



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Διοίκηση Επιχειρήσεων MBA»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΚΥΠΡΟΥ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Αικατερίνη Ξένου

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ
Σάββας Κατσικίδης

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση

Επιχειρήσεων MBA

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**Η ικανοποίηση των χρηστών από την Υγειονομική
Υπηρεσία Κύπρου ως δείκτης ποιότητας
των παρεχόμενων υπηρεσιών**

Αικατερίνη Ξένου

**Επιβλέπων Καθηγητής
Σάββας Κατσικίδης**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων MBA από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ιούνιος 2016

Περίληψη

Επειδή, σημαντικό κριτήριο για τον καθορισμό της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών αποτελεί η ικανοποίηση των χρηστών, αφού οι χρήστες είναι οι καθαυτό αποδέκτες και επομένως είναι και γνώστες του τρόπου με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας, σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από την Υγειονομική Υπηρεσία της Κύπρου (ΥΥΚ). Απώτερος στόχος της διατριβής ήταν να σχηματοποιηθούν εισηγήσεις και να σχεδιαστούν παρεμβάσεις με βάση τα αποτελέσματα από την ανάλυση των δεδομένων, ούτως ώστε να αναβαθμιστούν ποιοτικά οι υπηρεσίες που παρέχονται από την ΥΥΚ.

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μεθοδολογία. Έτσι διεξήχθη έρευνα επισκόπησης ανάμεσα σε υποστατικά, στα οποία γίνεται επιτόπιος έλεγχος από την ΥΥΚ. Το κύριο ερευνητικό εργαλείο ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο κατασκευάστηκε για το σκοπό αυτό, ούτως ώστε να συγκεντρωθούν δεδομένα για στοιχεία που αφορούσαν τα υποστατικά, να διερευνηθούν οι απόψεις των συμμετεχόντων για την ΥΥΚ και να ελεγχθεί ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες που παρέχονται από την ΥΥΚ. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν υπεύθυνοι υποστατικών που επιθεωρούνται από την ΥΥΚ, τα οποία επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία. Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS και προέκυψαν περιγραφικά και επαγωγικά αποτελέσματα.

Το πιο σημαντικό συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι σε γενικές γραμμές οι συμμετέχοντες πιστεύουν πως η ΥΥΚ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την προστασία της υγείας του πληθυσμού, αν και χρειάζεται βελτιώσεις, όπως είναι για παράδειγμα η μηχανογράφηση και η ηλεκτρονική πρόσβαση στις υπηρεσίες της ΥΥΚ. Πέραν τούτου, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ενώ φαίνονται να είναι ικανοποιημένοι από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς, δεν είναι το ίδιο ικανοποιημένοι από τον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας, ιδιαίτερα όσον αφορά την επιβολή ποινών και την ακριβοδίκαια αντιμετώπιση των επιχειρήσεων, ενώ δεν είναι και τόσο σίγουροι αν το κόστος της ΥΥΚ είναι ανάλογο με την ωφέλεια από τη λειτουργία τους. Βρέθηκε επίσης ότι όταν γίνονται παρατηρήσεις και καταγγελίες, οι απόψεις των χρηστών για την ΥΥΚ φαίνονται να επηρεάζονται αρνητικά.

Summary

User satisfaction constitutes an important criterion, in order to define the effectiveness of the provided services of an organization. Thus, since users are the immediate receivers of services, and therefore they know better how the services are provided, the aim of this dissertation was to explore the level of satisfaction among the users of the Public Health Services (PHS). Moreover, based on the result of the statistical analysis of the data, this dissertation aimed to formulate suggestions that would inform the design of interventions, so as to upgrade the quality of the services provided by PHS.

In order to answer the research questions, quantitative methodology was employed. To this end, a survey was conducted among the organizations, which are inspected by the PHS. The main research tool was a questionnaire, which was constructed for this purpose. The questionnaire was used in order to gather data regarding information about the participating organizations, to explore the participants' views and attitudes about PHS, and to measure the degree of satisfaction from PHS among the users. The sample of the research consisted of senior employees of the participating organizations, which were selected with random selection. Data were analyzed with SPSS, so as to get descriptive results and inferences.

The most important finding was that, in general, the participants believe that PHS in Cyprus plays a pivotal role for health protection, even though improvement is essential. For example, the participants suggested electronic data processing and access to the PHS. Moreover, most of the participants seem to be satisfied from the Health Inspectors. However, they are not that satisfied with the function of PHS, especially regarding penalties and fair treatment, while they are not that sure whether the cost of PHS equals the benefits. Furthermore, it was found that reporting an organization and taking it to the court seems to be related with the development of a negative opinion of PHS.

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες στον επιβλέποντα μου καθηγητή Δρ. Σάββα Κατσικίδη για την πολύτιμη βοήθεια του, καθώς και στην οικογένεια μου για την αμέριστη στήριξη που μου παρείχε.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	1
1 Πρόβλημα – Διεθνής Εμπειρία	4
1.1 Προσδιορισμός Προβλήματος	4
1.2 Διεθνής Εμπειρία.....	6
1.2.1 Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας	6
1.2.2 Μέτρηση της Ποιότητας.....	13
1.2.3 Η Ικανοποίηση των Χρηστών ως Δείκτης Ποιότητας.....	14
1.2.4 Η Υγειονομική Υπηρεσία Κύπρου.....	17
1.3 Σκοπός, Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα.....	22
1.3.1 Σκοπός και Στόχοι	22
1.3.2 Ερευνητικά Ερωτήματα	23
1.4 Περιορισμοί	23
2 Μεθοδολογία	25
2.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός	25
2.2 Ερευνητικά Εργαλεία	26
2.3 Δειγματοληψία και Δείγμα	28
2.4 Διαδικασία, Δεοντολογία, Εκγυρότητα, Αξιοπιστία.....	28
2.5 Ανάλυση Δεδομένων.....	29
3 Εμπειρική Εφαρμογή	31
3.1 Στοιχεία των Επιχειρήσεων	31
3.2 Απόψεις για την Υγειονομική Υπηρεσία	34
3.3 Ικανοποίηση από την Υγειονομική Υπηρεσία	35
3.4 Διαφορές και Συσχετίσεις	37
4 Συμπεράσματα	40
4.1 Αποτελέσματα	40
4.1.1 Ασφάλεια Τροφίμων στην ΕΕ	40
4.1.2 Έλεγχοι και Κυρώσεις	42
4.1.3 Απόψεις και Ικανοποίηση από την Υγειονομική Υπηρεσία	43
4.2 Προτάσεις	44
4.2.1 Σχέδιο Δράσης του Deming	45
4.2.2 Προσχεδιασμός Ποιότητας Juran	46
4.2.3 Τα 14 Βήματα του Crosby	46
4.2.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) του Oakland	47
4.2.5 Αρχή της Διαδικασίας Εξυπηρέτησης	47
4.2.6 Κύκλοι Ποιότητας	49
4.2.7 Ίδρυση Φορέα για την Ποιότητα	50
4.3 Εισηγήσεις για Έρευνες	52
Επίλογος	53
Παραρτήματα	54
A Το Ερωτηματολόγιο	54
B Δειγματικά Αποτελέσματα SPSS	56
Βιβλιογραφία	60

Εισαγωγή

Η συνεχής εξέλιξη στον τομέα της υγείας και η πρόοδος της τεχνολογίας είχε ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου βάρους όσον αφορά την υγεία, από την ποσότητα και την επάρκεια, στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος, Λιονής, Σουλιώτης & Τσάκος, 2003). Κατ' ακρίβεια, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια και ένα διαχρονικό διακύβευμα που απασχολεί συστηματικά, τόσο τις αρμόδιες αρχές, όσο και τους ίδιους τους οργανισμούς που ασχολούνται με θέματα υγείας (Παπανικολάου, 2007). Έτσι, σήμερα θεωρείται ότι αποτελεί υποχρέωση του κάθε Υπουργείου Υγείας να προβαίνει σε όλες τις συστηματικές ενέργειες που απαιτούνται, όπως είναι για παράδειγμα ο έλεγχος των υποστατικών από τις Υγειονομικές Υπηρεσίες, προκειμένου να διασφαλίζεται η ποιότητα και η ασφάλεια στην υγεία (Ιατρικές Υπηρεσίες & Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας (ΙΥ & ΥΔΥ), 2015· World Health Organization (WHO), 2008· Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ), 2005).

Παρόλα αυτά, στην Κύπρο, οι προσπάθειες για διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας στο χώρο της υγείας βρίσκονται ακόμα σε εμβρυικό στάδιο, αφού προς το παρόν ο μόνος δημόσιος οργανισμός που ασχολείται, τουλάχιστον εν μέρει, με τέτοια θέματα είναι ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ο οποίος στοχεύει μάλλον στην εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) στην Κύπρο (ΟΑΥ, 2014), παρά στη διασφάλιση της ποιότητας. Παράλληλα, κάποιες αναφορές για την αναγκαιότητα παροχής ποιοτικών υπηρεσιών γίνονται και από το Υπουργείο Υγείας (2016) στην ιστοσελίδα του, όπου προτείνεται ένας στρατηγικός σχεδιασμός με όραμα την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, χωρίς όμως να ορίζεται κάποιος αρμόδιος φορέας και χωρίς το σχέδιο αυτό να έχει ακόμα εφαρμοστεί.

Επειδή λοιπόν, σημαντικό κριτήριο για τον καθορισμό της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών αποτελεί η ικανοποίηση των χρηστών, αφού οι χρήστες είναι οι καθαυτό αποδέκτες και επομένως είναι και γνώστες του τρόπου με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας (Κυριόπουλος, 2007· Ραφτόπουλος, 2009), σκοπός της παρούσας

διατριβής είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από την Υγειονομική Υπηρεσία της Κύπρου (ΥΥΚ). Επιλέχθηκε να διερευνηθεί το θέμα αυτό επειδή οι έρευνες που έχουν βρεθεί σχετικά με την ποιότητα στην υγεία και την ικανοποίηση των χρηστών στην Κύπρο αφορούν κυρίως ασθενείς (π.χ. Γαβριήλ, Θεοδώρου & Middleton, 2012), ενώ δεν βρέθηκε καμία έρευνα που να εξετάζει την ικανοποίηση των χρηστών από την ΥΥΚ. Ανώτερος στόχος της διατριβής είναι να σχηματοποιηθούν εισηγήσεις και να σχεδιαστούν παρεμβάσεις με βάση τα αποτελέσματα από την ανάλυση των δεδομένων, ούτως ώστε να αναβαθμιστούν ποιοτικά οι υπηρεσίες που παρέχονται από την ΥΥΚ.

Το πιο σημαντικό συμπέρασμα ήταν ότι σε γενικές γραμμές οι συμμετέχοντες πιστεύουν πως η ΥΥΚ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την προστασία της υγείας του πληθυσμού, αν και χρειάζεται βελτιώσεις, όπως είναι για παράδειγμα η μηχανογράφηση και η ηλεκτρονική πρόσβαση στις υπηρεσίες της ΥΥΚ. Πέραν τούτου, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ενώ φαίνονται να είναι ικανοποιημένοι από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές, δεν είναι το ίδιο ικανοποιημένοι από τον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας, ιδιαίτερα όσον αφορά την επιβολή ποινών και την ακριβοδίκαια αντιμετώπιση των επιχειρήσεων, ενώ δεν είναι και τόσο σίγουροι αν το κόστος της ΥΥΚ είναι ανάλογο με την ωφέλεια από τη λειτουργία τους. Βρέθηκε επίσης ότι όταν γίνονται παρατηρήσεις και καταγγελίες, οι απόψεις των χρηστών για την ΥΥΚ φαίνονται να επηρεάζονται αρνητικά.

Οι κύριοι περιορισμοί της έρευνας ήταν ότι, λόγω του περιορισμένου χρόνου, η έρευνα διεξήχθη μόνο ανάμεσα σε εξωτερικούς χρήστες υπηρεσιών που παρέχονται από την ΥΥΚ κατά τον επιτόπιο έλεγχο σε υποστατικά, ενώ δεν εξετάστηκε η επαγγελματική ικανοποίηση των υπαλλήλων της ΥΥΚ. Δεν έγινε επίσης σύγκριση με τις απόψεις χρηστών όσον αφορά άλλες υπηρεσίες υγείας, αφού κάτι τέτοιο δεν φαινόταν να συνάδει με τους σκοπούς της παρούσας διατριβής. Παράλληλα, η έρευνα ήταν μόνο περιγραφική, επομένως δεν διερευνήθηκαν σε βάθος οι απόψεις των χρηστών για την ΥΥΚ, ούτε και οι βαθύτεροι λόγοι που καθορίζουν το επίπεδο ικανοποίησης τους.

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μεθοδολογία. Έτσι διεξήχθη έρευνα επισκόπησης ανάμεσα σε υποστατικά, στα οποία γίνεται επιτόπιος έλεγχος από την ΥΥΚ. Το κύριο ερευνητικό εργαλείο ήταν το

ερωτηματολόγιο, το οποίο κατασκευάστηκε για το σκοπό αυτό. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι υπεύθυνοι υποστατικών που επιθεωρούνται από την ΥΥΚ, τα οποία επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία. Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS και προέκυψαν περιγραφικά και επαγωγικά αποτελέσματα.

Έτσι, στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας διατριβής γίνεται προσδιορισμός του προβλήματος και εξετάζεται η διεθνής εμπειρία όσον αφορά την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες αυτές. Στο ίδιο κεφάλαιο, παρουσιάζονται ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα και οι περιορισμοί. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Στα πλαίσια αυτά, εξηγούνται οι λόγοι που επιλέχθηκε περιγραφικός – διερευνητικός σχεδιασμός και αναλύεται το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, ο τρόπος δειγματοληψίας, το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα και ο τρόπος ανάλυσης των δεδομένων, καθώς και θέματα διαδικασίας, δεοντολογίας, εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν κατά την έρευνα επισκόπησης ανάμεσα στους υπεύθυνους των επιχειρήσεων που συμμετείχαν στην έρευνα. Αρχικά παρατίθενται στοιχεία για τις επιχειρήσεις και τη σχέση τους με την ΥΥΚ και στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απόψεις των συμμετεχόντων και το επίπεδο ικανοποίησης τους από την ΥΥΚ. Ακολούθως, εξετάζονται διαφορές και συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο συνοψίζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, γίνονται προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες που παρέχει η ΥΥΚ και παρουσιάζονται εισηγήσεις για μελλοντικές έρευνες.

Κεφάλαιο 1

Πρόβλημα - Διεθνής Εμπειρία

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται προσδιορισμός του προβλήματος επίτευξης ικανοποίησης ανάμεσα στους χρήστες της ΥΥΚ, ως δείκτης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, και εξετάζεται η διεθνής εμπειρία γύρω από το θέμα αυτό.

1.1 Προσδιορισμός προβλήματος

Η πραγματικότητα είναι ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αυξημένη απαίτηση για διασφάλιση της ποιότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, η οποία διογκώνεται λόγω α) των απαιτητικών παγκόσμιων πελατών που αναμένουν, τόσο υψηλή ποιότητα, όσο και προστιθέμενη αξία, β) της μεταβολής των προσδοκιών τους, αφού ενδιαφέρονται όχι μόνο για την ποιότητα των προϊόντων, αλλά και για την ποιότητα του οργανισμού που τα παράγει, γ) των αντιφατικών οικονομικών πιέσεων από την παγκόσμια αγορά, η οποία πιέζει τους οργανισμούς να βελτιώνουν συνεχώς την ποιότητα και να μειώνουν τις τιμές των προϊόντων και των υπηρεσιών και δ) των νέων προσεγγίσεων στη διοίκηση, οι οποίες επικεντρώνονται στη σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων και στη συνολική και συντονισμένη προσπάθεια (Παπανικολάου, 2007).

Βέβαια, η διασφάλιση της ποιότητας δεν αποτελεί ένα καινοφανές αίτημα, αλλά μια γενικότερη τάση που έχει διαμορφωθεί σταδιακά από τις αρχές του δεκάτου ενάτου αιώνα και έχει καταστεί τελικά μια επιτακτική ανάγκη (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008· Παπανικολάου, 2007). Σύμφωνα με τον Garvin (1988), τα στάδια αυτά είναι τα ακόλουθα:

- **Επιθεώρηση** (αρχές 19ου αι.): περιλάμβανε δραστηριότητες, όπως μέτρηση και εξέταση των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, καθώς και σύγκριση με κάποια πρότυπα, ούτως ώστε να καθοριστεί το επίπεδο συμμόρφωσης.

- **Ποιοτικός έλεγχος** (αρχές 20ου αι.): η ποιότητα αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή ευθύνη της διοίκησης και ανεξάρτητη λειτουργία, ενώ ο έλεγχος της ποιότητας βασίζεται στην επιθεώρηση μετά την παραγωγή και στην επανόρθωση, επομένως το κόστος για τη μετατροπή ενός προϊόντος σε ποιοτικό είναι πολύ μεγαλύτερο και η διαδικασία δυσκολότερη.
- **Διασφάλιση ποιότητας** (μέσα 20ου αι.): η εστίαση μεταφέρεται από τον έλεγχο στην πρόληψη, ενώ η επιθεώρηση και ο έλεγχος απευθύνονται σε όλο τον κύκλο παραγωγής ενός προϊόντος ή υπηρεσίας. Στα πλαίσια αυτά, η διασφάλιση της ποιότητας (Quality Assurance, QA) περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες που είναι απαραίτητες για να διασφαλίσουν ότι το προϊόν ή η υπηρεσία συνάδει με συγκεκριμένες προδιαγραφές ποιότητας, όπως είναι για παράδειγμα το πρότυπο ISO (International Standardization Organization).
- **Διοίκηση Ολικής Ποιότητας** (Total Quality Management, T.Q.M.) (τέλη 20ου αι.): αναδεικνύεται η σημαντικότητα της συμμετοχής όλων των μελών του οργανισμού στη διαδικασία διασφάλισης της ποιότητας. Έτσι, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες που στοχεύουν στην ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη με ενεργοποίηση και συμμετοχή όλου του δυναμικού του οργανισμού, με το μικρότερο δυνατό κόστος, ενώ παράλληλα επιζητείται η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων ή των υπηρεσιών. Στα πλαίσια αυτά δίνεται έμφαση α) στην ικανοποίηση του πελάτη, όσο και στα αποτελέσματα υγείας ως μέτρα επίδοσης, β) στην ανάλυση ολόκληρου του συστήματος που παρέχει την φροντίδα ή επηρεάζει το αποτέλεσμα, γ) στη συμμετοχή όλων των συστατικών του συστήματος, δ) στην ανάλυση με βάση τα δεδομένα, ε) στον προσδιορισμό πολλαπλών αιτιών για την εμφάνιση ενός φαινομένου, στ) στην επιδίωξη ενός συνόλου λύσεων, ζ) στη βελτιστοποίηση των διαδικασιών, η) στη συνεχή βελτίωση και θ) στη μάθηση του οργανισμού, ούτως ώστε να ενισχύεται η δυναμικότητα του οργανισμού, να βελτιώνονται οι διαδικασίες και να αναπτύσσεται το προσωπικό (Παπανικολάου, 2007· Ραφτόπουλος, 2009).

Έτσι, σήμερα θεωρείται ότι αποτελεί υποχρέωση του κάθε Υπουργείου Υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, να προβαίνει σε όλες τις συστηματικές ενέργειες που απαιτούνται προκειμένου να διασφαλίζει την ποιότητα και την ασφάλεια στην υγεία (World Health Organization (WHO), 2008· Υπουργείο Υγείας

και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ), 2005). Στα πλαίσια αυτά, απαιτείται να υπάρχει α) ένα σχέδιο δράσης με τους βασικούς άξονες των δεσμεύσεων για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ασφάλειας των πασχόντων, β) μια εθνική συντονίστρια αρχή, η οποία θα αναλαμβάνει το συντονισμό των δράσεων της εθνικής στρατηγικής, καθώς και τον έλεγχο και την εποπτεία της εφαρμογής της και γ) ένα ενιαίο σύστημα εποπτείας της εθνικής στρατηγικής, το οποίο θα διασφαλίζει το συστηματικό έλεγχο της στρατηγικής (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), 2011· Κυριόπουλος κ.ά., 2003).

Παρόλα αυτά, στην Κύπρο, οι προσπάθειες για διασφάλιση της ποιότητας στο χώρο της υγείας βρίσκονται ακόμα σε εμβρυικό στάδιο, αφού προς το παρόν ο μόνος δημόσιος οργανισμός που ασχολείται, τουλάχιστον εν μέρει, με τέτοια θέματα είναι ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ο οποίος στοχεύει μάλλον στην εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) στην Κύπρο (ΟΑΥ, 2014) παρά σε γενικότερα θέματα ποιότητας. Παράλληλα, κάποιες αναφορές για την αναγκαιότητα παροχής ποιοτικών υπηρεσιών γίνονται και από το Υπουργείο Υγείας (2016) στην ιστοσελίδα του, όπου προτείνεται ένας στρατηγικός σχεδιασμός με όραμα την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, χωρίς όμως να ορίζεται κάποιος αρμόδιος φορέας και χωρίς το σχέδιο αυτό να έχει ακόμα εφαρμοστεί. Όπως προκύπτει λοιπόν η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο, αν και επιτακτική αναγκαιότητα, ακόμα αποτελεί ένα ανεκπλήρωτο στόχο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

1.2 Διεθνής Εμπειρία

Για να μπορέσει βέβαια να γίνει καλύτερα κατανοητό το πιο πάνω πρόβλημα, πρέπει πρώτα να επεξηγηθεί η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και η διάσταση της ικανοποίησης των χρηστών ως δείκτης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα, πρέπει να δοθούν πληροφορίες για τον πάροχο των υπηρεσιών υγείας, ο οποίος για τους σκοπούς της παρούσας διατριβής είναι η ΥΥΚ.

1.2.1 Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα αποτελεί ένα νέο διακύβευμα της εποχής που χαρακτηρίζεται από ρευστότητα και πολυπλοκότητα, ιδιαίτερα όσον αφορά τον τομέα της υγείας (Ραφτόπουλος, 2009). Ετυμολογικά η λέξη ποιότητα προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό «ποιός», δηλαδή τι λογής, και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που

χαρακτηρίζουν και ξεχωρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία από τις ομοειδείς τους (Raftopoulos, 2005a). Σύμφωνα με τον Kahn (1985), η ποιότητα αναφέρεται στο βαθμό τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, ενώ η διασφάλιση της ποιότητας αφορά την εγγύηση ότι υπάρχει ποιότητα, με βάση κάποια πρότυπα. Ο Ραφτόπουλος (2009) διαφωνεί με τον ορισμό αυτό, υποστηρίζοντας ότι η ποιότητα είναι κάτι που υπάρχει ή δεν υπάρχει. Είναι δηλαδή «ένα δίπολο με επαμφοτερίζοντα στοιχεία» (σελ. 70), ενώ χαμηλός ή υψηλός μπορεί να χαρακτηριστεί μόνο ο βαθμός επίτευξης των προτύπων ποιότητας. Κατά παρόμοιο τρόπο ο Charlin (1981) επισημαίνει τη σημαντικότητα ύπαρξης προτύπων και κριτηρίων για μέτρηση της ποιότητας.

Κριτήριο είναι μια συνθήκη ή ένας κανόνας που επιτρέπει την πραγματοποίηση μιας επιλογής και τη λήψη μιας απόφασης. Πέραν τούτου, είναι ο κανόνας ερμηνείας των μετρήσεων, καθώς και τα 'πρέπει' και τα 'δεν πρέπει' (Σαμούτης, 2009). Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται συνήθως για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι τα ακόλουθα (Τούντας & Οικονόμου, 2007):

- **Η επάρκεια** (sufficiency): Εκφράζει το βαθμό της ποσοτικής ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας και στην παραγόμενη ζήτηση ενός καθορισμένου πληθυσμού. Για παράδειγμα υπολογίζεται με δείκτες κλινών ανά πληθυσμό ή γιατρών ανά πληθυσμό.
- **Η καταλληλότητα** (appropriateness): Προσδιορίζει την αντιστοιχία των παρεχομένων υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες, αλλά και τις επιθυμίες του πληθυσμού.
- **Η διαθεσιμότητα** (availability): Εκφράζει τη δυνατότητα προσφοράς των υπηρεσιών υγείας χωρίς χρονικούς ή άλλους περιορισμούς (π.χ. 24ωρη λειτουργία ενός κέντρου υγείας).
- **Η προσβασιμότητα ή προσπελασιμότητα** (accessibility): Προϋποθέτει την επάρκεια και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και εκφράζει την ισότιμη δυνατότητα χρήσης των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας από κάθε δικαιούχο, χωρίς γεωγραφικά, συγκοινωνιακά ή οικονομικά εμπόδια. Προσδιορίζεται από τον αριθμό των ατόμων ή το ποσοστό ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που αναμένεται να χρησιμοποιήσουν κάποια υπηρεσία υγείας, καθώς και από το χρόνο μετάβασης στην υπηρεσία, καθώς και το χρόνο αναμονής μέχρι τη χρήση.

- **Η αποδοχή** (acceptability): Αποτιμά το βαθμό στον οποίο κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν την αποδοχή των υπηρεσιών υγείας, επιτρέποντας ή αποτρέποντας την αρχική επαφή και χρήση της υπηρεσίας.
- **Η δραστητικότητα** (efficacy): Εκφράζει την κλινική αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων από την υπηρεσία παρεμβάσεων υπό ιδανικές, πειραματικές συνθήκες.
- **Η συμμόρφωση** (compliance): Προσδιορίζει το βαθμό στον οποίο εφαρμόζονται οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές οδηγίες από τους ασθενείς με συστηματικό τρόπο.
- **Η συνέχεια** (continuity): Εκφράζει τη δυνατότητα προσφοράς ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, προκειμένου να παρέχεται συνεχής και όχι αποσπασματική περίθαλψη (π.χ. σύνδεση πρωτοβάθμιας και νοσηλευτικής περίθαλψης).
- **Η λογοδοσία** (accountability): Είναι η δυνατότητα των καταναλωτών υγείας και των αγοραστών να ελέγχουν και να επηρεάζουν με διάφορους τρόπους τις κατευθύνσεις και τις πολιτικές των υπηρεσιών υγείας. Υπολογίζεται ανάμεσα σε άλλα με δείκτες συχνότητας συλλογής δεδομένων, αξιοπιστίας δεδομένων ή συμμετοχής καταναλωτών στις αποφάσεις.
- **Η ανταποκρισιμότητα** (responsiveness): Ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με όλες τις μη ιατρικές πλευρές της συναλλαγής τους με αυτό (π.χ. αξιοπρέπεια, εμπιστευτικότητα, δικαίωμα επιλογής). Συντίθεται από επιμέρους τομείς, οι οποίοι αξιολογούνται από τους πολίτες, και συνδέεται με την ποιότητα της περίθαλψης.

Παράλληλα, κάποιοι ερευνητές, όταν αναφέρονται στην ποιότητα, τονίζουν την ταύτιση της με την τελειότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας (Royal College of General Practitioners, 1994), την ανταπόκριση στις προσδοκίες του χρήστη (Stetler, 1990), την υλοποίηση των στόχων των υπηρεσιών (Ellis & Whittington, 1993), τον εκμηδενισμό των ανεπαρκειών (Crosby, 1979), την αύξηση της πιθανότητας επίτευξης θετικών αποτελεσμάτων για τους χρήστες (Lohr, 1992), την ικανοποίηση του χρήστη (Monroe & Krishnan, 1985), την ανταγωνιστικότητα των επαγγελματιών υγείας (Carpenito, 1991) και την χρηστικότητα των υπηρεσιών (Juran, 1988). Λόγω αυτής της πληθώρας των

ορισμών για την ποιότητα, οι Ghobadian, Speller και Jones (1994) κατηγοριοποίησαν τους ορισμούς ως ακολούθως:

- **Ταύτιση με την ανωτερότητα:** ορισμοί που αποδίδουν μια έμφυτη τελειότητα στην ποιότητα.
- **Έμφαση στα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά:** ποσοτικός ή ποιοτικός ορισμός της ποιότητας σε σύγκριση με άλλο προϊόν ή υπηρεσία.
- **Έμφαση στα χαρακτηριστικά της διαδικασίας της παροχής:** ορισμοί που ταυτίζουν την ποιότητα με τη συμμόρφωση στις απαιτήσεις.
- **Έμφαση στην ικανοποίηση του πελάτη/χρήστη:** συσχέτιση της ποιότητας με τα αποτελέσματα στο εξωτερικό περιβάλλον.
- **Έμφαση στην προστιθέμενη αξία:** ορισμοί που προϋποθέτουν συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του πελάτη σε όρους κόστους, διαθεσιμότητας και προστιθέμενης αξίας.

Όπως προκύπτει λοιπόν, η ποιότητα αποτελεί μια πολυδιάστατη και σύνθετη έννοια. Παρόλα αυτά, θα μπορούσε να λεχθεί ότι σε γενικές γραμμές η ποιότητα σημαίνει να κάνει κανείς τα σωστά πράγματα, για το σωστό άνθρωπο, τη σωστή στιγμή, με το σωστό τρόπο, εξ αρχής (Donaldson & Gray, 1998). Από την άλλη, όλη αυτή η συζήτηση ανάμεσα στους ερευνητές σχετικά με την έννοια της ποιότητας συνέβαλε καθοριστικά στη κινητοποίηση των οργανισμών υγείας για επίτευξη ποιότητας και κατ' επέκταση στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα, ξεκίνησαν διάφορα προγράμματα που στόχευαν στη διασφάλιση της ποιότητας (Ραφτόπουλος, 2009). Έτσι, για παράδειγμα στη Μεγάλη Βρετανία το βρετανικό Υπουργείο Υγείας ξεκίνησε το 2000 ένα πρόγραμμα για την καταγραφή των ανεπιθύμητων συμβάντων στο χώρο της υγείας, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας στην Κλινική Πρακτική (National Institute for Clinical Excellence, NICE), το οποίο φροντίζει για την ποιότητα και την ασφάλεια στην υγεία. Κατά παρόμοιο τρόπο, το 1998 ιδρύθηκε στις ΗΠΑ, η Επιτροπή για την Ποιότητα της Φροντίδας Υγείας στην Αμερική (Committee on the Quality of Health Care in America) με σκοπό την ανάπτυξη μιας στρατηγικής για τη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της φροντίδας για τα επόμενα 10 χρόνια (Lewis & Fletcher, 2005· Παπανικολάου, 2007· Ραφτόπουλος, 2009).

Βέβαια, το πολύπτυχο περιεχόμενο της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας διαμορφώνεται με βάση τις κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες κάθε

εποχής. Η κοινωνική διάσταση αναφέρεται στην απαίτηση του πολίτη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Η πολιτισμική διάσταση περιλαμβάνει τις πολιτισμικές αξίες κάθε εποχής. Η οικονομική διάσταση αναφέρεται στους φορείς παραγωγής προϊόντων, έργων και υπηρεσιών (Κυριόπουλος, 2007). Από την άλλη, σύμφωνα με τον Onretneit (2004), οι διαστάσεις της ποιότητας υγείας περιλαμβάνουν τα ακόλουθα στοιχεία:

- Ποιότητα του ασθενούς, η οποία μετράει την ικανοποίηση του χρήστη/ασθενούς, τα παράπονα του και το βαθμό στον οποίο η υπηρεσία του προσφέρει αυτό που ζητάει.
- Ποιότητα των επαγγελματιών της υγείας, η οποία αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο η υπηρεσία ικανοποιεί τις ανάγκες του χρήστη/ασθενούς σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα.
- Διαχείριση της ποιότητας, η οποία αναφέρεται στο σχεδιασμό και λειτουργία των διαδικασιών της υπηρεσίας κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο, ούτως ώστε να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις των ασθενών.

Οι παράμετροι που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι οι ακόλουθοι (Al-Assaf, 1997):

- Ενδεδειγμένη, αποτελεσματική και αποδοτική παροχή φροντίδας υγείας.
- Δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
- Παροχή και διασφάλιση της ασφάλειας.
- Ηθική φροντίδα.
- Δίκαιη κατανομή.
- Δυνατότητα πρόσβασης.
- Συνεχής παρακολούθηση.
- Ενδοπροσωπικές σχέσεις – συνεργασία.
- Τεχνολογική ικανότητα.

Αντίθετα, παράγοντες που υποθάλπουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η ανυπαρξία ηλεκτρονικών συστημάτων διαχείρισης, η ανεπαρκής στελέχωση, τα προβλήματα επικοινωνίας και σύγκρουσης ρόλων που δυσχεραίνουν την οριζόντια ενδο-υπηρεσιακή συνεργασία και την ομαδική εργασία, η απουσία οργάνωσης, όσον αφορά τις θέσεις εργασίας, τα καθηκοντολόγια και την περιγραφή των θέσεων εργασίας, τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη, η βία στον εργασιακό χώρο,

καθώς και η μη ικανοποίηση του προσωπικού. Όλα αυτά οδηγούν σε αδυναμία στοχοθεσίας, παρακολούθησης και μέτρησης των αποτελεσμάτων, αλλά και σε αδυναμία αξιολόγησης της απόδοσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κωσταγιόλας κ.ά., 2008).

Κατά ανάλογο τρόπο, ο Deming (1986, 1993) υποστηρίζει ότι η ποιότητα αναστέλλεται εξαιτίας των πιο κάτω παραγόντων:

- Έλλειψη εμμονής για επίτευξη των τεθέντων στόχων.
- Έμφαση στα βραχυπρόθεσμα κέρδη.
- Αξιολόγηση της απόδοσης ή ετήσια επισκόπηση.
- Συνεχείς αλλαγές της διοίκησης που οδηγούν σε ασύνδετη πολιτική και ασυνέχειες.
- Διοίκηση με βάση επιφανειακά στοιχεία χωρίς να δίνεται προσοχή στις ουσιώδεις λεπτομέρειες.

Τα τελευταία χρόνια, γίνεται επίσης λόγος για τρία επίπεδα ποιότητας, με την επίτευξη ποιότητας να αποτελεί ένα δυσκολότερο στόχο σε κάθε επόμενο επίπεδο. Τα επίπεδα αυτά είναι τα ακόλουθα (Dumas, Cushing & Laughlin, 1987· Παπανικολάου, 2007):

- Ποιότητα συμμόρφωσης – συμμόρφωση με τις προδιαγραφές: η ύπαρξη ενός προϊόντος/υπηρεσίας που πληροί συγκεκριμένα πρότυπα.
- Ποιότητα και κάλυψη των απαιτήσεων των πελατών: οι υπηρεσίες/προϊόντα πρέπει να καλύπτουν ή και να ξεπερνούν τις απαιτήσεις των πελατών.
- Ποιότητα είδους: η ποιότητα να είναι τόσο εξαιρετική που να ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη.

Βέβαια, όποιος ορισμός και αν δοθεί στην ποιότητα, εκείνο που προέχει είναι η ποιότητα να βελτιώνεται συνεχώς. Η βελτίωση της ποιότητας περιλαμβάνει σύνδεση με τα βασικά στοιχεία του στρατηγικού σχεδίου του οργανισμού, ένα συμβούλιο ποιότητας, εκπαιδευτικά προγράμματα για το προσωπικό, μηχανισμούς επιλογής ευκαιριών βελτίωσης, ομάδες βελτίωσης των διαδικασιών, υποστήριξη και ενθάρρυνση του προσωπικού και πολιτικές κινητοποίησης με συμμετοχή του προσωπικού στις διαδικασίες. Επομένως, η συνεχής βελτίωση αποτελεί ταυτόχρονα μια προσέγγιση και ένα σύνολο δραστηριοτήτων που εφαρμόζονται σε διάφορες στιγμές και με ποικίλους τρόπους και περιλαμβάνουν προσπάθειες τοπικής βελτίωσης, μάθηση του οργανισμού,

συνεχή ανασχεδιασμό των διαδικασιών και τεκμηριωμένη διοίκηση (Παπανικολάου, 2007).

Σύμφωνα με τους Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988), οι καθοριστικοί παράμετροι για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι οι ακόλουθοι:

- **Αξιοπιστία:** περιλαμβάνει τη σταθερή παροχή φροντίδας, με συνέπεια και διάρκεια.
- **Ανταπόκριση:** οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι πρόθυμοι και έτοιμοι να εξυπηρετήσουν τους χρήστες των υπηρεσιών.
- **Ικανότητα:** οι εργαζόμενοι πρέπει να κατέχουν τα απαραίτητα προσόντα και δεξιότητες για να εξυπηρετήσουν αποτελεσματικά τους χρήστες.
- **Πρόσβαση:** πρέπει η πρόσβαση των χρηστών στις υπηρεσίες να είναι εύκολη.
- **Ευγένεια:** το προσωπικό πρέπει να συμπεριφέρεται με ευγένεια και φιλικότητα προς τους χρήστες.
- **Επικοινωνία:** πρέπει να υπάρχει καλή επικοινωνία με τους χρήστες και να παρέχονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες με τρόπο κατανοητό.
- **Επαγγελματική πίστη:** το προσωπικό πρέπει να είναι έμπιστο, ειλικρινές και να χαίρει εκτίμησης.
- **Ασφάλεια:** πρέπει να διασφαλίζεται η σωματική ασφάλεια και η εχεμύθεια.
- **Κατανόηση:** οι εργαζόμενοι πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες του χρήστη, επιδεικνύοντας κατανόηση και ενσυναίσθηση.
- **Φυσικά χαρακτηριστικά:** το περιβάλλον εργασίας πρέπει να είναι ευχάριστο και η εμφάνιση των εργαζομένων περιποιημένη.

Οι πιο πάνω παράγοντες μπορούν να συνοψιστούν περαιτέρω σε πέντε διαστάσεις, δηλαδή αξιοπιστία, ανταπόκριση, κατανόηση, φυσικό περιβάλλον και διασφάλιση, οι οποίες και αποτελούν τα κριτήρια, με βάση τη μεθοδολογία SERVQUAL, για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν οι οργανισμοί (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990). Κατ' ακρίβεια, η μέτρηση της ποιότητας αποτελεί μια σημαντική διαδικασία για ένα οργανισμό, αφού δίνει μια εικόνα για το πού βρίσκεται ο οργανισμός και τι χρειάζεται να γίνει για να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Παπανικολάου, 2007).

1.2.2 Μέτρηση της ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας χρησιμοποιείται άλλοτε ως συγκεκριμένο κριτήριο που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησης των πελατών/ασθενών και άλλοτε ως ευρύτερο κριτήριο συνολικής απόδοσης, που περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, την ικανοποίηση των χρηστών/πελατών και την επιστημονική αρτιότητα και ασφάλεια των διαδικασιών φροντίδας. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι μετρήσιμη με δείκτες και, επομένως, επιδέχεται βελτίωσης. Βέβαια, οι δείκτες πρέπει να επιλέγονται με προσοχή χρησιμοποιώντας ως κριτήρια επιλογής την εγκυρότητα (δηλαδή να μετρούν αυτό που λένε ότι μετρούν), την αξιοπιστία (να επιδέχονται επανάληψης και να έχουν τα ίδια αποτελέσματα), την ακρίβεια και την ευαισθησία. Παράλληλα, πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη ότι, η εθνική κουλτούρα και το τοπικό περιβάλλον επηρεάζουν σημαντικά τη μέτρηση της ποιότητας υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο, αφού εκείνο που θεωρείται ικανοποιητικό για μια κουλτούρα δεν θεωρείται το ίδιο για άλλη (Μαλλιαρού, Σαράφης & Ζυγά, 2009).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), οι μετρήσεις πραγματοποιούνται σε τρεις τομείς:

- **Δομή:** δηλαδή κτίρια, εξοπλισμός, υλικά, πόροι, αριθμός εργαζομένων, οργανωτική δομή. Η δομή αποτελεί εύκολα αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, δεν μπορεί όμως να θεωρηθεί και ως ασφαλές εργαλείο μέτρησης, αφού από μόνη της η κατάλληλη δομή δεν επαρκεί για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.
- **Διαδικασία:** όλες οι ενέργειες περίθαλψης, όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση διάρκεια αναμονής, η χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους. Σε μερικές περιπτώσεις, λόγω δυσκολίας μέτρησης των άλλων παραμέτρων, η διαδικασία παροχής υπηρεσιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνη, κατά προσέγγιση, παράμετρος αξιολόγησης της ποιότητας.
- **Αποτελέσματα:** η έκβαση των παρεμβάσεων, η ικανοποίηση του ασθενούς/χρήστη και ο βαθμός ενημέρωσης και συμμόρφωσής του.

Πάντως, η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς/χρήστη αποτελεί το κλειδί για την ποιότητα και τον πιο συνηθισμένο δείκτη μέτρησης της, ενώ μέσα από τη συλλογή πληροφοριών, όπως τις βιώνουν οι χρήστες, αποτελεί τη βασική εισροή, η οποία αν τύχει σωστής επεξεργασίας διευκολύνει τη λήψη ορθών αποφάσεων, με χαμηλό βαθμό

αβεβαιότητας και κινδύνου και με αυξημένη πιθανότητα ανταπόκρισης στις ανάγκες των χρηστών (Παπανικολάου, 2007). Οι πιο συχνές μέθοδοι για συλλογή πληροφοριών είναι οι ομάδες εστίασης, οι συνεντεύξεις, οι τηλεφωνικές έρευνες, η παρατήρηση και τα ερωτηματολόγια, με τα οποία μπορεί να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας και επομένως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Ραφτόπουλος, 2009).

1.2.3 Η Ικανοποίηση των Χρηστών ως Δείκτης Ποιότητας

Η ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως μια αντίδραση αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, η οποία βασίζεται στις εμπειρίες των χρηστών και στην εκπλήρωση των προσδοκιών τους (Owens & Batchelor, 1996· Pascoe, 1983). Από την άλλη, οι Bolton και Drew (1991) θεωρούν την ικανοποίηση ως μια γνωστική αντίδραση, ενώ οι Halstead, Hartman και Schmidt (1994) ως συναισθηματική και ο Day (1984) ως αντίδραση αξιολόγησης. Πάντως, εκείνο στο οποίο συμφωνούν οι ερευνητές είναι ότι η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια αποτελούν δύο διαφορετικές καταστάσεις με σχέση διπολική. Σε γενικές γραμμές, η ικανοποίηση φαίνεται να αποτελεί θέμα αντίληψης της παρεχόμενης υπηρεσίας με βάση α) το τι θα ήθελαν οι χρήστες να παρέχεται και το τι πιστεύουν ότι θα πρέπει ιδανικά να παρέχεται, β) τι αναμένουν ότι πραγματικά θα παρασχεθεί και γ) τι πιστεύουν ότι χρειάζονται έστω και αν η ανάγκη αυτή διαφέρει από την επιθυμία τους (Παπανικολάου, 2007). Βέβαια, η ικανοποίηση των χρηστών επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, όπως το αξιολογικό σύστημα των χρηστών, δηλαδή τι θεωρούν σημαντικό, καθώς και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (Ραφτόπουλος, 2009). Για παράδειγμα, οι Cartwright και Anderson (1981), έχουν βρει ότι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, ενώ ο Raftopoulos (2005b) έχει εντοπίσει θετική συσχέτιση μεταξύ της υγείας των ασθενών και της ικανοποίησης που αισθάνονται, πράγμα που σημαίνει ότι όσο χειρότερη είναι η κατάσταση της υγείας κάποιου, τόσο χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης εκφράζει.

Επειδή βέβαια υψηλά επίπεδα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συνεπάγονται συνήθως και υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, είναι σημαντικό να ερμηνεύεται η ικανοποίηση με βάση ένα σύνολο μετρήσιμων παραμέτρων. Οι παράμετροι αυτοί πρέπει να σχετίζονται άμεσα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του οργανισμού, δηλαδή με παράγοντες που όχι μόνο μπορούν να γίνουν αντιληπτοί, αλλά και που μπορούν να διορθωθούν, στην περίπτωση που χρειάζεται (Παπανικολάου, 2007). Από την άλλη, η

επιμονή κάποιων ασθενών να εκφράζουν ικανοποίηση ακόμα και όταν συναντούν δυσκολίες κατά τη νοσηλεία τους μπορεί να εξηγηθεί, σύμφωνα με το Ραφτόπουλο (2009), με βάση δύο ενδεχόμενα: αφενός οι χρήστες αξιολογούν θετικά μια χαμηλή ποιότητα φροντίδας αν η προσδοκία τους βρίσκεται εκτός καθήκοντος του επαγγελματία υγείας, ή αν υπάρχουν ελαφρυντικά για το γεγονός ότι ο επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του.

Ο όρος χρήστης ή πελάτης αναφέρεται στο άτομο το οποίο αγοράζει υπηρεσίες από ένα οργανισμό ή το άτομο με το οποίο κάποιος συναλλάσσεται. Σύμφωνα με τη θεωρία της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, οι χρήστες/πελάτες χωρίζονται σε εσωτερικούς και εξωτερικούς. Οι εσωτερικοί χρήστες/πελάτες είναι όλοι οι επαγγελματίες, δηλαδή οι εργαζόμενοι και η διοίκηση, οι οποίοι εξυπηρετούν την λειτουργία ενός οργανισμού, μέσα από την ύπαρξη συγκεκριμένων τμημάτων και ιεραρχίας. Οι εξωτερικοί χρήστες/πελάτες είναι όλοι όσοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες και τα προϊόντα ενός οργανισμού, χωρίς όμως να εργάζονται σε αυτόν. Όλοι οι χρήστες/πελάτες έχουν προσδοκίες από τον οργανισμό, οι οποίες εκφράζονται ως ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν για να αισθανθεί ο χρήστης/πελάτης ικανοποιημένος. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας υποδεικνύει τους εξωτερικούς χρήστες/πελάτες ως πρωταρχικούς αποδέκτες των παρεχόμενων υπηρεσιών, εντός ενός σύνθετου δικτύου διαπροσωπικών σχέσεων, τονίζοντας ότι οι υπηρεσίες πρέπει να είναι ύψιστης ποιότητας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον εξωτερικό χρήστη/πελάτη. Επομένως, η ικανοποίηση του χρήστη/πελάτη αποτελεί πρωτεύοντα στόχο του οργανισμού (Παπανικολάου, 2007).

Η ικανοποίηση των χρηστών αποτελεί λοιπόν ένα ιδιαίτερα χρήσιμο δείκτη ποιότητας, αφού οι χρήστες μπορούν να δώσουν πληροφορίες για λάθη, παραλείψεις και προβληματικά σημεία που δεν γίνονται εύκολα αντιληπτά από τη διοίκηση (Cleary, 2003). Παράλληλα, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί μια σημαντική διαδικασία για ένα οργανισμό υγείας, αφού φαίνεται να επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας και επομένως τη χάραξη πολιτικής υγείας (Κυριόπουλος & Μπεαζόγλου, 2000). Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση των χρηστών φαίνεται να ενισχύει το ηθικό του προσωπικού, να βοηθά το διαχωρισμό επιπέδων εκτέλεσης μιας εργασίας, να διευκολύνει την αξιολόγηση των

δραστηριοτήτων και, κυρίως, να βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Παπανικολάου, 2007).

Επομένως, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών ως δείκτης ποιότητας αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο της διοίκησης για το σχεδιασμό στρατηγικής ανάπτυξης του οργανισμού, με γνώμονα την ποιότητα. Στα πλαίσια αυτά, η συνεχής βελτίωση της ποιότητας επιδιώκει να ενισχύσει το αίσθημα αφοσίωσης στον χρήστη/πελάτη, δημιουργώντας ένα περιβάλλον, όπου οι ανάγκες των χρηστών/πελατών γίνονται κατανοητές, τα λάθη αναγνωρίζονται, επανορθώνεται και χρησιμοποιούνται ως πηγές γνώσης και έτσι εξασφαλίζεται η εμπιστοσύνη του πελάτη. Όπως προκύπτει λοιπόν, το κλειδί για να μπορέσει ένας οργανισμός να εστιάσει στους εξωτερικούς χρήστες/πελάτες είναι αφενός να τους φέρει σε επαφή με τους εσωτερικούς χρήστες/πελάτες, δηλαδή το προσωπικό του οργανισμού, και αφετέρου να ενισχύσει το προσωπικό, ούτως ώστε να είναι σε θέση να ικανοποιήσει τους χρήστες (Παπανικολάου, 2007· Ραφτόπουλος, 2009).

Κατ' ακρίβεια, η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών, αποτελεί μια σημαντική προϋπόθεση για την αποτελεσματική λειτουργία ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, αφού ένα καλά σχεδιασμένο πρόγραμμα μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί τον πιο αντικειμενικό ίσως τρόπο συγκέντρωσης των απαραίτητων πληροφοριών για επιτυχημένη διοίκηση. Παράλληλα, συμβάλλει στον προσδιορισμό των αναγκών και επιθυμιών του πελάτη και βελτιώνει την επικοινωνία με αυτόν, ενώ ενδυναμώνει τη διοίκηση, ενθαρρύνει τις καινοτομίες, ενισχύει το ηθικό του προσωπικού, τεκμηριώνει την εργασία, δίνει κίνητρα για αύξηση της παραγωγικότητας και διευκολύνει την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων που γίνονται στον οργανισμό. Στα πλαίσια αυτά, ο οργανισμός μπορεί να δει κατά πόσον οι υπηρεσίες του ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών και ποιες διαστάσεις της ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν, καθώς και ποια είναι τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του, ούτως ώστε να γίνει ανταγωνιστικός. Γι' αυτό και η επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας τοποθετεί τον πελάτη και τις ανάγκες του στο επίκεντρο των ενεργειών που γίνονται για βελτίωση της ποιότητας (Παπανικολάου, 2007). Ένας τέτοιος οργανισμός που καλείται να εκτιμήσει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες των εξωτερικών χρηστών/πελατών του είναι και η ΥΥΚ.

1.2.4 Η Υγειονομική Υπηρεσία Κύπρου

Η ΥΥΚ υπάγεται στις Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας Κύπρου. Οι δραστηριότητες της Υγειονομικής Υπηρεσίας άρχισαν οργανωμένα στην Κύπρο στις αρχές του 20ου αιώνα. Αρχικά περιελάμβαναν κυρίως την εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη και την καταστολή μεταδοτικών νοσημάτων, όπως μαλάρια, ιλαρά, τυφοειδής πυρετός, λειψμανίαση, διφθερίτιδα, μηνιγγίτιδα και φυματίωση. Την εποχή αυτή εφαρμόστηκαν επίσης προγράμματα για την καταπολέμηση των κουνουπιών, τόσο στο στάδιο της προνύμφης, όσο και του τέλειου εντόμου, την καταπολέμηση της ποντίκας, την επίβλεψη και διατήρηση των υγειονομικών συνθηκών σε σπίτια και άλλα υποστατικά, καθώς και την εφαρμογή της καραντίνας στους διάφορους διασυνοριακούς σταθμούς (λιμάνια) για παρεμπόδιση εισαγωγής της πανώλης και της χολέρας, νοσήματα τα οποία ενδημούσαν τότε στις γειτονικές περιοχές (ΥΥΚ, 2016).

Με την ίδρυση της Σχολής των Υγειονομικών Επιθεωρητών το 1939 και την μετέπειτα εργοδότηση των αποφοίτων της από τις Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας δημιουργήθηκαν οι Υγειονομικές Υπηρεσίες, οι οποίες αποτελούσαν ένα οργανωμένο κρατικό μηχανισμό που κύριος στόχος του ήταν η διασφάλιση της Δημόσιας και Περιβαλλοντικής Υγιεινής με την ευρύτερη της έννοια. Πρώτος μεγάλος στόχος και επιδίωξη των Υγειονομικών Υπηρεσιών ήταν η καταπολέμηση των ανωφελών κουνουπιών και η μείωση των κρουσμάτων της μαλάριας, η οποία αποτελούσε πραγματική μάστιγα την εποχή εκείνη, τόσο στην Κύπρο, όσο και στις γειτονικές χώρες. Έτσι το 1945 ξεκίνησε το γνωστό "Malaria Eradication Program", ένα πρόγραμμα που αποσκοπούσε αφενός στον ψεκάσμό όλων των στάσιμων και σιγοτρεχούμενων νερών και την καταπολέμηση (προνυμφοκτονία) των ανωφελών κουνουπιών και αφετέρου στην χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής στους ασθενείς. Το πρόγραμμα τελείωσε το 1949-50 με πλήρη επιτυχία και έτσι η Κύπρος ανακηρύχθηκε επίσημα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως 'ελεύθερη' από την μαλάρια. Έκτοτε συνεχίζεται πρόγραμμα συντήρησης με την επωνυμία 'Maintenance Phase', ούτως ώστε να παρεμποδιστεί η επανεισαγωγή κουνουπιών, καθώς και της ασθένειας στην Κύπρο (ΥΥΚ, 2016).

Στην συνέχεια, η ΥΥΚ άρχισε να δίνει σημασία και σε άλλους τομείς και δραστηριότητες όπως (ΥΥΚ, 2016):

- Καταπολέμηση του τυφοειδούς πυρετού, στις δεκαετίες του 50 και 60, μέσα από εκστρατεία διαφώτισης του κοινού σχετικά με την σημασία της δημιουργίας αποχωρητηρίων και της απολύμανσης αυτών με ασβέστη, αλλά και ασκώντας πίεση προς τις άλλες υπηρεσίες ώστε να δημιουργηθεί σε εθνικό επίπεδο δίκτυο παροχής διασωληνομένου νερού του οποίου η ποιότητα θα ελέγχεται από την ΥΥΚ.
- Διάφορα προγράμματα που είχαν σαν σκοπό τον μαζικό εμβολιασμό κατά διαφόρων νοσημάτων όπως η ευλογιά, η πολιομυελίτιδα και η διφθερίτιδα.
- Οργάνωση των υγειονομικών συνθηκών στις κτηνοτροφικές περιοχές με σωστή διάθεση της κοπριάς, ούτως ώστε να αποτρέπεται η εκκόλαψη των μυγών, καθώς και η δημιουργία ειδικών χώρων για αποτέφρωση ή ενταφιασμό των νεκρών ζώων.
- Επίβλεψη της διάθεσης των οικιακών, βιομηχανικών και άλλων αποβλήτων, καθώς και πίεση για εξεύρεση κατάλληλων χώρων για διάθεση.
- Επίβλεψη των υγειονομικών συνθηκών στους διάφορους χώρους παρασκευής και πώλησης τροφίμων, καθώς και της ποιότητας των τροφίμων.
- Υγειονομική διαφώτιση.

Σήμερα, όπως αναφέρεται στην επίσημη ιστοσελίδα της, η ΥΥΚ έχει σαν αποστολή την λήψη προληπτικών μέτρων υγιεινής σε ένα ευρύ φάσμα του τομέα της περιβαλλοντικής υγιεινής, ενώ σε στενή συνεργασία με άλλες εμπλεκόμενες κυβερνητικές υπηρεσίες και τις τοπικές αρχές δραστηριοποιείται σε διάφορους τομείς που περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (ΥΥΚ, 2016):

- Έλεγχος των τροφίμων και των επιχειρήσεων τροφίμων: η ΥΥΚ εφαρμόζει και ελέγχει την νέα εναρμονισμένη νομοθεσία για τα τρόφιμα και σε συνεργασία με όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη αναπτύσσει μια ενιαία και ολοκληρωμένη πολιτική για τη διασφάλιση της ασφάλειας των τροφίμων. Η πολιτική αυτή βασίζεται στα νέα δεδομένα που παρουσιάζονται λόγω της ένταξης της Κύπρου στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), αλλά και εξαιτίας της συνεχούς ανάπτυξης της βιομηχανίας τροφίμων σε παγκόσμιο επίπεδο, ως αποτέλεσμα της χρήσης νέων τεχνολογιών για την παραγωγή, επεξεργασία και διατήρηση τροφίμων και την υιοθέτηση νέων μεθόδων ελέγχου από τις αρμόδιες αρχές. Η πολιτική αναπτύσσεται έχοντας σαν βάση τις αρχές για α) προστασία της υγείας των πολιτών κατά την κατανάλωση τροφίμων και διασφάλιση της ποιότητας των

τροφίμων που παράγονται στην Κύπρο ή εισάγονται από άλλες χώρες, β) καλύτερη ενημέρωση των καταναλωτών, τόσο σε σχέση με τα τρόφιμα που καταναλώνουν, όσο και για τυχόν κινδύνους από τρόφιμα που δυνατό να βρίσκονται σε κυκλοφορία στην κυπριακή αγορά, γ) μεγαλύτερη ικανοποίηση των προσδοκιών των καταναλωτών, όσον αφορά την ποιότητα των τροφίμων, δ) καλύτερο έλεγχο από την αρμόδια αρχή (Υπουργείο Υγείας - Υγειονομικές Υπηρεσίες) όλης της παραγωγικής διαδικασίας και κατά τη διάρκεια όλων των δραστηριοτήτων της βιομηχανίας τροφίμων.

- Πρόληψη και διερεύνηση κρουσμάτων μολυσματικών ασθενειών: διεξαγωγή προγραμμάτων για τη διασφάλιση της ασφάλειας των τροφίμων και του νερού και πρόληψη της μετάδοσης τροφογενών και υδατογενών ασθενειών. Στα πλαίσια αυτά διενεργούνται επιδημιολογικές έρευνες για εντοπισμό της πηγής μόλυνσης διαφόρων ασθενειών και για αποφυγή εκδήλωσης νέων κρουσμάτων. Λαμβάνονται επίσης μέτρα για παρεμπόδιση της εισαγωγής στην Κύπρο μολυσματικών ασθενειών, ενώ όσον αφορά τη πρόληψη εφαρμόζεται συστηματικά πρόγραμμα επιμόρφωσης του κοινού, καθώς και συγκεκριμένων επαγγελματιών ομάδων (π.χ. χειριστές τροφίμων).
- Παρακολούθηση και έλεγχος της ποιότητας του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης.
- Καταπολέμηση εντόμων ιατρικής σπουδαιότητας και παρακολούθηση των επιπτώσεων στη Δημόσια Υγεία, μέσω του εργαστηρίου Ιατρικής Εντομολογίας, με ιδιαίτερη έμφαση στην ανθελνοσοσιακή εργασία.
- Επιθεώρηση και έλεγχος δημοσίων και ιδιωτικών χώρων, με ιδιαίτερη έμφαση σε ξενοδοχεία και κέντρα αναψυχής.
- Υγειονομική διαφώτιση σχετικά με θέματα του τομέα της υγείας.
- Έλεγχος της υγειονομικής κατάστασης των κτηνοτροφικών υποστατικών για πρόληψη και αποφυγή ανθυγιεινών καταστάσεων.
- Έλεγχος των δημόσιων κολυμβητικών δεξαμενών και των θαλάσσιων περιοχών λουομένων, καθώς και εφαρμογή προγραμμάτων παρακολούθησης της ποιότητας των νερών των κολυμβητικών δεξαμενών.
- Έλεγχος της παρασκευής και διάθεσης απορρυπαντικών με βάση τη νέα εναρμονιστική νομοθεσία.
- Διερεύνηση παραπόνων πολιτών που σχετίζονται με διάφορα υγειονομικά προβλήματα και λήψη διορθωτικών μέτρων εκεί που επιβάλλεται.

- Έλεγχος του καπνίσματος και των καπνικών προϊόντων και εφαρμογή της σχετικής με το κάπνισμα νομοθεσίας.

Παράλληλα, η ΥΥΚ συμμετέχει και στις πιο κάτω Επιτροπές:

- Συμβούλιο Τροφίμων
- Συμβούλιο Ασφάλειας Τροφίμων
- Μόνιμη Επιτροπή για την Τροφική Αλυσίδα και την Υγεία των Ζώων (ΕΕ): α) Γενική Νομοθεσία Τροφίμων, β) Τοξικολογική Ασφάλεια Τροφίμων και γ) Γενετικά Τροποποιημένα Τρόφιμα.
- Ομάδα Εργασίας για το Νόμο των Τροφίμων και την Ιχνηλασιμότητα (ΕΕ)
- Ομάδα Εργασίας για τους Γενετικά Τροποποιημένους Οργανισμούς και τα Νεωτεριστικά Τρόφιμα (ΕΕ)
- Ομάδα Εργασίας για τη Σήμανση των Τροφίμων (ΕΕ)
- Ομάδα Εργασίας και Επιτροπή για τα Απορρυπαντικά (ΕΕ)
- Ομάδα Εργασίας για το Πόσιμο Νερό (ΕΕ)
- Επιτροπή Εκπαίδευσης Προσωπικού - ΤΑΙΕΧ, (ΕΕ)
- Επιστημονική Επιτροπή Αξιολόγησης Κινδύνων για τα τρόφιμα
- Εθνική Επιτροπή για την Ασφάλεια των Τροφίμων HACCP
- Επιτροπή χορηγιών αναφορικά με το σύστημα HACCP (Υπουργείο Εμπορίου Βιομηχανίας και Τουρισμού)
- Επιτροπή Ξενοδοχείων και Τουριστικών Καταλυμάτων (ΚΟΤ)
- Επιτροπή Κέντρων Αναψυχής
- Επιτροπή Αξιολόγησης Προσφορών Τροφίμων του Υπουργείου Οικονομικών
- Επιτροπή Αξιολόγησης Προσφορών Τροφίμων της Εθνικής Φρουράς
- Επιτροπή Βιολογικών Προϊόντων
- Επιτροπή για προδιαγραφές τροφίμων Εθνικής Φρουράς
- Συμβούλιο Κυπριακού Οργανισμού Προώθησης Ποιότητας
- Κεντρική Επιτροπή Σχολικών Κυλικείων
- Υποεπιτροπή Διαφώτισης για τη Διατροφή
- Συμβουλευτική Επιτροπή Διαχείρισης Αποβλήτων
- Επιτροπή για τη Βιομηχανική Ρύπανση και Επιπτώσεις στην Υγεία
- Συμβούλιο Ζωοτροφών (Τμήμα Γεωργίας)
- Ομάδα εργασίας για τον Εσωτερικό Έλεγχο

Ειδικά όσον αφορά τα τρόφιμα, με την ένταξη της Κύπρου στην ΕΕ, το εθνικό νομοθετικό σύστημα εναρμονίστηκε πλήρως με το αντίστοιχο «κοινοτικό δίκαιο», δηλαδή το σύνολο των κανόνων που θεσπίζονται στο πλαίσιο της ΕΕ. Το ισχύον δίκαιο αποτελείται, τόσο από το κοινοτικό, όσο και από το εθνικό δίκαιο αναφορικά με τα τρόφιμα. Το εθνικό δίκαιο περιλαμβάνει τους νόμους, τους κανονισμούς και τα διατάγματα, δηλαδή νομοθετήματα τα οποία υιοθετούν αντίστοιχες οδηγίες. Το κοινοτικό δίκαιο περιλαμβάνει, κατά κύριο λόγο, τη Συνθήκη Εγκαθίδρυσης της ΕΕ, καθώς και τις πράξεις που εκδίδουν τα θεσμικά όργανα κατά την εφαρμογή της συνθήκης, όπως τις οδηγίες, τους κανονισμούς και τις αποφάσεις. Στις πηγές του κοινοτικού δικαίου περιλαμβάνεται και η νομολογία του Δικαστηρίου (ΥΥΚ, 2016).

Αναλυτικότερα, το κοινοτικό δίκαιο περιλαμβάνει τα πιο κάτω από τη Συνθήκη Εγκαθίδρυσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΥΥΚ, 2016):

- Οδηγίες (Directives): στο κοινοτικό δίκαιο, 'οδηγία' καλείται μια πράξη κανονιστικού χαρακτήρα που δεσμεύει κάθε κράτος μέλος στο οποίο απευθύνεται, όσον αφορά το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, αλλά παράλληλα αφήνει την επιλογή του τύπου και των μέσων στην κρίση των κρατών μελών. Οι οδηγίες μπορούν να εκδοθούν στο πλαίσιο της συνθήκης εγκαθίδρυσης της ΕΕ είτε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, είτε από το Συμβούλιο, είτε από την Επιτροπή. Αφού εκδοθούν, οι κοινοτικές οδηγίες πρέπει να ενσωματωθούν στην εσωτερική νομοθεσία κάθε κράτους μέλους, δηλαδή πρέπει να τεθούν σε εφαρμογή με εθνικούς νόμους, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα που προτείνει η κάθε οδηγία.
- Κανονισμοί (Regulations): στο κοινοτικό δίκαιο, 'κανονισμός' σημαίνει μια πράξη γενικής ισχύος, δεσμευτική ως προς όλα τα μέρη της, η οποία ισχύει άμεσα σε κάθε κράτος μέλος. Οι κανονισμοί μπορούν να εκδοθούν στο πλαίσιο της συνθήκης, είτε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, είτε από το Συμβούλιο, είτε από την Επιτροπή. Χαρακτηριστικό του κανονισμού είναι η άμεση εφαρμογή του, δηλαδή δεν χρειάζεται να μεταφερθεί στην εθνική νομοθεσία, ενώ αμέσως συνεπάγεται δικαιώματα ή επιβάλλει υποχρεώσεις. Ως εκ τούτου, οι κανονισμοί από την 1.5.2004 αποτελούν, ως έχουν, μέρος της κυπριακής έννομης τάξης, ενώ δεν χρειάζεται να γίνει οποιαδήποτε νομοθετική

ρύθμιση πέραν της ποινικοποίησης εκείνων των άρθρων που προνοούν υποχρεώσεις σε πολίτες ή οργανισμούς και επιχειρήσεις.

- Αποφάσεις (Decisions): στο κοινοτικό δίκαιο, «απόφαση» καλείται μια πράξη κανονιστικού χαρακτήρα που είναι υποχρεωτική ως προς όλα τα μέρη της για τους αποδέκτες που ορίζει. Μια απόφαση μπορεί να εκδοθεί στο πλαίσιο της συνθήκης, είτε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, είτε από το Συμβούλιο είτε από την Επιτροπή. Οι αποφάσεις τέθηκαν σε εφαρμογή στην Κύπρο από την 1.5.2004.
- Συστάσεις (Recommendations): στο κοινοτικό δίκαιο, «σύσταση» καλείται μια κανονιστική πράξη με χαρακτήρα κινήτρου που δεν δεσμεύει τους αποδέκτες της. Συνεπώς, η σύσταση επιτρέπει στην Επιτροπή (ή στο Συμβούλιο) να απευθύνεται κατά μη εξαναγκαστικό τρόπο στα κράτη μέλη καθώς και, σε ορισμένες περιπτώσεις, στους πολίτες της Ένωσης.

Η νομοθεσία που αφορά την ΥΓΚ του Υπουργείου Υγείας αποτελείται, όπως προαναφέρθηκε, από το εθνικό και κοινοτικό δίκαιο. Το δεύτερο σκέλος αφορά τους κοινοτικούς κανονισμούς και τις αποφάσεις που όπως αναφέρθηκε πιο πάνω εφαρμόζονται ως έχουν από την 1.5.2004. Βέβαια, η ύπαρξη νομοθεσίας δεν συνεπάγεται απαραίτητα και ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών της ΥΓΚ, καθώς και ικανοποίηση από τους χρήστες των υπηρεσιών, πράγμα που επιβάλλει περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

1.3 Σκοπός, Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα

Με βάση τα πιο πάνω, παρουσιάζονται στη συνέχεια ο σκοπός και οι στόχοι της παρούσας διατριβής, καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν.

1.3.1 Σκοπός και Στόχοι

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών από την ΥΓΚ, ούτως ώστε να σχεδιαστούν παρεμβάσεις για την αύξηση της ικανοποίησης τους και έτσι να βελτιστοποιηθεί η λειτουργία της ΥΓΚ με παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

Οι επί μέρους στόχοι είναι οι ακόλουθοι:

- Η περιγραφή της πρακτικής που ακολουθείται από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς της ΥΥΚ κατά τον επιτόπιο έλεγχο σε υποστατικά, από την οπτική γωνιά των χρηστών.
- Η περιγραφή και ανάλυση των απόψεων που έχουν οι χρήστες για τις υπηρεσίες που παρέχονται από την ΥΥΚ.
- Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από την ΥΥΚ.
- Ο εντοπισμός των παραγόντων που θα μπορούσαν να συμβάλουν θετικά στην αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών από την ΥΥΚ.

1.3.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Με βάση τον πιο πάνω σκοπό και τους στόχους της παρούσας διατριβής, τίθενται τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποια είναι η πρακτική που ακολουθείται από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς της ΥΥΚ κατά τον επιτόπιο έλεγχο σε υποστατικά;
2. Ποιες είναι οι απόψεις των χρηστών για την ΥΥΚ;
3. Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες που παρέχονται από την ΥΥΚ;
4. Με ποιους τρόπους θα μπορούσε να αυξηθεί η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες που παρέχονται από την ΥΥΚ;

1.4 Περιορισμοί

Οι κύριοι περιορισμοί της έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

- Λόγω του περιορισμένου χρόνου, η έρευνα διεξήχθη μόνο ανάμεσα σε χρήστες υπηρεσιών που παρέχονται από την ΥΥΚ κατά τον επιτόπιο έλεγχο σε υποστατικά, αν και η ΥΥΚ παρέχει και άλλες υπηρεσίες, όπως έλεγχος των δημόσιων κολυμβητικών δεξαμενών και των θαλάσσιων περιοχών λουομένων, έλεγχος της παρασκευής και διάθεσης απορρυπαντικών και διερεύνηση παραπόνων πολιτών.
- Δεν έγινε σύγκριση με τις απόψεις χρηστών, όσον αφορά άλλες υπηρεσίες υγείας, αφού κάτι τέτοιο δεν φαινόταν να συνάδει με τους σκοπούς της παρούσας διατριβής.
- Αν και ικανοποίηση των εσωτερικών χρηστών, δηλαδή του προσωπικού, αποτελεί σημαντική παράμετρο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, για λόγους

χρονικών περιορισμών εξετάστηκαν μόνο οι απόψεις των εξωτερικών χρηστών των υπηρεσιών του ΥΥΚ.

- Η έρευνα ήταν μόνο περιγραφική, επομένως δεν διερευνήθηκαν σε βάθος τα αίτια που καθορίζουν τις απόψεις των χρηστών για την ΥΥΚ, ούτε και οι λόγοι που καθορίζουν το επίπεδο ικανοποίησής τους.

Κεφάλαιο 2

Μεθοδολογία

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Στα πλαίσια αυτά, εξηγούνται οι λόγοι που επιλέχθηκε να διεξαχθεί έρευνα επισκόπησης, περιγράφεται το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, ο τρόπος δειγματοληψίας και το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα, γίνεται αναφορά σε θέματα διαδικασίας, δεοντολογίας, εγκυρότητας και αξιοπιστίας και επεξηγείται ο τρόπος ανάλυσης των δεδομένων.

2.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Με βάση το σκοπό και τους στόχους της παρούσας διατριβής, θεωρήθηκε ότι έπρεπε να χρησιμοποιηθεί ποσοτική μεθοδολογία, αφού η ποσοτική μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών είναι και η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος για τη μέτρηση της ικανοποίησης. Η ποσοτική μέτρηση της ικανοποίησης αντιστοιχεί με τη μέτρηση των ερεθισμάτων, των κρίσεων και των αντιδράσεων των χρηστών δια μέσου αριθμητικών αναπαραστάσεων. Συνήθως περιλαμβάνει κλίμακες με διαβαθμίσεις από το αρνητικό στο θετικό, από την πλήρη διαφωνία στην πλήρη συμφωνία ή από τη δυσαρέσκεια στην ικανοποίηση (Παπανικολάου, 2007). Στα πλαίσια αυτά διεξήχθη έρευνα επισκόπησης (survey), ούτως ώστε να εξεταστούν οι απόψεις και οι τάσεις των χρηστών, καθώς και πιθανές σχέσεις και διαφορές και να γίνουν γενικεύσεις (Cohen, Manion & Morrison, 2008· Creswell, 2011).

Κατ' ακρίβεια, η έρευνα επισκόπησης αποτελεί μια ευρέως διαδεδομένη μέθοδο συλλογής πληροφοριών. Επειδή η επισκόπηση χρησιμοποιείται για την περιγραφή, σύγκριση και επεξήγηση της γνώσης, των συναισθημάτων, των αξιών, των προτιμήσεων και της συμπεριφοράς σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο (Mitchell & Jolley, 2007· Fink, 2009), φάνηκε να συνάδει με τους σκοπούς της παρούσας διατριβής.

Εκτός αυτού, η επισκόπηση αποτελεί μια οικονομική και αποδοτική μέθοδο συγκέντρωσης όγκου δεδομένων και εκπροσώπησης ενός μεγάλου πληθυσμού-στόχου, όπως είναι ο πληθυσμός των χρηστών των υπηρεσιών της ΥΥΚ. Παράλληλα, η έρευνα επισκόπησης παρέχει τη δυνατότητα για εξαγωγή περιγραφικών, συμπερασματικών και επεξηγηματικών αποτελεσμάτων, ενώ μπορεί να χειριστεί παράγοντες-κλειδιά και μεταβλητές, ώστε να αποκομίσει συχνότητες, να συγκεντρώσει τυποποιημένα δεδομένα και να εξακριβώσει συσχετισμούς (Coolican, 2002· Cohen et al., 2008).

Αν και μια διαχρονική έρευνα (longitudinal research) ίσως να ήταν πιο χρήσιμη, αφού θα πρόσφερε την ευκαιρία για καλύτερη παρατήρηση των τάσεων και για πιθανές αλλαγές των απόψεων των χρηστών (Cohen et al., 2008), για λόγους εξοικονόμησης χρόνου προτιμήθηκε να γίνει συγχρονική έρευνα (cross-sectional research). Εξάλλου, η συγχρονική έρευνα έχει μικρότερο κόστος, παράγει πορίσματα πιο γρήγορα και έχει αυξημένες πιθανότητες να διασφαλίσει τη συνεργασία των συμμετεχόντων, αφού αποφεύγεται η δέσμευση για συνέχιση της συμμετοχής τους στο μέλλον (Cohen et al., 2008· Creswell, 2011). Έτσι τελικά η παρούσα έρευνα διαμορφώθηκε σε συγχρονική έρευνα επισκόπησης (cross-sectional survey).

2.2 Ερευνητικά Εργαλεία

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, θεωρήθηκε ότι έπρεπε να δοθεί ερωτηματολόγιο, το οποίο είναι ένα εύχρηστο και αρκετά εύκολο ως προς την ανάλυση ερευνητικό εργαλείο, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την γρήγορη συγκέντρωση πολλών δεδομένων ταυτόχρονα. Γι' αυτό το λόγο εξάλλου χρησιμοποιείται συχνά στις έρευνες επισκόπησης και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η μεταβλητή που μετριέται είναι η ικανοποίηση των χρηστών (Παπανικολάου, 2007· Robson, 2002· Cohen et al., 2008). Βέβαια, το ερωτηματολόγιο έπρεπε να μπορεί να συμπληρωθεί εύκολα και γρήγορα από τους συμμετέχοντες και να ελαχιστοποιεί τα πιθανά σφάλματα, καθώς και να είναι αξιόπιστο, έγκυρο και απλό, ώστε να διασφαλίζει ότι συλλέγονται ακριβείς πληροφορίες, ενώ παράλληλα να έχει υψηλό δείκτη ανταποκρισιμότητας (response rate). Έπρεπε επίσης να είναι σαφές, χωρίς αοριστίες, ενδιαφέρον, να ενθαρρύνει τη συνεργασία και να εκμαιεύει απαντήσεις, όσο το δυνατόν πιο κοντά στην αλήθεια, ενώ ταυτόχρονα να είναι σύμφωνο με την ηθική δεοντολογία. Επειδή οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου αποσπούν μεγαλύτερο πλούτο πληροφοριών, ενώ οι ερωτήσεις κλειστού τύπου, είναι πιο εύκολο να απαντηθούν, να κωδικοποιηθούν και να αναλυθούν, ενώ

επιδέχονται ομοιόμορφο χειρισμό, αποφασίστηκε το ερωτηματολόγιο να είναι ημιδομημένο και να περιέχει ερωτήσεις και ανοικτού και κλειστού τύπου (Javeau, 2000· Coolican, 2004).

Βέβαια, δεδομένου ότι δεν βρέθηκαν άλλες έρευνες που να εξετάζουν το θέμα της ικανοποίησης από την ΥΥΚ ή άλλη υγειονομική υπηρεσία, δεν κατέστη δυνατό να εντοπιστεί κανένα έτοιμο ερωτηματολόγιο που να εξετάζει το θέμα αυτό. Γι' αυτό αποφασίστηκε να κατασκευαστεί ένα ερωτηματολόγιο από την ερευνήτρια, με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία για την ποιότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες και την ικανοποίηση των χρηστών (π.χ. Παπανικολάου, 2007· Ραφτόπουλος, 2009). Η καταλληλότητα του ερωτηματολογίου για το συγκεκριμένο πληθυσμό και η ευκρίνεια των ερωτήσεων ελέγχθηκαν πρώτα πιλοτικά σε μικρό δείγμα χρηστών από υποστατικά που δεν θα συμμετείχαν στην έρευνα, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές που θα πρότειναν οι συμμετέχοντες, και έτσι να είναι το ερωτηματολόγιο κατανοητό και να προάγει την ανταποκρισιμότητα (Javeau, 2000· Lewin, 2005· Mitchell & Jolley, 2007· Fink, 2009).

Το τελικό ερωτηματολόγιο αποτελείτο από τρία μέρη (βλ. παράρτημα Α). Στο πρώτο μέρος ζητούνταν πληροφορίες για την επιχείρηση όπου εργάζονταν οι συμμετέχοντες, ενώ στα άλλα δύο μέρη, διερευνήθηκαν οι απόψεις των συμμετεχόντων για την ΥΥΚ, καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης τους σε διάφορες περιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα τα δύο τελευταία μέρη περιέλαβαν τα ακόλουθα:

- Μέρος Β': Απόψεις των χρηστών για την ΥΥΚ, για τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνταν να δηλώσουν σε κλίμακα τύπου Likert το επίπεδο συμφωνίας τους με συγκεκριμένες δηλώσεις, χρησιμοποιώντας πέντε διαβαθμίσεις που ξεκινούσαν από το 'διαφωνώ απόλυτα' μέχρι το 'συμφωνώ απόλυτα' (δειγματική δήλωση: 'Πιστεύω ότι η ΥΥΚ είναι απαραίτητη για την προστασία της υγείας του κοινού').
- Μέρος Γ': Δηλώσεις αξιολόγησης της ΥΥΚ, για τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνταν να ορίσουν το βαθμό ικανοποίησης τους ξεκινώντας από το 0 (=καθόλου ικανοποιημένος) μέχρι το 4 (=πάρα πολύ ικανοποιημένος), απαντώντας στην ερώτηση 'Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένος/η από τα πιο κάτω;' (δειγματική δήλωση: 'Συμπεριφορά του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού'). Στο ίδιο μέρος, οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν όπως ήθελαν στην ερώτηση 'Ποιες αλλαγές νομίζετε ότι πρέπει να

γίνουν για να είμαστε περισσότερο ικανοποιημένος/η από την Υγειονομική Υπηρεσία Κύπρου;’.

2.3 Δειγματοληψία και Δείγμα

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν τα 2300 υποστατικά που επιθεωρούνται από την ΥΥΚ που εδρεύει στη Λευκωσία. Για να αποφευχθεί η προκατάληψη λόγω σφάλματος στη δειγματοληψία, αποφασίστηκε να επιλεγεί το δείγμα με απλή τυχαία δειγματοληψία (Cohen et al., 2008· Creswell, 2011). Στα πλαίσια αυτά, τα υποστατικά που θα συμμετείχαν στην έρευνα μπήκαν σε κλήρωση. Για να επιτευχθεί επίπεδο εμπιστοσύνης 95% και διάστημα εμπιστοσύνης 10%, έπρεπε να συμμετάσχουν στην έρευνα 93 υποστατικά (Coolican, 2004· Robson, 2002). Ως εκ τούτου αποφασίστηκε να επιλεγούν 120 υποστατικά, όπου δόθηκαν ερωτηματολόγια για να συμπληρωθούν από τον υπεύθυνο της κάθε επιχείρησης. Τελικά επιστράφηκαν συμπληρωμένα 101 ερωτηματολόγια. Επομένως το ποσοστό ανταποκρισιμότητας ήταν 84%.

2.4 Διαδικασία, Δεοντολογία, Εγκυρότητα, Αξιοπιστία

Η διαδικασία κατασκευής, διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκησε περίπου ένα μήνα. Πριν να δοθεί το τελικό ερωτηματολόγιο, έγινε πιλοτικός έλεγχος με μικρό δείγμα 10 χρηστών υπηρεσιών της ΥΥΚ που δεν θα συμμετείχαν στην έρευνα (Cohen et al., 2008· Creswell, 2011). Αφού έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις και ετοιμάστηκε το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιείτο στην έρευνα, προσεγγίστηκαν οι διευθυντές των υποστατικών στα οποία κληρώθηκε να δοθούν ερωτηματολόγια, ούτως ώστε να εξασφαλιστεί άδεια για τη διανομή των ερωτηματολογίων, να εξηγηθούν οι σκοποί της έρευνας και να διευκρινιστεί ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν επί εθελοντικής βάσης, και έτσι να διασφαλιστεί η πληροφορημένη συναίνεση. Στη συνέχεια, διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια μαζί με φάκελο για να τοποθετηθεί το απαντημένο ερωτηματολόγιο, ούτως ώστε το ερωτηματολόγιο να παραμείνει ανώνυμο. Αφού συγκεντρώθηκαν όλοι οι φάκελοι με τα απαντημένα ερωτηματολόγια, ανακατεύτηκαν, ούτως ώστε να διασφαλιστεί πλήρως η ανωνυμία των συμμετεχόντων, και μετά ανοίχτηκαν. Τα απαντημένα ερωτηματολόγια κωδικοποιήθηκαν για να τύχουν της ανάλογης στατιστικής επεξεργασίας (Robson, 2002· Cohen et al., 2008· Creswell, 2011).

Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες στρατηγικές για την εξουδετέρωση των συνηθισμένων απειλών της εγκυρότητας (Cohen et al., 2008· Creswell, 2011):

- Προσεκτική κατασκευή του ερωτηματολογίου, ούτως ώστε να αποφευχθούν συχνά λάθη, όπως οι ερωτήσεις με διπλή άρνηση.
- Πιλοτικός έλεγχος των ερωτηματολογίων.
- Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.
- Πληροφορημένη συναίνεση.
- Ακρίβεια και διαφάνεια στην περιγραφή των δεδομένων με την παράθεση αριθμητικών μέτρων, καθώς και δειγματικών αποτελεσμάτων στο παράρτημα Γ από την ανάλυση που έγινε με το SPSS.

2.5 Ανάλυση Δεδομένων

Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS, το οποίο αποτελεί ένα συνηθισμένο πρόγραμμα ανάλυσης δεδομένων, ενώ θεωρείται ότι εξάγει αποτελέσματα που διακρίνονται από ακρίβεια (Field, 2009). Στόχος ήταν να περιγραφούν οι απόψεις και η πρακτική των συμμετεχόντων με μέτρα κεντρικής τάσης και μεταβλητότητας, καθώς και να ελεγχθούν υποθέσεις και να εξεταστούν επαγωγικά πιθανές συσχετίσεις και διαφορές με παραμετρικούς και μη παραμετρικούς ελέγχους, ανάλογα με το είδος των μεταβλητών και το βαθμό ικανοποίησης των προϋποθέσεων που απαιτούνταν για κάθε έλεγχο (Field, 2009· Fink, 2009). Οι αναλύσεις που έγιναν παρουσιάζονται στους πίνακες 2 και 3. Στο παράρτημα Β επισυνάπτονται δειγματικά κάποια από τα αποτελέσματα του SPSS.

Περιγραφική Στατιστική		
Μέτρο		Παράδειγμα
Μέτρα κεντρικής τάσης	Επικρατούσα τιμή	Δηλώσεις μέρους Β΄
	Μέση τιμή	Αριθμός εργαζομένων
Μέτρα διασποράς	Εύρος	Αριθμός εργαζομένων
	Τυπική απόκλιση	Αριθμός εργαζομένων
Συχνότητα		Αν έγιναν καταγγελίες
Κατανομή		Αριθμός εργαζομένων

Πίνακας 2. Περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Επαγωγική Στατιστική		
Έλεγχος	Κριτήριο	Προϋποθέσεις

Παραμετρικός	T-test ANOVA Pearson correlation	Τυχαίο δείγμα Μία ή δύο αριθμητικές μεταβλητές ανάλογα Κανονική κατανομή Ανεξαρτησία χαρακτηριστικών των ομάδων Ισότητα των διασπορών
Μη παραμετρικός	Chi-square	Κατηγορικές μεταβλητές Κάθε περίπτωση σε ένα κελί του πίνακα μόνο Η συχνότητα σε κάθε κελί να είναι πάνω από 5

Πίνακας 3. Επαγωγική στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

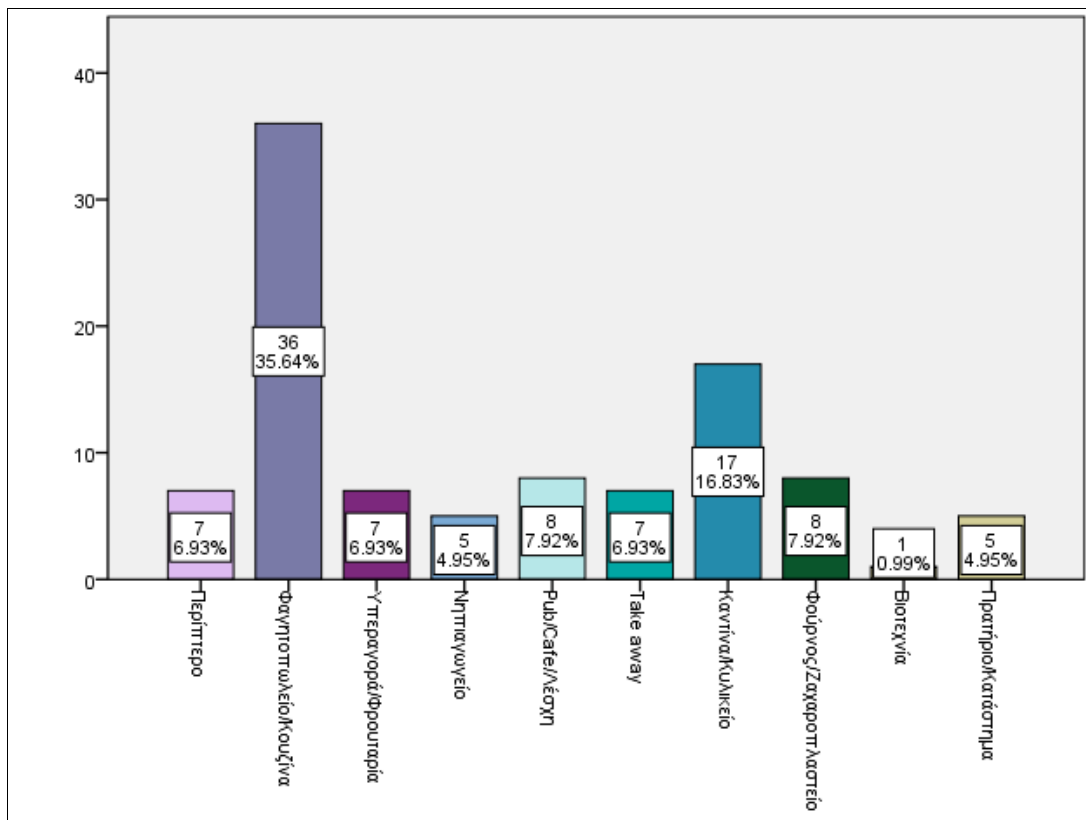
Κεφάλαιο 3

Εμπειρική εφαρμογή

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν κατά την έρευνα επισκόπησης ανάμεσα στους υπεύθυνους των επιχειρήσεων που συμμετείχαν στην έρευνα. Αρχικά παρατίθενται στοιχεία για τις επιχειρήσεις και τη σχέση τους με την ΥΓΚ και στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απόψεις των συμμετεχόντων και το επίπεδο ικανοποίησης τους από την ΥΓΚ. Ακολούθως εξετάζονται διαφορές και συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών.

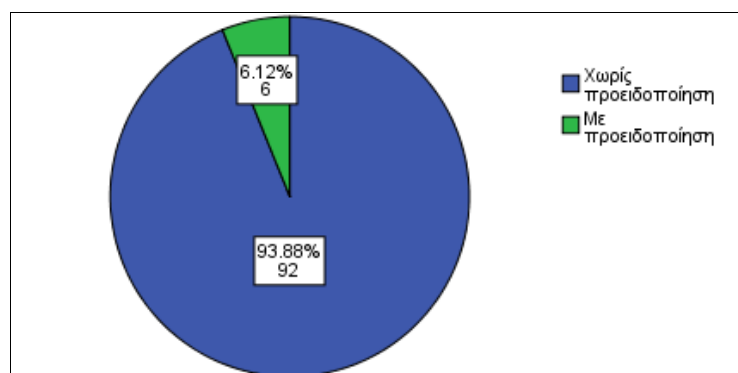
3.1 Στοιχεία των Επιχειρήσεων

Στην έρευνα πήραν μέρος 101 επιχειρήσεις, εκ των οποίων το ένα τρίτο ήταν φαγητοπωλεία και κουζίνες (35,6%). Ακολουθούσαν οι κινητές καντίνες και τα κυλικεία (16,8%), ενώ πολύ λιγότερες επιχειρήσεις ήταν μπουραρίες, καφετέριες ή λέσχες (7,9%), φούρνοι και ζαχαροπλαστεία (7,9%), περίπτερα (6,9%), υπεραγορές ή φρουταρίες (6,9%), take away (6,9%), νηπιαγωγεία (5%), πρατήρια ή καταστήματα (5%) και μία βιοτεχνία (1%). Οι επιχειρήσεις συμμετείχαν μέσω των ατόμων που ήταν υπεύθυνα για την παραγωγή ή πώληση των τροφίμων. Κατά μέσο όρο οι επιχειρήσεις που συμμετείχαν στην έρευνα απασχολούσαν 5 υπαλλήλους (M.O.= 5,46 και T.A.= 5.34), με μέγιστο αριθμό υπαλλήλων τους 30 και ελάχιστο αριθμό τον ένα υπάλληλο. Οι ΥΓΚ επιθεωρούσαν τους συμμετέχοντες στα πλαίσια του τυπικού ελέγχου που γίνεται ετησίως, με μέσο όρο επισκέψεων περίπου 2 επισκέψεις (M.O.= 2,65 και T.A.= 0,69), ενώ ο ελάχιστος αριθμός επισκέψεων ήταν μία επίσκεψη ετησίως και μέγιστος αριθμός οι τρεις επισκέψεις. Το είδος των επιχειρήσεων παρουσιάζεται σχηματικά στο διάγραμμα 1.



Διάγραμμα 1. Τύπος επιχειρήσεων που συμμετείχαν.

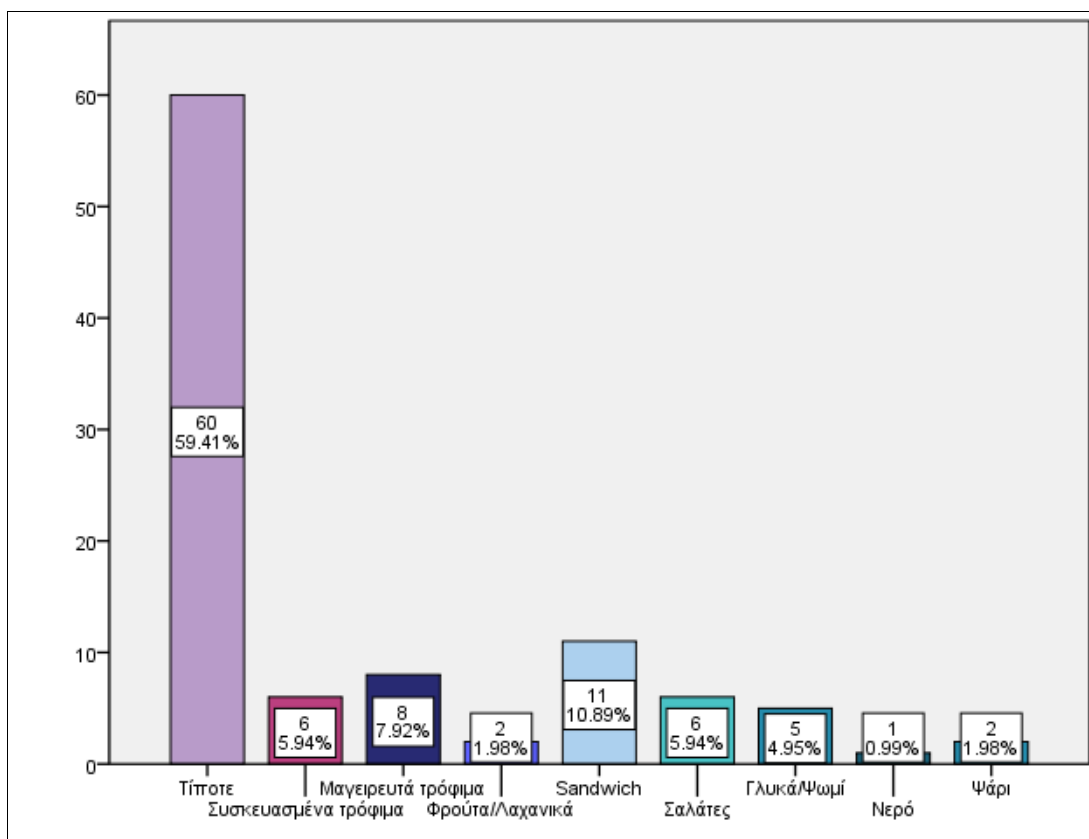
Σχεδόν σε όλες τις επιχειρήσεις οι επισκέψεις των Υγειονομικών Επιθεωρητών/Λειτουργών γίνονταν απροειδοποίητα (93,9%), ενώ οι προειδοποιημένες επισκέψεις αφορούσαν τις επισκέψεις σε κουζίνες στρατοπέδων (6,1%), όπου τηρούνται συγκεκριμένοι κανόνες ασφαλείας (διάγραμμα 2).



Διάγραμμα 2. Προειδοποίηση για επισκέψεις.

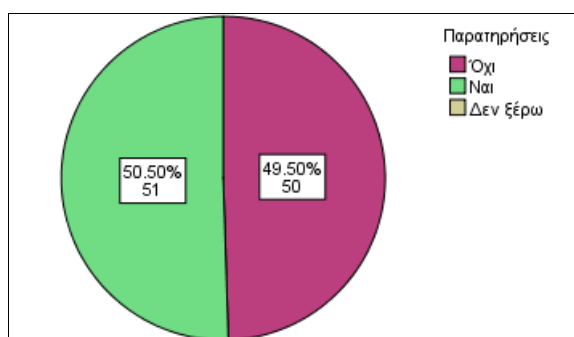
Σε πάνω από τις μισές επιχειρήσεις δεν γινόταν καμιά δειγματοληψία από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς (59,4%). Για τις υπόλοιπες, το πιο συνηθισμένο δείγμα που έπαιρναν οι Υγειονομικοί Επιθεωρητές/Λειτουργοί ήταν τα σάντουιτς (10,89%) και τα μαγειρευτά τρόφιμα (7,92%). Ακολουθούσαν τα συσκευασμένα τρόφιμα (5,94%), οι σαλάτες (5,94%), τα γλυκά και το ψωμί (4,95%), τα

φρούτα και λαχανικά (1,98%), το ψάρι (1,98%) και το νερό (0,99%). Τα είδη των δειγμάτων που λαμβάνονταν συνήθως από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς στα υποστατικά που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσιάζονται στο διάγραμμα 3.

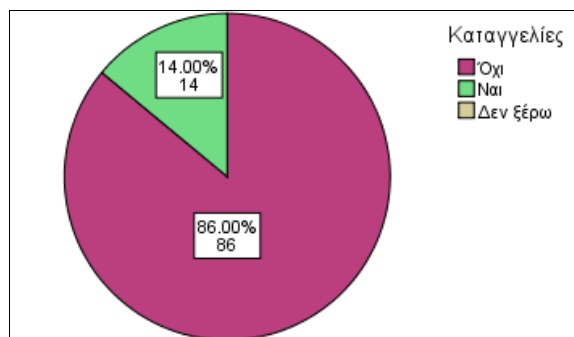


Διάγραμμα 3. Είδος δειγμάτων κατά τη δειγματοληψία.

Στις μισές περίπου επιχειρήσεις είχαν γίνει παρατηρήσεις από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς (50,5%) (διάγραμμα 4), σε αντίθεση με τις καταγγελίες, οι οποίες είχαν γίνει για πολύ λίγες επιχειρήσεις (14%) (διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 4. Παρατηρήσεις.



Διάγραμμα 5. Καταγγελίες.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, ο κύριος λόγος για τον οποίο έγινε παρατήρηση ή καταγγελία των επιχειρήσεων ήταν τα ελλιπή πιστοποιητικά υγείας ή έντυπα και η

λανθασμένη σήμανση (56,3% και 71,4% αντίστοιχα). Επίσης παρατήρηση ή καταγγελία έγινε για αλλοιωμένα ή ακατάλληλα τρόφιμα ή ποτά σε πολύ μικρότερο ποσοστό (18,8% και 14,3% αντίστοιχα), ενώ επίσης στα ίδια ποσοστά έγινε παρατήρηση ή καταγγελία για τα ψυγεία και τις κτιριακές εγκαταστάσεις (18,8% και 14,3% αντίστοιχα). Όσον αφορά θέματα καθαριότητας και καταπολέμησης τρωκτικών και εντόμων έχουν γίνει μόνο παρατηρήσεις σε πολύ λίγες επιχειρήσεις (6,3%).

Λόγος παρατήρησης ή καταγγελίας	Παρατήρηση		Καταγγελία	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Ανεπαρκής καθαριότητα/Μη καταπολέμηση τρωκτικών και εντόμων	3	6,3%	-	-
Αλλοιωμένα/Ακατάλληλα τρόφιμα ή ποτά	9	18,8%	2	14,3
Ψυγεία/Κτιριακές εγκαταστάσεις	9	18,8%	2	14,3
Ελλιπή πιστοποιητικά υγείας ή έντυπα/Λανθασμένη σήμανση	27	56,3%	10	71,4

Πίνακας 4. Λόγοι παρατήρησης ή καταγγελίας.

3.2 Απόψεις για την Υγειονομική Υπηρεσία

Όπως φάνηκε μέσα από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η ΥΥΚ είναι απαραίτητη για την προστασία της υγείας του κοινού (93,9%), ότι στελεχώνεται από ικανούς Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς (83,2%), ότι συμβάλλει καθοριστικά στην πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών (82,2%), ότι εμπνέει εμπιστοσύνη (73,3%) και ότι επηρεάζει θετικά τις επιχειρήσεις για την τήρηση των κανονων υγιεινής (71,3%). Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό τηρεί ουδέτερη στάση όσον αφορά την άποψη ότι η ΥΥΚ στοιχίζει πολλά χρήματα στο κράτος χωρίς να υπάρχει σοβαρός λόγος (60,4%), ενώ μόνο περίπου οι μισοί θεωρούν ότι η ΥΥΚ λειτουργεί υποδειγματικά (53%). Παράλληλα, περίπου το ένα τρίτο των συμμετεχόντων πιστεύει ότι η ΥΥΚ χρειάζεται σημαντικές βελτιώσεις για να λειτουργεί υποδειγματικά (34,7%).

Όλες οι απόψεις των συμμετεχόντων παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα 5. Για σκοπούς πιο κατανοητής παρουσίασης των αποτελεσμάτων, στον πίνακα αυτό το 'συμφωνώ' και 'συμφωνώ απόλυτα' έχουν συμπυκωθεί σε 'συμφωνώ' (Σ) ενώ το 'διαφωνώ' και 'διαφωνώ απόλυτα' σε 'διαφωνώ' (Δ). Η δήλωση 'ουδέτερος/η' (ΟΥ) παρέμεινε ως είχε.

ΔΗΛΩΣΗ: Πιστεύω ότι η Υγειονομική Υπηρεσία Κύπρου:	Δ (%)	ΟΥ (%)	Σ (%)
Συμβάλλει καθοριστικά στην πρόληψη μολυσματικών ασθενειών.	3,0	15,8	82,2
Είναι απαραίτητη για την προστασία της υγείας του κοινού.	-	6,1	93,9
Λειτουργεί υποδειγματικά.	3,0	44,0	53,0
Χρειάζεται σημαντικές βελτιώσεις για να λειτουργεί αποτελεσματικά.	19,8	45,5	34,7
Στελεχώνεται από ικανούς Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς.	4,0	16,8	83,2
Επηρεάζει θετικά τις επιχειρήσεις για την τήρηση των κανόνων υγιεινής.	2,0	26,7	71,3
Στοιχίζει πολλά χρήματα στο κράτος χωρίς να υπάρχει σοβαρός λόγος.	35,6	60,4	4,0
Εμπνέει εμπιστοσύνη.	4,0	22,8	73,3

Πίνακας 5. Απόψεις για την Υγειονομική Υπηρεσία.

3.3 Ικανοποίηση από την Υγειονομική Υπηρεσία

Όπως προέκυψε από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού (81,2%), από τις ικανότητες του (78,2%), τις γνώσεις του (71,2%), καθώς και την επικοινωνία μαζί του (68,0%). Παράλληλα, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από το περιθώριο που δίνεται για συμμόρφωση με τη νομοθεσία (83,1%) και από την επιβολή ποινών μόνο όταν πραγματικά χρειάζεται (77,2%). Επιπρόσθετα, πάνω από τους μισούς δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τη συχνότητα επιθεώρησης της επιχειρήσης, όπου εργάζονται (61,4%), από τον τρόπο χειρισμού των προβλημάτων που παρουσιάζονται (61,4%), από την ακρίβεια των οδηγιών που δίνονται από την ΥΥΚ (60,4%) και την αμεσότητα της ανταπόκρισης της κάθε φορά που καλείται (54,5%).

Όσον αφορά τις απόψεις για την ακριβοδίκαια αντιμετώπιση όλων των επιχειρήσεων, αυτές φαίνονται να δίστανται ανάμεσα στην πολλή ικανοποίηση (48,0%) και τη λιγότερη ικανοποίηση (47,0%), ενώ ένα ποσοστό 5% δηλώνει ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από αυτή τη διάσταση. Παράλληλα, το ένα τρίτο περίπου των συμμετεχόντων δηλώνει ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από το είδος των ποινών που επιβάλλονται όταν υπάρχουν παραβάσεις (30,2%). Αξιοσημείωτο είναι ότι από εκείνους τους συμμετέχοντες που δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την

ακριβοδίκαα αντιμετώπιση των επιχειρήσεων, το 60,7% είχε δεχτεί παρατηρήσεις και το 78,5% είχε δεχτεί καταγγελίες από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς.

Τα επίπεδα ικανοποίησης που δήλωσαν οι συμμετέχοντες για συγκεκριμένα θέματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, για σκοπούς απλούστερης παρουσίασης, οι χαρακτηρισμοί 'λίγο ικανοποιητική' και 'αρκετά ικανοποιητική' έχουν συμπτυχθεί σε 'ικανοποιητική' (ΙΚ), ενώ οι χαρακτηρισμοί 'πολύ ικανοποιητική' και 'πάρα πολύ ικανοποιητική' έχουν συμπτυχθεί σε 'πολύ ικανοποιητική' (Π.Ι.). Ο χαρακτηρισμός 'καθόλου ικανοποιητική' (Κ.Ι.) παρέμεινε ως είχε.

Σε ποιο βαθμό είσαστε ικανοποιημένος/η από τα πιο κάτω;	Κ.Ι. (%)	ΙΚ (%)	Π.Ι. (%)
Συχνότητα επιθεώρησης της επιχείρησης όπου εργάζεστε.	-	61,4	38,6
Συμπεριφορά του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού.	-	18,8	81,2
Ικανότητες του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού.	-	21,8	78,2
Γνώσεις του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού.	-	18,8	71,2
Ακρίβεια των οδηγιών που δίνονται από την Υγειονομική Υπηρεσία.	-	60,4	39,6
Τρόπος χειρισμού τυχόν προβλημάτων από τον Υγειονομικό Επιθεωρητή/Λειτουργό.	-	61,4	38,6
Είδος των ποινών που επιβάλλονται αν υπάρχουν παραβάσεις.	30,7	58,4	10,9
Αποτελεσματική επικοινωνία με τον Υγειονομικό Επιθεωρητή/Λειτουργό.	-	32,0	68,0
Αμεσότητα ανταπόκρισης της Υπηρεσίας κάθε φορά που καλείται.	-	54,5	45,5
Περιθώριο που δίνεται για συμμόρφωση με τη νομοθεσία.	2,0	83,1	11,9
Ακριβοδίκαα αντιμετώπιση όλων των επιχειρήσεων.	5,0	47,0	48,0
Επιβολή ποινών μόνο όταν πραγματικά χρειάζεται.	4,0	77,2	18,8

Πίνακας 6. Ικανοποίηση από την Υγειονομική Υπηρεσία.

Όπως δήλωσαν οι συμμετέχοντες, τα επίπεδα ικανοποίησης τους θα βελτιώνονταν αν η Υγειονομική Υπηρεσία προέβαινε στις ακόλουθες αλλαγές:

- Καλύτερη κατάρτιση και εκπαίδευση των Υγειονομικών Επιθεωρητών/Λειτουργών, ιδιαίτερα όσον αφορά θέματα επικοινωνίας, και άσκηση αποκλειστικά συμβουλευτικού και καθοδηγητικού ρόλο όταν χρειάζεται, όπως είναι για παράδειγμα η περίπτωση των νέων επιχειρήσεων.
- Λιγότερη γραφειοκρατία για την έκδοση πιστοποιητικών και δημιουργία μηχανογραφικού συστήματος, με δυνατότητα ηλεκτρονικής πρόσβασης για συμπλήρωση εντύπων.
- Περισσότερος χρόνος για συμμόρφωση με τη νομοθεσία.

- Περιορισμό στη λήψη δειγμάτων μόνο από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς, αφού οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι τα επιπρόσθετα δείγματα που ζητούνται από τις επιχειρήσεις είναι περιττά.
- Λήψη μέριμνας ούτως ώστε τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις των δειγμάτων να κοινοποιούνται με λιγότερη καθυστέρηση.
- Τερματισμό των καταγγελιών για θέματα που κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων θεωρούνται λιγότερο σοβαρά, όπως είναι για παράδειγμα η σήμανση.
- Ακριβοδίκαια αντιμετώπιση όλων των επιχειρήσεων.

Όσον αφορά τη συχνότητα με την οποία γίνονται οι έλεγχοι από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς, οι απόψεις δίστανται, αφού άλλοι από τους συμμετέχοντες ζητούν περισσότερους και άλλοι λιγότερους ελέγχους.

3.4 Διαφορές και Συσχετίσεις

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ των παρατηρήσεων και των καταγγελιών που γίνονται στις επιχειρήσεις ($\chi^2=11.960$, $p<0.01$). Δηλαδή, η πιθανότητα να γίνει καταγγελία είναι μεγαλύτερη όταν έχει γίνει παρατήρηση. Από την άλλη, δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της προειδοποίησης για έλεγχο και των παρατηρήσεων ή καταγγελιών. Παράλληλα, με βάση την ανάλυση ANOVA, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μεταβλητών.

Αντίθετα, σύμφωνα με το στατιστικό κριτήριο Pearson r , βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των επισκέψεων που γίνονται από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς και των καταγγελιών ($r=-0.293$, $p<0.05$), αλλά και των δηλώσεων ότι η ΥΥΚ λειτουργεί υποδειγματικά ($r=-0.263$, $p<0.01$), ότι χρειάζεται βελτιώσεις ($r=0.270$, $p<0.01$), ότι στοιχίζει πολλά χρήματα στο κράτος χωρίς λόγο ($r=-0.341$, $p<0.00$), καθώς και της ικανοποίησης από τις γνώσεις του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού ($r=-0.272$, $p<0.01$). Με άλλα λόγια, όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των επισκέψεων από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς, τόσο λιγότερες είναι οι καταγγελίες. Παράλληλα, όσο μεγαλώνει ο αριθμός των επισκέψεων, τόσο μειώνεται α) η πεποίθηση ότι η ΥΥΚ λειτουργεί υποδειγματικά και ότι στοιχίζει πολλά χρήματα και β) η ικανοποίηση από τις γνώσεις του Υγειονομικού

Επιθεωρητή/Λειτουργού, και τόσο αυξάνεται η πεποίθηση ότι η ΥΥΚ χρειάζεται βελτιώσεις.

Βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των παρατηρήσεων και των δηλώσεων ότι η ΥΥΚ συμβάλει στην πρόληψη ασθενειών ($r=-0.358$, $p<0.00$), ότι λειτουργεί υποδειγματικά ($r=-0.211$, $p<0.05$), ότι χρειάζεται βελτιώσεις ($r=0.294$, $p<0.01$), ότι στελεχώνεται από ικανούς Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς ($r=-0.266$, $p<0.01$), ότι προωθεί την τήρηση των κανόνων υγιεινής ($r=-0.293$, $p<0.01$), ότι στοιχίζει πολλά χρήματα χωρίς λόγο ($r=0.258$, $p<0.01$), ότι εμπνέει εμπιστοσύνη ($r=-0.278$, $p<0.01$), καθώς και της ικανοποίησης από την ακρίβεια των οδηγιών ($r=-0.326$, $p<0.01$), από τον χειρισμό των υποθέσεων από τον Υγειονομικό Επιθεωρητή/Λειτουργό ($r=-0.222$, $p<0.05$) και την επικοινωνία μαζί του ($r=-0.284$, $p<0.01$), από την αμεσότητα ανταπόκρισης της ΥΥΚ ($r=-0.263$, $p<0.01$), από την ακριβοδίκαια αντιμετώπιση ($r=-0.246$, $p<0.05$) και από την επιβολή των ποινών ($r=-0.246$, $p<0.05$).

Με άλλα λόγια, όταν γίνονται παρατηρήσεις, τότε μειώνεται η άποψη ότι η ΥΥΚ α) συμβάλει στην πρόληψη ασθενειών, β) λειτουργεί υποδειγματικά, γ) ότι στελεχώνεται από ικανούς Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς, δ) ότι προωθεί την τήρηση των κανόνων υγιεινής και ε) ότι εμπνέει εμπιστοσύνη, ενώ αντίθετα, αυξάνεται η πεποίθηση ότι χρειάζεται βελτιώσεις και ότι στοιχίζει πολλά χρήματα χωρίς λόγο. Παράλληλα, όταν γίνονται παρατηρήσεις, τότε μειώνεται η ικανοποίηση από α) την ακρίβεια των οδηγιών, β) τον χειρισμό των υποθέσεων από τον Υγειονομικό Επιθεωρητή/Λειτουργό, γ) την επικοινωνία μαζί του, δ) την αμεσότητα ανταπόκρισης της ΥΥΚ, ε) την ακριβοδίκαια αντιμετώπιση και στ) την επιβολή των ποινών.

Επίσης στατιστικά σημαντικές σχέσεις βρέθηκαν και μεταξύ των καταγγελιών και των δηλώσεων ότι η ΥΥΚ συμβάλει στην πρόληψη ασθενειών ($r=-0.237$, $p<0.05$), ότι στελεχώνεται από ικανούς Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς ($r=-0.325$, $p<0.01$), ότι προωθεί την τήρηση των κανόνων υγιεινής ($r=-0.274$, $p<0.01$), ότι εμπνέει εμπιστοσύνη ($r=-0.302$, $p<0.01$), καθώς και της ικανοποίησης από ικανότητες του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού ($r=-0.224$, $p<0.05$), από το είδος των ποινών που επιβάλλονται ($r=0.260$, $p<0.01$), από την επικοινωνία με τον Υγειονομικό Επιθεωρητή/Λειτουργό ($r=-0.314$, $p<0.01$), από την αμεσότητα ανταπόκρισης της ΥΥΚ ($r=-0.296$, $p<0.01$), από το περιθώριο που δίνεται για συμμόρφωση ($r=-0.256$, $p<0.05$),

από την ακριβοδίκαια αντιμετώπιση ($r=-0.286$, $p<0.01$) και από την επιβολή των ποινών ($r=-0.199$, $p<0.05$).

Δηλαδή, όταν γίνονται καταγγελίες τότε μειώνεται η πεποίθηση ότι η ΥΥΚ α) συμβάλει στην πρόληψη ασθενειών, β) στελεχώνεται από ικανούς Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς, γ) προωθεί την τήρηση των κανόνων υγιεινής και δ) εμπνέει εμπιστοσύνη. Παράλληλα, όταν γίνονται παρατηρήσεις μειώνεται η ικανοποίηση από α) τις ικανότητες του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού, β) την επικοινωνία μαζί του, γ) την αμεσότητα ανταπόκρισης της ΥΥΚ, δ) το περιθώριο που δίνεται για συμμόρφωση, ε) την ακριβοδίκαια αντιμετώπιση και στ) την επιβολή των ποινών, ενώ αυξάνεται η ικανοποίηση από από το είδος των ποινών που επιβάλλονται.

Κεφάλαιο 4

Συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται και σχολιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και γίνονται προτάσεις για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από την ΥΚΚ, ούτως ώστε να αυξηθεί η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών.

4.1 Αποτελέσματα

Όπως διαφάνηκε από την ανάλυση των δεδομένων, η ΥΚΚ φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την προστασία της δημόσιας υγείας, μέσα από τον έλεγχο που γίνεται σε διαφορά υποστατικά, πράγμα που σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα της αποτελεί αποστολή της ΥΚΚ (2016). Στα πλαίσια αυτά, η ΥΚΚ προβαίνει σε συστηματικούς επίσημους ελέγχους και δειγματοληψίες, ούτως ώστε να εντοπιστούν αποκλίσεις από τη νομοθεσία και τα ευρωπαϊκά πρότυπα, τα οποία πιθανόν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του κοινού. Κατ' ακρίβεια, οι έλεγχοι για την ασφάλεια τροφίμων, τα συστήματα και η νομοθεσία έχουν τεθεί σε λειτουργία σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), στοχεύοντας στον έλεγχο, τόσο των μικροβιολογικών, όσο και των χημικών κινδύνων της παραγωγικής αλυσίδας, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος για την υγεία των καταναλωτών (European Commission, 2011).

4.1.1 Ασφάλεια Τροφίμων στην ΕΕ

Η ΕΕ έχει αναπτύξει λοιπόν μια περιεκτική στρατηγική για την ασφάλεια τροφίμων, η οποία εξασφαλίζει τη δυνατότητα ιχνηλασιμότητας του τροφίμου σε όλα τα στάδια παραγωγής, επεξεργασίας και διανομής. Αυτή η απαίτηση στηρίζεται στην προσέγγιση «ένα βήμα πίσω και ένα βήμα μπροστά», υποδηλώνοντας ότι οι υπεύθυνοι στις επιχειρήσεις τροφίμων έχουν σε εφαρμογή ένα σύστημα που τους επιτρέπει να αναγνωρίσουν τους άμεσους προμηθευτές τους και τους άμεσους καταναλωτές τους. Τα υψηλών προδιαγραφών κριτήρια ισχύουν, τόσο για τρόφιμα που παράγονται εντός

της ΕΕ, όσο και για τα εισαγόμενα. Η στρατηγική της ΕΕ για τα τρόφιμα έχει τρία θεμέλια στοιχεία: α) νομοθεσία για την ασφάλεια των τροφίμων, β) έγκυρη επιστημονική πληροφόρηση, στην οποία βασίζονται οι αποφάσεις, και γ) επιβολή και έλεγχο (EUFIC, 2011).

Ειδικά η νομοθεσία για την ασφάλεια των τροφίμων στην ΕΕ είναι περιεκτική και καλύπτει τα τρόφιμα, τις ζωοτροφές, επεκτείνεται στην υγιεινή των τροφίμων, και αφορά την εφαρμογή των ίδιων υψηλής ποιότητας κριτηρίων σε όλες τις χώρες της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης και της Κύπρου. Οι γενικοί κανόνες για τα τρόφιμα και τις ζωοτροφές συμπληρώνονται από ειδικά μέτρα, στους τομείς όπου είναι αναγκαία κάποια ιδιαίτερη προστασία για τους καταναλωτές, όπως η χρήση εντομοκτόνων, συμπληρωμάτων διατροφής, χρωστικών ουσιών, αντιβιοτικών και ορμονών, ενώ υπάρχουν συγκεκριμένες προδιαγραφές που αφορούν την προσθήκη στα τρόφιμα βιταμινών, ιχνοστοιχείων και άλλων παρόμοιων ουσιών, πράγματα που ελέγχει και η ΥΥΚ. Η νομοθεσία επεκτείνεται, επίσης, και στα προϊόντα τα οποία έρχονται σε επαφή με τα τρόφιμα, όπως είναι οι πλαστικές συσκευασίες (European Commission, 2007).

Το 2006 η εισαγωγή του λεγόμενου 'Πακέτου Υγιεινής' αποτέλεσε σημαντική εξέλιξη στη νομοθεσία για την ασφάλεια των τροφίμων. Ο όρος αναφέρεται σε μια ομάδα Κανονισμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) που αντιπροσωπεύουν μια αναδιοργάνωση του ρυθμιστικού πλαισίου για την υγιεινή των τροφίμων και την ασφάλεια. Οι κανονισμοί αυτοί θέτουν ξεκάθαρα την ευθύνη για την ασφάλεια των τροφίμων και την υγιεινή σε όλο το μήκος της παραγωγικής αλυσίδας στους υπεύθυνους των επιχειρήσεων τροφίμων, ανεξαρτήτως της θέσης που καταλαμβάνουν σε αυτή. Ο έλεγχος για την εφαρμογή αυτών των υποχρεώσεων διεξάγεται από διάφορα κυβερνητικά σώματα (όπως η ΥΥΚ), τα οποία αναλαμβάνουν διάφορες ρυθμιστικές και ελεγκτικές δραστηριότητες. Το 'Πακέτο Υγιεινής' βασίζεται στη γενική νομοθεσία για τα τρόφιμα, η οποία αναπτύχθηκε το 2002 από τον Κανονισμό 178 της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (European Commission, 2002).

Ο Κανονισμός αυτός παρείχε, επίσης, τη βάση για το Σύστημα Έγκαιρης Προειδοποίησης για τα Τρόφιμα και τις Ζωοτροφές (RASFF). Το σύστημα αυτό λειτουργεί εντός της Ευρωπαϊκής Κοινότητας από το 1979, αλλά η έκδοση του Γενικού Νόμου Τροφίμων (Κανονισμός Νο 178/2002) ήταν που έδωσε στο RASFF νομική

υπόσταση (European Commission, 2007). Το RASFF είναι κυρίως ένα εργαλείο για ανταλλαγή πληροφόρησης μεταξύ των κεντρικών αρμόδιων αρχών για τους κανονισμούς στα τρόφιμα και τις ζωοτροφές στα κράτη μέλη της ΕΕ σε περίπτωση, όπου ένας κίνδυνος για την ανθρώπινη υγεία έχει αναγνωριστεί και χρήζει μέτρων, όπως η παρακράτηση, η ανάκληση, η παύση ή η απόρριψη των σχετικών προϊόντων (European Commission, 2009).

Όταν πρόκειται για επιμολυντές τροφίμων, η νομοθεσία της ΕΕ ορίζει ότι ένα τρόφιμο που περιέχει οποιοδήποτε επιμολυντή σε μη αποδεκτό επίπεδο δεν θα πρέπει να διατίθεται στην αγορά. Για κάποιους επιμολυντές με ιδιαίτερη σημασία για την υγεία των καταναλωτών έχουν τεθεί μέγιστα επίπεδα, εξαιτίας είτε της τοξικότητάς τους, είτε της δυνητικής επικράτησής τους στην τροφική αλυσίδα. Τέτοιες περιπτώσεις περιλαμβάνουν τις αφλατοξίνες, τα βαρέα μέταλλα (π.χ. μόλυβδος, κάδμιο, αρσενικό και υδράργυρος), τις διοξίνες και τα νιτρικά οξέα (European Commission, 2007).

4.1.2 Έλεγχοι και Κυρώσεις

Αξιοσημείωτο είναι ότι η Επιτροπή της ΕΕ επιβάλλει το νόμο για τα τρόφιμα και τις ζωοτροφές, αφενός ελέγχοντας ότι η νομοθεσία έχει ενσωματωθεί με κατάλληλο τρόπο σε εθνικό επίπεδο και εκτελείται από όλες τις χώρες της ΕΕ, αφετέρου μέσω επιτόπιων επιθεωρήσεων στην ΕΕ και εκτός αυτής. Το έργο αυτό έχει αναλάβει το Γραφείο Τροφίμων και Κτηνιατρικών Θεμάτων (FVO), που εδρεύει στην πόλη Grange της Ιρλανδίας. Το FVO μπορεί να ελέγχει μεμονωμένες μονάδες παραγωγής τροφίμων, αλλά το κύριο έργο του είναι να ελέγχει ότι οι κυβερνήσεις, τόσο της ΕΕ, όσο και άλλων χωρών έχουν σε εφαρμογή όλες τις απαραίτητες διαδικασίες, προκειμένου να ελέγχουν ότι οι ίδιοι οι παραγωγοί τους συμμορφώνονται με τα υψηλά κριτήρια για την ασφάλεια τροφίμων που θέτει η ΕΕ (European Commission, 2011).

Τηρώντας λοιπόν της οδηγίες της ΕΕ, η ΥΥΚ προβαίνει σε απροειδοποίητους ελέγχους (με εξαίρεση τις κουζίνες των στρατοπέδων, όπου τηρούνται διαφορετικοί κανονισμοί πρόσβασης για λόγους εθνικής ασφάλειας), κατά τους οποίους λαμβάνονται διάφορα δείγματα για χημική ανάλυση (πχ. μαγειρευτά ή συσκευασμένα τρόφιμα, φρούτα και λαχανικά, ψωμί και γλυκά, νερό), ή απλώς επιθεωρεί κατά πόσον η κατάσταση των υποστατικών και ο τρόπος που γίνονται οι διαδικασίες συνάδουν με τις οδηγίες της ΕΕ (ΥΥΚ, 2016). Βέβαια, οι έλεγχοι θα μπορούσαν κατ' ακρίβεια να γίνονται πιο συχνά,

όπως εξάλλου έχουν προτείνει κάποιοι από τους συμμετέχοντες, αφού δύο μόνο κατά μέσο όρο ετήσιοι έλεγχοι δεν μπορούν να διασφαλίσουν ότι τα υποστατικά τηρούν πλήρως τους κανονισμούς, ειδικά αν ληφθεί υπόψη ότι περίπου τα μισά από τα υποστατικά που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν δεκτεί παρατηρήσεις από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς, κυρίως λόγω ελλিপών εντύπων, λάθους στη σήμανση, αλλά και προβλημάτων με τα τρόφιμα ή τις εγκαταστάσεις, ενώ κάποια από αυτά έχουν επίσης καταγγελθεί, πράγμα που υποδηλώνει πιθανόν σοβαρές ή επανειλημμένες παραβιάσεις της νομοθεσίας.

Αξιοσημείωτο ακόμα είναι το γεγονός ότι εκείνοι που καταγγέλλονται είναι συνήθως εκείνοι στους οποίους έχει γίνει παρατήρηση, στοιχείο που φαίνεται να χρήζει προσοχής και περαιτέρω διερεύνησης από την ΥΥΚ, αφού πιθανόν κυρώσεις όπως η παρατήρηση να μην συνεπάγονται και συμμόρφωση των παρανομούντων. Κατ' ακρίβεια σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η πιθανότητα συμμόρφωσης αυξάνεται με την πιθανότητα ελέγχου, την πιθανότητα επιβολής κύρωσης και την προσδοκώμενη βαρύτητα της. Όσο μεγαλώνει το προσδοκώμενο πρόστιμο, τόσο τείνει να ξεπεράσει το κόστος συμμόρφωσης με τη νομοθεσία. Έτσι, τα πρόστιμα οδηγούν σε μείωση των παραβιάσεων, ενώ οι έλεγχοι χωρίς πρόστιμα μπορεί να οδηγούν ακόμη και σε αύξηση τους (Μέκος, 2009· Scholz & Gray, 1997).

4.1.3 Απόψεις και Ικανοποίηση από την Υγειονομική Υπηρεσία

Πάντως, όπως διαφάνηκε από την επαγωγική στατιστική, οι παρατηρήσεις και οι καταγγελίες που γίνονται από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς φαίνονται να συνεπάγονται δυσαρέσκεια προς την ΥΥΚ, αρνητική άποψη για τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς και αμφιβολίες κατά πόσον αντιμετωπίζονται ακριβοδίκαια. Σύμφωνα με τη θεωρία της ίσης μεταχείρισης (equity theory), όταν τα άτομα θεωρούν ότι αδικούνται τότε δεν έχουν κίνητρο για να βελτιωθούν (Adams, 1963· Huseman, Hatfield & Miles, 1987). Έτσι, οι περισσότεροι από εκείνους που θεωρούν ότι η ΥΥΚ δεν αντιμετωπίζει δίκαια τις επιχειρήσεις, είναι και εκείνοι που έχουν καταγγελθεί ή δεχτεί παρατήρηση από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς.

Πέραν τούτου, αξιοσημείωτο είναι ότι μόνο οι μισοί από τους συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η ΥΥΚ λειτουργεί υποδειγματικά, αμφιβάλλουν κατά πόσον αξίζει το κόστος που συνεπάγεται η λειτουργία της και δεν νιώθουν ευχαριστημένοι από το θέμα των

κυρώσεων, ενώ αρκετοί από αυτούς θεωρούν ότι η ΥΥΚ χρήζει βελτιώσεων που περιλαμβάνουν την ισότιμη αντιμετώπιση των επιχειρήσεων και την πιο προσεκτική επιβολή ποινών, πράγμα που επιβάλλει καλύτερη εξέταση του θέματος αυτού από την ΥΥΚ, αφού για να θεωρηθεί ότι ένας οργανισμός παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες, θα πρέπει οι χρήστες των υπηρεσιών να αισθάνονται ικανοποιημένοι και ότι τυγχάνουν ίσης μεταχείρισης (Οικονομοπούλου, 2006· Ραφτόπουλος, 2009· Stahr, 2001).

Από την άλλη, σε γενικές γραμμές, οι συμμετέχοντες φαίνονται να αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα του ρόλου της ΥΥΚ, η οποία θεωρείται απαραίτητη για την προστασία της υγείας του κοινού, την πρόληψη των ασθενειών και την τήρηση των κανόνων υγιεινής από τις επιχειρήσεις. Κατ' ακρίβεια, σύμφωνα με την Κουρέα-Κρεμαστινού (2007), όταν οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας λειτουργούν υποδειγματικά και το κοινό τηρεί τους κανόνες υγιεινής, τότε διασφαλίζεται η γενικότερη υγεία του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να βελτιώνεται το βιοτικό του επίπεδο και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.

Βέβαια, για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος χρειάζεται ικανό προσωπικό, το οποίο να διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες και γνώσεις, ούτως ώστε να διενεργεί αποτελεσματικούς επίσημους ελέγχους, να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες και να μεγιστοποιεί την ικανοποίηση των χρηστών (Ραφτόπουλος, 2009). Έτσι, αν και οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η ΥΥΚ στελεχώνεται από ικανούς Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς, με γνώσεις και καλή συμπεριφορά, όταν παρουσιάζονται προβλήματα οι συμμετέχοντες δεν φαίνονται να είναι το ίδιο ευχαριστημένοι, ούτε από τους Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς, ούτε και από την ΥΥΚ, ενώ ανάμεσα στις βελτιώσεις που ζητούν περιλαμβάνεται η καλύτερη κατάρτιση των Υγειονομικών Επιθεωρητών/Λειτουργών, κυρίως όσον αφορά τις επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς και ο εκσυγχρονισμός της ΥΥΚ, με εισαγωγή των νέων τεχνολογιών πληροφορικής, αιτήματα που σήμερα αποτελούν υποχρέωση των οργανισμών που επιθυμούν να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες (Pfeffer, 1995· Ραφτόπουλος, 2009· Τσιότρας, 2002).

4.2 Προτάσεις

Για να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από την ΥΥΚ λοιπόν και να αυξηθεί η ικανοποίηση των χρηστών, μπορούν να εφαρμοστούν σχέδια, όπως το Σχέδιο

Δράσης του Deming, ο Προσχεδιασμός Ποιότητας του Juran, τα 14 Βήματα του Crosby και η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) του Oakland, τα οποία περιγράφονται πιο κάτω. Παράλληλα, θα πρέπει η προσέγγιση της ποιότητας που θα ακολουθηθεί να διέπεται από τη βασική αρχή της διαδικασίας της εξυπηρέτησης, να διαμορφωθούν κύκλοι ποιότητας και να εγκαθιδρυθεί ένας φορέας υπεύθυνος για τη διασφάλιση της ποιότητας, όπως επεξηγείται αναλυτικά στη συνέχεια.

4.2.1 Σχέδιο Δράσης του Deming

Για να μπορέσει να βελτιωθεί η ποιότητα, σύμφωνα με τον Deming (1986, 1993), πρέπει να εκπονηθεί σχέδιο δράσης ακολουθώντας μια κυκλική πορεία τεσσάρων σταδίων. Κατά το πρώτο στάδιο σχεδιάζεται η πορεία των ενεργειών που πρέπει να ακολουθηθούν, ούτως ώστε να επιτευχθεί βελτίωση. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει την 'πράξη', δηλαδή την πιλοτική εφαρμογή της αλλαγής κατόπιν προσεκτικής έρευνας και συνεξέτασης όλων των παραμέτρων, των σχέσεων και των εμπλεκόμενων. Ακολουθεί ο έλεγχος της εξέλιξης του σχεδιασμού με μέτρηση και παρατήρηση των αποτελεσμάτων. Ο κύκλος τελειώνει με το στάδιο δράσης, κατά το οποίο οι αλλαγές υιοθετούνται ή εγκαταλείπονται, ανάλογα με τα δεδομένα των προηγούμενων σταδίων.

Κατά την εκπόνηση του σχεδίου αυτού πρέπει να υπάρχουν τα ακόλουθα:

- Τήρηση των 14 αρχών του Deming, δηλαδή δημιουργία σταθερότητας και σκοπού, υιοθέτηση της νέας φιλοσοφίας από τη διοίκηση, ανεξαρτητοποίηση από την απλή επιθεώρηση του έτοιμου προϊόντος, τερματισμός της επιλογής των προμηθευτών με κριτήριο την τιμή, συνεχής βελτίωση της παραγωγής και της εξυπηρέτησης, καθιέρωση της συνεχούς εκπαίδευσης, αποτελεσματική ηγεσία, αποβολή του φόβου και ενθάρρυνση της επικοινωνίας, ομαδική εργασία, θέσπιση εφικτών στόχων, κατάργηση των ποσοτώσεων, άρση των εμποδίων για ανάπτυξη δέσμευσης, εισαγωγή σύγχρονων προγραμμάτων, δέσμευση της διοίκησης για βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας.
- Ανάπτυξη ακμαίου ηθικού από τη διοίκηση και μετάδοση του αισθήματος στο προσωπικό.
- Επεξήγηση των λόγων που επιβάλλουν αλλαγές.
- Εκπόνηση δραστηριοτήτων σε οργανωμένες και συντονισμένες φάσεις.
- Εφαρμογή του κύκλου του Deming, όπως περιγράφηκε πιο πάνω.
- Ομαδική εργασία σε όλα τα επίπεδα.

- Οργανωτική δομή προσανατολισμένη στην ποιότητα.

4.2.2 Προσχεδιασμός Ποιότητας του Juran

Σύμφωνα με τον Juran (1986), η ποιότητα δεν προκύπτει τυχαία αλλά προσχεδιάζεται. Στα πλαίσια αυτά, πρέπει πρώτα να προσδιοριστούν οι πελάτες και οι ανάγκες τους και να μεταφραστούν οι ανάγκες του πελάτη σε μια κατανοητή γλώσσα που επιτρέπει την ανάπτυξη ενός προϊόντος ή υπηρεσίας που ανταποκρίνεται στις ανάγκες αυτές. Στη συνέχεια πρέπει να βελτιώνεται το προϊόν, να γίνονται οι διεργασίες με βάση τις βέλτιστες συνθήκες λειτουργίας και τέλος να αξιοποιείται κάθε ευκαιρία για βελτίωση της ποιότητας και του κόστους. Παράλληλα, με τη διαδικασία ελέγχου της ποιότητας εντοπίζονται και διορθώνονται έγκαιρα οι δυσμενείς μεταβολές, ενώ με τη διαδικασία της βελτίωσης της ποιότητας μειώνεται η χρόνια σπατάλη.

4.2.3 Τα 14 Βήματα του Crosby

Σύμφωνα με τον Crosby (1979), η διοίκηση πρέπει να προπορεύεται στην προσπάθεια επίτευξης ποιότητας και οι εργαζόμενοι απλώς ακολουθούν. Παράλληλα υποστηρίζεται ότι η ποιότητα πρέπει να επιτυγχάνεται με την πρόληψη και όχι με τη διαπίστωση των λαθών, ενώ το πρότυπο απόδοσης πρέπει να είναι τα μηδενικά λάθη. Για τη μέτρηση της ποιότητας, η οποία θεωρείται ως συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται δείκτες, αλλά το κόστος της ποιότητας. Ως εκ τούτου, πρέπει να ακολουθούνται τα ακόλουθα 14 βήματα για τη βελτίωση της ποιότητας:

- Δέσμευση της διοίκησης για ποιότητα.
- Δημιουργία ομάδων βελτίωσης της ποιότητας.
- Μέτρηση της ποιότητας με λεπτομέρειες που επιτρέπουν αντικειμενική αξιολόγηση και διόρθωση.
- Προσοχή στο κόστος ποιότητας.
- Ενημέρωση για την ποιότητα και δημιουργία συνείδησης ποιότητας.
- Σχεδιασμός για μηδενικά λάθη.
- Εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού.
- Καθιέρωση ημέρας μηδέν λαθών.
- Θέσπιση στόχων και ενθάρρυνση μετατροπής τους σε πράξη.
- Άρση των αιτιών που προκαλούν λάθη.
- Αναγνώριση και αποδοχή της προόδου.

- Καθιέρωση συμβουλίων ποιότητας και ανταλλαγή πληροφοριών διαχείρισης ποιότητας.
- Επανάληψη όλων των βημάτων αφού η διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας δεν τελειώνει ποτέ.

4.2.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) του Oakland

Το μοντέλο του Oakland (1994) έχει ως βάση τις σχέσεις μεταξύ πελάτη και προμηθευτή, την ύπαρξη αποτελεσματικής επικοινωνίας, τη δέσμευση των στελεχών να βελτιώσουν την ποιότητα, καθώς και την ορθή νοοτροπία. Στα πλαίσια αυτά, πρέπει πρώτα να προσδιοριστούν οι σχέσεις μεταξύ του πελάτη και του προμηθευτή, ακολούθως να δημιουργηθεί ένα σύστημα ελέγχου των διαδικασιών, στη συνέχεια να μετατραπεί η κουλτούρα σε κουλτούρα ΔΟΠ και να βελτιωθεί η επικοινωνία σε όλα τα επίπεδα και τέλος να δημιουργηθεί αφοσίωση και δέσμευση για ποιότητα. Γνώμονα για όλες τις διαδικασίες αποτελούν οι σχέσεις μεταξύ πελάτη και προμηθευτή. Έτσι μια πολιτική ποιότητας πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Σταθερή και διαρκή δέσμευση προς τη συνεχή βελτίωση.
- Ανάπτυξη κουλτούρας που επικεντρώνεται στη σωστή δράση από την αρχή.
- Εκπαίδευση του προσωπικού με σύγχρονες μεθόδους, ούτως ώστε να κατανοεί τη σχέση πελάτη και προμηθευτή.
- Εισαγωγή της έννοιας του ολικού κόστους.
- Συνεχή βελτίωση των συστημάτων και των διαδικασιών.
- Σύγχρονες μεθόδους εποπτείας.
- Έμφαση στην ομαδική εργασία και στην υπέρβαση των τμηματικών στεγανών.
- Κατάργηση των ανούσιων στόχων και των προδιαγραφών με βάση αριθμούς μόνο.
- Συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη και εξειδίκευση.
- Συστηματική επιδίωξη ΔΟΠ.

4.2.5 Αρχή της Διαδικασίας Εξυπηρέτησης

Το υπόδειγμα της διαδικασίας εξυπηρέτησης του χρήστη προτείνει μια σειρά από βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν, ούτως ώστε να εντοπιστούν οι υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας, να επισημανθούν σημεία καθυστέρησης και πηγές λαθών και να καθιερωθούν πρότυπα. Ως αποτέλεσμα, το προσωπικό μπορεί να κατανοήσει καλύτερα

τις ανάγκες των χρηστών και τις διαδικασίες που απαιτούνται για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες αυτές, ενώ οι χρήστες συμμετέχουν στην παραγωγή της υπηρεσίας θέτοντας σε ενεργή δοκιμασία την υπηρεσία και σχηματίζοντας αντιλήψεις γι' αυτήν. Συγκεκριμένα, τα βήματα που πρέπει να γίνουν είναι τα ακόλουθα (Παπανικολάου, 2007):

- **Επιλογή:** πρέπει να δίνονται οι σωστές πληροφορίες για τις υπηρεσίες που παρέχονται, ούτως ώστε οι χρήστες να κάνουν σωστή επιλογή, αφού πολλές φορές η δυσαρέσκεια των χρηστών οφείλεται στην επιλογή μιας υπηρεσίας που δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες του.
- **Είσοδος:** πρέπει να παρέχεται εύκολη πρόσβαση των χρηστών στις υπηρεσίες, η οποία να διευκολύνεται περαιτέρω από χρήσιμες πληροφορίες.
- **Πρώτη επαφή:** είναι σημαντικό το άτομο που συναντά για πρώτη φορά ο χρήστης να είναι σε θέση να τον χειριστεί αποτελεσματικά και να του παράσχει όλη τη βοήθεια που χρειάζεται, ούτως ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του, αφού στη φάση αυτή μπορεί ακόμα ο χρήστης να επηρεαστεί θετικά όσον αφορά τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες του από τον οργανισμό.
- **Εκτίμηση – Αξιολόγηση:** η άμεση ανταπόκριση του προσωπικού και ο επιτυχής προσδιορισμός των αναγκών του χρήστη μειώνει τη δυσαρέσκεια. Γι' αυτό το λόγο πρέπει το προσωπικό να είναι εκπαιδευμένο, ούτως ώστε να μπορεί να αξιολογεί τα προβλήματα των χρηστών και να τους παραπέμπει στην πιο κατάλληλη υπηρεσία. Έτσι μπορεί να επιτευχθεί αρμονία μεταξύ των προσδοκιών του χρήστη και της ανταπόκρισης της υπηρεσίας.
- **Παρέμβαση:** για να μπορέσει η υπηρεσία να ανταποκριθεί στις ανάγκες του χρήστη απαιτείται η υπηρεσία να είναι ικανή να ανταποκριθεί έγκαιρα σε διαφορετικές ανάγκες.
- **Επανεκτίμηση – Αναθεώρηση:** πρέπει να γίνεται επαναξιολόγηση των αναγκών των χρηστών, έλεγχος των προσδοκιών τους και επανασχεδιασμός των παρεμβάσεων, ενώ παράλληλα πρέπει να αξιολογούνται και να αξιοποιούνται οι δεξιότητες του προσωπικού ούτως ώστε να επιτυγχάνεται το βέλτιστο αποτέλεσμα.
- **Ολοκλήρωση:** πρέπει να γίνεται έλεγχος αν οι ανάγκες και οι επιθυμίες των χρηστών έχουν ικανοποιηθεί και να καθορίζονται οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν στην περίπτωση που δεν έχει επιτευχθεί ικανοποίηση.

- **Παρακολούθηση:** πρέπει να γίνεται τακτική επανεξέταση των υπηρεσιών, ούτως ώστε ο χρήστης να διατηρείται ικανοποιημένος.

Ακολουθώντας τα πιο πάνω βήματα μπορεί το προσωπικό να κατανοήσει τη ροή των εργασιών και των διαδικασιών, καθώς και το ρόλο του στον οργανισμό, να αντιληφθεί πώς βλέπουν οι χρήστες την υπηρεσία, να εργαστεί με πιο αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο και να διασφαλίσει ότι τουλάχιστον θα αποφεύγεται η δυσαρέσκεια (Παπανικολάου, 2007).

4.2.6 Κύκλοι Ποιότητας

Αν ένας οργανισμός θέλει να προχωρήσει σε βελτιώσεις, πρέπει να ακολουθήσει συστηματικές μεθόδους, όπως είναι οι κύκλοι ποιότητας. Σύμφωνα με την Παπαπανικολάου (2007), ο πρώτος απαραίτητος κύκλος αφορά τη διαχείριση της ποιότητας και περιλαμβάνει ανάλυση του περιβάλλοντος, επιλογή των πιο σημαντικών στοιχείων ποιότητας, ούτως ώστε να οριστούν πρότυπα, αξιολόγηση της απόδοσης των μέτρων – δεικτών σε σχέση με τα πρότυπα και ανάληψη δράσης αν παρατηρηθεί διάσταση. Ο δεύτερος απαραίτητος κύκλος αφορά τη βελτίωση της ποιότητας και περιλαμβάνει στρατηγικές μεθόδους για την αντιμετώπιση προβλημάτων ποιότητας.

Συνοψίζοντας όλα τα πιο πάνω, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ικανοποίηση του χρήστη από την ΥΓΚ μπορούν να βελτιωθούν όταν συνυπάρχουν τα ακόλουθα (Ραφτόπουλος, 2009):

- Εμπλοκή του προσωπικού κατά την διαδικαστική ανάλυση μιας υπηρεσίας.
- Εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού και εφοδιασμός του με τα κατάλληλα μέσα.
- Συμμετοχή του προσωπικού στη διερεύνηση των αναγκών και προσδοκιών των χρηστών, καθώς και στη συζήτηση για τις δυνατότητες του οργανισμού να ανταποκριθεί σε αυτές.
- Χρήση διαδικασιών και προγραμμάτων, όπως η ανάλυση της διαδικασίας εξυπηρέτησης και οι κύκλοι ποιότητας, με τα οποία μπορούν να εντοπιστούν τα δυσλειτουργικά στοιχεία.
- Έλεγχος και διορθωτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Ενημέρωση των χρηστών.

- Τακτική επικοινωνία με τους χρήστες και ενθάρρυνση ανατροφοδότησης.
- Μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών και ανάληψη δράσης όταν τα επίπεδα είναι χαμηλά.
- Ενθάρρυνση, στήριξη, ενίσχυση και επιβράβευση του προσωπικού.

4.2.7 Ίδρυση Φορέα για την Ποιότητα

Βέβαια, για να μπορέσει η Κύπρος να συμβαδίζει με τις διεθνείς εξελίξεις και να ελέγχεται η ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας καθίσταται αναγκαία η ίδρυση ενός Εθνικού Φορέα για την Ποιότητα στην Υγεία και στην Κύπρο. Οι αρμοδιότητες ενός τέτοιου φορέα πρέπει να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Ραφτόπουλος, 2009· ΥΥΚΑ, 2005):

- Διασφάλιση ότι:
 - ο οι υπηρεσίες που παρέχονται στον τομέα της Υγείας είναι αποτελεσματικές,
 - ο γίνεται αποδοτική χρήση των πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας,
 - ο βελτιώνεται συνεχώς η ποιότητα των υπηρεσιών και η ικανότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού, σύμφωνα με τις προδιαγραφές ποιότητας και ασφάλειας,
 - ο γίνεται έγκαιρη αναγνώριση, εκτίμηση και διαχείριση των κινδύνων για τη δημόσια υγεία, τους ασθενείς, τους εργαζομένους στις Μονάδες Υγείας και τον πληθυσμό,
 - ο η ασφαλής παροχή υπηρεσιών είναι εγγυημένη,
 - ο γίνεται έγκαιρη γνωστοποίηση των απαραίτητων στοιχείων για την ενημέρωση των πολιτών, ασφαλιστικών οργανισμών και άλλων καταναλωτών και ενδιαφερόμενων μερών σχετικά με το επίπεδο και τα χαρακτηριστικά των παρεχομένων υπηρεσιών του τομέα Υγείας, σε όρους κόστους, οφέλους και ποιότητας, και πάντα σύμφωνα με προδιαγεγραμμένες διαστάσεις και δείκτες ποιότητας,
 - ο γίνεται πλήρης γνωστοποίηση των στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Οργάνωση και υποστήριξη της διαρκούς εκπαίδευσης, επιμόρφωσης και δια βίου κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας, ως θεμελιώδης προϋπόθεση για την ασφάλεια και διαρκή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

- Υποστήριξη και ανάπτυξη ερευνητικής δραστηριότητας στο πλαίσιο των κανόνων ασφάλειας, ηθικής και δεοντολογίας και ενθάρρυνση της ενσωμάτωσης των επικυρωμένων επιστημονικών εξελίξεων στην κλινική πράξη.
- Δημιουργία και τακτική αναθεώρηση προτύπων και προδιαγραφών υγείας, μέσα από διαδικασίες τυποποίησης που τα καθιστούν επιστημονικά.

Για να επιτευχθούν οι πιο πάνω στόχοι θα πρέπει ο Εθνικός Φορέας για την Ποιότητα στην Υγεία να περιλαμβάνει Γραφεία Ποιότητας, καθώς και Επιτροπές, όπως Διασφάλισης Ποιότητας της Φροντίδας Υγείας, Κλινικής Διακυβέρνησης, Κλινικού Ελέγχου και Έρευνας. Παράλληλα, σύμφωνα με το ΥΥΚΑ (2005), ο Φορέας πρέπει να εποπτεύει άλλους οργανισμούς όπως:

- Ανοικτό Φόρουμ Υγείας για μελέτη, ανάπτυξη και διαβούλευση θεμάτων περί υγείας και ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας.
- Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών για την Υγεία, ούτως ώστε να γίνεται αξιοποίηση, διάθεση και εκμετάλλευση της πληροφορίας.
- Αρχή για τα Ιατροτεχνολογικά Προϊόντα, ούτως ώστε να διασφαλίζεται η ορθή και ασφαλής χρήση τους.
- Ινστιτούτο Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Επαγγελματιών Υγείας για υλοποίηση του σχεδιασμού για επαγγελματική ανάπτυξη.
- Παρατηρητήριο Εθνικού Συστήματος Υγείας για παρακολούθηση και αξιολόγηση του συστήματος.

Βέβαια ο Φορέας θα πρέπει να διοικείται από ένα Συμβούλιο, στο οποίο πρέπει να συμμετέχουν άτομα που σχετίζονται με το χώρο της Υγείας και που μπορεί να ορίσει επί μέρους αρμοδιότητες σε στελέχη, όπως για παράδειγμα τον Υπεύθυνο Διασφάλισης της Ποιότητας (Κωσταγιόλας κ.ά., 2008· Ραφτόπουλος, 2009). Με αυτό τον τρόπο μπορεί να επιτευχθεί η αναβάθμιση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα μέσα από την ίδρυση και λειτουργία ενός Εθνικού Φορέα για την Ποιότητα στην Υγεία, καθίσταται δυνατός ο σχεδιασμός πολιτικής υγείας και μπορούν να μορφοποιηθούν στρατηγικές και σχέδια δράσης για την υγεία, με αποτέλεσμα τη γενικότερη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (WHO, 2009).

4.3 Εισηγήσεις για Έρευνες

Σημαντικό παράγοντα για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από την ΥΥΚ αποτελεί επίσης η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών, αφού μόνο μέσα από τη διερεύνηση, την αξιολόγηση και τον εντοπισμό των αδυναμιών του συστήματος μπορούν να αναληφθούν διορθωτικές δράσεις (Παπανικολάου, 2007· Ραφτόπουλος, 2009). Στα πλαίσια αυτά προτείνονται οι ακόλουθες έρευνες:

- Δεδομένου ότι το περιβάλλον μέσα στο οποίο δραστηριοποιείται ένας οργανισμός συνεχώς μεταβάλλεται και επομένως επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, θα ήταν χρήσιμη μια ανάλυση SWOT, με την οποία μπορούν να εντοπιστούν οι δυνατότητες και αδυναμίες του οργανισμού, καθώς και οι ευκαιρίες και οι απειλές, ούτως ώστε ο οργανισμός να καταφέρει να επιβιώσει. Για τον ίδιο λόγο χρήσιμη θα ήταν και μια ανάλυση PEST, με την οποία μπορούν να εντοπιστούν οι πολιτικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί και τεχνολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα, ενώ παράλληλα όχι μόνο θα αναλυθεί το εξωτερικό περιβάλλον, αλλά και θα εξεταστεί η αναμενόμενη επίδραση που θα έχουν οι εξωγενείς παράγοντες στο μέλλον (Παπανικολάου, 2007· Υφαντόπουλος, 2005).
- Παράλληλα, ουσιώδεις είναι και οι πληροφορίες που μπορούν να συγκεντρωθούν μέσα από συγκριτικές αξιολογήσεις (benchmarking), δηλαδή μετρήσεις υπηρεσιών και πρακτικών σε σύγκριση με πετυχημένες υπηρεσίες και πρακτικές από οργανισμούς υγείας σε διεθνές επίπεδο (Παπανικολάου, 2007).
- Πέραν της διενέργειας κι άλλων επισκοπήσεων με περισσότερες ερωτήσεις και μεγαλύτερο δείγμα από ότι η παρούσα έρευνα, μπορούν να διεξαχθούν και άλλα είδη ερευνών όπως α) μελέτη περίπτωσης, δηλαδή εξέταση συγκεκριμένων περιπτώσεων που φαίνονται να διαφέρουν από τις άλλες, β) μελέτες πριν και μετά, με μετρήσεις πριν και μετά την υλοποίηση μιας παρέμβασης, όπως είναι για παράδειγμα η εκπαίδευση των Υγειονομικών Επιθεωρητών/Λειτουργών, γ) μελέτες με ειδικές ομάδες σύγκρισης, δηλαδή με αξιολόγηση μιας διαθέσιμης ομάδας αντί για μιας ομάδας ελέγχου, παράλληλα με την ομάδα παρέμβασης και δ) πειραματικές έρευνες, με τυχαιοποίηση του δείγματος και παρέμβαση (π.χ. παροχή ηλεκτρονικής πρόσβασης σε κάποιους χρήστες της ΥΥΚ), ούτως ώστε να εντοπιστούν αιτιακές σχέσεις (Παπανικολάου, 2007· Coolican, 2004).

Επίλογος

Εν κατακλείδι, η ποιότητα αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό χαρακτηριστικό της ζωής σήμερα, καθώς και δικαίωμα του ατόμου σε όλα τα επίπεδα. Στα πλαίσια αυτά, οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους οργανισμούς υγείας πρέπει να χαρακτηρίζονται από υψηλή ποιότητα, η οποία μπορεί να αξιολογηθεί μέσα από τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών. Επειδή βέβαια, η ικανοποίηση που αισθάνονται οι χρήστες μπορεί να επηρεαστεί, τόσο αρνητικά, όσο και θετικά, αποτελεί αναγκαιότητα να γίνεται προσεκτική διαχείριση των αλληλεπιδράσεων με τους χρήστες και κατάλληλος σχεδιασμός των υπηρεσιών που παρέχονται, ούτως ώστε να συνάδουν με τις ανάγκες των χρηστών (Ραφτόπουλος, 2009). Επειδή βέβαια, όπως τονίζει ο Deming (1982), οι δειλοί και οι άτολμοι, καθώς και εκείνοι που αναμένουν αποτελέσματα από την ίδια μέρα, είναι καταδικασμένοι στην απογοήτευση και την αποτυχία, είναι σημαντικό οι οποιεσδήποτε κινήσεις να γίνονται ακολουθώντας μια καλά σχεδιασμένη στρατηγική (Μερκούρης, 2008).

Έτσι, είναι σημαντικό ένας οργανισμός υγείας, όπως η ΥΥΚ, να ακολουθεί όλα τα απαραίτητα βήματα που χρειάζονται για να αυξάνεται η ικανοποίηση των χρηστών και να διασφαλίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τον οργανισμό (Οικονομοπούλου, 2006). Όπως αναφέρει και ο Deming (1982), εκείνο που πραγματικά απαιτείται για να γίνει μια υπηρεσία ποιοτική είναι να υπάρχει μακρόχρονη δέσμευση από τη διοίκηση για απόκτηση νέας γνώσης και υιοθέτηση νέας φιλοσοφίας, ούτως ώστε να επιτευχθεί η αναδιαμόρφωση και έτσι η ποιότητα να γίνει αναπόσπαστο κομμάτι της λειτουργίας του οργανισμού. Ακολουθώντας λοιπόν μια τέτοια τακτική, η ΥΥΚ θα μπορέσει να συμβαδίσει με τις διεθνείς εξελίξεις, αλλά και να λειτουργεί αποτελεσματικά και παραγωγικά, προάγοντας παράλληλα τη γενική ευημερία της χώρας.

Παράρτημα Α

Το Ερωτηματολόγιο

Στα πλαίσια έρευνας που διεξάγω με αφορμή την εκπόνηση διατριβής για τις ανάγκες των μεταπτυχιακών μου σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων (MBA) και με απώτερο στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών δημόσιας υγείας, παρακαλώ όπως απαντήσετε με ειλικρίνεια το πιο κάτω ΑΝΩΝΥΜΟ ερωτηματολόγιο συμπληρώνοντας τα κενά ή σημειώνοντας ✓ στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

- Είδος επιχείρησης: _____
Αριθμός εργαζομένων (περίπου) στην επιχείρηση: ____
Ποια εργασία κάνετε στην επιχείρηση; _____
- Πόσες φορές το χρόνο περίπου επισκέπτονται την επιχείρηση οι Υγειονομικοί Επιθεωρητές/Λειτουργοί; ____
Για ποιο λόγο γίνεται η επίσκεψη; _____
Η επίσκεψη συνήθως γίνεται: α) με προειδοποίηση__ β) απροειδοποίητα__
- Τι δείγματα παίρνουν συνήθως οι Υγειονομικοί Επιθεωρητές/Λειτουργοί από εσάς; _____
- Έγιναν παρατηρήσεις από Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς τελευταίως;
Ναι __ Όχι__ Δεν ξέρω ____
Αν ναι, για ποιο λόγο έγινε παρατήρηση: _____
- Έγιναν καταγγελίες από Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς τελευταίως;
Ναι __ Όχι__ Δεν ξέρω ____
Αν ναι, για ποιο λόγο έγινε καταγγελία: _____

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΥΠΡΟΥ

ΔΑ=Διαφωνώ απόλυτα. Δ=Διαφωνώ. ΟΥ=Ουδέτερος. Σ=Συμφωνώ. ΣΑ=Συμφωνώ απόλυτα.

ΔΗΛΩΣΗ: Πιστεύω ότι η Υγειονομική Υπηρεσία Κύπρου:	ΔΑ	Δ	ΟΥ	Σ	ΣΑ
Συμβάλλει καθοριστικά στην πρόληψη μολυσματικών ασθενειών.					
Είναι απαραίτητη για την προστασία της υγείας του κοινού.					
Λειτουργεί υποδειγματικά.					
Χρειάζεται σημαντικές βελτιώσεις για να λειτουργεί αποτελεσματικά.					
Στελεχώνεται από ικανούς Υγειονομικούς Επιθεωρητές/Λειτουργούς.					

Επηρεάζει θετικά τις επιχειρήσεις για την τήρηση των κανόνων υγιεινής.					
Στοιχίζει πολλά χρήματα στο κράτος χωρίς να υπάρχει σοβαρός λόγος.					
Εμπνέει εμπιστοσύνη.					

ΜΕΡΟΣ Γ΄: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΥΠΡΟΥ

0=Καθόλου. 1=Λίγο. 2=Αρκετά. 3=Πολύ. 4=Πάρα πολύ.

Σε ποιο βαθμό είσαστε ικανοποιημένος/η από τα πιο κάτω;	0	1	2	3	4
Συχνότητα επιθεώρησης της επιχείρησης όπου εργάζεστε.					
Συμπεριφορά του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού.					
Ικανότητες του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού.					
Γνώσεις του Υγειονομικού Επιθεωρητή/Λειτουργού.					
Ακρίβεια των οδηγιών που δίνονται από την Υγειονομική Υπηρεσία.					
Τρόπος χειρισμού τυχόν προβλημάτων από τον Υγειονομικό Επιθεωρητή/Λειτουργό.					
Είδος των ποινών που επιβάλλονται αν υπάρχουν παραβάσεις.					
Αποτελεσματική επικοινωνία με τον Υγειονομικό Επιθεωρητή.					
Αμεσότητα ανταπόκρισης της Υπηρεσίας κάθε φορά που καλείται.					
Περιθώριο που δίνεται για συμμόρφωση με τη νομοθεσία.					
Ακριβοδίκαια αντιμετώπιση όλων των επιχειρήσεων.					
Επιβολή ποινών μόνο όταν πραγματικά χρειάζεται.					

Ποιες αλλαγές νομίζετε ότι πρέπει να γίνουν για να είσαστε περισσότερο ικανοποιημένος/η από την Υγειονομική Υπηρεσία Κύπρου; (Παρακαλώ απαντήστε στο πίσω μέρος της σελίδας)

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!

Κατερίνα Ξένου

Παράρτημα Β

Δειγματικά Αποτελέσματα SPSS

Β.1 Περιγραφική Στατιστική

Type of company

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Periptero	7	6.9	6.9	6.9
Fagitopoleio/Kouzina	36	35.6	35.6	42.6
Yperagora/Froutaria	7	6.9	6.9	49.5
Nipiagogeio/Sxoleio	5	5.0	5.0	54.5
Pub/Cafe/Lesxi	8	7.9	7.9	62.4
Valid Take away	7	6.9	6.9	69.3
Kantina	17	16.8	16.8	86.1
Fournos/Confectionery	8	7.9	7.9	94.1
Biotexnia	1	1.0	1.0	95.0
Pratirio/Katastima	5	5.0	5.0	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Number of employees	101	29	1	30	5.47	5.340	28.511	2.892	.240	9.698	.476
Number of visits	101	2	1	3	2.65	.699	.489	-1.732	.240	1.351	.476
Valid N	101										

B1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Disagree	3	3.0	3.0	3.0
Neutral	16	15.8	15.8	18.8
Valid Agree	53	52.5	52.5	71.3
Absolutely agree	29	28.7	28.7	100.0
Total	101	100.0	100.0	

C1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Little	7	6.9	6.9	6.9
Medium	55	54.5	54.5	61.4
Valid Much	22	21.8	21.8	83.2
Very much	16	15.8	15.8	99.0
11	1	1.0	1.0	100.0
Total	101	100.0	100.0	

B.2 Επαγωγική Στατιστική

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Made remarks * Made denunciations	100	99.0%	1	1.0%	101	100.0%

Made remarks * Made denunciations Crosstabulation

Count

		Made denunciations		Total
		No	Yes	
Made remarks	No	49	1	50
	Yes	37	13	50
Total		86	14	100

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.960 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	10.050	1	.002		
Likelihood Ratio	13.883	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	11.841	1	.001		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.00.

b. Computed only for a 2x2 table

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
B1	Between Groups	3.472	9	.386	.662	.741
	Within Groups	53.043	91	.583		
	Total	56.515	100			
B2	Between Groups	1.390	9	.154	.394	.935
	Within Groups	34.933	89	.393		
	Total	36.323	98			
B3	Between Groups	5.652	9	.628	1.260	.270
	Within Groups	44.858	90	.498		
	Total	50.510	99			
B4	Between Groups	9.367	9	1.041	1.290	.253
	Within Groups	73.405	91	.807		
	Total	82.772	100			
B5	Between Groups	2.501	9	.278	.595	.798
	Within Groups	42.509	91	.467		
	Total	45.010	100			
B6	Between Groups	2.048	9	.228	.537	.844
	Within Groups	38.585	91	.424		
	Total	40.634	100			
B7	Between Groups	9.024	9	1.003	1.378	.210
	Within Groups	66.224	91	.728		
	Total	75.248	100			
B8	Between Groups	2.775	9	.308	.748	.664
	Within Groups	37.522	91	.412		
	Total	40.297	100			

Correlations

		Number of visits	B1	B2	B3	B4
Number of visits	Pearson Correlation	1	.027	.029	-.263**	.270**
	Sig. (2-tailed)		.788	.779	.008	.006
	N	101	101	99	100	101
B1	Pearson Correlation	.027	1	.416**	.543**	-.366**
	Sig. (2-tailed)	.788		.000	.000	.000
	N	101	101	99	100	101
B2	Pearson Correlation	.029	.416**	1	.373**	-.374**
	Sig. (2-tailed)	.779	.000		.000	.000
	N	99	99	99	98	99
B3	Pearson Correlation	-.263**	.543**	.373**	1	-.497**
	Sig. (2-tailed)	.008	.000	.000		.000
	N	100	100	98	100	100
B4	Pearson Correlation	.270**	-.366**	-.374**	-.497**	1
	Sig. (2-tailed)	.006	.000	.000	.000	
	N	101	101	99	100	101

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Βιβλιογραφία

Adams, J. S. (1963). Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 422-436.

Al-Assaf, A. (1997). *Total Quality in Health care*. USA: CRC Press LLC.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) (2011). *National Safety and Quality Health Service Standards*. Sydney: ACSQHC.

Bolton, R. N. & Drew, J. (1991). A multistage model of customers' assessment of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, 17, 375-384.

Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ. & Middleton, Μ. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 29(6), 720-730.

Carpenito, L. J. (1991). A lifetime commitment. *Nursing Times*, 87(48), 53-55.

Cartwright, A. & Anderson, R. (1981). *General Practice Revisited*. London: Tavistock.

Chaplin, J. P. (1981). *Dictionary of Psychology*. New York: Dell Publishing Co.

Cleary, P. D. (2003). A hospitalization from hell: a patient's perspectives on quality. *Annals of Internal Medicine*, 138(1), 33-39.

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology* (4th edn.). London: Hodder & Stoughton.

- Creswell, J. W. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση: Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: the art of making quality certain*. New York: New American Library.
- Day, R. L. (1984). Modelling choices among alternative responses to dissatisfaction. *Advances in Consumer Research*, 11, 496-499.
- Deming, W. E. (1982). *Quality, Productivity, and Competitive Position*. Cambridge: MIT Center for Advanced Engineering Study.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Deming, W. E. (1993). *The new economics for industry, government, education*. Cambridge: MIT Center for Advanced Engineering Study.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press.
- Donaldson, I. J. & Gray, J. A. M. (1998). Clinical governance: a quality duty for health organizations. *Quality in Health Care*, 7, 37-44.
- Dumas, R. A., Cushing, N. & Laughlin, C. (1987). Making quality control theories workable. *Training & Development Journal*, 41(2), 30-33.
- Ellis, R. & Whittington, D. (1993). *Quality assurance in health care: a handbook*. London: Arnold.
- EUFIC (2011). Έλεγχοι ασφάλειας τροφίμων στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Διαθέσιμο στο http://www.eufic.org/article/el/artid/Food_Safety_Controls_European_Union/

European Commission (2002). Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 178/2002 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 28ης Ιανουαρίου 2002, για τον καθορισμό των γενικών αρχών και απαιτήσεων της νομοθεσίας για τα τρόφιμα, για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Αρχής για την Ασφάλεια των Τροφίμων και τον καθορισμό διαδικασιών σε θέματα ασφαλείας των τροφίμων. Διαθέσιμο στο <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32002R0178:EL:NOT>

European Commission (2007). 50 Years of Food Safety in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/food/food/docs/50years foodsafety en.pdf>

European Commission (2009). The Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF) - Annual Report 2009. Διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/food/food/rapidalert/docs/report2009 en.pdf>

European Commission (2011). Ασφάλεια των τροφίμων: από το αγρόκτημα στο τραπέζι. Διαθέσιμο στο <http://europa.eu/pol/food/index el.htm>

Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd edn.). London: SAGE/

Fink, A. (2009). *How to Conduct Surveys: a Step-by-Step Guide* (4th edn.). Thousand Oaks: Sage.

Garvin, D. A. (1988). *Managing quality: the strategic and competitive edge*. New York: The Free Press.

Ghobadian, A., Speller, S. & Jones, M. (1994). Service quality concepts and models. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11(9), 43-66.

Halstead, D., Hartman, D. & Schmidt, S. (1994). Multisource effects on the satisfaction formation process. *Academy of Marketing Science*, 22, 114-129.

Huseman, R. C., Hatfield, J. D. & Miles, E. W. (1987). A New Perspective on Equity Theory: The Equity Sensitivity Construct. *The Academy of Management Review*, 12(20), 222-234.

Ιατρικές Υπηρεσίες & Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας (ΙΥ & ΥΔΥ), 2015. Αποστολή. Διαθέσιμο στο http://www.moh.gov.cy/moh/mphs/mphs.nsf/phs01_gr/phs01_gr?OpenDocument

Javeau, C. (2000). *Η Έρευνα με Ερωτηματολόγιο: το Εγχειρίδιο του Καλού Ερευνητή*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Juran, J. M. (1986). The quality trilogy. *Quality Progress*, August, 19-24.

Juran, J. M. (1988). *Juran on planning for quality*. New York: Free Press.

Kahn, J. E. (1985). *The right word the right time*. New York: The Reader's Digest Association Limited.

Κουρέα-Κρεμαστινού, Τ. (2007). *Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα.

Κυριόπουλος, Ι. (2007). *Τα οικονομικά της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Κυριόπουλος, Ι. & Μπεαζόγλου, Τ. (2000). Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: μια απόπειρα για τη συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Στο Γ. Κυριόπουλος, Ε. Γεωργούση & Τ. Μπεαζόγλου (επιμ.), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*. Αθήνα: Θεμέλιο.

Κυριόπουλος, Ι., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ. & Τσάκος, Γ. (2003). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Θεμέλιο.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ. & Χατζοπούλου, Μ. (2008). *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Παπασωτηρίου.

Lewin, C. (2005). Elementary Quantitative Methods. In B. Somekh and C. Lewin (Eds.), *Research Methods in the Social Sciences* (pp. 215-225). London: SAGE Publications.

Lewis, R. Q. & Fletcher, M. (2005). Implementing a national strategy for patient safety: lessons from the National Health Service in England. *Quality and Safety of Health Care*, 14, 135-139.

Lohr, K. (1992). *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington DC: National Academy Press.

Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. & Ζυγά, Σ. (2009). Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(1), 25-40.

Μέκος, Κ. (2009). Επιβολή κυρώσεων και εργατικά ατυχήματα στους Νομούς Θεσσαλονίκης και Κιλκίς. *Σπουδαί*, 59(1-2), 275-296.

Μερκούρης, Α. (2008). *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Αθήνα: Ίων.

Monroe, K. & Krishnan, R. (1985). The effect of price on subjective product evaluations. In J. Jacoby & J. Olson (eds.), *Perceived Quality* (pp. 209-232). London: Lexington Books.

Mitchell, M. L. & Jolley, J. M. (2007). *Research Design Explained* (6th edn.). USA: Thomson Wadsworth.

Oakland, J. S. (1994). *Total Quality Management: the route to improving performance*. Oxford: Butterworth – Heinemann.

Οικονομοπούλου, Χ. Β. (2006). Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Στο Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, *Τιμητικός Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη-Δελιβάνη* (σελ. 605-625). Θεσσαλονίκη.

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) (2014). Αποστολή. Διαθέσιμο στο <http://www.hio.org.cy/gr/mission.html>

Ovretveit, J. (1998). *Health Service Quality*. UK: Blackwell Science.

Owens, J. D. & Batchelor, C. (1996). Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine*, 42(11), 1483-1491.

Παπανικολάου, Β. (2007). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: αρχές, μέθοδοι και εφαρμογές*. Αθήνα: Παπαζήση.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1988). Servqual: a multiple-item scale for measuring perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.

Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.

Pfeffer, J. (1995). *Competitive advantage through people: unleashing the power of the work force*. Boston: Harvard Business School Press.

Ραφτόπουλος, Β. (2009). *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας*. Λευκωσία: ΤΕΠΑΚ.

Raftopoulos, V. (2005a). Pain, satisfaction with quality of pain management and depressive symptoms in elderly hospitalized patients. *ICU Nursing Web Journal*, 20, 1-17.

Raftopoulos, V. (2005b). A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *ICU Nursing Web Journal*, 22, 1-15.

Robson, C. (2002). *Real World Research* (2nd edn.). Oxford: Blackwell Publishing.

Royal College of General Practitioners (1994). *Quality and audit in general practice: meanings and definitions*. London: Royal College of General Practitioners.

Σαμούτης, Γ. (2009). *Διοίκηση Υγείας*. Λευκωσία: Frederick.

Scholz, J. T. & Gray, W. B. (1997). Can Government Facilitate Cooperation? An Informational Model of OSHA Enforcement. *American Journal of Political Science*, 41, 693-717.

Stahr, H. (2001). Developing a culture of quality within the United Kingdom healthcare system. *International Journal for Health Care Quality Assurance*, 14(4), 174-180.

Stetler, C. (1990). Nursing research and quality care. *Series of Nursing Administration*, 3, 191-207.

Τούντας, Γ. & Οικονόμου, Ν.Α. (2007). Αξιολόγηση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 7-21.

Τσιότρας, Γ. Δ. (2002). *Βελτίωση Ποιότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.

World Health Organization (WHO) (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. Denmark: WHO.

World Health Organization (WHO) (2009). *More than words: Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva: WHO.

Υγειονομική Υπηρεσία Κύπρου (ΥΥΚ) (2016). Αρχική σελίδα. Διαθέσιμο στο http://www.moh.gov.cy/moh/mphs/phs.nsf/DMLindex_gr/DMLindex_gr?OpenDocument

Υπουργείο Υγείας (ΥΥ) (2016). Αποστολή. Διαθέσιμο στο http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/page01_gr/page01_gr?OpenDocument

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) (2005). *Σχέδιο Νόμου για την Ποιότητα και την Ασφάλεια των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Πληροφοριών Υγείας*. Αθήνα: ΥΥΚΑ.

Υφαντόπουλος, Γ. (2005). *Τα οικονομικά της υγείας: θεωρία και πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Zeithaml, V., Parasuraman, A. & Berry, L. (1990). *Delivering quality services*. New York: The Free Press.