣΥ, το 30,8% ήταν ιδιώτες και μόνο το 14,6% ήταν ιδιώτες συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ. Το σύνολο των ιδιωτών Γενικών Ιατρών συμβεβλημένων και μη με τον ΕΟΠΥΥ το 2016 στην 1η και 2η Υπε ήταν 460 όταν επί του παρόντος ο αριθμός των ΠΙ σε αυτές τις περιοχές ανέρχεται μόλις στους 538, αριθμός που περιλαμβάνει Γενικούς Ιατρούς και Παθολόγους. Επομένως, ένας σημαντικός αριθμός Γενικών Ιατρών θα μπορούσε να συμβληθεί ακόμα. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή ο αριθμός των Γενικών Ιατρών το 2020 είχε ανέλθει στους 3,465. Ακόμα με αυτή την αύξηση όμως η Ελλάδα απέχει από τον μέσο ευρωπαϊκό όρο των 4,930 ιατρών κατά 31,74%.

Στην εικόνα 4 αποτυπώνονται οι καμπύλες Lorenz των κατανομών των γενικών ιατρών το 2016, όπως περιγράφονται στην έκθεση του γραφείου ΠΟΥ της Αθήνας. Φαίνεται ότι η ανισοκατανομή των Γενικών Ιατρών όλων των κατηγοριών στην επικράτεια να είναι σημαντική με μεγαλύτερη για τους Γενικούς Ιατρούς του ΕΣΥ. Αυτό έχει ως συνέπεια οι υπηρεσίες ΠΦΥ τελικά να είναι πιο ακριβές για τους πολίτες αφού εκείνη την περίοδο 2,6 εκατομμύρια άνθρωποι δεν είχαν ΠΙ του ΕΣΥ στην περιοχή τους. Δεδομένου ότι οι αριθμοί δεν έχουν μεταβληθεί σημαντικά σήμερα μπορεί κανείς να υποθέσει ότι η ανισοκατανομή των ΠΙ παραμένει

σημαντική. Ήδη εξάλλου αναφέρθηκε ότι κάποιες υγειονομικές περιφέρειες υστερούν σημαντικά σε αριθμό ΠΙ.



Εικόνα 4. Lorenz καμπύλες ΓΙ στις 304 περιφέρειες ΠΦΥ (WHO, 2016)

Η ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων JSS Προσωπικών Ιατρών και EUROPEP χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ, αν και είχε σοβαρούς περιορισμούς εξαιτίας του πολύ μικρού αριθμού συμμετεχόντων, ανέδειξε κάποιες τάσεις: καταρχάς τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι Ιατροί στην εργασία τους γεγονός που τους δυσαρεστεί σημαντικά και ενδεχομένως συμβάλλει στη μειωμένη προσέλευσή τους στον θεσμό. Αντίθετα, οι ασθενείς φαίνονται ικανοποιημένοι επαρκώς από τις υπηρεσίες ΠΦΥ που παρέχονται από τους υπάρχοντες ΠΙ, κάτι που δείχνει την αναγκαιότητα για επέκταση του θεσμού. Η αποτύπωση του δικτύου ΠΙ επί του παρόντος φανερώνει την ανάγκη για επέκτασή του στη βάση της εξέλιξης των αλλαγών που ήδη πραγματοποιούνται στη χώρα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 Κύρια Ευρήματα

Η εργασία αυτή προσπάθησε να στοιχειοθετήσει με βάση την εκτενή βιβλιογραφία την τεράστια ανάγκη μεταρρύθμισης στον χώρο της ΠΦΥ και ΔΥ στην Ελλάδα. Παράλληλα, έγινε μια προσπάθεια αποτύπωσης των πρώτων εντυπώσεων των ΠΙ από την εφαρμογή του θεσμού καθώς και του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών ΠΦΥ.

Στην παρούσα εργασία δεν βρέθηκε καμία σημαντική συσχέτιση με τους κοινωνικο-οικονομικούς δείκτες που μελετήθηκαν, πιθανή συνέπεια του πολύ μικρού δείγματος. Ωστόσο, αξίζει να σχολιαστούν οι τάσεις που προέκυψαν από τα σκορ των ερωτηματολογίων JSS Προσωπικών Ιατρών. Οι γιατροί που ρωτήθηκαν και ανήκαν και στα δύο φύλα, με διακύμανση στα έτη εργασίας στην ΠΦΥ και προερχόμενοι από διαφορετικές περιοχές της 1^{ης} και 2^{ης} ΥΠε, εμφανίστηκαν όλοι δυσαρεστημένοι κυρίως με τους μισθούς, τις παροχές και την επικοινωνία μέσα στον φορέα που εργάζονται. Πιθανώς, το πολύ μικρό διάστημα εφαρμογής του θεσμού με τα νέα μισθολόγια να μην έχει ακόμα επιτρέψει στους γιατρούς να σχηματίσουν μια καθαρή άποψη. Είναι γεγονός ότι σημαντικός αριθμός γιατρών που αρνήθηκαν να συμμετέχουν έδωσαν ως δικαιολογία ακριβώς αυτό. Ότι είναι πολύ νωρίς για να εκφράσουν την γνώμη τους. Η σημαντικότερη δικαιολογία όμως ήταν η έλλειψη χρόνου, γεγονός που συμφωνεί και με τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια περί εξαιρετικού φόρτου εργασίας. Είναι ωστόσο σημαντικό και ενθαρρυντικό ότι όλοι φαίνεται τελικά να απολαμβάνουν τη φύση της εργασίας τους και πολύ περισσότερο να προσδοκούν τις αλλαγές στην ΠΦΥ και ΔΥ με ενίσχυση της εκπαίδευσης και έρευνας, ενοποίηση των σχετικών υπηρεσιών, ψηφιοποίηση της εργασίας τους και συμμετοχή των πολιτών στις όλες διαδικασίες.

Και είναι γεγονός ότι οι πολίτες που ρωτήθηκαν για τις υπηρεσίες που έλαβαν από τους ΠΙ ήταν στην συντριπτική τους πλειοψηφία ικανοποιημένοι, κάτι που αντικατοπτρίζει την διαχρονική ανάγκη των ατόμων για καθολική, ισότιμη, ποιοτική και κατά το δυνατόν οικονομικά δίκαιη ΠΦΥ. Τομείς ωστόσο που προβλημάτισαν τους πολίτες περισσότερο και τους ικανοποίησαν λιγότερο ήταν η δυνατότητα να συμμετέχει ο ασθενής στις αποφάσεις για την ιατρική του φροντίδα, η ταχύτητα με την οποία ο ΠΙ ανακουφίζει τα συμπτώματα του ασθενούς, το πόσο βοηθά ο ΠΙ τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα συναισθηματικά προβλήματα που έχουν σχέση με την κατάσταση της υγείας του, σε τι βαθμό ο ΠΙ προετοιμάζει τον ασθενή για το «ταξίδι» του στην δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη εφόσον χρειάζεται και τέλος ο χρόνος αναμονής στο ιατρείο.

Η περιγραφή του υπάρχοντος δικτύου των ΠΙ επί του παρόντος σε συνδυασμό με τις τάσεις που αποτυπώθηκαν στα ερωτηματολόγια και των δύο ομάδων οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η πολιτεία έχει ακόμα σημαντικό έργο να επιτελέσει αν θέλει να κάνει πράξη τις αλλαγές που έχει νομοθετήσει. Ο αριθμός των ειδικών Γενικής & Οικογενειακής Ιατρικής στη χώρα παραμένει χαμηλότερος του

ευρωπαϊκού μέσου όρου επομένως η προσέλκυση νέων Ιατρών είναι καθοριστικής σημασίας. Παράλληλα, θα πρέπει πιθανώς να αναθεωρηθούν τα κίνητρα που παρέχονται στους ΠΙ ώστε μεγαλύτερος αριθμός από τους ήδη υπάρχοντες να πάρει τη μεγάλη απόφαση συμμετοχής στον θεσμό. Η οικονομική βιωσιμότητα του εγχειρήματος είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τέλος, θα πρέπει όλες οι δράσεις ΔΥ που αφορούν στην ΠΦΥ και έχουν εξαγγελθεί να αρχίσουν να περιλαμβάνουν τους άμεσα ενδιαφερόμενους, ήτοι τους Προσωπικούς Ιατρούς. Επί του παρόντος, πολλές από τις δράσεις παραμένουν στα χαρτιά και στα μέλη των αντίστοιχων επιτροπών, με εξαίρεση ίσως το πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου του μαστού «Φώφη Γεννηματά» και την καταγραφή της ηπατίτιδας C.

4.2 Ευρήματα υπό το πρίσμα της βιβλιογραφίας

Προηγούμενες μελέτες δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εργασιακής ικανοποίησης ιατρών με την ηλικία, τα έτη εργασίας και την εκπαίδευση (ΑΛΕΞΙΑΣ et al., 2010). Άλλες εργασίες δείχνουν το αντίθετο (ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ, 2017). Από άλλες μελέτες προκύπτει ότι το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση σχετίζονται σημαντικά με την εργασιακή ικανοποίηση των ιατρών (ΠΑΝΑΓΗ, 2019). Επιπλέον, μελέτες ικανοποίησης ασθενών δείχνουν ότι ο ασθενής επιθυμεί μια πιο ουσιαστική σχέση με τον γιατρό του, ο οποίος να γνωρίζει το ιστορικό του και να τον αντιμετωπίζει περισσότερο ως άτομο και λιγότερο ως πρόβλημα, στοιχείο που αναδεικνύει και η παρούσα εργασία (LIONIS et al., 2017).

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται διεθνώς μια μετατόπιση του μοντέλου «fee for service» (αποζημίωση για την παρεχόμενη υπηρεσία) στο «value-based reimbursement» (αποζημίωση για την αξία της υπηρεσίας για τον ασθενή), μια πρακτική που παρουσιάζει αυξημένη αποτελεσματικότητα για την υγεία ενός πληθυσμού και για την αποδοτικότητα ενός συστήματος υγείας (Clarke et al., 2021, L.P. Garrison and Towse, 2017). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η παραδοσιακή προσέγγιση του ιατρού - ασθεντία εγκαταλείπεται και η άσκηση της ιατρικής γίνεται με επίκεντρο τον ασθενή ο οποίος καλείται να έχει ενεργό συμμετοχή στα θέματα υγείας και ευημερίας του. Κεντρικό ρόλο σε αυτή την ιδεολογική καταρχάς μετατόπιση καλείται να παίξει ο προσωπικός ιατρός. Με αφορμή τις εξελίξεις της τελευταίας τριετίας στο νομοθετικό πλαίσιο που διαμορφώνει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την Δημόσια Υγεία, η παρούσα εργασία σκοπό είχε να διερευνήσει τις πρώτες εντυπώσεις από την εφαρμογή των νόμων 4931/2022 (Ελ.Βουλή, 2022) με τίτλο «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ και στην ΠΦΥ» και Ν. 4675/2020 (Ελ.Βουλή, 2020), με τίτλο «Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας - ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις».

Η πρόσφατη βιβλιογραφία αναφέρεται εκτενώς στην ανάγκη συνεργασίας ΠΦΥ και ΔΥ (WHO, 2018b, Medicine, 2012, RecheI, 2020, C. LIONIS et al., 2018) με στόχο την καλύτερη υγεία ενός πληθυσμού και την επίτευξη των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης (Sustainable Development Goals SDGs) συνδεδεμένων με την υγεία, όπως αυτοί ορίστηκαν από τα κράτη μέλη των Ηνωμένων Εθνών το 2015 με ορίζοντα το

2030 (WHO, 2017). Για να γίνει πράξη αυτή η ενσωμάτωση πρέπει καταρχάς να ληφθεί υπόψη η ποικιλομορφία των συστημάτων ΠΦΥ και ΔΥ σε κάθε κράτος (Rechel et al., 2018) και οι όποιες προσπάθειες να γίνουν στο πλαίσιο των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών κάθε χώρας. Ωστόσο, βασική προϋπόθεση για μια τέτοια αλλαγή είναι η ύπαρξη ενός ενιαίου και κατά το δυνατόν δίκαιου συστήματος ΠΦΥ(ΛΙΟΝΗΣ, 2020).

Στην Ελλάδα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέμενε για δεκαετίες κατακερματισμένη, χωρίς καθολική πρόσβαση του πληθυσμού σε αυτή, χωρίς συνέχεια στη φροντίδα, με αδυναμία σύνδεσης με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, χωρίς συμμετοχή στις υπηρεσίες αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας, αποκομμένη από την έννοια της οικογένειας και της συμμετοχής στην κοινότητα και φυσικά χωρίς δυνατότητα συμμετοχής στις όποιες δράσεις Δημόσιας Υγείας επιχειρούνταν αποσπασματικά από την πολιτεία (Γ. ΤΟΥΝΤΑΣ et al., 2020). Η πρόσφατη περιπέτεια της πανδημίας Covid 19 ανέδειξε στον υπερθετικό βαθμό τις αδυναμίες του συστήματος παρά τις φιλότιμες προσπάθειες των ιατρών που την υπηρετούν. Οι αντιστάσεις του συστήματος είναι αναγνωρισμένες και τεκμηριωμένες από επιστήμονες στον χώρο της πολιτικής και οικονομικών της υγείας (ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, 2019, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, 2019).

Για τους λόγους αυτούς έπρεπε σταδιακά, με όρους βιωσιμότητας και αποτελεσματικότητας να γίνει η αναμόρφωση της ΠΦΥ με ταυτόχρονες αλλαγές στην ΔΥ, χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα εργαλεία και την ευρωπαϊκή εμπειρία. Σε αυτό το πλαίσιο, ο νέος νόμος για την ΠΦΥ καλεί για πρώτη φορά τους ιδιώτες οικογενειακούς ιατρούς (καταρχάς Γενικούς Ιατρούς και Παθολόγους) να συμμετέχουν, ώστε κάθε Έλληνας πολίτης να αποκτήσει τον προσωπικό του γιατρό χωρίς να πληρώνει για αυτές τις υπηρεσίες. Κρίσιμο στοιχείο της μεταρρύθμισης αποτελεί η εξέλιξη του ηλεκτρονικού φακέλου και η διασύνδεση με όλες τις βαθμίδες περίθαλψης (ΛΙΟΝΗΣ, 2018b, ΛΙΟΝΗΣ, 2020). Το Υπουργείο Υγείας ήδη έχει καλέσει τους πολίτες που εγγράφησαν στον θεσμό του προσωπικό ιατρού, να υλοποιήσουν το πρώτο τους ραντεβού που μεταξύ των άλλων αποσκοπεί στο να εκκινηθεί η συμπλήρωση κάποιων επιμέρους τμημάτων του Ατομικού Φακέλου Υγείας. Ωστόσο οι Ιατροί διαμαρτύρονται ότι δεν έχουν ένα οργανωμένο πλαίσιο οδηγιών τόσο για την συμπλήρωση του Ατομικού Φακέλου Υγείας του πολίτη, ούτε για την διαχείριση των εγγεγραμμένων τουλάχιστον σε επίπεδο διαχείρισης μείζονων παραγόντων κινδύνου και διενέργειας μαζικού ή ατομικού προληπτικού ελέγχου.

Σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025 του Υπουργείου Υγείας, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα αν και είναι ελαφρώς μεγαλύτερο από τον αντίστοιχο ευρωπαϊκό μέσο όρο (81,1 έτη έναντι 80,6) δεν συνάδει με την αυξημένη νοσηρότητα του ελληνικού πληθυσμού κατά 25%, που οφείλεται στον τρόπο ζωής (κάπνισμα, παχυσαρκία, καθιστική ζωή) και στην αύξηση των μη μεταδοτικών ασθενειών (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ and ΥΓΕΙΑΣ, 2021). Απαιτούνται επομένως παρεμβάσεις δημόσιας υγείας που θα βελτιώσουν την παρούσα κατάσταση. Στο σχέδιο αυτό περιλαμβάνονται όλες οι δράσεις εκείνες που η ΠΦΥ μπορεί να διεκπεραιώσει με κεντρικό το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης». Σε αυτό το πρόγραμμα οι Προσωπικοί Ιατροί μπορούν και θα πρέπει να συμμετάσχουν ενεργά σε δράσεις σχετικές με την σωστή διατροφή, την ενημέρωση

κατά του καπνίσματος του αλκοόλ και των εξαρτήσεων, την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση διαφόρων μορφών καρκίνου, καρδιαγγειακής νόσου και άλλων νοσημάτων υψηλού επιπολασμού καθώς και τον έλεγχο της εμβολιαστικής κάλυψης εφήβων και ενηλίκων. Ήδη το Υπουργείο υλοποιεί την πρώτη παρέμβαση αυτού του σχεδίου, τον μαζικό προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού που αφορά σε γυναίκες 50 έως 69 χρόνων. Στην ολοκλήρωση του προγράμματος οι Προσωπικοί Ιατροί θα κληθούν να ενημερώσουν τον Ατομικό Φάκελο Υγείας και τον πολίτη για τον επόμενο πιθανό του έλεγχο. Η υλοποίηση της δεύτερης παρέμβασης, αφορά την εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου. Στον έλεγχο αυτό, ο ρόλος του Προσωπικού Ιατρού αναμένεται να είναι καθοριστικός αφού θα αποτελέσει τον Ιατρό αναφοράς που θα φέρει σε πέρας όλη την αξιολόγηση, λαμβάνοντας υπόψη τα εργαστηριακά ευρήματα, τις συνήθειες του πολίτη και την κλινική του εξέταση (μέτρηση ΑΠ, βάρους κ.ο.κ.).

Η συμμετοχή των Προσωπικών Ιατρών μπορεί και πρέπει να επεκταθεί στην ανακουφιστική φροντίδα, που συχνά καλούνται ούτως ή άλλως να διεκπεραιώσουν, με λιγοστά μέσα και χωρίς τη δυνατότητα να παραπέμψουν ασθενείς και φροντιστές σε κατάλληλες κοινοτικές δομές. Το πρόσφατο ψηφισθέν νομοσχέδιο, και πλέον Νόμος 5007/2022: με θέμα «Ολοκληρωμένο Σύστημα Παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας - Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και την προστασία της δημόσιας υγείας και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις (ΦΕΚ 241/Α/23.12.2022), προβλέπει άλλωστε Δομές Ανακουφιστικής Φροντίδας, οι οποίες οργανώνονται να λειτουργούν σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, αναλόγως των αναγκών του πληθυσμού στον οποίον απευθύνονται. Στη διάκριση τους αναφέρεται ως πρώτη κατηγορία, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον ανακουφιστικής φροντίδας σε εξωτερικούς ασθενείς, οι οποίες λειτουργούν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χωρίς ωστόσο να γίνεται οποιαδήποτε αναφορά στον τρόπο διασύνδεσης με το σύστημα ΠΦΥ (δημόσιο ή ιδιωτικό).

Τέλος ο ρόλος των Προσωπικών Ιατρών, σε μια κουλτούρα διασύνδεσης με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μπορεί να είναι καθοριστικός τόσο στην αποκατάσταση ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα όσο και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας γενικότερα καθώς ήδη υπάρχουν πρωτόκολλα για την διαχείριση κοινών ψυχικών διαταραχών από τους Ιατρούς της ΠΦΥ.

4.3 Περιορισμοί της μελέτης

Είναι προφανές ότι ο εξαιρετικά χαμηλός αριθμός συμμετεχόντων, ειδικά Προσωπικών Ιατρών, δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Το χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης πέραν των προσωπικών απόψεων που εκφράστηκαν (μη αρκετός χρόνος εφαρμογής του θεσμού, αυξημένος όγκος εργασίας) ενδεχομένως να οφείλεται και στη μικρή χρονική διάρκεια της μελέτης που δεν επέτρεψε σε έναν αριθμό ενδιαφερόμενων ιατρών τελικά να απαντήσουν. Επιπλέον, τα ερωτηματολόγια των ασθενών μοιράστηκαν μέσω φαρμακείων της περιοχής του Παλαιού Φαλήρου σε ασθενείς-πελάτες αυτών. Δεν ήταν δυνατός επομένως ο έλεγχος της πληροφωρίας προς τους συμμετέχοντες με έναν συστηματικό και επαναλαμβανόμενο τρόπο γεγονός που ενδεχομένως απέτρεψε αρκετούς τελικά να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

4.4 Απήχηση της μελέτης

Η μελέτη αυτή επιχειρήσε να περιγράψει τις πρώτες εντοπώσεις γιατρών και ασθενών από την εφαρμογή ενός σημαντικού θεσμού για την μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα. Η εξαγωγή συμπερασμάτων, ειδικά για την γνώμη των ΠΙ δεν είναι εφικτή εξαιτίας του χαμηλού αριθμού ανταπόκρισης. Παρά τους περιορισμούς της όμως, οι τάσεις που προέκυψαν συμφωνούν με την βιβλιογραφία για το έλλειμμα στην ολοκληρωμένη φροντίδα και τις επιθυμίες των γιατρών της ΠΦΥ για ουσιαστική συμμετοχή τους στην φροντίδα του πληθυσμού ευθύνης τους. Παράλληλα η μελέτη ανέδειξε στον βαθμό που ήταν εφικτό την ανάγκη υλοποίησης των πολιτειακών δεσμεύσεων στο εγγύς μέλλον. Θα ήταν χρήσιμο η αρχική αυτή μελέτη να συνεχιστεί με τη διενέργεια προσωπικών συνεντεύξεων με στόχο την ανίχνευση των απόψεων των ΠΙ για τη μεταρρύθμιση που πραγματοποιείται. Επιπλέον, θα μπορούσε κανείς να επιχειρήσει την λεπτομερέστερη έρευνα των αιτιών μη συμμετοχής των ΠΙ σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Είναι όντως θέμα έλλειψης χρόνου? Δεν έχουν ακόμα διαμορφώσει άποψη για τα τεκταινόμενα ή μήπως εξαιτίας των αλλαγών στον τρόπο εργασίας των γιατρών λόγω της πρόσφατης πανδημίας COVID 19 έχει επέλθει κόπωση από την ηλεκτρονική επικοινωνία? Η αρχική αυτή μελέτη θα μπορούσε να αποτελέσει αφορμή για περαιτέρω έρευνα αυτών των υποθέσεων.

4.5 Συμπέρασμα

Ο Προσωπικός Ιατρός πρώτης γραμμής, τόσο ο ιδιώτης όσο και ο εργαζόμενος σε φορέα ΕΣΥ, που καλείται σήμερα να παίξει τον ρόλο του βασικού συνεργάτη του ασθενούς στο δια βίου ταξίδι του για επίτευξη βέλτιστης υγείας και ευημερίας, χρήζει αναγνώρισης του πολύπλοκου έργου του, σαφές πλαίσιο εργασίας και ψηφιακά εργαλεία κατάλληλα για την επίτευξη όλων των παραπάνω στόχων. Οι πολίτες, χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ, ζητούν από τον γιατρό τους να παίξει αυτόν τον ρόλο και επικροτούν αλλαγές προς αυτή την κατεύθυνση. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις που επιχειρούνται αν και δίνουν το πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων πρέπει με γοργό ρυθμό να υλοποιηθούν.

Βιβλιογραφία

- A.DONABEDIAN 1988. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260, 1743-1748.
- A.DONABEDIAN 1992. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*, 18, 356-360.
- BAKERTZIS, E. & MYLONI, B. 2021. Profession as a major drive of work engagement and its effects on job performance among healthcare employees in Greece: a comparative analysis among doctors, nurses and administrative staff. *Health Serv Manage Res.*, 34, 80-91.
- BAZOUKIS, X., KALAMPOKIS, N., PAPOUDOU-BAI, A., BAZOUKIS, G. & GRIVAS, N. 2020. The increasing incidence of immigration and information-seeking behaviour of medical doctors in north-western Greece. *Rural and Remote Health*, 20, 4877.
- C. LIONIS, E. PETELOS, S. PAPADAKIS, I. TSILIGIANNI, M. ANASTASAKI, A. ANGELAKI, A. BERTSIAS, E.A. MECHILI, M. PAPADAKAKI, D. SIFAKI-PISTOLLA & SIMVOULAKIS, E. 2018. Towards evidence-informed integration of public health and primary care: experiences from Crete. *Public Health Panorama*, 699-714.
- C. LIONIS, SYMVOULAKIS, E., MARKAKI, A., E. PETELOS, PAPADAKIS, S., D. SIFAKI-PISTOLLA, PAPADAKAKIS, M., SOULIOTIS, K. & TZIRAKI, C. 2019. Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Primary Health Care Research & Development*, 20, 1-7.
- CLARKE, L., ANDERSON, M., ANDERSON, R., KLAUSEN, M. B., FORMAN, R., KERNS, J., RABE, A., KRISTENSEN, S. R., THEODORAKIS, P., VALDERAS, J., KLUGE, H. & MOSSIALOS, E. 2021. Economic Aspects of Delivering Primary Care Services: An Evidence Synthesis to Inform Policy and Research Priorities. *The Milbank Quarterly*, 99, 974-1023.
- GIANNOUCHOS, T. V., VOZIKIS, A., KOUFOPOULOU, P., FAWKES, L. & SOULIOTIS, K. 2020. Informal out-of-pocket payments for healthcare services in Greece. *Health Policy*, 124, 758-764.
- GOULA, A., RIZOPOULOS, T., STAMOULI, M., KELESI, M., KABA, E. & SOULIS, S. 2022. Internal quality and job satisfaction in health care services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1946.
- INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH, C. 1978. Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron*, 32, 428-30.
- KAITELIDOU, D., KONTOGIANNI, A. & P.GALANIS 2012. Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *J Nurs Manag.*, 20, 571-8.
- KARAKOLIAS, S., KASTANIOTI, C., THEODOROU, M. & POLYZOS, N. 2017. Primary Care doctors' assessment of and preferences on their remuneration: evidence from Greek public sector. *The journal of Health Care Organization, Provision and Financing*, 54, 1-8.
- KHAN, A. & ETAL 2012. Impact of job satisfaction on employee performance: An empirical study of autonomous Medical Institutions of Pakistan. *African Journal of Business Management*, 6, 2697-2705.
- KLUGE, H., KELLEY, E., BARKLEY, S., THEODORAKIS, P. N., YAMAMOTO, N., TSOY, A., AIYPKHANOVA, A., GANESH, V., HIPGRAVE, D. B., PETERSON, S. S., VALDERAS, J. M. & MOSSIALOS, E. 2018a. How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. *Lancet*, 392, 1372-1374.

- KLUGE, H., KELLEY, E., BIRTANOV, Y., THEODORAKIS, P. N., BARKLEY, S., AIDOSSOV, S. & VALDERAS, J. M. 2019. Implementing the renewed vision for Primary Health Care in the Declaration of Astana: the time is now. *Prim Health Care Res Dev*, 20, e137.
- KLUGE, H., KELLEY, E., SWAMINATHAN, S., YAMAMOTO, N., FISSEHA, S., THEODORAKIS, P. N., KRISTENSEN, S., ANDERSON, M. & MOSSIALOS, E. 2018b. After Astana: building the economic case for increased investment in primary health care. *Lancet*, 392, 2147-2152.
- KLUGE, H., KELLEY, E., THEODORAKIS, P. N., BARKLEY, S. & VALDERAS, J. M. 2018c. Forty years on from Alma Ata: present and future of Primary Health Care research. *Primary Health Care Research & Development*, 19, 421-423.
- KONTODIMOPOULOS, N., PALEOLOGOU, V. & NIAKAS, D. 2009. Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. *BMC Health Services Research*, 9, 164.
- KRINGOS, D., BOERMA, W., BOURGUEIL, Y., CARTIER, T., DEDEU, T. & AL, E. 2013. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practitioners*, 742-750.
- L.P. GARRISON & TOWSE, A. 2017. Value-based pricing and reimbursement in personalised healthcare: introduction to the basic health economics. *Journal of Personalized Medicine*, 10.
- LEVESQUE, J., BRETON, M., SENN, N., LEVESQUE, P., BERGERON, P. & ROY, D. 2013. The interaction of public health and primary care: functional roles and organizational models that bridge individual and population perspectives. *Public Health Reviews*, 35, 1-27.
- LIONIS, C., PAPADAKIS, S., TATSI, C., BERTSIAS, A., DUIJKER, G., MERKOURIS, P. B., BOERMA, W. & SCHAFFER, W. 2017. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC Health Services Research*, 255.
- MEDICINE, I. O. 2012. *Primary Care and Public Health: exploring integration to improve population health*, Washington, National Academies Press.
- PHILALITHIS, A. 2021. Landmarks in the development of Primary Health Care. *Archives of Hellenic Medicine*, 38, 675-682.
- PLATIS, C., PEKLITIS, P. & ZIMERAS, S. 2015. Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 480-487.
- R. GROL & WENSING, M. 2000. PATIENTS EVALUATE GENERAL/FAMILY PRACTICE THE EUROPEAN INSTRUMENT. WONCA Europe.
- RECHEL, B. 2020. How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options. WHO European Observatory on Health Systems and Policies.
- RECHEL, B., JAKUBOWSKI, E., MCKEE, M. & NOLTE, E. 2018. *Organization and financing of public health services in Europe*, Denmark, WHO.
- SHETTY, P. 2012. Grey matter: ageing in developing countries. *Lancet*, 379, 1287-7.
- SPECTOR, P. E. 2022. *Job Satisfaction From Assessment to Intervention*, Routledge.
- WHITE KL, W. T., GREENBERG BG 1961. The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, 265, 885-892.
- WHO 2008. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>.
- WHO 2016. GENERAL PRACTITIONERS FOR PEOPLE-CENTRED PRIMARY CARE. In: OFFICE, A. (ed.). ATHENS.
- WHO 2017. Monitoring the Health-Related Sustainable Development Goals (SDGs). In: ASIA, W. S.-E. (ed.). SEARO, New Delhi, India.
- WHO 2018a. Declaration of Astana <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. World Health Organization.

- WHO 2018b. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-closing-the-gap-between-public-health-and-primary-care-through-integration>.
- WHO 2020. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337641>. WHO Headquarters (HQ): WHO TEAM
Special Programme on Primary Health Care.
- WHO 2021. Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable diseases.
- WINSLOW, C. 1920. The untilled fields of public health. *Science*, 51, 23-33.
- WORLD HEALTH ASSEMBLY. 2016. *Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat*. [Online]. Geneva: World Health Organization. Available: <https://www.who.int/iris/handle/10665/252698> [Accessed].
- ΑΛΕΞΙΑΣ, Γ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Φ. & ΠΙΛΑΤΗΣ, Ι. 2010. Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131, 109-136.
- Γ. ΤΟΥΝΤΑΣ, Γ. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΛΙΟΝΗΣ, Μ. ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ, Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, Γ. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ & ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ, Τ. 2020. Το Νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *In: ΑΝΑΛΥΣΗΣ, Δ. Ο. Έ.* (ed.).
- ΓΟΥΛΑ, Α., ΛΑΤΣΟΥ, Δ., ΝΑΤΣΗΣ, Χ., ΣΑΡΡΗΣ, Μ., ΣΟΥΛΗΣ, Σ. & ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ, Γ. 2019. Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 36, 88-95.
- ΔΟΞΙΑΔΗΣ, Σ. 1981. Μέτρα Προστασίας για την υγεία. Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- Ε. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Γ. ΔΗΜΟΛΙΑΤΗΣ, Α. ΔΟΛΓΕΡΑΣ, Γ. ΔΟΥΜΟΥΛΑΚΗΣ, Π. ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ & ΚΕΔΙΚΟΓΛΟΥ, Σ. 2003. *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα, Θεμέλιο.
- ΕΛ.ΒΟΥΛΗ 1983. Ν. 1397/1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας. *Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 143/7-10-1983*. Εθνικό Τυπογραφείο.
- ΕΛ.ΒΟΥΛΗ 1992. Ν. 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. *Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 123/15-7-1992*.
- ΕΛ.ΒΟΥΛΗ 1997. Ν. 2519/1997. Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 165/21-8-1997*.
- ΕΛ.ΒΟΥΛΗ 2001. Ν. 2889/2001. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ. *Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 37/2-3-2001*.
- ΕΛ.ΒΟΥΛΗ 2004. Ν. 3235/2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 53/18-2-2004*.
- ΕΛ.ΒΟΥΛΗ 2011. Ν. 3918/2011. Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 31/2-3-2011*.
- ΕΛ.ΒΟΥΛΗ 2014. Ν. 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 38/17-2-2014*.
- ΕΛ.ΒΟΥΛΗ 2017. Ν. 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 115/7-8-2017*.
- ΕΛ.ΒΟΥΛΗ 2020. Ν. 4675/2020 Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 54/Α/11-3-2020*.

- ΕΛ.ΒΟΥΛΗ 2022. Ν. 4931/2022 Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις. *Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 94/13-5-2022*.
- ΚΑΝΤΑΣ, Α. 1996. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 71-85.
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. 2019. *Η περιπέτεια της μεταρρύθμισης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, Εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ.
- ΛΑΜΠΡΑΚΗ, Μ., ΒΛΑΣΙΑΔΗΣ, Κ., ΠΑΤΕΡΑΚΗΣ, Γ. & ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ, Α. 2016. Προσδοκίες και ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 33, 472-478.
- ΛΙΟΝΗΣ, Χ. 2018a. Οικογενειακός Γιατρός: σημερινές προκλήσεις και αναγκαία βήματα. *Healthview* [Online]. Available: <https://www.healthview.gr/ikogiakos-giatros-simerines-proklisis-ke-anagkea-vimata-vima-pepto-tou-christou-lioni/>.
- ΛΙΟΝΗΣ, Χ. 2018b. Ο οικογενειακός ιατρός στο επίκεντρο της συζήτησης. Σκέψεις για μια αποτελεσματική εφαρμογή του. *Healthview* [Online]. Available: <https://www.healthview.gr/63211/o-oikogeneiakosiatros-sto-epikentro-tis-syzitisis-skepseis-gia-mia-apotelesmatikiefarmogi-toy-toy-christoy-lioni/>.
- ΛΙΟΝΗΣ, Χ. 2020. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα κάτω από το φως της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Astana. Ένα κείμενο θέσεων. *Archives of Hellenic Medicine*, 37, 151-154.
- ΠΑΝΑΓΗ, Β. 2019. *Διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης των ιδιωτών ιατρών ΠΦΥ σε βόρεια Προάστια των Αθηνών*. Master, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ, Β., ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ, Γ., ΣΑΡΡΗΣ, Μ. & ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. 2008. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 25, 73-82.
- ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. 2017. *Η επαγγελματική ικανοποίηση και αξιολόγηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα στρατιωτικά νοσοκομεία της Αθήνας*. Master, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- ΠΑΠΑΚΩΣΤΙΔΗ, Α. & ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ, Ν. 2012. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 29, 480-488.
- ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ Οκτώβριος 2017. Έρευνα για τις μεταρρυθμίσεις στην Υγεία στην Ελλάδα. Αθήνα: ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.
- ΠΟΛΥΖΟΣ, Ν., ΜΠΑΡΤΣΩΚΑΣ, Δ., ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ, Γ., ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ι. & ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. 2005. Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία της Αττικής. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 22, 284-295.
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, Κ. Ν. 2019. *Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας. Μια πρόταση για την Ελλάδα*, Παπαζήση.
- ΤΟΥΝΤΑΣ, Γ. 2021. Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος υγείας στην εποχή της πανδημίας https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2021/11/PP_to-neo-ESY_final.pdf. In: ΑΝΑΛΥΣΗΣ, Δ. Ο. Έ. (ed.).
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ & ΥΓΕΙΑΣ, Υ. Γ. Γ. Δ. 2021. ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025. ΑΘΗΝΑ.
- ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ, Α. 2021. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Χαμένη στον λαβύρινθο. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 38, 548-556.
- ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ, Α., ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ, Α. & ΤΡΟΜΠΟΥΚΗΣ, Κ. 2020. Δημόσια Υγεία - Κοινωνική Ιατρική Η ιστορία και η σημειολογία του όρου. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 37, 395-405.

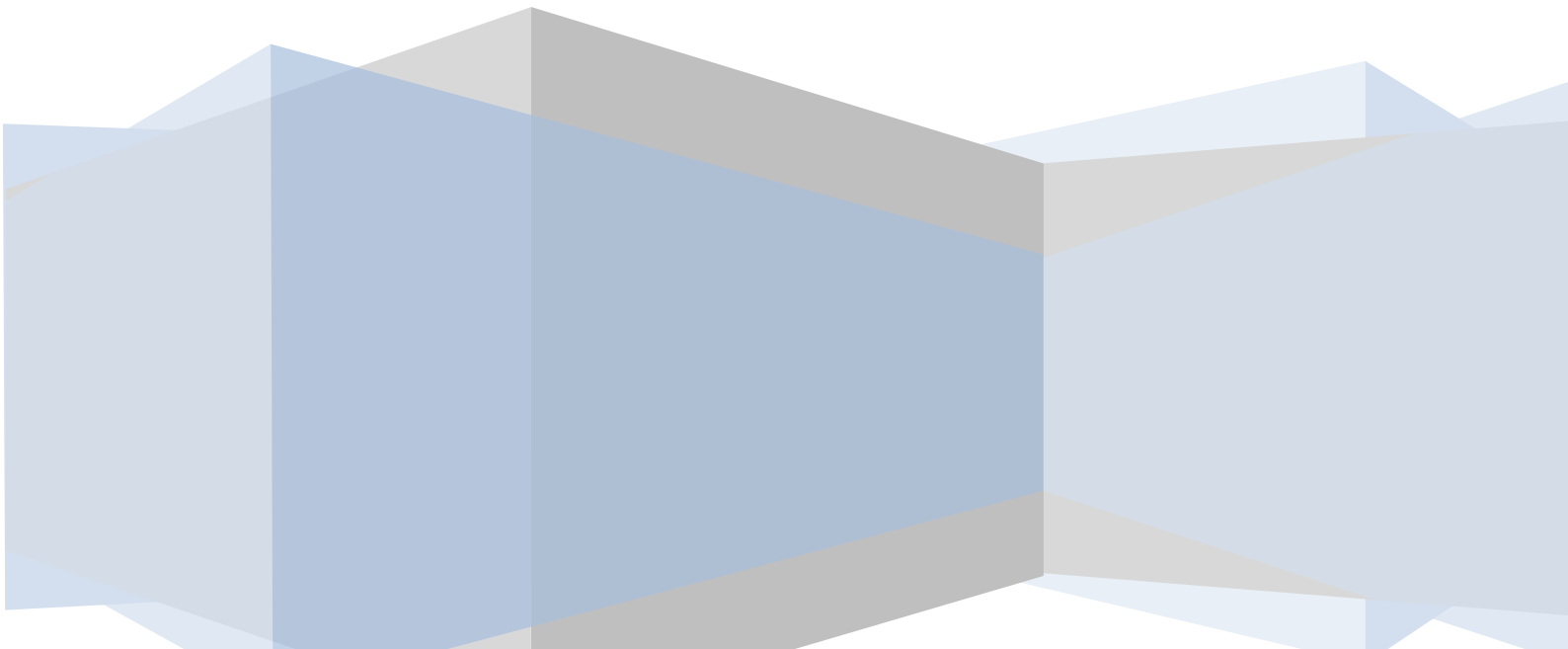
Παράρτημα Ι

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Δημόσια Υγεία - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Υπηρεσίες Υγείας» Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης

Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Προσωπικών Ιατρών

Paul E. Spector Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστήμιο της Νοτίου
Φλόριντας

Copyright Paul E. Spector 1994, All rights reserved



Αγαπητέ/τή Ιατρέ,

Με το ερωτηματολόγιο αυτό σας ζητάμε να αξιολογήσετε (βαθμός ικανοποίησης και προσδοκίες) το νέο πρόγραμμα του Προσωπικού Ιατρού στο οποίο συμμετέχετε.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται **εθελοντικά** και **ανώνυμα** με σκοπό την επεξεργασία και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων σε μεταπτυχιακή διατριβή του προγράμματος «Δημόσια Υγεία - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Υπηρεσίες Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

ΦΥΛΟ: (Σημειώστε με X)

- Άνδρας
- Γυναίκα

ΗΛΙΚΙΑ:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: (Σημειώστε με X)

- ΕΓΓΑΜΟΣ
- ΑΓΑΜΟΣ
- ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ

ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΤΗ:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ Paul E. Spector Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστήμιο της Νοτίου Φλόριντας Copyright Paul E. Spector 1994, All rights reserved.		Ιατρική Σχολή-Πανεπιστήμιο Κρήτης					
ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΠΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΑΥΤΗΝ (Μην χρησιμοποιήσετε προσωπικά στοιχεία, τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την εκπόνηση μεταπτυχιακής διατριβής)		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μετρίως	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μετρίως	
1	Αισθάνομαι ότι αμείβομαι δίκαια για την εργασία που κάνω.	1	2	3	4	5	6
2	Υπάρχει μικρή πιθανότητα προαγωγής στη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
3	Ο/Η προϊστάμενός μου είναι αρκετά ικανός στη δουλειά του/της.	1	2	3	4	5	6
4	Δεν είμαι ικανοποιημένος με τις πρόσθετες παροχές που λαμβάνω.	1	2	3	4	5	6
5	Όταν κάνω καλά την εργασία μου, λαμβάνω την αναγνώριση που θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
6	Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες κάνουν τη σωστή εκτέλεση της εργασίας δύσκολη .	1	2	3	4	5	6
7	Μου αρέσουν οι άνθρωποι με τους οποίους εργάζομαι.	1	2	3	4	5	6
8	Μερικές φορές αισθάνομαι πως η εργασία μου είναι ανούσια.	1	2	3	4	5	6
9	Η επικοινωνία εντός του οργανισμού είναι καλή.	1	2	3	4	5	6
10	Οι αυξήσεις είναι λίγες και αραιές.	1	2	3	4	5	6
11	Όσοι τα πηγαίνουν καλά στην εργασία τους, έχουν καλή πιθανότητα προαγωγής.	1	2	3	4	5	6
12	Ο/Η προϊστάμενός μου είναι άδικος μαζί μου.	1	2	3	4	5	6
13	Οι πρόσθετες παροχές που λαμβάνουμε είναι εξίσου καλές με αυτές που προσφέρουν άλλοι οργανισμοί.	1	2	3	4	5	6
14	Δεν αισθάνομαι πως η εργασία που κάνω εκτιμάται.	1	2	3	4	5	6
15	Οι προσπάθειές μου να κάνω καλά την εργασία μου περιορίζονται από την γραφειοκρατία.	1	2	3	4	5	6
16	Θεωρώ ότι πρέπει να εργαστώ πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των συνεργατών μου.	1	2	3	4	5	6
17	Μου αρέσουν αυτά που κάνω στην εργασία μου.	1	2	3	4	5	6
18	Οι στόχοι του οργανισμού δεν είναι ξεκάθαροι σε εμένα.	1	2	3	4	5	6

	ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΠΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΑΥΤΗΝ. Copyright Paul E. Spector 1994, All rights reserved. (Μην χρησιμοποιήσετε προσωπικά στοιχεία, τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την εκπόνηση μεταπτυχιακής διατριβής)	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μετρίως	Διαφωνώ λίγο	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μετρίως	Συμφωνώ απόλυτα
19	Νιώθω μη εκτιμώμενος από τον οργανισμό όταν σκέφτομαι την αμοιβή μου.	1	2	3	4	5	6
20	Το προσωπικό του οργανισμού στον οποί εργάζομαι προάγεται τόσο γρήγορα όσο γίνεται και αλλού..	1	2	3	4	5	6
21	Ο/Η προϊστάμενος δείχνει μικρό ενδιαφέρον για τα αισθήματα των υφισταμένων του.	1	2	3	4	5	6
22	Το πακέτο παροχών πέραν του μισθού που έχουμε είναι δίκαιο.	1	2	3	4	5	6
23	Υπάρχουν λίγες επιβραβεύσεις για αυτούς που εργάζονται εδώ.	1	2	3	4	5	6
24	Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας.	1	2	3	4	5	6
25	Περνάω ευχάριστα με τους συνεργάτες μου.	1	2	3	4	5	6
26	Συχνά αισθάνομαι πως δεν γνωρίζω τι συμβαίνει στον οργανισμό στον οποίο εργάζομαι.	1	2	3	4	5	6
27	Αισθάνομαι περήφανος κατά την εκτέλεση της εργασίας μου.	1	2	3	4	5	6
28	Αισθάνομαι ικανοποιημένος με τις πιθανότητες μισθολογικής προαγωγής.	1	2	3	4	5	6
29	Υπάρχουν πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού που θα έπρεπε να λαμβάνουμε αλλά αυτό δεν συμβαίνει.	1	2	3	4	5	6
30	Συμπαθώ τ ον προϊστάμενό μου.	1	2	3	4	5	6
31	Έχω περισσότερη απότι θα έπρεπε γραφική εργασία να κάνω.	1	2	3	4	5	6
32	Δεν νιώθω ότι οι προσπάθειές μου επιβραβεύονται με τον τρόπο που θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
33	Είμαι ικανοποιημένος με τις προοπτικές προαγωγής.	1	2	3	4	5	6
34	Υπάρχουν αρκετές διαφωνίες και διαμάχες στη δουλειά.	1	2	3	4	5	6
35	Η δουλειά μου είναι ευχάριστη.	1	2	3	4	5	6
36	Τα εργασιακά καθήκοντα δεν εξηγούνται σαφώς.	1	2	3	4	5	6
Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στις προσδοκίες σας από το νέο σύστημα του ΠΙ							
37	Είναι χρήσιμη η αναβάθμιση της εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης	1	2	3	4	5	6
38	Δεν είναι επιθυμητή η ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και δημόσιας υγείας	1	2	3	4	5	6
39	Είναι επιθυμητή η ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των κοινωνικών υπηρεσιών	1	2	3	4	5	6
40	Δεν είναι επιθυμητή η ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	1	2	3	4	5	6

41	Είναι επιθυμητή η ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των νοσοκομειακών υπηρεσιών	1	2	3	4	5	6
42	Δεν είναι επιθυμητή η ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα πλαίσια ολοκληρωμένων τομειακών τοπικών δικτύων ΠΦΥ	1	2	3	4	5	6
43	Είναι επιθυμητή η ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω της αναδιοργάνωσης των Κέντρων Υγείας.	1	2	3	4	5	6
44	Δεν είναι επιθυμητή η ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω της αναδιοργάνωσης των τοπικών μονάδων υγείας.	1	2	3	4	5	6
45	Με ενδιαφέρει η ερευνητική δυνατότητα στην ΠΦΥ σε συνεργασία με τον ακαδημαϊκό χώρο και επιστημονικούς οργανισμούς.	1	2	3	4	5	6
46	Δεν έχει σημασία για την εργασία μου η βελτιστοποίηση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και των ψηφιακών τεχνολογιών	1	2	3	4	5	6
47	Είναι σημαντική για την μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης η εμπλοκή των πολιτών και κοινοτήτων	1	2	3	4	5	6

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία.

Οι απαντήσεις σας θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς για καλύτερη φροντίδα ασθενών και επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Παράρτημα II

EUROPEP ΕΛΛΗΝΙΚΑ

EUROPEP

Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης της Γνώμης των Ασθενών για τον Προσωπικό Ιατρό

Michel Wensing, Jan Mainz, Richard Grol
Άδεια για μετάφραση και προσαρμογή του EUROPEP
ΕΛΛΗΝΙΚΑ: Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής
Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Αγαπητέ/τή κύριε/κυρία,

Με το ερωτηματολόγιο αυτό, σας ζητάμε να βαθμολογήσετε την ποιότητα της φροντίδας που λάβατε τους τελευταίους 3 μήνες από τον ιατρό Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που επισκεφτήκατε (Προσωπικό Ιατρό) και στον /στην οποίο/α έχετε εγγραφεί.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται **εθελοντικά** και **ανώνυμα** με σκοπό την επεξεργασία και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων σε μεταπτυχιακή διατριβή του προγράμματος «Δημόσια Υγεία - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Υπηρεσίες Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

ΦΥΛΟ: (Σημειώστε με X)

- Άνδρας
- Γυναίκα

ΗΛΙΚΙΑ:

ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΙΔΑΤΕ ΤΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΑΣ ΙΑΤΡΟ ΑΠΟ ΤΗΝ 1/10/2022:

ΠΩΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ:

- ΑΡΙΣΤΗ
- ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ
- ΚΑΛΗ
- ΜΕΤΡΙΑ
- ΚΑΚΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΓΝΩΜΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΑΤΡΟ EUROPEE EΛΛΗΝΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΜ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ		Ιατρική Σχολή-Πανεπιστήμιο Κρήτης					ΜΗ ΣΧΕΤΙΚΟ
		Κακή				Άριστη	
A1	Σας κάνει να αισθάνεστε ότι είχατε αρκετό χρόνο στη διάθεσή σας στη διάρκεια των επισκέψεων;	1	2	3	4	5	
A2	Δείχνει ενδιαφέρον για την προσωπική σας κατάσταση;	1	2	3	4	5	
A3	Σας διευκολύνει να του/της μιλήσετε για τα προβλήματά σας;	1	2	3	4	5	
A4	Σας δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχετε στις αποφάσεις για την ιατρική φροντίδα σας;	1	2	3	4	5	
A5	Σας ακούει;	1	2	3	4	5	
A6	Διατηρεί τα στοιχεία του ιατρικού σας φακέλου εμπιστευτικά;	1	2	3	4	5	
A7	Ανακουφίζει γρήγορα τα συμπτώματά σας;	1	2	3	4	5	
A8	Σας βοηθάει να αισθανθείτε αρκετά καλά ώστε να μπορείτε να αποδίδετε στις συνηθισμένες καθημερινές σας δραστηριότητες;	1	2	3	4	5	
A9	Ασκεί προσεκτικά και με επιμέλεια τα καθήκοντά του;	1	2	3	4	5	
A10	Επιτελεί την Φυσική Εξέταση επαρκώς (εξετάζει δηλαδή με προσοχή την κοιλιά, την καρδιά, τους πνεύμονες, τα μάτια, το δέρμα σας κτλ);	1	2	3	4	5	
A11	Σας προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης της αρρώστιας; (πχ γενικές εξετάσεις, έλεγχος κατάστασης υγείας, εμβολιασμοί)	1	2	3	4	5	
A12	Σας εξηγεί τον σκοπό των ιατρικών/εργαστηριακών εξετάσεων και της θεραπείας;	1	2	3	4	5	
A13	Σας λέει αυτά που θέλετε να γνωρίζετε για τα συμπτώματα και την ασθένειά σας;	1	2	3	4	5	
A14	Σας βοηθάει να αντιμετωπίσετε τα συναισθηματικά προβλήματα που έχουν σχέση με την κατάσταση της υγείας σας;	1	2	3	4	5	
A15	Σας βοηθάει να καταλάβετε πόσο σημαντικό είναι να ακολουθήσετε τις συμβουλές που σας έδωσε;	1	2	3	4	5	
A16	Γνωρίζει τι είχε κάνει και τι σας είχε πει κατά την διάρκεια των επισκέψεων;	1	2	3	4	5	
A17	Σας προετοιμάζει σε σχέση με το τι πρέπει να περιμένετε κατά την επίσκεψή σας στον ειδικό ή στο νοσοκομείο;	1	2	3	4	5	
A18	Πόσο σας εξυπηρετεί το υπόλοιπο (μη ιατρικό) προσωπικό;	1	2	3	4	5	

	ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΚΥΚΛΩΣΤΕ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΠΟΥ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΑΥΤΗΝ.						ΜΗ ΣΧΕΤΙΚΟ
		Κακή	Αριστη				
A19	Πόσο εύκολα σας κλείνει ραντεβού σε ώρα που σας διευκολύνει;	1	2	3	4	5	
A20	Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με το ιατρείο του;	1	2	3	4	5	
A21	Πόσο εύκολα επικοινωνείτε τηλεφωνικά με τον Προσωπικό Ιατρό;	1	2	3	4	5	
A22	Πώς είναι ο χρόνος παραμονής στην αίθουσα αναμονής;	1	2	3	4	5	
A23	Παρέχονται άμεσα οι αναγκαίες υπηρεσίες για τα επείγοντα προβλήματα υγείας;	1	2	3	4	5	
A24	Μπορώ με βεβαιότητα να συστήσω τον Προσωπικό Ιατρό στους φίλους μου	1	2	3	4	5	
A25	Δεν έχω λόγο να αλλάξω Προσωπικό Ιατρό	1	2	3	4	5	

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία.

Οι απαντήσεις σας θα μας βοηθήσουν να προσφέρουμε καλύτερη φροντίδα στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Παράρτημα III

Έντυπο πληροφόρησης συμμετεχόντων

Τίτλος: Προσωπικός Ιατρός: μια μελέτη εκτίμησης των αναγκών και προσδοκιών του στο πλαίσιο της σημερινής μεταρρύθμισης

]

Ερευνητής: ΣΕΝΙΟΡΟΥ ΜΑΡΙΑ, Γενική Ιατρός, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης
ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΚΟΥΠΙΔΗΣ, Ιατρός Εργασίας, Επιστημονικά Υπεύθυνος

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε σε μία έρευνα που διεξάγεται από την Γενική Ιατρό ΣΕΝΙΟΡΟΥ ΜΑΡΙΑ, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Το έντυπο που κρατάτε στα χέρια σας θα σας δώσει πληροφορίες για την έρευνα προκειμένου να μπορέσετε ενημερωμένα να αποφασίσετε για το αν θα συμμετέχετε ή όχι σε αυτή την έρευνα.

1. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ;

Η εργασία έχει ως στόχο να μελετήσει τις ανάγκες και προσδοκίες των Προσωπικών Ιατρών όπως διαμορφώνεται ο θεσμός στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης μεταρρύθμισης. Συγκεκριμένα: α) θα γίνει καταγραφή των αναγκών των προσωπικών ιατρών, β) θα αναζητηθούν οι προσδοκίες τους από την εφαρμογή του θεσμού και γ) θα καταγραφούν οι απόψεις τους για την μεταρρύθμιση που πραγματοποιείται. Παράλληλα, ένας αριθμός χρηστών εγγεγραμμένων σε Προσωπικό Ιατρό θα ερωτηθούν ως προς τον βαθμό ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

2. ΠΟΙΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ; ΓΙΑΤΙ ΕΧΩ ΠΡΟΣΚΛΗΘΕΙ;

Στην έρευνα αυτή έχουν προσκληθεί να συμμετέχουν Προσωπικοί Ιατροί της 1^{ης} και 2^{ης} ΥΠε καθώς και πολίτες εγγεγραμμένοι σε Προσωπικούς Ιατρούς των αντίστοιχων περιοχών.

3. ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΘΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΩ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ; ΤΙ ΘΑ ΜΟΥ ΖΗΤΗΘΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;

Οι συμμετέχοντες θα αναζητηθούν από τις δημοσιευμένες λίστες των Προσωπικών Ιατρών με απλή τυχαία δειγματοληψία. Κατόπιν τηλεφωνικής ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετοχής θα τους αποσταλούν ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια θα είναι κατάλληλα διαμορφωμένα ώστε να απαντούν στους στόχους της μελέτης. Οι χρήστες των υπηρεσιών θα αναζητηθούν μέσω φαρμακείων. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται ανώνυμα και δεν θα ζητηθούν προσωπικά στοιχεία ιατρών και πολιτών.** Μπορείτε να παραλείψετε οποιαδήποτε ερώτηση δεν νιώθετε άνετα να απαντήσετε.

4. ΠΟΙΟΣ ΩΦΕΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ; Ή ΕΧΩ ΚΑΠΟΙΟ ΟΦΕΛΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Δεν υπάρχουν κάποια άμεσα οφέλη για σας από τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή. Ωστόσο, η συμβολή σας στη μελέτη είναι σημαντική γιατί ελπίζουμε ότι οι απαντήσεις σας θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τους μηχανισμούς για καλύτερη φροντίδα ασθενών και επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

5. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΟΣΤΟΣ/ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιο κόστος ή επιβάρυνση για σας εκτός από τον χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμμετοχή σας σε αυτή.

6. ΥΠΟΧΡΕΟΥΜΑΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ;

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Αν όμως δεχτείτε να συμμετάσχετε σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά το έντυπο που έχετε στα χέρια σας, να το κρατήσετε και να υπογράψετε το έντυπο συναίνεσης.

Ακόμη και αφού δεχτείτε να συμμετάσχετε μπορείτε να αλλάξετε γνώμη ανά πάσα στιγμή και να αποχωρήσετε από την έρευνα χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία και χωρίς καμία συνέπεια για σας. Σε αυτή την περίπτωση μπορείτε να ζητήσετε να διαγραφούν τα δεδομένα και οι πληροφορίες που έχουμε συλλέξει για σας.

7. ΠΩΣ ΘΑ ΔΙΑΦΥΛΑΧΘΕΙ Η ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΟΥ;

Στο πλαίσιο της έρευνας στην οποία καλείστε να λάβετε μέρος θα συλλέξουμε τις πληροφορίες που θα μας δώσετε με τη χρήση **ανώνυμων ερωτηματολογίων**.

Αποτελέσματα αυτής της έρευνας πρόκειται να χρησιμοποιηθούν σε επιστημονικές δημοσιεύσεις, ανακοινώσεις σε συνέδρια.

8. ΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΓΚΡΙΝΕΙ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ;

Η έρευνα έχει λάβει έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης με αριθμό πρωτοκόλλου 6 / 09-01-2023

9. ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΩ ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με την **Σενιόρου Μαρία** στα τηλέφωνα **2109826161 / 6983188320**

10. Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθύνεστε στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Κρήτης (dpo@uoc.gr) και σε κάθε περίπτωση στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (complaints@dpa.gr).

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Τίτλος: Προσωπικός Ιατρός: μια μελέτη εκτίμησης των αναγκών και προσδοκιών του στο πλαίσιο της σημερινής μεταρρύθμισης

]

Ερευνητής: ΣΕΝΙΟΡΟΥ ΜΑΡΙΑ, Γενική Ιατρός, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης

ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΚΟΥΠΙΔΗΣ, Ιατρός Εργασίας, Επιστημονικά Υπεύθυνος

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε συναίνεση

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή τη συζήτηση **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος:	
Υπογραφή	Ημερομηνία
Όνοματεπώνυμο ερευνητή:	
Υπογραφή	Ημερομηνία