



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:  
ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΣΜΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ**

**ΠΑΠΑΣΤΑΜΚΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΜΕΛΟΣ ΣΕΠ: ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ Β': ΤΡΙΓΩΝΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΒΕΡΟΙΑ  
ΙΟΥΝΙΟΣ 2024**

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας «Μαρίας Παπαστάμκου» που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση της συγγραφέας/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών της δικαιωμάτων.



«Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:  
ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΣΜΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ»

«ΠΑΠΑΣΤΑΜΚΟΥ ΜΑΡΙΑ»

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Συν-Επιβλέπουσα καθηγήτρια

«Θάλεια Μπελλάλη»

«Μαρία Τριγώνη»

**Καθηγητής** Νοσηλευτικής Ψυχικής  
Υγείας στο Ψυχοτραύμα  
Νοσηλευτική Σχολή -Διεθνές  
Πανεπιστήμιο Ελλάδος

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης

«Προϊσταμένη Κοινωνικής Εργασίας  
Πανεπιστημιακού Γενικού  
Νοσοκομείου Κρήτης,  
Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ»

**Ακαδημαϊκός Καθηγητής**  
Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, (MSc  
Management Health Care)

**Επίκουρος Καθηγητής**  
Τμήμα Επιστημών Υγείας, Σχολή  
Θετικών Επιστημών  
Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**ΒΕΡΟΙΑ**

**ΙΟΥΝΙΟΣ 2024**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Αρχικά, Θα ήθελα να εκφράσω την απεριόριστη αγάπη και ευγνωμοσύνη μου στα παιδιά μου Θάνο και Ευγενία, καθώς και στο σύζυγό μου Νίκο, για την στήριξη και την υπομονή που έδειξαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μου στο ΕΑΠ. Ένα μεγάλο και ξεχωριστό ευχαριστώ στους γονείς μου, που μου έμαθαν να θέτω στόχους και να μην τα παρατάω ποτέ.

Επίσης, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα. Θάλεια Μπελλάλη για την καθοδήγηση, τη βοήθεια αλλά και τη συνεχή ενθάρρυνση κατά την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας. Ταυτόχρονα, ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Γιώργο Μανομενίδη, Επίκουρο Καθηγητή στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης για τη σημαντική βοήθειά του στην κατανόηση της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων της παρούσας μελέτης.

Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συναδέλφους των δομών υγείας που διευκόλυναν στη διανομή του ερωτηματολογίου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συμμετέχοντες στην έρευνα που είχαν την υπομονή και τη διάθεση να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο που τους χορηγήθηκε.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας (Λ.Υ.Υ) με το υγειονομικό σύστημα και συνιστά μια βασική προϋπόθεση για μια ολιστική προσέγγιση προς την υγεία και την αρρώστια, επικεντρωμένη στις ιδιαιτερότητες, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ατόμου. Παρόλα αυτά η ανάπτυξη της στην Ελλάδα χαρακτηρίστηκε από αποσπασματικές και μη ολοκληρωμένες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες και η ενσωμάτωσή της στο σύστημα υγείας της χώρας συνάντησε πολλά εμπόδια. Το Μάρτιο του 2017 ξεκίνησε μια προσπάθεια αναδιοργάνωσης της Π.Φ.Υ, με την θέσπιση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ) και την αναγωγή του οικογενειακού ιατρού αφενός σε ρόλο συμβούλου για θέματα υγείας αφετέρου σε ρόλο «θυροφύλακα» (gatekeeper) του συστήματος υγείας προκειμένου να καθορίζει και να ελέγχει την ροή των ασθενών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σημαντικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών – επισκεπτών των μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Μέσα από τη μέτρηση της ικανοποίησης φανερώνονται οι αδυναμίες αλλά και τα σημεία που χρήζουν βελτίωσης.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν αφενός η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας για το θεσμό του προσωπικού γιατρού και αφετέρου η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ΛΥΥ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δομών Π.Φ.Υ του Νομού Ημαθίας (Κέντρο Υγείας Βέροιας, Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας, Κέντρο Υγείας Νάουσας, 8<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ Βέροιας και 11<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ Βέροιας).

**Μεθοδολογία:** Για τη συλλογή των δεδομένων διεξήχθη έρευνα με τη χρήση κατάλληλα δομημένου ερωτηματολογίου 5βαθμης κλίμακας Likert, αποτελούμενου από 46 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το δείγμα αποτέλεσαν 296 χρήστες, οι οποίοι επισκέφθηκαν τον προσωπικό ιατρό τους στις μονάδες αυτές από τον Φεβρουάριο έως και τις 15 Μαρτίου του 2024 και συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο μετά το πέρας της επίσκεψής τους. Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών (Statistical Package for Social Sciences, SPSS) version 24.0.

**Αποτελέσματα:** Από τη μέτρηση της αξιολόγησης της εμπειρίας των ληπτών υγείας από την Π.Φ.Υ βρέθηκε ότι τόσο οι επιμέρους διαστάσεις όσο και η συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας τους ήταν αρκετά υψηλή. Την υψηλότερη βαθμολογική αξιολόγηση είχε η διάσταση που αφορούσε στη «συνέχεια της φροντίδας», ενώ η διάσταση με τη μικρότερη βαθμολογία ήταν η «προσβασιμότητα». Όσον αφορά την ικανοποίηση των ληπτών υγείας από την Π.Φ.Υ η συνολική βαθμολογική αξιολόγηση ήταν υψηλή με τις διαστάσεις «γενική ικανοποίηση» και «χρόνος με το γιατρό» να παρουσιάζουν την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ η διάσταση με τη μικρότερη βαθμολογία ήταν «οι διαπροσωπικές σχέσεις».

**Συμπεράσματα:** Οι επισκέπτες των υπηρεσιών Π.Φ.Υ της ΠΕ Ημαθίας, φάνηκε να ήταν αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό ερμηνεύεται από τα υψηλά ποσοστά που σημείωσαν οι επιμέρους παράμετροι ικανοποίησης από την εμπειρία και τη συνολική ικανοποίηση. Παράλληλα, μέσα από την παρούσα έρευνα, αναδείχτηκε η σπουδαιότητα του θεσμού του προσωπικού ιατρού για τους Λ.Υ.Υ, ο οποίος καταγράφει το ιατρικό ιστορικό των ασθενών. Ταυτόχρονα, ξεχώρισαν οι Τ.ΟΜ.Υ, ως νέες δομές που ήρθαν να καλύψουν τα κενά της Π.Φ.Υ σε επίπεδο κοινότητας. Διαπιστώθηκε η σπουδαιότητα της διεπιστημονικής ομάδας για την παροχή πιο ολοκληρωμένων και ποιοτικών υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, τονίστηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα τα προβλήματα προσβασιμότητας στις δομές υγείας, κατά κύριο λόγο εξαιτίας της μεγάλης αναμονής από τη στιγμή δέσμευσης του ραντεβού μέχρι την ημέρα επίσκεψης.

**Λέξεις κλειδιά:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Προσωπικός Ιατρός, Περιφερειακή Ενότητα Ημαθίας, Κέντρο Υγείας, Τ.ΟΜ.Υ, ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

## ABSTRACT

**Introduction:** According to the World Health Organization (WHO), Primary Health Care (PHC) is the first point of contact of health users and constitutes a basic prerequisite for a holistic approach to health and illness, focusing on the individual's particularities, needs and preferences. Despite this, its development in Greece was characterized by various reform efforts and its integration into the country's health system faced many obstacles.

In 2017, an effort was launched to reorganize the PHC with the establishment of Local Health Units (TOMY) and the relegation of the General Practitioner (GP) as "gatekeeper" of the health system to determine and control the flow of patients in secondary and tertiary health care.

An important indicator of the evaluation of the quality of health services is the measurement of patient satisfaction of the PHC. Through the measurement of patient satisfaction revealed the weaknesses and the points that need improvement.

**Purpose:** The aim of the present study is to investigate the attitudes and perceptions of visitors – users from the GP and to assess the degree of satisfaction from the services provided by the Primary Health Care Units (Health Center of Veria, Health Center of Alexandria, Health Center of Naoussa, 8<sup>th</sup> T.O.M.Y of Veria, 11<sup>th</sup> T.O.M.Y of Veria).

**Methodology:** A survey was conducted using appropriately structured 5-point Likert scale questionnaires, consisting of 46 closed-ended questions. The sample consisted of 296 users who visited the Health Centers from February to March 2024 and agreed to participate in the research, completing the questionnaire after completing their visit. The statistical analysis of the results was performed with the help of the statistical Package for social sciences SPSS version 24.

**Results:** From the measurement of the evaluation of health users' experience it was found that both the individual dimensions and the overall evaluation of their experience were quite high. "The continuity of care" had the highest rating, while "the accessibility" had the lower rating. Regarding the patient satisfaction of PHC was high with the dimensions "general satisfaction" and "Time with the doctor" showing the highest rating, while the dimension with the lowest rating was "the interpersonal relationships".

**Conclusions:** The users – visitors of the PHC units of the Imathia Regional unit seemed to be fairly to very satisfied with the health services provided by the Primary Health

Care Units of the Imathia. This is explained by the high percentages scored by the individual dimensions of satisfaction with experience and overall satisfaction. At the same time, through the research, was highlighted the importance of General Practitioner for the patients, who records the medical history of the patients. Furthermore, the local health units stood out, as new structures that came to cover the gaps in PHC at the community level. Moreover, the importance of interdisciplinary team for the provision of more comprehensive and quality was established service. On the other hand, the research participants emphasized the problems of accessibility to the health structures, mainly due to the long wait from the moment of making the appointment to the day of the visit.

**Keywords:** Primary Health Care, General Practitioner, Regional Unit of Imathia, Health Center, To.M.Y., patient satisfaction, quality of health service.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευρετήριο πινάκων.....	12
Ευρετήριο γραφημάτων.....	12
Συντομογραφίες.....	14
Εισαγωγή.....	15

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Ορισμός και έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .....	19
1.2. Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	21
1.3. Η σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για το υγειονομικό σύστημα.....	23
1.4. Ο θεσμός του Γενικού Οικογενειακού Ιατρού.....	25

### 2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

2.1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία.....	30
2.2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Γερμανία .....	32
2.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Σουηδία .....	34

### 3. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Μεταρρυθμίσεις ορόσημο στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .....	36
3.1.1. Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα .....	36
3.2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας -ΕΣΥ... ..	40

### 4. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

4.1. Ορισμός της ικανοποίησης ασθενών.....	49
4.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.....	51
4.3. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών.....	52

### 5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΣΜΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

5.1. Διεθνώς .....	55
5.2. Στην Ελλάδα .....	57

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

6.1. Σκοπός και στόχοι μελέτης.....	59
6.2. Ερευνητικός σχεδιασμός.....	59
6.3. Εργαλεία συλλογής των δεδομένων.....	60
6.4 Συλλογή δεδομένων – ηθικά και δεοντολογικά θέματα.....	61
6.5 Ανάλυση δεδομένων.....	62

### **7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

7.1. Δημογραφικά- στατιστικά του δείγματος.....	63
7.2. Συντελεστές αξιοπιστίας – περιγραφικά των διαστάσεων των ερωτηματολογίων αξιολόγησης της εμπειρίας και της ικανοποίησης των ληπτών υγείας από την ΠΦΥ.....	65
7.2.1 Συντελεστές αξιοπιστίας.....	65
7.2.2. Περιγραφικά των διαστάσεων του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της εμπειρίας των ληπτών υγείας από την ΠΦΥ.....	65
7.2.3. Σύγκριση του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	67
7.2.3.1. Σύγκριση της συνολικής αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	67
7.2.3.2. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ...68	
7.2.3.3. Σύγκριση των διατάσεων της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	69
7.2.3.4. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή της διαστάσεις "Εγκαταστάσεις" και «ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας» της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ.....	71
7.2.4. Σύγκριση του ερωτηματολογίου ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την	

ΠΦΥ ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος .....	72
7.2.4.1 Σύγκριση της συνολικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	72
7.2.4.2. Σύγκριση των διαστάσεων της αξιολόγησης της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος .....	74
<b>8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	
8.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων.....	76
8.2. Περιορισμοί της έρευνας.....	83
8.3. Συμπεράσματα .....	84
8.4 Προτάσεις.....	85
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	88
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	106

## **Ευρετήριο πινάκων**

<b>Πίνακας 3.1</b> Μονάδες παροχής ΠΦΥ στην Ελλάδα τα έτη 2021- 2022.....	41
<b>Πίνακας 7.1</b> Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	63
<b>Πίνακας 7.2</b> Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας των ερωτηματολογίων της μελέτης.....	65
<b>Πίνακας 7.3</b> Περιγραφικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων.....	66
<b>Πίνακας 7.4</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις αξιολόγησης της εμπειρίας των ληπτών υγείας από την ΠΦΥ .....	67
<b>Πίνακας 7.5</b> Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ.....	69
<b>Πίνακας 7.6</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	70
<b>Πίνακας 7.7</b> Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «εγκαταστάσεις» της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ.....	71
<b>Πίνακας 7.8</b> Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας» της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ.....	71
<b>Πίνακας 7.9</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις αξιολόγησης της ικανοποίησης των ληπτών υγείας από την ΠΦΥ .....	72
<b>Πίνακας 7.10</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της αξιολόγησης της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	75

## **Ευρετήριο γραφημάτων**

<b>Διάγραμμα 1.1.</b> Αναλογία Γενικών και ειδικών ιατρών.....	27
<b>Διάγραμμα 1.2.</b> Αύξηση των αμοιβών Γενικών και ειδικών ιατρών 2010-2019... ..	29
<b>Διάγραμμα 2.1.</b> Οι δαπάνες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	32
<b>Διάγραμμα 2.2.</b> Οι δαπάνες υγείας στη Γερμανία .....	33
<b>Διάγραμμα 2.3.</b> Οι δαπάνες υγείας στη Σουηδία .....	35
<b>Διάγραμμα 3.1.</b> Αριθμός υγειονομικού προσωπικού ανά ειδικότητα στην ΠΦΥ	

του ΕΣΥ το 2022.....	41
<b>Διάγραμμα 3.2.</b> Το προσωπικό των ΚΥ και ο αριθμός μηχανημάτων 2021-2022.....	42
<b>Διάγραμμα 3.3.</b> Αριθμός Κέντρων Υγείας ανά περιφέρεια το 2022.....	43
<b>Διάγραμμα 3.4.</b> Ποσοστό εγγεγραμμένων δικαιούχων πολιτών στον προσωπικό Ιατρό 2024.....	44
<b>Διάγραμμα 3.5.</b> Εγγεγραμμένοι γιατροί ως προσωπικοί γιατροί.....	44
<b>Διάγραμμα 3.6.</b> Ποσοστό εγγεγραμμένων ανά ηλικιακή ομάδα στο σύνολο των εγγεγραμμένων.....	45
<b>Διάγραμμα 3.7.</b> Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.....	46
<b>Διάγραμμα 3.8.</b> Κατά κεφαλήν δαπάνες ανά κατηγορία περίθαλψης.....	47
<b>Διάγραμμα 4.1.</b> Ανεκπλήρωτες υγειονομικές ανάγκες στην Ελλάδα και την ΕΕ-27..	54

## **Συντομογραφίες**

European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP).

General Practitioner (GP).

National Health System (NHS).

Primary Care Groups (PCGs).

Primary Care Trusts (PCTs).

Primary Health Care (PHC).

Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ).

Sustainable Development Goals (SDGs).

Statistical Package for Social Sciences (SPSS)

World Health Organization (WHO).

Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ).

Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ).

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ).

Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ).

Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).

Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

Κέντρο Υγείας (ΚΥ).

Λήπτες Υπηρεσιών Υγείας (ΛΥΥ).

Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ).

Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ).

Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ).

Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ).

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ).

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ).

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, σε παγκόσμιο επίπεδο, τα συστήματα υγείας έρχονται αντιμέτωπα με τεράστιες προκλήσεις, εξαιτίας των σύγχρονων αλλαγών στο επιδημιολογικό προφίλ των ασθενειών, όπου κυριαρχεί η έντονη παρουσία και η αλληλεπίδραση των πολλαπλών χρόνιων ασθενειών και αναπηριών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού, 2008). Ειδικότερα, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ως απόρροια της εξέλιξης της Βιοϊατρικής επιστήμης, της τεχνολογίας αλλά και της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, η μεγαλύτερη κατά κεφαλή δαπάνη για ιατρική περίθαλψη των ηλικιωμένων σε σχέση με τα νεότερα άτομα και οι αυξημένες απαιτήσεις και προσδοκίες των χρηστών από το υγειονομικό σύστημα καθιστούν απαραίτητη τη δημιουργία μιας ισχυρής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ). Η Π.Φ.Υ λειτουργεί ως «πυλώνας» των συστημάτων υγείας και ως «ρυθμιστής» προς την επίτευξη της κοινωνικής δικαιοσύνης, στοχεύοντας στο τρίπτυχο «εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας» (Δίκαιος & Χλέτσος. 1999, Bradby. 2010).

Μία οργανωμένη Π.Φ.Υ είναι πολύ σημαντική για ολόκληρο το υγειονομικό σύστημα, καθώς έχει συνδεθεί με καλύτερα αποτελέσματα υγείας στον πληθυσμό. Ειδικότερα, η βέλτιστη απόδοση της ΠΦΥ περιορίζει τις περιττές επισκέψεις στα νοσοκομεία αλλά και στους ιατρούς ειδικοτήτων, προλαμβάνει τις άσκοπες εισαγωγές και μειώνει τις ημέρες νοσηλείας, με αποτέλεσμα να γίνεται εξοικονόμηση των δαπανών για υγειονομική περίθαλψη (Chotchoungchatchai et al, 2020).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η Π.Φ.Υ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας (Λ.Υ.Υ) με το υγειονομικό σύστημα και συνιστά μια βασική προϋπόθεση για μια ολιστική προσέγγιση προς την υγεία και την ασθένεια, επικεντρωμένη στις εξατομικευμένες ανάγκες και προτιμήσεις του πολίτη (Σαράφης & Μπαμίδης, 2020). Πιο συγκεκριμένα, η Π.Φ.Υ είναι ο κλάδος του συστήματος υγείας που μεριμνά για τη φροντίδα, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας (πρωτοβάθμια περίθαλψη) αλλά συμβάλει και στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (πρωτοβάθμια φροντίδα) (Σαράφης & Μπαμίδης),

Στις περισσότερες δυτικές χώρες, η Π.Φ.Υ λειτουργεί σαν «θυρωρός», ο οποίος καθορίζει τη ροή των ασθενών στη Δευτεροβάθμια ή την Τριτοβάθμια Περίθαλψη. Μια ισχυρή ΠΦΥ ενισχύει και ενθαρρύνει τα άτομα και τις οικογένειές

τους για προώθηση και διαφύλαξη της υγείας και της ευεξίας τους συμβάλλοντας έτσι στη μείωση των υγειονομικών δαπανών (Σαραντίδου και συν. 2019).

Από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι τα υγειονομικά συστήματα, ακόμη και στις πιο αναπτυγμένες χώρες, παρά τις προσπάθειες που γίνονται για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, έρχονται αντιμέτωπα με αδυναμίες και προβλήματα, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και οι ασθενείς να καταγράφουν χαμηλό βαθμό ικανοποίησης (Καδδά και συν. 2010).

Σύμφωνα με την παγκόσμια έκθεση για την παρακολούθηση της υγείας, τουλάχιστον το ήμισυ του παγκόσμιου πληθυσμού εξακολουθεί να στερείται πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας (WHO, 2015). Το πρόβλημα είναι εντονότερο στις μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος χώρες, όπου πάνω από 1 δις άνθρωποι δυσκολεύονται να προβούν στις βασικές προληπτικές εξετάσεις. Ειδικότερα, περισσότερες από 200 εκ. γυναίκες δεν έχουν πρόσβαση στις ετήσιες προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις και τουλάχιστον 100 εκ άνθρωποι ζουν σε συνθήκες φτώχειας, λόγω των υψηλών ιδιωτικών δαπανών υγείας (Dugani et al, 2018).

Επιπλέον, η πανδημία του Covid-19, λόγω του μεγάλου αριθμού νοσηλίων, προκάλεσε έντονες πιέσεις στα υγειονομικά συστήματα όλων των χωρών οι οποίες οδήγησαν σε ελλείψεις και καθυστερήσεις, τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση των χρόνιων προβλημάτων υγείας. Ειδικότερα, σύμφωνα με τα στοιχεία από την έρευνα του Π.Ο.Υ σε 155 χώρες τον Μάιο του 2020, διαπιστώθηκε ότι πάνω από το 50% του πληθυσμού των υπό εξέταση χωρών ανέβαλε τις προληπτικές-διαγνωστικές εξετάσεις. Επίσης, το 53% του πληθυσμού διέκοψε πλήρως ή εν μέρει τις θεραπείες υπέρτασης, το 49% τις θεραπείες για την αντιμετώπιση του διαβήτη και το 42% τη θεραπεία του καρκίνου (WHO, 2020).

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη και η ενσωμάτωση της Π.Φ.Υ στο υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται από αποσπασματικές και μη ολοκληρωμένες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Το γεγονός αυτό επέτρεψε να ευδοκιμήσουν και να συσσωρευτούν πολλαπλές στρεβλώσεις και προβλήματα που δυσχεραίνουν την ομαλή λειτουργία του συστήματος υγείας (Μακράκης, 2018). Ως ιδιαίτερη αστοχία επισημαίνεται η μη εφαρμογή (παρά τη θεσμική πρόβλεψη) του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. Σοβαρά ήταν και τα προβλήματα λόγω έλλειψης του συστήματος παραπομπών των ασθενών σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, γεγονός που επηρέασε θετικά την αύξηση ζήτησης υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα (Καϊτελίδου & Σουλιώτης, 2020).



Θεμέλιος λίθος της Π.Φ.Υ, υπήρξε ο νόμος Ν.1397/1983, ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση ενός ολοκληρωμένου Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), έχοντας ως στόχο την αποκέντρωση (με τη δημιουργία 172 Κέντρων Υγείας αστικού και αγροτικού τύπου), τον κοινωνικό έλεγχο, τον ενιαίο προγραμματισμό, την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (Σαράφης & Μπαμίδης, 2020). Ωστόσο, η αποκέντρωση δεν εφαρμόστηκε και το σύστημα υγείας λειτούργησε με έντονα συγκεντρωτικό χαρακτήρα. Επίσης, δεν εφαρμόστηκαν ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και το σύστημα παραπομπών, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας συνέχισαν την ανοδική τους πορεία (Γιανασμίδης & Τσαούση, 2012).

Ακολούθησαν κατ' επανάληψη και άλλες νομοθετικές πρωτοβουλίες για την περαιτέρω βελτίωση της ημιτελούς οργάνωσης του ΕΣΥ και της εφαρμογής του οικογενειακού ιατρού. Από τις πιο σημαντικές μετέπειτα νομοθετικές τομές υπήρξε η ψήφιση του Ν. 4486/2017, ο οποίος πρότεινε τη σύσταση νέων αποκεντρωμένων δομών ΠΦΥ, των Τοπικών Μονάδων Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ), οι οποίες στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας, στην οποία πρωταγωνιστεί ο οικογενειακός γιατρός (Γενικός Ιατρός ή Παθολόγος) και λειτουργούν έχοντας ως βάση τον εγγεγραμμένο πληθυσμό αναφοράς (Σταχτέας & Σταχτέας, 2021). Τέλος, με την ψήφιση του Ν. 4931/2022, η οποία αποτελεί και την πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση, αντικαθίσταται το αρ.5 του Ν.4238/2014 περί του Οικογενειακού Ιατρού με το αρ.5 του Ν.4931/2022 ως Προσωπικού ιατρού.

Όλες οι παραπάνω αλλαγές και μεταρρυθμίσεις εντός των υγειονομικών συστημάτων, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλα κράτη, έχουν ως τελικούς αποδέκτες τους Λ.Υ.Υ. Συνεπώς, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αποτελούν μια σημαντική και απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Μια από τις βασικές εκροές της υγειονομικής περίθαλψης είναι και η ικανοποίηση των Λ.Υ.Υ (Καϊτελίδου & Σουλιώτης, 2020).

Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών από το σύστημα υγείας εισήχθη στην επιστημονική κοινότητα στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα και σχετίζονταν κυρίως με την προσβασιμότητα του ασθενούς στις υγειονομικές υπηρεσίες (Πιερράκος και συν. 2013). Ωστόσο, ο Donabedian διεύρυνε την έννοια της ικανοποίησης, καθώς θεώρησε ότι αποτελεί μια βασική ένδειξη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Donabedian, 1988).

Όπως αποδεικνύεται μέσα από έρευνες, τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης του ασθενούς από το υγειονομικό σύστημα μεταφράζονται σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας, καθώς οι ασθενείς είναι πιθανό να είναι πιο αφοσιωμένοι κατά τη διάρκεια των ιατρικών επισκέψεων, να συνεργάζονται καλύτερα με τον οικογενειακό ιατρό τους και συνεπώς να ακολουθούν πιστά το θεραπευτικό πρόγραμμα (Tarrant et al. 2003, Magadi & Magadi. 2022).

Τα βασικά εργαλεία με τα οποία δύναται να διερευνηθεί η ικανοποίηση των ασθενών είναι τα ερωτηματολόγια ικανοποίησης. Τα εν λόγω ερωτηματολόγια απευθύνονται στους ΛΥΥ και βοηθούν σημαντικά στο να αποτυπωθεί με ένα δομημένο τρόπο η γνώμη τους για τις υγειονομικές υπηρεσίες που λαμβάνουν (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν αφενός η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας για το θεσμό του προσωπικού γιατρού και αφετέρου η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Ημαθίας (Κέντρο Υγείας Βέροιας, Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας, Κέντρο Υγείας Νάουσας, 8<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ Βέροιας και 11<sup>η</sup> Τ.ΟΜ.Υ Βέροιας).

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- 1) η διερεύνηση της ικανοποίησης, καθώς και η αποτύπωση των εμπειριών των Λ.Υ.Υ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ
- 2) η διερεύνηση της ύπαρξης συσχετίσεων μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ικανοποίηση των Λ.Υ.Υ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ
- 3) η διερεύνηση της ύπαρξης συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις εμπειρίες και στάσεις των Λ.Υ.Υ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ

## **ΜΕΡΟΣ Α - ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

#### **1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

##### **1.1. Ορισμός και έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Η υγεία είναι ένα θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό αλλά αποτελεί συνάμα και μια πολυδιάστατη έννοια η οποία καθορίζεται από μια πληθώρα περιβαλλοντικών, κοινωνικών, πολιτισμικών, οικονομικών και πολιτικών παραγόντων. Επιπρόσθετα, συνδέεται στενά και με την αντίληψη του ίδιου του ατόμου σχετικά με το πως βιώνει και ορίζει την υγεία του, με βάσει τις εμπειρίες και τις προσδοκίες του. Συνεπώς, ο εννοιολογικός της προσδιορισμός έχει απασχολήσει μια πληθώρα επιστημών από την αρχαιότητα έως και σήμερα (Ιωαννίδη και συν. 1999).

Ο Π.Ο.Υ διατύπωσε το 1947 τον επικρατέστερο ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο «Υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλά η απουσία της ασθένειας» (WHO, 2023). Αυτός είναι ένας θετικός ορισμός της υγείας, ο οποίος εκτός από τη σωματική υγεία, δίνει έμφαση σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, στην αρχή της ευεξίας και της ευημερίας της ανθρώπινης οντότητας (Σαράφης & Μπαμίδης, 2020).

Στα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα, οι υπηρεσίες υγείας χωρίζονται σε τρεις βαθμίδες, Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια, ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο παρέχεται η φροντίδα. Βασική προϋπόθεση για τη διασφάλιση της συνολικής υγείας του πληθυσμού αλλά και της αποτελεσματικής λειτουργίας των συστημάτων υγείας, συνιστά η στενή συνεργασία και η λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των τριών αυτών βαθμίδων περίθαλψης (Ρόκα, 2013).

Η Π.Φ.Υ αποτελεί τη βασική φροντίδα υγείας, καθώς και το πρώτο σημείο επαφής των χρηστών - ασθενών με το υγειονομικό σύστημα. Πιο συγκεκριμένα, οι πρωτοβάθμιες δομές υγείας λειτουργούν ως «φίλτρο» (gatekeeper) των περιστατικών που προσέρχονται σε αυτές, πριν αυτά κατευθυνθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα. Από την άλλη πλευρά, η Δευτεροβάθμια και η Τριτοβάθμια Περίθαλψη περιλαμβάνουν δράσεις και παρεμβάσεις που αναφέρονται στο νοσοκομειακό χώρο (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Ειδικότερα, ως Π.Φ.Υ νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που στοχεύουν στην παρακολούθηση, τη διατήρηση και τη βελτίωση της υγείας του

ανθρώπου. Οι υπηρεσίες ενσωματώνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, οι βασικοί πυλώνες που θεμελιώνουν τον ορισμό και τους στόχους της Π.Φ.Υ είναι οι εξής (Crawford. 2002, Starfield & Shil. 2002, Τατσιώνη και συν. 2015):

1. Η ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών των ατόμων και των οικογενειών τους, μέσω μιας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (πρόληψη – διάγνωση – θεραπεία και αποκατάσταση), η οποία αντιμετωπίζει ολιστικά τα προβλήματα υγείας των ασθενών και εκτιμά τις ανάγκες σε όλο το φάσμα της κοινότητας μέσω της υλοποίησης δράσεων αγωγής υγείας.
2. Η εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας σε όλα τα στάδια της ζωής, ώστε ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας να αισθάνεται ασφάλεια και εμπιστοσύνη τόσο απέναντι στο υγειονομικό σύστημα όσο και απέναντι στον ιατρό που τον παρακολουθεί.
3. Η εφαρμογή μιας ανθρωποκεντρικής φροντίδας, η οποία ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και στις ανάγκες των Λ.Υ.Υ, τους ενθαρρύνει για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών υγείας, διασφαλίζει τον σεβασμό της αυτονομίας και της αξιοπρέπειάς τους εντός των πλαισίων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας, στοχεύοντας στην προστασία της υγείας και της ευεξίας τους.
4. Η εξασφάλιση άμεσης πρόσβασης στη φροντίδα για όλη την τοπική κοινωνία. Αυτό προϋποθέτει ότι οι πρωτοβάθμιες υγειονομικές μονάδες πρέπει να έχουν γεωγραφικό εύρος και να μην εξυπηρετούν μόνο τα άτομα των αστικών κέντρων.

Τα συστήματα υγείας που έχουν αναπτύξει μια ισχυρή Π.Φ.Υ, η οποία είναι συνεχής, ανθρωποκεντρική, ολοκληρωμένη και συντονισμένη, εμφανίζουν πιο βελτιωμένους υγειονομικούς δείκτες και ασφαλώς θεωρούνται πιο βιώσιμα (Myloneros & Sakellariou, 2021).

## 1.2. Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Προκειμένου να κατανοηθεί ο σκοπός και ο ρόλος της ΠΦΥ, ακολουθεί μια αναφορά στους δύο σταθμούς της ιστορικής της εξέλιξης.

Αρχικά, η διεθνής διάσκεψη της Alma-Ata το 1978 στο Καζακστάν, στην οποία συμμετείχαν 134 κράτη – μέλη του Π.Ο.Υ και της UNICEF, ήταν ο πρόδρομος της «Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Υγεία για όλους μέχρι το 2000» θέτοντας στο επίκεντρο του συστήματος υγείας την Π.Φ.Υ ως το πρώτο δομικό συστατικό κάθε αναπτυγμένου υγειονομικού συστήματος. Ειδικότερα, η διακήρυξη αυτή ανέδειξε τη σημασία της πρόληψης και της αγωγής της υγείας συνδυαστικά με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας αλλά και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας (WHO 1978, Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού. 2008).

Οι αρχές που διέπουν τη διακήρυξη αυτή συνοψίζονταν στην ισότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη, την καθολική πρόσβαση στην υγεία, στην προαγωγή της υγείας, στην ορθολογική χρήση των πόρων, καθώς και στη διατομεακή δράση και συνεργασία (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Ωστόσο, δεν υπήρχε καμία οργανωμένη καθοδήγηση για το πως θα μπορούσαν να επιτευχθούν αυτές οι αρχές, με αποτέλεσμα ένα χρόνο μετά από την υπογραφή της διακήρυξης, να αμφισβητηθεί το κεντρικό της μήνυμα ως μη ρεαλιστικό και υπερβολικά δαπανηρό (Σαράφης & Μπαμίδης, 2020). Στα χρόνια που ακολούθησαν οι επενδύσεις των κρατών για την υγεία επικεντρώθηκαν περισσότερο στην πρόληψη των μεμονωμένων ασθενειών (όπως η φυματίωση και η ελονοσία) και όχι στη διαμόρφωση ολοκληρωμένων συστημάτων Π.Φ.Υ (Πέγιου, 2023).

Σαράντα χρόνια μετά από τη διακήρυξη της Alma-Ata, τον Οκτώβριο του 2018, έγινε μια επικαιροποιημένη διαβούλευση στην Astana του Καζακστάν, με όραμα «τη δημιουργία μιας ισχυρής και βιώσιμης Π.Φ.Υ τον 21<sup>ο</sup> αιώνα» (WHO, 2018).

Τρεις ήταν οι κύριες λειτουργίες της Π.Φ.Υ που προωθούνται στην εν λόγω διακήρυξη (Pettigrew et al, 2015 ):

1. Η καθολική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού μέσω της ολοκληρωμένης προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας της υγείας σε όλα τα στάδια της ζωής των ατόμων.

2. Η συστηματική εφαρμογή πολιτικών και δράσεων βασισμένων σε ενδείξεις, στοχεύοντας στην υιοθέτηση υγιεινών ατομικών συμπεριφορών αλλά και δράσεων που στοχεύουν στους ευρύτερους καθοριστικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία, κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών.
3. Η προσπάθεια ενδυνάμωσης και υποστήριξης ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων να βελτιστοποιήσουν την υγεία τους, φροντίζοντας τόσο τον εαυτό τους όσο και τα οικεία τους πρόσωπα, όταν απαιτείται, ώστε να λειτουργήσουν όλοι μαζί ως συν-δημιουργοί υπηρεσιών υγείας.

Προκειμένου οι δεσμεύσεις της διακήρυξης της Astana, να επιφέρουν αποδεδειγμένες αλλαγές στα υγειονομικά συστήματα, απαιτούνται κοινές συνεργατικές προσπάθειες ατόμων, τοπικών κοινωνιών αλλά και εθνικών και διεθνών εταίρων (Σαράφης & Μπαμίδης, 2020).

Ωστόσο, υπήρξαν πολλοί παράγοντες παγκοσμίως, που εμποδίσαν όλα αυτά τα χρόνια την επίτευξη των στόχων της βιώσιμης Π.Φ.Υ. Πρώτον, οι ανεπαρκείς κρατικές δαπάνες για την υγεία και ειδικότερα για την ΠΦΥ. Δεύτερον, η έλλειψη και η κακή κατανομή του εργατικού δυναμικού μεταξύ των αστικών και των απομακρυσμένων περιοχών στον υγειονομικό τομέα η οποία οδήγησε σε μια κατάσταση όπου τα επίπεδα προσωπικού σχετίζονταν αντιστρόφως ανάλογα με τη φτώχεια και τις υγειονομικές ανάγκες. Τρίτον, το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας αφενός υφίσταται τα τελευταία χρόνια υψηλό φόρτο εργασίας, αφετέρου δεν εκπαιδεύτηκε σε πολυτομεακές δράσεις. Τέλος, παρατηρήθηκε έντονος υγειονομικός αναλφαριθμισμός στον πληθυσμό, ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες (Pettigrew et al 2015).

Παρόλα αυτά, ο Π.Ο.Υ συνεχίζει να διαμηνύει την ανάγκη δημιουργίας μιας ισχυρής Π.Φ.Υ η οποία θα ανταποκρίνεται στους σχετιζόμενους με την υγεία στόχους της Βιώσιμης Ανάπτυξης ( Sustainable Development Goals - SDGs) αλλά και της καθολικής κάλυψης στην υγεία. Επιπλέον, θα συνεισφέρει στην επίτευξη των στόχων για την εξάλειψη της φτώχειας και της πείνας, την ενίσχυση της εκπαίδευσης, την ισότητα των φύλων, το καθαρό νερό και την αποχέτευση, την εργασία και την οικονομική ανάπτυξη, τη μείωση της ανισότητας και την κλιματική δράση (Πέγιου, 2023, WHO 2023).

### **1.3. Η σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για το υγειονομικό σύστημα**

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, η Π.Φ.Υ αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο ενός βιώσιμου συστήματος υγείας, μέσω της οποίας μπορεί να επιτευχθεί τουλάχιστον το 75% των προβλεπόμενων κερδών υγείας από τους στόχους της Βιώσιμης Ανάπτυξης. Το γεγονός αυτό προϋποθέτει πρόσθετες επενδύσεις από την πλευρά των κρατών για ένα πιο ολοκληρωμένο πακέτο υπηρεσιών υγείας, ύψους 200 έως 328 δισεκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ (WHO, 2023).

Ειδικότερα, όσο περισσότερο οργανωμένη είναι η Π.Φ.Υ μιας χώρας, τόσο περισσότερο σχετίζεται με καλύτερη αναγνώριση των προβλημάτων υγείας των ασθενών, πιο ακριβής διάγνωση, μεγαλύτερη συμμόρφωση με τη θεραπεία, λιγότερη χρήση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π), λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο, καλύτερη πρόληψη, καλύτερη πρόβλεψη των διαταραχών, λιγότερη συνταγογράφηση φαρμάκων, μικρότερος αριθμός μη ικανοποιημένων υγειονομικών αναγκών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού, 2008).

Όπως αποδεικνύεται μέσα από διάφορες διεθνείς επιστημονικές μελέτες, η Π.Φ.Υ ελέγχει τις εισροές των ασθενών προς τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη, με σκοπό να αποφεύγονται οι άσκοπες δαπανηρές εξετάσεις αλλά και οι περιττές εισαγωγές στα νοσοκομεία (Starfield, 2012). Σύμφωνα με τις έρευνες των (Phillips et al. 2009, Chetty et al. 2011) στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που επισκέπτονταν τακτικά τον οικογενειακό ιατρό τους σε πρωτοβάθμιες δομές υγείας, είχαν περιορισμένες παραπομπές σε ειδικούς ιατρούς, κατά 25% λιγότερες συνταγογραφήσεις φαρμάκων αλλά και άμεση προσβασιμότητα στην περίθαλψη.

Παρομοίως, σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας των (Kravet, et al 2008) στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι η αλλαγή της αναλογίας 1 ιατρός ανά 10.000 κατοίκους και η αύξηση κατά 15% της διαθεσιμότητας ιατρών Π.Φ.Υ, συνδέθηκαν με σημαντική βελτίωση των δεικτών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, μειώθηκαν κατά 1,44% η γενική θνησιμότητα και κατά 2,5% η βρεφική θνησιμότητα σε αναλογία 10.000 κατοίκων. Επιπρόσθετα, περιορίστηκαν κατά 6% οι εισαγωγές στις κλινικές των νοσοκομείων, 5% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, 10% οι επισκέψεις στο Τ.Ε.Π και κατά 7% οι χειρουργικές επεμβάσεις.

Τα στοιχεία της έρευνας των (Chetty et al. 2011), διαπίστωσαν ακόμη ότι η παρουσία μια ισχυρής Π.Φ.Υ ταυτίστηκε με μείωση του ποσοστού των επανεισαγωγών

στο νοσοκομείο μέσα σε διάστημα 30 ημερών. Ειδικότερα, μειώθηκαν κατά 7% οι επανεισαγωγές από πνευμονία, 5% από εμφράγματα του μυοκαρδίου και 8% από καρδιακή ανεπάρκεια.

Στο Οντάριο του Καναδά, όπου η αναλογία των γενικών ιατρών ήταν 1 /1.428 κατοίκους, παρουσιάστηκε υψηλότερη πιθανότητα έγκαιρης διάγνωσης αλλά και πενταετούς επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού (Starfield, 2012).

Στην έρευνα των (Kronman et al, 2008), διαπιστώθηκε ότι οι συχνές επισκέψεις των ασθενών τελικού σταδίου στην Π.Φ.Υ, συσχετίστηκαν με λιγότερες ημέρες νοσηλείας στο τέλος της ζωής και με μείωση των υγειονομικών δαπανών. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε μέτρηση της χρήσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών της ζωής των ατόμων και το πως αυτή συνδέεται με τον αριθμό των επισκέψεών τους σε πρωτοβάθμια δομή υγείας τους προηγούμενους 12 μήνες. Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που πραγματοποίησαν τουλάχιστον 9 επισκέψεις σε δομές Π.Φ.Υ το προηγούμενο έτος, νοσηλεύτηκαν σε κάποια δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια δομή υγείας περίπου 13,4 ημέρες με υγειονομικό κόστος 23.400 δολάρια, έναντι 15,3 ημερών νοσηλείας και 24.400 δολάρια υγειονομικό κόστος, για όσους δεν πραγματοποίησαν καμία επίσκεψη στην Π.Φ.Υ.

Παράλληλα, σύμφωνα με την έρευνα των (Gao et al, 2022) στις ΗΠΑ, από το 2016-2019 παρατηρήθηκε έντονη συσχέτιση μεταξύ των επισκέψεων σε δομές Π.Φ.Υ και στο ετήσιο συνολικό κόστος περίθαλψης του ασθενούς. Συγκεκριμένα, κάθε επιπλέον επίσκεψη του ασθενούς στην ΠΦΥ συνδέθηκε με μείωση του ετήσιου υγειονομικού κόστους κατά 721 δολάρια. Η μεγαλύτερη εξοικονόμηση δαπανών, 3.976 δολάρια, συνδέθηκε με την πρώτη επίσκεψη, 1.149 δολάρια με τη δεύτερη επίσκεψη, 899 δολάρια με την τρίτη επίσκεψη κ.ο.κ. Ωστόσο, μετά τη δέκατη επίσκεψη άλλαξε η εικόνα και το υγειονομικό κόστος άρχισε να αυξάνεται για κάθε επιπλέον επίσκεψη από τον ίδιο ασθενή. Το γεγονός αυτό φανέρωσε ότι πιθανώς ξεκίνησε μια κατάχρηση των πόρων του υγειονομικού συστήματος. Επιπλέον, όσο σοβαρότερη ήταν η ασθένεια του ασθενούς τόσο μεγαλύτερη ήταν και η μείωση του υγειονομικού κόστους που επιτεύχθηκε χάρη στην Π.Φ.Υ.

Όσον αφορά τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (WHO, 2023), η παρουσία μιας ισχυρής Π.Φ.Υ μπορεί να αποβεί σωτήρια για 60 εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές και να αυξήσει το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης κατά 3,7 έτη έως το 2030. Σε παγκόσμιο επίπεδο πάνω από 1 δις άνθρωποι ζουν στα όρια της φτώχειας λόγω των υψηλών δαπανών υγείας που καταβάλουν από «την τσέπη



τους», οι οποίες ανέρχονται στο 10% ή και περισσότερο του οικογενειακού προϋπολογισμού τους.

Όπως προέκυψε μέσα από μια ανασκόπηση 36 μελετών σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ σχετίστηκε με βελτιωμένη υγεία του πληθυσμού, μείωση των νοσηλειών από χρόνιες παθήσεις (25-30%), υψηλή εμβολιαστική κάλυψη, μείωση της βρεφικής θνησιμότητας κατά 40% και μείωση της θνησιμότητας από χρόνιες ασθένειες εκτός του διαβήτη (Starfield. 2012, Macinco et al 2011).

Τέλος, αναλογίζοντας ότι το παγκόσμιο υγειονομικό κόστος αναμένεται να αυξηθεί από τα 9,21 τρις εκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ το 2014 σε 24,24 τρις δολάρια μέχρι το 2040, γίνεται κατανοητό ότι μόνο μέσω της πρόληψης δύναται να επιτευχθεί σημαντική εξοικονόμηση πόρων. Συνεπώς, η Π.Φ.Υ μπορεί να διαδραματίσει προστατευτικό ρόλο απέναντι στις σύγχρονες απειλές για την υγεία που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, το περιβάλλον, τις κοινωνικο-οικονομικές και πολιτικές συνθήκες (Hone et al, 2018).

#### **1.4. Ο θεσμός του γενικού Οικογενειακού Ιατρού**

Η σύγχρονη Γενική/Οικογενειακή ιατρική διαδραματίζει έναν πολυσύνθετο και ταυτόχρονα απαιτητικό ρόλο στο υγειονομικό σύστημα, καθώς περιλαμβάνει τη διάγνωση διαφορετικών προβλημάτων υγείας, τη διαχείριση και θεραπεία των χρόνιων και οξέων νοσημάτων, τη φροντίδα της οικογένειας, την κατ' οίκον φροντίδα, το συντονισμό της φροντίδας με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, αλλά και τη συνεργασία με άλλους

επαγγελματίες υγείας (Σουλιώτης και συν. 2013).

Ειδικότερα, ο Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, ο οποίος μπορεί να είναι ιατρός ειδικότητας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής (κατά προτίμηση), Παθολογίας ή Παιδιατρικής του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα αποτελεί το επίκεντρο της Π.Φ.Υ, καθώς συνιστά το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, λειτουργώντας ταυτόχρονα και ως «πλοηγητής» του ασθενούς στις επόμενες βαθμίδες υγείας (Καρακόλιας και συν. 2021).

Βασική υποχρέωση του Οικογενειακού Ιατρού είναι η συμπλήρωση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (Α.Η.Φ.Υ) του ασθενούς, στον οποίο

καταγράφεται το ιατρικό ιστορικό του. Ο Α.Η.Φ.Υ αποτελεί βασικό εργαλείο το οποίο συσχετίζεται με τη συνεχιζόμενη και ολοκληρωμένη παρακολούθηση της υγείας του Α.Υ.Υ (Παγάνης, 2019). Επιπρόσθετα, ο Οικογενειακός Ιατρός βασισμένος στις γνώσεις και στην εμπειρία του, καλείται να εντοπίσει τις συνήθειες των ασθενών οι οποίες μπορεί να βλάψουν την υγεία του και να προσπαθήσει να τις περιορίσει. Οι συνήθειες αυτές μπορεί να σχετίζονται με το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, την κακή διατροφή, το αυξημένο σωματικό βάρος, την κακή φυσική κατάσταση και άλλες (Σουλιώτης, 2014).

Προκειμένου ο οικογενειακός ιατρός να μπορέσει να ασκήσει το έργο του αποτελεσματικά συνεπικουρείται και από άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγους, διαιτολόγους, οδοντιάτρους, σχηματίζοντας όλοι μαζί μια ομάδα υγείας. Η ύπαρξη αποτελεσματικών, αποδοτικών και ποιοτικών ομάδων υγείας στο χώρο της Π.Φ.Υ, θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για τη σύσταση ενός πιο συντονισμένου και αποτελεσματικού συστήματος παροχής φροντίδας υγείας, που θα είναι περισσότερο ανθρωποκεντρικό και θα εγγυάται την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (Rodriguez, et al, 2007).

Ο κάθε επαγγελματίας υγείας, στα πλαίσια των διεπιστημονικών ομάδων υγείας, αναλαμβάνει αυτόνομο, συνεργατικό ή επικουρικό ρόλο, ανάλογα με τις απαιτήσεις του συστήματος, την εκπαίδευσή του αλλά και ανάλογα με την κάθε περίπτωση. Ωστόσο, το ρόλο του συντονιστή σε κάθε ομάδα υγείας κατέχει ο Οικογενειακός Ιατρός ο οποίος αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ της ομάδας υγείας με τις λοιπές βαθμίδες του συστήματος υγείας όπως: νοσοκομεία, ειδικούς ιατρούς της κοινότητας, διαγνωστικά και μικροβιολογικά εργαστήρια, υπηρεσίες δημόσιας υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μακροχρόνια φροντίδα, κατ' οικον φροντίδα και αποκατάσταση (Μαριόλης, 2020).

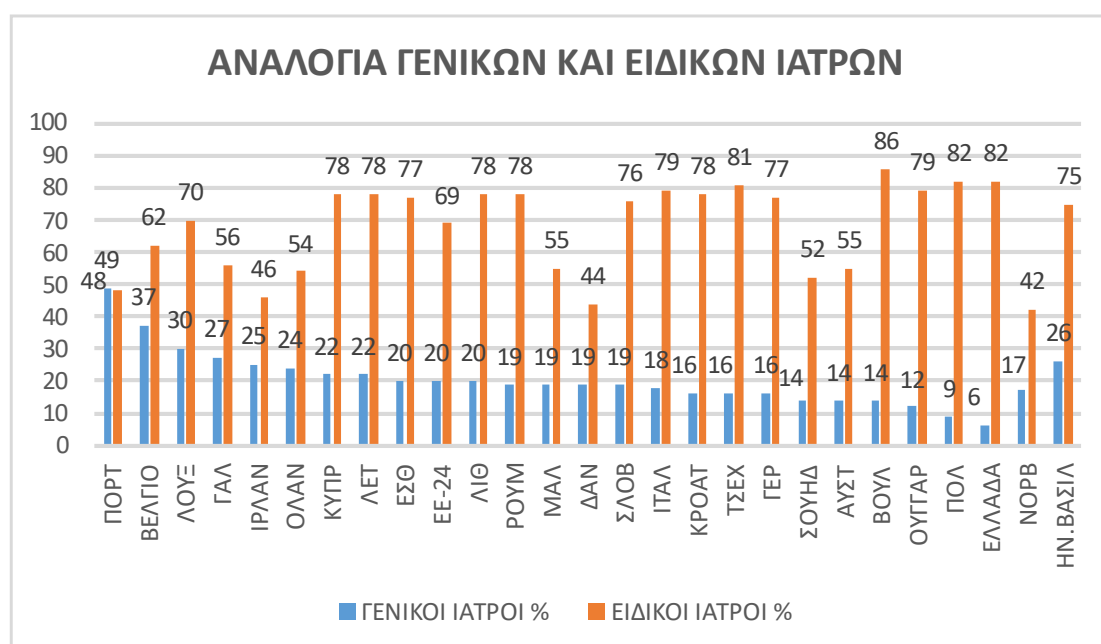
Προκειμένου οι Οικογενειακοί Ιατροί να μπορούν να παρέχουν με επιτυχία τις υπηρεσίες τους προς τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, επιβάλλεται να κατέχουν πέρα από τις επιστημονικές τους γνώσεις και μερικές βασικές δεξιότητες. Αρχικά, κατά την άσκηση της φροντίδας, επιβάλλεται να έχουν αναπτυγμένες τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να επιδεικνύουν συμπόνοια, σεβασμό και ενσυναίσθηση προς τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του. Οφείλουν να είναι καλοί ακροατές και να κερδίζουν την εμπιστοσύνη των ασθενών και των φροντιστών τους (Ramanayake et al, 2014).

Επίσης, βασικό προσόν του Οικογενειακού Ιατρού είναι να διαθέτει ηγετικές ικανότητες. Αυτό προϋποθέτει ότι είναι σε θέση να εφαρμόσει ένα στρατηγικό σχέδιο, ώστε κάθε μέλος της ομάδας να έχει συγκεκριμένα καθήκοντα αλλά και αντίστοιχες υποχρεώσεις, με αποτέλεσμα να επικρατεί ένα αρμονικό κλίμα συνεργασίας μεταξύ τους (Grol et al, 2018).

Επιπρόσθετα, ο Οικογενειακός Ιατρός οφείλει να προάγει την υγεία στην κοινότητα: 1) μέσω υλοποίησης δράσεων αγωγής υγείας που θα ευαισθητοποιήσουν τον πληθυσμό (ηλικιωμένους, μαθητικό πληθυσμό, ευάλωτες ομάδες κ.α.), 2) μέσω ανάρτησης αφισών σχετικά με τα χαρακτηριστικά έγκαιρης αναγνώρισης των συμπτωμάτων έκτακτων ιατρικών περιστατικών, ώστε να προλαμβάνονται οι ασθένειες, 3) μέσω της παροχής πρώτων βοηθειών όποτε προκύψει ανάγκη αλλά και 4) μέσω της προαγωγής των εμβολιασμών (Grol et al, 2018).

Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός, ότι ενώ ο συνολικός αριθμός των ιατρών, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), αυξήθηκε σημαντικά την προηγούμενη δεκαετία, από περίπου 1,5 εκ. ιατρούς το 2010 σε 1,8 εκ το 2020, δεν παρατηρήθηκαν τα ίδια νούμερα στην ειδικότητα των γενικών ιατρών. Ιδιαίτερη μάλιστα ανησυχία προκαλεί η έλλειψη γενικών ιατρών σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές. Τα στοιχεία αυτά παρατίθενται στο διάγραμμα 1.1.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1**



ΠΗΓΗ: (OECD, 2022), Health at a Glance, Eurostat Database

<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d0057e82-en/index.html?itemId=/content/component/d0057e82-en>

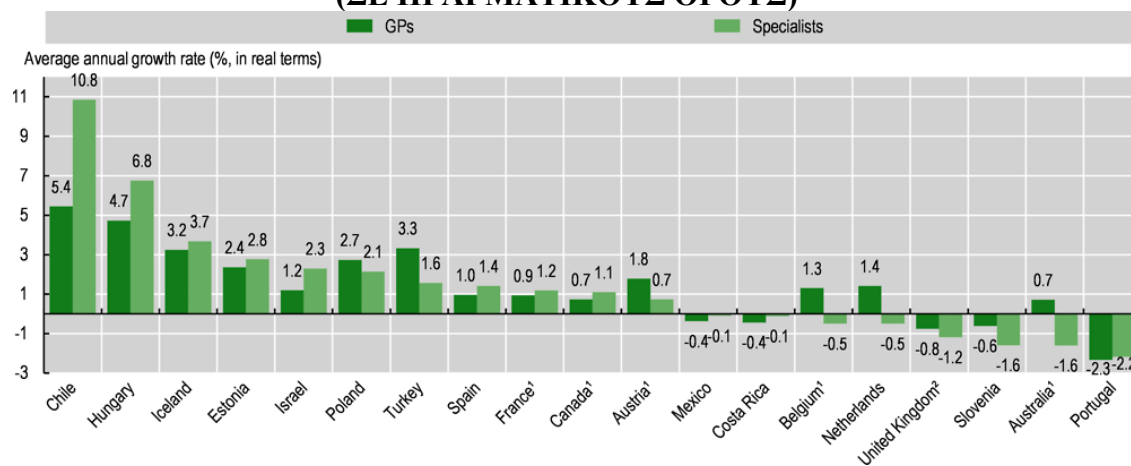
Όπως παρατηρείται στο Διάγραμμα 1.1, στην Ελλάδα, η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών είναι ειδικοί ιατροί (82%), ενώ οι γενικοί ιατροί αντιπροσωπεύουν μόλις το (6 %) του συνόλου των ιατρών, έναντι 20 % που είναι ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος (μ.ο.). Μια καλύτερη ισορροπία μεταξύ των γενικών και των ειδικών ιατρών κατάφεραν να διατηρήσουν μερικές χώρες, όπως η Πορτογαλία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Γαλλία, αυξάνοντας τον αριθμό των θέσεων μεταπτυχιακής κατάρτισης στη Γενική Ιατρική, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις ελλείψεις (OECD, 2022).

Όσον αφορά τις αμοιβές των ιατρών, όπως παρατηρείται στο Διάγραμμα 1.2, σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, η αμοιβή τόσο των ειδικών όσο και των Γενικών Ιατρών είναι σημαντικά υψηλότερη από το μέσο μισθολόγιο των υπόλοιπων εργαζομένων. Ειδικότερα το 2019, οι γενικοί ιατροί κέρδιζαν 2 έως 4 φορές υψηλότερο μισθό από το μέσο μισθολόγιο, ενώ οι Ειδικοί ιατροί κέρδιζαν 2 έως 6 φορές υψηλότερο μισθό.

Παρόλα αυτά στις περισσότερες χώρες οι Ειδικοί ιατροί αμείβονταν με υψηλότερους μισθούς από τους ΓΙ. Πιο συγκεκριμένα, στην Αυστραλία και στο Βέλγιο, οι ιδιώτες ειδικοί ιατροί κέρδιζαν τουλάχιστον τα διπλάσια χρήματα από τους ιδιώτες γενικούς ιατρούς. Στη Γερμανία, η μισθολογική διαφορά μεταξύ των γενικών και των ειδικών ιατρών ήταν πολύ μικρότερη της τάξεως του 20%. Στην Ουγγαρία και στη Χιλή παρατηρήθηκε μεγάλη μισθολογική αύξηση τόσο για τους γενικούς όσο και για τους ειδικούς ιατρούς. Στην Ουγγαρία η Κυβέρνηση αύξησε συνολικά τις αποδοχές των ιατρών την τελευταία δεκαετία, με σκοπό να περιορίσει τη μετακίνηση των Ούγγρων ιατρών προς άλλες χώρες. Σε ορισμένες χώρες, όπως στο Ην.Βασίλειο, στη Σλοβενία και στην Πορτογαλία, παρατηρείται από το 2010-2019 μείωση των μισθών σε πραγματικούς όρους και στις δυο κατηγορίες ιατρών. Πρέπει να ληφθεί βέβαια υπόψη και η ειδικότητα του ειδικού ιατρού. Για παράδειγμα, οι χειρουργοί ιατροί, οι αναισθησιολόγοι και οι ακτινολόγοι κερδίζουν τα διπλάσια συγκριτικά με τους παιδιάτρους και τους ψυχιάτρους (OECD, 2021).

Όλες οι παραπάνω πληροφορίες αιτιολογούν και τις ελλείψεις που παρουσιάζονται στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2**  
**ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΑΜΟΙΒΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ 2010-2019**  
**(ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥΣ ΟΡΟΥΣ)**



\*Ο ρυθμός ανάπτυξης αφορά αυτοαπασχολούμενους γενικούς ιατρούς και ειδικούς.

Πηγή: OECD Health Statistics 2021.

StatLink <https://stat.link/tnlk2q>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΘΝΩΣ

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται ότι τα συστήματα υγείας των περισσότερων Ευρωπαϊκών χωρών προσανατολίζονται στην αναβάθμιση της δημόσιας υγείας, θέτοντας ως επίκεντρο την Π.Φ.Υ. Προκειμένου να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος συντελούνται σημαντικές αλλαγές οι οποίες δίνουν έμφαση στην ενδυνάμωση του ρόλου του ασθενούς κατά την λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του, στην ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης και στη διαμόρφωση νέων σχέσεων μεταξύ κράτους και αγοράς (Τούντας, 2003).

Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι κάθε κράτος έχει το δικό του υγειονομικό σύστημα, το οποίο διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό πλαίσιο (Τούντας, 2003). Ειδικότερα, στην παρούσα μελέτη, έγινε μια ανασκόπηση του τρόπου ενσωμάτωσης της ΠΦΥ στα συστήματα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, της Γερμανίας και της Σουηδίας, αφενός με βάση τον τρόπο που οργανώνονται, παρέχονται και χρηματοδοτούνται οι υγειονομικές υπηρεσίες αφετέρου με βάση τον τρόπο που αποζημιώνονται οι γιατροί.

#### 2.1 Η ΠΦΥ στη Μεγάλη Βρετανία

Το βρετανικό σύστημα υγείας, με το διάταγμα 1946/1948, υπάγεται στην κατηγορία των εθνικών συστημάτων υγείας (NHS-National Health System) (μοντέλο Beveridge), όπου οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και τη γενική φορολογία. Ταυτόχρονα, υπάρχει καθολική δωρεάν κάλυψη των αναγκών και η Π.Φ.Υ. παρέχεται από τους Οικογενειακούς ιατρούς (General Practitioner GPs), οι οποίοι συμβουλεύουν τους ΛΥΥ να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, αντιμετωπίζουν τα απλά περιστατικά και τους μικροτραυματισμούς και παραπέμπουν όταν χρειάζεται τους ασθενείς τους στις ανώτερες βαθμίδες περίθαλψης (Anderson et al., 2022).

Οι περισσότεροι GPs εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, στα ιατρεία τους (solo practice), ενώ οι υπόλοιποι απασχολούνται είτε σε ομάδες υγείας (group practice), είτε στις 1200 δημόσιες ή ιδιωτικές δομές με μισθωτή εργασία (Χριστοδούλου, 2018). Η αποζημίωση των GPs γίνεται ανά κεφαλή, σύμφωνα με τον αριθμό εγγεγραμμένων και

με βάση τα συμβόλαια που έχουν συνάψει με σχηματισμούς πρωτοβάθμιων εταιρικών ενώσεων γενικών ιατρών (Primary Care Trusts, PCTs). Υπάρχουν και πρόσθετες αμοιβές, οι οποίες περιλαμβάνουν συμπληρωματικές υπηρεσίες, όπως εμβολιασμούς, νυχτερινή βάρδια, κατ' οίκον επισκέψεις, εργασία σε υποβαθμισμένες περιοχές και προαγωγή της υγείας. Μάλιστα, σε περίπτωση που οι συνολικές δαπάνες είναι χαμηλότερες από τον προϋπολογισμό, τότε οι GPs μπορούν να χρησιμοποιήσουν το πλεόνασμα για τη βελτίωση του προσωπικού τους ιατρού (Μακράκης, 2018).

Αξίζει να αναφερθεί ότι τα PCTs, δημιουργήθηκαν το 2002 έχοντας συνάψει συμβάσεις με επαγγελματίες γενικούς ιατρούς (GPs) και οργανισμούς και ανέλαβαν την ευθύνη για τον συντονισμό και την παροχή της Π.Φ.Υ. Τα PCTs αποτελούν την εξέλιξη των ομάδων GP (fund holders) που δημιουργήθηκαν με το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο του 1991 και των εν συνεχεία Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (primary care groups, PCGs), του 1999. Το 42% περίπου του συνολικού αριθμού των ιατρών της Μεγάλης Βρετανίας συγκαταλέγονται στα PCTs, τα οποία απορροφούν το 80% του προϋπολογισμού του Βρετανικού Συστήματος Υγείας (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Συμπληρωματικά με τον GP λειτουργούν και άλλοι επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένου του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο στη Μεγάλη Βρετανία (σε αντίθεση με την Ελλάδα) διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην Π.Φ.Υ, καλύπτοντας τόσο το πεδίο της ενημέρωσης όσο και της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Στο ίδιο πεδίο συγκαταλέγονται οι φυσικοθεραπευτές, οι γυναικολόγοι, οι ψυχίατροι, οι ορθοπεδικοί, καθώς και υπηρεσίες όπως το NHS Direct (μια τηλεφωνική και διαδικτυακή υπηρεσία πληροφοριών) και τα Walk-in Centers (περιπατητικά κέντρα), τα οποία δημιουργήθηκαν το 2000, παρέχοντας σε 24ωρη βάση πρώτες βοήθειες για ήπια προβλήματα υγείας και μικροτραυματισμούς και διευθύνονται κυρίως από νοσηλεύτες. Το 2012 λειτούργησαν συνολικά 185 κέντρα περιπάτου σε όλη την Αγγλία συμβάλλοντας σημαντικά στην αποσυμφόρηση των Τ.Ε.Π (OECD 2015, Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

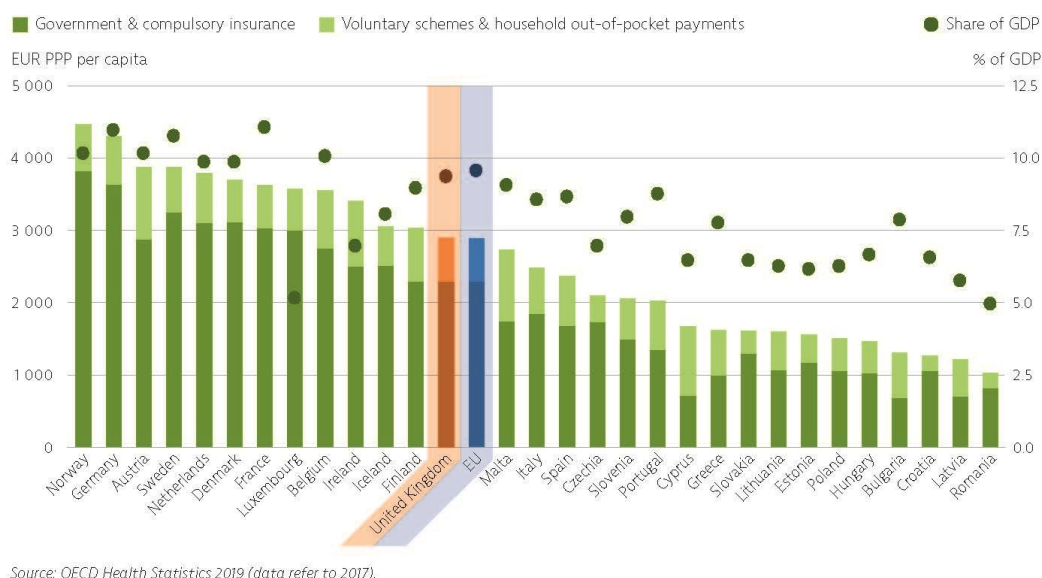
Σύμφωνα με τον (OECD, 2019), στη Μεγάλη Βρετανία μειώθηκε τόσο η μέση διάρκεια νοσηλείας στα νοσοκομεία όσο και η χρήση των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης (κατά 25%), λόγω της αποτελεσματικής λειτουργίας της Π.Φ.Υ και του συστήματος των παραπομπών.

Όπως απεικονίζεται στο Διάγραμμα 2.1, Το 2017, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, ήταν ελαφρώς υψηλότερες από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο (2.900 ευρώ έναντι 2.884 ευρώ) και ελαφρώς χαμηλότερες ως ποσοστό του ΑΕΠ

(9,6% έναντι 9,8% για την ΕΕ). Παρόλα αυτά, οι κατά κεφαλήν υγειονομικές δαπάνες ήταν αρκετά χαμηλότερες συγκριτικά με άλλες αναπτυγμένες χώρες όπως τη Γερμανία (4.300 ευρώ και αντιστοιχούσαν στο 11,2% του ΑΕΠ) και τη Γαλλία (3.626 ευρώ και αντιστοιχούσαν στο 11,3% του ΑΕΠ) (OECD, 2019).

## **ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1**

### **Οι δαπάνες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο**



<https://www.oecd.org/publications/united-kingdom-country-health-profile-2019-744df2e3-en.htm>

## **2.2 Η ΠΦΥ στη Γερμανία**

Το Γερμανικό σύστημα υγείας, βασίζεται στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, που είναι γνωστό και ως μοντέλο Bismarck. Είναι το παλαιότερο σύστημα στην Ευρώπη (1883), επί καγκελαρίας Bismarck, όταν έγινε υποχρεωτική η ασφάλιση υγείας για κάποιες ομάδες εργαζομένων και η Γερμανία υπήρξε η πρώτη χώρα που εισήγαγε το σύστημα αυτό. Βασίστηκε στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της επικουρικότητας αλλά και της ανταποδοτικότητας (Πολύζος, 2013).

Η Π.Φ.Υ. παρέχεται κατά 75% από ιδιώτες ιατρούς (solo practice) και κατά 25% από συνεργασία και συστέγαση με άλλους (group practice), χωρίς να υπάρχει κάποιο αυστηρό σύστημα «θυρωρού». Από το 2004 επιτρέπεται η λειτουργία πολυκλινικών με αντικείμενο την Π.Φ.Υ. Επίσης, προκειμένου να εφαρμοστεί ένα πιο



αποτελεσματικό σύστημα παραπομπών «gatekeeping» δόθηκαν κάποια κίνητρα στους ασφαλισμένους για την εγγραφή τους σε σχήματα οικογενειακής ιατρικής. Η επιλογή του γενικού ή του ειδικού ιατρού είναι ελεύθερη για κάθε ασφαλισμένο, με την προϋπόθεση να είναι συμβεβλημένος με το ταμείο του, ενώ η επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων απαιτεί συγκεκριμένες προϋποθέσεις (Τούντας 2003, Πετρέλης & Δομάγερ 2016).

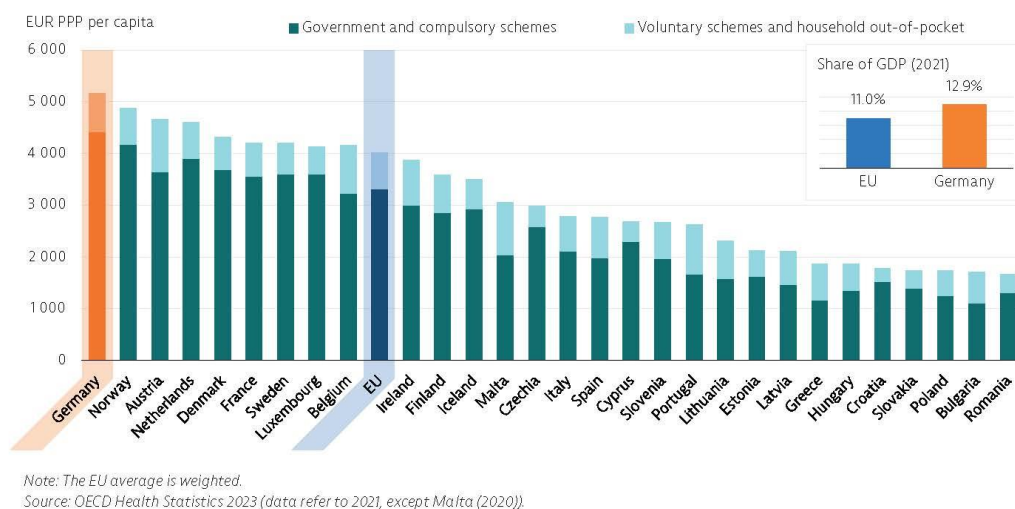
Κάθε άτομο που ζει νόμιμα στη Γερμανία υποχρεούται να έχει ασφάλεια υγείας. Ειδικότερα, περίπου το 92% του συνολικού πληθυσμού είναι ασφαλισμένο στο Θεσμικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας, το οποίο είναι ένα εθνικό ασφαλιστικό πρόγραμμα που καλύπτει ένα εύρος βασικών υπηρεσιών υγείας (Πολύζος, 2013).

Οι ιατροί στην Π.Φ.Υ, αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που καθορίζονται ύστερα από διαπραγματεύσεις μεταξύ των ταμείων υγείας και των τοπικών σωματείων των ιατρών κάθε χρόνο (Τούντας 2003).

Το 2019, όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα 2.2, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στη Γερμανία ήταν 4.505 ευρώ. Το μέγεθος αυτό ήταν το υψηλότερο στην ΕΕ και 28% υψηλότερο από τον Ευρωπαϊκό μ.ο. Επίσης, η χώρα δαπάνησε το 12,9% του ΑΕΠ της για την υγεία, το ποσοστό αυτό ήταν το υψηλότερο στην Ευρώπη και βρισκόταν πάνω από τον Ευρωπαϊκό μ.ο. (11%). Αξίζει να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης προέρχονταν από δημόσιες δαπάνες (το 84,6%) (OECD, 2023a).

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2

### Οι Δαπάνες υγείας στην Γερμανία



<https://www.oecd.org/germany/germany-country-health-profile-2023-21dd4679-en.htm>

## 2.3 Η ΠΦΥ στη Σουηδία

Η Σουηδία διαθέτει ένα εθνικό σύστημα υγείας (μοντέλο Beveridge), καθολικής κάλυψης, που τηρεί τις αρχές της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της αλληλεγγύης, της ποιότητας, της συνοχής και της ασφάλειας, αλλά συνάμα το χαρακτηρίζει η εγγύτητα και η προσβασιμότητα. Συγκροτείται από 21 περιφερειακά συμβούλια και 290 δήμους με μεγάλες αρμοδιότητες και εξουσίες. Η παροχή Π.Φ.Υ γίνεται από τα 1200 κέντρα υγείας (1/3 ιδιωτικά), τα οποία είναι στελεχωμένα από γενικούς ιατρούς (1 ιατρός ανά 2500 κατοίκους), γυναικολόγους, ψυχίατρους, νοσηλεύτριες και φυσικοθεραπευτές. (Anell et al. 2012, Γιανασμίδης & Τσιαούση. 2012).

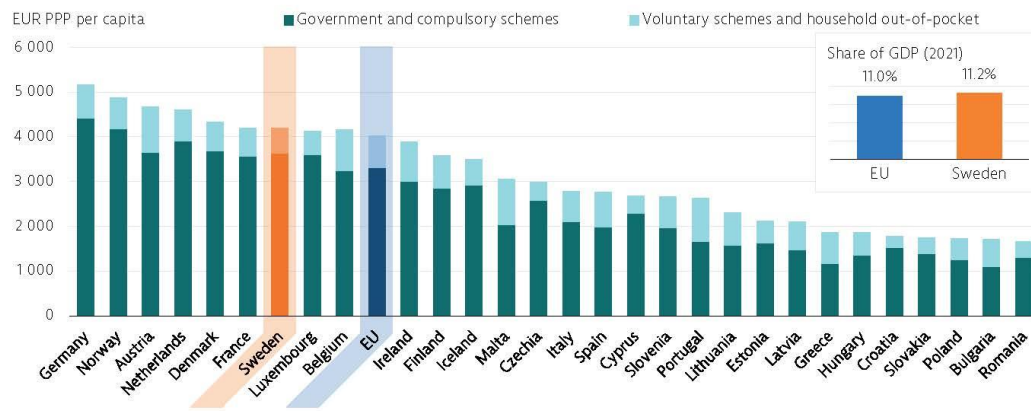
Η κύρια μορφή αποζημίωσης των συμβεβλημένων με την Π.Φ.Υ ιατρών είναι η κατά κεφαλήν αποζημίωση (85%) και σε μικρότερο ποσοστό η κατά πράξη (7,5 %) (fee-for service). Από την άλλη, οι ιατροί που εργάζονται στα κέντρα υγείας είναι έμμισθοι υπάλληλοι που απασχολούνται 40 ώρες την εβδομάδα (Πολύζος, 2013).

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, η κεντρική κυβέρνηση κατευθύνει πόρους προς τους αυτοδιοικητικούς θεσμούς, στους οποίους αναγνωρίζεται σημαντική εξουσία για τη ρύθμιση της λειτουργίας των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, τα Περιφερειακά συμβούλια επιβλέπουν τόσο τη νοσοκομειακή όσο και την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, ενώ οι 290 δήμοι παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας που έχουν κατά κύριο λόγο προνοιακό ή θεσμικό χαρακτήρα και εντάσσονται στο δίκτυο κοινωνικής ασφάλειας που παρέχει η πολιτεία στο σύνολο των μελών της (Anell et al, 2012).

Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας της Σουηδίας, όπως δείχνει και το Διάγραμμα 2.3, το 2021 αντιστοιχούσαν στο 11,2% του ΑΕΠ, ποσοστό ελαφρώς υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μ.ο. (11%). Από την άλλη πλευρά, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας της Σουηδίας ήταν ελαφρώς υψηλότερες από τον ευρωπαϊκό μ.ο. (4.200 ευρώ έναντι 4.028 ευρώ). Οι δημόσιες δαπάνες αντιπροσώπευαν το 86% του συνόλου των υγειονομικών δαπανών, το μέγεθος αυτό ήταν το υψηλότερο στην ΕΕ με τον ευρωπαϊκό μ.ο. να αντιστοιχεί στο 81%. Ιδιαίτερα υψηλό ήταν και το ποσοστό των δαπανών που κατέβαλαν τα νοικοκυριά από την τσέπη τους (13%) προκειμένου να εξυπηρετηθούν από τις υπηρεσίες υγείας (OECD, 2023b).

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.3

### Δαπάνες υγείας στη Σουηδία



Note: The EU average is weighted.

Source: OECD Health Statistics 2023 (data refer to 2021, except Malta (2020)).

<file:///C:/Users/User/Downloads/chp-sweden2023v2.pdf>

### **3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

## **3. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **3.1. Μεταρρυθμίσεις ορόσημο στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Στο σημείο αυτό, ακολουθεί μία καταγραφή και αξιολόγηση των σημαντικότερων δομικών αλλαγών του συστήματος παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στο Ε.Σ.Υ. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται οι νομοθετικοί σταθμοί της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα και περιγράφονται πιο αναλυτικά τρεις ζωτικής σημασίας μεταρρυθμίσεις: ο Ν.1397/1983, με τον οποίο ιδρύεται το Ε.Σ.Υ και γίνεται η πρώτη παρέμβαση για ενιαία ανάπτυξη της Π.Φ.Υ στη χώρα, με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας (ΚΥ). Ο Ν. 4486/2017, στον οποίο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση, καθώς με αυτόν επιχειρείται η ανασυγκρότηση της δημόσιας Π.Φ.Υ (δημιουργία Τοπικών Μονάδων Υγείας), έχοντας ως επίκεντρο τον Λ.Υ.Υ (Σταχτέας & Σταχτέας, 2021). Τέλος ο Ν. 4931/2022, αποτελεί την πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση, με την οποία μετονομάζεται ο Οικογενειακός Ιατρός σε Προσωπικός Ιατρός, επιχειρείται η εισαγωγή κινήτρων και αντικινήτρων κατά την εγγραφή του πληθυσμού σε προσωπικό ιατρό και η εφαρμογή του συστήματος παραπομπών (Ν. Υπ' αριθμ.. 4931/2022).

#### **3.1.1. Ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα**

Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος Ν.1397/1983, με τον οποίο θεμελιώθηκε το Ε.Σ.Υ και δημιουργήθηκαν τα πρώτα Κ.Υ σε αστικές αλλά και μη αστικές περιοχές, όπου τοποθετήθηκαν ως επί το πλείστον Γενικοί Ιατροί. Στον ιδρυτικό νόμο επισημάνθηκε ότι η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό και η παροχή της υπάγεται στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους. Βασικοί στόχοι του νομοθέτη ήταν η δωρεάν, ισότιμη, καθολική και αποκεντρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας μέσα σε ένα ενιαίο πλαίσιο, με κοινωνικό έλεγχο και συμμετοχή στον προγραμματισμό (Ποτήρης & Σαράφης, 2014).

Στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ λειτούργησαν 172 Κ.Υ αστικού και αγροτικού χαρακτήρα ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική διασύνδεση με αυτά (Βραχνέλη, 2017). Ταυτόχρονα, θεσπίστηκε η λειτουργία των Περιφερειακών Ιατρείων (Π.Ι), ως αποκεντρωμένη δομή των Κ.Υ. Επιπρόσθετα, με τον Ν.1397/1983 προβλέφθηκε η

ένταξη των ιατρείων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης στο Ε.Σ.Υ, καθώς και η δημιουργία ειδικού λογαριασμού για την κάλυψη των δαπανών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ωστόσο, τα αστικού τύπου Κ.Υ, η ένταξη των ιατρείων των ταμείων και ο κοινός ειδικός λογαριασμός δεν κατάφεραν να εφαρμοστούν (Μαλαβάζος και συν. 2019).

Το 1985, με το νόμο Ν.1579/1985, θεσμοθετήθηκε επισήμως η ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, η οποία χορηγήθηκε και σε ανειδίκευτους ιατρούς, που είχαν πενταετή ελεύθερη άσκηση της ιατρικής ή τριετή άσκηση της ιατρικής σε έμμισθη θέση αγροτικού ιατρείου, υγειονομικού σταθμού, ασφαλιστικού φορέα ή νοσοκομείου μετά από 9μηνη ή 12μηνη εκπαίδευση, αντίστοιχα.

Με τον νόμο Ν. 2194/1994, εντάχθηκαν εκ νέου τα Κ.Υ και τα Π.Ι στα νομαρχιακά νοσοκομεία και καταργήθηκε το εργασιακό καθεστώς της μερικής απασχόλησης των ιατρών του Ε.Σ.Υ.

Με τον νόμο Ν. 2889/ 2001, η χώρα διαιρέθηκε σε 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ), που διατήρησαν υπό την εποπτεία τους τα Κ.Υ και τα Π.Ι, τα οποία λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες του Ε.Σ.Υ.

Με τον νόμο Ν. 3106/2003, τα ΠΕΣΥ μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ), ενώ οι φορείς που συγχωνεύτηκαν στα ΠΕΣΥΠ, μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Με τον νόμο Ν. 3329/2005, καταργήθηκαν τα ΠΕΣΥΠ και αντικαταστάθηκαν από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία ΔΥΠΕ (Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας).

Με τον νόμο Ν. 3527/2007, περιορίστηκε ο αριθμός των ΔΥΠΕ σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες της Επικράτειας.

Με τον νόμο Ν.3852/2010, προβλέφθηκε η μεταφορά αρμοδιοτήτων των μονάδων Π.Φ.Υ από τις ΔΥΠΕ στους Δήμους και τις Περιφέρειες.

Με τον νόμο Ν. 3868/2010, καθιερώθηκε η ολόήμερη λειτουργία των νοσοκομείων και των εξωτερικών ιατρείων για την παροχή Π.Φ.Υ και δόθηκαν κίνητρα για να καλυφθούν οι ελλείψεις σε εργατικό δυναμικό.

Με τον νόμο Ν.3892/2010, εισάχθηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση στοχεύοντας στον έλεγχο και στη μείωση των υγειονομικών δαπανών.

Το 2011, με το Ν. 3918/2011, συστήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) από τη συγχώνευση των κυριότερων ασφαλιστικών ταμείων, στοχεύοντας στη μείωση των ανισοτήτων στις υγειονομικές παροχές αλλά και στην εξοικονόμηση των απαραίτητων πόρων.

Με τον νόμο Ν. 4052/2012, τροποποιήθηκαν τα γεωγραφικά όρια των 7 Περιφερειών, τα οποία ταυτίστηκαν πλέον με το πρόγραμμα Καλλικράτης.

Με τον νόμο Ν. 4208/2013, επανήλθε ως υποχρεωτική η υπηρεσία υπαίθρου για την αναγνώριση τίτλου ειδικότητας.

Ωστόσο, το 2014 με τη θέσπιση του νόμου Ν. 4238/2014 δημιουργήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) για την ανασυγκρότηση της Π.Φ.Υ. που αποτελούνταν από τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ και τους συμβεβλημένους ιατρούς, το οποίο θα βρίσκονταν υπό τον έλεγχο των αντίστοιχων υγειονομικών περιφερειών και του Υπουργείου Υγείας. Σύμφωνα με τη νομοθεσία, το δίκτυο ΠΕΔΥ θα λειτουργούσε 24 ώρες την ημέρα και όλη την εβδομάδα, παρέχοντας υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Επιπλέον, θεσμοθετήθηκε ο οικογενειακός ιατρός και το σύστημα των παραπομπών των ασθενών, που και πάλι δεν εφαρμόστηκαν.

Το 2017 ακολούθησε νέα μεταρρύθμιση για την Π.Φ.Υ. Σύμφωνα με το νόμο Ν. 4486/2017, επιδιώχθηκε ένας επαναπροσδιορισμός της Π.Φ.Υ, όπως επίσης και του πλαισίου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ειδικότερα, οι Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ μετονομάστηκαν σε Κέντρα Υγείας, τα οποία παρείχαν πρωτοβάθμια, περιπατητική, διαγνωστική, οξεία και έκτακτη περίθαλψη (Myloneros & Sakellariou, 2021). Συστάθηκαν επίσης, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (TOMY), οι οποίες στελεχώθηκαν από διεπιστημονικές ομάδες υγείας με οικογενειακούς ιατρούς (Γενικούς Ιατρούς, Παθολόγους και Παιδιάτρους), νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητικό προσωπικό. Η αρχική φάση της νέας μεταρρύθμισης περιλάμβανε την προγραμματισμένη ανάπτυξη 239 TOMY, εντός χρονικού πλαισίου 2 ετών. Τελικά, 6 χρόνια μετά, κυρίως λόγω ελλείψεων ιατρών με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, έχουν συσταθεί μόνο 136 TOMY. Αρχικά, σε κάθε οικογενειακό ιατρό εγγράφονταν 2.250 ΛΥΥ και 1500 Λήπτες στον παιδίατρο. Ωστόσο, με την ψήφιση του Ν. 4931/2022, αλλάζει η αναλογία των εγγεγραμμένων πολιτών. Σύμφωνα με τους (Σαράφη & Μπαμίδα, 2020) στόχος των TOMY ήταν:

- Η παροχή ασφαλούς, αποτελεσματικής, ολιστικής, ποιοτικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας.
- Η διασφάλιση της προσβασιμότητας και της συνέχειας της φροντίδας μέσω υγειονομικών δομών που βρίσκονται πλησίον της οικίας ή της εργασίας του ΛΥΥ.
- Η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας στον υγιή πληθυσμό, η ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών, ειδικότερα όσων πάσχουν από χρόνια νοσήματα, καθώς και η παροχή υπηρεσιών που άπτονται της δημόσιας υγείας όπως οι εμβολιασμοί, η κατ' οίκον φροντίδα και άλλες.

Στο άρθρο 19 του Ν. 4486/2017, καθιερώθηκε ότι ο οικογενειακός ιατρός δύναται να παραπέμπει ηλεκτρονικά τους Λ.Υ.Υ στα Κ.Υ, στις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης αλλά και στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους υπηρεσιών υγείας (με εξαίρεση τα επείγοντα περιστατικά), κάτι που απουσίαζε αισθητά από το νόμο του 1983, λειτουργώντας ανασταλτικά για την απαραίτητη συνέχεια της φροντίδας ( Βραχνέλη, 2017).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το αρ. 21 του Ν. 4486/2017, ο Οικογενειακός ιατρός σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, συμπληρώνει τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φακέλο Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.), για όλους τους κατόχους Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.) αλλά και Αριθμού Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Α.Υ.Π.Α.). Ο Α.Η.Φ.Υ. περιέχει πληροφορίες που αφορούν το ιατρικό ιστορικό αλλά και την ευρύτερη εικόνα της φροντίδας του ασθενούς. Ειδικότερα, περικλείει κλινικά, διαγνωστικά, νοσηλευτικά δεδομένα, χειρουργικές επεμβάσεις, συνταγογράφηση φαρμάκων και άλλες χρήσιμες πληροφορίες (Ρόμπολας και συν. 2022). Τέλος, με τον Ν. 4486/2017 νομοθετήθηκε η λειτουργία Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων και Κέντρων Ειδικής Φροντίδας, ως αποκεντρωμένων μονάδων.

Με την ψήφιση του Ν. 4931/2022, η οποία αποτελεί και την πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση, ορίστηκε ως υποχρέωση όλων των ενηλίκων πολιτών η εγγραφή τους σε προσωπικό ιατρό της επιλογής τους και επιδιώχτηκε η ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που αποζημιώνονται από το δημόσιο. Κάθε Προσωπικός Ιατρός θα έχει έως 2000 εγγεγραμμένους, ο οποίος θα τους καθοδηγεί μέσω του συστήματος των παραπομπών στους ιατρούς ειδικοτήτων αλλά και στις υπόλοιπες βαθμίδες περίθαλψης. Ο αρχικός σχεδιασμός ήταν όσοι

ενήλικες δεν είχαν εγγραφεί στο σύστημα του προσωπικού ιατρού έως την 1η Οκτωβρίου 2022, υποχρεούνταν να καταβάλλουν 10 % επιπλέον ποσοστό συμμετοχής για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τις θεραπείες τους σε συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική αλλά και για όλες τις υπηρεσίες που τους παρείχε ο ΕΟΠΥΥ. Το τέλος αυτό θα αυξανόταν 10 % επιπλέον από την 1η Ιανουαρίου 2023 για όσους δεν είχαν εγγραφεί μέχρι τότε. Τελικά, έως το τέλος Ιουνίου 2023, μόλις 4,9 εκατομμύρια Λ.Υ.Υ (55 % του επιλέξιμου πληθυσμού) είχαν εγγραφεί σε προσωπικό ιατρό. Παρόλα αυτά, οι ελλείψεις ιατρών ειδικότητας Γενικής Ιατρικής στις δημόσιες μονάδες αλλά και ο περιορισμένος αριθμός των ιδιωτών ιατρών που είχαν υπογράψει συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ δεν επαρκούσαν για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να μην εφαρμοστούν τα αντικίνητρα (OECD, 2023c).

Συμπερασματικά, η ανωτέρω ιστορική ανασκόπηση αναδεικνύει ότι από το 1980 και μετά επιχειρήθηκαν να εφαρμοστούν μια σειρά από φιλόδοξες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες για την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ, που ενώ διακατέχονταν από υπερβάλλοντα θεωρητικό ζήλο και κινούνταν προς την σωστή κατεύθυνση, αποδείχθηκαν αναποτελεσματικές και δεν κατάφεραν να επιτύχουν την εκπλήρωση των παραπάνω στόχων, εξαιτίας χρόνιων προβλημάτων ιδεολογίας και πολιτικής βούλησης, καθιστώντας την Π.Φ.Υ κατακερματισμένη και ανίκανη να καλύψει τις υγειονομικές ανάγκες αλλά και τις προσδοκίες των πολιτών (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012, Κουρής και συν. 2006).

### **3.2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας**

Η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα παρέχεται τόσο από δημόσιες όσο και από ιδιωτικές δομές υγείας οι οποίες έχουν κατά βάση δημόσια χρηματοδότηση. Ειδικότερα, μετά τη θέσπιση του Ν.4486/2017 για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» η Π.Φ.Υ, διευρύνθηκε και πέρα από τα Κ.Υ και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, περιλαμβάνει και άλλες επιπλέον αποκεντρωμένες μονάδες, όπως είναι οι ΤΟΜΥ, τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και τέλος τον Ιδιωτικό Τομέα. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς, συμβεβλημένους και μη με τον ΕΟΠΥΥ, καθώς και συμβεβλημένα και μη ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια (Βραχνέλη, 2017).



Στον πίνακα 3.1 παρουσιάζεται το σύνολο των δημόσιων δομών παροχής Π.Φ.Υ, για τα έτη 2021- 2022.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1**

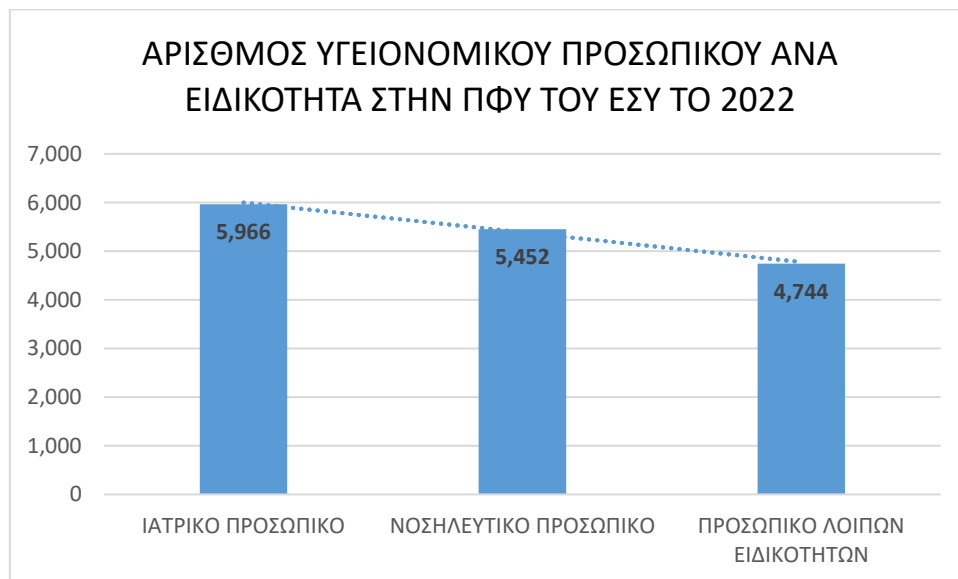
<b>ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΑ ΕΤΗ 2021-2022</b>							
	<b>ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ</b>	<b>ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ</b>	<b>ΕΙΔΙΚΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ</b>	<b>ΤΟΠΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ</b>	<b>ΛΟΙΠΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ</b>	<b>ΤΟΜΥ</b>
<b>2021</b>	310	1432	95	52	220	10	127
<b>2022</b>	311	1432	97	50	220	10	136

ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ 2023

<https://www.statistics.gr/documents/20181/2f0c1228-b82b-e8c5-4ce8-7ceeb3094c0b>

Στο Διάγραμμα 3.1 παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας, στα Τοπικά Ιατρεία, στα Περιφερειακά Ιατρεία (πολυδύναμα και ειδικά) και στις ΤΟΜΥ για το έτος 2022. Όπως προκύπτει, ο μεγαλύτερος αριθμός εργαζομένων αντιστοιχεί στο ιατρικό προσωπικό, ακολουθεί το νοσηλευτικό και τέλος το λοιπό προσωπικό.

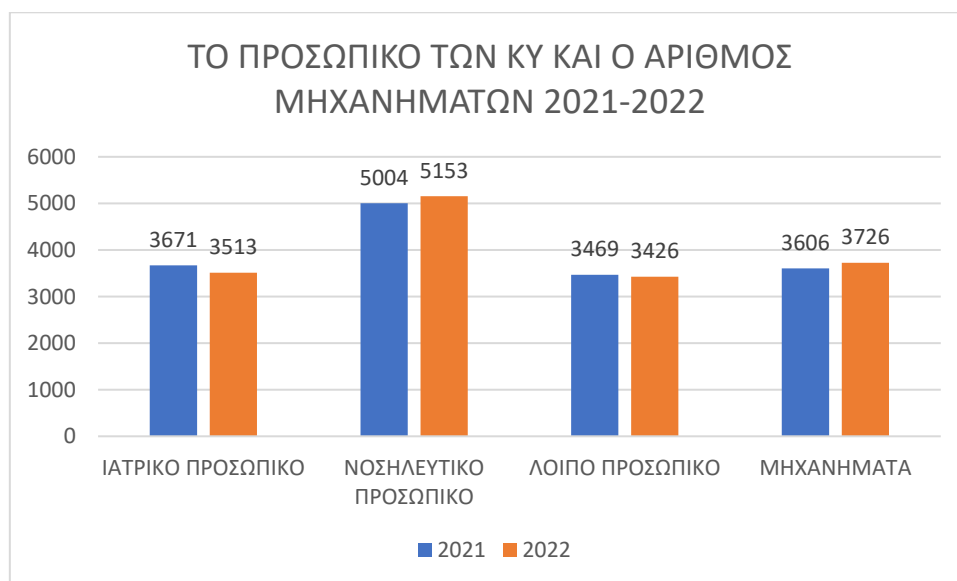
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1**



ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ 2023

<https://www.statistics.gr/documents/20181/2f0c1228-b82b-e8c5-4ce8-7ceeb3094c0b>

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2**

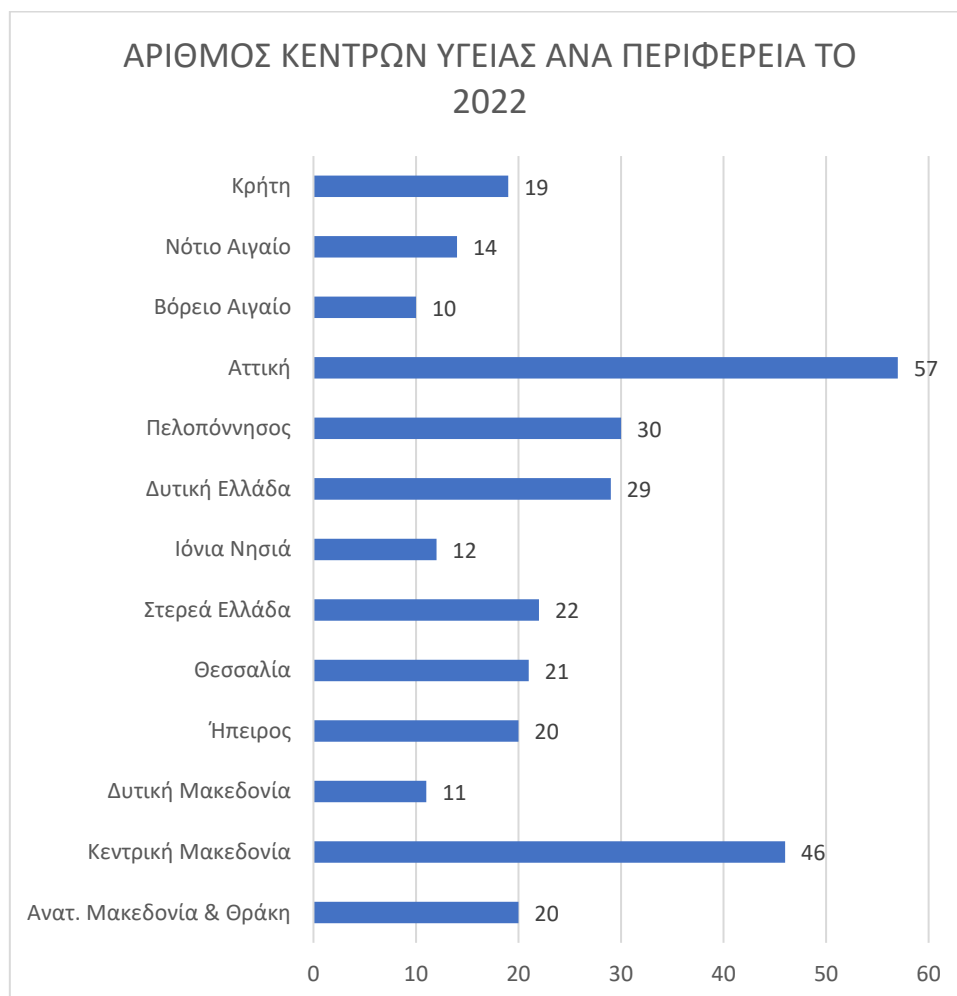


ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ 2023

<https://www.statistics.gr/documents/20181/2f0c1228-b82b-e8c5-4ce8-7ceeb3094c0b>

Στο Διάγραμμα 3.2, απεικονίζεται μια σύγκριση μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού που απασχολήθηκε στα ΚΥ της χώρας τα έτη 2021 και 2022. Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού που απασχολήθηκε στα Κ.Υ σημείωσε μια μείωση της τάξεως του 4,3% το 2022 σε σχέση με το 2021. Απεναντίας, το ίδιο διάστημα, σημειώθηκε αύξηση στον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού κατά 3,0%. Ενώ το προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων των Κ.Υ, παρουσίασε μείωση το 2022 σε σχέση με το 2021 κατά 1,2%. Τέλος, όσον αφορά τον αριθμό των ιατρικών μηχανημάτων που διαθέτουν τα Κ.Υ, παρατηρήθηκε αύξηση κατά 3,3% στο σύνολο της χώρας το 2022 συγκριτικά με το 2021.

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3



ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ 2023

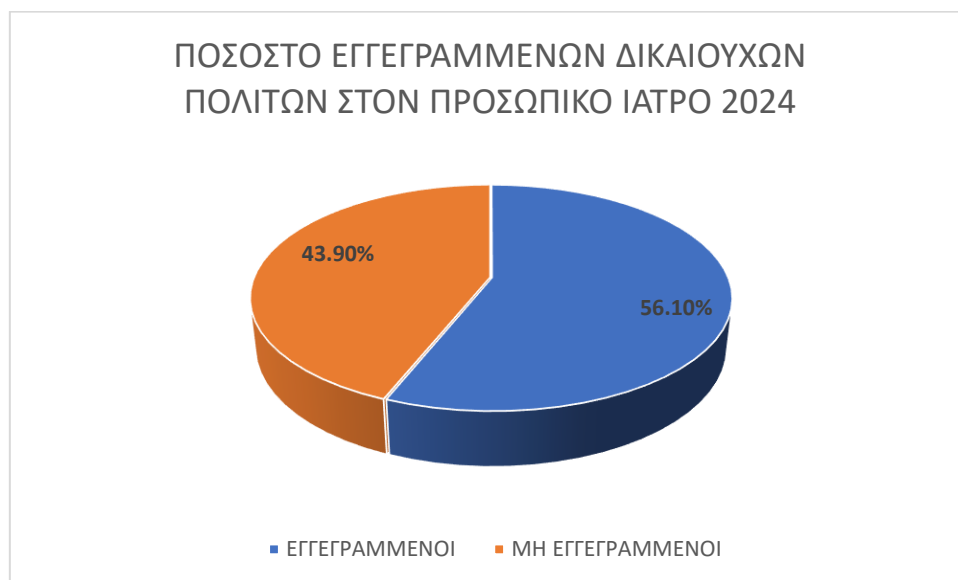
<https://www.statistics.gr/documents/20181/2f0c1228-b82b-e8c5-4ce8-7ceeb3094c0b>

Στο Διάγραμμα 3.3 απεικονίζεται ο συνολικός αριθμός των ΚΥ το 2022 ο οποίος ανήλθε σε 311. Από την κατανομή των ΚΥ στις 13 Περιφέρειες της Χώρας, παρατηρείται ότι τα περισσότερα ΚΥ βρίσκονται στην Αττική (57 κέντρα), στην Κεντρική Μακεδονία (46 κέντρα), στην Πελοπόννησο (30 κέντρα) και στη Δυτική Ελλάδα (29 κέντρα), ενώ τα λιγότερα βρίσκονται στο Βόρειο Αιγαίο (10 κέντρα) και τη Δυτική Μακεδονία (11 κέντρα).

Όσον αφορά τον αριθμό των εγγεγραμμένων πολιτών στο θεσμό του Προσωπικού Ιατρού, παρατηρείται στο Διάγραμμα 3.4 ένα μεγάλο ποσοστό μη εγγεγραμμένων πολιτών (43,9 %), οι οποίοι είτε δεν βρίσκουν διαθέσιμο ιατρό στην περιοχή τους, είτε δεν ενημερώθηκαν ή δεν ενδιαφέρθηκαν να επιλέξουν προσωπικό

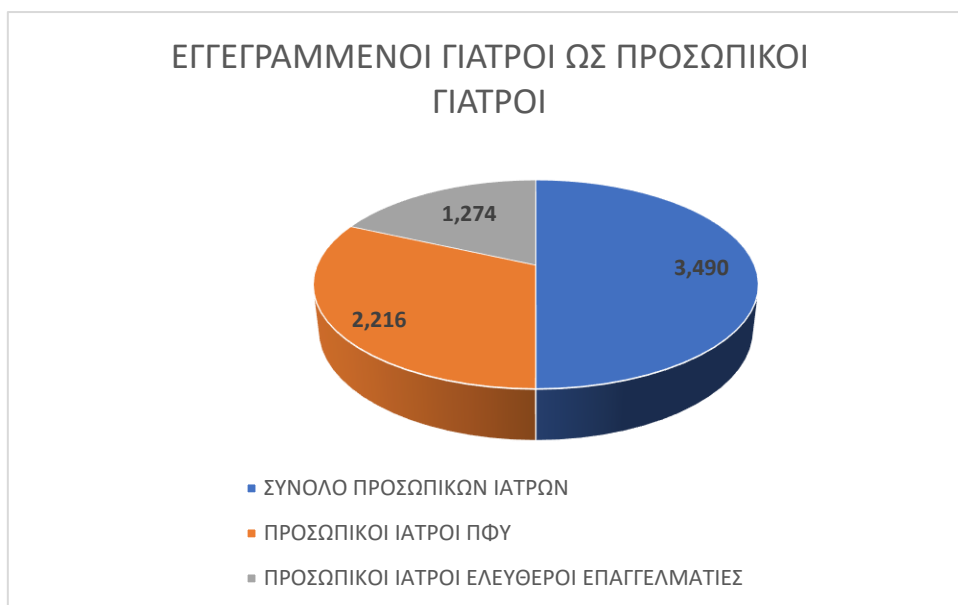
ιατρό. Πιο αναλυτικά, το σύνολο των εγγεγραμμένων πολιτών αντιστοιχεί στον αριθμό 4.974.566, ενώ οι διαθέσιμες θέσεις για εγγραφή σε προσωπικό ιατρό αντιστοιχούν σε 1. 559.781.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.4**



ΠΗΓΗ: <https://prosopikos.gov.gr/> (πρόσβαση 21/02/2024)

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.5**

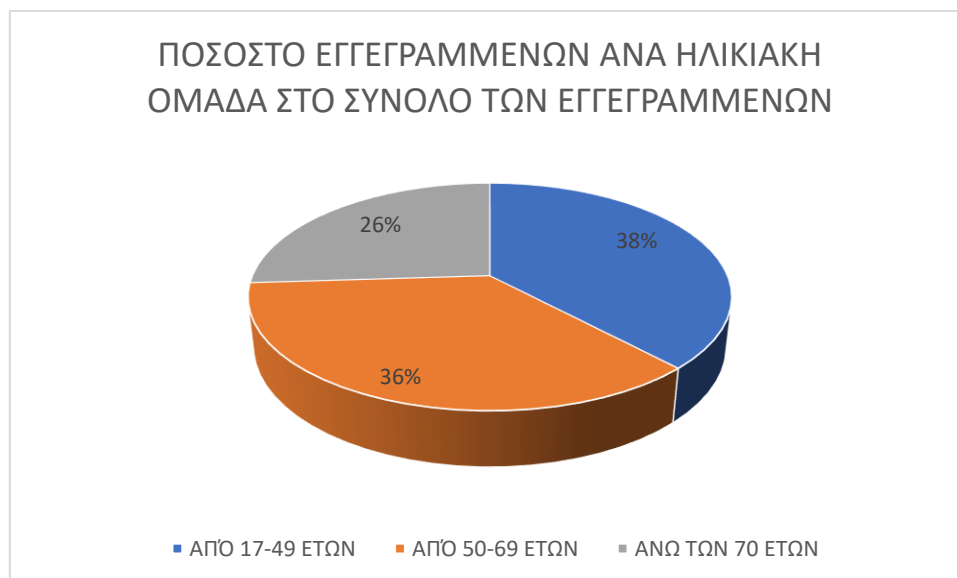


ΠΗΓΗ: <https://prosopikos.gov.gr/> (πρόσβαση 21/02/2024)

Στο Διάγραμμα 3.5, παρατηρείται ότι από το σύνολο των εγγεγραμμένων γιατρών ως Προσωπικών Ιατρών, οι περισσότεροι ανήκουν στο δημόσιο σύστημα ΠΦΥ.

Ενώ στο Διάγραμμα 3.6, απεικονίζεται το ποσοστό των εγγεγραμμένων πολιτών ανά ηλικιακή ομάδα. Όπως φαίνεται οι περισσότεροι εγγεγραμμένοι ΛΥΥ ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 17-49 ετών (38%), ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 50-69 ετών (36%).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.6**



ΠΗΓΗ: <https://prosopikos.gov.gr/> (πρόσβαση 21/02/2024)

Η χρονική διάρκεια των ραντεβού στον Προσωπικό Ιατρό είναι προγραμματισμένη στα 15 λεπτά. Σε περίπτωση που ο Λ.Υ.Υ προγραμματίζει για πρώτη φορά ραντεβού, η χρονική διάρκεια του ραντεβού θα είναι στα 30 λεπτά με σκοπό να συμπληρωθεί ο ΑΗΦΥ. Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν υφίσταται περιορισμός στον αριθμό των ραντεβού που μπορεί να προγραμματίσει ένας πολίτης στον Προσωπικό Ιατρό του.

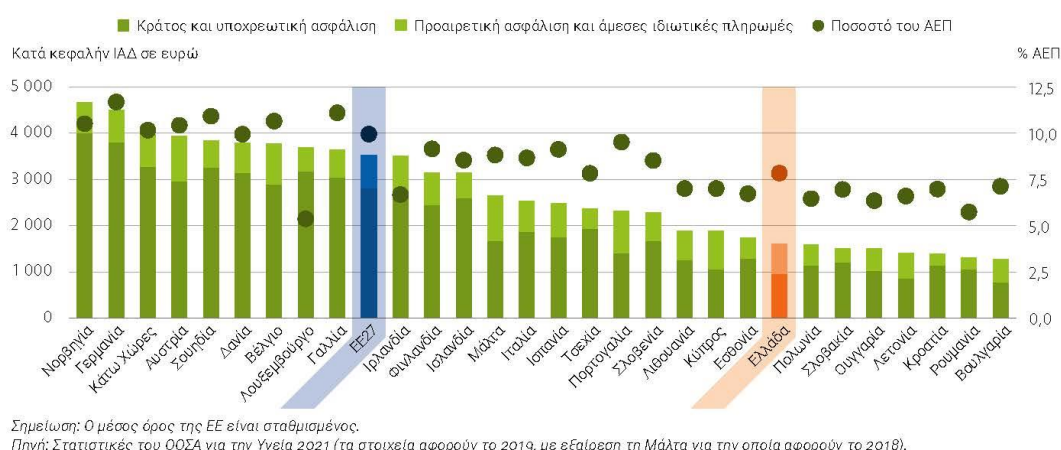
Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας Διάγραμμα 3.7., η Ελλάδα την περίοδο της πανδημίας του covid-19, διέθεσε το 9,2% του ΑΕΠ στην υγεία σε σύγκριση με το 11% που αποτελούσε τον Ευρωπαϊκό μ.ο. Ειδικότερα, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκαν σε 1.874 ευρώ, οι οποίες παρόλα αυτά υπολείπονταν σημαντικά του ευρωπαϊκού μέσου όρου οι οποίες ανέρχονταν σε 4.028 ευρώ. Η δημόσια χρηματοδότηση ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2021 ήταν στο 62,1%, το ποσοστό αυτό κατατάσσονταν στη χαμηλότερη θέση μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ και ήταν σημαντικά χαμηλότερο από τον Ευρωπαϊκό μ.ο. 81,1%. Αυτό συνεπάγεται μεγάλη οικονομική επιβάρυνση για τα ίδια τα νοικοκυριά αφού ένα

πολύ μεγάλο μερίδιο των δαπανών για την υγεία τους (33 %) καλύπτονταν από τα ίδια με τη μορφή άμεσων ιδιωτικών πληρωμών. Το γεγονός αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την αυξημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων για τα φάρμακα, για υγειονομικές υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών, για τις επισκέψεις σε ιδιώτες ειδικούς ιατρούς, για νοσηλευτική ή οδοντιατρική περίθαλψη. Ο αριθμός των υγειονομικών δαπανών που πλήρωναν τα νοικοκυριά από την τσέπη τους ήταν ο δεύτερος μεγαλύτερος στην Ευρώπη μετά τη Βουλγαρία και ήταν πολύ υψηλότερος από τον Ευρωπαϊκό μ.ο. (15%) (OECD. 2023c).

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.7

#### ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

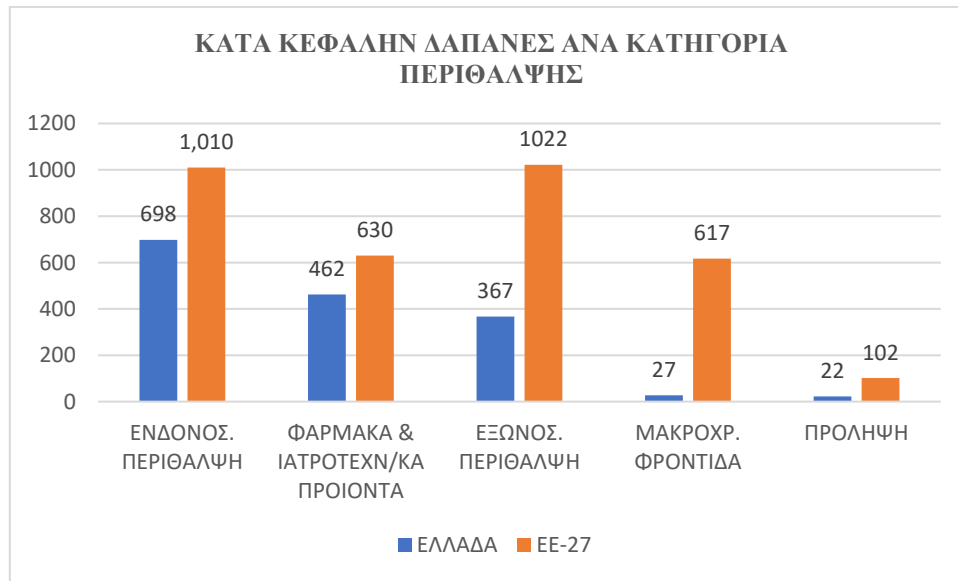
Σχήμα 6. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αντιστοιχούν στο ήμισυ περίπου του μέσου όρου της ΕΕ



ΠΗΓΗ: OECD 2023c

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/greece-country-health-profile-2023>

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.8



ΠΗΓΗ: OECD 2021 (State of Health in the EU Ελλάδα 2021)

[https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_gr\\_greek.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf)

Στην Ελλάδα το 2019, ο αρνητικός αντίκτυπος των συνολικά μειούμενων δαπανών για την υγεία, σε σύγκριση με τους Ευρωπαϊκούς μέσους όρους, επηρέασε εξίσου αρνητικά και τις υπόλοιπες υπηρεσίες του υγειονομικού συστήματος όπως την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα (Διάγραμμα 3.8). Όσον αφορά το ποσοστό των τρεχουσών δαπανών για την υγεία, το 44 % των συνολικών δαπανών διατέθηκαν για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (πρόκειται για το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ μετά τη Ρουμανία), ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 29 %. Σχεδόν 30 % των κονδυλίων δαπανήθηκαν για φάρμακα και ιατρικά είδη, ποσοστό που είναι πολύ υψηλότερο από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο (18 %) και αντικατοπτρίζει τις υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές από τα νοικοκυριά. Οι πόροι που διέθεσε η Ελλάδα για τη μακροχρόνια φροντίδα υπολείπονταν συγκριτικά με την ΕΕ ήταν (μόλις το 1,7 % των συνολικών δαπανών σε σύγκριση με το 16,3 % στην ΕΕ). Παρομοίως, οι δαπάνες για την προληπτική φροντίδα ήταν από τις χαμηλότερες (1,4 %) ενώ ο μέσος όρος στην ΕΕ ήταν 2,9 %.

Κλείνοντας την ενότητα, αξίζει να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα, ο αριθμός των γενικών ιατρών υπολείπεται σημαντικά συγκριτικά με τον αριθμό των ειδικών ιατρών. Ειδικότερα, οι γενικοί ιατροί αντιπροσωπεύουν μόλις το 7 % του συνόλου των ιατρών, έναντι 26 % που είναι ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος. Η παροχή κινήτρων από την πλευρά της πολιτείας προκειμένου να αυξηθεί ο αριθμός των γενικών ιατρών και να εξασφαλιστεί μια επαρκής προσφορά για το Ε.Σ.Υ αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την επέκταση του δικτύου των ΤΟΜΥ και των Κ.Υ στο πλαίσιο της εκτεταμένης μεταρρύθμισης που ξεκίνησε το 2017 (Myloneros & Sakellariou, 2021).



## **4<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **4. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Τα τελευταία χρόνια, στο ευμετάβλητο περιβάλλον του χώρου της υγείας, παρατηρείται μια αύξηση του ενδιαφέροντος για την αξιολόγηση και τη μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, οι υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζονται ποιοτικές όταν μπορούν και παρέχουν όλες τις απαραίτητες διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις στους ΛΥΥ, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται τα καλύτερα δυνατά υγειονομικά αποτελέσματα, εστιάζοντας ταυτόχρονα στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των ασθενών. Η μέτρηση της ικανοποίησής αποτελεί τη βασική μέθοδο καταγραφής και συλλογής των απόψεων των ΛΥΥ αναφορικά με την ποιότητα της παρεχόμενης σε αυτούς φροντίδα. Συνεπώς, γίνεται κατανοητό ότι η ικανοποίηση των ωφελούμενων από τις υγειονομικές υπηρεσίες και η ποιότητα στην υγεία είναι έννοιες που αλληλοσυμπληρώνονται και η μία ασκεί αλληλεπίδραση στην άλλη, στοχεύοντας στην παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και στον έλεγχο των ωφελειών και του κόστους που προκύπτουν από αυτές (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη. 2015, Θανασάς. 2019).

#### **4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σχετίζεται με τη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, όπως είναι η προσβασιμότητα στις δομές υγείας, η αποτελεσματικότητα και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, η ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του περιβάλλοντος εντός του οποίου παρέχεται η φροντίδα. Συνεπώς αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο προκειμένου να εντοπιστούν τα σημεία δυσaráεσκείας και αδυναμίας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Priporas et al. 2008, Καλογεροπούλου. 2011).

Παράλληλα, η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών δεν αποτελεί μια καινούργια έννοια. Σε αναφορά τους οι (Bond & Thomas, 1992) εξηγούν ότι η ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών των ασθενών σχετίζεται με την ικανοποίηση των εσωτερικών αναγκών τους, όπως είναι η ανάγκη τους για διαπροσωπικές σχέσεις, η ανάγκη τους για συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν την υγεία τους, αλλά και η ανάγκη τους να απολαμβάνουν τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που χρειάζονται στα πλαίσια ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

Σύμφωνα με τους (Risser. 1975, Donabedian. 1988, Johansson et al. 2002, Γούλα και συν. 2019 ), η ικανοποίηση των ασθενών ερμηνεύεται ως μια σύγκλιση μεταξύ των προσδοκιών τους να λάβουν ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για το επίπεδο της φροντίδας που τελικά απολαμβάνουν μέσα από την εμπειρία τους, με αποτέλεσμα να αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς και έγκυρους δείκτες προκειμένου να αξιολογηθεί και να καθοριστεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, η διαφορά του βαθμού ικανοποίησης και των προσδοκιών αποτελεί σημαντική παράμετρο μέτρησης της ικανοποίησης.

Πάρα το γεγονός ότι έχει αναγνωρισθεί η σπουδαιότητα της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, αμφισβητείται η ικανότητά τους να μπορούν να αξιολογήσουν πέρα από τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας την τεχνική της πλευρά, η οποία χρειάζεται απαραίτητες πρόσθετες πληροφορίες από άλλες πηγές. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς αφενός στερούνται τις επιστημονικές και τις τεχνικές γνώσεις για να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας, αφετέρου μπορεί να βρίσκονται σε δυσμενή φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις. Επίσης, μερικές φορές η ταχύτητα με την οποία εξελίσσεται η ιατρική επιστήμη αλλά και οι εναλλαγές των διαγνωστικών παρεμβάσεων εμποδίζουν τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι πραγματικά συμβαίνει (Vuori., 1999).

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών τείνει να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένος από ό,τι αισθάνεται πραγματικά, πιστεύοντας ότι με αυτό τον τρόπο θα εισπράξει καλύτερη αντιμετώπιση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει και μια μερίδα ασθενών οι οποίοι υποτιμούν και αποφεύγουν τη διαδικασία της αξιολόγησης, καθώς θεωρούν ότι δεν θα επιφέρει κάποιο ουσιαστικό αποτέλεσμα στο πρόβλημά τους ή στο υγειονομικό τους προφίλ (Παπαγιαννοπούλου et al., 2008)

Παρόλες τις αμφισβητήσεις, σύμφωνα με τους (Bond & Thomas. 1992, Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015), έχει αποδειχθεί η σημαντικότητα εκτίμησης της ικανοποίησης των Λ.Υ.Υ για τη βελτίωση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας, ακόμα και αν έχουν διαφορετική αντίληψη από αυτή των ασθενών, πρέπει να δεχτούν την ικανοποίηση ως μια πραγματικότητα, η οποία εκφράζει την υποκειμενική αντίληψη των Λ.Υ.Υ, ανεξάρτητα από το κατά πόσο οι απόψεις τους είναι έγκυρες ή όχι. Επίσης, οι ικανοποιημένοι ασθενείς συνεργάζονται πιο εύκολα, συμμετέχουν ενεργά στην θεραπεία τους και εκφράζουν μεγαλύτερη

εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (Tarrant et al. 2003, Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015).

## **4.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Παράγοντες οι οποίοι δύναται να επηρεάσουν τον βαθμό ικανοποίησης των Λ.Υ.Υ είναι ο χρόνος αναμονής για το ραντεβού, η χρονική διάρκεια της επίσκεψης στο γιατρό, η συνέχεια της φροντίδας, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η επικοινωνία (τεχνικές/επικοινωνιακές δεξιότητες ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού), η πληρότητα των εγκαταστάσεων, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, το πολιτισμικό υπόβαθρο κλπ.) (Raftopoulos 2010, Kaitelidou et al. 2019, Γαβρίλη & Καπάκη 2022).

Άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών είναι οι προσδοκίες τους. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν, ότι προκειμένου να επιτευχθούν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, οι προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να συγκλίνουν με εκείνες των ασθενών. Παρομοίως, με βάση τη βιβλιογραφία, άλλοι παράγοντες που ενδέχεται να συμβάλλουν στη διαμόρφωση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών είναι οι προσωπικές εμπειρίες του παρελθόντος, καθώς και η εξέλιξη της ασθένειας η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τις προσδοκίες των ασθενών (Αντεριώτη & Αντωνίου 2014, Γαβρίλη & Καπάκη 2022).

Στο σημείο αυτό παρατίθενται αναλυτικά οι βασικότεροι παράγοντες:

Αρχικά, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζουν σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης. Οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας και υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου συνήθως εκφράζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους και χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ασθενείς. Αυτό μπορεί να εξηγείται, λόγω των υψηλότερων προσδοκιών - απαιτήσεων των πρώτων από τους δεύτερους. Επίσης, οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας έχουν συχνά χρόνια προβλήματα υγείας και δημιουργούν συνήθως μια σχέση εξάρτησης με τον ιατρό τους, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν να δημιουργήσουν προκλήσεις δυσαρέσκειας εναντίον του (Hall & Milburn 1998, Papanikolaou & Ntani 2008).

Κατά δεύτερον, όσον αφορά το φύλο, κάποιες μελέτες που έγιναν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το γυναικείο φύλο επισκέπτεται πιο συχνά τους ιατρούς,

νοσηλεύεται πιο εύκολα και εμφανίζεται περισσότερο ικανοποιημένο συγκριτικά με τους άνδρες (Pappa & Niakas. 2006, Γαβρίλη & Καπάκη. 2022).

Από την άλλη πλευρά, η κατάσταση της υγείας των ασθενών επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με καλή υγεία αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, ενώ οι ασθενείς με προβλήματα υγείας τείνουν να αναφέρουν ακραίες βαθμολογίες είτε θετικές είτε αρνητικές όσον αφορά την ικανοποίησή τους. Αυτό ίσως δικαιολογείται από το γεγονός ότι τα άτομα με προβλήματα υγείας, νιώθουν ευάλωτοι, βιώνουν έντονο στρες μη γνωρίζοντας πως θα εξελιχθεί η κατάστασή τους (Detollenaere et al. 2018).

Το πολιτισμικό υπόβαθρο φαίνεται πως επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Στην έρευνα των (Magadi & Magadi, 2022) έχει παρατηρηθεί ότι οι πολιτιστικές μειονότητες σημειώνουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό οφείλεται αφενός στη δυσκολία τους να επικοινωνήσουν και αφετέρου στο οικονομικό τους υπόβαθρο.

Η επικοινωνία μεταξύ των ΛΥΥ και των επαγγελματιών υγείας, η οποία περιλαμβάνει επίδειξη αληθινού ενδιαφέροντος προς τον ασθενή, ευγένεια και κατανόηση, ικανοποιητική σε διάρκεια εξέταση, συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, θεωρείται ένα από τα πιο βασικά στοιχεία για την ικανοποίηση των ασθενών. Άλλωστε, η αποτελεσματική επικοινωνία σε συνδυασμό με την άμεση επίλυση των προβλημάτων υγείας αυξάνουν την εμπιστοσύνη των ασθενών προς τον γιατρό τους (Tarrant & Stokes 2003, Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015).

Τέλος, σημαντική πηγή ικανοποίησης θεωρούνται και οι συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η περίθαλψη. Ειδικότερα, ο χώρος, η άνεση, η καθαριότητα, η ευκρίνεια των πινακίδων που διευκολύνουν τον σωστό προσανατολισμό των ασθενών στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν βασικές προϋποθέσεις ικανοποίησης (Kaitelidou et al, 2019).

#### **4.3 Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η σημασία αξιολόγησης της ικανοποίησης του ασθενή είναι πολύ μεγάλη, αφενός για τον ίδιο και αφετέρου για το υγειονομικό σύστημα.

Αρχικά, ο ικανοποιημένος ασθενής συνεργάζεται περισσότερο και δείχνει μεγαλύτερη συμμόρφωση στην αγωγή που του προτείνεται, γεγονός που οδηγεί σε

καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Παράλληλα, ο ικανοποιημένος χρήστης εκδηλώνει μεγαλύτερη προθυμία να εκπαιδευτεί γύρω από το πρόβλημα υγείας του, άρα και να το διαχειριστεί πιο αποτελεσματικά, επιβαρύνοντας λιγότερο οικονομικά τόσο τον ίδιο όσο και το σύστημα υγείας (Αλερτά και συν. 2007).

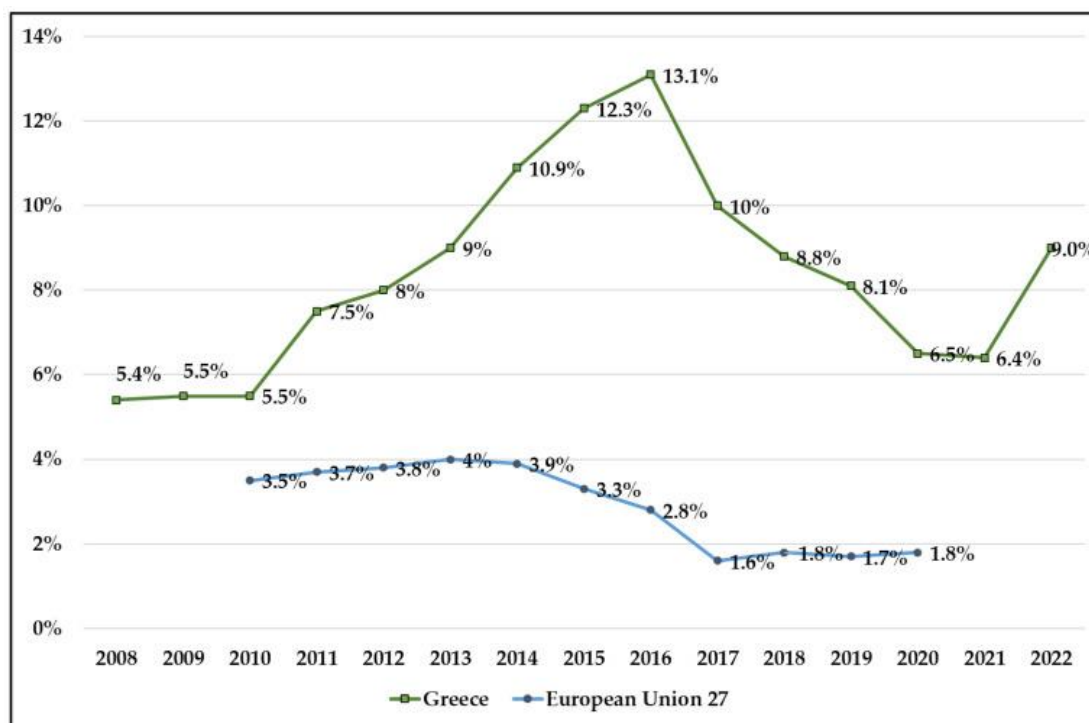
Εξίσου θετικός είναι ο αντίκτυπος της ικανοποίησης των ασθενών και στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ελαττώνουν την συναισθηματική φόρτιση και το άγχος τους, απαλλάσσονται από διαμαρτυρίες, παράπονα και μηνύσεις τόσο εις βάρος τους όσο και εις βάρος του υγειονομικού φορέα τον οποίο εκπροσωπούν. Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση των Λ.Υ.Υ τείνει να διαδίδεται στον πληθυσμό των χρηστών, στους συγγενείς και στο ευρύτερο περιβάλλον τους και να βελτιώνει το κύρος του φορέα (Αλερτά και συν. 2007).

Παράλληλα, οι έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, βοηθούν και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στον έγκαιρο εντοπισμό των προβλημάτων του οργανισμού και στην ανάδειξη των αδυναμιών του ή των σημείων που χρήζουν περαιτέρω βελτίωσης, προκειμένου να αποφασιστούν οι κατάλληλες ενέργειες για τη γενικότερη βελτίωση της εικόνας τους, της ποιότητας των υπηρεσιών τους αλλά και της ορθολογικής χρήσης των πόρων. Εάν οι προβληματισμοί που προκύπτουν από τις μετρήσεις ικανοποίησης των ασθενών ληφθούν σοβαρά υπ' όψη από τις διοικήσεις των μονάδων υγείας, θα υπάρξει επαναπρογραμματισμός στόχων, αλλά και γενικότερη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των μονάδων (Γούλα και συν, 2017).

Επιπρόσθετα, όπως προκύπτει από τα στοιχεία της Eurostat (Διάγραμμα 4.1), οι Έλληνες εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα μη ικανοποιημένων υγειονομικών αναγκών από την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Αρχικά, το 2010, υπήρξε μικρή διαφοροποίηση συγκριτικά με τις χώρες της ΕΕ-27. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης της χώρας, από το 2011 έως το 2016, το χάσμα αυξήθηκε απότομα. Η Ελλάδα, σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ-27, εμφάνισε τριπλάσιο αριθμό ανεκπλήρωτων αναγκών. Τα ποσοστά μειώθηκαν σταδιακά από το 2017, αν και παραμένουν πολύ υψηλά σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της ΕΕ27 (Pierrakos et al. 2023).

#### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1

##### ΑΝΕΚΠΑΗΡΩΤΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΕ-27



ΠΗΓΗ: Eurostat 2022 (HTLH\_SILC\_08).

Σύμφωνα με την έρευνα του Pierrakou et al., (2017), στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα υστερεί η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ, αφού το 1/3 των εισαγωγών στα νοσοκομεία θα μπορούσε να το διαχειριστεί ο γενικός ιατρός, όπως και το 40% των ορθοπεδικών εισαγωγών έκτακτης ανάγκης. Συνεπώς, επιβάλλεται οι φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης να ανταποκριθούν στις πραγματικές υγειονομικές ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, στοχεύοντας στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### 5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΣΜΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

#### 5.1. Διεθνώς

Σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών, οι οποίες εκφράζουν τόσο την εμπειρία των ΛΥΥ από τις υγειονομικές υπηρεσίες όσο και τις προσδοκίες τους από αυτές. Στην πολυκεντρική έρευνα των Grol et al. (1999), η οποία χρησιμοποίησε ως εργαλείο το ανώνυμο ερωτηματολόγιο της EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluations of General Practice), που πραγματοποιήθηκε το α' εξάμηνο του 1995 σε 8 Ευρωπαϊκές χώρες και συμμετείχαν 3.540 ασθενείς, αξιολογήθηκαν 38 πτυχές της φροντίδας στην ΠΦΥ. Προέκυψε ότι όλοι οι συμμετέχοντες, ανεξαρτήτως του ότι προέρχονταν από διαφορετικούς πολιτισμούς και διαφορετικά συστήματα υγείας, έδιναν μέγιστη σημασία στο βαθμό επικοινωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενή αλλά και στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας,.

Σε αντίστοιχη έρευνα των Raivio et al. (2014), διερευνήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών από την Π.Φ.Υ στη Φιλανδία, στα πλαίσια μιας ευρύτερης χρονικής περιόδου 14 ετών (1998-2011) και το κατά πόσο είχαν επιτευχθεί ορισμένοι από τους βασικούς στόχους. Η ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα στα φινλανδικά ΚΥ μειώθηκε κατά σχεδόν 9 ποσοστιαίες μονάδες από το 1998 έως το 2011. Η πτώση ήταν πιο έντονη στην ηλικιακή ομάδα άνω των 64 ετών. Επίσης, υπήρξε μείωση κατά 20 ποσοστιαίες μονάδες στην ευκολία πρόσβασης και η συνέχεια της περίθαλψης είχε επιδεινωθεί.

Σε άλλη μελέτη των Sebo et al. (2015), η οποία βασίστηκε σε ανώνυμα ερωτηματολόγια και περιελάβανε 1637 ασθενείς που επισκέφτηκαν ιατρεία Π.Φ.Υ στη Γενεύη της Ελβετίας, το επίπεδο ικανοποίησης αυξάνονταν με την ηλικία. Ειδικότερα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς ήταν λιγότερο απαιτητικοί όσον αφορά το χρόνο αναμονής έξω από το ιατρείο και περισσότερο απαιτητικοί όσον αφορά την προσβασιμότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Όσον αφορά τις προσδοκίες, οι νεότεροι ασθενείς ήταν ελαφρώς πιο απαιτητικοί όσον αφορά το χρόνο αναμονής στην αίθουσα, αλλά λιγότερο απαιτητικοί όσον αφορά το χρόνο αναμονής μέχρι το ραντεβού. Επίσης, η τήρηση των κανόνων υγιεινής από την πλευρά του ιατρείου αποτελούσε προτεραιότητα

για όλους τους ασθενείς. Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς προτιμούσαν μικρότερες δομές υγείας, λόγω μεγαλύτερης προσβασιμότητας, καλύτερης συνέχειας στη φροντίδα, καλύτερης αντιμετώπισης από τις διοικητικές υπηρεσίες.

Οι Detollenaere et al. (2018) διερεύνησαν σε 31 Ευρωπαϊκές χώρες, τη συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων (φύλο, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακό εισόδημα και εθνικότητα του ασθενή) και του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Χρησιμοποιήθηκε η έκδοση 4.2 της βάσης δεδομένων QUALICOPC (Quality and Cost of primary care in Europe). Από τη μελέτη προέκυψε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από το 92,1% των ερωτηθέντων. Η ικανοποίηση των ασθενών από την α/βάθμια περίθαλψη βρέθηκε να είναι χαμηλότερη στις χώρες όπου η πρόσβαση στη β/βάθμια περίθαλψη ρυθμίζεται με το σύστημα των παραπομπών (gatekeeping). Το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών, με τις γυναίκες να αναφέρουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με τους άντρες. Η ηλικία δεν βρέθηκε να ασκεί σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών. Οι ασθενείς χαμηλού εισοδήματος ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι, σε σύγκριση με αυτούς που ανήκαν στις μεσαίου ή υψηλού εισοδήματος κατηγορίες. Οι μετανάστες πρώτης γενιάς ανέφεραν χαμηλότερη ικανοποίηση σε σύγκριση με τους γηγενείς κατοίκους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας των Kelly et al. (2019), που έγινε στο Κέιπ Τάουν της Ν. Αφρικής, και διερεύνησε τις εμπειρίες και τις προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών, οι οποίοι είχαν διαφορετικό οικονομικό υπόβαθρο, από τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ, προέκυψε ότι οι ηλικιωμένοι που προέρχονται από τις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος περιοχές, είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις υγειονομικές υπηρεσίες Π.Φ.Υ, συγκριτικά με εκείνους που ζούσαν σε περιοχές υψηλού εισοδήματος. Παράγοντες όπως ο μεγάλος χρόνος αναμονής, τα προβλήματα μετακίνησης, η έλλειψη προτεραιότητας, η αρνητική συμπεριφορά από το προσωπικό, τα προβλήματα στη συνέχεια της φροντίδας, η έλλειψη εκπαίδευσης των ασθενών και οι ελλείψεις ιατρικού προσωπικού, επισημάνθηκαν ως οι κύριες αιτίες για τη χαμηλή τους ικανοποίηση. Από την άλλη πλευρά, οι ηλικιωμένοι από τις περιοχές υψηλού εισοδήματος, οι οποίοι ήταν σε θέση να επωμιστούν το κόστος περίθαλψης (ιδιωτικά), ανέφεραν ότι απολάμβαναν μεγαλύτερη ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών τους, έχοντας πρόσβαση σε



υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας συγκριτικά με αυτούς που χρησιμοποιούσαν το δημόσιο σύστημα υγείας.

Παράλληλα, στην μελέτη των (Hoa et al, 2019) στο Βιετνάμ, οι ασθενείς που επισκέφτηκαν τις δημόσιες πρωτοβάθμιες δομές υγείας της κοινότητας, εξέφρασαν υψηλότερη ικανοποίηση ως προς την εμπειρία και την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν, συγκριτικά με τους ασθενείς που εξυπηρετήθηκαν σε ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές. Αυτό αντικατοπτρίζει τις προσπάθειες που έγιναν τις τελευταίες δύο δεκαετίες στο Βιετνάμ στοχεύοντας στη βελτίωση της δημόσιας Π.Φ.Υ τόσο από την πλευρά των εγκαταστάσεων όσο και από την πλευρά της επιμόρφωσης του προσωπικού (Nguyen & Cheng, 2014).

## **5.2. Στην Ελλάδα**

Οι αντίστοιχες έρευνες ικανοποίησης στην Ελλάδα είναι ολιγάριθμες και αποσπασματικές. Έχουν επικεντρωθεί περισσότερο στη μελέτη και τη σύγκριση της ικανοποίησης των ασθενών σε δημόσια και σε ιδιωτικά νοσοκομεία, και λιγότερο σε μονάδες του ΠΕΔΥ όπως τα ΚΥ. Επίσης, οι περισσότερες έρευνες έχουν μελετήσει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των οικονομικών, κοινωνικών, φυλετικών και άλλων παραγόντων με την ικανοποίηση. Αυτό που παρατηρείται στην πλειοψηφία των ερευνών, είναι ο σχετικά υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες, ενώ εμφανίζεται πιο χαμηλός για τις διοικητικές υπηρεσίες όπως και για τις υγειονομικές εγκαταστάσεις (Σωτηροπούλου κ.α., 2014).

Η έρευνα των Παπανικολάου & Σιγάλα (1995) για την ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία περιελάμβανε δείγμα 300 ασθενών από εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης και 531 ασθενών από εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων της Αθήνας, έδειξε υψηλού βαθμού ικανοποίηση για την παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική περίθαλψη και μέτριου βαθμού για τις ξενοδοχειακές και τις λοιπές υπηρεσίες.

Ο Ραπτόπουλος. (2010), προσπάθησε να διερευνήσει τις προσδοκίες, την εμπειρία και την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ στην Ελλάδα, σε δείγμα 212 χρηστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συνολική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας περίθαλψης ήταν υψηλή 97,2%. Η ικανοποίηση από την ιατρική υπηρεσία έφτανε το 95,3% και από τη νοσηλευτική φροντίδα το 92,5%.

Στην έρευνα του Πιερράκου και συν. (2013) που περιελάμβανε 2 μέρη, μία ποιοτική έρευνα με 457 χρήστες και μια ποσοτική με 1682 χρήστες, σε ασθενείς που επισκέφθηκαν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των επιλεγμένων νοσοκομείων προέκυψε ότι οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, καθώς και τα οργανωτικά προβλήματα, είχαν σημαντικό αντίκτυπο στη χαμηλότερη αξιολόγηση της διοικητικής υπηρεσίας. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς έδειξαν υψηλό βαθμό εμπιστοσύνης απέναντι στην ιατρική φροντίδα.

Σε έρευνα των Γούλα και συν. (2019), η οποία έλαβε χώρα στα εξωτερικά ιατρεία 7 δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής και το δείγμα αποτέλεσαν 454 ασθενείς, καταγράφηκε ότι οι Λ.Υ.Υ είχαν μέτριες ή καλές εντυπώσεις από τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. Η υψηλότερη βαθμολογία σημειώθηκε στην ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα και η χαμηλότερη στις διοικητικές υπηρεσίες.

Στην έρευνα των Kaitelidou et al. (2019), που περιελάμβανε 733 χρήστες και αξιολόγησε την εμπειρία των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ, ένας σημαντικός αριθμός χρηστών εξέφρασε χαμηλή ικανοποίηση σχετικά με τον μεγάλο χρόνο αναμονής μέχρι το ραντεβού, ενώ το 90% ήταν ικανοποιημένο με την επικοινωνία που είχε με τον ιατρό.

Τέλος, σε μελέτη των Γαβρίλη & Καπάκη (2022), που υλοποιήθηκε σε 9 Τ.Ο.Μ.Υ της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής και συμμετείχαν 320 χρήστες, βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών ήταν υψηλή έως αρκετά υψηλή, σε όλες τις επιμέρους παραμέτρους ικανοποίησης (επικοινωνία, διαπροσωπικές σχέσεις, χρόνος με τον ιατρό, τεχνικές ποιότητας, γενική ικανοποίηση, προσβασιμότητα). Το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και η αύξηση του χρονικού διαστήματος μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού σχετίζονταν με μείωση της ικανοποίησης.

## **ΜΕΡΟΣ Β – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **6.1. Σκοπός και στόχοι μελέτης**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν αφενός η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των Λ.Υ.Υ για το θεσμό του προσωπικού γιατρού και αφετέρου η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Ημαθίας.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

Α) η διερεύνηση της ικανοποίησης, καθώς και η αποτύπωση των εμπειριών των Λ.Υ.Υ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ

Β) η διερεύνηση της ύπαρξης συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις εμπειρίες και στάσεις των Λ.Υ.Υ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ

Γ) η διερεύνηση της ύπαρξης συσχετίσεων μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ικανοποίηση των Λ.Υ.Υ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Π.Φ.Υ

#### **6.2. Ερευνητικός σχεδιασμός**

Πρόκειται για μια συγχρονική αναλυτική μελέτη, από το Φεβρουάριο του 2024 μέχρι τις 15 Μαρτίου.

##### **Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης**

Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν οι Λ.Υ.Υ που επισκέφτηκαν τον προσωπικό ιατρό τους στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας του Ν. Ημαθίας (ΚΥ Βέροιας, ΚΥ Αλεξάνδρειας, ΚΥ Νάουσας, 8η ΤΟΜΥ Δήμου Βέροιας και 11η ΤΟΜΥ Δήμου Βέροιας). Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν: να είναι άτομα άνω των 18 ετών, να μιλούν την ελληνική γλώσσα, να έχουν ικανοποιητικό νοητικό επίπεδο και να είναι εγγεγραμμένοι σε έναν προσωπικό ιατρό.

Διανεμήθηκαν συνολικά 300 ερωτηματολόγια και απαντήθηκαν τα 296 (ποσοστό συμμετοχής 98,66%).

### **6.3. Εργαλεία συλλογής των δεδομένων**

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (46 ερωτήσεων κλειστού τύπου), που αποτελείται από τα παρακάτω τρία μέρη:

#### **A) Δημογραφικά στοιχεία**

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική κατάσταση, η κατάσταση της υγείας, η συχνότητα επίσκεψης στη δομή και το εισόδημα.

#### **B) Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της εμπειρίας και ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από την ΠΦΥ**

Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της εμπειρίας και ικανοποίησης των ΛΥΥ από την ΠΦΥ (Kaitelidou et al 2019), είναι ένα εργαλείο 21 ερωτήσεων που περιλαμβάνει 6 υποκλίμακες που αντανakλούν τις παρακάτω διαστάσεις της φροντίδας: α) την προσβασιμότητα, β) τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, γ) την περιεκτικότητα της φροντίδας, δ) την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, ε) τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης και στ) την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας που παρέχεται από τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε μια κλίμακα Likert 5 βαθμών από το «Διαφωνώ απόλυτα (1)» έως το «Συμφωνώ απόλυτα (5)» με το συνολικό σκορ να προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων. Η μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει θετικό επίπεδο εμπειριών των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και τη σημαντικότητα των διαστάσεων της φροντίδας. Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί στην ελληνική γλώσσα (Kaitelidou et al 2019).

#### **Γ) Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις υπηρεσίες ΠΦΥ.**

Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ικανοποίησης των ΛΥΥ από τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ “Patient Satisfaction Questionnaire-18 (PSQ) (Γαβρίλη & Καπάκη, 2022), αποτελείται από 18 ερωτήσεις, οι οποίες καλύπτουν 7 κατηγορίες / πτυχές της

φροντίδας υγείας και περιλαμβάνουν: τη γενική ικανοποίηση (2 ερωτήσεις), τις τεχνικές ποιότητας (4 ερωτήσεις), τις διαπροσωπικές σχέσεις (2 ερωτήσεις), την επικοινωνία (2 ερωτήσεις), το χρόνο με τον ιατρό (2 ερωτήσεις), τις οικονομικές πτυχές (2 ερωτήσεις), την ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες (4 ερωτήσεις). Οι ερωτήσεις που αφορούν στις οικονομικές πτυχές της φροντίδας υγείας εξαιρέθηκαν, καθώς οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ στην Ελλάδα παρέχονται δωρεάν. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε μια κλίμακα Likert 5 βαθμών από το «Συμφωνώ απόλυτα (1)» έως το «Διαφωνώ απόλυτα (5)». Η μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει χαμηλό βαθμό ικανοποίησης.

#### **6.4. Συλλογή δεδομένων – ηθικά και δεοντολογικά θέματα**

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, ζητήθηκε άδεια έγκρισης εκπόνησης της έρευνας από τη Διεύθυνση της 3<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας. Το εργαλείο της παρούσας έρευνας συνοδεύτηκε από έντυπο συναίνεσης σχετικά με τη φύση και το σκοπό της έρευνας. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι προαιρετική, ανώνυμη, άκρως εμπιστευτική και δεν θα αναγραφούν στα έντυπα τα προσωπικά δεδομένα τους. Επισημάνθηκε στους συμμετέχοντες η δυνατότητα διακοπής της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου σε οποιοδήποτε σημείο και άρνησής τους να απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση, ενώ γνωστοποιήθηκαν και τα στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή. Μετά τη συμπλήρωσή του το ερωτηματολόγιο εσωκλείστηκε σε φάκελο ο οποίος χορηγήθηκε από τον ερευνητή προκειμένου να επιτευχθεί το μέγιστο της ανωνυμίας.

Η έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με τις αρχές δεοντολογίας οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες όπου μέσα αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μία μελέτη, ενώ τηρήθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών πληροφοριών.

## 6.5. Ανάλυση δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών (Statistical Package for Social Sciences, SPSS) version 24.0. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean) και την τυπική απόκλιση (sd). Για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκε η απόλυτη συχνότητα (frequency) στο σύνολο των ερωτηθέντων. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές οι οποίες είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε η παραμετρική δοκιμασία One-Way ANOVA για τη σύγκριση μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τις μεταβλητές οι οποίες δεν παρουσίασαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis Test για τη σύγκριση μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών που δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho correlation. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p < 0,05$ . Στην περίπτωση που  $> 2$  ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες των διαστάσεων της εμπειρίας και της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας της Π.Φ.Υ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 7.1 Δημογραφικά στατιστικά του δείγματος

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 296 λήπτες των υπηρεσιών υγείας που επισκέφθηκαν τα Κ.Υ. και τις ΤΟΜΥ του Νομού Ημαθίας, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των οποίων παρουσιάζονται στον πίνακα 7.1. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (64%), ζούσαν με την οικογένειά τους (69.9%), είχαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση (41.6%), ήταν εργαζόμενοι (64.2%), δεν παρουσίαζαν κάποιο χρόνιο νόσημα (64.5%) και χαρακτήριζαν την γενική κατάσταση της υγείας τους καλή (42.9%). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 52.2 έτη, ενώ αναφορικά με τη συχνότητα που είχαν επισκεφθεί τις δομές της Π.Φ.Υ, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι της είχαν επισκεφθεί από 2 με 4 φορές (52.4%). Το εισόδημα των περισσότερων ήταν γύρω στο μέσο όρο (64.2%).

**Πίνακας 7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων**

Χαρακτηριστικό	N (%)
<b>Δομή</b>	
ΤΟΜΥ	128 (43.2%)
ΚΥ	168 (56.8%)
<b>Φύλο</b>	
Ανδρας	102 (33.7%)
Γυναίκα	194 (64%)
<b>Ηλικία</b>	52.2 (24.4) <sup>a</sup>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Ζω με τον σύντροφό μου	38 (12.8%)
Ζω μόνη	51 (17.2%)
Ζω με την οικογένειά μου	207 (69.9%)
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	
Πρωτοβάθμια	26 (8.8%)
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	123 (41.6%)
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	113 (38.2%)
Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό	33 (11.1%)
<b>Παρούσα επαγγελματική κατάσταση</b>	
Εργαζόμενος/η	190 (64.2%)

Φοιτητής/Σπουδαστής	6 ( 2%)
Άνεργος/η	26 (8.8%)
Συνταξιούχος	54 (18.2%)
Άλλο	20 (6.8%)
<b>Χρόνιο Νόσημα</b>	
Ναι	100 (33.8%)
Όχι	191 (64.5%)
<b>Γενική κατάσταση</b>	
Πολύ κακή	7 (2.4%)
Κακή	12 (4.1%)
Μέτρια	67 (22.6 %)
Καλή	127 (42.9%)
Πολύ καλή	83 (28%)
<b>Συχνότητα επίσκεψης στη δομή</b>	
Είναι η πρώτη φορά	49 (16.6%)
2-4 φορές	155 (52.4%)
5 φορές ή περισσότερες	62 (20.9 %)
Δεν γνωρίζω/δε θυμάμαι	30 (10.1%)
<b>Εισόδημα</b>	
Κάτω του μέσου όρου	68 (23%)
Γύρω στο μέσο όρο	190 (64.2%)
Άνω του μέσου όρου	38 (12.8%)

<sup>α</sup> μέση τιμή (τυπική απόκλιση)



## **7.2 ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ - ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Π.Φ.Υ.**

### **7.2.1 Συντελεστές αξιοπιστίας**

Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha των ερωτηματολογίων της μελέτης παρουσιάζονται στον πίνακα 7.2.

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 7.2, τόσο το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της εμπειρίας και ικανοποίησης των ΛΥΥ από την ΠΦΥ, όσο και το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ικανοποίησης των επισκεπτών-χρηστών είχαν συντελεστή εσωτερικής συνέπειας μεγαλύτερο του 0.7, που δηλώνουν πολύ καλή αξιοπιστία.

**Πίνακας 7.2 Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας των ερωτηματολογίων της μελέτης**

<b>Διαστάσεις ερωτηματολογίων</b>	<b>Συντελεστής αξιοπιστίας</b>
<b>Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της εμπειρίας και ικανοποίησης των ληπτών υγείας από την ΠΦΥ</b>	0.858
<b>Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις υπηρεσίες ΠΦΥ</b>	0.732

### **7.2.2 Περιγραφικά των διαστάσεων του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της εμπειρίας των ληπτών υγείας από την ΠΦΥ**

Από τη μέτρηση της αξιολόγησης της εμπειρίας των ληπτών υγείας από την Π.Φ.Υ βρέθηκε ότι τόσο οι επιμέρους διαστάσεις όσο και η συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας τους ήταν αρκετά υψηλή. Την υψηλότερη βαθμολογική αξιολόγηση είχε η διάσταση που αφορούσε στη «συνέχεια της φροντίδας», ενώ η διάσταση με τη μικρότερη βαθμολογία ήταν η «προσβασιμότητα». Όσον αφορά την ικανοποίηση των ληπτών υγείας από την Π.Φ.Υ η συνολική βαθμολογική αξιολόγηση ήταν υψηλή με τις

διαστάσεις «γενική ικανοποίηση» και «χρόνος με το γιατρό» να παρουσιάζουν την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ η διάσταση με τη μικρότερη βαθμολογία ήταν «οι διαπροσωπικές σχέσεις». Πίνακας 7.3.

**Πίνακας 7.3. Περιγραφικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων**

<b>Διαστάσεις ερωτηματολογίων</b>	<b>Μέσες τιμές (τυπική απόκλιση)</b>
<b>Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της εμπειρίας και ικανοποίησης των ληπτών υγείας από την ΠΦΥ</b>	4.1 (0.56)
<b>Προσβασιμότητα</b>	3.87 (1.23)
<b>Συνέχεια της φροντίδας</b>	4.22 (0.67)
<b>Εγκαταστάσεις</b>	4.11 (0.71)
<b>Περιεκτικότητα της φροντίδας</b>	4.15 (0.67)
<b>Ποιότητα ιατρικής φροντίδας</b>	4.07 (0.64)
<b>Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας</b>	4.19 (0.72)
<b>Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ικανοποίησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τις υπηρεσίες ΠΦΥ</b>	3 (0.39)
<b>Γενική ικανοποίηση</b>	3.1 (1.04)
<b>Τεχνικές ποιότητας</b>	3 (0.47)
<b>Διαπροσωπικές σχέσεις</b>	2.76 (0.66)
<b>Επικοινωνία</b>	2.86 (0.56)
<b>Χρόνος με το γιατρό</b>	3.1 (0.52)
<b>Ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες</b>	3 (0.49)

### 7.2.3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ Π.Φ.Υ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

#### 7.2.3.1 Σύγκριση της συνολικής αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον πίνακα 7.4 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ. Όπως προκύπτει από τις διμεταβλητές συσχετίσεις η συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ. σχετίζεται θετικά με την δομή από την οποία έλαβαν τις υπηρεσίες υγείας (καλύτερη συνολική αξιολόγηση για τις TOMY), με την ηλικία (μεγαλύτερη ηλικία), τη συχνότητα επίσκεψης (περισσότερες από 5 φορές) και το εισόδημα (μέσο εισόδημα).

**Πίνακας 7.4. Διμεταβλητές συσχετίσεις αξιολόγησης της εμπειρίας των ληπτών υγείας από την ΠΦΥ**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση τιμή συνολικής αξιολόγησης	p-value
<b>Δομή</b>		<b>p&lt;0.05</b>
TOMY	76.82	
KY	61.73	
<b>Φύλο</b>		0.437
Ανδρας	115.54	
Γυναίκα	144.82	
<b>Ηλικία</b>		<b>p&lt;0.05</b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		0.648
Ζω με τον σύντροφό μου	153.87	
Ζω μόνη	157.03	
Ζω με την οικογένειά μου	145.41	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>		0.112
Πρωτοβάθμια	169.17	
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	156.17	
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	139.92	
Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό	138.30	

<b>Παρούσα επαγγελματική κατάσταση</b>		0.196
Εργαζόμενος/η	141.37	
Φοιτητής/Σπουδαστής	86.03	
Άνεργος/η	118.50	
Συνταξιούχος	143.81	
<b>Χρόνιο Νόσημα</b>		0.717
Ναι	143.48	
Όχι	147.32	
<b>Γενική κατάσταση</b>		0.168
Πολύ κακή	141.37	
Κακή	86.03	
Μέτρια	118.50	
Καλή	4.03	
Πολύ καλή	4.21	
<b>Συχνότητα επίσκεψης στη δομή</b>		<b>p&lt;0.05</b>
Είναι η πρώτη φορά	114.51	
2-4 φορές	152.43	
5 φορές ή περισσότερες	165.51	
Δεν γνωρίζω/δε θυμάμαι	148.57	
<b>Εισόδημα</b>		<b>p&lt;0.05</b>
Κάτω του μέσου όρου	125	
Γύρω στο μέσο όρο	155.78	
Άνω του μέσου όρου	146.33	

### 7.2.3.2 Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ

Από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ , τη δομή από την οποία έλαβαν τις υπηρεσίες, την ηλικία, τη συχνότητα επίσκεψης στη δομή και το εισόδημα. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας εμφανίζονται στον πίνακα 7.5.

**Πίνακας 7.5 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	Τιμή p
Δομή	0.119	<b>0.023</b>
Ηλικία	0.089	0.225
Συχνότητα επίσκεψης στη δομή	0.115	<b>0.025</b>
Εισόδημα	0.133	<b>0.035</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η συνολική αξιολόγηση της εμπειρίας ήταν καλύτερη στις ΤΟΜΥ σε σχέση με τα ΚΥ.
- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με καλύτερη συνολική αξιολόγηση.
- Η μεγαλύτερη συχνότητα επίσκεψης στη δομή σχετίζονταν με αυξημένη βαθμολογία της συνολικής αξιολόγησης της εμπειρίας.
- Το μεσαίο εισόδημα σχετίζονταν με αυξημένη βαθμολογία της συνολικής αξιολόγησης της εμπειρίας.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 39% της μεταβλητότητας της συνολικής αξιολόγησης της εμπειρίας από την Π.Φ.Υ.

### **7.2.3.3 Σύγκριση των διατάσεων της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

Στον πίνακα 7.6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τις διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Όπως προέκυψε από τον έλεγχο βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στις διαστάσεις της «προσβασιμότητας» με το εισόδημα (μέσο εισόδημα), της διάστασης «συνέχεια της φροντίδας» με το εισόδημα (μέσο εισόδημα), της διάστασης «περιεκτικότητα της

φροντίδας» με τη συχνότητα επίσκεψης στη δομή (2-4 φορές), της διάστασης «εγκαταστάσεις» με τη δομή (TOMY), το φύλο (άνδρας), το επίπεδο εκπαίδευσης (δευτεροβάθμια), τη γενική κατάσταση της υγείας (πολύ καλή) και της διάστασης «ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας» με την ηλικία (μεγαλύτερη), την παρούσα επαγγελματική κατάσταση (συνταξιούχος) και τη γενική κατάσταση της υγείας (μέτρια).

**Πίνακας 7.6. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.** 1: Προσβασιμότητα 2: Συνέχεια της φροντίδας 3: Περιεκτικότητα στην φροντίδα 4: Ποιότητα ιατρικής φροντίδας 5: Εγκαταστάσεις 6: Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	1	2	3	4	5	6
Δομή	0.678	0.845	0.242	0.109	<b>p&lt;0.05</b>	0.267
Φύλο	0.346	0.214	0.513	0.536	<b>p&lt;0.05</b>	0.610
Ηλικία	0.179	0.120	0.216	0.428	0.341	<b>p&lt;0.05</b>
Οικογενειακή κατάσταση	0.768	0.287	0.225	0.623	0.635	0.897
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0.973	0.954	0.077	0.131	<b>p&lt;0.05</b>	0.292
Παρούσα επαγγελματική κατάσταση	0.166	0.155	0.220	0.429	0.455	<b>p&lt;0.05</b>
Χρόνιο Νόσημα	0.085	0.713	0.721	0.374	0.960	0.791
Γενική κατάσταση	0.063	0.104	0.252	0.213	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>
Συχνότητα επίσκεψης στη δομή	0.140	0.080	<b>p&lt;0.05</b>	0.679	0.452	0.501
Εισόδημα	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>	0.221	0.268	0.681	0.478

#### 7.2.3.4 Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή της διαστάσεις «Εγκαταστάσεις» και «ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας» της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ

Από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη διάσταση «εγκαταστάσεις» με τη δομή από την οποία έλαβαν τις υπηρεσίες, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τη γενική κατάσταση της υγείας τους και τη διάσταση «ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας» με την ηλικία, την παρούσα επαγγελματική κατάσταση και τη γενική κατάσταση της υγείας.

Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας εμφανίζονται στον Πίνακα 7.7 και 7.8.

**Πίνακας 7.7 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «εγκαταστάσεις» της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	Τιμή p
Δομή	0.058	0.331
Φύλο	-0.035	0.552
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0.098	0.128
Γενική κατάσταση της υγείας	0.160	<b>0.012</b>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής, προκύπτουν τα εξής:

- Η διάσταση καλύτερη γενική κατάσταση της υγείας σχετίζονταν με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις εγκαταστάσεις της δομής.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 14% της μεταβλητότητας της διάστασης «εγκαταστάσεις» της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ

**Πίνακας 7.8 Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας» της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	Τιμή p
Ηλικία	0.002	<b>0.011</b>
Παρούσα επαγγελματική κατάσταση	0.031	0.654
Γενική κατάσταση της υγείας	0.047	0.109

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η διάσταση «ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας» σχετίζονταν με την μεγαλύτερη ηλικία.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 16% της μεταβλητότητας της διάστασης «ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας» της αξιολόγησης της εμπειρίας των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ

#### **7.2.4 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ Π.Φ.Υ. ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

##### **7.2.4.1 Σύγκριση της συνολικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.**

Στον πίνακα 7.9 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ. Όπως προκύπτει από τις διμεταβλητές συσχετίσεις η συνολική αξιολόγηση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την Π.Φ.Υ, σχετίζεται θετικά με την οικογενειακή κατάσταση (περισσότερο ικανοποιημένοι αυτοί που ζουν με την οικογένειά τους) και με τη γενική κατάσταση της υγείας τους (πολύ κακή κατάσταση της υγείας).



**Πίνακας 7.9. Διμεταβλητές συσχετίσεις αξιολόγησης της ικανοποίησης των ληπτών υγείας από την ΠΦΥ**

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση τιμή συνολικής αξιολόγησης	p-value
<b>Δομή</b>		0.115
TOMY	63.48	
KY	74.13	
<b>Φύλο</b>		0.411
Άνδρας	142	
Γυναίκα	151	
<b>Ηλικία</b>		0.968
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		<b>p&lt;0.05</b>
Ζω με τον σύντροφό μου	109.7	
Ζω μόνη	145.14	
Ζω με την οικογένειά μου	156.45	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>		0.456
Πρωτοβάθμια	140.13	
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	139.25	
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	158.25	
Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό	156.14	

<b>Παρούσα επαγγελματική κατάσταση</b>		0.269
Εργαζόμενος/η	142.45	
Φοιτητής/Σπουδαστής	141.12	
Άνεργος/η	145.35	
Συνταξιούχος	119.16	
<b>Χρόνιο Νόσημα</b>		0.352
Ναι	139.19	
Όχι	149.17	
<b>Γενική κατάσταση</b>		<b>p&lt;0.05</b>
Πολύ κακή	228.25	
Κακή	184.32	
Μέτρια	136.15	
Καλή	149.16	
Πολύ καλή	145.45	
<b>Συχνότητα επίσκεψης στη δομή</b>		0.846
Είναι η πρώτη φορά	157.17	
2-4 φορές	146.19	
5 φορές ή περισσότερες	154.16	
Δεν γνωρίζω/δε θυμάμαι	135.31	

<b>Εισόδημα</b>		0.109
Κάτω του μέσου όρου	137.14	
Γύρω στο μέσο όρο	146.15	
Άνω του μέσου όρου	173.17	

#### **7.2.4.2 Σύγκριση των διαστάσεων της αξιολόγησης της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

Στον πίνακα 7.10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τις διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της αξιολόγησης της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Όπως προέκυψε από τον έλεγχο, βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στις διαστάσεις της «γενικής ικανοποίησης των πολιτών/ασθενών» με την παρουσία χρόνου νοσήματος και το εισόδημα (μεσαίο εισόδημα), της διάστασης «τεχνικές ποιότητας» με την ηλικία (μεγαλύτερη) και την γενική κατάσταση της υγείας (μέτρια), της διάστασης «διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών» με τη συχνότητα επίσκεψης (2-4 φορές) και με το εισόδημα (μεσαίο εισόδημα), της διάστασης «επικοινωνία» με την δομή (ΚΥ) και τη συχνότητα επίσκεψης (2-4 φορές), της διάστασης «χρόνος ιατρού για τον εξεταζόμενο» με τη δομή (Κ.Υ) και το φύλο (γυναίκες), της διάστασης «πρόσβαση στις υπηρεσίες» με την γενική κατάσταση της υγείας (πολύ καλή).

**Πίνακας 7.10. Διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της αξιολόγησης της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ΠΦΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

1: Γενική ικανοποίηση των πολιτών/ασθενών, 2: τεχνικές ποιότητας, 3: διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών, 4: επικοινωνία 5: χρόνος ιατρού για τον εξεταζόμενο, 6: πρόσβαση στις υπηρεσίες.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	1	2	3	4	5	6
Δομή	0.570	0.662	0.132	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>	0.123
Φύλο	0.546	0.239	0.373	0.333	<b>p&lt;0.05</b>	0.685
Ηλικία	0.615	<b>p&lt;0.05</b>	0.226	0.752	0.340	0.851
Οικογενειακή κατάσταση	0.738	0.402	0.288	0.064	0.341	0.947
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0.120	0.987	0.928	0.150	0.126	0.378
Παρούσα επαγγελματική κατάσταση	0.237	0.746	0.107	0.110	0.320	0.075
Χρόνιο Νόσημα	<b>p&lt;0.05</b>	0.422	0.614	0.121	0.312	0.327
Γενική κατάσταση	0.384	<b>p&lt;0.05</b>	0.080	0.378	0.251	<b>p&lt;0.05</b>
Συχνότητα επίσκεψης στη δομή	0.161	0.080	<b>p&lt;0.05</b>	<b>p&lt;0.05</b>	0.450	0.266
Εισόδημα	<b>p&lt;0.05</b>	0.085	<b>p&lt;0.05</b>	0.192	0.174	0.378

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

#### 8.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν να καταγράψει αφενός τις εμπειρίες των ιδίων των χρηστών-ασθενών από την επίσκεψή τους στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας της ΠΕ Ημαθίας και αφετέρου να αξιολογήσει τη γενικότερη ικανοποίησή τους από την Π.Φ.Υ του νομού.

Η αξιολόγηση της εμπειρίας των επισκεπτών από τις μονάδες Π.Φ.Υ της ΠΕ Ημαθίας μπορεί να χαρακτηριστεί αρκετά υψηλή, καθώς σημειώνονται υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις της έρευνας (συνέχεια και περιεκτικότητα της φροντίδας – ποιότητα ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας – εγκαταστάσεις - προσβασιμότητα).

Σε παρόμοιες μελέτες τόσο στην Ελλάδα (Raftopoulos. 2010, Πιερράκος και συν. 2013, Lionis et al. 2017), όσο και στο εξωτερικό (Mohamed et al. 2015, Hoa et al. 2019), βρέθηκαν εξίσου υψηλά επίπεδα αξιολόγησης από την εμπειρία των συμμετεχόντων. Οι παράμετροι που σχετίζονταν με την προσβασιμότητα, τη συνέχεια, την ποιότητα και την ισότητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ήταν στατιστικά σημαντικές για τους χρήστες των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Όσον αφορά τις επιμέρους παραμέτρους ικανοποίησης από την εμπειρία σε μονάδες Π.Φ.Υ στην Ημαθία, πρώτη στην κατάταξη ήταν η διάσταση «της συνέχειας στη φροντίδα». Αυτό υποδηλώνει μια συστηματική παροχή υπηρεσιών υγείας και μια διάρκεια της φροντίδας στο χρόνο από τον ίδιο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (Reid et al., 2002). Παρομοίως, στη διεθνή έρευνα των (Bazemore et al, 2018), διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ και της συνέχειας στη φροντίδα. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η συνέχεια στη φροντίδα υγείας σχετίζεται θετικά με μείωση του συνολικού υγειονομικού κόστους, καθώς μειώνει τις εισαγωγές των ασθενών στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και κατ' επέκταση στη μείωση της θνησιμότητας. Υψηλή ικανοποίηση από τη συνέχεια στη φροντίδα υγείας έδειξε και η πανελλαδική έρευνα των ( Lionis et al. 2017), με τα άτομα που έπασχαν από χρόνιες παθήσεις να έχουν εκδηλώσει υψηλότερη ικανοποίηση από την εμπειρία τους και τη συνέχεια της φροντίδας, ίσως γιατί τα άτομα αυτά είχαν μια πιο σταθερή και τακτική επαφή με το σύστημα υγείας.

Η διάσταση με τη μικρότερη βαθμολογία ήταν η «προσβασιμότητα». Το εύρημα αυτό προφανώς αντικατοπτρίζει τις δυσκολίες που σχετίζονται τόσο με το ωράριο λειτουργίας των δομών, το χρόνο αναμονής μέχρι την εύρεση ραντεβού, τη φυσική απόσταση της οικίας ή της εργασίας του ασθενή από τις μονάδες υγείας. Παρόμοια ευρήματα εντοπίστηκαν και στην μελέτη των (Σαραντίδου και συν. 2019), όπου η αύξηση του χρονικού διαστήματος μεταξύ του κλεισίματος ραντεβού και της ημέρας επίσκεψης σχετιζόταν με μείωση της ικανοποίησης. Καταγράφηκαν παράλληλα δυσκολίες πρόσβασης στις εγκαταστάσεις, υψηλή γραφειοκρατία στις διοικητικές υπηρεσίες και ελλείψεις προσωπικού. Σε άλλες αντίστοιχες έρευνες διερεύνησης της προσβασιμότητας (Premji et al. 2018, Laberge et al. 2014), εντοπίστηκαν αντίθετα ευρήματα από την παρούσα μελέτη, καθώς οι ενήλικες ασθενείς που ήταν εγγεγραμμένοι σε κάποιο προσωπικό ιατρό αξιολόγησαν θετικά το χρόνο αναμονής μέχρι να κλείσουν ραντεβού, παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος περίμενε πάνω από μια μέρα μέχρι να επισκεφτεί το γιατρό. Παρομοίως, θετικά αποτελέσματα προσβασιμότητας βρέθηκαν και στην έρευνα των (Fernades et al., 2020), όπου χάρη στην εφαρμογή πολιτικών που εξασφάλισαν δωρεάν και καθολική κάλυψη υπηρεσιών Π.Φ.Υ για όλους τους πολίτες, εξασφαλίστηκε για το 90% του πληθυσμού πρόσβαση σε μια δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ σε απόσταση λιγότερο από 7 χιλιόμετρα από το σπίτι του.

Όσον αφορά τη συνολική ικανοποίηση των Λ.Υ.Υ από την Π.Φ.Υ στην ΠΕ Ημαθίας, η συνολική βαθμολογική αξιολόγηση ήταν υψηλή. Οι παράμετροι με την υψηλότερη ικανοποίηση ήταν η «γενική ικανοποίηση», η οποία ταυτίζεται με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, καθώς και ο «χρόνος με τον γιατρό». Στην έρευνα των (Batbaatar et al., 2017), σημειώθηκαν εξίσου υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από την Π.Φ.Υ και οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν υψηλά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν. Ωστόσο, σε αντίστοιχη έρευνα διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία 7 δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής (Γούλα και συν., 2019), καταγράφηκαν αντίθετα αποτελέσματα. Οι ασθενείς σημείωσαν μέτριο συνολικό επίπεδο ικανοποίησης από τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ, καταδεικνύοντας ταυτόχρονα και μέτριες εντυπώσεις για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα άλλων ελληνικών ερευνών (Alertas et al. 2006, Αναγνωστοπούλου και συν. 2012, Φρεγγίδου και συν. 2017), οι οποίες κατέγραψαν υψηλή προς μέτρια ικανοποίηση των εξωτερικών ασθενών.

Όσον αφορά τη διάσταση «χρόνος με το γιατρό», εξίσου θετικά ευρήματα εντοπίστηκαν και στην έρευνα των (Sebo et al., 2015), με τους ασθενείς να εμφανίζονται αρκετά ικανοποιημένοι με το χρόνο που τους αφιερώνει ο ιατρός και να δηλώνουν ότι δε βιάζεται κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Ωστόσο, σε πολλές διεθνείς έρευνες ( Leow & Liew. 2022, Lemon et al. 2014, Cape. 2002) οι ασθενείς εμφανίστηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι, όταν η διάρκεια της επίσκεψης συνέκλινε με διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι οι προσδοκίες τους για το ποιος είναι ο ιδανικός χρόνος επίσκεψης με το γιατρό, η κατάσταση της υγείας τους και η πρόθεση συμμόρφωσης τους με τις συστάσεις του γιατρού.

Η παράμετρος «διαπροσωπικές σχέσεις» σημείωσε τη μικρότερη βαθμολογία μεταξύ των διαστάσεων ικανοποίησης, πιθανόν γιατί οι επισκέπτες-χρήστες των δομών θεώρησαν τη σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας τυπικές και απρόσωπες. Η έρευνα των (Olaisen et al., 2020), διαπίστωσε πόσο σημαντική παράμετρος της ικανοποίησης είναι η επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών. Παρατηρήθηκε μάλιστα, ότι η υψηλή βαθμολογία στις διαπροσωπικές σχέσεις γιατρού – ασθενή συσχετίστηκε με θετικά αποτελέσματα υγείας, ενώ η προβληματική αλληλεπίδραση μεταξύ τους εγκυμονούσε κινδύνους για επιδείνωση στην κατάσταση της υγείας τους. Στην Ελλάδα, στην έρευνα των (Πιερράκου και συν., 2013) βρέθηκε, ότι οι ασθενείς αξιολογούν υψηλά την επικοινωνία με τον ιατρό και αναζητούν την ψυχολογική του υποστήριξη με διάφορους τρόπους (οδηγίες για τον τρόπο ζωής, τη λήψη φαρμάκων κ.λπ.), εκτιμώντας σε μεγάλο βαθμό την ευγένεια και τη διάθεσή του για επικοινωνία.

Από τα ευρήματα της μελέτης, διαπιστώθηκε ακόμη ότι οι ωφελούμενοι στις TOMY ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την εμπειρία τους συγκριτικά με τους ωφελούμενους των KY, καθώς και περισσότερο ικανοποιημένοι από τις εγκαταστάσεις. Το γεγονός αυτό ίσως να οφείλεται στη μεγαλύτερη έμφαση που δόθηκε μετά το 2017 στην προσπάθεια να δομηθεί το νέο σύστημα Π.Φ.Υ, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στην ανάπτυξη των TOMY συγκριτικά με την αναπροσαρμογή των KY (Γκουντέλας. 2020). Κάτι παρόμοιο παρατηρήθηκε και σε άλλες διεθνείς μελέτες (Ferreira et al. 2020, Sebo et al. 2015, Campbell et al. 2001), με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας να εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση όταν επισκέπτονται μικρές δομές υγείας ή ιατρεία της γειτονιάς, αναφέροντας καλύτερη προσβασιμότητα στη φροντίδα υγείας, καλύτερη εξυπηρέτηση από τους υπαλλήλους υποδοχής και ικανοποιητικότερη συνέχεια της φροντίδας στη σχέση γιατρού-ασθενή.

Επίσης, η αύξηση της ηλικίας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με καλύτερη αξιολόγηση τόσο της εμπειρίας και της συνολικής ικανοποίησης από την Π.Φ.Υ όσο και των επιμέρους παραμέτρων τους. Ειδικότερα, τα ηλικιωμένα άτομα δήλωσαν πιο ικανοποιημένα με τον εξοπλισμό των δομών, δεν εξέφρασαν αμφιβολίες για την ικανότητα των γιατρών, ούτε για την ιατρική γνώμάτευση που τους δόθηκε. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξαν και άλλες μελέτες (Raivio et al. 2014, Sebo et al. 2015), στις οποίες οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς (άνω των 50 ετών), σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς οι οποίοι εμφανίζονται περισσότερο απαιτητικοί (Ganasegeran et al., 2015). Αυτό πιθανώς συμβαίνει διότι τα ηλικιωμένα άτομα έχουν αναπτύξει μια πιο σταθερή και συνεχή σχέση με το υγειονομικό σύστημα και τον προσωπικό ιατρό τους, είτε γιατί πάσχουν από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, είτε γιατί λόγω ηλικίας παρακολουθούν πιο τακτικά την υγεία τους (Ganasegeran et al., 2015).

Επιπλέον, βρέθηκε η αυξημένη συχνότητα επίσκεψης στις δομές υγείας το τελευταίο εξάμηνο, να συνδέεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εμπειρία της Π.Φ.Υ. Ειδικότερα, βρέθηκε οι συμμετέχοντες να έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σχετικά με τις συμβουλές που τους παρείχε ο γιατρός για το πως να ζουν υγιεινά, καθώς και τους προτεινόμενους τρόπους θεραπείας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την έρευνα των (Birhanu et al. 2010) στην οποία οι ασθενείς που επισκέφτηκαν συχνά τις δομές υγείας, αξιολόγησαν υψηλότερα την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς δημιούργησαν μια σχέση εμπιστοσύνης και αλληλεπίδρασης με τους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, στην έρευνα των (Cho et al., 2004) τα συμπεράσματα ήταν αντικρουόμενα, καθώς μία θετική συσχέτιση μεταξύ συχνότητας επισκέψεων και ικανοποίησης, ερμηνεύτηκε ως το θετικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας στην κατάσταση της υγείας των ασθενών, ενώ η αρνητική συσχέτιση συνδεόταν με τις ανεκπλήρωτες προσδοκίες των ασθενών.

Θετική συσχέτιση προέκυψε και μεταξύ «του μεσαίου εισοδήματος» και της συνολικής αξιολόγησης της εμπειρίας. Η έρευνα των (Lankarani et al., 2016) υποστήριξε, ότι τα άτομα που ανήκουν σε μια υψηλή κοινωνικοοικονομική θέση και αμείβονται με υψηλές αποδοχές, είχαν υψηλότερες προσδοκίες και απαιτήσεις από το υγειονομικό σύστημα. Συνεπώς εξέφραζαν πιο έντονα τη δυσαρέσκεια τους συγκριτικά με τα άτομα χαμηλού εισοδήματος που ήταν πιο συγκαταβατικά. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με υψηλό εισόδημα έχουν την οικονομική

δυνατότητα να αναζητήσουν υγειονομική περίθαλψη σε εξειδικευμένα κέντρα και στον ιδιωτικό τομέα (Lankarani et al., 2016).

Θετική συσχέτιση βρέθηκε και μεταξύ «της προσβασιμότητας» και «της συνέχειας της φροντίδας» με τα άτομα μεσαίου εισοδήματος. Ωστόσο, το εύρημα αυτό δεν είναι σύμφωνο με τα ευρήματα της έρευνας των (Mohamed et al., 2015), η οποία υποστήριξε ότι το μεσαίο εισόδημα δεν ασκεί ουσιαστική επίδραση όσον αφορά τον προγραμματισμό των ραντεβού, την απόσταση από τη μονάδα υγείας, το ωράριο των δομών και με το αν ο γιατρός ενημερώνεται για το ιατρικό ιστορικό των ασθενών.

Σημαντική στατιστική συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει και μεταξύ της διάστασης «εγκαταστάσεις» με το «ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο», το «αντρικό φύλο», τις «TOMY» και το «πολύ καλό επίπεδο υγείας».

Ειδικότερα, οι επισκέπτες-ασθενείς των TOMY εξέφρασαν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τις εγκαταστάσεις συγκριτικά με τους ασθενείς των ΚΥ. Αντίστοιχα ευρήματα βρέθηκαν και στις μελέτες των (Mohamed et al. 2015, Sebo et al. 2015, Tehewy et al. 2009), στις οποίες οι σημαντικότεροι παράγοντες υψηλής ικανοποίησης των ασθενών ήταν η πρόσβαση σε μικρότερες δομές υγείας, η καθαριότητα των δομών, η άνεση του χώρου υποδοχής, η πληρότητα του εξοπλισμού, καθώς και οι τεχνικές ικανότητες του προσωπικού. Το σίγουρο είναι πως η ικανοποίηση των ασθενών από τις εγκαταστάσεις των δομών υγείας, βελτιώνει την γενικότερη ικανοποίηση τους από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, μειώνει τα παράπονά τους και αυξάνει τη συχνότητα των επισκέψεων στις δομές (Widayati et al, 2017) .

Ωστόσο, όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των εγκαταστάσεων με το μορφωτικό επίπεδο, στις έρευνες των (Mohamed et al. 2015, Kone & Wodchis, 2013) βρέθηκαν αντίθετα αποτελέσματα με την παρούσα μελέτη. Όσο υψηλότερο ήταν το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών τόσο χαμηλότερη ήταν και η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Αυτό πιθανόν συμβαίνει γιατί οι ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν υψηλότερες προσδοκίες για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην αλληλεπίδρασή τους με τον κλινικό ιατρό, στην ποιότητα των υποδομών και γενικότερα στην καλύτερη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών (Fernandes et al. 2020). Από την άλλη πλευρά τα άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου έχουν λιγότερες γνώσεις για τις δυνατότητες των προσφερόμενων υπηρεσιών και κατά συνέπεια εκδηλώνουν λιγότερες απαιτήσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου (Φρεγγίδου και συν. 2017)



Επίσης, στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε ότι οι άνδρες με καλή αυτοεκτίμηση της υγείας, ήταν πιο ικανοποιημένοι σε σχέση με τις γυναίκες από τις εγκαταστάσεις. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τις μελέτες των (Nunu & Munyewende. 2017, Al-Azmi et al. 2006, Papp et al. 2014, Γαβρίλη & Καπάκη. 2022) στις οποίες οι γυναίκες ήταν πιο ικανοποιημένες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και εκδήλωναν υψηλότερες προσδοκίες από τις υγειονομικές εγκαταστάσεις. Αυτό πιθανώς οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες προσέχουν πιο πολύ την υγεία τους, επισκέπτονται πιο συχνά τις εγκαταστάσεις των υπηρεσιών π.χ. για προληπτικές εξετάσεις, αναλαμβάνουν τη φροντίδα όλης της οικογένειας και κυρίως τις επισκέψεις των παιδιών στο γιατρό και φαίνεται να συμμορφώνονται πιο εύκολα στη θεραπευτική τους αγωγή σε σχέση με τους άντρες, οι οποίοι όσο το επίπεδο της υγείας τους είναι καλό, κάνουν μικρότερη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και συνεπώς έχουν πιο μειωμένες απαιτήσεις από τις υποδομές. (Γαβρίλη & Καπάκη. 2022, Nunu, & Munyewende. 2017, Mohamed et al. 2015, Καδδά και συν. 2010, Luna et al. 2005). Το εύρημα της παρούσας μελέτης δεν συνάδει επίσης, με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Al-Sakkak et al. 2008, Margolis et al. 2003), τα οποία διαπίστωσαν ότι το φύλο δεν παίζει κάποιο σημαντικό ρόλο, συνεπώς άντρες και γυναίκες είχαν το ίδιο επίπεδο ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Παράλληλα, το καλύτερο επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων στην μελέτη σχετιζόταν με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις εγκαταστάσεις της δομής. Παρομοίως, σύμφωνα με άλλες έρευνες (Lionis et al. 2017, Zapka et al. 1995, Hall et al. 1990), οι ασθενείς με καλή αυτοεκτίμηση της υγείας τους ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εμπειρία τους από τις υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβάνοντας και τις εγκαταστάσεις, ενώ οι ασθενείς που είχαν χρόνια προβλήματα υγείας, αξιολόγησαν χαμηλά την ικανοποίησή τους από την Π.Φ.Υ, όπως και την ποιότητα των υποδομών. Προφανώς, τα άτομα με χρόνια προβλήματα δεν βλέπουν κάποια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους και για αυτό γίνονται αυστηροί κριτές απέναντι στο σύστημα υγείας γενικότερα (Auras et al. 2016, Francis et al. 2016, Zapka et al. 1995,).

Επίσης, από τη μελέτη προέκυψε ότι η διάσταση «ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας» σχετιζόταν θετικά με την ηλικία των ΛΥΥ και τη γενική κατάσταση της υγείας τους. Από τα ευρήματα των ερευνών ( Nunu & Munyewende. 2017, Fernandes et al. 2020), βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων – ασθενών, ανέφερε υψηλότερη ικανοποίηση από την εμπειρία της πρωτοβάθμιας φροντίδας όταν είχε

επαφή με έναν νοσηλευτή που παρείχε κατανοητές εξηγήσεις. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν συνήθως πολυσύνθετα και χρόνια προβλήματα υγείας τα οποία απαιτούν πιο ολοκληρωμένες και διεπιστημονικές παρεμβάσεις. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση των ηλικιωμένων ασθενών με το νοσηλευτικό προσωπικό τονώνει το ηθικό τους, τους βοηθά αφενός να κατανοήσουν και αφετέρου να ακολουθήσουν το θεραπευτικό σχέδιο και συνεπώς να έχουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας (Kelly et al. 2019, Sebo et al. 2015).

Από τα ευρήματα της μελέτης προέκυψε ακόμη ότι η συνολική αξιολόγηση της ικανοποίησης σχετίζεται θετικά με την οικογενειακή κατάσταση και τη γενική κατάσταση της υγείας των Λ.Υ.Υ. Σύμφωνα με τις έρευνες των (Ferreira et al. 2020, Καδδά και συν. 2010), βρέθηκε ότι η συναισθηματική και η σωματική υποστήριξη των ατόμων που πάσχουν από χρόνια προβλήματα υγείας από την οικογένεια, συμβάλλει θετικά στο καλύτερο επίπεδο της υγείας τους και αυξάνει γενικότερα την ικανοποίησή τους από τις υγειονομικές υπηρεσίες (Αρβανιτάκη & Σαρρή, 2022).

Αναφορικά με την «επικοινωνία» που είχαν οι Λ.Υ.Υ, βρέθηκε να επηρεάζεται από τον τύπο δομής και τη συχνότητα επίσκεψης στη δομή. Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς που επισκέπτονταν 2-4 φορές εντός εξαμήνου τα ΚΥ, βρέθηκαν πιο ικανοποιημένοι και από το γιατρό τους. Πιθανότατα αυτό να συμβαίνει καθότι τα ΚΥ ως δομές έχουν μεγαλύτερο χρόνο ύπαρξης και παγιωμένο ρόλο στο πλαίσιο των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ, με αποτέλεσμα οι λήπτες υγείας που επισκέπτονται συχνά τις δομές να έχουν χτίσει μια καλή επικοινωνιακή σχέση με το γιατρό τους (Γκουντέλας. 2020). Παρόμοια ευρήματα με την παρούσα μελέτη βρέθηκαν και στις έρευνες των (Batbaatar et al. 2017, Arain et al. 2013), όπου η υψηλή συχνότητα των επισκέψεων στις δομές υγείας, έδωσε τη δυνατότητα στους ασθενείς να αναπτύξουν καλύτερες επικοινωνιακές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας. Η καλή επικοινωνιακή σχέση των ασθενών με το υγειονομικό προσωπικό αυξάνει την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας, καθώς τους δίνεται η δυνατότητα να επεξηγήσουν καλύτερα το πρόβλημα υγείας τους, να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων, να λάβουν χρήσιμες συμβουλές για την προαγωγή της υγείας και την αυτοφροντίδα τους (Larson et al. 2017, Coulter. 2005).

Όσον αφορά τους ωφελούμενους στα ΚΥ και το γυναικείο φύλλο βρέθηκε στην παρούσα μελέτη να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τη διάσταση «χρόνος ιατρού για τον εξεταζόμενο». Σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη, τα ευρήματα άλλων μελετών (Nunu, & Munyewende. 2017, Mohamed et al. 2015, Καδδά και συν. 2010, Luna et al. 2005, Sebo et al. 2015) φανερώνουν ότι η μεγαλύτερη δυσανεμία ως προς

το χρόνο με τον γιατρό παρατηρείται στο γυναικείο φύλο, που είναι πιο απαιτητικό από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ μεγαλύτερη ικανοποίηση εκφράζουν οι Λ.Υ.Υ που επισκέπτονται μικρές δομές υγείας, στις οποίες αισθάνονται ότι έχουν καλύτερη και ποιοτικότερη επαφή με τον γιατρό. Παρόλα αυτά, ανεξάρτητα από το φύλο, είναι γεγονός ότι η σύντομη διάρκεια διαβούλευσης μεταξύ προσωπικού γιατρού και ασθενή (κάτω από 5 λεπτά), μειώνει την ικανοποίηση των ασθενών, οδηγεί σε υπερβολική χρήση φαρμάκων και αντιβιοτικών και σε κακή επικοινωνία γιατρού ασθενή (Jin et al. 2015, Irving et al. 2017).

Τέλος, αναφορικά με τη διάσταση «πρόσβαση στις υπηρεσίες» αυτή βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την γενική κατάσταση της υγείας και συγκεκριμένα με το πολύ καλό επίπεδο υγείας. Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν και στην έρευνα των (Premji, et al., 2018), στην οποία οι ασθενείς με καλό επίπεδο υγείας ήταν πιο ικανοποιημένοι με το χρόνο αναμονής μέχρι το ραντεβού τους, ενώ οι Λ.Υ.Υ με προβλήματα υγείας, ανέφεραν περισσότερα προβλήματα προσβασιμότητας, καθώς τα άτομα αυτά είχαν περισσότερες απαιτήσεις λόγω της νοσηρότητάς τους.

## 8.2. Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα είναι μια συγχρονική περιγραφική μελέτη, η οποία παρουσιάζει τις μεθοδολογικές αδυναμίες αυτού του τύπου μελετών. Ειδικότερα, τα ευρήματα αφορούν την ικανοποίηση των επισκεπτών - χρηστών από την Π.Φ.Υ μια δεδομένη χρονική στιγμή, δεν μπορούν να προκύψουν ασφαλή διαχρονικά συμπεράσματα, για το λόγω αυτό είναι χρήσιμο να επαναλαμβάνονται μετρήσεις ικανοποίησης των ασθενών σε ετήσια βάση.

Ένας ακόμη περιορισμός είναι ότι η έρευνα διενεργήθηκε σε ορισμένες μόνο εκ των μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ της ΠΕ Ημαθίας (ΚΥ Βέροιας, ΚΥ Αλεξάνδρειας, ΚΥ Νάουσας, 8<sup>η</sup> Τ.Ο.Μ.Υ Δήμου Βέροιας, 11<sup>η</sup> Τ.Ο.Μ.Υ Δήμου Βέροιας), εξαιρέθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων καθώς και τα Περιφερειακά ιατρεία και επομένως το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό για το σύνολο των δομών Π.Φ.Υ.

Επίσης, είναι πιθανό να προέκυψαν συστηματικά σφάλματα από τη μελέτη, καθώς ενδέχεται να μην δόθηκε η δέουσα βαρύτητα και προσοχή από κάποιους συμμετέχοντες στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λόγω πίεσης χρόνου και

βιασύνης για άμεση αποχώρηση μετά το πέρας της επίσκεψής τους. Επιπλέον, ενδέχεται μία μερίδα των συμμετεχόντων, που βοηθήθηκε από κάποιον επαγγελματία υγείας στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να απάντησε μεροληπτικά, με σκοπό να μη δυσαρεστήσει το προσωπικό των δομών.

Ένας επιπλέον περιορισμός της έρευνας, ο οποίος επηρέασε αρνητικά και τον αριθμό του συνολικού δείγματος του ερωτηματολογίου, σχετίζεται με τον τρόπο υλοποίησης των ραντεβού. Ειδικότερα, ένα μέρος των ραντεβού στην ΠΦΥ διεκπεραιώνεται τηλεφωνικά μεταξύ του ιατρού και του ασθενή με αποτέλεσμα να μην υφίσταται η φυσική παρουσία του ασθενή στη δομή. Αυτό οδήγησε σε μικρότερο αριθμό επισκέψεων στις δομές και σαφώς επηρέασε αρνητικά και τον αριθμό των συμμετεχόντων στην έρευνα, καθώς δε στάθηκε δυνατός ο διαμερισμός περισσότερων ερωτηματολογίων.

### **8.3 Συμπεράσματα**

Οι επισκέπτες των υπηρεσιών Π.Φ.Υ της ΠΕ Ημαθίας, φάνηκε να ήταν αρκετά έως πολύ ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό ερμηνεύεται από τα υψηλά ποσοστά που σημείωσαν οι επιμέρους παράμετροι ικανοποίησης από την εμπειρία και τη συνολική ικανοποίηση.

Μέσα από την παρούσα έρευνα, αναδείχτηκε η σπουδαιότητα του θεσμού του προσωπικού ιατρού για τους Λ.Υ.Υ, ο οποίος καταγράφει το ιατρικό ιστορικό των ασθενών, ενδιαφέρεται για τους ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας, ενημερώνεται για τα φάρμακα που έχουν συνταγογραφηθεί από άλλους γιατρούς, προωθεί την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα.

Παράλληλα, μέσα από την έρευνα ξεχώρισαν οι Τ.ΟΜ.Υ, ως νέες δομές που ήρθαν να καλύψουν τα κενά της Π.Φ.Υ σε επίπεδο κοινότητας, δηλαδή την παροχή φροντίδας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στο χώρο που συντελούνται οι καθημερινές δραστηριότητες και το κοινωνικό γίνεσθαι των ίδιων των ασθενών. Ταυτόχρονα, διαπιστώθηκε η σπουδαιότητα της διεπιστημονικής ομάδας για την παροχή πιο ολοκληρωμένων και ποιοτικών υπηρεσιών, με το νοσηλευτικό προσωπικό των δομών να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και να δρα συμπληρωματικά με τον γιατρό, παρέχοντας οδηγίες, συμβουλές και ενισχύοντας την ψυχολογία των ασθενών.

Από τη άλλη πλευρά, τονίστηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα τα προβλήματα προσβασιμότητας στις δομές υγείας, εξαιτίας κυρίως της μεγάλης αναμονής από τη στιγμή δέσμευσης του ραντεβού μέχρι την ημέρα επίσκεψης. Το εύρημα αυτό ανέδειξε τα κενά που παρατηρούνται στις μονάδες σε επίπεδο στελέχωσης ιατρικού κυρίως προσωπικού.

Τέλος, είναι αδιαμφισβήτητο ότι η διεξαγωγή μελετών εκτίμησης της ικανοποίησης αποτελεί χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας, αφού θέτουν τους άξονες για την αποτελεσματική ανακατανομή των διατιθέμενων πόρων και την ορθολογική χρηματοδότηση της ΠΦΥ. Ταυτόχρονα, η συστηματική εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών είναι αναγκαίας σημασίας για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την αποφυγή δυσλειτουργιών που εμποδίζουν την εύρυθμη λειτουργία του δικτύου της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

## **8.4 Προτάσεις**

Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, γίνεται αντιληπτό πως παρότι το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν σε γενικές γραμμές πολύ ικανοποιημένο από την εμπειρία στις υπηρεσίες της ΠΦΥ της ΠΕ Ημαθίας, ωστόσο υπήρχαν κάποιοι παράμετροι που υστερούν ικανοποίησης και χρήζουν βελτίωσης.

Αρχικά, διαπιστώθηκε ότι η διάσταση με τη χαμηλότερη ικανοποίηση ήταν το πρόβλημα προσβασιμότητας στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας, το οποίο σχετίζεται με τον μεγάλο χρόνο αναμονής μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας μέχρι την πραγματοποίηση του ραντεβού ή την απόσταση που υπάρχει από την οικία ή την εργασία του ασθενή από τις δομές υγείας. Το πρόβλημα θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί αφενός μέσω της επαρκούς στελέχωσης των δομών με ιατρούς ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, αφετέρου μέσω της ολοκλήρωσης της διαδικασίας ίδρυσης των προβλεπόμενων ΤΟΜΥ. Η πρόσληψη περισσότερων γενικών ιατρών και παθολόγων στο ΕΣΥ θα αυξήσει το σύνολο των προσωπικών ιατρών, θα συμβάλλει στην κάλυψη όλου του πληθυσμού, αλλά και θα εξασφαλίσει τη διαθεσιμότητα περισσότερων ραντεβού. Παράλληλα, θα αποφευχθούν οι περιττές περιπλανήσεις και εισαγωγές του χρήστη υπηρεσιών υγείας στα γενικά νοσοκομεία του Νομού οι οποίες δυσχεραίνουν τη συνέχεια και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας.

Από την άλλη πλευρά, με την ίδρυση και των τεσσάρων Τ.ΟΜ.Υ που προβλέπονταν για το Δήμο Βέροιας θα διευρυνθεί το ωράριο λειτουργίας των δομών αλλά και θα υπάρξει μεγαλύτερη εγγύτητα με την περιοχή κατοικίας των Λ.Υ.Υ. Τα ΚΥ του νομού μέσω της αгаσής συνεργασίας τους με τις Τ.ΟΜ.Υ και τις υπόλοιπες πρωτοβάθμιες δομές της ΠΕ Ημαθίας θα βελτιώσουν τις συνθήκες πρόσβασης για όλους τους πολίτες.

Επίσης, προκειμένου να αυξηθεί η ικανοποίηση των νεότερων επισκεπτών-χρηστών οι οποίοι εμφανίζονται περισσότερο απαιτητικοί και αυστηροί κριτές συγκριτικά με τους ηλικιωμένους, επιβάλλεται η εφαρμογή προληπτικής ιατρικής, με έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Ο ρόλος του προσωπικού ιατρού θεωρείται καθοριστικός για την αλλαγή στο προφίλ υγείας των ΛΥΥ, μέσω της συμπλήρωσης του ΑΗΦΥ, της καταγραφής του ιατρικού ιστορικού των χρηστών, της παροχής συμβουλών για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών αλλά και της συνταγογράφησης μιας σειράς προληπτικών εξετάσεων με σκοπό την έγκαιρη αντιμετώπιση σοβαρών ασθενειών. Εξίσου σημαντική είναι και η υλοποίηση δράσεων αγωγής υγείας σε όλη την κοινότητα, οι οποίες θα ξεκινάνε από το μαθητικό πληθυσμό, τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και θα καταλήγουν στους ηλικιωμένους των ΚΑΠΗ. Οι δράσεις αγωγής υγείας ενισχύουν την πρόληψη και συμβάλουν στην υγειονομική κουλτούρα του πληθυσμού.

Αναφορικά, με την ικανοποίηση των ασθενών με χρόνια νοσήματα και πολυνοσηρότητα, επιβάλλεται η προώθηση των κατ'οικον επισκέψεων από τις ομάδες υγείας των δομών αλλά και η στενή συνεργασία με το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι. Οι ενέργειες αυτές θα βοηθήσουν σημαντικά τα άτομα τρίτης ηλικίας, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως ή έχουν κινητικές δυσλειτουργίες, να βελτιώσουν το επίπεδο της ζωής τους.

Μια επιπλέον συμπληρωματική παρέμβαση η οποία θα συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και στην ικανοποίηση των χρηστών-ασθενών είναι η συνεχής επιμόρφωση όλου του προσωπικού των δομών υγείας, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Η επιμόρφωση θα βελτιώσει τις επαγγελματικές δεξιότητες του προσωπικού, θα βοηθήσει παράλληλα στη σωστή διαχείριση όλων των καταστάσεων που σχετίζονται με την υγεία του ασθενή, αλλά μπορεί και να συμβάλει στη βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στον γιατρό με τους λήπτες υγείας. Άλλωστε, η τέχνη της επικοινωνίας λέγεται ότι διδάσκεται και συνεχώς εξελίσσεται.

Θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον να διεξαχθούν μελλοντικά παρόμοιες ερευνητικές προσπάθειες, που θα συμπεριλάβουν μεγαλύτερο αριθμό μονάδων Π.Φ.Υ της ΠΕ Ημαθίας, προκειμένου να είναι αντιπροσωπευτικότερο το δείγμα του πληθυσμού αλλά και να διεξαχθούν πιο αξιόπιστα και ασφαλή συμπεράσματα.

Επίσης, είναι άκρως σημαντικό να υλοποιούνται σε ετήσια βάση μετρήσεις τέτοιου τύπου, τόσο σε τοπικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο, οι οποίες να συνοδεύονται και από μια συγκριτική μελέτη των αποτελεσμάτων, καθώς με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στους Λ.Υ.Υ να εκφράσουν τις απόψεις τους για τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας, εντοπίζονται λάθη και παραλείψεις, αλλά και πεδία που χρήζουν βελτίωσης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). «Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα». *Νοσηλευτική*, 47(3), σ. 320-333.
- Αλερτάς, Β., Ζαχαράκη, Φ., & Νιάκας, Δ. (2007). “Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 24(1): 89-96.
- Αντεριώτη, Π., & Αντωνίου, Γ. (2014). “ Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας”. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1):62-68.
- Βραχάτης, Δ., & Παπαδόπουλος, Α. (2012). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές» *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2012, 51(1): 10–17.
- Βραχνέλη, Α. (2017). «Πρωτοβάθμια περίθαλψη και σύστημα υγείας: μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, προβλήματα και προοπτικές». Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ), 2017.
- Γαβρίλη, Α., & Καπάκη, Β. (2022). «Αξιολόγηση της ικανοποίησης ασθενών από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αττική». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 39(3):366-373.
- Γιανασμίδης, Α., & Τσιαούση, Μ. (2012). “Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 29(1):106-115.
- Γούλα, Α., Σαρρής, Μ., Πιερράκος, Γ., Σπυρόπουλος, Ν., Βουρλιώτου, Κ., Νικολαδός, Ι. (2017). Η προστιθέμενη αξία των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(1):49-57.



- Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Νάτσης, Χ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Πιερράκος, Γ. (2019). “Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(1):88-95.
- Δικαίος, Κ., & Χλέτσος, Μ. (1999). Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική: ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Β.
- ΕΛΣΤΑΤ (2023) Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών Μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Έτος 2022. [πρόσβαση 09-01-2024].  
Διαθέσιμο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/2f0c1228-b82b-e8c5-4ce8-7ceeb3094c0b>
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (1983) Ν.1397/1983 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ Α΄143/7.10.1983, Αθήνα.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (1985) Ν.1579/1985 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ Α΄217/23.12.1985, Αθήνα.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, (1994) Ν.2194/1994 περί Αποκατάστασης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλων διατάξεων, ΦΕΚ Α΄34/16-3-1994, Αθήνα.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2001) Ν.2889/2001 περί Βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλων διατάξεων, ΦΕΚ Α΄37/2-3-2001, Αθήνα.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2003) Ν.3106/2003 περί Αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλων διατάξεων, ΦΕΚ Α΄30/ 10-2-2003, Αθήνα.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2005) Ν.3329/2005 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπών διατάξεων, ΦΕΚ Α΄81/ 4-4-2005, Αθήνα.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2007) Ν. 3527/2007 περί Κύρωσης συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 25/Α/9-2-2007.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2010) Ν. 3852/ 2010 περί Νέας Αρχιτεκτονικής της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης, ΦΕΚ Α' 87/7.6.2010

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2010) Ν. 3868/ 2010 περί Αναβάθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΦΕΚ Α 129/03.08.2010

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2010) Ν. 3892/ 2010 περί Ηλεκτρονικής καταχώρισης και εκτέλεσης ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων, ΦΕΚ Α' 189/04.11.2010

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2011) Ν.3918/2011 περί Διαρθρωτικών αλλαγών στο σύστημα υγείας και άλλων διατάξεων, ΦΕΚ Α'31/ 2-3-2011, Αθήνα.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2012) Ν. 4052/ 2012 περί έγκρισης των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας, ΦΕΚ Α'41/1.3.2012.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2013) Ν. 4208/2013 περί ρυθμίσεων του Υπουργείου Υγείας και άλλων διατάξεων, ΦΕΚ Α'252/18.11.2013.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2014) Ν.4238/2014 περί Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγής σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπών διατάξεων, ΦΕΚ Α'38/ 17-2- 2014, Αθήνα.

- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2017α) Ν.4486/2017 περί Μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επειγουσών ρυθμίσεων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλων διατάξεων, ΦΕΚ Α'115/ 7-8-2017, Αθήνα.
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2022) Ν. 4931/2022 περί Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλων επειγουσών διατάξεων, ΦΕΚ Α 94/13.5.2022, Αθήνα.
- Θανασάς, Ι. (2019). “Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας”. Επιστημονικά Χρονικά, τόμος 24, τεύχος 3.
- Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., & Μάντη, Π. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. ΕΑΠ, Πάτρα.
- Καδδά,, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Α., Παληός, Θ., Κόντας, Ν., & Ανδρουλάκη, Ζ. (2010). «Οι ανάγκες των πολιτών στην Πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας στην Ελλάδα». Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(1):61-75.
- Καϊτελίδου, Δ. & Σουλιώτης, Κ. (2020). «Διερεύνηση της ικανοποίησης των πολιτών από τις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας» ΕΚΔΔΑ, Αθήνα.
- Καλογεροπούλου, Μ. (2011). “Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων”. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 28(5):667-673.
- Καρακόλιας, Σ., Μπαρτζώκας, Δ., & Πολύζος, Ν. (2021). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρύθμισης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(4):524-530.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., & Φιλαλήθης, Α. (2006). «Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα. Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού». *Διοικητική Ενημέρωση*, 39: 82-90.
- Μερκούρης Α. (1996). “ Η ικανοποίηση του αρρώστου, κριτήριο ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών”. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Σχολή Επιστημών Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 1996.

- Μαλαβάζος, Θ., Μαρकाσιώτη, Β., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2019). « Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ALMA-ATA ΣΤΗΝ ASTANA». Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 11, Τεύχος 3, 39-56.
- Μακράκης, Α. (2018). «Τα οφέλη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στον ασθενή από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού». Το Βήμα του Ασκληπιού 17(2):88-101.
- Μαριόλης, Α. (2020). «Για την ανασυγκρότηση της Γενικής Οικογενειακής ιατρικής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Από τη ρητορική στην πράξη» Ομάδα Πρωτοβουλίας για την ανασυγκρότηση της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Διακήρυξη αρχών.
- Μπαλάσκα, Δ., & Μπιτσώρη, Ζ. (2015). “ Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών”. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική (2015), Τόμος 4, Τεύχος 3.
- Παγάνας, Α. (2019), Αξιολόγηση της εφαρμογής του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ) από τους Οικογενειακούς Ιατρούς στην Ελλάδα. Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ.
- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., και Υφαντόπουλος, Γ. (2008). “Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25,1.
- Παπανικολάου, Β., & Σιγάλας, Ι. (1995). “Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας”. *Επιθεώρηση Υγείας* (56):248-256.
- Πέγιου, Φ. (2023). «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η δυναμική της στη Δημόσια Υγεία». Το Βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 22, Τεύχος 2.
- Πετρέλης, Μ., & Δομάγερ, Φρ. (2016). «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15:365–379
- Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Πατέρας, Γ., Βουρλιώτη, Κ., & Γιαννουλάτος, Π. (2013). “Συγκριτική Ανάλυση δύο

- Ερευνών Μέτρησης της Ικανοποίησης των Εξωτερικών Ασθενών στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(3):316-324.
- Πολύζος, Ν. (2013). Μελέτη οργάνωσης-χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή-Αθήνα, 2013.
- Ποτήρης, Α. & Σαράφης, Π. (2014). «Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης». Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2014) Τόμος 6, Τεύχος 3, 116-121.
- Ρόκα, Β. (2013). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η Ευκαιρία των Συστημάτων Υγείας σε Καιρό Οικονομικής Κρίσης». *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*,: τεύχος 2 τόμος 6.
- Ρόμπολας, Π., Μασούρας, Π., & Αυγουστή, Σ. (2022). Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας & Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Η περίπτωση των Τοπικών Μονάδων Υγείας. Βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 21, Τεύχος 2 (Απρίλιος - Ιούνιος 2022).
- Σαραντίδου, Σ., Μελά, Α., & Πιτσιλλίδης, Α. (2019). «Εκτίμηση των αναγκών του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας του Αιγάλεω μέσω της ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36(5):635-642.
- Σαράφης, Π., & Μπαμίδης, Π. (2020). Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα & Πολιτικές. Broken Hill Publishers LTD, Κύπρος.
- Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. & Ψαλτοπούλου Θ. (2013). Επιστημονική επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αθήνα.
- Σουλιώτης, (2014). Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(1):7-12.

- Σταχτέας, Χ., & Σταχτέας, Π. (2021). «Καταγραφή και Αξιολόγηση των Δομικών Αλλαγών του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Επιστημονικά Χρονικά. Τόμος 26 -88ος, Τεύχος 1.
- Σωτηροπούλου, Α., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Λ., Παπαγιαννάκη, Β., Καδδά, Ο., & Μαρβάκη Χ. (2014). « Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς», *Το βήμα του Ασκληπιού*, 13(2).
- Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., & Μίσσιου, Α. (2015). *Κατευθυντήριες οδηγίες στη γενική ιατρική* [Κεφάλαιο]. Στο Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., & Μίσσιου, Α. 2015. *Εισαγωγή στη γενική ιατρική* [Προπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <https://hdl.handle.net/11419/3816>.
- Τούντας, Γ. (2003) "Η Έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και τις Υπηρεσίες Υγείας". *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 20(5) : 532-546.
- Υπουργείο Υγείας, (2017). ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ. [πρόσβαση 20-01-2024] [http://www.opengov.gr/yyka/wp-content/uploads/downloads/2017/04/sxedio\\_nomou\\_metarrhythm\\_ygeias.pdf](http://www.opengov.gr/yyka/wp-content/uploads/downloads/2017/04/sxedio_nomou_metarrhythm_ygeias.pdf)
- Χριστοδούλου, Π. (2018). «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και την Ευρώπη» *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας* - Τόμος 14ος - Τεύχος 2º.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Al-Azmi, SF., Mohammed, AM., Hanafi, MI. (2006). "Patients' satisfaction with primary health care in Kuwait after electronic medical record implementation". *J Egypt Public Health Assoc.* 2006;81(5-6):277-300.
- Alertas, VH., Papadopoulos, EA., & Niakas, DA. (2006). "Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multitrait analyses". *BMC Health Serv Res* 2006, 6:66.

- Al-Sakkak, MA., Al-Nowaiser, NA., Al-Khashan, HI., Al-Abdrabulnabi, AA., & Jaber, RM. (2008). "Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh". *Saudi Med J*. 2008; 29(3):432-6.
- Al Tehewy, M., Salem, B., Habil, I., & El Okda, S. (2009). "Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes". *Int J Qual Health Care*. 2009 Jun;21(3):183-9.
- Arain, M., Nicholl, J., & Campbell, M. (2013) "Patients' experience and satisfaction with GP led walk-in centres in the UK; a cross sectional study". *BMC Health Serv Res* 2013; 142.
- Auras, S., Ostermann, T., de Cruppé, W., Bitzer, EM., Diel, F., & Geraedts, M. (2016). "Patient satisfaction with ambulatory care in Germany: effects of patient- and medical practice-related factors". *Int J Qual Health Care*. 2016; 28(6):808-815.
- Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., & Mossialos, E. (2022). "United Kingdom: Health System Review". *Health Syst Transit*. 2022 May;24(1):1-194.
- Anell, A., Glenngård, AH., & Merkur, S. (2012). "Sweden health system review". *Health Syst Transit*. 2012;14(5):1-159.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, MM., & Amenta, P. (2017). "Determinants of patient satisfaction: a systematic review". *Perspect Public Health*. 2017 Mar;137(2):89-101.
- Bazemore, A., Petterson, S., Peterson, LE., Bruno, R., Chung, Y., & Phillips, RL Jr. (2018). "Higher Primary Care Physician Continuity is Associated with Lower Costs and Hospitalizations". *Ann Fam Med*. 2018 Nov;16(6):492-497.
- Birhanu, Z., Assefa, T., Woldie, M., Morankar, S. (2010). "Determinants of satisfaction with health care provider interactions at health centres in central Ethiopia: a cross sectional study". *BMC Health Serv Res* 10; (1):78.
- Bond S., & Thomas L.H. (1992). "Measuring patients satisfaction with nursing care". *Journal of advanced Nursing*, 1992;17: 52-56.
- Bradby, H. (2010). Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Επιστημονική επιμέλεια Αλεξιάς, Γ. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα.

- Campbell, J.L., Ramsay, J., & Green, J. (2001). "Practice size: impact on consultation length, workload and patient assessment of care". *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2001; 51:644-50.
- Chotchoungchatchai, S., Marshall, A.I., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien V. (2020). «Primary health care and sustainable development goals». *Bull World Health Organ.* 98(11):792-800.
- Chetty VK, Culpepper L, Phillips RL Jr, Rankin J, Xierali I, Finnegan S, Jack B. (2011). FPs lower hospital readmission rates and costs. *Am Fam Physician.* 2011 May 1;83(9):1054.
- Cho, W.H., Lee, H., Kim, C., Lee, S., & Choi, K.S. (2004). "The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: a South Korean study", *Health services research* 2004; 39(1), 13–33.
- Coulter, A. (2005). "What do patients and the public want from primary care?" *BMJ.* Nov 19;331(7526):1199-201.
- Crawford, D. A. (2002). Keep the focus on the family. *J Child Health Care*, 6(2), 133-146.
- Detollenaere, J., Hanssens, L., Schäfer, W., Willems, S. (2018). "Can you recommend me a good GP? Describing social differences in patient satisfaction within 31 countries". *Int J Qual Health Care.* 2018 Feb 1;30(1):9-15.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How it can be assessed? *JAMA.* 260(12):1743-8.
- Dugani, S., Veillard, J., & Evans, T.G. (2018). "Quality primary health care will drive the realization of universal health coverage". *CMAJ.* 2018 Apr 16;190(15):E453-E454.
- EUROSTAT (2024). "Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile". Διαθέσιμο σε:



[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_silc\\_08\\$dv\\_1146/default/able?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08$dv_1146/default/able?lang=en) (πρόσβαση 22-02-2024).

- Ferreira, P., Raposo, V., & Tavares, A. I. (2020). “Primary health care patient satisfaction: Explanatory factors and geographic characteristics”. *International Journal for Quality in Health Care* 2020; 32(2), 93–98.
- Fernandes, O., Mukhethwa Netshiombo, M., Gulacsi, L., Niek, S., Klazinga, N., Pentek, M., & Baji, P. (2020). “Patient experiences in a public primary health care clinic: A South African case study”. *Society and Economy* 42 (2020); 3:333–347.
- Francis, P., Agoritsas, T., Chopard, P., & Perneger, T. (2016). “Does the patient's inherent rating tendency influence reported satisfaction scores and affect division ranking?”. *Int J Qual Health Care*. 28(2):221-6.
- Ganasegeran, K., Perianayagam, W., Manaf, RA., Jadoo, SA., & Al-Dubai, SA. (2015). “Patient satisfaction in Malaysia’s busiest outpatient medical care”. *The Scientific World Journal*. 2015; 2015:714754.
- Gao, J., Moran, E., Grimm, R., Toporek, A., & Ruser, C. (2022). The Effect of Primary Care Visits on Total Patient Care Cost: Evidence From the Veterans Health Administration. *Journal of Primary Care & Community Health*. 2022;13.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Ribacke, M., Spenser, T., & Szécsényi, J. (1999). “Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP)”. *Fam Pract*. 16(1):4-11.
- Grol, SM., Molleman, GRM., Kuijpers, A., van der Sande, R., Fransen, GAJ., Assendelft, WJJ., & Schers HJ (2018). The role of the general practitioner in multidisciplinary teams: a qualitative study in elderly care. *BMC Fam Pract*. 2018 Mar 10;19(1):40.

- Hall, JA., Feldstein, M., Fretwell, MD., Rowe, JW., & Epstein, AM. (1990). "Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population". *Med Care*. 1990 Mar;28(3):261-70.
- Hall, JA., & Milburn, MA. (1998). "Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models". *Health Psychology* 1998, 17(1), 70-75.
- Hoa, NT, Tam NM, Peersman W, Derese A, Markuns JF. Development and validation of the Vietnamese primary care assessment tool. *PLoS One*. 2018 Jan 11;13(1).
- Hoa, NT., Tam, N., Derese, A., Markuns, J., & Peersman W. (2019). "Patient experiences of primary care quality amongst different types of health care facilities in central Vietnam". *BMC Health Serv Res* 19, 275 (2019).
- Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2018; 392:1461-1472.
- Irving, G., Neves, AL., Dambha-Miller, H., Oishi, Ai., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). "International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries". *BMJ Open*. 2017 Nov 8;7(10).
- Jin, G., Zhao, Y., Chen, C., Wang, W., Du, J., & Lu, X. (2015). "The length and content of general practice consultation in two Urban districts of Beijing: a preliminary observation study". *PLoS One* 10(8).
- Johansson P., Oleni M., Fridlund B. (2002). "Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study", *Scand J Caring Sci*, 2002;16(4):337-344.
- Kaitelidou, D., Economou, C., Galanis, P., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., Domete, S., de Boer, D., Boerma, WG., & Groenewegen, PP. (2019). "Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: a mixed methods study". *BMC Fam Pract*. 2;20(1):49.

- Kelly, G., Mrengqwa, L., & Geffen, L. (2019). "They don't care about us": older people's experiences of primary healthcare in Cape Town, South Africa". *BMC Geriatr* **19**, 98.
- Koné Péfoyo, AJ., & Wodchis, WP. (2013). "Organizational performance impacting patient satisfaction in Ontario hospitals: a multilevel analysis". *BMC Res Notes*. 5; 6:509.
- Kravet, SJ., Shore, AD., Miller, R., Green, GB., Kolodner, K., & Wright SM. (2008). Health care utilization and the proportion of primary care physicians. *Am J Med*. 2008 Feb;121(2):142-8.
- Kronman, AC., Ash, AS., Freund, KM., Hanchate, A., & Emanuel, EJ. (2008). Can primary care visits reduce hospital utilization among Medicare beneficiaries at the end of life? *J Gen Intern Med*. 23(9):1330-5.
- Laberge, M., Pang, J., Walker, K., Hogg, WE., & Wodchis WP. (2014). "Publication: QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care) Canada: a focus on the aspects of primary care most highly rated by current patients of primary care practices". Canadian Foundation for Healthcare Improvement; 2014.
- Lankarani, KB., Maharlouei, N., Akbari, M., Yazdanpanah, D., Akbari, M., Moghadami, M., & Joulaei, H. (2016). "Satisfaction Rate Regarding Healthcare Services and Its Determinant Factors in South-West of Iran: A Population-based Study". *Int J Prev Med*. 28; 7:122.
- Larson, E., Leslie, H., & Kruk, M. (2017). "The determinants and outcomes of good provider communication: a cross-sectional study in seven African countries". *Patient-centred medicine Research*. *BMJ Open* 2017:7.
- Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsiyas, A., Duijker, G., Mekouris, PB., Boerma, W., & Schäfer, W. (2017). "Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study)". *BMC Health Serv Res*. 2017 Apr 5;17(1):255.
- Lemon, TI., & Smith, RH. (2014). "Consultation Content not Consultation Length Improves Patient Satisfaction". *J Family Med Prim Care*. Oct-Dec;3(4):333-9.

- Leow, HT., & Liew, SM. (2022). “A cross sectional study on patient satisfaction and its association with length of consultation at the University Malaya Medical Centre Primary Care Clinic”. *Malays Fam Physician*. 2022 May 25;17(2):71-80.
- Luna, C., Gouvela, G., Souza, WV., Souza-Junior, PR., & Szwarcwald, CL. (2005). “Health care user’s satisfaction in Brazil”. *Cad. Saudo Publica*. 21:109-118.
- Macinko, J., de Oliveira, VB., Turci, MA., Guanais, FC., Bonolo, PF., Lima-Costa, MF. (2011). The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 101(10):1963-70.
- Magadi, JP., & Magadi, MA. (2022). “ Ethnic inequalities in patient satisfaction with primary health care in England: Evidence from recent General Practitioner Patient Surveys” (GPPS). *PLoS One*. 2022 Dec 21;17(12).
- Margolis, SA., Al-Marzouq, S., Revel, T., & Reed, RL. (2003). “Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates”. *Int J Qual Health Care*. 2003 Jun;15(3):241-9.
- Mohamed, EY., Sami, W., Alotaibi, A., Alfarag, A., Almutairi, A., & Alanzi F. (2015). “Patients' Satisfaction with Primary Health Care Centers' Services, Majmaah, Kingdom of Saudi of Saudi Arabia”. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2015 Apr;9(2):163-70.
- Myloneros, T., & Sakellariou, D. (2021). “The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review”. *BMC Health Services Research*, 21(1) p. 628.
- Nguyen, TK., & Cheng, TM. (2014). “Vietnam's health care system emphasizes prevention and pursues universal coverage”. *Health Aff (Millwood)*. 33(11):2057-63.
- Nunu, WN., & Munyewende, PO. (2017). “Patient satisfaction with nurse-delivery primary health care services in Free State and Gauteng provinces, South Africa: A comparative study”. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017 Apr 28;9(1).

- OECD (2015). Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to manage the Demand”. Διαθέσιμο σε: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services\\_5jrts344crns-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jrts344crns-en) ( Εύρεση: 07-02-2024).
- OECD (2019). *United Kingdom: Country Health Profile 2019*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Διαθέσιμο σε: <https://www.oecd.org/publications/united-kingdom-country-health-profile-2019-744df2e3-en.htm> (Εύρεση:02-02-2024).
- OECD 2021. State of Health in the EU – Greece 2021. Διαθέσιμο σε: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021\\_chp\\_gr\\_greek.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf) (ημερομηνία πρόσβασης 22-02-2024).
- OECD (2022). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d0057e82-> [accessed 10-11-2023].
- OECD (2023a). European Observatory on Health Systems and Policies *Germany: Country Health Profile 2023*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris. Διαθέσιμο σε: <https://www.oecd.org/germany/germany-country-health-profile-2023-21dd4679-en.htm>( Εύρεση: 10-02-2024).
- OECD (2023b). European Observatory on Health Systems and Policies *Sweden: Country Health Profile 2023*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, Διαθέσιμο σε: <https://www.oecd.org/publications/sweden-country-health-profile-2023-ec938a6d-en.htm> ( Εύρεση: 10-02-2024).
- OECD 2023c. State of Health in the EU Greece Country Health Profile 2023. Διαθέσιμο σε: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/greece-country-health-profile-2023>. (ημερομηνία πρόσβασης 22-02-2024).
- Olaisen, RH., Schluchter, MD., Flocke, SA., Smyth, KA., Koroukian, SM., & Stange, KC. (2020). “Assessing the Longitudinal Impact of Physician-Patient Relationship on Functional Health”. *Ann Fam Med*. 2020 Sep;18(5):422-429.
- Papanikolaou, V., & Ntani S. (2008). “Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care”. *Int J Health Care Qual Assur*. 2008;21(6):548-61.

- Pappa E., & Niakas D. (2006). "Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area". *BMC Health Services Research*, 2006; 6: 146.
- Papp, R., Borbas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T., & Balogh, S. (2014). "Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions". *BMC Fam Pract*. 2014 Jun 28; 15:128.
- Pettigrew, LM., De Maeseneer, J., Anderson, MI., Essuman, A., Kidd, MR., Haines, A. (2015). Primary health care and the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2015 386(10009):2119-21.
- Phillips, RL., Dodoo, MS., Green, LA., Fryer, GE., Bazemore, AW., McCoy, KI., & Petterson SM. (2009). Usual source of care: an important source of variation in health care spending. *Health Aff (Millwood)*. 28(2):567-77.
- Pierrakos, G., Goula, A., Latsou, D., Platis, C., Sarris, M., & Soulis, S. (2017). "Opinion of citizens in Primary Health Care management and offered services by Local Authorities" *International Journal of Strategic Innovative Marketing*. Vol 2017.
- Pierrakos, G., Goula, A., & Latsou, D. (2023). "Predictors of Unmet Healthcare Needs during Economic and Health Crisis in Greece". *Int J Environ Res Public Health*. 20(19):6840.
- Premji, K., Ryan, BL., Hogg, WE., & Wodchis, WP. (2018). "Patients' perceptions of access to primary care: Analysis of the QUALICOPC Patient Experiences Survey". *Can Fam Physician*. 2018 Mar;64(3):212-220.
- Priporas, CV., Laspa, C., & Kamenidou, I. (2008). "Patient Satisfaction Measurement for In-Hospital Services: A Pilot Study in Greece". *Journal of Medical Marketing*, 8(4), 325-340.
- Raftopoulos, V. (2010). "Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece". *International Journal of Caring Sciences*, 3(3), 110-121.

- Ramanayake, R.P., Ranasingha, S., Lakmini, S. (2014). Management of emergencies in general practice: role of general practitioners. *J Family Med Prim Care*. 3(4):305-8.
- Raivio, R., Jääskeläinen, J., Holmberg-Marttila, D. & Mattila, KJ. (2014). “Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study”. *BMC Fam Pract* **15**, 98.
- Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). “Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care”. *Canadian Health Services research foundation*. 2002 p. 50.
- Risser H. (1975). “Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings”. *Nurs. Res.* 1975; 24: 45-52.
- Rodriguez, H.P., Rogers, W.H., Marshall, R.E., & Safran, D.G. (2007). Multidisciplinary primary care teams: Effects on the quality of clinician-patient interactions and organizational features of care. *Medical Care*, 45(1), 19–27.
- Sebo, P., Herrmann, F.R., Bovier, P., & Haller, DM. (2015).” What are patients’ expectations about the organization of their primary care physicians’ practices?”. *BMC Health Serv Res* **15**, 328.
- Starfield, B, & Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002 Jun;60(3):201-18.
- Starfield, B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report* 2012. *Gac Sanit*. 2012 Mar;26 Suppl 1:20-6.
- Tarrant, C., Stokes, T., Baker, R. (2003). “Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey”. *Br J Gen Pract*. 2003 Oct;53(495):798-800.

- Vuori H. (1999). “Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care?”  
Quality Review Bulletin 1999; 13(3):106-8.
- WHO (1978). Primary Health Care, International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [accessed 28-11-2023].  
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167\\_2](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2)
- WHO (2015), “TRACKING UNIVERSAL HEALTH COVERAGE. FIRST GLOBAL MONITORING REPORT”.  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977\\_eng.pdf;jsessionid=7D4E007EB7324EAF37AEDD44E9D46954?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977_eng.pdf;jsessionid=7D4E007EB7324EAF37AEDD44E9D46954?sequence=1) [accessed 05-11-2023].
- WHO (2018). From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future, Interim Report from the WHO European, Copenhagen.  
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc-regional-report-europe.pdf> [accessed 30-11-2023].
- WHO (2020), “Covid-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases”.<https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases> [accessed 29-11-2023]
- WHO (2023), “Primary health care”,  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>,  
[accessed 29-11-2023].
- Widayati, M., Adriani, R., & Tamtomo, D. (2017). “Factors Affecting Quality of Health Service and Patient Satisfaction in Community Health Centers in North Lampung”, Sumatera. Journal of Health Policy and Management 02(02):165-175.



Zapka, JG., Palmer, RH., Hargraves, JL., Nerenz, D., Frazier, HS., & Warner, CK. (1995). "Relationships of patient satisfaction with experience of system performance and health status". *J Ambul Care Manage.* 18(1):73-83.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας και χρήσης του ερωτηματολογίου από την 3<sup>η</sup> ΥΠΕ Μακεδονίας. Παρατίθεται η έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας και χρήσης του ερωτηματολογίου από την 3<sup>η</sup> ΥΠΕ Μακεδονίας, κατόπιν έγγραφης αίτησής μου:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Προς:  
κ. Παπαστάμκου Μαρία

ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ Κοινοποίηση: &  
ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ Όπως πίνακας αποδεκτών Πληροφορίες:  
Θυμνιούδη Αικ.  
Τηλέφωνο : 2313305233  
E-mail : education@3ype.gr

**ΘΕΜΑ:** Έγκριση εκπόνησης  
ερευνητικής εργασίας.  
**ΣΧΕΤ.:** Η από 17-12-2023  
ηλεκτρονική αίτησή σας.

Με το ανωτέρω σχετικό μας αποστέλλετε τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την έγκριση εκπόνησης της ερευνητικής εργασίας σας, στο πλαίσιο της διπλωματικής σας με θέμα «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: στάσεις και αντιλήψεις των ληπτών υπηρεσιών υγείας από τον θεσμό του προσωπικού ιατρού», του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκησης Μονάδων Υγείας» του του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η κ. Μπελλάλη Θάλεια.

Σας ενημερώνουμε ότι, έπειτα από:

- α) την παραλαβή της γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Πε.) Μακεδονίας [1<sup>η</sup>/24-01-2024 (θέμα 2<sup>ο</sup>) Συνεδρίαση],
- β) την εξέταση των δικαιολογητικών που μας αποστέλλετε,
- γ) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο πρόκειται να διανείμει στους λήπτες υπηρεσιών υγείας σε Μονάδες Π.Φ.Υ. του Νομού Ημαθίας, αρμοδιότητας της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας),

**και υπό τις προϋποθέσεις ότι :**

1. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας σύμφωνα με τα οριζόμενα κάθε φορά στις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις περί προφύλαξης από τον Covid-19
2. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των χώρων που θα πραγματοποιηθεί η έρευνα
3. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και του απορρήτου των στοιχείων που θα συλλεχθούν

4. δεν θα υπάρξει καμιά επιπλέον οικονομική επιβάρυνση της Μονάδας Υγείας κατά τη διεξαγωγή ή εξαιτίας της ερευνητικής εργασίας
5. το ερωτηματολόγιο να διανεμηθεί στο Κέντρο Υγείας Βέροιας, Νάουσας, Αλεξάνδρειας στην 8<sup>η</sup> και 11<sup>η</sup> Τ.Ο.Μ.Υ Δήμου Βέροιας(προϋπόθεση που τίθεται από το Επιστημονικού Συμβουλίου Π.Φ.Υ. της 3ης Υ.Πε.)

η Υπηρεσία μας εγκρίνει την εκπόνηση της ερευνητικής σας εργασίας, επιστώντας την προσοχή τόσο εκ μέρους σας όσο και εκ μέρους των δομών (στις οποίες κοινοποιείται το παρόν έγγραφο), στην τήρηση όσων ορίζουν οι όροι του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού 2016/679 και του Ν.2472/1997 για τον υπεύθυνο επεξεργαστή-ερευνητή.

Παρακαλούμε να αποστείλετε στο Επιστημονικού Συμβουλίου Π.Φ.Υ. της 3ης Υ.Πε τα αποτελέσματα της μελέτης.

**Ο Διοικητής της 3<sup>ης</sup> ΥΠΕ**

**(Μακεδονίας)**

**Δρ. Παναγιώτης Μπογιατζίδης**

---

Διεύθυνση: Αριστοτέλους 16, Τ.Κ. 54623 Θεσσαλονίκη

**Εσωτερική Διανομή:**

Γραφείο Υποδιοικητών

**Πίνακας αποδεκτών:**

- 1 Κέντρο Υγείας Βέροιας.
- 2.Κέντρο Υγείας Νάουσας.
- 3.Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας.
4. 8<sup>η</sup> Τ.Ο.Μ.Υ Βέροιας.
5. 11<sup>η</sup> Τ.Ο.Μ.Υ Βέροιας.

Υπεύθυνη Δήλωση Μαρίας Παπαστάμκου

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.