

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ
ΚΑΙ Η ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΑΥΤΕΣ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ
ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.**

ΓΕΩΡΓΙΑ Ι. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2019

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Αναπλ. Καθηγήτρια Δάφνη Καϊτελίδου (επιβλέπουσα)

Αναπλ. Καθηγήτρια Μαριάννα Διομήδους

Αναπλ. Καθηγητής Στυλιανός Κατσαραγάκης

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα Καϊτελίδου Δάφνη και την κα Κωνσταντακοπούλου Ολυμπία για την πολύτιμη βοήθειά τους για την εκπόνηση αυτής της εργασίας. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου για την ηθική τους υποστήριξη σε αυτή μου την προσπάθεια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στα πλαίσια μεταρρυθμίσεων στην πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας, τον τελευταίο χρόνο έχουν αρχίσει να λειτουργούν νέες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

Σκοπός: Η διερεύνηση των εμπειριών των ληπτών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες καθώς και από τις νεοσύστατες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της χώρας, τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY).

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην 1^η TOMY Πειραιά με τη συλλογή 80 ερωτηματολογίων. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας και ερωτηματολόγιο για την συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών που περιελάμβαναν στοιχεία δημογραφικών παραγόντων και εμπειριών των ασθενών.

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτελείται από 80 άτομα όπου το 62,5% (50) ήταν γυναίκες και το 37,5% (30) άνδρες με μέση ηλικία 53 έτη. Γενικότερα, οι λήπτες υπηρεσιών υγείας φαίνεται να είχαν θετικές εμπειρίες καθώς η πλειοψηφία απαντούσε θετικά στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με μέσο όρο βαθμολογίας 4,6/5 η οποία προκύπτει ότι σχετίζεται με την ηλικία. Επιπλέον, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (91,3%) απάντησαν ότι θα συνιστούσαν την TOMY σε μεγάλο βαθμό. Συγκεκριμένα, η μέση βαθμολογία σχετικά με αυτό το ερώτημα ήταν 9,6/10. Όμως το 32,6% δήλωσαν ότι δεν θεωρούσαν πώς το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό, 16,3 % περίμεναν από 8 έως 30 ημέρες και 36,3 % περίμενε περισσότερες από 30 ημέρες.

Συμπεράσματα: Η αξιολόγηση των εμπειριών των ληπτών υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο καθώς συνδέονται με ορισμένους δείκτες ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας. Μέσω της μελέτης που έγινε φαίνεται ότι η χρήστες έχουν θετικές εμπειρίες από τις TOMY. Ωστόσο, προκύπτουν προβλήματα όσον αφορά στο ωράριο και στον προγραμματισμό των τακτικών επισκέψεων. Το θέμα όμως χρήζει παραπάνω διερεύνησης.

Λέξεις κλειδιά: εμπειρίες χρηστών, οικογενειακός ιατρός, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τοπικές ομάδες υγείας, patient experiences, family doctor / general practitioner, primary health care, gatekeeping

ABSTRACT

Introduction: While making reforms in primary health care, new healthcare units have started operating in the last year in Greece.

Purpose: Investigation of patient experience of primary care services in eight European countries as well as from the newly established primary health care structures of the country, the Local Health Units (TOMYs).

Methodology: The survey was carried out in the 1st TOMY of Piraeus with the collection of 80 questionnaires. A sample of convenience and a questionnaire were used to collect the necessary information that included data on demographic factors and patient experiences.

Results: The sample consists of 80 subjects with 62.5% (50) women and 37.5% (30) men with mean age 53 ± 14.6 years. In general, health care recipients seem to have had positive experiences as the majority responded positively to the questionnaire questions with an average rating of 4.6 / 5 which appears to be related to age. In addition, most of the respondents (91.3%) replied that they would highly recommend TOMY. In particular, the average score on this question was 9.6 / 10. But 32.6% said they did not consider how convenient working hours were, 16.3% expected from 8 to 30 days and 36.3% waited more than 30 days.

Conclusions: Assessing the experience of health service recipients is an important tool as they are linked to certain indicators of quality, safety and effectiveness. Through the study, it appears that users have positive experiences from the TOMYs. However, problems arise in terms of timing and planning of regular visits. But the issue needs more investigation.

Key Words: patient experiences, family doctor / general practitioner, primary health care, gatekeeping

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
Κεφάλαιο 1:ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
Κεφάλαιο 2:Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	10
Κεφάλαιο 3:ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΕ ΟΚΤΩ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ	12
3.1 Ολλανδία	12
3.1.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού	12
3.1.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού	14
3.1.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας	15
3.1.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού.....	15
3.2 Σουηδία	16
3.2.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού.....	17
3.2.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού	18
3.2.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας	19
3.2.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού.....	20
3.3 Γαλλία.....	20
3.3.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού	20
3.3.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού	21
3.3.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας	22
3.3.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού.....	23
3.4 Γερμανία.....	23
3.4.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού	24
3.4.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού	25
3.4.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας	26
3.4.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού.....	26
3.5 Ηνωμένο Βασίλειο	27

3.5.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού	27
3.5.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού	28
3.5.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας	29
3.5.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού.....	30
3.6 Δανία.....	30
3.6.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού	31
3.6.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού	32
3.6.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας	32
3.6.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού.....	33
3.7 Ισπανία	34
3.7.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού	34
3.7.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού	34
3.7.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας	35
3.7.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού.....	36
3.8 Ιταλία.....	36
3.8.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού	37
3.8.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού	37
3.8.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας	38
3.8.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού.....	39
Κεφάλαιο 4:ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΧΡΗΣΤΩΝ	41
4.1 Τι είναι η μέτρηση εμπειρίας χρηστών	41
4.2 Όφελος από τα δεδομένα.....	42
4.3 Εμπειρίες ή ικανοποίηση χρηστών	43
4.4 Παρουσίαση ενδεικτικών δεδομένων από ευρωπαϊκές χώρες	44
Κεφάλαιο 5:Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	48
5.1 Φορείς που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα	48

5.2 Περιγραφή των καινούριων δομών στην Π.Φ.Υ., των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤοΜΥ).	49
5.2.1 Σκοπός	49
5.2.2 Τρόπος λειτουργίας	49
5.2.3 Πιθανά οφέλη από την δημιουργία αυτών των δομών	54
Κεφάλαιο 6:ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	56
6.1 Αντικείμενο μελέτης	56
6.2 Συλλογή δεδομένων	56
6.3 Περιγραφή ερωτηματολογίου	56
6.4 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης	58
Κεφάλαιο 7:ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	59
7.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά	59
7.2 Χρήση των υπηρεσιών υγείας	61
7.3 Οι εμπειρίες των ασθενών από την ΤΟΜΥ	63
7.4 Σημασία των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας	67
7.5 Συσχετίσεις	68
Κεφάλαιο 8:ΣΥΖΗΤΗΣΗ	81
Κεφάλαιο 9:ΕΠΙΛΟΓΟΣ	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	91
A. Ερωτηματολόγιο	91
B. Άδεια Χρήσης Ερωτηματολογίου	99

Κεφάλαιο 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Βάσει την διακήρυξη της Alma Ata, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι η βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές, μεθόδους και τεχνολογία που καθίστανται προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες στην κοινότητα μέσω της ουσιαστικής συμμετοχής τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να αντέξουν σε κάθε στάδιο ανάπτυξής τους, στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας της χώρας, του οποίου είναι η κεντρική λειτουργία και το επίκεντρο, και της γενικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας ⁽¹⁾.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί σημαντικό πυλώνα ενός συστήματος υγείας. Στην Ευρώπη υπάρχουν αρκετά διαφορετικά συστήματα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επίσης, στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια αναβάθμισης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Στα πλαίσια αυτών των μεταρρυθμίσεων, τον Δεκέμβριο του 2017 ξεκίνησαν να λειτουργούν οι πρώτες Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY), που λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής. Πιο συγκεκριμένα, ως οικογενειακή ιατρική ορίζεται η ιατρική ειδικότητα που παρέχει συνεχή, ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη για το άτομο και την οικογένεια. Είναι μια ειδικότητα που στο εύρος της ενσωματώνει τις βιολογικές, κλινικές και συμπεριφορικές επιστήμες. Το πεδίο της οικογενειακής ιατρικής περιλαμβάνει όλες τις ηλικίες, και τα δύο φύλα, κάθε σύστημα οργάνων και κάθε ασθένειας ⁽²⁾.

Παράλληλα, τις τελευταίες δεκαετίες, οι εμπειρίες των χρηστών, αλλά και γενικότερα οι μετρήσεις που παρουσιάζουν την οπτική των ληπτών υπηρεσιών υγείας, έχουν απασχολήσει αρκετά τους επαγγελματίες υγείας ως ένα νέο μέσο αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βάσει του Ινστιτούτου Beryl η εμπειρία των χρηστών ορίζεται ως «*το σύνολο όλων των αλληλεπιδράσεων, που διαμορφώνεται από την κουλτούρα ενός οργανισμού, που επηρεάζουν τις αντιλήψεις του χρήστη σε όλη την διάρκεια της φροντίδας του*» ⁽³⁾.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες και οι εμπειρίες των χρηστών σε αυτές. Επιπλέον, σε αυτή την εργασία γίνεται αναφορά στις νεοσύστατες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της χώρας, τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (TOMY) καθώς και διερεύνηση των εμπειριών των ληπτών υπηρεσιών υγείας σε αυτές.

Η δομή της παρούσας εργασίας έχει ως εξής:

- Στο κεφάλαιο 1 γίνεται μια εισαγωγή στο πρόβλημα και παρουσιάζονται ο σκοπός της εργασίας και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και προσδιορίζονται βασικές έννοιες.
- Στο κεφάλαιο 2 γίνεται παρουσίαση της διαδρομής που ακολουθούν οι χρήστες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε οκτώ χώρες της Ευρώπης.
- Στο κεφάλαιο 3 αναλύεται η έννοια της εμπειρίας των χρηστών και παρουσιάζονται ορισμένα δεδομένα από τις χώρες που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο.
- Στο κεφάλαιο 4 γίνεται παρουσίαση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα και των νέων δομών πρωτοβάθμιας, των Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY).
- Στο κεφάλαιο 5 γίνεται ανάλυση της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας.
- Στο κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτής.
- Στο κεφάλαιο 7 γίνεται η συζήτηση επί των αποτελεσμάτων
- Στο κεφάλαιο 8 η εργασία κλείνει με έναν επίλογο με τα συμπεράσματα αλλά και τους περιορισμούς της μελέτης.

Κεφάλαιο 2

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Π.Φ.Υ αποτελεί κομμάτι ιδιαίτερης σημασίας για ένα σύστημα υγείας. Αρχικά, θεωρείται ένας αποτελεσματικός και αποδοτικός τρόπος για την προσέγγιση και αντιμετώπιση των διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία του πληθυσμού. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι είναι μια καλή επένδυση αξίας, καθώς υπάρχουν στοιχεία ότι η ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μειώνει το συνολικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και βελτιώνει την αποτελεσματικότητα μειώνοντας τις εισαγωγές στο νοσοκομείο. Η αντιμετώπιση ολοένα και πιο πολύπλοκων αναγκών υγείας απαιτεί μια πολυτομεακή προσέγγιση που ενσωματώνει πολιτικές προαγωγής της υγείας και πρόληψης, λύσεις που ανταποκρίνονται στις κοινότητες και υπηρεσίες υγείας με επίκεντρο τον άνθρωπο. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει επίσης τα βασικά στοιχεία που απαιτούνται για τη βελτίωση της υγειονομικής ασφάλειας και την πρόληψη απειλών για την υγεία, όπως επιδημίες και αντιμικροβιακή αντοχή, μέσω μέτρων όπως η συμμετοχή της κοινότητας και της εκπαίδευσης, η ορθολογική συνταγογράφηση και ένα βασικό σύνολο βασικών λειτουργιών δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της επιτήρησης. Η ενίσχυση των συστημάτων στο επίπεδο της κοινότητας και των περιφερειακών υγειονομικών εγκαταστάσεων συμβάλλει στην οικοδόμηση της ανθεκτικότητας, που είναι κρίσιμη για την αντιμετώπιση των διαταραχών στο σύστημα υγείας⁽⁴⁾.

Μέσα από την νέα διακήρυξη της Astana από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τον Οκτώβρη του 2018 διατυπώνεται η σημασία της ΠΦΥ⁽⁵⁾. Η διακήρυξη αυτή τονίζει τον κρίσιμο ρόλο της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο και αποσκοπεί στην επαναπροσανατολισμό των προσπαθειών για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, ώστε να διασφαλιστεί ότι όλοι παντού μπορούν να απολαμβάνουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Επιπλέον, αναφέρεται ότι η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης είναι η πλέον περιεκτική, αποτελεσματική και αποδοτική προσέγγιση για τη βελτίωση της

σωματικής και ψυχικής υγείας των ανθρώπων, καθώς και της κοινωνικής ευημερίας, και ότι η ΠΦΥ είναι ακρογωνιαίος λίθος ενός βιώσιμου συστήματος υγείας για την καθολική κάλυψη της υγείας.

Η Διακήρυξη της Astana κάνει δεσμεύσεις σε τέσσερις βασικούς τομείς: να κάνει τολμηρές πολιτικές επιλογές για την υγεία σε όλους τους τομείς, δημιουργία βιώσιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενδυνάμωση των ατόμων και των κοινοτήτων και την υποστήριξη των ενδιαφερομένων στις εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια.

Βάσει τα παραπάνω, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αποτελεί ίσως το σημαντικότερο μέρος ενός συστήματος υγείας και η ενίσχυση αυτής είναι απαραίτητη για την διατήρηση της υγείας και της ευημερίας ενός πληθυσμού.

Κεφάλαιο 3

ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΕ ΟΚΤΩ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται οι διαδρομές των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε οκτώ Ευρωπαϊκές χώρες, Ολλανδία, Σουηδία, Γαλλία, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Δανία, Ισπανία και Ιταλία. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού και το σύστημα υποχρεωτικής παραπομπής (gatekeeping).

3.1 Ολλανδία

Στην Ολλανδία η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί σημαντικό πυλώνα του συστήματος υγείας. Πολλές δομές και επαγγελματίες απασχολούνται στον συγκεκριμένο τομέα και παράλληλα υπάρχει και οργάνωση στο κομμάτι παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εκτός ωραρίου. Σημαντικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας της Ολλανδίας αποτελεί και η εφαρμογή του συστήματος ελέγχου της πρόσβασης σε επόμενα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης (gatekeeping).

3.1.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού

Στην Ολλανδία από το 2006, η ασφάλιση είναι υποχρεωτική για ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας και παρέχεται από διάφορες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες μεταξύ των οποίων οι πολίτες καλούνται να επιλέξουν. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι οι εταιρείες είναι υποχρεωμένες να παρέχουν το βασικό πακέτο ασφαλιστικής κάλυψης (Health Insurance Act) σε κάθε πολίτη που κάνει αίτηση, ανεξαρτήτως από την κατάσταση της υγείας του ⁽⁶⁾. Αυτό το βασικό πακέτο περιλαμβάνει ⁽⁷⁾:

- Ιατρική φροντίδα που παρέχεται από οικογενειακό ιατρό (GP), ειδικούς ιατρούς, νοσοκομεία και μαίες.

- Ενδονοσοκομειακή φροντίδα.
- Κατ'οίκον νοσηλευτική και προσωπική (π.χ. βοήθεια στην σίτιση, ένδυση) φροντίδα.
- Οδοντιατρική φροντίδα για παιδιά έως 18 ετών και για ηλικιωμένους σε περιπτώσεις που χρήζουν εξειδικευμένης οδοντιατρικής φροντίδας και τεχνητής οδοντοστοιχίας.
- Ιατρικές συσκευές και βοηθήματα.
- Φαρμακευτική κάλυψη.
- Φροντίδα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Μεταφορά ασθενών με ασθενοφόρο ή ταξί.
- Φροντίδα από άλλους επαγγελματίες υγείας όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, διαιτολόγους για συγκεκριμένες παθήσεις.
- Προγράμματα διακοπής καπνίσματος.
- Γηριατρική φροντίδα αποκατάστασης.
- Φροντίδα για άτομα με αισθητηριακές διαταραχές.
- Εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική φροντίδα για τα πρώτα τρία χρόνια. Μετά τα τρία χρόνια το περιστατικό θεωρείται χρόνιο και η ασφάλιση για τις χρόνιες παθήσεις είναι διαφορετική.
- Εξωσωματική γονιμοποίηση για την οποία όμως αποζημιώνονται μόνο οι πρώτες τρεις προσπάθειες.

Ως αντάλλαγμα για τις παροχές αυτές οι πολίτες καταβάλουν ετησίως ένα συγκεκριμένο ποσό, που ορίζεται σε επίπεδο περιφέρειας, και είναι ίδιο για όλους. Παράλληλα, εφαρμόζεται αφαιρετέο ποσό που είναι 385 ευρώ ετησίως. Επίσης, δύναται της αγοράς ενός πακέτου συμπληρωματικής ασφάλισης για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την βασική ασφάλιση. Τα παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών ασφαλίζονται χωρίς χρέωση υπό τον γονέα. Αν κάποιος πολίτης δεν είναι ασφαλισμένος υφίσταται χρηματικό πρόστιμο ^{(7), (8)}.

Ειδική μέριμνα υπάρχει για ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες. Όπως προαναφέρθηκε, οι χρονίως πάσχοντες που χρειάζονται συνεχή φροντίδα (24 ώρες/ημέρα) είναι μια από αυτές τις ομάδες αυτές (Long-term Care Act). Για πολίτες που δεν χρήζουν εικοσιτετράωρης φροντίδας αλλά έχουν ανάγκη από κατ'οίκον ή κοινωνική βοήθεια υπάρχει διαφορετικό πρόγραμμα ασφάλισης (Social Care Act). Τέλος, για τα άτομα με χαμηλό εισόδημα υπάρχουν κάποια οικονομικά βοηθήματα

με την μορφή επιδομάτων (health allowance) και φοροαπαλλαγών με σκοπό την διευκόλυνση τους για την αγορά του βασικού πακέτου^{(7), (8)}.

3.1.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού

Ο οικογενειακός ιατρός διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ολλανδία, καθώς είναι η πρώτη πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας μαζί με άλλους επαγγελματίες, όπως φυσιοθεραπευτές και μαίες. Βάσει των στοιχείων της Eurostat, το 2015 οι οικογενειακοί ιατροί ήταν 13951 και για 100000 πληθυσμό αντιστοιχούσαν περίπου 82^{(9), (10)}. Οι οικογενειακοί ιατροί ασκούν πρακτική είτε σε ιδιωτικά είτε σε ομαδικά ιατρεία και λειτουργούν με εγγεγραμμένο πληθυσμό ένας μέσος του οποίου είναι 2250 με 2500 άτομα⁽¹¹⁾. Γενικότερος σκοπός ενός οικογενειακού ιατρού είναι αξιολόγηση των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης για παροχή τόσο υπηρεσιών φροντίδας υγείας όσο και υπηρεσιών πρόληψης. Πιο συγκεκριμένα, φέρει την ευθύνη για την διαχείριση χρόνιων ασθενειών, όπως σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άσθμα, και για την αντιμετώπιση ελασσόνων προβλημάτων υγείας καθώς τα πιο σοβαρά και εξειδικευμένα παραπέμπονται σε ειδικούς ιατρούς, που κατά βάση λειτουργούν σε νοσοκομεία^{(7), (11)}.

Ο κάθε πολίτης μπορεί να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό και να τον αλλάξει όταν θελήσει. Ωστόσο, ο ιατρός που θα επιλεγεί πρέπει να είναι συμβεβλημένος με την ασφαλιστική εταιρεία που παρέχει υγειονομική κάλυψη στον πολίτη. Επιπλέον, ένας ιατρός μπορεί να αρνηθεί να εγγράψει κάποιον ασφαλισμένο, γεγονός που συνήθως γίνεται είτε για λόγους απόστασης από το ιατρείο, είτε λόγω των ήδη πολλών εγγεγραμμένων που μπορεί να έχει⁽⁷⁾.

Η σημασία του οικογενειακού ιατρού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας γίνεται εμφανής από το γεγονός ότι οι υπηρεσίες του εξαιρούνται από το αφαιρεταίο ποσό που εφαρμόζεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες για άλλες παροχές⁽⁷⁾, αίρωντας το οικονομικό εμπόδιο για τους πολίτες με σκοπό η πρόσβαση σε αυτόν να γίνεται ευκολότερη. Η αποζημίωση των οικογενειακών ιατρών γίνεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες με ένα μεικτό σύστημα ετήσιας κατά κεφαλήν αποζημίωσης για κάθε ασφαλισμένο στην λίστα, σε ένα ποσοστό 70%, και αποζημίωση κατά πράξη σε ένα

ποσοστό 30% ⁽¹²⁾, δίνοντας έτσι κίνητρο για βελτίωση των υπηρεσιών με σκοπό την προσέλκυση περισσότερων ασφαλισμένων.

3.1.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο οικογενειακός ιατρός είναι ο πρώτος επαγγελματίας υγείας με τον οποίο οι πολίτες έρχονται σε επαφή και στον οποίο θα απευθυνθούν όταν έχουν κάποιο πρόβλημα. Πιο συγκεκριμένα, όταν ένας ασφαλισμένος έρχεται αντιμέτωπος με κάποιο πρόβλημα υγείας προγραμματίζει επίσκεψη στο οικογενειακό του ιατρό, η οποία κατά μέσο όρο πραγματοποιείται εντός δύο ημερών. Σε περίπτωση που το πρόβλημα δεν είναι αρκετά σοβαρό ή δεν χρειάζεται εξειδικευμένη φροντίδα, αντιμετωπίζεται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας ⁽⁷⁾. Εάν όμως το πρόβλημα απαιτεί εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα, τότε ο οικογενειακός ιατρός παραπέμπει, είτε μέσω πληροφοριακού συστήματος είτε με χειρόγραφο παραπεμπτικό, στο κατάλληλα εξειδικευμένο τμήμα ενός νοσοκομείου. Για το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, πιο συγκεκριμένα το 96%, δεν γίνεται κάποια παραπομπή και αντιμετωπίζονται από τον οικογενειακό ιατρό ⁽¹³⁾.

Ο ασθενής έχει πρόσβαση σε κάθε νοσοκομείο που έχει συμβόλαιο με την ασφαλιστική του εταιρεία. Μπορεί επίσης να ελέγξει διάφορους δείκτες ποιότητας, όπως ποσοστά λοιμώξεων, και να τους συγκρίνει μεταξύ τους μέσω του διαδικτυακού τόπου του Εθνικού Κυβερνητικού Ινστιτούτου Φροντίδας (KiesBeter). Ο μέγιστος χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε εξειδικευμένο ιατρό είναι τέσσερις εβδομάδες. Έπειτα, ο ειδικός ιατρός παρέχει την κατάλληλη θεραπεία. Υπεύθυνος όμως για την συνέχιση της φροντίδας είναι ο οικογενειακός ιατρός ο οποίος ενημερώνεται από το νοσοκομείο για την εξέλιξη του ασθενούς ⁽⁷⁾.

Η παραπάνω διαδρομή είναι υποχρεωτική για τους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή, ο ασθενής δεν δύναται να προγραμματίσει επίσκεψη με κάποιον εξειδικευμένο ιατρό δίχως την ύπαρξη παραπεμπτικού ⁽¹³⁾.

3.1.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού

Σε επείγουσες περιπτώσεις που όμως δεν είναι απειλητικές για την ζωή, ο ασθενής καλείται να επικοινωνήσει με τον οικογενειακό του ιατρό ⁽⁷⁾. Για την κάλυψη

αναγκών εκτός ωραρίου υπάρχουν κοινοπραξίες οικογενειακών ιατρών (out-of-hour services) που αναλαμβάνουν την κάλυψη του πληθυσμού για επείγουσες περιπτώσεις όλο το εικοσιτετράωρο καθώς και το σαββατοκύριακο ⁽¹¹⁾. Οι πλειοψηφία των πολιτών απέχει από αυτές τις δομές δεκαπέντε λεπτά με αυτοκίνητο. Αρχικά, το πρώτο βήμα της ροής που συνήθως ακολουθείται είναι η τηλεφωνική επικοινωνία του ασθενούς με μία από αυτές τις υπηρεσίες, μέσω της οποίας γίνεται μία πρώτη διαλογή από εξειδικευμένο προσωπικό που θα κρίνει αν η προσέλευση στην δομή είναι απαραίτητη. Στην περίπτωση που ασθενής χρειάζεται να επισκεφθεί την υπηρεσία, θα τον παρακολουθήσει ο ιατρός που είναι σε υπηρεσία και το περιστατικό είτε θα αντιμετωπισθεί σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, είτε θα παραπεμφθεί σε κάποιο τμήμα επειγόντων περιστατικών (emergency ward) ⁽⁷⁾. Για περιστατικά που είναι απειλητικά για την ζωή του ασθενούς, καλείται ασθενοφόρο και αντιμετωπίζονται σε επίπεδο νοσοκομείου.

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί ότι δεν υπάρχει κάποια άμεση ποινή στην περίπτωση που ο ασθενής παρακάμψει τη συνηθισμένη ροή, ωστόσο εάν το περιστατικό αντιμετωπισθεί σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, η ασφάλιση καλύπτει πλήρως τις ανάγκες του ασθενούς σε αντίθεση με το ενδεχόμενο αντιμετώπισης του ασθενούς σε επόμενο επίπεδο υγειονομικής φροντίδας που τότε εφαρμόζεται αφαιρετέο ποσό. Συνεπώς, το γεγονός ότι αν ο ασθενής ακολουθήσει την ροή που ενδείκνυται υπάρχει πιθανότητα να μην καταβάλει ο ίδιος κάποιο ποσό, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως κίνητρο ώστε αυτή να μην παρακάμπτεται.

3.2 Σουηδία

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας διέπεται από τρεις βασικές αρχές. Την αρχή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν το ίδιο δικαίωμα στην αξιοπρέπεια και έχουν τα ίδια δικαιώματα ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση. Την αρχή της ανάγκης και της αλληλεγγύης, δηλαδή εκείνοι που έχουν τη

μεγαλύτερη ανάγκη έχουν προτεραιότητα στην ιατρική περίθαλψη. Τέλος, την αρχή της σχέσης κόστους - αποτελεσματικότητας που σημαίνει ότι όταν πρέπει να γίνει επιλογή μεταξύ διαφορετικών παροχών υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να υπάρχει μια λογική σχέση μεταξύ του κόστους και των επιπτώσεων που μετρώνται όσον αφορά τη βελτίωση της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής^{(14), (15)}.

Επίσης σημαντικό χαρακτηριστικό του συστήματος είναι και η έντονα αποκεντρωμένη διοίκηση με τον βασικότερο ρόλο να διαδραματίζουν οι 21 περιφέρειες καθώς είναι υπεύθυνες για την χρηματοδότηση αλλά και την παροχή των υπηρεσιών υγείας⁽¹⁴⁾.

Ειδικότερα, η πρωτοβάθμια φροντίδα οργανώνεται σε μονάδες παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών που επανδρώνονται από ολόκληρη διεπιστημονική ομάδα με κέντρο τον οικογενειακό ιατρό. Η παραπομπή όμως από αυτόν δεν είναι υποχρεωτική, ωστόσο το κράτος παρέχει κίνητρα στους χρήστες υπηρεσιών υγείας με σκοπό αυτοί να απευθύνονται περισσότερο σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

3.2.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού

Το σύστημα ασφάλισης της Σουηδίας καλύπτει όλους τους πολίτες που ζουν στην χώρα, ανεξαρτήτως εθνικότητας, καθώς και τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για επείγουσα φροντίδα και η χρηματοδότησή του είναι κυρίως μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, πιο συγκεκριμένα μέσω της φορολογίας⁽¹⁵⁾. Βάσει δεδομένων της Eurostat⁽¹⁶⁾, η Σουηδία αποτελεί τη χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό κρατικών δαπανών στο σύνολο της υγειονομικής δαπάνης. Πιο συγκεκριμένα, το 2016 το 83% των δαπανών της υγείας προερχόταν από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Στις παρεχόμενες υπηρεσίες συμπεριλαμβάνονται⁽¹⁴⁾:

- Υπηρεσίες δημόσιας υγείας και προληπτικές υπηρεσίες
- Πρωτοβάθμια φροντίδα
- Νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
- Επείγουσα φροντίδα
- Συνταγογραφούμενα φάρμακα
- Φροντίδα ψυχικής υγείας
- Υπηρεσίες αποκατάστασης

- Υπηρεσίες υποστήριξης αναπηρίας
- Υπηρεσίες μεταφοράς ασθενών
- Κατ'οίκον περίθαλψη
- Μακροχρόνια περίθαλψη
- Δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη για παιδιά και νέους έως 21 ετών
- Οδοντιατρική φροντίδα των ενηλίκων με περιορισμένες ετήσιες επιδοτήσεις, που ποικίλουν ανάλογα την ηλικία.

Υπάρχει όμως και συμμετοχή των πολιτών στο κόστος (user charges) για άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 20 ετών για κάθε υπηρεσία που καταναλώνεται. Ωστόσο, υπάρχει ένα ανώτατο ετήσιο όριο για την χρέωση των χρηστών για ορισμένες υπηρεσίες (ιατρικές επισκέψεις, φαρμακευτική αγωγή, οδοντιατρική φροντίδα) που αν ξεπεραστεί το κράτος αναλαμβάνει πλήρως την κάλυψη των υπηρεσιών αυτών⁽¹⁵⁾. Επιπλέον, από το κόστος συμμετοχής εξαιρούνται διάφορες ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες όπως εγκυμονούσες γυναίκες και ηλικιωμένοι, είτε λαμβάνουν επιδόματα με σκοπό την ευκολότερη πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας⁽¹⁴⁾.

Τέλος, υπάρχει και η δυνατότητα ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία έχει περισσότερο συμπληρωματικό χαρακτήρα και συνήθως επιλέγεται από τους χρήστες με σκοπό την ταχύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας και για να αποφεύγουν τις λίστες αναμονής για ορισμένες θεραπείες^{(14), (17)}.

3.2.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού

Στην Σουηδία, οι οικογενειακοί ιατροί ασκούν το έργο τους συνήθως σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας όπου και συνεργάζονται με διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από διάφορους επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλευτές, μαίες, φυσιοθεραπευτές^{(14), (15)}. Οι ασθενείς μπορούν να εγγραφούν σε οποιονδήποτε δημόσιο είτε εγκεκριμένο από το τοπικό συμβούλιο ιδιώτη πάροχο υπηρεσιών υγείας. Η επιλογή όμως βασίζεται κατά βάση ή σε γεωγραφικά κριτήρια ή σχετίζεται με το πού έγινε η τελευταία επίσκεψη και συνήθως η εγγραφή γίνεται στην μονάδα και όχι σε έναν συγκεκριμένο ιατρό⁽¹⁵⁾.

Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού σχετίζεται με την θεραπεία και διαχείριση διαφόρων ασθενειών, επεμβατικές πράξεις και παρεμβάσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας όπως είναι η διενέργεια εμβολιασμών και η συμβουλευτική ⁽¹⁸⁾.

Με σκοπό την διασφάλιση παροχής υπηρεσιών ποιότητας από τους οικογενειακούς ιατρούς, το εκάστοτε τοπικό συμβούλιο πιστοποιεί τους παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας και γίνεται επανεκτίμηση συνεχώς ⁽¹⁴⁾. Επιπλέον, η αποζημίωση, πέραν από τον αριθμό του εγγεγραμμένου πληθυσμού και των παρεχόμενων υπηρεσιών ⁽¹²⁾, σχετίζεται και με την αποδοτικότητα και την ποιότητα υπηρεσιών που παρέχονται (pay-for-performance) ⁽⁸⁾ δίνοντας έτσι κίνητρο στους οικογενειακούς ιατρούς για βελτίωση των υπηρεσιών τους.

3.2.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας

Με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, τέθηκαν κανόνες σχετικά με τους χρόνους αναμονής. Αυτός ο κανόνας είναι γνωστός ως ο κανόνας 0-7-90-90 που σημαίνει άμεση επικοινωνία με πάροχο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (0 ημέρες), επίσκεψη σε οικογενειακό ιατρό εντός 7 ημερών, επίσκεψη και διάγνωση από εξειδικευμένο ιατρό εντός 90 ημερών και παροχή θεραπείας εντός 90 ημερών από την διάγνωση ^{(14), (15), (19)}.

Ειδικότερα, όταν ένας ασφαλισμένος αναζητήσει υγειονομική φροντίδα το αργότερο σε επτά ημέρες, κατά μέσο όρο δύο, θα έχει επισκεφθεί τον οικογενειακό του ιατρό. Εάν αυτός κρίνει ότι χρήζει εξειδικευμένης φροντίδας τότε παραπέμπει στην κατάλληλη ειδικότητα. Ο ασφαλισμένος μπορεί να απευθυνθεί σε όποιο νοσοκομείο θελήσει, είτε δημόσιο είτε ιδιωτικό μέσω ιδιωτικής ασφάλισης, και έχει τη δυνατότητα να ελέγξει και να συγκρίνει στοιχεία σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω του ιστοτόπου της Σουηδικής Ένωσης Τοπικών Αρχών και Περιφερειών (SALAR) όπου και παρέχονται σχετικές πληροφορίες. Μέσα σε διάστημα όχι μεγαλύτερο των ενενήντα ημερών θα έχει γίνει επίσκεψη με τον κατάλληλα εξειδικευμένο ιατρό και μετά από το αργότερο ενενήντα ημέρες θα λάβει θεραπεία. Η παρακολούθηση και η συνέχιση της φροντίδας μετά την θεραπεία είναι ευθύνη των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας ⁽¹⁵⁾.

Οι χρήστες όμως μπορούν να απευθυνθούν απευθείας σε κάποιον εξειδικευμένο επαγγελματία αν θελήσουν χωρίς να απαιτείται παραπομπή από τον οικογενειακό ιατρό. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια αντικίνητρα, όπως η αυξημένη συμμετοχή στο κόστος σε περίπτωση μη παραπομπής, ώστε οι πολίτες να απευθύνονται σε παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας ⁽¹²⁾.

3.2.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού

Για την κάλυψη εκτός ωραρίου, συνήθως μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας που βρίσκονται σε κοντινές αποστάσεις συνεργάζονται με σκοπό την συνεχή κάλυψη του πληθυσμού ευθύνης. Παράλληλα, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων παρέχουν τις υπηρεσίες τους ολόκληρο το εικοσιτετράωρο ⁽¹⁴⁾.

3.3 Γαλλία

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελούν σημαντικό κομμάτι στον τομέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην Γαλλία. Το μεγάλο εύρος αρμοδιοτήτων του οικογενειακού ιατρού, τα κίνητρα που παρέχονται σε χρήστες αλλά και εργαζόμενους καθώς και οι οργάνωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας για την κάλυψη καθ' όλη την διάρκεια του εικοσιτετραώρου συνηγορούν υπέρ αυτού. Ωστόσο, υπάρχουν και προβλήματα που χρήζουν αντιμετώπισης.

3.3.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού

Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες, παρέχεται μέσω ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα και γίνεται κυρίως με την καταβολή εισφορών μέσω της εργασίας. Ωστόσο, ασφαλιστική κάλυψη παρέχεται και σε πιο ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, όπως άνεργοι, συνταξιούχοι, σπουδαστές. Οι υπηρεσίες που καλύπτονται είναι ⁽²⁰⁾:

- Ενδονοσοκομειακή φροντίδα σε δημόσιες ή ιδιωτικές δομές, αποκατάσταση και φυσιοθεραπεία
- Εξωνοσοκομειακή φροντίδα από οικογενειακούς ιατρούς, εξειδικευμένους, οδοντιάτρους και μαίες
- Υπηρεσίες διάγνωσης

- Φαρμακευτικά προϊόντα και ιατρικά βοηθήματα που είναι στην λίστα των προϊόντων που αποζημιώνονται και

- Μεταφορά σχετιζόμενη με την φροντίδα υγείας.

Για την κάλυψη των παραπάνω παροχών, απαιτείται η συνταγογράφησή τους από ιατρό, οδοντίατρο ή μαία και η διανομή τους από εγκεκριμένους παρόχους. Ωστόσο, υπάρχει συμμετοχή των χρηστών στο κόστος το ποσοστό της οποίας ποικίλει ανάλογα το προϊόν ή την υπηρεσία που παρέχεται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αγορά πακέτου συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης από το 96% του πληθυσμού, που είναι το μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ⁽²¹⁾. Ειδική μέριμνα υπάρχει για ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, όπως οι χρόνιοι πάσχοντες εξαιρούνται από την συμμετοχή στο κόστος και σε άτομα με χαμηλό εισόδημα παρέχεται συμπληρωματική ασφάλιση από το κράτος ⁽²²⁾.

3.3.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού

Πυρήνας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Γαλλία είναι οι οικογενειακοί ιατροί οι οποίοι λειτουργούν κυρίως ως αυτοαπασχολούμενοι και σε ένα μικρότερο ποσοστό σε ομαδικά ιατρεία και έχουν συμβάσεις με τον εθνικό φορέα ασφάλισης. Ο κάθε ασφαλισμένος πρέπει να ανήκει στον πληθυσμό ευθύνης ενός οικογενειακού ιατρού για να είναι δυνατή η κάλυψη του κόστους των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η επιλογή του ιατρού δεν υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς και η αλλαγή αυτού είναι δυνατή όποτε ο πολίτης θελήσει ⁽²⁰⁾, ⁽²³⁾. Ωστόσο, υπάρχει πρόβλημα κατανομής των οικογενειακών ιατρών καθώς αυτοί συγκεντρώνονται στα αστικά κέντρα ενώ στις αγροτικές περιοχές υπάρχει έλλειψη. Στην προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού, το αρμόδιο υπουργείο δίνει οικονομικά κίνητρα, πιο συγκεκριμένα τη κατά 20% αύξηση των αποδοχών, σε όσους παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις περιοχές με έλλειψη ⁽²³⁾.

Γενικότερα, το 81% των περιπτώσεων που απευθύνεται σε οικογενειακό ιατρό αντιμετωπίζεται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, χωρίς να γίνει παραπομπή. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο οικογενειακός ιατρός παρέχει μεγάλο φάσμα υπηρεσιών, όπως εκπαίδευση πάνω σε ζητήματα υγείας, προαγωγή υγείας και πρόληψη, διάγνωση, διαχείριση χρονίως πασχόντων και σε μικρότερο ποσοστό

μικρές επεμβατικές πράξεις. Το τελευταίο εξαρτάται και από τον αριθμό των εξειδικευμένων ιατρών που βρίσκονται στην ίδια περιοχή⁽²³⁾.

Η αποζημίωση των οικογενειακών ιατρών γίνεται κυρίως με αμοιβή κατά πράξη. Λαμβάνεται και ένα ποσό κατά κεφαλήν για την διαχείριση της φροντίδας χρόνιων πασχόντων καθώς και για την απόδοση με συγκεκριμένους στόχους όπως την χρήση πληροφοριακών συστημάτων, την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, την χρήση οδηγιών (guidelines) για την διαχείριση διαφόρων καταστάσεων⁽²²⁾.

3.3.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας

Όταν ένας πολίτης αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα υγείας θα απευθυνθεί στον οικογενειακό του ιατρό. Αυτός θα κληθεί είτε να διαχειριστεί το πρόβλημα είτε να παραπέμψει στον κατάλληλα εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας. Υπάρχει η δυνατότητα παραπομπής σε συγκεκριμένο επαγγελματία ή δομή υπηρεσιών υγείας και όχι απλώς σε ειδικότητα⁽²⁰⁾. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι βάσει έρευνας που διεξήχθη για τον προσδιορισμό των πηγών άντλησης δεδομένων για τα νοσοκομεία μεταξύ Γάλλων οικογενειακών ιατρών⁽²⁴⁾, η πλειοψηφία αυτών βασίζεται περισσότερο σε προσωπικές εμπειρίες και ανεπίσημες πηγές παρά σε δείκτες ποιότητας που κοινοποιούνται από δημόσιες αρχές. Υπάρχουν όμως και ειδικότητες που δεν απαιτούν παραπομπή και αυτές είναι γυναικολόγος, οφθαλμίατρος, οδοντίατρος, παιδίατρος, για άτομα νεότερα από 16 έτη, και ψυχίατρος, για άτομα νεότερα των 25 ετών⁽²³⁾.

Έπειτα, ο ασθενής μπορεί να προγραμματίσει επίσκεψη στον επαγγελματία ή στη δομή υπηρεσιών υγείας που επιθυμεί και όχι απαραίτητα εκεί που θα προτείνει ο οικογενειακός ιατρός. Εκεί θα του παρασχεθεί η κατάλληλη φροντίδα και οι πληροφορίες θα μεταφερθούν στον οικογενειακό ιατρό ο οποίος είναι υπεύθυνος για την συνέχιση της φροντίδας⁽²⁰⁾. Στην καθημερινή πρακτική όμως υπάρχουν προβλήματα σε θέματα συντονισμού της φροντίδας και έλλειψης πληροφόρησης μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας^{(20), (23)}.

Η παραπάνω διαδρομή δεν είναι υποχρεωτική και ο ασφαλισμένος μπορεί να απευθυνθεί άμεσα στον ιατρό που επιθυμεί ή πιστεύει ότι χρειάζεται, χωρίς να έχει γίνει κάποια παραπομπή από τον οικογενειακό ιατρό. Σε αυτή όμως την περίπτωση,

το ποσοστό της συμμετοχής του ασθενούς στην φροντίδα αυξάνεται και το επιπλέον κόστος δεν καλύπτεται από τη συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση ^{(20), (22), (23)}, αποτρέποντας κατά αυτόν τον τρόπο τους πολίτες από την άσκοπη και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας.

3.3.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού

Υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας υγείας παρέχονται μέσω οικογενειακών ιατρών που επιλέγουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους εκτός ωραρίου, δομών που στελεχώνονται με εθελοντές επαγγελματίες υγείας και τα τμήματα επειγόντων δημόσιων είτε ιδιωτικών νοσοκομείων ^{(22), (23)}. Σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού, συνηθέστερη πρακτική είναι η επικοινωνία με ειδικά τηλεφωνικά κέντρα, όπου το άτομο έρχεται σε επαφή με εξειδικευμένους επαγγελματίες που παρέχουν την κατάλληλη βοήθεια. Αναλόγως την βαρύτητα του περιστατικού μπορεί να σταλεί κινητή μονάδα, να γίνει διασύνδεση με κάποιον εφημερεύον ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας είτε να γίνει σύσταση για επίσκεψη στον οικογενειακό ιατρό ⁽²⁰⁾.

3.4 Γερμανία

Στη Γερμανία η ασφάλιση είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες, είτε αυτή είναι δημόσια είτε ιδιωτική, και παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό του συστήματος αποτελεί η ελεύθερη πρόσβαση των χρηστών σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, χωρίς να υπάρχει κάποιου είδους gatekeeping και χωρίς να είναι υποχρεωτική η εγγραφή σε κάποιον οικογενειακό ιατρό. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται κατά βάση από εξωνοσοκομειακούς ιατρούς, γενικούς και εξειδικευμένους και οι διαδρομές των χρηστών δεν είναι ιδιαίτερα οργανωμένες.

3.4.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού

Το ασφαλιστικό σύστημα στην Γερμανία βασίζεται στο μοντέλο Bismarck, δηλαδή κατά βάση κοινωνική ασφάλιση μέσω ταμείων εργασίας. Από το 2009, είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες που ζουν νόμιμα στην Γερμανία και παρέχεται είτε από δημόσιους φορείς είτε από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Ειδικότερα, όσοι έχουν ετήσιο εισόδημα μικρότερο των 54900€ υποχρεωτικά καλύπτονται από δημόσια κοινωνική ασφάλιση, με τα προστατευόμενα μέλη να ασφαλίζονται δωρεάν. Όσοι υπερβαίνουν αυτό το όριο έχουν την δυνατότητα αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης και μη συμμετοχής στην δημόσια κοινωνική ασφάλιση (opt-out). Ωστόσο, δεν φαίνεται αυτή η επιλογή να προτιμάται καθώς το 2015 το 89,2% του πληθυσμού καλύπτεται από κρατική ασφάλιση και μόλις το 10,8% από ιδιωτική ⁽²¹⁾. Οι εισφορές βασίζονται στο εισόδημα από την εργασία και για ανέργους και συνταξιούχους, στο επίδομα ανεργίας και στην σύνταξη αντίστοιχα ^{(25), (26)}.

Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει ^{(12), (26)}:

- Υπηρεσίες πρόληψης
- Νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα
- Υπηρεσίες οικογενειακού γιατρού
- Υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- Οδοντιατρική φροντίδα
- Φαρμακευτική αγωγή
- Ιατρικά βοηθήματα
- Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα
- Υπηρεσίες αποκατάστασης
- Υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας
- Αποζημίωση για άδεια ασθένειας.

Για κάθε υπηρεσία που καταναλώνεται υπάρχει συμμετοχή στο κόστος με ένα προκαθορισμένο ποσό (cost sharing). Ωστόσο, υπάρχει ένα ετήσιο όριο συμμετοχής που ισοδυναμεί με το 2% του ετήσιου εισοδήματος, το οποίο μειώνεται στο 1% για χρόνιους ασθενείς. Επιπλέον, άτομα ηλικίας μικρότερης των 18 ετών εξαιρούνται από την συμμετοχή ^{(25), (26)}.

3.4.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού

Στο Γερμανικό σύστημα υγείας, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται από όλους τους ιατρούς που ασκούν το επάγγελμα εξωνοσοκομειακά, ανεξαρτήτως ειδικότητας. Το μεγαλύτερο μέρος αυτών εργάζεται σε ιδιωτικά ιατρεία και ένα μικρότερο ποσοστό σε ομαδικά ιατρεία ^{(25), (26)}.

Η εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό δεν είναι απαραίτητη και η επίσκεψη σε εξειδικευμένο ιατρό δεν απαιτεί παραπομπή. Από το 2004 όμως, τα ασφαλιστικά ταμεία δίνουν στους ασφαλισμένους την δυνατότητα εγγραφής σε οικογενειακό ιατρό, προσφέροντας παράλληλα κίνητρα όταν υπάρχει συμμόρφωση με τους κανόνες του gatekeeping. Κάθε οικογενειακός ιατρός υπολογίζεται ότι είναι υπεύθυνος για την φροντίδα 2000 ατόμων. Ο ωφελούμενος δύναται να επιλέξει ελεύθερα, χωρίς περιορισμούς τον ιατρό που επιθυμεί και να τον αλλάξει όταν θελήσει ^{(25), (26), (27)}.

Οι αμοιβές είναι κατά πράξη και μέσα στα πλαίσια ενός ετήσιου προϋπολογισμού, που περιορίζει σημαντικά την αύξηση των ιατρικών πράξεων. Κάθε χρόνο τα ασφαλιστικά ταμεία διαπραγματεύονται με τις τοπικές ενώσεις των ιατρών το συνολικό ποσό του προϋπολογισμού. Ορίζονται επίσης συγκεκριμένα όρια για τον αριθμό των ασθενών που μπορεί να έχει ένας ιατρός αλλά και τον αριθμό των παρεμβάσεων που το ταμείο μπορεί να αποζημιώσει για κάθε ασθενή. Τα παραπάνω αποσκοπούν στο να διασφαλίζεται ο έλεγχος του κόστους. Η ευθύνης του κόστους βαραίνει πλέον τους παρόχους και περιορίζονται φαινόμενα προκλητής ζήτησης. Επιπλέον, παρέχεται κατά κεφαλήν αποζημίωση για την διαχείριση και τον συντονισμό της φροντίδας ασθενών με χρόνιες παθήσεις μέσω των Προγραμμάτων Διαχείρισης Ασθενειών (Disease Management Programs – DMPs) ^{(12), (26)}.

Ειδικότερα, τα προγράμματα διαχείρισης ασθενειών είναι *«δομημένα προγράμματα θεραπείας που στοχεύουν να βοηθήσουν τα άτομα να διαχειριστούν καλύτερα τις χρόνιες παθήσεις τους και να διατηρήσουν και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής»*. Τα DMPs λειτουργούν επίσης με το γενικό στόχο τη βελτίωση της ιατρικής περίθαλψης μακροπρόθεσμα ⁽²⁸⁾.

3.4.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας

Οι ασφαλισμένοι στην Γερμανία δεν υποχρεούνται να ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη διαδρομή μέσα στο σύστημα υγείας εφόσον, όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, η εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό δεν είναι απαραίτητη και οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας μπορούν να επισκεφθούν απευθείας τον επαγγελματία υγείας που επιθυμούν. Εξαιρέση σε αυτό αποτελούν οι φυσιοθεραπευτές, οι κατ' οίκον νοσηλεύτες, οι λογοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές διότι η άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες που παρέχουν είναι δυνατή στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος αναλάβει ολόκληρο το κόστος⁽²⁷⁾.

Σε περίπτωση όμως που ο χρήστης πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια μπορεί να ενταχθεί στο DMP που αφορά την ασθένειά του. Αφού λάβει την κατάλληλη ενημέρωση, την παρακολούθησή του θα την αναλάβει ιατρός που συμμετέχει στο αντίστοιχο πρόγραμμα ο οποίος θα ενεργεί και θα παραπέμπει βάσει συγκεκριμένων πρωτοκόλλων. Εάν ο ασθενής πάσχει από περισσότερες από μία χρόνιες ασθένειες μπορεί να ενταχθεί σε παραπάνω DMPs τα οποία συντονίζει ο οικογενειακός του ιατρός, αν διαθέτει⁽²⁵⁾.

3.4.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού

Οι υπηρεσίες εκτός ωραρίου συντονίζονται από τις περιφερειακές ενώσεις των ιατρών. Περιλαμβάνουν τηλεφωνική συμβουλευτική, επισκέψεις και επισκέψεις στο σπίτι. Υπηρεσίες εκτός ωραρίου παρέχονται και από τους εξωτερικούς ιατρούς στα νοσοκομεία για λόγους αποτελεσματικότητας και καλών σχέσεων μεταξύ νοσοκομειακών και κοινοτικών φορέων. Στις αγροτικές περιοχές, οι ιατροί συμμετέχουν σε υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας σε στενή συνεργασία με οργανισμούς διάσωσης⁽²⁵⁾.

Ο ασθενής μπορεί επίσης να απευθυνθεί και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός οποιοδήποτε νοσοκομείου. Σε αυτήν την περίπτωση θα δοθεί στον ασθενή μια έκθεση αναφοράς σχετικά με την επίσκεψή του για να την παραδώσει στον οικογενειακό του ιατρό^{(26), (27)}.

3.5 Ηνωμένο Βασίλειο

Το Βρετανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ο πιο γνωστός εκπρόσωπος του μοντέλου Beveridge, δηλαδή ένα εθνικό σύστημα υγείας όπου η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από την φορολογία και η κάλυψη είναι πλήρης και καθολική ⁽²⁹⁾. Η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα αποτελεί το βασικό πυλώνα παροχής υπηρεσιών στο σύστημα υγείας με πληθώρα δομών και εργαζομένων να την στηρίζουν. Έμφαση δίνεται και στην παροχή υπηρεσιών ποιότητας, γεγονός που φαίνεται από την ύπαρξη αρκετών ελεγκτικών μηχανισμών αλλά και την παροχή κινήτρων στους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, εφαρμόζεται ένα αρκετά αυστηρό σύστημα gatekeeping.

3.5.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού

Η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι καθολική και η χρηματοδότησή της γίνεται κυρίως μέσω της γενικής φορολόγησης ⁽³⁰⁾. Ειδικότερα, το ποσοστό της υγειονομικής δαπάνης που καλύπτεται από την κυβέρνηση αποτελεί σχεδόν το 80% της δαπάνης του τομέα της υγείας ⁽¹⁶⁾ που είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες που καλύπτονται πλήρως από το εθνικό σύστημα υγείας δεν είναι σαφώς καθορισμένες και αλλάζουν αναλόγως την περιοχή, διότι οι τοπικές αρχές είναι αυτές που διαχειρίζονται τον προϋπολογισμό και κατανέμουν τους πόρους. Στην πράξη, καλύπτονται υπηρεσίες πρόληψης, όπου συμπεριλαμβάνονται διαγνωστικές δοκιμασίες και εμβολιασμοί, ενδονοσοκομειακή φροντίδα, ιατρική φροντίδα, φαρμακευτική αγωγή, απαραίτητη οδοντιατρική φροντίδα, μερική οφθαλμολογική φροντίδα, ψυχιατρική φροντίδα, ανακουφιστική φροντίδα, μερική φροντίδα για χρόνιους πάσχοντες, αποκατάσταση και κατ'οίκον επισκέψεις. Γενικότερα, οποιαδήποτε παροχή καλύπτεται από το σύστημα υγείας πρέπει να είναι εγκεκριμένη από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας (National Institute of Health and Clinical Excellence-NICE) ^{(30), (31), (32)}.

Ενώ η υγειονομική φροντίδα στο μεγαλύτερο ποσοστό της παρέχεται δωρεάν, υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο χρήστης υπηρεσιών υγείας απαιτείται είτε να καλύψει ποσοστό είτε ολόκληρο το κόστος. Στις υπηρεσίες αυτές εμπίπτουν η οδοντιατρική φροντίδα, η οφθαλμολογική φροντίδα και η συνταγογράφηση φαρμάκων εκτός νοσοκομείου. Υπάρχουν ωστόσο ομάδες πληθυσμού που εξαιρούνται από τις πληρωμές αυτές όπως τα παιδιά κάτω των 16 ετών, οι μαθητές μέχρι 18 ετών, άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, άτομα με καρκίνο, χρόνια πάσχοντες κ.α. ^{(30), (31)}.

Υπάρχει και η δυνατότητα ιδιωτικής ασφάλισης, μέσω της οποίας παρέχεται ευκολότερη και γρηγορότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Τα πακέτα ωστόσο που προσφέρονται δεν παρέχουν πλήρη κάλυψη καθώς συνήθως αποκλείονται είδη υπηρεσιών, όπως φροντίδα ψυχικής υγείας και επείγουσα φροντίδα ⁽³⁰⁾.

3.5.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού

Ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί το βασικό σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας για τους ασφαλισμένους. Συνήθως εργάζονται σε εγκαταστάσεις μαζί με άλλους ιατρούς και επαγγελματίες υγείας. Ο ασφαλισμένος έχει την δυνατότητα να εγγραφεί στην λίστα ενός οικογενειακού ιατρού χωρίς να υπάρχουν περιορισμοί στην επιλογή του. Ωστόσο, ο ιατρός μπορεί να αρνηθεί την εγγραφή είτε για λόγους απόστασης είτε για λόγους πλήρωσης της λίστας του. Αυτή η λίστα κατά μέσο όρο περιλαμβάνει 1.530 άτομα ^{(30), (31)}.

Ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί κεντρικό σημείο στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς έχει ιδιαίτερα διευρυμένο ρόλο. Στις αρμοδιότητές του περιλαμβάνονται συμβουλευτική, συνταγογράφηση φαρμάκων, οικογενειακός προγραμματισμός, προγεννητική φροντίδα, διαχείριση χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης τύπου II και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ελάσσονες χειρουργικές παρεμβάσεις και παροχή υπηρεσιών πρόληψης. Δίνεται μεγάλη έμφαση σε αυτές τις υπηρεσίες και σχετίζονται με προγράμματα εμβολιαστικής κάλυψης, εκτίμηση κινδύνου εμφάνισης νοσημάτων καθώς και προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Τέλος, σημαντικός είναι ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού στον έλεγχο της πρόσβασης σε επόμενα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης εφόσον η παραπομπή από αυτόν είναι απαραίτητη ^{(31), (32)}.

Η αμοιβή για τις υπηρεσίες δεν γίνεται κατά ιατρό όσο κατά φορέα παροχής υπηρεσιών και αυτή υπολογίζεται βάση της μεθόδου Carr-Hill, μεθοδολογία με την οποία σταθμίζονται διάφοροι παράγοντες όπως το σύνολο, η ηλικία, το φύλο, το νοσολογικό προφίλ του πληθυσμού ευθύνης κ.α. Παράλληλα, παρέχονται επιπλέον αμοιβές στους ιατρούς που αντεπεξέρχονται σε κριτήρια ποιότητας, δίνοντας κίνητρα για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα κριτήρια αυτά βασίζονται πάνω σε τέσσερις άξονες: τα κλινικά πρότυπα, τα οργανωτικά πρότυπα, την εμπειρία των ασθενών και πρόσθετες υπηρεσίες^{(12), (30), (31), (32)}.

Υπάρχουν και αρκετοί μηχανισμοί ελέγχου των παρόχων. Η CQC (Care Quality Commission) παρακολουθεί την απόδοση χρησιμοποιώντας εθνικά καθορισμένα πρότυπα ποιότητας και διερευνά μεμονωμένα παρόχους σε περίπτωση που εκφραστούν ανησυχίες σχετικά. Επιπλέον, το NICE αναπτύσσει πρότυπα ποιότητας που καλύπτουν τις πιο συνήθεις συνθήκες που απασχολούν την πρωτοβάθμια φροντίδα⁽³⁰⁾.

3.5.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας

Όπως ήδη αναφέρθηκε ο οικογενειακός ιατρός είναι η πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας. Όταν ο ασφαλισμένος αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα υγείας θα προγραμματίσει επίσκεψη στον ιατρό του. Στόχος του NHS είναι η επίσκεψη αυτή να πραγματοποιηθεί εντός 48 ωρών⁽³²⁾. Ο ιατρός μπορεί να κρίνει εάν χρειάζεται εξειδικευμένη υγειονομική φροντίδα. Σε αυτή την περίπτωση θα χορηγηθεί παραπεμπτικό για επίσκεψη στον κατάλληλα εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέξει σε ποιον επαγγελματία θα απευθυνθεί έχοντας ταυτόχρονα την δυνατότητα να συγκρίνει διάφορες παραμέτρους μέσω του ιστοτόπου του NHS. Θα προγραμματίσει επίσκεψη με τον επαγγελματία που έχει επιλέξει και το αργότερο εντός 18 εβδομάδων ο ασθενής θα λάβει την κατάλληλη θεραπεία. Αυτός που έχει την ευθύνη της συνέχιση της φροντίδας μετά το πέρας της θεραπείας είναι ο οικογενειακός ιατρός του ασθενούς⁽³¹⁾.

Η παρούσα διαδρομή είναι υποχρεωτική για τους χρήστες του συστήματος υγείας. Η μόνη περίπτωση απόκλισης είναι εάν ο πάροχος είναι ιδιώτης/ιδιωτικός φορέας, όπου η κάλυψη του κόστους είναι ευθύνη του ασφαλισμένου⁽³³⁾. Με αυτόν τον τρόπο οι

χρήστες αποτρέπονται από την αλόγιστη χρήση κοστοβόρων για το σύστημα υπηρεσιών.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι η διαδρομή των χρηστών διευκολύνεται σημαντικά μέσω των πληροφοριακών συστημάτων καθώς δίνεται η δυνατότητα να προγραμματίσουν επισκέψεις μέσω διαδικτυακών υπηρεσιών. Παράλληλα, στις δομές παροχής πρωτοβάθμιας διατηρείται ηλεκτρονικό αρχείο για κάθε εγγεγραμμένο ⁽³⁰⁾, ⁽³²⁾ κάνοντας έτσι την μετάβαση του ασθενή από ένα επίπεδο υγειονομικής φροντίδας σε επόμενο ευκολότερη.

3.5.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού

Σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού ο ασφαλισμένος καλείται αρχικά να καλέσει την τηλεφωνική γραμμή του NHS όπου και θα έρθει σε επικοινωνία με εξειδικευμένους επαγγελματίες οι οποίοι θα του παρέχουν συμβουλευτική και αν χρειαστεί θα τον παραπέμψουν είτε στον οικογενειακό του ιατρό (για ώρες εντός ωραρίου) είτε σε κάποιο κέντρο παροχής έκτακτης φροντίδας. Αυτά τα κέντρα είναι τα walk-in centres και τα minor injury units που απαρτίζονται από υγειονομικό προσωπικό και κυρίως παρέχουν πρώτες βοήθειες και γενικότερα αντιμετωπίζουν ελάσσονες καταστάσεις υγείας ⁽³¹⁾, ⁽³⁴⁾. Τις επείγουσες και πιο σοβαρές καταστάσεις τις αναλαμβάνουν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων ⁽³⁰⁾.

3.6 Δανία

Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας στην Δανία είναι καθολική και η διοίκηση των υπηρεσιών αποκεντρωμένη καθώς σημαντικό λόγο στην παροχή της περίθαλψης έχουν οι περιφέρειες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί σημαντικό κομμάτι του συστήματος υγείας, ωστόσο δεν δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε αυτές τις υπηρεσίες. Αυτό φαίνεται από τον προαιρετικό χαρακτήρα που έχει η πρωτοβάθμια,

αφού δίνεται και η επιλογή εξαίρεσης από το σύστημα του gatekeeping, ενώ παράλληλα όταν αυτό εφαρμόζεται, δεν είναι αυστηρό.

3.6.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού

Όλοι οι πολίτες της Δανίας έχουν δικαίωμα στην δημόσια υγειονομική περίθαλψη. Όσοι δεν είναι κάτοικοι της χώρας έχουν δικαίωμα στην χρήση υπηρεσιών μόνο επείγουσας φροντίδας. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται κυρίως μέσω της φορολογίας^{(35), (36), (37)}.

Οι αποφάσεις σχετικά με το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, ως ένα βαθμό, λαμβάνονται σε επίπεδο δήμων και περιφερειών. Αυτό το αποκεντρωμένο μοντέλο διοίκησης έχει ως αποτέλεσμα την διαφοροποίηση του πακέτου παροχών μεταξύ διαφορετικών περιοχών. Ωστόσο, οι αποφάσεις αυτές βασίζονται σε πλαίσιο νόμων, κλινικών οδηγιών κ.α. οπότε το εύρος των υπηρεσιών που παρέχονται δεν διαφέρει ιδιαίτερα από περιοχή σε περιοχή. Στις υπηρεσίες που κατά βάση καλύπτονται συμπεριλαμβάνονται η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, υπηρεσίες ψυχικής φροντίδας και η φροντίδα για χρόνια νοσήματα^{(35), (36)}.

Η υγειονομική φροντίδα στο μεγαλύτερο μέρος της παρέχεται δωρεάν, υπάρχουν όμως ορισμένες περιπτώσεις όπου οι πολίτες καλούνται να καλύψουν ένα μέρος του κόστους. Μερικές από αυτές είναι η οδοντιατρική φροντίδα για άτομα άνω των 18 ετών, ακουστικά βοηθήματα και διορθωτικοί φακοί και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα εκτός νοσοκομείου. Ειδικότερα, για την φαρμακευτική αγωγή, η συμμετοχή στο κόστος εξαρτάται από το κόστος που καταναλώνει ο ασφαλισμένος σε ετήσια βάση. Πιο συγκεκριμένα όταν το κόστος δεν υπερβαίνει τις 865 Δανικές κορώνες (116 ευρώ), ο ασθενής δεν λαμβάνει επιστροφή χρημάτων, όταν είναι μεταξύ 865 - 1410 Δανικές κορώνες (116-189 ευρώ) λαμβάνουν επιστροφή 50% , όταν είναι από 1410 μέχρι 3045 Δανικές κορώνες (189 - 408 ευρώ) λαμβάνουν επιστροφή 75% και όταν το κόστος των φαρμάκων μεγαλύτερο από 3045 Δανικές κορώνες (408 ευρώ) λαμβάνουν επιστροφή 85%. Τέλος, ειδική μέριμνα υπάρχει για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα, οι πολίτες με χαμηλό εισόδημα, άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών για τους οποίους ισχύουν διαφορετικά ποσοστά συμμετοχής έως και εξαίρεσή τους από το κόστος^{(35), (36)}.

3.6.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού

Οι πολίτες έχουν να επιλέξουν ανάμεσα σε δύο τρόπους για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στην πρώτη επιλογή, στην οποία ανήκει και το 98% του πληθυσμού της χώρας, είναι εγγεγραμμένοι σε ένα οικογενειακό ιατρό που επιλέγουν οι ίδιοι, ο οποίος ιατρός λειτουργεί ως gatekeeper. Επιπλέον, ο ιατρός που επιλέγεται πρέπει να βρίσκεται σε απόσταση μέχρι 15 χλμ. από το σπίτι τους (5 χλμ. στην περιοχή της Κοπεγχάγης) ειδάλλως, απαιτείται γραπτή αποδοχή από τον ιατρό για την προθυμία του να πραγματοποιήσει επισκέψεις στο σπίτι κατά τη διάρκεια της ημέρας. Σε αυτή την περίπτωση οι υπηρεσίες που λαμβάνει ο χρήστης αποζημιώνονται είτε πλήρως είτε σε ένα μεγάλο ποσοστό, απαιτούν όμως παραπομπή από τον οικογενειακό ιατρό. Στην δεύτερη επιλογή, ο πολίτης μπορεί να απευθυνθεί σε οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας επιθυμεί χωρίς παραπομπή, ωστόσο έχει συμμετοχή στο κόστος για τις υπηρεσίες που λαμβάνει. Με αυτόν τον τρόπο παρακινούνται οι πολίτες να διαλέγουν την πρώτη επιλογή υγειονομικής κάλυψης⁽³⁵⁾.
(36), (37)

Ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Οι δραστηριότητές του σχετίζονται με παρεμβάσεις προληπτικού χαρακτήρα, την διαχείριση και παρακολούθηση νοσημάτων των εγγεγραμμένων και ελάχιστονες ιατρικές παρεμβάσεις⁽³⁷⁾.

Γενικότερα, οι οικογενειακοί ιατροί λειτουργούν σε δομές σε συνεργασία με άλλους οικογενειακούς ιατρούς και νοσηλευτές. Η αμοιβή τους βασίζεται σε ποσοστό 30% στον αριθμό των εγγεγραμμένων και το υπόλοιπο 70% στις παρεχόμενες υπηρεσίες⁽³⁶⁾. Παράλληλα δίνονται επιπλέον αμοιβές για παροχή υπηρεσιών εκτός ωραρίου, επισκέψεις κατ' οίκον και συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου. Φαίνεται ότι με την εισαγωγή αυτής της μεθόδου αποζημίωσης αυξήθηκε παραγωγικότητα ενώ ταυτόχρονα μειώθηκαν οι παραπομπές⁽³⁷⁾.

3.6.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας

Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί κατά βάση το σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας και ο επαγγελματίας υγείας στον

οποίο ο πολίτης θα απευθυνθεί όταν έχει κάποιο πρόβλημα. Εάν απαιτείται εξειδικευμένη φροντίδα, ο οικογενειακός ιατρός παραπέμπει στην κατάλληλη ειδικότητα, έχοντας και την δυνατότητα να προτείνει συγκεκριμένο επαγγελματία ή φορέα. Η επιλογή όμως έγκειται στον πολίτη που δύναται να διαλέξει μεταξύ όλων των δημόσιων φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης αλλά και ιδιωτικών, αλλά σε αυτήν την περίπτωση δεν αναλαμβάνει το κράτος να καλύψει το κόστος. Έπειτα, την ευθύνη της παρακολούθησης την έχει ο εξειδικευμένος επαγγελματίας που έχει αναλάβει την φροντίδα του ασθενούς, ενημερώνοντας παράλληλα τον υπεύθυνο οικογενειακό ιατρό.

Όπως φαίνεται, μέρος του ρόλου του οικογενειακού ιατρού είναι και ο έλεγχος της πρόσβασης σε επόμενα επίπεδα φροντίδας υγείας. Ωστόσο, αυτός ο έλεγχος δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός καθώς υπάρχουν αρκετές ιατρικές ειδικότητες που ο πολίτης μπορεί να προσεγγίσει χωρίς να απαιτείται παραπομπή όπως οφθαλμίατρο, ωτορινολαρυγγολόγο, καρδιολόγο, νευρολόγο και χειρουργό. Αν όμως απαιτείται παραπεμπτικό και ο πολίτης δεν διαθέτει, τότε πρέπει να καλύψει ο ίδιος το κόστος.

Όλα τα παραπάνω ισχύουν για τους πολίτες που επιλέγουν τον πρώτο τρόπο κάλυψης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δηλαδή αυτόν που περιλαμβάνει την εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό και το gatekeeping, και αφορά σχεδόν ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας. Οι πολίτες που έχουν επιλέξει τον δεύτερο τρόπο κάλυψης δεν είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν κάποιο συγκεκριμένο μονοπάτι^{(35), (37)}.

3.6.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού

Σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού, η πρώτη επαφή του πολίτη γίνεται με την περιφερειακή τηλεφωνική υπηρεσία. Μέσω αυτής γίνεται διαλογή είτε από γενικούς ιατρούς είτε από νοσηλεύτες που θα κατευθύνουν τον ασθενή, αναλόγως την σοβαρότητα της κατάστασής του, είτε σε τμήμα επειγόντων περιστατικών σε κάποιο νοσοκομείο είτε σε δομή παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας που λειτουργεί εκτός ωραρίου. Πιο συγκεκριμένα, αυτές οι δομές λειτουργούν με τους γενικούς ιατρούς κάθε περιοχής οι οποίοι συνεργάζονται για να παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και εκτός ωραρίου^{(36), (37)}.

3.7 Ισπανία

Το σύστημα υγείας στην Ισπανία βασίζεται στη δημόσια ασφάλιση και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γεγονός που φαίνεται από το εύρος των αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτό το κομμάτι αλλά και από την εφαρμογή υποχρεωτικού συστήματος gatekeeping.

3.7.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού

Η ασφαλιστική κάλυψη στην Ισπανία είναι δημόσια και σχεδόν καθολική για όλους όσους κατοικούν στην χώρα. Δίνεται και η επιλογή εξαίρεσης από την δημόσια ασφάλιση, που όμως αφορά ένα μικρό μέρος του πληθυσμού που είναι οι υψηλόμισθοι και οι δημόσιοι υπάλληλοι. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται στο μεγαλύτερο ποσοστό από την γενική φορολογία αλλά και μέσω ασφαλιστικών εισφορών που προέρχονται από ταμεία κοινωνικής ασφάλισης^{(12), (38)}.

Στις δημόσιες παροχές περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και εξειδικευμένης εξωνοσοκομειακής φροντίδας, ενδονοσοκομειακή φροντίδα και ιατρικά βοηθήματα. Επιπλέον, καλύπτεται σε ένα ποσοστό και η φαρμακευτική αγωγή σε εξωνοσοκομειακή βάση. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει συμμετοχή σε ποσοστό 40% του κόστους, για άτομα κάτω των 65 ετών. Το ποσοστό αυτό αλλάζει για χρόνιους ασθενείς και γίνεται 10%. Η οδοντιατρική φροντίδα και τα οπτικά είδη, όπως γυαλιά και φακοί επαφής δεν καλύπτονται από την δημόσια ασφάλιση⁽³⁸⁾.

3.7.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού

Η πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ισπανία παρέχεται κυρίως σε κέντρα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα κέντρα αυτά είναι βρίσκονται σε απόσταση όχι μεγαλύτερη των 15 λεπτών από οποιοδήποτε σημείο της περιφέρειας και επανδρώνονται με ιατρούς και νοσηλευτές που λειτουργούν συνεργατικά, ως διεπιστημονική ομάδα. Ο χρήστης μπορεί να εγγραφεί στην λίστα ενός ιατρού αλλά και νοσηλευτή χωρίς να υπάρχουν περιορισμοί για την επιλογή του, με ελάχιστες εξαιρέσεις σε κάποιες περιφέρειες. Ο κάθε ιατρός μπορεί να αναλάβει 1410 άτομα

και ο κάθε νοσηλευτής 1663. Για άτομα κάτω των 15 ετών, αναλαμβάνουν οι παιδίατροι ως οικογενειακοί ιατροί^{(12), (39)}.

Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού είναι ιδιαίτερα διευρυμένος. Πιο συγκεκριμένα, παρέχει διάγνωση και θεραπευτικές διαδικασίες, προαγωγή της υγείας και δραστηριότητες πρόληψης (συμπεριλαμβανομένης της οικογενειακής και κοινοτικής φροντίδας), αποκατάσταση, φροντίδα μητέρας και παιδιού, υπηρεσίες για ασθενείς με χρόνια νοσήματα, φροντίδας ηλικιωμένων, συμβουλευτική για το κάπνισμα, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και οι υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας για ασθενείς τελικού σταδίου. Τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας διαθέτουν βασικό εξοπλισμό για διαγνωστικούς σκοπούς, όπως καρδιογράφοι, σπιρόμετρα κ.α., αλλά και για την διενέργεια ελασσόνων χειρουργικών παρεμβάσεων. Τέλος, σημαντικό κομμάτι της δουλειάς του οικογενειακού ιατρού είναι και το gatekeeping καθώς για την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα απαιτείται παραπομπή^{(12), (38), (39)}.

Οι ιατροί, αλλά και γενικότερα όλοι οι επαγγελματίες στον χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αμείβονται με μισθό ο οποίος προσαρμόζεται βάσει διαφόρων κριτηρίων, όπως χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης και γεωγραφικά κριτήρια. Επιπλέον δίνονται και οικονομικά κίνητρα για την επίτευξη στόχων που σχετίζονται με την αποδοτικότητα και την ποιότητα⁽³⁹⁾.

3.7.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας

Ο οικογενειακός ιατρός είναι ο πρώτος επαγγελματίας υγείας που θα έρθει σε επαφή ο πολίτης όταν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα υγείας. Σε περίπτωση που κρίνει ότι ο ασθενής χρήζει εξειδικευμένης φροντίδας, τότε τον παραπέμπει στον κατάλληλα εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας ή φορέα, συνήθως σε τοπικά ιατρεία ή νοσοκομεία. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι μόλις το 6% των χρηστών παραπέμπονται σε επόμενο επίπεδο φροντίδας, γεγονός που οφείλεται και στο μεγάλο εύρος που έχουν οι οικογενειακοί ιατροί στις παρεμβάσεις

Αφού ο ασθενής λάβει την κατάλληλη φροντίδα, αποστέλλεται αναφορά στο οικογενειακό του ιατρό ο οποίος αναλαμβάνει και την μετέπειτα παρακολούθησή του. Αυτή η συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας διευκολύνεται από την ύπαρξη πληροφοριακών συστημάτων καθώς η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ

των επαγγελματιών υγείας σε θέματα που αφορούν τους ασθενείς είναι πληρέστερη και ευκολότερη^{(38), (39)}.

Η παραπάνω διαδρομή είναι υποχρεωτική για τους πολίτες του καλύπτονται από δημόσια ασφάλιση. Εάν ο χρήστης έχει ιδιωτική ασφάλιση, έχει άμεση πρόσβαση σε οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας επιθυμεί.

3.7.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού

Δύο είναι οι μηχανισμοί έκτακτης ανάγκης για τους ασθενείς. Ο πρώτος αφορά κέντρα έκτακτης ανάγκης πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχουν υπηρεσίες όλη την διάρκεια του εικοσιτετραώρου. Ο δεύτερος είναι η πρόσβαση σε τμήμα επαγόντων περιστατικών ενός νοσοκομείου. Επιπλέον, εάν ο ασθενής δεν δύναται να μετακινηθεί, υπάρχει η δυνατότητα επισκέψεως στο σπίτι.

Συνιστάται στους ασθενείς να χρησιμοποιούν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε περιπτώσεις έκτακτης για μη απειλητικές για την ζωή καταστάσεις. Εάν κριθεί απαραίτητο, τότε θα γίνει παραπομπή σε νοσοκομείο και αυτοί οι ασθενείς θα εξυπηρετηθούν με προτεραιότητα⁽³⁸⁾.

3.8 Ιταλία

Η παροχή υγειονομικής φροντίδας στην Ιταλία είναι δημόσια και καθολική με ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης χαρακτηρίζονται από οργάνωση, ακόμα και για περιστατικά εκτός ωραρίου, και ο έλεγχος της πρόσβασης σε επόμενα επίπεδα φροντίδας είναι αυστηρός. Επιπλέον, παρέχονται αρκετά κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών ποιότητας.

3.8.1 Ασφαλιστική κάλυψη πληθυσμού

Η ασφάλιση είναι δημόσια και καλύπτει όλους τους κατοίκους της χώρας με το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης να προέρχεται από την φορολογία. Στις υπηρεσίες που καλύπτονται περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, εξειδικευμένης εξωνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, επείγουσα φροντίδα, κατ' οίκον φροντίδα, φαρμακευτική αγωγή, υπηρεσίες αποκατάστασης, υπηρεσίες για χρόνιους ασθενείς, ιατρικά βοηθήματα και οδοντιατρική περίθαλψη για άτομα μέχρι 16 ετών, ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, άτομα με χαμηλό εισόδημα και άτομα που έχουν επείγουσα ανάγκη.

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης κατά βάση παρέχονται δωρεάν, ωστόσο υπάρχουν ορισμένες χρεώσεις για τους χρήστες. Η συμμετοχή στο κόστος εφαρμόζεται για την συνταγογράφηση φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων. Από την συμμετοχή στο κόστος εξαιρούνται άτομα άνω των 65 ετών και κάτω των 6 ετών, άνεργοι, χρόνιοι πάσχοντες, άτομα με χαμηλό εισόδημα και εγκυμονούσες γυναίκες (40), (41).

3.8.2 Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού

Ο οικογενειακό ιατρός είναι ο πρώτος επαγγελματίας με τον οποίο έρχεται σε επαφή ο χρήστης. Για άτομα ηλικίας μέχρι 16 ετών αναλαμβάνει παιδίατρος. Οι πολίτες δεν έχουν περιορισμούς στην επιλογή του ιατρού. Κάθε ιατρός μπορεί να έχει στην λίστα του έως 1500 άτομα (800 για τους παιδίατρους) (42).

Οι οικογενειακοί ιατροί ασχολούνται κυρίως με την πρώτη επαφή με τον χρήστη, τη θεραπεία και την παρακολούθηση των περισσότερο κοινών ασθενειών, προληπτική φροντίδα και προαγωγή της υγείας. Πιο πρόσφατα ένας αυξανόμενος αριθμός ιατρών υιοθετούν νέες τεχνολογίες αυξάνοντας τις διαγνωστικές τους δυνατότητες. Σημαντικό κομμάτι του ρόλου ενός οικογενειακού ιατρού είναι και ο έλεγχος της πρόσβασης σε επόμενα επίπεδα φροντίδας και εξειδικευμένες υπηρεσίες καθώς εάν μόνο με δική τους παραπομπή οι χρήστες μπορούν να λάβουν εξειδικευμένη φροντίδα. Ωστόσο, η ευθύνη για τον συντονισμό και την συνέχιση της φροντίδας την έχουν οι οικογενειακοί ιατροί (40), (42).

Οι οικογενειακοί ιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι με συμβάσεις με το δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Εργάζονται είτε ατομικά είτε σε ομαδικά ιατρεία. Πιο συγκεκριμένα, τα τελευταία χρόνια στα πλαίσια μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας και με σκοπό την καλύτερη συνεργασία και τον συντονισμό στην υγειονομική φροντίδα των πολιτών, δίνονται οικονομικά κίνητρα στους ιατρούς που εργάζονται σε υγειονομική δομή σε συνεργασία και με άλλους επαγγελματίες υγείας ^{(40), (41)}.

Οι αμοιβές των ιατρών βασίζονται σε ένα κατά κεφαλήν σύστημα όπου σταθμίζονται διάφοροι παράγοντες σχετικά με τον πληθυσμό ευθύνης, όπως η ηλικία, ενώ παράλληλα δίνονται επιπλέον αμοιβές για την παροχή ορισμένων υπηρεσιών και την επίτευξη στόχων απόδοσης. Τα παραπάνω συντελούν στην παροχή υπηρεσιών ποιότητας καθώς δίνονται κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας ^{(40), (41), (42)}.

3.8.3 Διαδρομή του ασθενή σε φροντίδα ρουτίνας

Όπως ήδη αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, η πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας είναι συνήθως ο οικογενειακός ιατρός και σε αυτόν θα απευθυνθεί ο πολίτης όταν χρειαστεί υγειονομική περίθαλψη. Εάν κριθεί απαραίτητο θα γίνει παραπομπή για παροχή υπηρεσιών από εξειδικευμένους επαγγελματίες. Εξαιρέση σε αυτό αποτελούν οι υπηρεσίες από γυναικολόγους, οδοντίατρους, οπτομετρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά ^{(40), (42)}.

Με σκοπό να προγραμματίσει την επίσκεψή του στον εξειδικευμένο επαγγελματία, ο πολίτης μπορεί να επικοινωνήσει με ειδική τηλεφωνική γραμμή που είναι υπεύθυνη για αυτό. Μέσω αυτής της γραμμής θα ενημερωθεί για τους παρόχους με τον μικρότερο χρόνο αναμονής για την υπηρεσία που χρειάζεται, είτε δημόσιους είτε ιδιωτικούς φορείς ⁽⁴⁰⁾. Εάν είναι απαραίτητη η εισαγωγή σε νοσοκομείο, ο ασθενής μπορεί να επιλέξει οποιοδήποτε νοσοκομείο, χωρίς όμως να μπορεί να επιλέξει συγκεκριμένα τον επαγγελματία που θα αναλάβει την φροντίδα του ⁽⁴¹⁾. Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, τον συντονισμό την συνέχιση της φροντίδας αναλαμβάνει ο οικογενειακός ιατρός ο οποίος ενημερώνεται από τους υπόλοιπους επαγγελματίες σχετικά με την υγεία του ασθενή του.

Η παραπάνω διαδρομή είναι υποχρεωτική για χρήστη που απευθύνεται στο δημόσιο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Εάν ο χρήστης επιθυμεί, δύναται να απευθυνθεί σε ιδιωτικούς φορείς είτε καλύπτοντας ο ίδιος το κόστος είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης.

3.8.4 Διαδρομή του ασθενή σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού

Για τις ώρες που δεν λειτουργούν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και η πρόσβαση στον οικογενειακό ιατρό δεν είναι εφικτή, υπάρχουν δομές με ιατρούς που προσφέρουν υπηρεσίες τις ώρες που οι παραπάνω φορείς είναι κλειστοί. Εκεί ο χρήστης θα λάβει την κατάλληλη φροντίδα και αν χρειαστεί θα παραπεμφθεί σε νοσοκομείο. Επιπλέον, υπάρχει τηλεφωνική γραμμή για έκτακτα περιστατικά που λειτουργεί κατά την διάρκεια της νύχτας και όλο το σαββατοκύριακο όπου ιατροί παρέχουν συμβουλευτική και κάνουν επισκέψεις εάν κριθεί απαραίτητο ^{(40), (41), (42)}.

Ο ασθενής μπορεί επίσης να επισκεφθεί άμεσα ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών. Σε περίπτωση που κατά την διαλογή, ο ασθενής ταξινομηθεί στην άσπρη ή πράσινη κατηγορία, που σχετίζονται με μη επείγουσες καταστάσεις, καλείται να πληρώσει 25 ευρώ λόγω της μη σωστής χρήσης των τμήματος επειγόντων περιστατικών. Αυτό το μέτρο προέκυψε λόγω της αυξημένης προσέλευσης για αιτίες που θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας ⁽⁴⁰⁾.

Φαίνεται πως στην Ευρώπη υπάρχουν αρκετά διαφορετικά συστήματα οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σε ορισμένες χώρες η πρόσβαση από το επίπεδο της πρωτοβάθμιας σε επόμενα επίπεδα φροντίδας είναι πιο αυστηρή ενώ σε άλλες πιο ελεύθερη. Επιπλέον, το εύρος του ρόλου των επαγγελματιών είναι διαφορετικό. Σημαντική θεωρείτε όμως και η οπτική γωνία των χρηστών όσον αφορά την διαδρομή τους στο σύστημα υγείας και πώς εκείνοι την αξιολογούν. Ακολουθεί ένας συγκεντρωτικός πίνακας με κάποια βασικά στοιχεία για κάθε χώρα.

Πίνακας 1: Βασικά χαρακτηριστικά για κάθε μία από τις 8 χώρες

	Ολλανδία	Σουηδία	Γαλλία	Γερμανία	Ην.Βασίλειο	Δανία	Ισπανία	Ιταλία
Οικ.Ιατρός	√	√	√	√	√	√	√	√
Επιλογή Ιατρού	Ασφαλιστική εταιρεία	Γεωγραφικά κριτήρια	Ελεύθερη	Ελεύθερη	Ελεύθερη	Γεωγραφικά κριτήρια	Ελεύθερη	Ελεύθερη
Υποχρεωτική παραπομπή	√	-	-	-	√	√ (εάν διαθέτει οικ. ιατρό)	√	√
Ποινή σε περίπτωση μη παραπομπής	-	√	√	-	-	√	-	√

Κεφάλαιο 4

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΧΡΗΣΤΩΝ

Βάσει του Ινστιτούτου Beryl η εμπειρία των χρηστών ορίζεται ως «το σύνολο όλων των αλληλεπιδράσεων, που διαμορφώνεται από την κουλτούρα ενός οργανισμού, που επηρεάζουν τις αντιλήψεις του χρήστη σε όλη την διάρκεια της φροντίδας του»⁽³⁾. Τις τελευταίες δεκαετίες, οι εμπειρίες των χρηστών, αλλά και γενικότερα οι μετρήσεις που παρουσιάζουν την οπτική των ληπτών υπηρεσιών υγείας, έχουν απασχολήσει αρκετά τους επαγγελματίες υγείας ως ένα νέο μέσο αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, αρκετές χώρες έχουν αρχίσει και εντάσσουν τις εμπειρίες των χρηστών στο σύστημα αξιολόγησης του συστήματος υγείας.

4.1 Τι είναι η μέτρηση εμπειρίας χρηστών

Βάσει του ορισμού που δόθηκε παραπάνω, η εμπειρία του χρήστη σχετίζεται με τις αλληλεπιδράσεις αυτού με το σύστημα υγείας. Συνεπώς, οι μετρήσεις πρέπει να αντανακλούν αυτό και οι δείκτες που χρησιμοποιούνται να αποτυπώνουν την εμπειρία του χρήστη. Συνήθως οι δείκτες αυτοί σχετίζονται με δεδομένα που αφορούν στους χρόνους (χρόνο αναμονής, διάρκεια επίσκεψης), την συμμετοχή του ασθενή στην φροντίδα, την ενημέρωση από τον ιατρό κ.α.

Η προσέγγιση για την μέτρηση της εμπειρίας των χρηστών μπορεί να είναι ποιοτική, ποσοτική είτε μεικτή. Στις ποσοτικές μεθόδους χρησιμοποιούνται κυρίως ερωτηματολόγια με σκοπό την παραγωγή αριθμητικών δεδομένων που υπόκεινται σε στατιστική ανάλυση για την διερεύνηση τάσεων και συσχετίσεων μεταξύ των διαφορετικών μεταβλητών σε μεγάλο δείγμα. Υπάρχουν διάφορα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται με πιο γνωστό το CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) το οποίο έχει και διαφορετικές εκδοχές ανάλογα τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στον οποίο χρησιμοποιείται. Από την άλλη πλευρά, οι ποιοτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται όταν οι έρευνες αποσκοπούν στην βαθύτερη κατανόηση των εμπειριών όπου και χρησιμοποιούνται περισσότερο

ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που δεν περιορίζουν τον χρήστη στην απάντηση που θα δώσει. Αυτού του είδους οι έρευνες συνήθως πραγματοποιούνται μέσω συνεντεύξεων και ομάδων εργασίας, ωστόσο έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται κάποιες καινοτόμες προσεγγίσεις όπως οι εθνογραφικές (ethnographic approaches) και οι μυθιστοριογραφικές προσεγγίσεις (novel methods). Υπάρχουν και οι μεικτές μέθοδοι που συνδυάζουν στοιχεία από τις δύο παραπάνω με σκοπό την απόκτηση πληρέστερης εικόνας σχετικά με τις εμπειρίες των χρηστών⁽⁴³⁾,⁽⁴⁴⁾.

4.2 Όφελος από τα δεδομένα

Η άντληση δεδομένων σχετικά με τις εμπειρίες των χρηστών αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο ελέγχου καθώς δίνει την δυνατότητα ανατροφοδότησης από τους ίδιους τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας. Επομένως, μέσω αυτών των δεδομένων μπορούν να γίνουν κατανοητά προβλήματα που σχετίζονται με την παροχή της φροντίδας και να παρακολουθούνται οι επιπτώσεις των διάφορων αλλαγών/μεταρρυθμίσεων που εφαρμόζονται⁽⁴⁴⁾. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δεικτών που σχετίζονται με τις εμπειρίες των χρηστών και με τους δείκτες ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, όταν οι χρήστες ανέφεραν πιο θετικές εμπειρίες, οι πάροχοι παρουσίαζαν καλύτερους δείκτες αποτελεσματικότητας, ποιότητας και ασφάλειας⁽⁴⁵⁾,⁽⁴⁶⁾. Συνεπώς, η πληροφορία που παρέχουν οι έρευνες για τις εμπειρίες των χρηστών είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και αποσκοπεί στην βελτίωση του εκάστοτε φορέα αναδεικνύοντας τα πιθανά προβλήματα.

Παράλληλα, αυτά τα δεδομένα ευνοούν και τους ίδιους τους χρήστες. Αρχικά, τους δίνεται η δυνατότητα πληροφόρησης για την ποιότητα των υπηρεσιών σε τομείς που τους ενδιαφέρουν περισσότερο. Μερικοί από αυτούς είναι η συμμετοχή στην φροντίδα, οι χρόνοι αναμονής και οι εξηγήσεις που δίνονται από το προσωπικό σχετικά με ζητήματα που αφορούν τον χρήστη όπως τα συμπτώματα και η θεραπεία της ασθένειάς τους⁽⁴⁷⁾, πτυχές της φροντίδας που ελέγχονται μέσω δεδομένων για τις εμπειρίες των χρηστών. Επιπλέον, ενισχύει την δημόσια λογοδοσία⁽⁴⁴⁾. Δίνει την

δυνατότητα άσκησης ελέγχου από τους πολίτες μέσω αυτών των ερευνών καθώς εκφράζεται η δικής τους οπτική για την παροχή των υπηρεσιών.

Συμπερασματικά, οι εμπειρίες αποτελούν σημαντικό μέτρο ποιότητας καθώς προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αλλά και για τους λήπτες των υπηρεσιών ενισχύοντας την πληροφόρησή τους.

4.3 Εμπειρίες ή ικανοποίηση χρηστών

Είναι συχνό φαινόμενο οι εμπειρίες των χρηστών να συγχέονται με την ικανοποίηση καθώς και τα δύο μελετούν την οπτική των ληπτών υπηρεσιών, αλλά στην πραγματικότητα είναι ξεχωριστά μεγέθη. Οι μετρήσεις ικανοποίησης βασίζονται σε κλίμακες εν αντιθέσει με την μέτρηση των εμπειριών που σε αρκετές περιπτώσεις βασίζονται σε αριθμητικά δεδομένα. Επιπλέον, η ικανοποίηση είναι υποκειμενική και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες που αφορούν τον ίδιο τον χρήστη και δεν σχετίζονται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως οι προσδοκίες του σχετικά με την υπηρεσία, οι προτιμήσεις του, η κατάσταση της υγείας του, το φύλο, η ηλικία, κ.α. Αντίθετα, οι ερωτήσεις σχετικά με την εμπειρία του χρήστη από τις υπηρεσίες υγείας είναι αντικειμενικές, συγκεκριμένες και οι απαντήσεις ανατακλούν τις αλληλεπιδράσεις του χρήστη με τον εκάστοτε υγειονομικό φορέα και δεν επηρεάζονται από τις αντιλήψεις του κάθε λήπτη υπηρεσιών^{(48), (44)}.

4.4 Παρουσίαση ενδεικτικών δεδομένων από ευρωπαϊκές χώρες

Πίνακας 2: Δεδομένα που αφορούν τις εμπειρίες χρηστών από πέντε Ευρωπαϊκές χώρες ⁽⁴⁹⁾

	Γαλλία	Γερμανία	Ολλανδία	Σουηδία	Ηνωμένο Βασίλειο
Κατανοητές εξηγήσεις	83,7%	85,9%	96,9%	82,9%	90,6%
Ερωτήσεις / ανησυχίες	82,9%	93,9%	96%	75,8%	92,3%
Επαρκής χρόνος	80%	86,0%	94,1%	72,9%	84,7%
Συμμετοχή στην φροντίδα	78%	87,6%	87,1%	79,0%	88,9%

Οι δείκτες που παρουσιάζονται σε αυτή την ενότητα αφορούν εμπειρίες χρηστών στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες, έχουν αντληθεί από την βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ ⁽⁴⁹⁾ και είναι οι εξής ⁽⁵⁰⁾:

- **Επαρκής χρόνος:** Ποσοστό ασθενών που δηλώνουν ότι ο τακτικός τους ιατρός περνά αρκετό χρόνο με τον ασθενή κατά τη διάρκεια της επίσκεψης και ορίζεται ο αριθμός των ερωτώμενων που απάντησαν ότι ο τακτικός ιατρός πάντα ή συχνά περνά αρκετό χρόνο μαζί τους προς τον αριθμό των ερωτώμενων που ανέφεραν ότι είχαν τακτικό γιατρό στο έτος αναφοράς και απάντησαν στη σχετική ερώτηση.
- **Κατανοητές εξηγήσεις:** Ποσοστό ασθενών που δηλώνουν ότι ο τακτικός τους ιατρός παρέχει κατανοητές εξηγήσεις και ορίζεται ως ο αριθμός των ερωτώμενων που απάντησαν ότι ο τακτικός τους ιατρός πάντα ή συχνά εξηγούσε τα

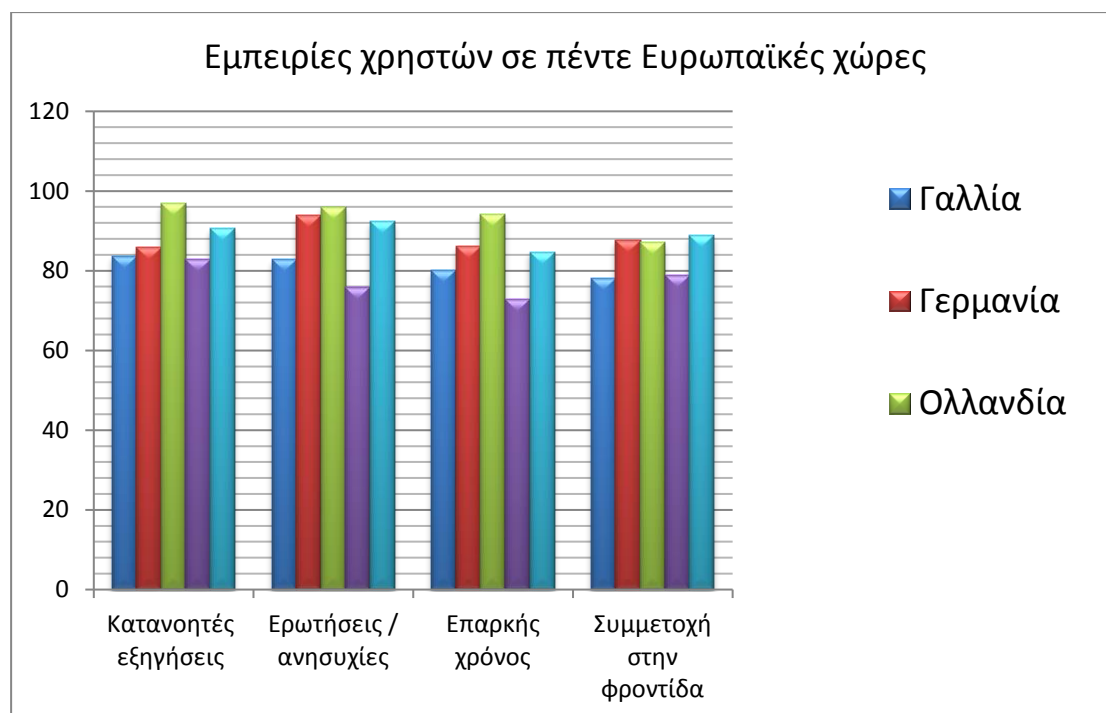
πράγματα με τρόπο κατανοητό προς τον αριθμός των ερωτώμενων που ανέφεραν ότι είχαν τακτικό γιατρό στο έτος αναφοράς και απάντησαν στη σχετική ερώτηση.

- **Ερωτήσεις / ανησυχίες:** Ποσοστό ασθενών που δηλώνουν ότι ο τακτικός τους ιατρός δίνει τη δυνατότητα να υποβάλλει ερωτήσεις ή να εκφράζει ανησυχίες και ορίζεται ως ο αριθμός των ερωτώμενων που απάντησαν ότι ο τακτικός τους ιατρός πάντα ή συχνά έδωσε την ευκαιρία να θέσει ερωτήσεις ή να εκφράσει ανησυχίες για την συνιστώμενη θεραπεία προς τον αριθμός των ερωτώμενων που ανέφεραν ότι είχαν τακτικό γιατρό στο έτος αναφοράς και απάντησαν στη σχετική ερώτηση.

- **Συμμετοχή στην φροντίδα:** Ποσοστό ασθενών που δηλώνουν ότι ο τακτικός τους ιατρός τους συμπεριλαμβάνει στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την φροντίδα και την θεραπεία και ορίζεται ως ο αριθμός των ερωτώμενων που απάντησαν ότι ο τακτικός τους ιατρός πάντα ή συχνά τους συμπεριελάμβανε τόσο όσο ήθελαν σε αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους και θεραπεία προς τον αριθμός των ερωτώμενων που ανέφεραν ότι είχαν τακτικό γιατρό στο έτος αναφοράς και απάντησαν στη σχετική ερώτηση.

Τα δεδομένα έχουν χρονολογία αναφοράς το 2016 ,είτε την πιο πρόσφατη χρονολογία που υπήρχαν δεδομένα για κάθε χώρα, και αφορούν πέντε από τις χώρες που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Γράφημα 1: Γραφική απεικόνιση των δεδομένων του πίνακα 1



Από τις 5 παραπάνω χώρες, οι τρεις (Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία) έχουν υποχρεωτικό σύστημα gatekeeping ενώ στις άλλες δύο (Σουηδία, Γερμανία) υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση, όπως αναφέρεται και στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Βάσει ερευνών που μελετούν την ικανοποίηση, όταν οι λήπτες έχουν ελεύθερη πρόσβαση και μπορούν να επιλέξουν τον επαγγελματία που θα απευθυνθούν, δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση με τον οικογενειακό τους ιατρό σε σχέση με τα συστήματα όπου η πρόσβαση είναι ελεγχόμενη. Αυτό πιθανώς συμβαίνει λόγω του ότι οι πολίτες υποχρεώνονται να περάσουν πρώτα από τον οικογενειακό τους ιατρό, με αποτέλεσμα την δυσαρέσκειά τους ενώ παράλληλα αυτός ο υποχρεωτικός χαρακτήρας του συστήματος οδηγεί σε μια μορφή μονοπωλίου για τους οικογενειακούς ιατρούς με συνέπεια να μην ενδιαφέρονται για την ικανοποίηση των ασθενών τους. Εξαιρέσεις αποτελούν η Γαλλία, με σύστημα στο οποίο δεν περιορίζεται η πρόσβαση αλλά η ικανοποίηση των χρηστών είναι χαμηλή, και η Ισπανία όπου συμβαίνει το αντίστροφο⁽⁵¹⁾.

Ωστόσο, με τις εμπειρίες δεν φαίνεται να ισχύει το ίδιο καθώς παρατηρείται ότι η Ολλανδία, μια από τις χώρες με αυστηρό σύστημα gatekeeping, έχει τους

υψηλότερους δείκτες σχετικά με τις εμπειρίες των χρηστών του συστήματος υγείας. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι η Ολλανδία το 2017 ήταν πρώτη στην συνολική κατάταξη του EHCI (Euro Health Consumer Index), δείκτης ο οποίος σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι χρήστες των συστημάτων υγείας ⁽⁵²⁾. Όπως προαναφέρθηκε, οι εμπειρίες που δηλώνουν οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας σχετίζονται και με τους δείκτες ποιότητας του συστήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η Ολλανδία φαίνεται να παρουσιάζει αρκετά ικανοποιητικούς δείκτες ποιότητας, συνήθως καλύτερους ή και παρόμοιους με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Αντίστοιχα κυμαίνονται οι δείκτες και για τις υπόλοιπες χώρες ⁽²¹⁾.

Κεφάλαιο 5

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στις προηγούμενες ενότητες έγινε περιγραφή του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες και τις εμπειρίες των χρηστών σε αυτές. Σε αυτή την ενότητα γίνεται περιγραφή της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα όπου τον τελευταίο χρόνο γίνονται μεταρρυθμίσεις για την βελτίωση της και έχουν αρχίσει να λειτουργούν νέες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

5.1 Φορείς που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα

Βάσει του ν.4486/2017 ⁽⁵³⁾, που αφορά στην μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πιο συγκεκριμένα στο άρθρο 3 αναφέρεται ότι οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες από τις ΤΟΜΥ, τα περιφερειακά ιατρεία, τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, τα ειδικά περιφερειακά ιατρεία, τα δημοτικά ιατρεία. Αυτό το επίπεδο θα αναλυθεί εκτενώς στην επόμενη ενότητα.

Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και εξειδικευμένης φροντίδας υγείας από τα κέντρα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 4 του ίδιου νόμου αναφέρεται ότι τα κέντρα υγείας παρέχουν υπηρεσίες εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, οδοντιατρική φροντίδα, φροντίδα μητέρας και παιδιού, φροντίδα παιδιών και εφήβων, υπηρεσίες εξειδικευμένης πρόληψης, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, υπηρεσίες ιατρικής της εργασίας, κοινωνικής ιατρικής, υπηρεσίες δημόσιας υγείας και προαγωγής υγείας.

Επιπλέον, σε περίπτωση που οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. δεν δύνανται να καλύψουν πλήρως των πληθυσμό ευθύνης, ανάλογες υπηρεσίες παρέχονται και από ιδιώτες παρόχους των αντίστοιχων ειδικοτήτων που έχουν συμβάσεις με τους δημόσιους φορείς ασφάλισης.

5.2 Περιγραφή των καινούριων δομών στην Π.Φ.Υ., των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤοΜΥ).

5.2.1 Σκοπός

Στην προσπάθεια αναβάθμισης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, από το Δεκέμβριο του 2017 το υπουργείο υγείας ίδρυσε τις πρώτες Τοπικές Μονάδες Υγείας. Πλέον λειτουργούν περισσότερες από εκατό τέτοιες ομάδες σε ολόκληρη την επικράτεια. Σκοπός αυτών των ομάδων είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στον πληθυσμό ευθύνης τους. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρεται στον ν.4486/2017 άρθρο 5 οι ΤοΜΥ στοχεύουν στην προαγωγή και αγωγή της υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν μέσω της ανάπτυξης παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης και την πρόληψη νοσημάτων καθώς και την εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου εμφάνισης αυτών. Πέραν της πρόληψης, σκοπός της ομάδας είναι η διαχείριση και παρακολούθηση ατόμων με χρόνια νοσήματα. Τέλος, η ομάδα υγείας συλλέγει και αξιοποιεί στοιχεία επιδημιολογικής επιτήρησης, επιδημιολογικών στοιχείων και δεικτών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης.

Επιπλέον, μέσω των ΤοΜΥ εισάγονται και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού αλλά και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) ο οποίος συμπληρώνεται κι ενημερώνεται από τους επαγγελματίες της ομάδας στην οποία είναι εγγεγραμμένος ο πολίτης.

5.2.2 Τρόπος λειτουργίας

Οι ΤοΜΥ λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Στελεχώνονται με διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ιατρό ειδικότητας παιδιατρικής, νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, κοινωνικό λειτουργό και διοικητικό προσωπικό. Η

ελάχιστη στελέχωση της ομάδας είναι ένας γιατρός, ένας νοσηλευτής και ένας διοικητικός υπάλληλος ενώ μπορεί να φτάσει έως και 12 μέλη, 4 γενικούς ιατρούς ή παθολόγους, 1 παιδίατρο, 2 νοσηλευτές, 2 επισκέπτες υγείας, 1 κοινωνικό λειτουργό και 2 διοικητικούς υπαλλήλους. Ο πληθυσμός ευθύνης για έναν ιατρό, ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, με αρμοδιότητα οικογενειακού ιατρού ανέρχεται στα 2.250 άτομα και αντίστοιχα για παιδίατρο, με αρμοδιότητα οικογενειακού ιατρού, στα 1.500 παιδιά ενώ οι μονάδες με μέγιστη σύνθεση δεν εξυπηρετούν πληθυσμό άνω των 12.000 ατόμων⁽⁵⁴⁾.

Τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας της ομάδας υγείας, αναλύονται ως εξής

Ο οικογενειακός ιατρός για τον ενήλικο πληθυσμό οφείλει:

- να διαγιγνώσκει θέματα υγείας του ατόμου και να εντοπίζει τις πιθανές αιτίες τους,
- να επιλύει και να χειρίζεται συνήθη προβλήματα υγείας,
- να συνδιαχειρίζεται τα χρόνια νοσήματα και τις διαταραχές ψυχικής υγείας,
- να συμβάλει στην αντιμετώπιση της πολυφαρμακίας,
- να μεριμνά για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία,
- να διασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής-παρηγορητικής αγωγής και φροντίδας,
- να συντείνει στην ψυχοκοινωνική ευεξία στο πλαίσιο των αναγκών του ασθενούς, της οικογένειάς του και του πληθυσμού μιας γεωγραφικά προσδιορισμένης περιοχής,
- να συμβάλει στο συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας υγείας, στην παραπομπή στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας και σε εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας,
- να λαμβάνει, διατηρεί και ανανεώνει το ατομικό ιστορικό υγείας και τις συνήθειες ζωής του ατόμου, που σχετίζονται με αυτήν και να τα καταχωρεί στον Α.Η.Φ.Υ.

Ο παιδίατρος οφείλει:

- να παρέχει συστηματική παρακολούθηση της υγείας παιδιών και εφήβων,

- να αντιμετωπίζει ασθένειες και να διαχειρίζεται προβλήματα υγείας όπως έκτακτα, επείγοντα και χρόνια περιστατικά,
- να πραγματοποιεί εμβολιασμούς και να ελέγχει την εμβολιαστική κάλυψη του παιδικού πληθυσμού και των ενηλίκων,
- να υποστηρίζει τις μητέρες σε θέματα θηλασμού και σίτισης του βρέφους, αλλά και της γενικότερης φροντίδας του,
- να πραγματοποιεί προληπτικό έλεγχο παιδιών και εφήβων με ανάπτυξη και εφαρμογή καθολικών ή επιλεκτικών, λόγω παρουσίας επιβαρυντικών παραγόντων στο ιστορικό του παιδιού ή της οικογένειας, προγραμμάτων πρόωμης ανίχνευσης νοσημάτων, με βάση κατευθυντήριες οδηγίες,
- να παρακολουθεί την ανάπτυξη των παιδιών και να προβαίνει σε εκτίμηση δυσκολιών-προβλημάτων συμπεριφοράς
- να τηρεί το Φύλλο Ιατρικής Εξέτασης για το Ατομικό Δελτίο Υγείας Μαθητή, να συμπληρώνει το Δελτίο αυτού και να χορηγεί τις βεβαιώσεις υγείας,
- να πραγματοποιεί κατ' οίκον επισκέψεις σε νεογέννητα και φροντίδα μη περιπατητικών παιδιών με χρόνιες παθήσεις,
- να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη σε παιδιά, εφήβους και γονείς ιδίως σε θέματα σεξουαλικής υγείας και αντισύλληψης, εξαρτήσεων, διατροφικών διαταραχών και φροντίδα στην οικογένεια με σκοπό την υποστήριξη των γονέων και την πρόληψη και πρόωμη ανίχνευση προβλημάτων ψυχικής υγείας, καθώς και σε οικογένειες υψηλού κινδύνου και να εξασφαλίζει την κατάλληλη διασύνδεσή τους με εξειδικευμένα υποστηρικτικά πλαίσια,
- να υλοποιεί προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας στην κοινότητα σε συνεργασία με τα λοιπά μέλη της Ομάδας Υγείας και με τοπικές αρχές, σχολεία και άλλους φορείς της κοινότητας. Ο σκοπός και οι στόχοι του κάθε προγράμματος, καθώς και το πλαίσιο συνεργασίας καθορίζονται με βάση την εκτίμηση αναγκών υγείας της κοινότητας, καθώς και τις επιμέρους ανάγκες των συνεργαζόμενων φορέων.

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή εντός της ομάδας είναι:

- να προάγει την υγεία του πληθυσμού,

- να αξιολογεί και παρέχει υπηρεσίες φροντίδα υγείας όπως θεραπεία, υποστήριξη, πρόληψη και αποκατάσταση στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα,
- να αποβλέπει στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ατόμων,
- να συμμετέχει ενεργά στο συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας, καθώς και να συμβάλει στη διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας,
- να συντείνει στη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας,
- να εκτιμά τις ανάγκες, σχεδιάζει και παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και να εκπαιδεύει τους φροντιστές των ασθενών,
- να παρακολουθεί περιοδικά χρόνιους πάσχοντες ασθενείς,
- να συμμετέχει στη διατήρηση και ανανέωση του ατομικού ιστορικού υγείας και καταχωρεί στον Α.Η.Φ.Υ. πληροφορίες που αφορούν τις δραστηριότητες ευθύνης του,
- να αναλαμβάνει την εκπαίδευση ασθενών με στόχο την αυτοφροντίδα και τη βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή.

Στο πλαίσιο της ομάδας, ο επισκέπτης υγείας:

- στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία,
- βελτιώνει τους όρους και τις συνθήκες στην ποιότητα ζωής στην κοινότητα,
- υλοποιεί παρεμβάσεις και δράσεις προαγωγής της υγείας,
- αξιολογεί τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού,
- συμμετέχει στο σχεδιασμό προγραμμάτων και παρεμβάσεων για την υγεία του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο εξειδικεύοντας την εφαρμογή των πολιτικών υγείας,
- συμμετέχει στο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας,
- συμμετέχει στην υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού στην κοινότητα,
- διενεργεί προσυμπτωματικό έλεγχο (screening test) με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση παθογένειας, σε πρώιμο στάδιο, στο σχολικό περιβάλλον, στο εργασιακό περιβάλλον, καθώς και σε ομάδες πληθυσμού με ιδιαιτερότητες όπως οι καταυλισμοί των προσφύγων, μεταναστών ή των Ρομά,

- έχει ουσιαστικό διασυνδεδετικό ρόλο μεταξύ των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των μονάδων του Ε.Σ.Υ. για τη διαχείριση των παραπομπών έπειτα από εκτίμηση των αναγκών του ατόμου ή της οικογένειας.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού συνίσταται στο:

- να συμβάλει στη βελτίωση των συνθηκών και του τρόπου ζωής για την άρση των ανισοτήτων στην υγεία,
- να προσφέρει υπηρεσίες που έχουν σκοπό την πρόληψη και τη διαχείριση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την κάλυψη ανθρώπινων αναγκών,
- να εκτιμά, καταγράφει και παρεμβαίνει στους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού ευθύνης,
- να συμβάλει στο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων αγωγής και προαγωγής υγείας,
- να σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα παιδικής προστασίας, προστασίας υπερηλίκων, αναπήρων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων,
- να φροντίζει για τη διασύνδεση των δομών και των φορέων μεταξύ τους με σκοπό τη διευκόλυνση της κινητικότητας των ληπτών υπηρεσιών υγείας στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Το διοικητικό προσωπικό της ομάδας υγείας έχει ως κύριο έργο τη διοικητική υποστήριξη της λειτουργίας της ομάδας, την υποστήριξη των ληπτών υπηρεσιών υγείας κατά τη διαδικασία εγγραφής τους, τη διαχείριση των προγραμματισμένων επισκέψεων και την παρακολούθηση του χρόνου αναμονής.

Στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών της, η ομάδα υγείας διαχειρίζεται και επιλύει ζητήματα δημόσιας υγείας σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες και φορείς δημόσιας υγείας, τα οποία ανακύπτουν μέσω οργανωμένων παρεμβάσεων στον πληθυσμό ευθύνης της. Τέλος, η ΤΟΜΥ συμμετέχει στην εκπαίδευση σπουδαστών και φοιτητών, επιστημών και επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο της βασικής τους εκπαίδευσης.

Σχετικά με το ωράριο λειτουργίας, οι TOMY λειτουργούν καθημερινά εκτός των επίσημων αργιών σε δύο βάρδιες, πρωινή (7:00 – 15:00) και απογευματινή (14:00 – 22:00). Σε περίπτωση που ο εγγεγραμμένος χρειαστεί υπηρεσίες υγείας εκτός ωραρίου θα πρέπει να απευθυνθεί σε κάποια δομή ΠΦΥ που εφημερεύει.

5.2.3 Πιθανά οφέλη από την δημιουργία αυτών των δομών

Η ένταξη των τοπικών ομάδων υγείας στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει οφέλη, τόσο για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, όσο και για το ίδιο το σύστημα υγείας. Αρχικά, δίνεται έμφαση στην ολιστική και ανθρωποκεντρική φροντίδα των ατόμων ενισχύοντας τον ρόλο των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας, πέραν των ιατρών. Παράλληλα, εισάγεται η έννοια του πληθυσμού ευθύνης, δίνοντας την δυνατότητα στους επαγγελματίες να εστιάσουν στις ανάγκες του κάθε ατόμου αλλά και της κοινότητας. Επιπλέον, η δημιουργία αυτών των δομών συμβάλλει στην ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθώς δίνεται η δυνατότητα σε ανασφάλιστους να ενταχθούν στις λίστες οικογενειακών ιατρών και να τους παρέχονται δωρεάν υγειονομικές υπηρεσίες, δυνατότητα που δίνεται μόνο μέσω των TOMY. Σημαντικό όφελος για τους πολίτες είναι και η παροχή οργανωμένης φροντίδας. Ο πολίτης πλέον έχει ένα σημείο αναφοράς μέσα στο σύστημα υγείας και εξειδικευμένους επαγγελματίες που μπορούν να τον καθοδηγήσουν μέσα σε αυτό ώστε να λάβει την κατάλληλη για εκείνον φροντίδα.

Βάσει ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορες χώρες, σε ένα σύστημα υγείας προσανατολισμένο στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η υγειονομική δαπάνη περιορίζεται ευκολότερα. Σε αυτό συμβάλλει και η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, και πιο συγκεκριμένα φαίνεται ότι τα ποσοστά ενδονοσοκομειακής νοσηλείας είναι μικρότερα. Επίσης, δείκτες που σχετίζονται με την υγεία του πληθυσμού επηρεάζονται θετικά ^{(55), (56), (57), (58)}. Εστιάζοντας στο κομμάτι της πρόληψης και της δημόσιας υγείας, γεγονός που φαίνεται μέσα από τον σκοπό των TOMY αλλά και από τα καθήκοντα του κάθε επαγγελματία, προλαμβάνονται καταστάσεις που πιθανώς να αντιμετωπίζονταν σε επίπεδο τριτοβάθμιας φροντίδας, όπου και η δαπάνη θα ήταν μεγαλύτερη. Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι πολίτες πλέον έχουν την δυνατότητα να συμβουλευτούν εξειδικευμένους επαγγελματίες σχετικά με τις υπηρεσίες που

χρειάζονται να λάβουν και τους φορείς στους οποίους μπορούν να απευθυνθούν με αποτέλεσμα να περιορίζεται η αλόγιστη και απερίσκεπτη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Εν κατακλείδι, η δημιουργία των ΤΟΜΥ μπορεί να συνεισφέρει στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στους πολίτες και παράλληλα να ευνοήσει το σύστημα υγείας βελτιώνοντας τα επίπεδα υγείας του πληθυσμού και συμβάλλοντας στην μείωση της υγειονομικής δαπάνης. Ωστόσο, σημαντική είναι και η αξιολόγηση από τους ίδιους τους χρήστες και κατά πόσο πιστεύουν ότι αυτές οι νέες δομές προσφέρουν βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας.

Κεφάλαιο 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 Αντικείμενο μελέτης

Αντικείμενο αυτής της μελέτης αποτελούν οι εμπειρίες των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις TOMY, τις νεοσύστατες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπλέον θα μελετηθούν και τυχόν παράγοντες που επηρεάζουν τις εμπειρίες των χρηστών.

6.2 Συλλογή δεδομένων

Το δείγμα της μελέτης είναι δείγμα ευκολίας και αποτελείται από άτομα που προσήλθαν στην 1^η TOMY Πειραιά και έχουν κάνει χρήση των υπηρεσιών αυτής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε το χρονικό διάστημα 22/2/2019 - 10/4/2019. Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων ήταν η ηλικία >18 ετών, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψης του χρήστη στην TOMY, η ανάγνωση του ενημερωτικού σημειώματος, η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας σε προφορικό και γραπτό λόγο και η προθυμία για συμμετοχή στη μελέτη. Κριτήρια αποκλεισμού είναι η μη παροχή συγκατάθεσης, η ηλικία μικρότερη των 18 ετών και η μη γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να γίνει μια αναφορά για τον χώρο από όπου συλλέχθηκε το δείγμα. Η 1^η TOMY Πειραιά, βρίσκεται στην περιοχή των Καμινίων και ξεκίνησε την λειτουργία της από 21/2/2018. Επανδρώνεται από διεπιστημονική ομάδα 8 ατόμων που αποτελείται από 1 γενικό ιατρό, 1 παιδίατρο, 2 νοσηλευτές, 2 επισκέπτες υγείας, 1 κοινωνικό λειτουργό και 1 διοικητικό υπάλληλο. Το ωράριο λειτουργίας είναι καθημερινά 7:00 – 15:00 εκτός των επίσημων αργιών.

6.3 Περιγραφή ερωτηματολογίου

Όπως ήδη έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, τα ερωτηματολόγια είναι ένας συνήθης τρόπος αξιολόγησης της εμπειρίας των χρηστών ⁽⁴³⁾, ⁽⁴⁴⁾. Για τη

συγκέντρωση των απαιτούμενων πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που προέκυψε από την πιλοτική μελέτη για την ανάπτυξη ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών από τις δομές ΠΦΥ των Καϊτελίδου, Οικονόμου, Γαλάνη και συν. ⁽⁵⁹⁾ , (Παράρτημα Α) και παραχωρήθηκε η σχετική άδεια από τους συγγραφείς – δημιουργούς (Παράρτημα Β).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει το έντυπο συγκατάθεσης και στο σώμα ερωτηματολογίου το ενημερωτικό σημείωμα και 73 ερωτήσεις. Αποτελείται από τα εξής τμήματα :

Α. Δημογραφικά και άλλα περιγραφικά χαρακτηριστικά

Β. Κλίμακες αξιολόγησης των εμπειριών των ασθενών

Γ. Κλίμακες αξιολόγησης της σημαντικότητας των διαστάσεων της παρεχόμενης φροντίδας

Δ. Ανοικτού τύπου Ερωτήσεις (3 ερωτήσεις)

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 6 υπο-κλίμακες που αντανακλούν τις παρακάτω διαστάσεις της φροντίδας:

1. την προσβασιμότητα,
2. τη συνέχεια και ο συντονισμός της φροντίδας,
3. την περιεκτικότητα της φροντίδας,
4. την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας,
5. τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης και
6. την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας

Οι κλίμακες διαμορφώνονται κατά τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε η μεγαλύτερη βαθμολογία (score) να υποδηλώνει θετικό επίπεδο εμπειριών των χρηστών υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και το βαθμό σημαντικότητας των διαστάσεων της φροντίδας από την οπτική των ασθενών. Η συνολική βαθμολογία των επιμέρους 6

υπο-κλιμάκων διαστάσεων συνιστά τη συνολική βαθμολογία θετικών εμπειριών των ασθενών. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν από 10-15 λεπτά.

6.4 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης

Για την ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση του προγράμματος στατιστικής ανάλυσης IBM – SPSS Statistics. Έγινε ανάλυση των συχνοτήτων των μεταβλητών. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient), ενώ μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά και οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών διαφορετικών διαστάσεων από την TOMY, η βαθμολογία σύστασης του γιατρού σε συγγενείς/φίλους και η βαθμολογία σύστασης της TOMY σε συγγενείς/φίλους. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

Κεφάλαιο 7

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα αποτελείται από 80 άτομα όπου το 62,5% (50) ήταν γυναίκες και το 37,5% (30) άνδρες με μέση ηλικία 53 ± 14 , 6 έτη. Το 11,3 % (9) απαντήσανε το ερωτηματολόγιο ως γονείς παιδιού για το οποίο επισκεφτήκαν την TOMY. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 3: Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Γυναίκες	50 (62,5)
Άνδρες	110 (42,3)
Εθνικότητα	
Μη ελληνική	1 (1,3)
Ελληνική	79 (98,8)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Μερικές τάξεις του Δημοτικού	14(17,5)
Απόφοιτος-η Δημοτικού	12 (15)
Απόφοιτος-η Γυμνασίου	21(26,3)
Απόφοιτος-η Λυκείου	21(26,3)
Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)	13(16,3)
Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ	13(16,3)
Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού	7(8,8)
Ασφάλιση	
Δημόσια	69(86,3)
Δημόσια και ιδιωτική	5(6,3)

Ανασφάλιστος	6(7,5)
Αναπηρία άνω του 67%	
Όχι	76(95)
Ναι	4(5)
Αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας	
Πολύ καλή	22(27,5)
Καλή	36(45)
Μέτρια	18(22,5)
Κακή	3(3,8)
Πολύ κακή	1(1,3)
Χρόνιο νόσημα	
Κανένα	43(53,8)
Ένα	21(26,3)
Δύο	9(11,3)
Τρία ή περισσότερα	6(7,5)
Δεν γνωρίζω	1(1,3)

Το 8,8% ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού, το 16,3% ήταν απόφοιτη ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 16,3% ήταν απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης, το 26,3% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 15% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου και το 17,5% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ασφαλισμένοι (92,6%) και το 6,3 % έχει και ιδιωτική ασφάλιση

Σχετικά με την κατάσταση της υγείας η πλειοψηφία (95%) των συμμετεχόντων, δεν έχει αναπηρία άνω του 67% και το 45,1 % πάσχει από τουλάχιστον ένα χρόνιο νόσημα. Επιπλέον, το 45% χαρακτηρίζει την κατάσταση της υγείας του καλή, το 22,5% μέτρια και το 27,5% πολύ καλή.

7.2 Χρήση των υπηρεσιών υγείας

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν στην χρήση των υπηρεσιών της ΤΟΜΥ, όπως ο αριθμός των επισκέψεων, ο προγραμματισμός και η λόγος αυτών, οι επαγγελματίες που ήρθαν σε επαφή, χρόνους αναμονής, παραπομπές κ.α.

Πίνακας 4: Χρήση των υπηρεσιών υγείας

Χαρακτηριστικό	N (%)
Επισκέψεις στην ΤΟΜΥ	
Πρώτη Φορά	29(36,3)
2-4 φορές	41(51,3)
5 φορές ή περισσότερες	10(12,5)
Οικογενειακός Ιατρός	
Ναι, σε αυτή την ΤΟΜΥ	79 (98,8)
Ναι, σε άλλη δομή ΠΦΥ	1 (1,3)
Επαγγελματίες που επισκεφθήκατε	
Γενικό ιατρό/ Παθολόγο	67(80,1)
Παιδίατρο	8 (10)
Κοινωνικό Λειτουργό	2 (2,5)
Νοσηλεύτη	43 (53,8)
Επισκέπτη υγείας	10(12,6)
Αιτία επίσκεψης	
Ασθένεια/αδιαθεσία	5(6,3)
Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)	50(62,6)
Συνταγογράφηση φαρμάκων	21(26,3)
Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις	13(16,1)
Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	0 (0,0)
Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση	0(0,0)
Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. μαθήματα ανώδυνου τοκετού)	3 (3,8)
Εμβολιασμός	6 (7,5)

Χρήση κοινωνικών υπηρεσιών	1(1,3)
Άλλο	6(7,5)
Τρόπος προγραμματισμού ραντεβού	
Επίσκεψη στην TOMY	44(55)
Τηλεφωνικά στην TOMY	26(32,5)
Απευθείας με τον/την ιατρό	1(1,3)
Μέσω του διαδικτύου	1(1,3)
Δεν ξέρω, άλλος το προγραμμάτισε	4(5)
Μέρες μέχρι ραντεβού	
Καμία	13(16,3)
Μία	4(5)
2 έως 7	11(13,8)
8 έως 30	13(16,3)
Περισσότερες από 30	29(36,3)
Δεν γνωρίζω	7(8,8)
Ώρα που μεσολάβησε μέχρι την πραγματοποίηση του ραντεβού	
Μέχρι 15 λεπτά	58(72,5)
15 λεπτά έως μισή ώρα	10(12,5)
μισή ώρα έως μία ώρα	8(10)
Περισσότερο από μία ώρα	1(1,3)
Δεν γνωρίζω/ δεν θυμάμαι	1(1,3)
Παραπομπή σε	
Άλλο επαγγελματία υγείας στην TOMY	8(10)
Γιατρό ειδικότητας	4(5)
Κέντρο Υγείας	2(2,5)
Διαγνωστικό Κέντρο	2(2,5)
Νοσοκομείο	1(1,3)
Συνταγογράφηση	
Ναι	54(67,5)
Όχι	26(32,5)
Είδος συνταγογράφησης	
Φαρμακευτική αγωγή	25(31,3)

Διαγνωστικές εξετάσεις	42(52,5)
Αναλώσιμο υγειονομικό υλικό	3(3,8)
Επίσκεψη στην TOMY χωρίς να γίνει επίσκεψη στον ιατρό	
Ναι	10(12,5)
Όχι	70(87,5)

Το 36,3% επισκέφθηκε για πρώτη φορά την TOMY και το 51,3% δύο έως τέσσερις φορές τους τελευταίους έξι μήνες με σχεδόν όλους τους συμμετέχοντες (79 άτομα) να είναι εγγεγραμμένοι σε οικογενειακό ιατρό στην TOMY. Το 95% είχε προγραμματίσει την επίσκεψη του είτε με επίσκεψη στην TOMY (55%) είτε τηλεφωνικώς (32,5%). Οι περισσότερες από τις επισκέψεις απευθύνονταν σε γενικό ιατρό/παθολόγο (80,1%) και νοσηλεύτη (53,8%) και αφορούσαν κυρίως προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) (62,6 %) και συνταγογράφηση φαρμάκων (26,3%). Το 16,3 % περίμεναν από 8 έως 30 ημέρες και 36,3% περίμενε περισσότερες από 30 ημέρες.

7.3 Οι εμπειρίες των ασθενών από την TOMY

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα με τις εμπειρίες των χρηστών από την επίσκεψή τους την ημέρα της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Η μέση συνολική βαθμολογία αποτύπωσης των εμπειριών των ασθενών από το TOMY ήταν 4,567.

Πίνακας 5: Εμπειρίες χρηστών από την TOMY

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Μέση τιμή (Τυπική Απόκλιση)
Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό	8(10)	7 (8,8)	11 (13,8)	22 (27,5)	30 (37,5)	3,76(1,331)
Η TOMY είναι κοντά στο σπίτι ή/και στην δουλειά	4 (5)	0(0)	7 (8,8)	24 (30)	43 (53,8)	4,31(1,01)

μου						
Ήταν εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	1 (1,3)	4 (5)	11 (13,8)	26 (32,5)	35 (43,8)	4,17(0,951)
Ο ιατρός με ρώτησε για το ιστορικό μου	1(1,3)	0 (0,0)	1(1,3)	22 (27,5)	47 (58,8)	4,62(0,594)
Ο ιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του τα φάρμακα που μου έχουν δώσει άλλοι ιατροί	1(1,3)	2 (2,5)	4 (5)	20 (25)	40(50)	4,43(0,857)
Ο ιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (23,8)	48(60)	4,72(0,454)
Ο ιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (18,8)	49 (61,3)	4,66(0,589)
Ο ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	1(1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	20(25)	49(61,3)	4,69(0,498)
Ο ιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας	1(1,3)	0 (0,0)	3 (3,8)	17 (21,3)	46 (57,7)	4,61(0,65)
Ο ιατρός ήταν ευγενικός μαζί μου	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	18 (22,5)	54(67,5)	4,75(0,436)
Ο ιατρός με άκουσε προσεκτικά	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15(18,8)	55 (68,8)	4,79(0,413)
Ο ιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,5)	11 (13,8)	55(68,8)	4,78(0,484)

Ο ιατρός έλαβε υπόψη του τη γνώμη μου αναφορικά με την φροντίδα/θεραπεία μου	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (3,8)	19 (23,8)	47 (58,8)	4,64(0,568)
Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ στους χώρους της TOMY	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (6,3)	17 (21,3)	56(70)	4,65(0,599)
Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη	0 (0,0)	2 (2,5)	5 (6,3)	25 (31,3)	48 (60)	4,49(0,729)
Οι χώροι της TOMY ήταν καθαροί	0 (0,0)	1(1,3)	5 (6,3)	19(23,8)	55 (68,8)	4,6(0,668)
Οι νοσηλευτές με άκουσαν προσεκτικά	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13(16,3)	42(52,5)	4,76(0,429)
Οι νοσηλευτές μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου	0 (0,0)	1 (1,3)	3 (3,8)	16 (20)	55 (68,8)	4,55(0,689)
Οι νοσηλευτές ήταν ευγενικοί	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (17,5)	42 (52,5)	4,75(0,437)
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας με άκουσαν προσεκτικά	46 (18,5)	20 (8,0)	44 (17,7)	53 (21,3)	86 (34,5)	4,61(0,755)

Φαίνεται πως για κάθε μία από τις παραπάνω δηλώσεις οι επισκέπτες απάντησαν ότι συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%. Η διάσταση με το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων είναι « Ο ιατρός ήταν ευγενικός μαζί μου» και αυτή με το μικρότερο ποσοστό ήταν « Το ωράριο λειτουργίας της TOMY είναι βολικό».

Επιπλέον, ρωτήθηκαν οι συμμετέχοντες σε τι βαθμό θα συνιστούσαν την TOMY και τον ιατρό που επισκέφθηκαν. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι απαντήσεις τους.

Πίνακας 6: Βαθμολογία σύστασης ιατρού και TOMY

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
--	---------------	--------------	-----------	-----------------

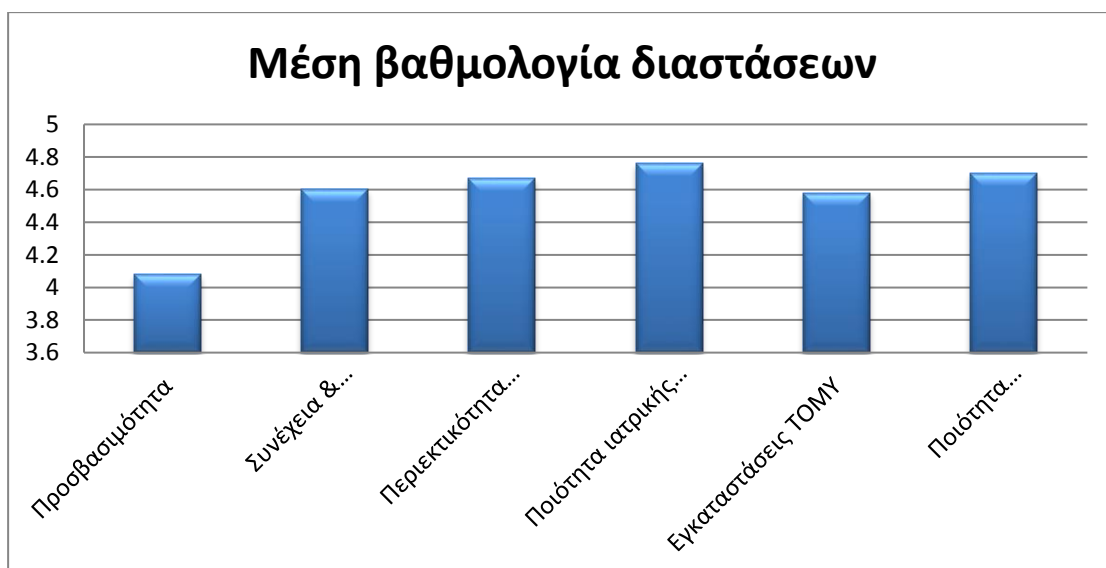
Σε τι βαθμό θα συστήνατε τον ιατρό	7	10	9,61	0,662
Σε τι βαθμό θα συνιστούσατε την TOMY	5	10	9,64	0,805

Στον πίνακα και το γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα συνολικά αποτελέσματα των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας καθώς και της συνολικής βαθμολογίας της TOMY

Πίνακας 7: Περιγραφικά μέτρα των βαθμολογιών των επιμέρους διαστάσεων των εμπειριών των ασθενών

	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
Βαθμολογία προσβασιμότητας	4,08	4	0,89
Βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας	4,6	5	0,52
Βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας	4,67	5	0,53
Βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας	4,76	5	0,40
Βαθμολογία των εγκαταστάσεων της TOMY	4,58	5	0,61
Βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας	4,7	5	0,49
Συνολική βαθμολογία	4,6	4,7	0,38

Γράφημα 2: Μέση τιμή των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας



Παρατηρείται ότι η διάσταση με την υψηλότερη μέση βαθμολογία είναι η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και αυτή με την χαμηλότερη η προσβασιμότητα.

7.4 Σημασία των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται το πόσο σημαντικά είναι τα παραπάνω κριτήρια για του συμμετέχοντες.

Πίνακας 8: Σημασία των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας

	Ασήμαντη	Λίγο Σημαντική	Μέτρια Σημαντική	Πολύ Σημαντική	Πάρα Πολύ Σημαντική	Μέση τιμή (Τυπική Απόκλιση)
Χρόνο που μεσολάβησε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίησή της	1(1,3)	5(6,3)	5(6,3)	23(28,8)	41(51,3)	4,31 (0,958)
Χρόνος αναμονής στην TOMY	4(5)	7(8,8)	5(6,3)	24(30)	35(43,8)	4,05 (1,184)
Πληροφόρηση/καθοδήγηση σε περίπτωση παραπομπής	1(1,3)	2(2,5)	3(3,8)	25(31,1)	38(47,5)	4,41 (0,828)
Το ωράριο λειτουργίας	1(1,3)	1(1,3)	4(5)	29(36,3)	40(50)	4,41 (0,773)
Η TOMY να είναι κοντά στο σπίτι ή/και στην δουλειά μου	3(3,8)	2(2,5)	2(2,5)	22(27,5)	47(58,8)	4,42 (0,97)
Να είναι εύκολο να προγραμματίσω ραντεβού	1(1,3)	0(0,0)	1(1,3)	22(27,5)	51(63,8)	4,63 (0,653)
Ο ιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου	0(0,0)	0(0,0)	1(1,3)	19(23,8)	53(66,3)	4,71 (0,485)
Ο ιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει άλλοι ιατροί	0(0,0)	1(1,3)	3(3,8)	18(22,5)	52(65)	4,64 (0,632)
Ο ιατρό να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	18(22,5)	57(71,3)	4,76 (0,43)
Ο ιατρός να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά	18(22,5)	2(2,5)	0(0,0)	20(25)	52(65)	4,65 (0,629)
Ο ιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου	0(0,0)	1(1,3)	1(1,3)	19(23,8)	54(67,5)	4,68 (0,573)
Ο ιατρός να μου εξηγεί αναλυτικά όλους προτεινόμενους τρόπους	0(0,0)	0(0,0)	2(2,5)	18(22,5)	54(67,5)	4,7 (0,516)

θεραπείας						
Ο ιατρός να είναι ευγενικός μαζί μου	0(0,0)	0(0,0)	1(1,3)	15(18,8)	59(73,8)	4,77 (0,452)
Ο ιατρός να με ακούει προσεκτικά	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	14(17,5)	61(76,3)	4,81 (0,392)
Ο ιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει	0(0,0)	0(0,0)	1(1,3)	14(17,5)	60(75)	4,79 (0,444)
Ο ιατρός να λαμβάνει υπόψη του τη γνώμη μου αναφορικά με την φροντίδα/θεραπεία μου	0(0,0)	0(0,0)	3(3,8)	17(21,3)	55(68,8)	4,69 (0,545)
Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί	0(0,0)	0(0,0)	1(1,3)	16(20)	57(71,3)	4,76 (0,463)
Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ στους χώρους της TOMY	0(0,0)	3(3,8)	6(7,5)	18(22,5)	47(58,8)	4,47 (0,815)
Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη	0(0,0)	5(6,3)	7(8,8)	19(23,8)	44(55)	4,36 (0,91)
Οι χώροι της TOMY να είναι καθαροί	0(0,0)	1(1,3)	0(0,0)	22(27,5)	52(65)	4,67 (0,553)
Η TOMY να είναι καλά εξοπλισμένη	0(0,0)	1(1,3)	1(1,3)	14(17,5)	57(71,3)	4,74 (0,553)
Οι νοσηλευτές να με ακούν προσεκτικά	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	19(23,8)	56(70)	4,75 (0,438)
Οι νοσηλευτές να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου	0(0,0)	1(1,3)	0(0,0)	20(25)	54(67,5)	4,69 (0,545)
Οι νοσηλευτές να είναι ευγενικοί	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	19(23,8)	56(70)	4,75 (0,438)
Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας να με ακούν προσεκτικά	0(0,0)	1(1,3)	3(3,8)	14(17,5)	57(71,3)	4,69 (0,615)

Η διάσταση που βαθμολογήθηκε από τους περισσότερους ως πάρα πολύ σημαντική είναι «Ο ιατρός να με ακούει προσεκτικά» και αυτή που θεωρήθηκε λιγότερο σημαντική είναι η «Χρόνος αναμονής στην TOMY».

7.5 Συσχετίσεις

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ της βαθμολογίας των επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας (προσβασιμότητα, συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας, περιεκτικότητα της φροντίδας, ποιότητα ιατρικής φροντίδας, εγκαταστάσεις της TOMY, ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας

φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας), της συνολικής βαθμολογίας των εμπειριών, της βαθμολογίας σύστασης του ιατρού και της TOMY και των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη **βαθμολογία προσβασιμότητας**

Πίνακας 9: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία προσβασιμότητας

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή P
Φύλο			0,335
Ανδρας	4,2069	0,82814	
Γυναίκα	4,0069	0,92889	
Εθνικότητα			0,215
Ελληνική	4,0702	0,89163	
Άλλη	5	.	
Επίπεδο εκπαίδευσης			0,003
Απόφοιτος Δημοτικού	4,3333	0,80403	
Απόφοιτος Γυμνασίου	4,4167	0,53418	
Απόφοιτος Λυκείου	4,2667	0,77686	
Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	4,1538	0,53775	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,641	1,18213	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	3,2381	1,1661	
Ασφάλιση			0,372
Δημόσια	4,0455	0,91873	
Δημόσια και ιδιωτική	3,8667	0,76739	
Ανασφάλιστος	4,6667	0,42164	
Αναπηρία άνω του 67%			0,113
όχι	4,0502	0,90211	
ναι	4,7778	0,3849	
Κατάσταση υγείας			0,165
Πολύ κακή	4,3333	.	
Κακή	3,8889	1,38778	
Μέτρια	4,3529	0,75893	
Καλή	4,1429	0,6329	
Πολύ καλή	3,7778	1,23078	
Χρόνιο νόσημα			0,503
Όχι	4,0163	0,95729	
Ένα	4,0635	0,86036	

Δύο	4,4583	0,64087	
Τρία ή περισσότερα	4,1111	0,98131	
Δεν γνωρίζω	4	.	
Ηλικία	Συντελεστής Spearman: 0,275		0,20

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας προσβασιμότητας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση.

Πίνακας 10: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία της προσβασιμότητας και ανεξάρτητες την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την αναπηρία και την κατάσταση της υγείας

	Συντελεστής B	Τιμή P
Σταθερά	5,004	0
Ηλικία	0,003	0,727
Επίπεδο εκπαίδευσης	-0,252	0,001
Αναπηρία άνω του 67%	0,218	0,341
Κατάσταση υγείας	-0,073	0,599

Από την παλινδρόμηση προκύπτει ότι μόνο το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται αρνητικά με την βαθμολογία της προσβασιμότητας. Συγκεκριμένα, προκύπτει συντελεστής B = -0,252 με τιμή $p=0,001$.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη **βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας**.

Πίνακας 11: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,934
Ανδρας	4,6133	0,48762	
Γυναίκα	4,5873	0,54005	
Εθνικότητα			0,405
Ελληνική	4,5909	0,51902	
Άλλη	5	.	
Επίπεδο εκπαίδευσης			0,304

Απόφοιτος Δημοτικού	4,6667	0,42164	
Απόφοιτος Γυμνασίου	4,4815	0,50308	
Απόφοιτος Λυκείου	4,6078	0,46	
Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	4,3889	0,54742	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,6364	0,73718	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	4,9048	0,25198	
Ασφάλιση			0,603
Δημόσια	4,6082	0,52373	
Δημόσια και ιδιωτική	4,5	0,57735	
Ανασφάλιστος	4,5556	0,50185	
Αναπηρία άνω του 67%			0,616
όχι	4,6032	0,51798	
ναι	4,6667	0,57735	
Κατάσταση υγείας			0,648
Πολύ κακή	4	.	
Κακή	5	0	
Μέτρια	4,6667	0,43644	
Καλή	4,5667	0,47262	
Πολύ καλή	4,5556	0,66667	
Χρόνιο νόσημα			0,07
Όχι	4,5048	0,58506	
Ένα	4,5686	0,45284	
Δύο	4,875	0,35355	
Τρία ή περισσότερα	4,8889	0,27217	
Δεν γνωρίζω	4,3333	.	
Ηλικία	Συντελεστής Spearman: 0,314		0,014

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας. Συγκεκριμένα ο συντελεστής συσχέτισης είναι 0,314 και τιμή p 0,014

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη **βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας**.

Πίνακας 12: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία περιεκτικότητας της φροντίδας

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,814

Άνδρας	4,6944	0,5004	
Γυναίκα	4,6667	0,56273	
Εθνικότητα			0,504
Ελληνική	4,6719	0,53942	
Άλλη	5	.	
Επίπεδο εκπαίδευσης			0,327
Απόφοιτος Δημοτικού	4,697	0,73718	
Απόφοιτος Γυμνασίου	4,5556	0,55277	
Απόφοιτος Λυκείου	4,5625	0,49768	
Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	4,6364	0,58603	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,7576	0,47354	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	5	0	
Ασφάλιση			0,866
Δημόσια	4,6848	0,53062	
Δημόσια και ιδιωτική	4,6667	0,66667	
Ανασφάλιστος	4,6111	0,61162	
Αναπηρία άνω του 67%			0,484
όχι	4,6831	0,5355	
ναι	4,5556	0,7698	
Κατάσταση υγείας			0,655
Πολύ κακή	4,6667	.	
Κακή	4,7778	0,3849	
Μέτρια	4,6667	0,69007	
Καλή	4,631	0,4914	
Πολύ καλή	4,7407	0,53082	
Χρόνιο νόσημα			0,487
Όχι	4,6667	0,50586	
Ένα	4,625	0,54263	
Δύο	4,9167	0,2357	
Τρία ή περισσότερα	4,5	0,9369	
Δεν γνωρίζω	5	.	
Ηλικία	Συντελεστής Spearman: 0,080		0,546

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της βαθμολογίας της περιεκτικότητας της φροντίδας.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη **βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας**

Πίνακας 13: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας ιατρικής φροντίδας

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,865
Ανδρας	4,78	0,37722	
Γυναίκα	4,75	0,42412	
Εθνικότητα			0,498
Ελληνική	4,7576	0,4066	
Άλλη	5	.	
Επίπεδο εκπαίδευσης			0,244
Απόφοιτος Δημοτικού	4,9091	0,16855	
Απόφοιτος Γυμνασίου	4,6667	0,43301	
Απόφοιτος Λυκείου	4,5972	0,52257	
Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	4,7083	0,43736	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,875	0,31732	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	5	0	
Ασφάλιση			0,956
Δημόσια	4,7719	0,38173	
Δημόσια και ιδιωτική	4,625	0,75	
Ανασφάλιστος	4,75	0,41833	
Αναπηρία άνω του 67%			0,928
όχι	4,7578	0,4106	
ναι	4,8333	0,28868	
Κατάσταση υγείας			0,931
Κακή	5	0	
Μέτρια	4,85	0,2958	
Καλή	4,65	0,44818	
Πολύ καλή	4,8289	0,4087	
Χρόνιο νόσημα			0,148
Όχι	4,6857	0,46709	
Ένα	4,75	0,38528	
Δύο	5	0	
Τρία ή περισσότερα	4,9167	0,20412	
Δεν γνωρίζω	4,75	.	
Ηλικία	Συντελεστής Spearman: 0,129		0,322

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της βαθμολογίας της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη **βαθμολογία των εγκαταστάσεων της TOMY**.

Πίνακας 14: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία των εγκαταστάσεων της TOMY

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή P
Φύλο			0,792
Άνδρας	4,5977	0,58675	
Γυναίκα	4,5714	0,63465	
Εθνικότητα			0,416
Ελληνική	4,5758	0,61567	
Άλλη	5	.	
Επίπεδο εκπαίδευσης			0,996
Απόφοιτος Δημοτικού	4,7222	0,44571	
Απόφοιτος Γυμνασίου	4,5	0,64354	
Απόφοιτος Λυκείου	4,5556	0,70972	
Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	4,6154	0,44817	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,4359	0,73767	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	4,7619	0,62994	
Ασφάλιση			0,733
Δημόσια	4,6127	0,55422	
Δημόσια και ιδιωτική	3,9167	1,31586	
Ανασφάλιστος	4,6667	0,5164	
Αναπηρία άνω του 67%			0,951
όχι	4,5766	0,6225	
ναι	4,6667	0,57735	
Κατάσταση υγείας			0,352
Πολύ κακή	4,6667	.	
Κακή	4,7778	0,3849	
Μέτρια	4,625	0,59473	
Καλή	4,4722	0,58214	
Πολύ καλή	4,697	0,71202	
Χρόνιο νόσημα			0,294
Όχι	4,5317	0,67499	
Ένα	4,5167	0,6163	
Δύο	4,8148	0,3768	

Τρία ή περισσότερα	4,7222	0,44305	
Δεν γνωρίζω	5	.	
Ηλικία	Συντελεστής Spearman: 0,192		0,106

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της βαθμολογίας των εγκαταστάσεων της TOMY.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία **ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας**.

Πίνακας 15: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή P
Φύλο			0,381
Άνδρας	4,6533	0,49516	
Γυναίκα	4,7333	0,5059	
Εθνικότητα			0,121
Ελληνική	4,7099	0,49334	
Άλλη	4	.	
Επίπεδο εκπαίδευσης			0,642
Απόφοιτος Δημοτικού	4,8	0,35832	
Απόφοιτος Γυμνασίου	4,6667	0,4714	
Απόφοιτος Λυκείου	4,7333	0,45774	
Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	4,9333	0,14907	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,4167	0,72648	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	4,8667	0,29814	
Ασφάλιση			0,583
Δημόσια	4,7083	0,50353	
Δημόσια και ιδιωτική	4,7778	0,3849	
Ανασφάλιστος	4,5	0,57735	
Αναπηρία άνω του 67%			0,037
όχι	4,6928	0,50263	
ναι	4,6667	0,57735	
Κατάσταση υγείας			0,098
Πολύ κακή	5	.	
Κακή	5	0	
Μέτρια	4,5714	0,61919	

Καλή	4,6389	0,51935	
Πολύ καλή	4,8571	0,31254	
Χρόνιο νόσημα			0,399
Όχι	4,7738	0,396	
Ένα	4,641	0,55213	
Δύο	4,625	0,74402	
Τρία ή περισσότερα	4,4667	0,50553	
Δεν γνωρίζω	5	.	
Ηλικία	Συντελεστής Spearman: 0,026		0,856

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση όπου καμία ανεξάρτητη μεταβλητή δεν επηρεάζει αυτή την βαθμολογία.

Πίνακας 16: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και ποιότητας φροντίδας που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας και ανεξάρτητες την εθνικότητα, την αναπηρία και την κατάσταση την υγείας

	Συντελεστής B	Τιμή P
Σταθερά	4,465	0
Εθνικότητα	-0,783	0,132
Αναπηρία άνω του 67%	0,161	0,243
Κατάσταση υγείας	0,079	0,366

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη **συνολική βαθμολογία των εμπειριών**.

Πίνακας 17: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία των εμπειριών

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή P
Φύλο			0,458
Ανδρας	4,6295	0,35646	
Γυναίκα	4,54	0,4062	
Εθνικότητα			0,687
Ελληνική	4,5772	0,3851	
Άλλη	4,8	.	

Επίπεδο εκπαίδευσης			0,766
Απόφοιτος Δημοτικού	4,7167	0,33541	
Απόφοιτος Γυμνασίου	4,4167	0,40825	
Απόφοιτος Λυκείου	4,5036	0,47412	
Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	4,925	0,15	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,4778	0,31732	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	4,67	0,20797	
Ασφάλιση			0,439
Δημόσια	4,6063	0,36536	
Δημόσια και ιδιωτική	4,3	0,60622	
Ανασφάλιστος	4,55	0,41433	
Αναπηρία άνω του 67%			0,65
όχι	4,575	0,38542	
ναι	4,6833	0,38837	
Κατάσταση υγείας			0,479
Κακή	4,8	0,28284	
Μέτρια	4,6214	0,35557	
Καλή	4,5575	0,40726	
Πολύ καλή	4,5364	0,41176	
Χρόνιο νόσημα			0,458
Όχι	4,5386	0,42509	
Ένα	4,5167	0,35824	
Δύο	4,8071	0,24568	
Τρία ή περισσότερα	4,59	0,41593	
Δεν γνωρίζω	4,7	.	
Ηλικία	Συντελεστής Spearman: 0,360		0,019

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της συνολικής βαθμολογίας των εμπειριών από την TOMY. Συγκεκριμένα ο συντελεστής συσχέτισης είναι 0,36 και τιμή p 0,019.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη **βαθμολογία σύστασης του ιατρού της TOMY**.

Πίνακας 18: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης του ιατρού της TOMY

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,391

Άνδρας	9,58	0,578	
Γυναίκα	9,63	0,711	
Εθνικότητα			0,516
Ελληνική	9,61	0,665	
Άλλη	10	.	
Επίπεδο εκπαίδευσης			0,457
Απόφοιτος Δημοτικού	9,62	0,87	
Απόφοιτος Γυμνασίου	9,2	0,789	
Απόφοιτος Λυκείου	9,78	0,428	
Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	9,58	0,669	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	9,5	0,674	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	10	0	
Ασφάλιση			0,65
Ασφάλιση	9,59	0,692	
Δημόσια	9,6	0,548	
Δημόσια και ιδιωτική	9,83	0,408	
Ανασφάλιστος		0,662	0,741
όχι	9,6	0,672	
ναι	9,67	0,577	
Κατάσταση υγείας			0,629
Πολύ κακή	10	.	
Κακή	9,33	1,155	
Μέτρια	9,56	0,856	
Καλή	9,69	0,541	
Πολύ καλή	9,57	0,598	
Χρόνιο νόσημα			0,384
Όχι	9,58	0,683	
Ένα	9,53	0,697	
Δύο	10	0	
Τρία ή περισσότερα	9,5	0,837	
Δεν γνωρίζω	10	.	
Ηλικία	Συντελεστής Spearman: 0,060		0,633

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστική σημαντική σχέση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της βαθμολογίας σύστασης του ιατρού της TOMY.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη **βαθμολογία σύστασης της TOMY**.

Πίνακας 19: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σύστασης της TOMY

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,596
Ανδρας	9,75	0,518	
Γυναίκα	9,58	0,928	
Εθνικότητα			0,577
Ελληνική	9,64	0,81	
Άλλη	10	.	
Επίπεδο εκπαίδευσης			0,876
Απόφοιτος Δημοτικού	9,77	0,832	
Απόφοιτος Γυμνασίου	9,5	0,674	
Απόφοιτος Λυκείου	9,62	1,117	
Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	9,5	0,674	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	9,62	0,65	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού	10	0	
Ασφάλιση			0,783
Δημόσια	9,67	0,637	
Δημόσια και ιδιωτική	10	0	
Ανασφάλιστος	9	2	
Αναπηρία άνω του 67%			0,953
όχι	9,64	0,821	
ναι	9,67	0,577	
Κατάσταση υγείας			0,634
Πολύ κακή	10	.	
Κακή	9,67	0,577	
Μέτρια	9,33	1,372	
Καλή	9,74	0,511	
Πολύ καλή	9,73	0,55	
Χρόνιο νόσημα			0,53
Όχι	9,64	0,692	
Ένα	9,48	1,167	
Δύο	10	0	
Τρία ή περισσότερα	9,67	0,516	
Δεν γνωρίζω	10	.	
Ηλικία	Συντελεστής Spearman: 0,756		0,477

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της βαθμολογίας σύστασης της TOMY.

Σχετικά με τις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου όπου οι χρήστες είχαν την δυνατότητα να εκφράσουν θετικές και αρνητικές εντυπώσεις καθώς και προτάσεις για την βελτίωση της TOMY, οι περισσότεροι χρήστες ανέφεραν ως θετικό την εξυπηρετικότητα και ευγένεια των υπαλλήλων ενώ τα αρνητικά και οι προτάσεις τους αφορούσαν κυρίως στο θέμα του ωραρίου και του χρόνου αναμονής για ένα τακτικό ραντεβού.

Κεφάλαιο 8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η διερεύνηση των εμπειριών των ληπτών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από τις νεοσύστατες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της χώρας, τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (TOMY).

Έπειτα από τη συλλογή 80 ερωτηματολογίων προκύπτει ότι το 36,3% επισκέφθηκε για πρώτη φορά την TOMY και το 51,3% δύο έως τέσσερις φορές τους τελευταίους έξι μήνες με σχεδόν όλους τους συμμετέχοντες (79 άτομα) να είναι εγγεγραμμένοι σε οικογενειακό ιατρό στην TOMY. Επιπλέον, μεγάλο ποσοστό των επισκέψεων, πιο συγκεκριμένα το 68,7% (55 επισκέψεις) , δεν αφορούν μόνο το ιατρικό προσωπικό αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας με το 53,8% των επισκεπτών να έρχεται σε επαφή με τους νοσηλευτές. Επίσης, οι επισκέψεις αφορούσαν κυρίως προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ) σε ποσοστό 62,6 %, γεγονός που διαφέρει από άλλες μελέτες που αναδεικνύουν ως βασικό λόγο επίσκεψης σε μια δομή ΠΦΥ κάποιο πρόβλημα υγείας ⁽⁶⁰⁾, ⁽⁶¹⁾ . Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, μέσα από αυτές τις νέες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δίνεται έμφαση στην φροντίδα από διεπιστημονική ομάδα, γεγονός που φαίνεται να επιτυγχάνεται έως έναν βαθμό.

Γενικότερα, οι λήπτες υπηρεσιών υγείας φαίνεται να είχαν θετικές εμπειρίες καθώς για κάθε μία από τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου οι επισκέπτες απάντησαν ότι συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% και ο μέσος όρος βαθμολογίας ήταν 4,6/5. Επιπλέον, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (91,3%) απάντησαν ότι θα συνιστούσαν την TOMY σε μεγάλο βαθμό. Συγκεκριμένα, Μέση βαθμολογία σύστασης του ιατρού που επισκέφθηκαν είναι 9,61/10 και της TOMY 9,64/10 και η διάσταση με την υψηλότερη βαθμολογία είναι η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας..

Πέρα όμως από τις θετικές εμπειρίες παρουσιάστηκαν προβλήματα όσον αφορά στο ωράριο λειτουργίας και την αναμονή των τακτικών ραντεβού. Γενικότερα, η διάσταση της προσβασιμότητας ήταν αυτή που είχε την χαμηλότερη μέση

βαθμολογία. Σχετικά με το ωράριο λειτουργίας 26 από τους 80 (32,6%) δήλωσαν ότι δεν θεωρούσαν πώς το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό και σε αρκετές περιπτώσεις αναφερόταν και στα αρνητικά της TOMY στις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Αυτό οφείλεται στο ότι η 1^η TOMY Πειραιά από την οποία συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια λειτουργεί μόνο πρωινό ωράριο, 7:00- 15:00. Γενικότερα οι TOMY λειτουργούν σε δύο βάρδιες από τις 7:00 το πρωί έως και τις 10:00 το βράδυ (ν.4486/2017 άρθρο 5)⁽⁵³⁾. Ωστόσο, ορισμένες TOMY είτε λόγω υποστελέχωσης είτε λόγω άλλων διοικητικών προβλημάτων δεν δύνανται να λειτουργήσουν σε δύο βάρδιες. Μία εξ' αυτών είναι και η 1^η TOMY Πειραιά.

Ένα άλλο πρόβλημα που φαίνεται να προκύπτει είναι και η αναμονή των τακτικών επισκέψεων για το ιατρικό προσωπικό. Βάσει των αποτελεσμάτων 16,3 % περίμεναν από 8 έως 30 ημέρες και 36,3 % περίμενε περισσότερες από 30 ημέρες. Επίσης, το 20,8% δήλωσε πώς δεν θεωρεί εύκολο το να προγραμματίσει ραντεβού και όπως και το θέμα του ωραρίου έτσι και ο προγραμματισμός των ραντεβού αναφέρονταν συχνά σε αυτά που έκαναν αρνητική εντύπωση στους χρήστες των υπηρεσιών. Αυτό μπορεί να αιτιολογηθεί από τον μεγάλο αριθμό του πληθυσμού ευθύνης για τον κάθε ιατρό που ανέρχεται στα 2250 άτομα όταν σε πολλές άλλες χώρες της Ευρώπης αυτός ο αριθμός είναι 1400- 2000 άτομα. Επιπλέον, στην υπό μελέτη TOMY ο οικογενειακός ιατρός που είναι υπεύθυνος για τον ενήλικο πληθυσμό έχει συμπληρώσει αυτόν τον αριθμό ατόμων.

Από την στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται αρνητικά με την βαθμολογία της προσβασιμότητας. Επιπλέον, υπάρχει θετική συσχέτιση ηλικίας και της βαθμολογία συνέχειας και συντονισμού της φροντίδας. Τέλος, προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της συνολικής βαθμολογίας των εμπειριών από την TOMY με την ηλικία να επηρεάζει θετικά την βαθμολογία. Οι παραπάνω συσχετίσεις συνάδουν και με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα, ιδίως όσον αφορά στη συσχέτιση της ηλικίας⁽⁶⁰⁾,⁽⁶¹⁾,⁽⁶²⁾.

Κεφάλαιο 9

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η αξιολόγηση των εμπειριών των ληπτών υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο καθώς συνδέονται με ορισμένους δείκτες ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας.

Χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση των εμπειριών των χρηστών από τις TOMY προκύπτει ότι οι χρήστες είχαν θετικές εμπειρίες από αυτές τις δομές. Αντιμετώπιζαν όμως προβλήματα όσον αφορά στο ωράριο λειτουργίας και στον προγραμματισμό επίσκεψης και τον χρόνο αναμονής.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, ένα από τα προβλήματα που χρήζουν βελτίωσης είναι ο χρόνος αναμονής για μία προγραμματισμένη επίσκεψη με το ιατρικό προσωπικό. Ένας από τους λόγους είναι ο μεγάλος αριθμός ατόμων που ο κάθε οικογενειακός ιατρός έχει υπό την ευθύνη του. Συνεπώς, μια λύση θα μπορούσε να είναι η μείωση του πληθυσμού ευθύνης. Ωστόσο αυτό απαιτεί αύξηση του ιατρικού προσωπικού που εργάζονται ως οικογενειακοί ιατροί για να καλυφθεί ο πληθυσμός. Είναι η παροχή κινήτρων στους ήδη συμβεβλημένους με το δημόσιο σύστημα παροχής φροντίδας παθολόγους και γενικούς ιατρούς. Τέτοια κίνητρα θα μπορούσαν να είναι η αλλαγή μισθολογικού κλιμακίου είτε η αλλαγή βαθμού. Με αυτόν τον τρόπο θα υπήρχαν περισσότεροι οικογενειακοί ιατροί χωρίς να χρειάζεται να γίνουν περαιτέρω προσλήψεις.

Ωστόσο, η μελέτη έχει αρκετούς περιορισμούς. Αρχικά, η συλλογή του δείγματος έγινε μόνο από μία TOMY η οποία δεν βρίσκεται σε πλήρη λειτουργία, δηλαδή λειτουργεί μόνο σε πρωινή βάρδια, αποκλείοντας έτσι κάποιες ομάδες πληθυσμού όπως οι εργαζόμενοι, και η στελέχωσή της δεν είναι πλήρης. Επιπλέον, οι TOMY λειτουργούν μόλις ένα χρόνο και ακόμη γίνονται αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας τους. Συνεπώς, τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης δεν είναι απόλυτα και το θέμα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **World Health Organization.** Health Systems Strengthening Glossary: World Health Organization. *World Health Organization*. . [Ηλεκτρονικό] 15 2 2018. https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html#12.
2. Definition of Family Medicine. *American Academy of Family Physicians*. [Ηλεκτρονικό] [Παραπομπή: 12 3 2019.] <https://www.aafp.org/about/policies/all/family-medicine-definition.html>.
3. **The Beyrl Institute.** Defining patient experience. *The Beyrl Institute*. [Ηλεκτρονικό] 20 11 2018. <https://www.theberylinstitute.org/page/CopyofDefiningPati>.
4. Primary Health Care. *World Health Organization*. [Ηλεκτρονικό] 2 27 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
5. **World Health Organization.** Declaration of Astana. *World Health Organization*. [Ηλεκτρονικό] 26 10 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
6. **Hendriks Michelle, Spreuwenberg Peter, Rademakers Jany, MJ Delnoij Diana.** Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. *BMC Health Services Research*. 2009, Τόμ. 167, 9.
7. **Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E.** The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*. 2016, Τόμ. 18, 2.
8. **Roos Anne-Fleur, Schut Frederik T.** Spillover effects of supplementary on basic health insurance:evidence from the Netherlands. *Eur J Health Econ*. 2012, Τόμ. 13.
9. **Eurostat.** Physicians by medical speciality. *eurostat*. [Ηλεκτρονικό] 15 12 2017. [Παραπομπή: 20 5 2018.] http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-052274_QID_-156BE6DD_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;UNIT,L,Z,0;MED_SPEC,L,Z,1;INDIC

ATORS,C,Z,2;&zSelection=DS-052274MED_SPEC,GEN_PRAC;DS-052274INDICATORS,OBS_FLAG;DS-052274UNIT,N.

10. —. Physicians by medical speciality. *eurostat*. [Ηλεκτρονικό] 15 12 2017. [Παραπομπή: 20 5 2018.]

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-052274_QID_69F740DA_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;UNIT,L,Z,0;MED_SPEC,L,Z,1;INDICATORS,C,Z,2;&zSelection=DS-052274MED_SPEC,GEN;DS-052274INDICATORS,OBS_FLAG;DS-052274UNIT,NR;&ran.

11. **van Weel Chris, Schers Henk, Timmermans Arno**. Health Care in The Netherlands. *JABFM*. 2012, Τόμ. 25.

12. **N., Πολύζος**. Μελέτη συστήματος αποζημίωσης δημοσίων και ιδιωτικών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ. Κομοτηνή : s.n., 2013.

13. **Kringos D. S., van Riet Paap J., Boerma W.G.W**. The Netherlands. [συγγρ. βιβλίου] Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R. B Kringos D. S. *Building primary care in a changing Europe. Case studies - Observatory Studies Series 40*. s.l. : WHO Regional Office for Europe, 2015.

14. **A., Glenngård**. The Swedish Health Care System. [συγγρ. βιβλίου] Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. Mossialos E. *2015 International Profiles of Health Care Systems*. s.l. : The Commonwealth Fund, 2016.

15. **Anell A, Glenngård AH, Merkur S**. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012, Τόμ. 14, 5.

16. **Eurostat**. Health care expenditure by financing scheme. *Eurostat*. [Ηλεκτρονικό] 24 10 2018. [Παραπομπή: 2018 10 26.]

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-565682_QID_620E77E3_UID_-3F171EB0&layout=TIME,C,X,0;GEO,L,Y,0;UNIT,L,Z,0;ICHA11_HF,L,Z,1;INDICATORS,C,Z,2;&zSelection=DS-565682ICHA11_HF,HF11;DS-565682INDICATORS,OBS_FLAG;DS-565682UNIT,PC_C.

17. Sweden: Regulation. *World Health Organization*. [Ηλεκτρονικό] 2 2017.
[Παραπομπή: 15 6 2018.] <http://www.who.int/health-laws/countries/swe-en.pdf>.
18. **T., Hasvold.** Sweden. [συγγρ. βιβλίου] Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B Kringos D.S. *Building primary care in a changing Europe. Case studies - Observatory Studies Series 40*. s.l. : WHO Regional Office for Europe, 2015.
19. **OECD, WHO.** *State of Health in the EU: Country Profile 2017-Sweden*. 2017.
20. **Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C.** France: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2015, Τόμ. 17, 3.
21. **OECD.** *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris : OECD Publishing, 2017.
22. **I., Durand-Zaleski.** The French Health Care System. [συγγρ. βιβλίου] Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. Mossialos E. *2015 International Profiles of Health Care Systems*. s.l. : The Commonwealth Fund, 2016.
23. **Cartier T., Bourgueil Y.** France. [συγγρ. βιβλίου] Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B Kringos D.S. *Building primary care in a changing Europe. Case studies - Observatory Studies Series 40*. s.l. : WHO Regional Office for Europe, 2015.
24. **Ferrua M., Sicotte C., Lalloué B., Minvielle E.** Comparative Quality Indicators for Hospital Choice: Do General Practitioners Care? *PLoS ONE*. 2016, Τόμ. 11, 2.
25. **Busse R., Blümel M.** Germany: health system review. *Health Systems in Transition*. 2014, Τόμ. 16, 2.
26. —. The German Health Care System, 2015. [συγγρ. βιβλίου] Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. Mossialos E. *2015 International Profiles of Health Care Systems*. s.l. : The Commonwealth Fund, 2016.
27. **Simic D., Wilm S., Redaelli M.** Germany. [συγγρ. βιβλίου] Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B Kringos D.S. *Building primary care in a changing Europe. Case studies - Observatory Studies Series 40*. s.l. : WHO Regional Office for Europe, 2015.

28. What are disease management programs (DMPs)? *NCBI - National Library of Medicine - PubMed Health*. [Ηλεκτρονικό] 30 12 2016. [Παραπομπή: 10 9 2018.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072596/>.
29. **I., Ιφαντόπουλος.** *Τα οικονομικά της υγείας*. Αθήνα : τυπωθήτω, 2006.
30. **Thorlby R., Arora S.** The English Health Care System, 2015. [συγγρ. βιβλίου] Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. Mossialos E. *2015 International Profiles of Health Care Systems*. s.l. : The Commonwealth Fund, 2016.
31. **Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D.** United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2015, Τόμ. 17, 5.
32. **A., Wilson.** United Kingdom. [συγγρ. βιβλίου] Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B Kringos D.S. *Building primary care in a changing Europe. Case studies - Observatory Studies Series 40*. s.l. : WHO Regional Office for Europe, 2015.
33. **NHS.** Do I need a GP referral for private treatment? *NHS*. [Ηλεκτρονικό] 6 10 2016. [Παραπομπή: 2018 10 2.] <https://www.nhs.uk/common-health-questions/nhs-services-and-treatments/do-i-need-a-gp-referral-for-private-treatment/>.
34. —. When to visit an urgent care centre (walk-in centre or minor injury unit). *NHS*. [Ηλεκτρονικό] 5 6 2018. [Παραπομπή: 5 10 2018.] <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/when-to-visit-an-urgent-care-centre/>.
35. **Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C.** Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010, Τόμ. 14, 2.
36. **K., Vrangbaek.** The Danish Health Care System, 2015. [συγγρ. βιβλίου] Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. Mossialos E. *2015 International Profiles of Health Care Systems*. s.l. : The Commonwealth Fund, 2016.
37. **T., Hasvold.** Denmark. [συγγρ. βιβλίου] Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B Kringos D.S. *Building primary care in a changing Europe. Case studies - Observatory Studies Series 40*. s.l. : WHO Regional Office for Europe, 2015.

38. **García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E.** Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010, Τόμ. 12, 4.
39. **Dedeu T., Bolibar B., Gené J., Pareja C., Violan C.** Spain. [συγγρ. βιβλίου] Hutchinson A., Saltman R.B Kringos D.S. Boerma W.G.W. *Building primary care in a changing Europe. Case studies - Observatory Studies Series 40* . s.l. : WHO Regional Office for Europe, 2015.
40. **Ferré F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A.** Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2014, Τόμ. 16, 4.
41. **A., Donatini.** The Italian Health Care System, 2015. [συγγρ. βιβλίου] Osborn R., Sarnak D. Mossialos E. Wenzl M. *2015 International Profiles of Health Care Systems*. s.l. : The Commonwealth Fund, 2016.
42. **P, Tedeschi.** Italy. [συγγρ. βιβλίου] Hutchinson A., Saltman R. B Kringos D. S. Boerma W.G.W. *Building primary care in a changing Europe. Case studies - Observatory Studies Series 40*. s.l. : WHO Regional Office for Europe, 2015.
43. **LaVela S, Gallan A.** Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*. 2014, Τόμ. 1, 1.
44. **Coulter A, Fitzpatrick R, Cornwell J.** *The Point of Care - Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses*. London : The King's Fund, 2009.
45. **Anhang Price, Rebecca et al.** Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Medical Care Research and Review*. 2014, Τόμ. 71, 5.
46. **Doyle C, Lennox L, Bell D.** A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013, Τόμ. 3.
47. **A, Van de Ven.** What matters most to patients? Participative provider care and staff courtesy. *Patient Experience Journal*. 2014, Τόμ. 1, 1.

48. **J, Chen.** *Integrated Care - Patient reported outcome measures and patient reported experience measures - a rapid scoping review.* s.l. : NSW Agency of Clinical Innovation,.
49. **OECD.** OECD.Stat. *OECD.* [Ηλεκτρονικό] [Παραπομπή: 23 11 2018.] https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
50. —. *Definitions for Health Care Quality Indicators 2016-2017 HCQI Data Collection.*
51. **Kroneman M.W., Maarse H., van der Zee J.** Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. *Health Policy.* 2006, Τόμ. 76, 1.
52. **Health Consumer Powerhouse.** Euro Health Consumer Index 2017 Report. 2017.
53. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις- ν.4486/2017 - ΦΕΚ 115 Τεύχος Α .
54. **Υπουργείο Υγείας.** *Εγχειρίδιο λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας.* 2018.
55. **Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R.** The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scandinavian journal of primary health care.* 2011, Τόμ. 29, 1.
56. **Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J.** Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly.* 2005, Τόμ. 83, 3.
57. **Kringos D. S., Boerma W. G. W., Hutchinson A., Saltman R.B.** *Building primary care in a changing Europe - Observatory Studies Series 38.* s.l. : WHO Regional Office for Europe, 2015.
58. Final Report Summary - QUALICOPC (Quality and costs of primary care in Europe). *European Commission.* [Ηλεκτρονικό] 19 2 2015. [Παραπομπή: 15 1 2019.] <https://cordis.europa.eu/project/rcn/103890/reporting/en?fbclid=IwAR1f4ISiXrP3bgUL25f35bLJsCBa0uDLME5MjGsPaSbuPI110Prnyz1PsD4>.

59. **Kaitelidou D., Economou C., Galanis P., Konstantakopoulou O., Siskou, O., Domete S., de Boer D., Boerma W., Groenewegen P.** Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary health care facilities in Greece: a mixed methods study. *BMC Family Practice* . 2019, Τόμ. 20, 1.
60. **al., Φρεγγίδου Ε. et.** Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς. *Αρχεία ελληνικής Ιατρικής*. 2017, Τόμ. 34, 2.
61. **V, Raftopoulos.** Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences*. 2010, Τόμ. 3, 3.
62. **Papanikolaou V, Zygiaris S.** Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expectations*,. 2012, Τόμ. 17.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A. Ερωτηματολόγιο

Αξιολόγηση της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)

Αν απαντάτε σε αυτό το ερωτηματολόγιο ως γονέας παιδιού για το οποίο επισκεφτήκατε σήμερα την ΤοΜΥ, παρακαλώ επιλέξτε το διπλανό κουτάκι βάζοντας ένα ✓ Γονέας

Επιλέξτε την απάντηση που θέλετε βάζοντας ένα ✓ μέσα στο κουτάκι

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

- Άνδρας
 Γυναίκα

2. Ποιο είναι το έτος γέννησής σας;

--	--	--	--

3. Ποια είναι η εθνικότητά σας;

- Ελληνική
 Άλλη (Παρακαλώ προσδιορίστε:)

4. Ποιό είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

- Μερικές τάξεις του Δημοτικού
 Απόφοιτος-η Δημοτικού
 Απόφοιτος-η Γυμνασίου
 Απόφοιτος-η Λυκείου
 Απόφοιτος-η Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ, ΔΙΕΚ, Τεχνική σχολή κ.λπ.)
 Απόφοιτος-η ΑΕΙ/ΤΕΙ
 Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή/και Διδακτορικού

5. Αναφορικά με την ασφάλισή σας: (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Είμαι ασφαλισμένος-η στον ΕΟΠΥΥ ή σε άλλο ταμείο δημόσιας/κοινωνικής ασφάλισης
 Έχω ιδιωτική ασφάλιση
 Είμαι ανασφάλιστος-η

6. Έχετε πιστοποιημένη αναπηρία άνω του 67%;

- Ναι
 Όχι

7. Πως θα περιγράφατε τη γενική κατάσταση της υγείας σας;

- Πολύ κακή
 Κακή
 Μέτρια
 Καλή
 Πολύ καλή

8. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα.(νόσημα που το έχετε για περισσότερο από ένα χρόνο)

- Όχι
 Ναι, από ένα
 Ναι, από δύο
 Ναι, από τρία ή περισσότερα
 Δεν γνωρίζω

9. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά επισκεφτήκατε αυτήν την TOMY;

- Αυτή είναι η πρώτη φορά
- 2 έως 4 φορές
- 5 φορές ή περισσότερες
- Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι

10. Έχετε εγγραφεί σε Οικογενειακό Γιατρό;

- Ναι, σε αυτήν την TOMY
- Ναι, σε άλλη δημόσια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (π.χ. Κέντρο Υγείας κλπ)
- Ναι, σε συμβεβλημένο ιδιώτη γιατρό
- Όχι

11. Με ποιούς από τους παρακάτω επαγγελματίες υγείας ήρθατε σε επαφή σήμερα; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

Γενικό ιατρό/Παθολόγο	
Παιδίατρο	
Κοινωνική/ό Λειτουργό	
Νοσηλεύτρια/ή	
Επισκέπτρια/η υγείας	

12. Ποιός είναι ο λόγος της σημερινής σας επίσκεψής στην TOMY; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερους από έναν)

- Ασθένεια/αδιαθεσία
- Προγραμματισμένη επίσκεψη επανεξέτασης ή για ιατρικό έλεγχο (τσεκάπ)
- Συνταγογράφηση φαρμάκων
- Παραπεμπτικό για εργαστηριακές/διαγνωστικές εξετάσεις
- Παραπομπή από άλλον γιατρό/άλλη μονάδα υγείας/άλλη υπηρεσία (πχ σχολείο, εργασιακό χώρο κτλ.)
- Ιατρικό πιστοποιητικό/βεβαίωση
- Συμβουλευτική υποστήριξη (π.χ. διατροφή, διακοπή καπνίσματος)
- Εμβολιασμός
- Χρήση Κοινωνικών Υπηρεσιών
- Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε:)

13. Προγραμματίσατε ραντεβού για αυτή την επίσκεψη;

- Ναι
- Όχι (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 17)

14. Πώς προγραμματίσατε το ραντεβού;

- Με επίσκεψη στην ΤοΜΥ
- Τηλεφωνικά στην ΤοΜΥ
- Απευθείας με τον/την γιατρό
- Μέσω του διαδικτύου (rdv.healthnet.gr)
- Δεν ξέρω, κάποιος άλλος μου το προγραμμάτισε

15. Πόσες ημέρες μεσολάβησαν από τη δημιουργία ανάγκης επίσκεψης έως την πραγματοποίησή της;
- Καμία, εξυπηρετήθηκα αυθημερόν
 - Μία (1) ημέρα
 - Από 2 έως 7 ημέρες
 - Από 8 έως 30 ημέρες
 - Περισσότερες από 30 ημέρες
 - Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι
16. Πόση ώρα μεσολάβησε από την προγραμματισμένη ώρα επίσκεψης μέχρι να σας δει ο/η γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας;
- Μέχρι 15 λεπτά
 - Περισσότερο από 15 λεπτά και έως μισή ώρα
 - Περισσότερο από μισή ώρα και έως μια ώρα
 - Περισσότερο από μια ώρα
 - Δεν γνωρίζω/Δεν θυμάμαι
17. Ο/η γιατρός σας παρέπεμψε αλλού; (σε περίπτωση που επιλέξατε «Όχι», παρακαλώ προχωρήστε απευθείας στην ερώτηση 19)
- Ναι
 - Όχι
18. Ο/η γιατρός σας παρέπεμψε σε:
- Άλλο επαγγελματία υγείας στην ΤοΜΥ
 - Γιατρό ειδικότητας
 - Κέντρο Υγείας
 - Διαγνωστικό Κέντρο
 - Νοσοκομείο
19. Ο/η γιατρός σας συνταγογράφησε:
- Ναι
 - Όχι
20. Αν ναι, σας συνταγογράφησε (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απαντήσεις):
- Φαρμακευτική Αγωγή
 - Διαγνωστικές Εξετάσεις
 - Αναλώσιμο Υγειονομικό Υλικό (π.χ. επιθέματα, σύριγγες-συσκευές χορήγησης ινσουλίνης, ταινίες κλπ)
21. Στην περίπτωση που ο/η γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας σας παρέπεμψε αλλού, η πληροφόρηση/καθοδήγηση που σας παρείχε ήταν επαρκής (π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής).

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

22. Σήμερα σας είδε άλλος-η επαγγελματίας υγείας χωρίς να σας δει γιατρός σε αυτήν τη ΤοΜΥ;
- Ναι
 - Όχι

**Αναφορικά με τη σημερινή σας επίσκεψη,
σε ποιά βαθμό συμφωνείτε με τα παρακάτω;**

Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 1 έως το 5 (όπου το 1 αντιπροσωπεύει την απάντηση Διαφωνώ απόλυτα και το 5 την απάντηση Συμφωνώ απόλυτα)

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5
23. Το ωράριο λειτουργίας είναι βολικό					
24. Αυτή η TOMY είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου					
25. Ήταν εύκολο να προγραμματίσω το ραντεβού					
26. Ο/η γιατρός με ρώτησε για το ιατρικό ιστορικό μου					
27. Ο/η γιατρός μου έδωσε φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του-της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί					
28. Ο/η γιατρός με ρώτησε για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν					
29. Ο/η γιατρός, μου παρείχε συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)					
30. Ο/η γιατρός μου εξήγησε αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου					
31. Ο/η γιατρός μου εξήγησε αναλυτικά τυχόν προτεινόμενους τρόπους θεραπείας					
32. Ο/η γιατρός ήταν ευγενικός-η μαζί μου					
33. Ο/η γιατρός με άκουσε προσεκτικά					
34. Ο/η γιατρός αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με εξετάσει					
35. Ο/η γιατρός έλαβε υπόψη του-της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου					
36. Ήταν εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους αυτής της TOMY					
37. Η αίθουσα αναμονής είναι άνετη					
38. Οι χώροι της TOMY ήταν καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κλπ.)					

**Εάν σήμερα, ΔΕΝ είδατε νοσηλευτές/-τριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας,
τότε παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 43**

	Διαφωνώ απόλυτα 1	Διαφωνώ 2	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ 3	Συμφωνώ 4	Συμφωνώ απόλυτα 5
39. Οι νοσηλευτές-τριες με άκουσαν προσεκτικά					
40. Οι νοσηλευτές-τριες μου έδωσαν συμβουλές για την υγεία μου					
41. Οι νοσηλευτές-τριες ήταν ευγενικοί-ές					
42. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές-τριες) με άκουσαν προσεκτικά					

43. Προσδιόρισε ο-η γιατρός το χρόνο επανεξέτασής σας;

- Ναι
 Όχι

44. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τί βαθμό θα συστήνατε τον/την γιατρό που επισκεφτήκατε σήμερα στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει Σίγουρα όχι και το 10 σημαίνει Σίγουρα ναι)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

45. Σε κλίμακα από 0 έως 10, σε τι βαθμό θα συνιστούσατε αυτήν τη TOMY στους φίλους ή/και τους συγγενείς σας;

Παρακαλούμε βαθμολογήστε από το 0 έως το 10 (όπου το 0 σημαίνει Σίγουρα όχι και το 10 σημαίνει Σίγουρα ναι)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Οι ερωτήσεις του παρακάτω πίνακα είναι πολύ σημαντικές
προκειμένου να βελτιωθεί η λειτουργία των ΤοΜΥ**

**Πόσο σημαντικά θεωρείτε τα παρακάτω για την καλή λειτουργία αυτής της
ΤοΜΥ;**

Διαστάσεις	Ασήμαντη 1	Λίγο σημαντική 2	Μέτρια σημαντική 3	Πολύ σημαντική 4	Πάρα πολύ σημαντική 5
46. Χρόνος που μεσολάβησε από τον προγραμματισμό της επίσκεψης μέχρι την πραγματοποίησή της					
47. Χρόνος αναμονής από τη στιγμή που φτάσατε στη ΤοΜΥ μέχρι να σας δει ο/η γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας					
48. Στην περίπτωση που ο/η γιατρός σας παραπέμπει σε άλλον-άλλη επαγγελματία υγείας, η επάρκεια της παρεχόμενης πληροφόρησης/καθοδήγησης από τον/την γιατρό(π.χ. ώρες λειτουργίας, τρόποι πρόσβασης και πληροφορίες επαφής)					
49. Το ωράριο λειτουργίας					
50. Η ΤοΜΥ να είναι κοντά στο σπίτι μου ή/και στη δουλειά μου					
51. Να είναι εύκολο να προγραμματίζω ραντεβού					
52. Ο/η γιατρός να με ρωτάει για το ιατρικό ιστορικό μου					
53. Ο/η γιατρός να μου δίνει φάρμακα λαμβάνοντας υπόψη του/της και τα φάρμακα που μου έχουν δώσει οι άλλοι γιατροί					
54. Ο-η γιατρός να με ρωτάει για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μου εξετάσεων που έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν					
55. Ο-η γιατρός, να μου παρέχει συμβουλές για το πώς να ζω υγιεινά (π.χ. σχετικά με τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, το φαγητό, το ποτό, τη φαρμακευτική μου αγωγή, τις συνήθειες ύπνου κ.λπ.)					
56. Ο/η γιατρός να μου εξηγήει αναλυτικά την κατάσταση της υγείας μου					
57. Ο/η γιατρός να μου εξηγήει αναλυτικά όλους τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας					

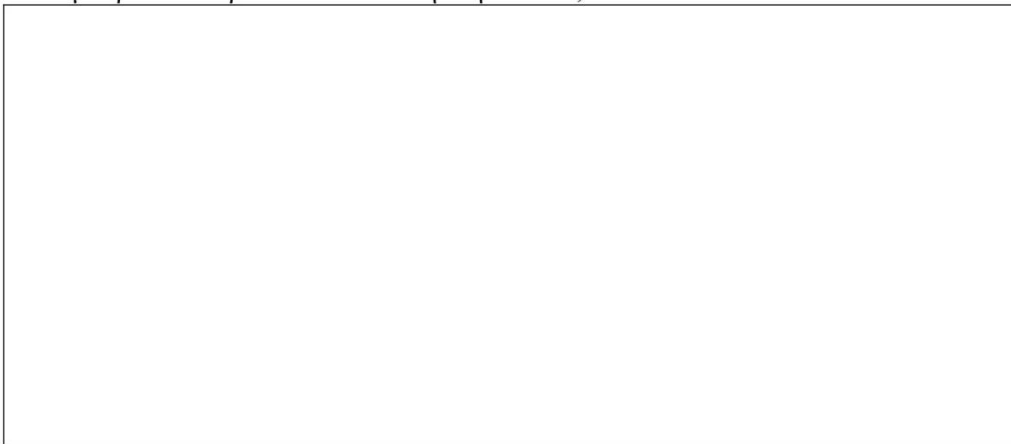
	Ασήμαντη	Λίγο σημαντική	Μέτρια σημαντική	Πολύ σημαντική	Πάρα πολύ σημαντική
	1	2	3	4	5
58. Ο/η γιατρός να είναι ευγενικός-ή μαζί μου					
59. Ο/η γιατρός να με ακούει προσεκτικά					
60. Ο/η γιατρός να αφιερώνει αρκετό χρόνο για να με εξετάσει					
61. Ο/η γιατρός να λαμβάνει υπόψη του/της τη γνώμη μου αναφορικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία μου					
62. Οι υπάλληλοι στην υποδοχή να είναι εξυπηρετικοί					
63. Να είναι εύκολο να προσανατολιστώ μέσα στους χώρους της ΤοΜΥ					
64. Η αίθουσα αναμονής να είναι άνετη					
65. Οι χώροι της ΤοΜΥ να είναι καθαροί (π.χ. ιατρεία, τουαλέτες, χώροι αναμονής, κ.λπ.)					
66. Η ΤοΜΥ να είναι καλά εξοπλισμένη (π.χ. υλικά, αναλώσιμα, ιατρικά μηχανήματα κ.λπ.)					
67. Οι νοσηλευτές-τριες να με ακούν προσεκτικά					
68. Οι νοσηλευτές-τριες να μου δίνουν συμβουλές για την υγεία μου					
69. Οι νοσηλευτές-τριες να είναι ευγενικοί-ές					
70. Οι άλλοι επαγγελματίες υγείας (εκτός από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές) να με ακούν προσεκτικά					

71. Τί σας δημιούργησε θετικές εντυπώσεις κατά τη διάρκεια της σημερινής σας επίσκεψης;

72. Τί θα μπορούσε να βελτιώσει ο γενικός γιατρός/παθολόγος ή/και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που είδατε σήμερα;



73. Τί θα μπορούσε να βελτιωθεί σε αυτήν τη TOMY;



***Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή
και το χρόνο σας!***

Β. Άδεια Χρήσης Ερωτηματολογίου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικών και Καποδιστριακών
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —



**Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης
Υπηρεσιών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής
Τομέας Δημόσιας Υγείας
Δ/ση: Παπαδιαμαντοπούλου 123, 115 27
Τηλ.: 210 74 61 470-71
Διευθύντρια Εργαστηρίου: Αν. Καθηγήτρια
Δάφνη Καϊτελίδου**

Αθήνα, 1/2/2019

ΘΕΜΑ: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

Αγαπητή κ. Παπαγεωργίου,

Έχετε την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου «Αξιολόγηση της εμπειρίας και ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)» προκειμένου να το χρησιμοποιήσετε για τις ανάγκες της διπλωματικής σας εργασία επιπέδου Μάστερ με τίτλο «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΑΥΤΕΣ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ».

Με εκτίμηση,

Αναπλ. Καθηγήτρια Δάφνη Καϊτελίδου

Διευθύντρια του Εργαστηρίου "Οργάνωση και Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας"

Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ