



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Ο βαθμός ικανοποίησης των ασφαλισμένων
του ταμείου της ΔΕΗ από τις υπηρεσίες υγείας:
η περίπτωση του νομού Ηρακλείου της Κρήτης**

ΤΣΟΥΜΑΝΗ ΝΑΤΑΛΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΜΠΑΜΠΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2010

Περίληψη Διατριβής Επιπέδου Μάστερ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ταμείου υγείας της ΔΕΗ από τις υπηρεσίες υγείας της ΔΕΗ στο Νομό Ηρακλείου της Κρήτης.

Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το δείγμα των ατόμων ήταν 117 άτομα ηλικίας 18 έως 75 ετών. Στη συγκεκριμένη έρευνα διανεμήθηκαν 160 ερωτηματολόγια αλλά αξιοποιήθηκαν τα 117. Τα 43 ερωτηματολόγια που απορρίφθηκαν ήταν συμπληρωμένα ελλιπώς. Ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν 73,1 %.

Αποτελέσματα: Στην παρούσα μελέτη το 59,8% είναι άνδρες και το 40,2% γυναίκες με μέση τιμή ηλικίας τα 50 έτη και τυπική απόκλιση ± 14 . Το μεγαλύτερο ποσοστό 48,7% θεωρεί την υγεία του καλή, το 24,8% πολύ καλή και το 23,9% μέτρια. Ο μέσος όρος μηνιαίου εισοδήματος των ασφαλισμένων της ΔΕΗ είναι 1600-2000 € . Το μεγαλύτερο ποσοστό 48,7% θεωρεί την υγεία του καλή, το 24,8% πολύ καλή και το 23,9% μέτρια. Το 44,4% στο σύνολο των ασφαλισμένων απάντησε ότι η μεγαλύτερη έλλειψη στις υπηρεσίες υγείας του ασφαλιστικού ταμείου της ΔΕΗ παρουσιάζεται σε γιατρούς, το 30,8% σε υποδομή και το 17,1% σε εξειδικευμένες εξετάσεις. Ο χρόνος αναμονής στις υπηρεσίες υγείας του ασφαλιστικού ταμείου της ΔΕΗ είναι κατά μέσο όρο 10-15 λεπτά (σε ποσοστό 65,8%). Η ποιότητα του περιβάλλοντος θεωρείται καλή (42,7%) και πολύ καλή (30,8%). Το μεγαλύτερο πρόβλημα, όσον αφορά το κτίριο του ασφαλιστικού ταμείου, είναι ο χώρος στάθμευσης (53,8%) και αμέσως μετά ακολουθεί η απόσταση από το τόπο διαμονής των ασφαλισμένων (18,8%). Η ικανοποίηση των εργαζομένων της ΔΕΗ από το ασφαλιστικό τους ταμείο είναι καλή (51,3%) και πολύ καλή (37,6%). Στατιστικά, σημαντικές διαφορές ($p\text{-value} < 0,05$) παρουσιάζονται ανάμεσα στα δύο φύλα, με τις γυναίκες να απαντούν ότι η ικανοποίηση γενικά είναι καλή, σε ποσοστό 46,8% και πολύ καλή σε ποσοστό 40,4%, ενώ στους άνδρες τα ποσοστά κυμαίνονται στο 54,3% και στο 35,7% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Οι ασφαλισμένοι της ΔΕΗ δείχνουν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις οικονομικές αποζημιώσεις που τους παρέχονται. Το εισόδημά τους είναι αρκετά υψηλό, θεωρούν την υγεία τους πολύ καλή και καλή κατά την πλειοψηφία και επικεντρώνουν δε συγκεκριμένες ελλείψεις όσον αφορά τις παροχές υγειονομικής περίθαλψης. Γενικότερα, νιώθουν

οικειότητα με όλο το προσωπικό, επικρατεί ένα φιλικό και όχι καθαρά υπηρεσιακό περιβάλλον και εντοπίζουν προβλήματα, όσον αφορά τις κτιριακές υποδομές, με βασικότερο το χώρο στάθμευσης.

Λέξεις κλειδιά: ασφαλιστικό ταμείο, ΔΕΗ, ικανοποίηση, βαθμός ικανοποίησης, υπηρεσίες υγείας, υγεία

Abstract of Master Level

Purpose: The purpose of the present study is the estimation of the degree of satisfaction of the insured members of the PPC Health Fund from the health services in the prefecture of Heraklion, Crete.

Method: The method used was random sampling. The sample of the individuals was composed of 117 persons aged 18 to 75 years. In this particular research 160 questionnaires were distributed, but 117 were utilised. The 43 questionnaires rejected were inadequately completed. The response rate was 73.1%.

Results: In the present study 59.8% are men and 40.2% women with an average age of 50 years and a standard deviation of ± 14 . The greater percentage of 48.7% considers its health to be good, 24.8% very good and 23.9% moderate. The average monthly income of the insured members of PPC is 1600 – 2000 Euro. The greater percentage of 48.7% considers its health to be good, 24.8% very good and 23.9% moderate. 44.4% of the total insured members answered that the greatest shortage of the insurance scheme relates to doctors, 30.8% to infrastructure, and 17.1% to specialized examinations. The time of waiting at the health fund's premises is on average 10-15 minutes (for a percentage of 65.8%). The quality of the environment is deemed to be good (51.3%) and very good (30.8%). The greatest problem in relation to the health fund's premises is parking space (53.8%) followed by the distance from the insured members' place of residence (18.8%). The satisfaction of the PPC employees from their health insurance fund is good (51.3%) and very good (40.4%). Statistically, important differences (p -value $< 0,05$) appear between the two sexes with women being well satisfied (46.8%) and very satisfied (40.4%) while for men the percentages amount to 54.3% and 35.7% respectively.

Conclusions: The insured members of the PPC insurance fund appear particularly satisfied from the services provided and the economic compensation provided to them. Their income is quite high, their majority considers their health to be very good and good and they focus on certain shortages in relation to the provision of healthcare. Generally, they feel comfortable with the staff, the prevailing environment is friendly and not purely official and they identify problems in relation to the building infrastructure, with the greatest being parking space. •

Key words: insurance fund, PPC, satisfaction, degree of satisfaction, health services, health

Αφιερωμένο

**στο σύζυγό μου Δημήτρη , για την υπομονή και
τη συμπαράστασή του στο δύσκολο έργο της εκπαίδευσης.**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ 11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΟΛΙΤΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	
1.1 Το ζήτημα της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας.....	σελ 13
1.2 Οι διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας.....	σελ 16
1.3 Η σημασία διερεύνησης της ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.....	σελ 19
1.4 Η ικανοποίηση των ασθενών και οι διαστάσεις της.....	σελ 21
1.5 Οι προβλεπτικοί δείκτες της ικανοποίησης των ασθενών	σελ 24
1.6 Η Ελληνική πραγματικότητα όσον αφορά την ικανοποίηση στο σύστημα Υγείας	σελ 27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	
2.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ).....	σελ 32
2.2 Η διάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα.....	σελ 33
2.3 Κοινωνική Ασφάλιση-Ασφαλιστικά ταμεία.....	σελ 35
2.4 Παροχές της Κοινωνικής Ασφάλισης -Ασφαλιστικά ταμεία.....	σελ 37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΔΕΗ	
3.1 Το ασφαλιστικό καθεστώς των ασφαλισμένων στη ΔΕΗ.....	σελ 40
3.2 Διάρθρωση των μονάδων του ασφαλιστικού ταμείου της ΔΕΗ στην Κρήτη	σελ 51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
4.1 Υλικό και μέθοδος.....	σελ 53
4.1.1 Επιλογή ερωτηματολογίου.....	σελ 53
4.1.2 Κατασκευή ερωτηματολογίου	σελ 53

4.1.3 Ανάλυση ερωτηματολογίου	σελ 54
4.1.4 Επιλογή δείγματος.....	σελ 55
4.2 Μεθοδολογία.....	σελ 55
4.2.1 Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης.....	σελ 55
4.3.2 Δεοντολογία.....	σελ 53
4.4.3 Περιοχή μελέτης.....	σελ 55
4.5.4 Πληθυσμός μελέτης.....	σελ 55
4.1.5 Σκοπός της μελέτης.....	σελ 55
4.3 Στατιστική ανάλυση.....	σελ 56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	σελ 58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	σελ 68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	σελ 81
7.1 Συμπεράσματα.....	σελ 81
7.2 Προτάσεις	σελ 81
7.3 Επίλογος.....	σελ 84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ 86

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια από τις βασικότερες παραμέτρους προαγωγής και διατήρησης της υγείας των πολιτών σε μία οργανωμένη κοινωνία. Τα σύγχρονα κράτη πρόνοιας αποτελούν θεσμό μείζονος οικονομικής και κοινωνικής σημασίας.

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασφαλισμένων της ΔΕΗ από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχει το ασφαλιστικό τους ταμείο. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελείται από πέντε βασικά κεφάλαια και υποκεφάλαια.

Στο κεφάλαιο 1 γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, όσον αφορά το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς. Αναλύεται το γεγονός που αφορά την μέτρηση της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας καθώς παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες, σχετικά με το 'προϊόν' που μετριέται και τα εργαλεία μέτρησής της. Απαραίτητο είναι να διευκρινιστεί η διαφοροποίηση του προϊόντος της υγείας από όλα τα υπόλοιπα, αφού έχει κάποιες ιδιομορφίες. Η σημασία διερεύνησης του βαθμού ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας καθώς και οι διαστάσεις της αναλύονται επίσης στο ίδιο κεφάλαιο. Στη συνέχεια, γίνεται μια προσπάθεια αποτύπωσης της Ελληνικής πραγματικότητας, όσον αφορά την ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας και παρουσιάζονται έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον Ελλαδικό χώρο.

Στο κεφάλαιο 2 γίνεται αναφορά στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, και τη διάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Γίνεται, επίσης, λόγος για τα υποσυστήματα της Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στη συνέχεια αναλύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) και γίνεται μια εκτενής ανασκόπηση στο νομοθετικό σχέδιο και τη μεταρρύθμιση, σε ό,τι αφορά την προσπάθεια αποκέντρωσης με τη δημιουργία των Περιφερικών Συστημάτων Υγείας. Επίσης, στο ίδιο κεφάλαιο, γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής του τρόπου λειτουργίας της κοινωνικής ασφάλισης / ασφαλιστικά ταμεία και των παροχών που λαμβάνουν οι πολίτες από αυτά.

Στο κεφάλαιο 3 περιγράφεται το ασφαλιστικό καθεστώς των ασφαλισμένων στο ταμείο της ΔΕΗ, οι παροχές που απολαμβάνουν και γενικότερα αναλύονται, σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο του καταστατικού της ΔΕΗ, όλες οι υγειονομικές παροχές. Επίσης, γίνεται και μια αναφορά στη διάρθρωση των μονάδων του ασφαλιστικού ταμείου της ΔΕΗ στην Κρήτη.

Στο κεφάλαιο 4 αναλύεται η μεθοδολογία και ο τρόπος με τον οποίο σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη. Αρχικά γίνεται αναφορά στο χρονοδιάγραμμα υλοποίησής της και στη δεοντολογία. Αναφέρεται η περιοχή και ο πληθυσμός μελέτης, ο σκοπός της έρευνας, το υλικό και η μέθοδος που ακολουθήθηκε. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στο ερωτηματολόγιο, στον τρόπο κατασκευής του και αναλύονται διεξοδικά οι άξονές του.

Στο κεφάλαιο 5, γίνεται ανάλυση στη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων και ακολουθούν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και η συζήτηση η οποία αναλύει τα αποτελέσματα και τα συγκρίνει με παρόμοιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον Ελλαδικό χώρο πάνω στο θέμα της ικανοποίησης των ατόμων από τις υπηρεσίες υγείας.

Στο κεφάλαιο 6, το οποίο είναι και το τελευταίο, διατυπώνονται τόσο τα συμπεράσματα που έχουν διεξαχθεί από τη παρούσα μελέτη όσο και οι προτάσεις για τη βελτίωση της παρούσας κατάστασης του ασφαλιστικού ταμείου της ΔΕΗ.

Στην Ελλάδα, μελέτες που αφορούν την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές. Όσον αφορά όμως την ικανοποίηση από τις παροχές των ασφαλιστικών ταμείων έχουν πραγματοποιηθεί ελάχιστες.

1.1 Το ζήτημα της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας

Η ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί ίσως το δυναμικότερο και λειτουργικότερο δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς που ακολουθούν κάποια θεραπευτική αγωγή, επιστρέφουν για επανεκτίμηση με αποτέλεσμα να διατηρούν μια σχέση επικοινωνίας με τον γιατρό τους (Fitzpatric R, 1993). Οι Evanson E. & Whittinghton D (1997) πιστεύουν στην αναγκαιότητα των ερευνών για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών για δυο κυρίως λόγους: *‘ο πρώτος είναι ότι οι ασθενείς αποτελούν ‘καταναλωτές’ υπηρεσιών φροντίδας υγείας και οι έρευνες που αφορούν καταναλωτές είναι βασικές για την αύξηση της αποδοτικότητας αλλά και για τη βελτίωση μιας υπηρεσίας και ο δεύτερος ότι ο τομέας της φροντίδας υγείας είναι στο μεγάλο του μέρος χρηματοδοτούμενος από το Κράτος’.*

Η ικανοποίηση του ασθενούς μπορεί να προσδιοριστεί σύμφωνα με το αν οι παρέχοντες υπηρεσίες υγείας έχουν πετύχει στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις απαιτήσεις του ασθενούς. Η ικανοποίηση του ασθενούς έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή που επηρεάζει τη μεταβλητότητα της φροντίδας (Κυριόπουλος και συν.,1990) καθώς και τη συνεργασία αυτών που παρέχουν τη φροντίδα. Επίσης, μπορεί να επηρεάσει τη χρήση και τη πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας αποκτώντας σπουδαία σημασία για τη χάραξη και την πολιτική υγείας (Κυριόπουλος και συν.,2000).

Οι μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών υποδεικνύουν έναν σημαντικό αριθμό τομέων που περιλαμβάνουν την ποιότητα των υπηρεσιών, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ίδιους τους ασθενείς. Στους τομείς αυτούς περιλαμβάνονται και οι αντιλήψεις των ασθενών για την ιατρική/ νοσηλευτική φροντίδα τους. Αποτελέσματα αυτής είναι και οι διαπροσωπικοί παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με τον τρόπο παροχής της. Οι βαθμολογίες των ασθενών, όσον αφορά την ικανοποίηση τους, αντικατοπτρίζουν τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες που έχουν για την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη μεταξύ τους σχέση (Scholle et al., 2005). Επίσης, αποκαλύπτουν τον τρόπο με τον οποίο το προσωπικό επικοινωνεί με τους ασθενείς, δηλαδή τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά

και των ειδικών αναγκών υγείας (Sitzia J et al.,1997). Ο A. Donabedian ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Ουσιαστικά, η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό (Θεοδοσόπουλος, 2002). Ο Donabedian (1997) πιστεύει ότι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επίσης, σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα (Donabedian,1987) οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και ταυτόχρονα απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Πολλοί ερευνητές θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών ως θεραπευτική παρέμβαση, ενώ άλλοι προτείνουν ότι η μέτρησή της μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στη διοίκηση προσωπικού, στη λήψη αποφάσεων, στην αξιολόγηση οργανωτικών αλλαγών και τέλος στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας, ύστερα από μελέτη των συνθηκών αγοράς (Merkouris,1999).

Ο Pascoe όρισε την ικανοποίηση του ασθενή ως την γενική αντίδρασή του σε μια παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσεις και μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών (Clearly et al., 1988).

Κατά τον Petersen η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη την οποία έχει ο ασθενής και αφορά τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής, να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας. (Μερκούρης, 1996). Ο Guzman υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας, την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή (Μερκούρης, 1996). Στο νοσηλευτικό χώρο, ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι αυτός που δίνει ο Risser, σύμφωνα με τον οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται. (Μερκούρης, 1996).

Το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών θεωρείται απαραίτητος δείκτης ποιότητας σε οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας. Η μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία για αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συμμορφωθούν με τις ιατρικές οδηγίες (Κωσταγιόλας και συν.,2007). Η καλή διαπροσωπική επικοινωνία και η ικανότητα ανταπόκρισης σε εκφρασμένες ανάγκες έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών (Bell et al.,2001).

Η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών είναι πλέον απαραίτητη, ώστε να βελτιώνονται οι υπηρεσίες υγείας και να προσαρμόζονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες τους. Ωστόσο, αυτό προϋποθέτει τη γνωστοποίηση των παραγόντων εκείνων που καθορίζουν αν η άποψη του ασθενούς για την ποιότητα των υπηρεσιών είναι θετική ή αρνητική. Αυτό βοηθάει ιδιαίτερα τους παρέχοντες υπηρεσίες υγείας να πραγματοποιήσουν αλλαγές, εστιάζοντας περισσότερο σε αυτούς τους παράγοντες, όπως για παράδειγμα το επίπεδο υγείας του ασθενούς. Για αυτό το λόγο θα ήταν σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι διαφορές στο επίπεδο υγείας, όταν πραγματοποιούνται έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δείξει το κράτος στη θέσπιση κανόνων και εργαλείων τα οποία να μπορούν από τη μία να καταγράφουν το βαθμό ικανοποίησης των πολιτών τους από τις υπηρεσίες υγείας και από την άλλη να έχουν τη δυνατότητα να κάνουν ριζικές αλλαγές.

Σύμφωνα με τη Σπανού (2003), η ενδυνάμωση του ευρωπαϊού ασθενούς (European Patient Empowerment) και ο ρόλος του αφορά την επιλογή του σε σχέση με τις προσδοκίες του, την πληροφόρησή του και τελικά την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας με βάση προτυποποιημένα κριτήρια. Η έννοια της 'ενδυνάμωσης' στις κοινωνικές επιστήμες αφορά και στην ικανότητα να ελέγχει κάποιος το περιβάλλον του και την κατανομή της εξουσίας σε όφελος ασθενέστερων ατόμων και ομάδων. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας συνεπάγεται 'μοίρασμα της εξουσίας μεταξύ ειδικών και χρηστών των υπηρεσιών' δηλαδή πρόκειται για ένα μηχανισμό διανομής της εξουσίας μεταξύ των δύο και όχι διευκόλυνση του ενός επί του άλλου (Barnes et al.,1996).

Στον Ελλαδικό χώρο έχουν γίνει αξιολογικές προσπάθειες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας (Grigoriadis et al.,2002, Athanasopoulos et al.,2001) καθώς και για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας (Niakas,2003).

1.2 Οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας

Η αναζήτηση της ποιότητας, η οποία οδηγεί και στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών, συγκαταλέγεται ανάμεσα στους στόχους των υπηρεσιών υγείας και τείνει να καλύπτει όλο το φάσμα τους. Παράλληλα, η ποιότητα συσχετίζεται με το σύστημα υγείας και τους χρήστες γιατί ακριβώς δεν παρουσιάζεται εν κενό αφού αφορά, κατά κύριο λόγο, τους επαγγελματίες και τους χρήστες του συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα, η ποιότητα στον τομέα υγείας διαφέρει κατά πολύ από την επιζητούμενη ποιότητα σε άλλου είδους υπηρεσίες ή και στο βιομηχανικό πεδίο (Σιγάλας,1999). Η εκτίμηση της ποιότητας της προσφερόμενης περίθαλψης δεν είναι εύκολη υπόθεση, γεγονός που οφείλεται στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών (π.χ. άυλα αγαθά, συνεχής παροχή, μεγάλος όγκος, δυσκολία προσδιορισμού προτύπων απόδοσης καθώς κάθε περίπτωση είναι διαφορετική) (Σιγάλας,1999).

Το προϊόν που παράγουν οι υπηρεσίες υγείας, είναι ιατρικές πράξεις, εγχειρήσεις, ημέρες νοσηλείας κλπ. Η αγορά, όμως, των υπηρεσιών υγείας έχει κάποιες ιδιομορφίες που τη διαφοροποιεί από τις υπόλοιπες. Οι ιδιομορφίες αυτές έχουν τη βάση τους στην ίδια τη φύση του αγαθού της υγείας, οι οποίες καθιστούν το μηχανισμό τιμών ανεπαρκή και αναιρούν τους νόμους που διέπουν την ομαλή λειτουργία της αγοράς με την κλασική της έννοια. Οι κυριότερες από αυτές είναι η ετερογένεια του προϊόντος, η ασυμμετρία στην πληροφόρηση, η αντίστροφη επιλογή (Θεοδώρου και συν.,2001).

Η ετερογένεια του προϊόντος της υγείας οφείλεται στον πολυδιάστατο χαρακτήρα της και στους πολλούς παράγοντες που την επηρεάζουν, αφού η αποκατάσταση της υγείας και η αντιμετώπιση διαφορετικών ασθενειών διαφοροποιεί εντελώς τη φύση της ιατρικής φροντίδας και την περίθαλψη των ασθενών στους φορείς της υγείας. Η ετερογένεια του προϊόντος της υγείας ενισχύεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι υπάρχει ποικιλομορφία στην άσκηση της ιατρικής πρακτικής με αποτέλεσμα να καθιστά αδύνατο τον καθορισμό ως ενιαίου προϊόντος. Επιπλέον, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι δευτερογενής αντλούμενη ζήτηση, αφού ο ασθενής επιζητά την υγεία και ο ιατρός προσφέρει ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση. Οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν το ενδιάμεσο προϊόν, ενώ το τελικό προϊόν αποτελεί η υγεία (Υφαντόπουλος,2003). Μία άλλη ιδιομορφία της

συγκεκριμένης αγοράς είναι η ασυμμετρία στην πληροφόρηση. Πιο συγκεκριμένα, η μοναδική πηγή πληροφόρησης του καταναλωτή –ασθενή των υπηρεσιών υγείας είναι ο προμηθευτής – ιατρός. Ο ασθενής δεν είναι γνώστης της κατάστασης υγείας του, ενώ η πληροφόρηση γι' αυτήν και η προτεινόμενη θεραπεία επιλέγεται από τον ιατρό (Υφαντόπουλος,2003). Η έλλειψη της κυριαρχίας του ασθενή- καταναλωτή στην αγορά είναι από τις βασικές συνιστώσες που διαφοροποιεί το προϊόν της υγείας από τα υπόλοιπα.

Το 1980, ο Donabedian χαρακτήρισε ως περίθαλψη υψηλής ποιότητας την περίθαλψη «η οποία αναμένεται να μεγιστοποιήσει τη βελτίωση που παρουσιάζεται συνολικά στην εικόνα του ασθενούς». Ο Maxwell το 1984 προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος στις εξής παραμέτρους όπως η πρόσβαση- προσπελασιμότητα, η ισότητα, η αποτελεσματικότητα, η αποδοχή, η καταλληλότητα. Το 1988, το Συμβούλιο Ιατρικών Υπηρεσιών της Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρείας (American Medical Association) όρισε την ποιοτική περίθαλψη ως «αυτή που ουσιαστικά και σημαντικά συνεισφέρει στη βελτίωση ή και στη διατήρηση της ποιότητας και της διάρκειας της ζωής». Παρά τις διαφορές που παρατηρούνται στους διάφορους ορισμούς, κοινό σημείο είναι η επίτευξη του «άριστου», του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος ως προς την περίθαλψη του ασθενούς, με βάση τις δεδομένες συνθήκες (Donabedian A, 1988).

Είναι κοινά παραδεκτό πως η παραγωγή και η διάθεση μιας υπηρεσίας υγείας διαφέρει σημαντικά από την παραγωγή και τη διάθεση οποιουδήποτε άλλου προϊόντος και αυτή η ιδιομορφία συνίσταται κυρίως στην αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ του προσωπικού των οργανισμών υγείας και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχει μια ιδιαιτερότητα καθώς το «προϊόν» που διατίθεται έχει άμεση σχέση με την υγεία του 'καταναλωτή' και επίσης ο 'καταναλωτής' είναι παρών την ώρα της παραγωγής. Κάθε παρέκκλιση μπορεί να συμβάλει αρνητικά στην ικανοποίηση των χρηστών. Λόγω της μοναδικότητάς της ως υπηρεσία, θα πρέπει να λαμβάνει κανείς υπόψη του ορισμένα χαρακτηριστικά:

- Την έντονα προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη. Ουσιαστικά, σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, ακριβώς λόγω μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.

- Την ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της υγείας του και τον καθιστά αδύναμο να εκτιμήσει την κρισιμότητα ή μη της κατάστασής του.
- Την επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται.
- Την πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας υπάρχουν δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική), σε αντίθεση με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας στις άλλες βιομηχανίες.

Οι υπηρεσίες υγείας είναι άυλα αγαθά, ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσης των υπηρεσιών είναι σχεδόν μηδενικός, υπάρχει ένταση μεταξύ του προσωπικού λόγω της ευαισθησίας του αγαθού «υγεία» και της κρισιμότητας του όρου ασθένεια. Ο ασθενής-πελάτης είναι παρών την ώρα της ‘παραγωγής’.

Η ιδιαιτερότητα που παρουσιάζεται επίσης στις υπηρεσίες υγείας είναι ότι η ικανοποίηση του ασθενούς-πελάτη δεν συμβαδίζει με το πόσο συχνά θα ‘επιστρέψει’ ο πελάτης ξανά στην ίδια ‘επιχείρηση’. Έχει πολύ μεγάλη σημασία, όσον αφορά την ποιότητα, ο χρόνος αναμονής του ασθενούς, η γρήγορη και σωστή εξυπηρέτηση, το πόσο σύντομα μπορεί να προγραμματιστεί μια συνάντηση, η δυνατότητα πρόσβασης, ο συντονισμός των υπηρεσιών, η καταλληλότητα, η ισότητα, η αξιοπιστία, η επαρκής στήριξη μετά τη διάθεσή της και πάνω από όλα η σωστή και έγκυρη διάγνωση και αντιμετώπιση μιας ασθένειας. Σύμφωνα με την προσέγγιση του Donabedian (1980) η παροχή φροντίδας έχει τρεις επιμέρους διαστάσεις: το τεχνικό μέρος, το διαπροσωπικό μέρος και τη ξενοδοχειακή υποδομή. Επίσης η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας από το περιβάλλον και τις συνθήκες που εργάζονται έχει άμεση σχέση με το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν (Οικονομοπούλου και συν.,1999).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι για να εξετάσει κανείς την ικανοποίηση ενός ατόμου, όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει

να συμπεριλάβει πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη ότι η υγεία του κάθε ανθρώπου είναι το πολυτιμότερο αγαθό. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να επισημαίνονται οι ιδιαιτερότητες που έχει ο κλάδος της υγείας και γενικότερα οι υπηρεσίες υγείας. Όταν κάποιος νοσεί γίνεται ολοένα και πιο ευάλωτος σε καθετί που τον περιβάλλει και αναζητά φροντίδα και συμπαράσταση. Το προϊόν υγεία είναι άυλο και τις περισσότερες φορές για να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου χρειάζεται τόσο συστηματική θεραπεία όσο και συνεργασία με το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό.

1.3 Η σημασία διερεύνησης της ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται, σύμφωνα με τους Ware et al (1983), στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με (α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία, (β) τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος, (γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Ross C et al., 1994). Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενούς συναρτάται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει. Ανάλογα, τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και την ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη (Khayat k et al., 1994, Zahr LK et al., 1991).

Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στο χρήστη κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέρουν αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους LeVois et al (1981) μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ότι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον αντίποδα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους (Ley P, 1972).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα οικονομικό «εργαλείο» έρευνας αγοράς στον υγειονομικό τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, διεξάγονται διεθνώς ολόένα και περισσότερες έρευνες ικανοποίησης των χρηστών. Παράλληλα, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας σε περιπτώσεις που δείκτες ποιότητας, όπως τα ποσοστά θνησιμότητας και έκβασης του επιπέδου υγείας δεν μπορούν ή είναι πολύ δύσκολο να μετρηθούν, όπως για παράδειγμα στην ανακουφιστική φροντίδα (Κωσταγιόλας, 2007). Οι έρευνες ικανοποίησης συχνά μπορεί να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί επισήμανσης προβλημάτων ποιότητας για τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας, σχετικά με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών. Ερευνητές (Evanso et al.,1997) τονίζουν τη σημασία των ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών για την αύξηση της αποδοτικότητας των παραγωγών στον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα. Όσον αφορά στο δημόσιο τομέα των υπηρεσιών υγείας, οι έρευνες ικανοποίησης δύνανται να εκφράσουν την άποψη των χρηστών – πολιτών για την χάραξη, ανάπτυξη και εφαρμογή της πολιτικής υπηρεσιών υγείας. Υπό αυτήν την έννοια, οι έρευνες ικανοποίησης αποτελούν μια μορφή λογοδοσίας, ως προς την κοινωνική ευθύνη των παραγωγών υπηρεσιών υγείας. Η ικανοποίηση του ασθενή προσδιορίζεται ως μεταβλητή που επηρεάζει αφενός την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και αφετέρου τη συνεργασία αυτών που παρέχουν τη συγκεκριμένη φροντίδα. Ως δε ικανοποίηση του χρήστη ορίζεται το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων στα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον της φροντίδας πριν, κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά την παραμονή σε νοσηλευτήριο ή και επίσκεψή του σε μια ιατρική μονάδα (Sureshchandar et al.,2001).

1.4 Η ικανοποίηση των ασθενών και οι διαστάσεις της

Η διαχείριση ολικής ποιότητας είναι η επιστήμη η οποία δημιούργησε από την δεκαετία του '90 μια νέα φιλοσοφία για τον τομέα της υγείας, χάρη στην οποία η εκπλήρωση των πελατειακών προσδοκιών θεωρήθηκε ένας από τους βασικότερους στόχους της σύγχρονης ιατρικής (Susman, 1994). Ωστόσο, η έρευνα που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε από τα τέλη του 1960. Από την περίοδο εκείνη μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90 παρουσιάστηκε ένας σημαντικός αριθμός δημοσιεύσεων για το συγκεκριμένο θέμα. Στην αρχή η ικανοποίηση των ασθενών θεωρούταν ότι επιτυγχάνεται μέσω κάποιων ενεργειών που είχαν ως στόχο επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα. Τέτοιου είδους ενέργειες ήταν για παράδειγμα η τήρηση των προγραμματισμένων συναντήσεων με τον θεράποντα ή η συμμόρφωση του ασθενούς με μια συγκεκριμένη θεραπεία. Εντούτοις, άρχισε σταδιακά η πελατειακή ικανοποίηση να θεωρείται μια ανεξάρτητη μεταβλητή, σύμφωνα με την οποία οι απόψεις των ασθενών έγιναν ένα χρήσιμο εργαλείο για τον έλεγχο και την βελτίωση της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας (Hendriks et al., 2002). Εξαιτίας αυτής της αλλαγής, τα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, από τα μεγάλα ιδιωτικά μέχρι τα δημόσια νοσοκομεία, απέκτησαν μια καινούργια πολιτική εστιασμένη στην πελατειακή ικανοποίηση. Τα βασικότερα στοιχεία, τα οποία συνέβαλαν στην αλλαγή του συστήματος υγείας παρέχουν την κατάλληλη πληροφόρηση για την ικανοποίηση των ασθενών. Ορισμένα από αυτά, υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς έχουν την ικανότητα να κρίνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχεται, έχουν συγκεκριμένες προτιμήσεις όσον αφορά την περίθαλψη τους και κάνουν συγκρίσεις μεταξύ διαφόρων υπηρεσιών υγείας με βάση την κοινή λογική.

Πολλοί άλλοι συγγραφείς έχουν αναφέρει τα χαρακτηριστικά εκείνα που συγκροτούν έναν ιδανικό γιατρό ή ακόμη και τα στοιχεία εκείνα που μπορούν να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών. Ο Cap-Hill (1992), για παράδειγμα, αναφέρει επτά διαστάσεις της γενικότερης πελατειακής ικανοποίησης, προσαρμοσμένες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Οι διαστάσεις αυτές προέκυψαν από το Εθνικό Συμβούλιο Καταναλωτών της Αγγλίας και είναι οι εξής: Πρόσβαση (access), επιλογή (choice), πληροφόρηση (information), ετοιμότητα (readiness), ασφάλεια (safety), αξία χρημάτων (value for money), και ισότητα (equity). Οι Hall και Dornan (1988) ανέπτυξαν έναν επιπλέον τρόπο ταξινόμησης της ικανοποίησης, ο

οποίος περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η ανθρωπιά (humanness), η ενημερότητα (informativeness), η γενική ποιότητα (overall quality), η γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα (overall technical competence), οι γραφειοκρατικές διαδικασίες (bureaucratic procedures), η πρόσβαση (access), το κόστος (cost), οι φυσικές παροχές (physical facilities), η συνέχεια (continuity), τα αποτελέσματα (outcomes), και ο χειρισμός των μη ιατρικών προβλημάτων (handling of nonmedical problems), (Susman, 1994).

Ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών που χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα (σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ,2003) είναι ο χαμηλότερος από όλες τις χώρες μέλη, με ποσοστό που αγγίζει μόλις το 19%. Οι ασφαλισμένοι συνωστιάζονται διαμαρτυρόμενοι σε ατελείωτες ουρές. Κτιριακές εγκαταστάσεις και εξοπλισμοί σε νοσοκομεία, πολυιατρεία και κέντρα υγείας της επικράτειας υπολείπονται των ευρωπαϊκών προτύπων. Οι πολίτες εξαναγκάζονται σε νομότυπη ή παράτυπη χρήση ιδιωτικών πόρων, παρότι είναι ενταγμένοι σε ταμεία πλήρους ασφάλισης. Η δημόσια υγεία προβάλλεται ως υποβαθμισμένη και αναξιόπιστη. Υψηλοί πολιτειακοί και οικονομικοί παράγοντες απευθύνονται συχνά σε ιδιωτικά ιδρύματα ή νοσοκομεία της αλλοδαπής για υπηρεσίες υγείας. Οι ελλείψεις προσωπικού όλων των κατηγοριών είναι κατά κανόνα κραυγαλέες. Μισθοί και συνθήκες εργασίας για ιατρικό και λοιπό προσωπικό είναι από τις χειρότερες της Ευρώπης. Η πολιτεία και τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνουν ακριβά τις υπηρεσίες αυτές με συνέπεια υπερχρέωση και μόνιμα γιγαντιαία ελλείμματα. Οι αρμόδιοι αναγκάζονται ταυτόχρονα να απολογούνται συνεχώς για τις απαράδεκτες συνθήκες και τους όρους που ισχύουν γενικά.

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ορίζει ως ποιότητα το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από τη χρήση τους (International Organization for Standardization, 1990). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) (WHO,1993) καθόρισε ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις ώστε να διασφαλίζεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ενώ το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας απλουστεύοντας την περί ποιότητας στην υγεία έννοια καθόρισε ότι πρέπει “να γίνονται τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο”. Σύμφωνα επίσης με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO,2003) «το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας είναι ταυτόχρονα

συνέπεια και βασικός παράγοντας της αναπτυξιακής κατάστασης και προοπτικής της χώρας».

Έτσι, κάθε σύστημα υγείας πρέπει να επιτυγχάνει την εκπλήρωση τριών στόχων:

1. Βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας όλου του πληθυσμού και διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού.
2. Συμφωνία του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών.
3. Δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και στην προστασία των οικογενειών έναντι του οικονομικού κινδύνου ως συνέπεια της αντιμετώπισης κάποιας ασθένειας.

Ο ορισμός της ποιότητας ενέχει τουλάχιστον δύο όψεις, αυτή του πελάτη /χρήστη και αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη, η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές, οι οποίες έχουν τεθεί στην φάση του σχεδιασμού. Κατά συνέπεια, ο παραγωγός διασφαλίζει κατά την παραγωγική διαδικασία την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, και για αυτό τον λόγο τελικά η ποιότητα ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη (Κωσταγιόλας και συν.,2007).

Σύμφωνα με τη διεθνή ανασκόπηση των μεθοδολογιών που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες ικανοποίησης του ασθενή υπήρξε η ακόλουθη κατηγοριοποίηση από τους ερευνητές (Pascoe.,1983,Ware.,1983).

- Συνολική ικανοποίηση (overall satisfaction).
- Ικανοποίηση από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες (satisfaction with access).
- Ικανοποίηση από το κόστος (satisfaction with cost).
- Ικανοποίηση από την συνολική ποιότητα της φροντίδας (satisfaction with overall quality).
- Ικανοποίηση από την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας (satisfaction with humaneness): που περιλαμβάνει τον σεβασμό, την θέρμη, την ευγένεια, την έγνοια και η αποτελεσματική μη λεκτική επικοινωνία.

- Ικανοποίηση από την ικανότητα /απόδοση του προσωπικού (satisfaction with competence): αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την τεχνική απόδοση της φροντίδας.
- Ικανοποίηση από την ποσότητα της πληροφορίας που παρέχεται από το προσωπικό φροντίδας υγείας: που περιλαμβάνει την αποσαφήνιση της θεραπευτικής αγωγής και των διαγνώσεων.
- Ικανοποίηση από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες: όπως ο χρόνος αναμονής.
- Ικανοποίηση από την υλικοτεχνική υποδομή: όπως οι χώροι στάθμευσης και η καταλληλότητα εξοπλισμού των εργαστηρίων.
- Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών.
- Ικανοποίηση από την συνέχεια στην φροντίδα.
- Ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της φροντίδας.

Στην ΠΦΥ στην Ελλάδα, οι 6 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το 74,15% της παρατηρούμενης διακύμανσης και αποτελούν τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της ΠΦΥ περιλαμβάνουν (Θεοδοσοπούλου και συν., 2001):

- τον σεβασμό από το νοσηλευτή /νοσηλεύτρια,
- τον σεβασμό από τον γιατρό,
- τις τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
- τους παράγοντες δομής του ιατρείου (τήρηση των συναντήσεων, άνεση και ησυχία στο χώρο αναμονής),
- εμπιστοσύνη και επαγγελματική συνέπεια του γιατρού και
- επάρκεια του ρόλου του γιατρού.

1.5 Οι προβλεπτικοί δείκτες της ικανοποίησης των ασθενών

Υπάρχουν σημαντικά στοιχεία, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, που στοιχειοθετούν την άποψη ότι μια σειρά από παράγοντες όπως η κακή κατάσταση της υγείας, η ικανοποίηση από τη ζωή γενικά, η μόρφωση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η προσβασιμότητα, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά κ.α. επιδρούν και επηρεάζουν στον τρόπο που οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας απαντούν σε διάφορες έρευνες, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αξιολογούν την ικανοποίηση από τις

υπηρεσίες (Bauld et al.,2000). Οι σχετικές πάντως μελέτες υπογραμμίζουν πως η ικανοποίηση των πραγματικών χρηστών των υπηρεσιών είναι υψηλότερη από αυτή που προκύπτει από έρευνες γνώμης του γενικού πληθυσμού και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την εκπαιδευτική στάθμη, το εισόδημα, τον φορέα ασφάλισης, το επάγγελμα και τον τόπο διαμονής, παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν και τις προσδοκίες των πολιτών από το σύστημα υγείας (Σουλιώτης και συν., 2003).

Η κατάσταση της υγείας των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίησή τους, καθώς όσο χειρότερη είναι, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται (Cleary P et al., 1991). Οι ασθενείς με κάποια ανικανότητα δηλώνουν συνηθέστερα λιγότερο ικανοποιημένοι. Ο Cohen G (1996) βρήκε μια ισχυρή συσχέτιση του πόνου και του ψυχοκοινωνικού επιπέδου υγείας με την ικανοποίηση.

Σύμφωνα με τους Ware et al (1983) ο ευρύς ορισμός της «προσβασιμότητας» περιλαμβάνει την πρόσβαση στο Νοσοκομείο, το σύστημα των ραντεβού, τα χαρακτηριστικά της γραμματείας, τις κατ' οίκον επισκέψεις, την δυνατότητα αλλαγής του θεράποντα ιατρού και τις λίστες αναμονής. Οι προβληματικές θέσεις στάθμευσης, τα μέσα μαζικής μεταφοράς προς το νοσοκομείο και η διάρκεια αναμονής στα κέντρα υγείας φαίνεται να σχετίζονται με την δυσαρέσκεια του ασθενή (Astedt-Kurki P et al.,1992). Η διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας, αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών και ιδιαίτερα η επικοινωνία και η ενσυναίσθηση (Blanchard C et al.,1990). Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων σε μια υπηρεσία υγείας είναι μεγάλη, διότι ακόμη και αν η χρήση της τεχνολογίας είναι υψηλή και ο βαθμός επιτυχίας των διαγνωστικών ή θεραπευτικών αποτελεσμάτων ο μεγαλύτερος δυνατός, είναι απίθανο να ικανοποιηθεί ο ασθενής αν δεν τον μεταχειρίζονται αξιοπρεπώς, χωρίς συμπάθεια, ευγένεια, ευαισθησία και κατανόηση. Η σωστή σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας επιτυγχάνεται με τη σωστή εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας. Η φιλική ατμόσφαιρα, το ενδιαφέρον, η εμπιστοσύνη, η εχεμύθεια μπορεί να παρακάμψουν τον φόβο και το άγχος του ασθενή για τη νόσο (Τσελέπη, 2000).

Σύμφωνα με τον Straser, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, το επάγγελμα, η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και συμπληρώνουν πως υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της επιλογής του ιατρού και των υπηρεσιών. Κατ' επέκταση, εάν η επιλογή των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά

χαρακτηριστικά του ασθενή, φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής. (Ραφτόπουλος, 2002)

Οι Fitzpatrick, Fox και Stopps υποστηρίζουν ότι η ηλικία είναι ο παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Σε αντίθεση όμως με αυτή την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση (Ραφτόπουλος, 2002)

Σύγχυση έχει προκαλέσει ο παράγοντας φύλο, αφού κάποιες έρευνες δείχνουν να μην υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης, άλλες υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση και ότι οι άνδρες είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ το τρίτο αποτέλεσμα υποστηρίζει ότι οι γυναίκες δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένες (Ραφτόπουλος, 2002).

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, οι Anderson και Zimmerman υποστηρίζουν ότι αποτελεί τη μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι όμως που δεν επιβεβαιώνεται από παρόμοιες μελέτες (Ραφτόπουλος, 2002).

Οι Hall και Dogan θεωρούν την κοινωνική θέση του ασθενή τον πιο σημαντικό παράγοντα, και υποστηρίζουν ότι παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που φαίνεται να ισχύει. Έρευνες έδειξαν ότι οι ευκατάστατοι λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία και είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις τους στους ιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών τάξεων.

Το επίπεδο εισοδήματος θεωρείται σημαντικός συντελεστής αφού απ' αυτό εξαρτώνται οι περισσότερες μεταβλητές. Έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ ατόμων με χαμηλά και υψηλά εισοδήματα υπάρχει μια διαφορά επτά ετών στο προσδόκιμο επιβίωσης καθώς και σημαντικές διαφορές στη βρεφική θνησιμότητα μεταξύ των χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικά τάξεων (Υφαντόπουλος, 1986). Οι Khayat και Salter ενίσχυσαν αυτή την άποψη, καθώς ανακάλυψαν συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της δυσαρέσκειας (Ραφτόπουλος, 2002).

Σημαντικός παράγοντας όμως για την ικανοποίηση των ασθενών είναι και οι προσδοκίες τους. Έρευνες απέδειξαν ότι η ικανοποίηση συμπορεύεται και εκπορεύεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών του ασθενή. Συγκεκριμένα, όταν το αποτέλεσμα της φροντίδας εκπληρώνει τις προσδοκίες των ασθενών, τότε αισθάνονται ικανοποιημένοι, ενώ σε αντίθετη περίπτωση είναι δυσαρεστημένοι.

Υπάρχουν όμως και έρευνες με αντίθετο αποτέλεσμα, όπως η έρευνα των Owens και Batchelor, σύμφωνα με την οποία, μπορεί οι προσδοκίες να είναι χαμηλές ή ανύπαρκτες, και το ποσοστό ικανοποίησης να είναι υψηλό (Θεοδοσοπούλου Ε και συν., 2001).

1.6 Η Ελληνική πραγματικότητα όσον αφορά την ικανοποίηση στο σύστημα υγείας

Διαπιστώσεις για την έλλειψη ποιότητας και ικανοποίησης των πολιτών σε όλα τα επίπεδα του Ελληνικού Υγειονομικού συστήματος έχουν επανειλημμένα διατυπωθεί τόσο από απλούς πολίτες όσο και από ακαδημαϊκούς ερευνητές και ειδικούς εμπειρογνώμονες (Μεϊντάνης Σ, 2008). Οι κυριότερες επισημάνσεις έχουν να κάνουν με:

- Μειωμένη εμπιστοσύνη και χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και των οικογενειών τους σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος Υγείας.
- Έλλειψη προδιαγραφών στην παροχή των υπηρεσιών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα.
- Έλλειψη υποδομής σε εξοπλισμό, μέσα και εκπαιδευμένο προσωπικό για την ορθή καταγραφή και συστηματική αξιολόγηση των στοιχείων των ιατρικών φακέλων και την τήρηση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων από τα νοσοκομεία και τις άλλες υπηρεσίες Υγείας.
- Έλλειψη ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού στις αρχές και την μεθοδολογία της ποιότητας.
- Έλλειψη προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος παροχής υπηρεσιών Υγείας.
- Έλλειψη μηχανισμού εξακρίβωσης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Στον Ελλαδικό χώρο έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες, όσον αφορά την ποιότητα και την ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα υγείας της Ελλάδας και των παρεχόμενων Υγειονομικών Υπηρεσιών. Σε ό,τι αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα ότι ο βαθμός ικανοποίησης των Ελλήνων πολιτών από τη νοσηλευτική υποδομή της χώρας βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Η έλλειψη ικανοποίησης αφορά κυρίως τις χαμηλής ποιότητας ξενοδοχειακές υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων, την καθαριότητα, την έλλειψη μονόκλινων δωματίων και τις μεγάλες λίστες αναμονής για ορισμένες ειδικότητες (καρδιοχειρουργική, ογκολογία κ.ά.) (Tountas et al., 2005).

Πίνακας 1.
Βαθμός ικανοποίησης των αναγκών της κοινωνίας από τη νοσηλευτική υποδομή της χώρας

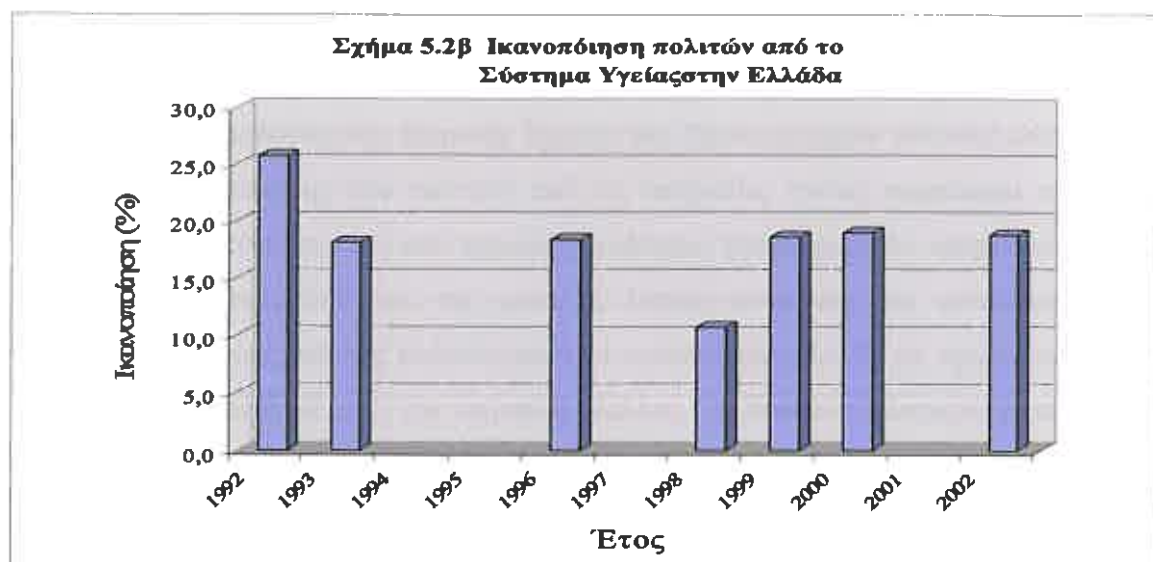
Χώρες	Δείκτης	Συνολική κατάταξη	Κατάταξη στην Ε.Ε.
Αυστρία	9,41	1	1
Βέλγιο	8,80	4	2
Τσεχία	5,95	29	11
Δανία	7,83	11	6
Εσθονία	4,25	42	17
Φινλανδία	7,88	10	5
Γαλλία	8,11	7	3
Γερμανία	7,79	12	7
Ελλάδα	4,56	40	15
Ουγγαρία	2,31	56	20
Ιρλανδία	4,20	44	18

Χώρες	Δείκτης	Συνολική κατάταξη	Κατάταξη στην Ε.Ε.
Ιταλία	5,19	34	12
Λουξεμβούργο	7,91	8	4
Ολλανδία	6,66	24	9
Πολωνία	1,85	58	21
Πορτογαλία	4,45	41	16
Σλοβακία	4,16	45	19
Σλοβενία	4,86	38	14
Ισπανία	7,00	18	8
Σουηδία	6,17	26	10
Ηνωμένο Βασίλειο	4,93	37	13

Πηγή: Garelli 2004

Σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα η ικανοποίηση των πολιτών από το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα εμφανίζει σταδιακή πτώση από το 1993 και μετά, ενώ αρχίζει να αυξάνεται από το 1999 και έπειτα.

Διάγραμμα 1: Ικανοποίηση πολιτών από το σύστημα υγείας στην Ελλάδα



(Λιαρόπουλος, 2007)

Οι Τούντας, Λοπατατζίδης και Χουλιάρα (2003) εξέτασαν το βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. από τις αντίστοιχες παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 4 μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α. Το 51% των ερωτηθέντων αξιολογεί τις υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. ως πολύ καλές ή καλές και το 13,8% ως κακές ή πολύ κακές. Τέλος, το 51,2% είναι μέτρια ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το 31,4% πολύ ικανοποιημένο και το 8,9% καθόλου ικανοποιημένο. Λαμβάνοντας υπόψη το βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Ι.Κ.Α, διαπιστώνεται η ανάγκη βελτίωσης των υπηρεσιών αυτών.

Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Ιακωβίδου και συν (2008) αποσκοπούσε στη μέτρηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία) και στον δημόσιο τομέα (δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ΕΚΑΒ, ΙΚΑ). Από την έρευνα φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας του δημόσιου τομέα είναι σε γενικές γραμμές ευχαριστημένοι από την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, όπως άλλωστε και αυτοί του ιδιωτικού τομέα, θεωρούν όμως ότι είναι ανεπαρκείς οι υπηρεσίες υγείας για τον πολίτη, σε αντίθεση με αυτούς του ιδιωτικού τομέα που τις θεωρούν επαρκείς. Όλοι πάντως οι επαγγελματίες υγείας (δημοσίου και ιδιωτικού τομέα), είναι πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες στο μέλλον ακόμα και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους.

Ένα από τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης «Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996-2006», του Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών είναι ότι ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα εξαιτίας κυρίως των χαμηλής ποιότητας ξενοδοχειακών υπηρεσιών των δημόσιων νοσοκομείων και της μεγάλης λίστας αναμονής για ορισμένες ειδικότητες. Οι Έλληνες πολίτες βαθμολογούν τα νοσοκομεία με 4,56 με άριστα το 10. Ωστόσο, διαπιστώθηκε από την παρούσα μελέτη ότι θεωρούν ανεπαρκείς τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στον πολίτη, σύμφωνα με το ερωτηθέν δείγμα του δημόσιου τομέα, ώστε χρήζουν ποιοτικής βελτίωσης και αναβάθμισης. Αντίθετη άποψη έχουν οι επαγγελματίες του ιδιωτικού τομέα οι οποίοι θεωρούν επαρκείς τις υπηρεσίες υγείας. Τα ανωτέρω διεξήχθησαν από μελέτη την περίοδο 1996 – 2006, την οποία πραγματοποίησε το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής (Μπουλούτζα, 2008).

Η Βίκυ Παπανικολάου και ο Δρ. Ιωακείμ Σιγάλας έκαναν μια προσπάθεια μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης του ασθενή (Παπανικολάου Β και Σιγάλας Ι., 1994). Το δείγμα της έρευνας ήταν οι εξερχόμενοι ασθενείς από το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (531 άτομα) και το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ (300 άτομα), δυναμικότητας σε κρεβάτια 710 και 670 αντίστοιχα. Η όλη έρευνα διήρκεσε τέσσερις εβδομάδες. Σύμφωνα με τα συνταχθέντα συμπεράσματα, η ικανοποίηση των εξερχόμενων ασθενών από τα δύο Νοσοκομεία είναι υψηλού βαθμού για την Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα που δέχτηκαν και μετρίου βαθμού για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες.

Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών ήταν το αντικείμενο μελέτης και έρευνας και των Α. Αντωνόπουλου, Δ. Καραμητόπουλου και Ε. Σοφιανού (1989). Στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσει τις προϋποθέσεις για τη βελτίωση του επιπέδου εξυπηρέτησης των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία σε ημέρες εφημερίας. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα, η διαμόρφωση των απόψεων των ασθενών σχετικά με το επίπεδο των υπηρεσιών περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία καθορίζεται από την επικοινωνία που είχαν κυρίως με τους ιατρούς και από τους λόγους για τους οποίους επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου. Τα άτομα τα οποία επισκέπτονται το Νοσοκομείο χωρίς να τους ωθεί σε αυτό κάποια οικονομική ανάγκη, δείχνουν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του, ενώ, αντίθετα, εκείνοι οι οποίοι οδηγήθηκαν σε αυτό για οικονομικούς λόγους, είναι δυσαρεστημένοι από τις

προαναφερθείσες υπηρεσίες. Ένα ακόμη συμπέρασμα που προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων είναι η ύπαρξη μιας κατηγορίας, νέων κυρίως ανθρώπων, εξαρτημένων οικονομικά, οι οποίοι είναι δυσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες περίθαλψης, ιδίως λόγω της σχέσης τους με το προσωπικό.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την ικανοποίηση των πολιτών για το σύστημα υγείας της Ελλάδας, η συντριπτική πλειοψηφία ήταν αρνητικά διακείμενη. Το 50,5% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι χρειάζονται ριζικές αλλαγές στο σύστημα υγείας ενώ μόλις το 2,9% αισθάνεται ικανοποιημένο από το σύστημα υγείας (Eurobarometer,2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ)

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί ένα υβρίδιο ανάμεσα σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (μοντέλο Beveridge) (Κωνσταντοπούλου Α, 2004). Το Ελληνικό σύστημα Υγείας παρουσιάζεται πολύπλοκο και ανορθόδοξο όσον αφορά τον τρόπο και τις πηγές χρηματοδότησής του. Το Ελληνικό Υγειονομικό Σύστημα χρηματοδοτείται από τρεις βασικές πηγές: από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) που αποτελεί το 36% των συνολικών δαπανών, την κοινωνική ασφάλιση, που αποτελεί το 24% και τις ιδιωτικές πληρωμές που ανέρχονται στο 40% (Θεοδώρου Μ, 2001).

Το 1983 ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», που αποτελεί το θεμελιώδη νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Βασικές αρχές του νόμου ήταν: η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος, ο ενιαίος προγραμματισμός, έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας με δημιουργία κέντρων υγείας, και καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Σήμερα, μια σειρά νομοθετημάτων που θεσπίστηκαν τις δύο τελευταίες δεκαετίες καθορίζει το νομικό πλαίσιο που ισχύει για τη Δημόσια Υγεία.

Το ΕΣΥ, ακολουθώντας τη θεμελιώδη αρχή των εθνικών συστημάτων υγείας 'δωρεάν φροντίδα υγείας στον τόπο της χρησιμοποίησης' και 'ίση φροντίδα υγείας για ίση ανάγκη', έχει αρκετές ομοιότητες με το Βρετανικό ΕΣΥ. Πιο συγκεκριμένα, τα κοινά στοιχεία των δύο συστημάτων αφορούν την υπευθυνότητα του κράτους για την υγεία των πολιτών, την περιφερειακή οργάνωση των παρεχόμενων φροντίδων υγείας και το θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Όμως, το ελληνικό ΕΣΥ έχει ταυτόχρονα υιοθετήσει τις κατευθυντήριες αρχές του ΠΟΥ για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προβλέπει την ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας, όπως αυτά είναι γνωστά από τη σκανδιναβική εκδοχή του ΕΣΥ. Σε γενικές γραμμές η διάρθρωση του ΕΣΥ έχει ως εξής: Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι το αρμόδιο όργανο από την πλευρά του κράτους για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό. Ο Υπουργός είναι υπεύθυνος απέναντι στην κυβέρνηση και το κοινοβούλιο για την υγειονομική πολιτική και υπό τον άμεσο έλεγχό του βρίσκονται όλες οι υπηρεσίες του ΕΣΥ (Θεοδώρου και συν., 2001).

Σε κάθε περιφέρεια προβλέπεται η ύπαρξη ενός τουλάχιστον Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του ΕΣΥ, το οποίο είναι υπεύθυνο για την παροχή Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αντίστοιχα σε νομαρχιακό επίπεδο, ένα τουλάχιστο Γενικό Νοσοκομείο καλύπτει τις ανάγκες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ είχε κάποια θετικά αποτελέσματα. Μερικά γενικά νοσοκομεία όμως, φαίνεται να υπολειτουργούν και δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού για δευτεροβάθμια φροντίδα. Η έλλειψη υποδομής και ιατρικού προσωπικού αποτελούν τους βασικότερους λόγους που ωθούν τους κατοίκους στα αστικά κέντρα. Η παροχή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει τις περισσότερες δυσκολίες και προβλήματα, επειδή οι ρυθμίσεις του ΕΣΥ είναι αρκετά φιλόδοξες. Η κακή οικονομική κατάσταση της χώρας σε συνδυασμό με τη γενική αντίθεση του ιατρικού σώματος στις ρυθμίσεις αυτές ανάγκασε ή /και διευκόλυνε την κεντρική διοίκηση να αναβάλλει την ολοκλήρωση των προγραμματισμένων αλλαγών στην ΠΦΥ (Θεοδώρου και συν. 2001) .

2.2 Η διάρθρωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή ή Υπηρεσία Υγείας.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Καλύπτει υγειονομικές ανάγκες –παροχή αναγκαίων υπηρεσιών προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και κύρια υγειονομικά προβλήματα σε επίπεδο κοινότητας. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο αποτελεί την πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας και κάνει δυνατή την ενεργή συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη. Στα πλαίσια της καλής λειτουργίας του πρωτοβάθμιου επιπέδου απαιτείται και η συντονισμένη δράση και άλλων τομέων κοινωνικής οργάνωσης της περιοχής. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες που παρέχονται σε άτομα που έχουν ήδη νοσήσει και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα της νόσου. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε υγιή κυρίως άτομα για λόγους πρόληψης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι ο οικογενειακός ιατρός, το κέντρο υγείας, η κινητή νοσηλευτική μονάδα, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, πολυϊατρεία.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη : Αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από ιατρούς βασικών ειδικοτήτων σε νοσοκομείο. Το νοσοκομείο καλύπτει προβλήματα υγείας που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και διαθέτει βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες.

Τριτοβάθμια περίθαλψη: Περιλαμβάνει υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από πανεπιστημιακά νοσοκομεία, στα οποία γίνεται και ιατρική έρευνα. Τα νοσοκομεία αυτά στελεχώνονται από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και διαθέτουν μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας.

Το Υπουργείο Υγείας είχε κάνει μια μεγάλη προσπάθεια να εισάγει μια μεταρρύθμιση μεγάλης σημασίας που ξεκίνησε το 2000 και είχε χρονικό περιορισμό 6 χρόνια. Αν και η μεταρρύθμιση έμεινε ημιτελής, ωστόσο είχαν επιτευχθεί κάποιοι από τους στόχους της. Πραγματοποιήθηκε μεταρρύθμιση στον τομέα της περιφερειακής συγκρότησης με το Ν. 2889/2001 και τη σύσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας – Πε.Σ.Υ. και τον ορισμό των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας σε αποκεντρωμένες μονάδες με σκοπό την αποκέντρωση. Με το νόμο της αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας (Ν. 3106/2003) προστέθηκε στο σκοπό της σύστασης και λειτουργίας των Πε.Σ.Υ. η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σε επίπεδο περιφέρειας. Στο μεταξύ, τα Πε.Σ.Υ. μετονομάστηκαν σε Πε.Σ.Υ.Π. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας) και οι υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσίες του Πε.Σ.Υ.Π. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, με τον ορισμό Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας.

Ο νέος αυτός θεσμός απεικονίζει τον διοικητικά αποκεντρωμένο πλέον χαρακτήρα του ΕΣΥ, με σημείο αναφοράς τη διασφάλιση της αποδοτικής λειτουργίας των μονάδων και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε επίπεδο περιφέρειας. Στον ίδιο νόμο οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίζονται πλέον με τις διοικητικές (13) αλλά για λόγους εύρυθμης λειτουργίας και χωροταξικής κατανομής των μονάδων υγείας τα αντίστοιχα Πε.Σ.Υ. ανέρχονται σε 17.

Στη συνέχεια, με επόμενη νομοθετική ρύθμιση τα Πε.Σ.Υ.Π. μετονομάζονται

σε Δ.Υ.ΠΕ. με κάποιες αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης των περιφερειακών δομών. Πρόκειται για τον ισχύοντα νόμο 3329/2005 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και τη σύσταση των Δ.Υ.ΠΕ. (Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών) στις αντίστοιχες Υγειονομικές Περιφέρειες. Η δομή των Δ.Υ.ΠΕ. συμπληρώθηκε πρόσφατα με το Νόμο 3370/2005 με τη μεταφορά αρμοδιοτήτων δημόσιας υγείας από την Περιφέρεια και τη σύσταση της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, διευρύνοντας το πεδίο δράσης των αποκεντρωμένων θεσμών στην αντίστοιχη υγειονομική περιφέρεια. Εξακολουθεί όμως να μην έχει αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, παρά τις συνεχείς νομοθετικές παρεμβάσεις, ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αποτελεί τη βάση για την λειτουργία ενός αποκεντρωμένου συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και στοχεύει στην πλήρη και ολοκληρωμένη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο.

Επίσης, μια άλλη σημαντική επίτευξη της μεταρρύθμισης είναι η σύσταση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.). Έτσι γίνεται ένα σημαντικό βήμα στη λειτουργία της Ελληνικής δημόσιας διοίκησης, ώστε να εναρμονίζεται με τα διεθνή πρότυπα και να ακολουθεί παράλληλη πορεία με τις διοικήσεις άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας είναι νεοσύστατος θεσμός που υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ιδρύθηκε με το Ν. 2920/2001 τεύχος Α΄ ΦΕΚ 131/27.6.2001 και άρχισε να λειτουργεί στις 16/09/2002. Αποστολή του ΣΕΥΥΠ είναι η πραγματοποίηση συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς αρμοδιότητας ή εποπτείας του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων. Η αρμοδιότητα του ΣΕΥΥΠ εκτείνεται σε όλη την ελληνική επικράτεια και αυτό καθιστά το έργο του σημαντικό.

2.3 Κοινωνική ασφάλιση- Ασφαλιστικά ταμεία

Οι οργανισμοί της κοινωνικής ασφάλισης ή τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας όπως έχουν καθιερωθεί να ονομάζονται, ασφαλίζουν υποχρεωτικά τις ειδικές ομάδες ατόμων και κοινωνικά στρώματα χάρη των οποίων έχουν ιδρυθεί, και καθένα έχει τη δική του οικονομική, οργανωτική και διοικητική αυτοτέλεια. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από 36 φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθένειας. Ποικίλλει

τόσο ως προς τον τρόπο παροχής, όσο και προς το είδος των παροχών, ανάλογα με τις διατάξεις που ισχύουν για κάθε κλάδο ή φορέα. Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μπορούν να λάβουν οι ασφαλισμένοι όλων των φορέων από το ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων), τα δημοτικά ιατρεία και άλλους φορείς (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας 2001). Σύμφωνα με μελέτη που εκπονήθηκε το 2001, για λογαριασμό του υπουργείου Υγείας (Θεοδώρου και συν. 2005), και που αφορά τους δικαιούχους περίθαλψης για τους πέντε μεγαλύτερους ασφαλιστικούς φορείς και κλάδους υγείας –ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ (πρώην ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, ΤΣΑ) και ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ–, οι δικαιούχοι περίθαλψης ανέρχονται σε 10.594.000.

Πίνακας 2: Δικαιούχοι περίθαλψης και μόνιμο προσωπικό υγείας των πέντε μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων (2002)

Φορέας ασφάλισης	Δικαιούχοι περίθαλψης	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Διοικητικό προσωπικό
ΙΚΑ	5.530.000	8.147	3.960	160
ΟΓΑ	2.150.000	2	-	138
ΟΠΑΔ*	1.289.000	45	40	283
ΟΑΕΕ	1.422.000	161	-	108
ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ	203.000	68	43	153
ΣΥΝΟΛΟ	10.594.000	8.423	4.043	842

Πηγή: Θεοδώρου και συν. 2005

Η πολυδιάσπαση του συστήματος, ο μεγάλος αριθμός φορέων και οι σημαντικές διαφορές των παροχών τους ως προς το είδος, την έκταση, την ποιότητα και τον τρόπο χορήγησης, καθιστούν δύσκολη κάθε προσπάθεια της εποπτεύουσας αρχής να ασκήσει ενιαία πολιτική υγείας και να επιβάλει ορθολογική διαχείριση και αποτελεσματικό έλεγχο (Δικαίος, 1999). Τα τελευταία χρόνια εφαρμόστηκαν κάποιοι ομοιόμορφοι κανόνες σε όλα τα ταμεία ασθένειας για διάφορες κατηγορίες παροχών, σε μια προσπάθεια να προωθηθεί μια ενιαία πολιτική παροχής υγειονομικής φροντίδας (Κυριόπουλος, 2001). Επιπλέον, υπάρχουν σημαντικές ανισότητες μεταξύ των ασφαλισμένων των ταμείων ως προς τις παροχές που δικαιούνται, τον αριθμό των ιατρών στους οποίους έχουν πρόσβαση και στο δικαίωμα ελεύθερης επιλογής αυτών, στις υποδομές ΠΦΥ τις οποίες χρησιμοποιούν και στα ποσά των άμεσων

πληρωμών που είναι αναγκασμένοι να καταβάλλουν για παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από τον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα μάλιστα με σχετικές μελέτες, η υψηλή οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών για υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει ως αποτέλεσμα τον «αποκλεισμό» κάποιων ατόμων από τη χρήση απαραίτητων υπηρεσιών είτε (κυρίως) λόγω αδυναμίας πληρωμής, είτε λόγω άλλων περιορισμών (κόστος χρόνου, απόσταση, δυσχέρεια πρόσβασης κ.λπ.). Κατά συνέπεια, η μη ολοκλήρωση του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ενοχοποιείται ενίοτε για την ακύρωση της ασφαλιστικής κάλυψης και άλλοτε για την περιορισμένη χρήση υπηρεσιών, λόγω περιορισμένων εισοδηματικών δυνατοτήτων (Σουλιώτης, 2006).

Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι δημόσιοι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και οι πηγές των πόρων τους προέρχονται από εισφορές των εργαζόμενων και εργοδοτών στην περίπτωση της εξαρτημένης εργασίας, από εισφορές των ασφαλισμένων στην περίπτωση της αυτοαπασχόλησης και από κοινωνικούς πόρους για ορισμένα ταμεία. Σε ό,τι αφορά τον ΟΓΑ, ολόκληρη η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το θεσμικό πλαίσιο των ασφαλιστικών ταμείων δίνει το δικαίωμα στον αρμόδιο Υπουργό Υγείας να επεμβαίνει σε κρίσιμα ζητήματα της λειτουργίας τους, όπως στον καθορισμό του ασφαλιστρού και στην άσκηση της διοίκησης. Ο ορισμός των διοικητικών συμβουλίων των ταμείων είναι αποκλειστικό δικαίωμα του Υπουργού.

Σε ό,τι αφορά το νοσοκομειακό τομέα, όλα σχεδόν τα ασφαλιστικά ταμεία αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και δεν παράγουν πλέον τα ίδια νοσοκομειακές υπηρεσίες για τους ασφαλισμένους τους. Αυτό οφείλεται τόσο στο υψηλό νοσοκομειακό κόστος, όσο και στη θέσπιση του ΕΣΥ. Σε ό,τι αφορά την παροχή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπάρχουν δύο βασικά υποδείγματα, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις αλληλοσυμπληρώνονται (Liagouroulos, 2001).

2.4 Παροχές της κοινωνικής ασφάλισης - ασφαλιστικών ταμείων

Στο πρώτο υπόδειγμα παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνονται ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία έχουν στην κατοχή τους και παράγουν υπηρεσίες επιχειρώντας να καλύψουν τις περισσότερες ανάγκες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους τους. Το υπόδειγμα αυτό ακολουθείται από το ΙΚΑ. Τα περισσότερα ταμεία του

είδους αυτού, παρέχουν υπηρεσίες στα μεγάλα αστικά κέντρα σε καθημερινή βάση, σε δικά τους πολυιατρεία με όλες σχεδόν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες. Οι γιατροί παρέχουν σχέση εξαρτημένης εργασίας και αμείβονται οικονομικά. Αξίζει να αναφερθεί ότι το ΙΚΑ είναι ο μοναδικός ίσως ασφαλιστικός φορέας στην Ευρώπη και γενικά στον κόσμο που, πρώτον, ανέπτυξε από την ίδρυσή του και παράλληλα με την ασφαλιστική του προσπάθεια υγειονομικές μονάδες παροχής Υγειονομικών Υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον αστικό και αργότερα ημιαστικό χώρο, και δεύτερον, διείδε από πολύ νωρίς τη σημασία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού μέσα στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και την καθιέρωσε από το 1960 (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996).

Το δεύτερο υπόδειγμα αφορά ασφαλιστικά ταμεία που δεν παράγουν καθόλου υπηρεσίες υγείας. Τα περισσότερα από αυτά αποτελούνται, με συμβόλαια ετήσιας διάρκειας, από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι παράλληλα με την άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής, δέχονται ασφαλισμένους των ταμείων και αμείβονται κατά πράξη, δηλαδή σύμφωνα με τον αριθμό των επισκέψεων. Μερικά ωστόσο, δεν έχουν καμία σύμβαση με τους γιατρούς (π.χ ΟΠΑΔ, ΤΕΒΕ). Ακολουθούν το παράδειγμα των ασφαλισμένων του δημοσίου, που έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν οιονδήποτε γιατρό που αμείβεται κατά τη κρίση του και με τις υπάρχουσες τιμές της ιατρικής αγοράς, και εκ των υστέρων επιχορηγούνται από τον ασφαλιστικό τους φορέα, σύμφωνα με τις επίσημες τιμές που καθορίζει το Υπουργείο Υγείας (Liaropoulos, 2001).

Την τελευταία δεκαετία η κυβέρνηση έχει αρνηθεί να ακολουθήσει τις πραγματικές τιμές που έχει διαμορφώσει η ζήτηση και η προσφορά και αυτό έχει συντελέσει στο να επιβαρύνονται οι ασφαλισμένοι με σημαντικά ποσά που προέρχονται από τα ατομικά τους εισοδήματα. Όμως, πρέπει παράλληλα να αναφερθεί, ότι τα υπάρχοντα κέντρα υγείας στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων στις αστικές περιοχές προσφέρουν ελεύθερα και δωρεάν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε όλους, ανεξάρτητα από το φορέα της ασφαλιστικής κάλυψης.

Η ίδια διαδικασία έχει ακολουθηθεί για την αγορά των υπηρεσιών της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η αποζημίωση-χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται στην εκ των υστέρων μέθοδο και έχει ως βάση το κλειστό νροσήλιο. Για κάθε μέρα νοσηλείας, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί πληρώνουν για όλα τα έξοδα ανεξάρτητα από το είδος και τη βαρύτητα της ασθένειας, μία συγκεκριμένη τιμή. Η τιμή αυτή δεν

καθορίζεται με βάση τα στοιχεία του κόστους του κάθε νοσοκομείου, αλλά είναι αυθαίρετη και προσδιορίζεται ετησίως από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΔΕΗ

3.1 Ασφαλιστικό καθεστώς των ασφαλισμένων στη ΔΕΗ

Το ασφαλιστικό καθεστώς των ασφαλισμένων στη ΔΕΗ διέπεται από τις διατάξεις των νόμων 2773/99, 2919/01 Π.Δ. 51/01 και από το άρθρο 35 του ιδρυτικού νόμου 4491/66. Σύμφωνα με το άρθρο 34 του νόμου 2773/99 παρ. 1 ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Οργανισμός Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ» (ΟΑΠ / ΔΕΗ), το οποίο εδρεύει στην Αθήνα και έχει σκοπό την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση του προσωπικού και των συνταξιούχων της Δημόσιας Επιχείρησης Ηλεκτρισμού (ΔΕΗ), όπως αυτή υφίσταται κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου και των θυγατρικών της εταιρειών, καθώς και των τυχόν διαδόχων της, ως προς την επιχειρηματική δραστηριότητα που αυτή ασκεί, σε περίπτωση μεταβολής με οποιονδήποτε τρόπο της νομικής της μορφής ή της σύνθεσης του μετοχικού της κεφαλαίου, καθώς και του προσωπικού του ίδιου του οργανισμού. Ο ΟΑΠ / ΔΕΗ προσφέρει την κύρια και την επικουρική ασφάλιση, καθώς και την ασφάλιση υγείας και πρόνοιας των ασφαλισμένων του όπως αυτή προβλέπεται από τις ισχύουσες διατάξεις κατά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού και ιδίως τις διατάξεις των άρθρων 2,3,5,6 και 8 έως 30. Η εποπτεία του ΟΑΠ / ΔΕΗ ασκείται από τον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Σύμφωνα με τη νέα νομοθετική μεταρρύθμιση, στο Κεφάλαιο Ζ του Ν. 3655/08 και βάσει των άρθρων 70 – 83, συνιστάται σύμφωνα με το νόμο, το Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω), το οποίο είναι Ν.Π.Δ.Δ. και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας με έδρα την Αθήνα. Στο 'καινούριο' πλέον ασφαλιστικό ταμείο (Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω.) εντάσσονται και οι ασφαλισμένοι της ΔΕΗ. Στο άρθρο 79 του ίδιου νόμου γίνεται διάκριση ανάμεσα στους ασφαλισμένους και την υγειονομική περίθαλψη: *‘Για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων και συνταξιούχων των Τομέων Επικουρικής Ασφάλισης, Πρόνοιας και Ασθένειας Προσωπικού ΔΕΗ και μέχρι την έκδοση του Οργανισμού του ΤΑΥΤΕΚΩ, εξακολουθούν να διατηρούνται σε ισχύ εκείνες οι υπηρεσίες των εντασσομένων κλάδων του ΟΑΠ-ΔΕΗ, που ασκούν αρμοδιότητες σχετικές με θέματα ασφάλισης, εισόδων και παροχών για τη λειτουργία των Κλάδων Επικουρικής Ασφάλισης, Πρόνοιας και Ασθένειας, καταργουμένων των ανάλογων αρμοδιοτήτων του Κλάδου Κύριας*

Σύνταξης. Επίσης, οι υπηρεσίες, που ασκούν αρμοδιότητες διοικητικού και οικονομικού περιεχομένου και δεν περιγράφονται στις ενιαίες υπηρεσιακές μονάδες του Ταμείου, διατηρούνται σε ισχύ. Αρμοδιότητες των διατηρουμένων υπηρεσιών καθώς και υπηρεσίες με αρμοδιότητες ανάλογες με εκείνες που ασκούνται από τις ενιαίες υπηρεσιακές μονάδες, καταργούνται'.

Σύμφωνα με το νόμο Ν.4491/66 αρθ.24, ο οργανισμός ασφάλισης προσωπικού ΔΕΗ (ΟΑΠ-ΔΕΗ) προσφέρει τις παρακάτω υπηρεσίες όσον αφορά τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (δεν έχει γίνει καμία τροποποίηση όσον αφορά τις παροχές):

Κοινωνικές Υπηρεσίες: Παρέχονται από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του Οργανισμού.

Περιλαμβάνουν:

1. Συμβουλευτική υποστήριξη και ενίσχυση των ασφαλισμένων σε διάφορα προσωπικά, οικογενειακά, υπηρεσιακά και κοινωνικά προβλήματα που τους απασχολούν.
2. Άμεση βοήθεια για την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που δημιουργούν απρόοπτες και σοβαρές συνέπειες στους ασφαλισμένους και τις οικογένειές τους (αιφνίδιοι θάνατοι, ανίατες ασθένειες, εργατικά ατυχήματα, θεομηνίες κλπ) .
3. Κοινωνική, ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη σε ασφαλισμένους ή συνταξιούχους που έχουν ανάγκη ιατρικής φροντίδας και νοσηλείας , σε συνεργασία με τις ιατρικές υπηρεσίες της Επιχείρησης.
4. Διεξαγωγή κοινωνικών ερευνών για θέματα υπηρεσιακά, συνταξιοδοτικά, ασφαλιστικά και άλλα ζητήματα όπως χορήγηση οικονομικών βοηθημάτων.
5. Παρακολούθηση ατόμων με ειδικές ανάγκες, παροχή πληροφοριών και διενέργειες σχετικές με την φοίτησή τους σε Ειδικά Κέντρα, Σχολεία και Ιδρύματα.

6. Παροχή Κοινωνικής Προστασίας σε άτομα που στερούνται ή έχουν ακατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον (ανήλικοι, μοναχικά άτομα, υπερήλικες, ψυχικά πάσχοντες, εξαρτημένα άτομα κλπ).

7. Πληροφόρηση και παραπομπή των ασφαλισμένων σε αρμόδιες Υπηρεσίες και Φορείς με σκοπό την εξασφάλιση κοινωνικών παροχών πέραν αυτών που προσφέρει η Επιχείρηση .

8. Οργάνωση ομαδικών εκδηλώσεων για μοναχικά άτομα τρίτης ηλικίας, καθώς και διοργάνωση προγραμμάτων κατασκηνώσεων για άτομα με ειδικές ανάγκες .

Εξωιδρυματικό Επίδομα (Ν. 1140/81 αρθ. 42): Χορηγείται σε ασφαλισμένους και μέλη των οικογενειών τους που πάσχουν από παραπληγία ή τετραπληγία και κρίνονται από τις αρμόδιες Υγειονομικές Επιτροπές του ΙΚΑ ανίκανα με ποσοστό αναπηρίας μεγαλύτερο του 67%. Το ύψος του χορηγούμενου επιδόματος είναι ίσο με το 20πλάσιο του εκάστοτε ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη.

Επίδομα Κυοφορίας – Θηλασμού (Ν. 4491/66 αρθ.21)

Χορηγείται αντίστοιχο επίδομα στην ασφαλισμένη ή συνταξιούχο ύψους ίσο με το 40% του 7ου μ.κ. ύστερα από έκδοση απόφασης του Διευθυντή Κλάδου.

ΠΑΡΟΧΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1.Προληπτική ιατρική

Παρέχεται, με πρωτοβουλία του Ο.Α.Π. σε Πολυϊατρεία της Υπηρεσίας, στους εν ενεργεία μισθωτούς της Επιχείρησης καθώς και στους συνταξιούχους. Περιλαμβάνει:

- 1.Περιοδικές γενικές και ειδικές εξετάσεις
2. Προγαμιαίες εξετάσεις
3. Εμβολιασμούς
4. Ειδική μέριμνα για την προστασία της παιδικής ηλικίας και της μητρότητας (κύηση – τοκετός)

Μετά την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων, ο ενδιαφερόμενος ενημερώνεται για τη

κατάσταση της υγείας του και τηρείται σχετικό αρχείο το οποίο χρησιμεύει για τις επανεξετάσεις – επανεκτιμήσεις, που επαναλαμβάνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

2. Ιατρική περίθαλψη

Η ιατρική περίθαλψη παρέχεται στους δικαιούχους ασφαλισμένους από ιατρούς της Υπηρεσίας και από ιδιώτες ιατρούς, συμβεβλημένους ή μη, με τον ΟΑΠ της ΔΕΗ. Οι ασθενείς δύνανται να επιλέξουν, εκτός από το ιατρείο, ως χώρο εξέτασης την οικία τους όταν η μετακίνησή τους καθίσταται αδύνατη. Όταν ο ασφαλισμένος επισκέπτεται συμβεβλημένο ιατρό, του παρέχει την αμοιβή που καθορίζει το Κρατικό Τιμολόγιο. Για τα χρήματα αυτά ο ασφαλισμένος λαμβάνει από τον συμβεβλημένο ιατρό το ανάλογο Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών (ΔΠΥ) και αφού το προσκομίσει εισπράττει από την Υπηρεσία το ανάλογο ποσό. Σε περίπτωση μη συμβεβλημένου ιατρού, ο ασφαλισμένος καταβάλλει χρηματική αμοιβή και αφού υποβάλει στην Υπηρεσία ΔΠΥ θεωρημένο από ελεγκτή ιατρό, παίρνει το αντίστοιχο για την περίπτωση ποσό που προβλέπει το Κρατικό Τιμολόγιο (δηλαδή 20 Ευρώ στο ιατρείο και 25 Ευρώ στο σπίτι του ασθενή).

Οι εν ενεργεία μισθωτοί, όταν ασθενούν, οφείλουν να προσέρχονται προς εξέταση στους ιατρούς της Υπηρεσίας (Πολυϊατρεία – μεμονωμένοι ιατροί), ώστε να αντιμετωπίζονται (διαγνωστικά-θεραπευτικά), αλλά και να καλύπτονται υπηρεσιακά εφόσον χρειάζεται να παραμείνουν ελεύθεροι Υπηρεσίας με τριπλότυπη Ιατρική Γνωμάτευση (έντυπο 22.19/82). Ο μισθωτός, που δεν δύναται να μετακινηθεί, ειδοποιεί εντός των δύο πρώτων ωρών από της έναρξης του εργάσιμου ωραρίου την Υπηρεσία του, και αρμόδιος υπάλληλος ενημερώνει έγκαιρα τον Ο.Α.Π. Εφόσον τον επισκεφθεί ελεγκτής ιατρός στο σπίτι, αντιμετωπίζεται όπως παραπάνω. Εάν δεν τον επισκεφθεί, ο ασφαλισμένος εξετάζεται από ιατρό ιδιώτη ή Κρατικού Νοσοκομείου και προσκομίζει τα διάφορα παραστατικά (συνταγή, παραπεμπτικά, άδεια) προς έγκριση στο αρμόδιο γραφείο του Ο.Α.Π. εντός 3 ημερών το αργότερο.

Ο ασφαλισμένος που συνεχίζει να νοσηλεύεται κατ' οίκον και δεν τον έχει επισκεφθεί ελεγκτής ιατρός, είναι υποχρεωμένος καθημερινά να ειδοποιεί (τις δύο πρώτες εργάσιμες ώρες) την Υπηρεσία του. Ο μισθωτός υποχρεούται να δηλώνει σε κάθε περίπτωση τυχόν μεταβολή των στοιχείων κατοικίας του (Δ/ση, τηλέφωνο), καθώς επίσης και το ενδεχόμενο απουσίας του από το σπίτι για κάποια έκτακτη

ανάγκη (π.χ. αγορά φαρμάκων – επίσκεψη σε γιατρό της αρεσκείας του), όταν έχει δηλώσει ασθένεια.

Στην περίπτωση που ο ελεγκτής ιατρός δεν βρει στο σπίτι του τον μισθωτό που νοσεί, ο τελευταίος είναι υποχρεωμένος να προσέλθει στο αρμόδιο γραφείο του Ο.Α.Π. και να αιτιολογήσει το γεγονός. Εάν η αιτιολόγηση δεν κριθεί επαρκής, ο μισθωτός παραπέμπεται στην αρμόδια ΠΥΕ. Επισημαίνεται ότι, κατά τη διάρκεια προγραμματισμένων απεργιακών κινητοποιήσεων, ο έλεγχος ασθενείας θα είναι ιδιαίτερα αυστηρός και η κάλυψη με άδεια ασθενείας των μη ελεγχθέντων κατ' οίκον μισθωτών θα είναι δυνατή μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις και μετά από απόφαση των κατά τόπους Υγειονομικών Επιτροπών. Οι συγκεκριμένες Επιτροπές, για τη λήψη της απόφασης αυτής, θα λαμβάνουν υπόψη την κλινική εικόνα του μισθωτού και τη γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού, ή του Νοσηλευτηρίου, που θα προσκομίζει προσερχόμενος σ' αυτές, χωρίς καθυστέρηση, ο ενδιαφερόμενος μισθωτός. Σε περίπτωση ασθενείας εκτός έδρας, ο μισθωτός είναι υποχρεωμένος να ειδοποιήσει την Υπηρεσία του, αλλά και το τοπικό Ασφαλιστικό Γραφείο του ΟΑΠ (ΠΕΚΑ ή ΥΑΠ), ώστε να αντιμετωπισθεί από τον αντίστοιχο ελεγκτή ιατρό. Εάν δεν υπάρχει ελεγκτής ιατρός σε λογική απόσταση, ο ασφαλισμένος εξετάζεται από ιατρό ιδιώτη ή Κρατικού Νοσοκομείου ή Κέντρου Υγείας κλπ. και προσκομίζει στο αρμόδιο γραφείο του Ο.Α.Π. τα αντίστοιχα παραστατικά.

3. Έξοδα Μετακίνησης ασθενών

Όταν οι προϋποθέσεις θεραπείας δεν παρέχονται στον τόπο εργασίας του ασφαλισμένου, χορηγούνται τα έξοδα μετάβασης και επιστροφής του προς το πλησιέστερο κρατικό κέντρο που υπάρχει. Εφόσον πρόκειται για παιδί μικρότερο των 14 ετών ή όταν ο ασθενής δεν μπορεί να μετακινηθεί μόνος του, δικαιολογούνται και τα έξοδα του συνοδού. Ο θεράπων και ο ελεγκτής ιατρός γνωματεύουν στην «Ανακοίνωση Κίνησης» (έντυπο 22-17) την οποία εκδίδει ο Υποτομέας Ασφάλισης του τόπου εργασίας – κατοικίας του μισθωτού και θεωρείται από την Υπηρεσία Ασφάλισης του ΟΑΠ. Μετά την επιστροφή του ο ασφαλισμένος υποβάλλει το υπόψη έντυπο για να εισπράξει τη δαπάνη μετακίνησης. Η μετακίνηση χορηγείται για «σύνηθες» μέσο, δηλαδή λεωφορείο, τρένο ή πλοίο, εκτός εάν διαπιστωθεί ανάγκη μετακίνησης με «ειδικό» μέσο – αεροπλάνο. Τέλος, σε κάθε περίπτωση, ο ελεγκτής γιατρός του ΟΑΠ / ΔΕΗ της περιοχής, έχει την αποκλειστική αρμοδιότητα να κρίνει

εάν υπάρχουν ή όχι τοπικά οι προϋποθέσεις παροχής της αναγκαίας περίθαλψης και επί αδυναμίας, ανάλογα με τη βαρύτητα του περιστατικού, αποφασίζει για το ποιο μεταφορικό μέσο προσφέρεται για τον συγκεκριμένο ασθενή.

4.Φαρμακευτική περίθαλψη

Στους δικαιούχους ασφαλισμένους χορηγούνται όλα τα φάρμακα που έχουν εγκριθεί από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο του Κράτους και αναφέρονται στην επίσημη Κρατική διατίμηση. Συνταγές που εκδίδονται από τον θεράποντα ιατρό στο ειδικό ατομικό συνταγολόγιο του ασφαλισμένου, εγκρίνονται από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό της Υπηρεσίας, στον οποίο προσκομίζονται το αργότερο εντός δύο εργάσιμων ημερών από της αναγραφής τους. Δεν απαιτείται έγκριση για την εκτέλεση συνταγής, όταν η αξία της δεν υπερβαίνει τα 60 Ευρώ. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις η έγκριση μπορεί να γίνει εκ των υστέρων και μόνο για σοβαρά ή ανωτέρας βίας περιστατικά. Οι συνταγές εκτελούνται σε φαρμακείο της ελεύθερης επιλογής του δικαιούχου. Τα βιβλιάρια (συνταγολόγιο και ασθενοειάς), πρέπει πάντοτε να βρίσκονται υπό την κατοχή του ασθενή – ασφαλισμένου και σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να αφήνονται στο φαρμακείο ή αλλού. Σε αντίθετη περίπτωση, εάν διαπιστωθεί απώλεια, υπέχει ατομική ευθύνη ο ενδιαφερόμενος και λαμβάνονται αυστηρά μέτρα.

4.1 Κατάλογος συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων (λίστα)

Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (από 1/4/1998) χορηγούνται στους δικαιούχους μόνο τα φάρμακα που περιλαμβάνονται σε ειδικό κατάλογο (λίστα) ο οποίος έχει καταρτισθεί από το εν λόγω Υπουργείο. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις οι συνταγές που περιέχουν φάρμακα (εκτός λίστας) και θεωρούνται από τον θεράποντα γιατρό ως αναντικατάστατα πρέπει να συνοδεύονται από ειδική γνωμάτευση του θεράποντα στην οποία να υπάρχει η σφραγίδα και η υπογραφή του κάτω από τη λέξη «αναντικατάστατο» επάνω στη συνταγή.

Στις περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων είναι δυνατόν να εκδίδεται επαναλαμβανόμενη συνταγή τρίμηνης διάρκειας, η οποία αναγράφεται σε τρία συνεχή φύλλα του συνταγολογίου και εκτελείται ανά μήνα από το φαρμακοποιό με την ένδειξη «α' εκτέλεση», «β' εκτέλεση» και «γ' εκτέλεση» αντίστοιχα.

Απαραιτήτως, πρέπει να αναγράφεται στη θέση της διάγνωσης η πάθηση και μετά η ένδειξη «Χρόνια Πάθηση». Μπορεί επίσης να γίνεται συνταγογράφηση σε ένα φύλλο του συνταγολογίου με θεραπευτική αγωγή διάρκειας 30 ημερών και με την ένδειξη «Θεραπεία μηνός», η οποία όμως πρέπει να περιλαμβάνει κατά το δυνατό επακριβώς την μηνιαία κατανάλωση.

Η συμμετοχή των ασφαλισμένων στη δαπάνη προμήθειας φαρμάκων κυμαίνεται από 25% έως 0% ανάλογα με την πάθηση. Σε περίπτωση ανάγκης για χορήγηση ιδιοσκευασμάτων που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα, με βεβαίωση του Ε.Ο.Φ., υπάρχει δυνατότητα εισαγωγής τους από φαρμακευτική εταιρεία ή φαρμακείο και απόδοσης στον ασφαλισμένο της προβλεπόμενης δαπάνης, με την προϋπόθεση έγκρισης της αναγκαιότητάς τους από την αρμόδια Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή, η οποία λαμβάνει υπόψη της εάν οι ενδείξεις χορήγησής τους αντιστοιχούν στην πάθηση του ασθενή. Στην περίπτωση όμως που η δραστική ουσία περιέχεται σε σκεύασμα που κυκλοφορεί στην Ελλάδα, δεν εγκρίνεται η δαπάνη του εισαγομένου. Χρειάζονται απαραίτητα τα εξής δικαιολογητικά :

- A) Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού
- B) Τιμολόγιο αγοράς ή προτιμολόγιο
- Γ) Κουπόνια φαρμάκου

5. Παρακλινικές εξετάσεις

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πρέπει να αναγράφονται υποχρεωτικά από τον θεράποντα ιατρό (συμβεβλημένο ή όχι, ιδιώτη ή νοσοκομειακό) τόσο στο «Συνταγολόγιο – Παραπεμπτικό» του βιβλιαρίου ασθενείας του ασφαλισμένου, όσο και στις «Ένδειξεις Υγειονομικής Περίθαλψης» (Στέλεχος) που επέχει θέση συνοπτικού ιστορικού. Ο ασφαλισμένος είναι υποχρεωμένος πριν υποβληθεί στον εργαστηριακό έλεγχο να προσκομίσει το παραπεμπτικό για προέγκριση από τον ελεγκτή ιατρό της Υπηρεσίας κατά τον ίδιο ημερολογιακό μήνα. Εφόσον η προέγκριση δοθεί κατά την επιστημονική κρίση του ελεγκτή ιατρού, τότε το παραπεμπτικό ισχύει και ο ασφαλισμένος υποβάλλεται στον αντίστοιχο εργαστηριακό έλεγχο. Προκειμένου περί συμβεβλημένων με την Υπηρεσία εργαστηρίων, το προεγκεκριμένο παραπεμπτικό παραδίδεται στο εργαστήριο και ο ασφαλισμένος απαλλάσσεται της πληρωμής. Προκειμένου περί μη συμβεβλημένων

με την Υπηρεσία εργαστηρίων, ο ασφαλισμένος πληρώνει το εργαστήριο και αφού υποβάλει το προεγκεκριμένο παραπεμπτικό και το Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών θεωρημένο από τον ελεγκτή ιατρό, παίρνει από την Υπηρεσία τα χρήματα που προβλέπονται για τις αντίστοιχες εξετάσεις το Κρατικό Τιμολόγιο. Σε κάθε περίπτωση υπάρχει η δυνατότητα εκτέλεσης ευρέως φάσματος εξετάσεων στα εργαστήρια των Πολυϊατρείων της Υπηρεσίας, τα οποία, ως γνωστόν, είναι πλήρως εξοπλισμένα με σύγχρονα μηχανήματα και με το κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό. Οι παρακλινικές εξετάσεις, όπως μαγνητική τομογραφία, μαγνητική αγγειογραφία, εκλεκτική ψηφιακή αγγειογραφία, παναγγειογραφία και ψηφιακή φλουροαγγειογραφία, πραγματοποιούνται ύστερα από γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού και έγκριση της αρμόδιας ΠΥΕ.

6. Παρακλινικές θεραπείες

6.1 (ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ , ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ , ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ κλπ.)

Ο ελεγκτής ιατρός έχει το δικαίωμα έγκρισης έως 30 συνεδριών φυσικοθεραπείας το χρόνο. Πέραν του αριθμού αυτού, αρμόδια για την έγκριση είναι η οικεία ΠΥΕ μετά από εμπειριστατωμένη γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού για το είδος, τη συχνότητα και την ανατομική περιοχή της θεραπείας. Στην περίπτωση της ανοσοθεραπείας, ο ελεγκτής ιατρός εγκρίνει έως 60 συνεδρίες το χρόνο. Πέραν του αριθμού αυτού, είναι απαραίτητη η διαδικασία έγκρισης από την οικεία ΠΥΕ.

6.2 ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΟΔΟΝΤΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ – ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ

(ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ)

Πριν την πραγματοποίηση της οδοντοθεραπείας ή της οδοντοπροσθετικής εργασίας, είναι απαραίτητη η προέγκριση από τον ελεγκτή οδοντίατρο του Ο.Α.Π. Μετά το τέλος των εργασιών, είναι επίσης απαραίτητη η πιστοποίηση της ολοκλήρωσης της θεραπείας ή της προσθετικής εργασίας από τον ελεγκτή οδοντίατρο της Υπηρεσίας. Δικαίωμα επανάληψης της ίδιας προσθετικής εργασίας έχουν οι ασφαλισμένοι μετά από 4 χρόνια από την τελευταία χορήγηση, εκτός αν συντρέχουν, και πιστοποιηθούν από τον Ελεγκτή, οδοντοτεχνικοί λόγοι.

6.3 ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

Απαιτείται προέγκριση από τον ελεγκτή ορθοδοντικό ή οδοντίατρο και μετά από 6 μήνες τελική έγκριση από τον ελεγκτή και την οικεία ΠΥΕ. Η απόδοση της δαπάνης είναι ανάλογη της διαβάθμισης της ορθοδοντικής ανωμαλίας (ΕΛΑΦΡΙΑ – ΜΕΤΡΙΑ – ΕΝΤΟΝΗ) στο 60%, 80% και 100% του βασικού του 7ου μ.κ. αντίστοιχα.

7. Νοσοκομειακή Περίθαλψη (στην Ελλάδα)

Οι ασφαλισμένοι έχουν τη δυνατότητα να νοσηλευτούν σε Κρατικά ή Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια συμβεβλημένα ή μη. Όταν η πάθηση δεν είναι δυνατόν ν' αντιμετωπισθεί στη χώρα μας, ο ασθενής μπορεί να μεταβεί σε Κρατικά Νοσηλευτήρια του εξωτερικού για την αντιμετώπισή της. Η εισαγωγή σε νοσηλευτήριο πραγματοποιείται μετά από γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού και έγκριση του ελεγκτή ιατρού της υπηρεσίας. Σε επείγουσες περιπτώσεις, η έγκριση του ελεγκτή ιατρού μπορεί να δοθεί εκ των υστέρων, αλλά οπωσδήποτε πρέπει να ζητείται εντός 48 ωρών από την εισαγωγή του ασθενή στο Νοσηλευτήριο.

7.1 . Εγγυητική Επιστολή Νοσηλείας

Εάν ο ασφαλισμένος εισαχθεί σε Κρατικό Νοσοκομείο ή σε Ιδιωτικές Κλινικές που έχουν συμβληθεί με τον Ο.Α.Π., το αρμόδιο γραφείο του Οργανισμού εκδίδει «Εγγυητική Επιστολή Νοσηλείας» με την οποία καλύπτονται οι δαπάνες νοσηλείας του. Για τη νοσηλεία σε Ιδιωτικά μη συμβεβλημένα Νοσηλευτήρια, δεν χορηγείται εγγυητική επιστολή νοσηλείας. Ο ασφαλισμένος νοσηλεύεται ως ιδιώτης με δικές του δαπάνες οι οποίες αποδίδονται βάσει του Κρατικού Τιμολογίου και όχι σύμφωνα με το Τιμολόγιο της κλινικής. Η διαφορά, κατά κανόνα, είναι μεγάλη και βαρύνει τον ασφαλισμένο. Και σε αυτή την περίπτωση είναι αναγκαία η ανακοίνωση της εισαγωγής του ασθενή στο αρμόδιο ασφαλιστικό κλιμάκιο του ΟΑΠ. Σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες κινδυνεύει άμεσα η ζωή του ασθενούς, είναι δυνατή η αντιμετώπιση του περιστατικού από τις Υγειονομικές Επιτροπές, ανάλογα με την περίπτωση. Οι ασθενείς υποχρεούνται να ενημερώνουν το αρμόδιο γραφείο του Κλάδου Υγείας για την ημέρα εξόδου τους από το Νοσηλευτήριο.

7.2 Θέση Νοσηλείας

Η περίθαλψη στα Νοσηλευτήρια παρέχεται σε κλίνη Β.β θέσης για τους ασφαλισμένους με μισθολογικό κλιμάκιο κατώτερο του 7^{ου}, και σε κλίνη Β.α θέσης σε ασφαλισμένους με μισθολογικό κλιμάκιο ανώτερο του 7^{ου}. Οι έμμεσα ασφαλισμένοι νοσηλεύονται σε κλίνη ίδιας θέσης με εκείνη που δικαιούνται οι άμεσα ασφαλισμένοι. Οι δε συνταξιούχοι, νοσηλεύονται σε κλίνη Β.β ή Β.α θέσης ανάλογα με το μισθολογικό κλιμάκιο το οποίο κατείχαν. Η τυχόν νοσηλεία σε ανώτερη θέση απ' αυτή που δικαιούται ο ασφαλισμένος, έχει ως συνέπεια να επιβαρύνεται ο ίδιος με την προκύπτουσα οικονομική διαφορά, εκτός εάν συντρέχουν σοβαροί λόγοι υγείας, οπότε το θέμα αντιμετωπίζεται από την ΠΥΕ, με τα εξής δικαιολογητικά:

- A) Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού του Νοσοκομείου ή της Κλινικής για την αναγκαιότητα αλλαγής θέσεως νοσηλείας.
- B) Τιμολόγιο-απόδειξη ή αναφορά της δαπάνης στο συνολικό τιμολόγιο νοσηλείας.

7.3. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σε Ιδιωτικό Κέντρο (μη συμβεβλημένο)

Όταν απαιτείται άμεση νοσηλεία του ασθενούς σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και δεν υπάρχει διαθέσιμη κλίνη σε ΜΕΘ Κρατικού Νοσοκομείου, η ΔΥΕ μετά από εισήγηση της ΠΥΕ δύναται να εγκρίνει τις δαπάνες. Σημειώνεται ότι πριν την εισαγωγή σε ΜΕΘ συμβεβλημένου Κέντρου πρέπει ο ασφαλισμένος να επικοινωνεί με την Υπηρεσία διότι υπάρχουν Μ.Ε.Θ. σε συμβεβλημένα Κέντρα για τις οποίες δεν υπάρχει σχετική σύμβαση. Όταν κριθεί αναγκαίο, εγκρίνονται μετακινήσεις ασθενών από Κρατικό Νοσοκομείο σε Ιδιωτική Κλινική και αντίστροφα για εκτέλεση εξετάσεων, με ιδιωτικό ασθενοφόρο, από τις αρμόδιες ΠΥΕ. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις δικαιολογείται η μετακίνηση του ασφαλισμένου από την οικία του σε Νοσηλευτικό Κέντρο και το αντίστροφο και αφού πρώτα κληθεί το ΕΚΑΒ και δεν υπάρξει ανταπόκριση (απαραίτητη η υποβολή σχετικής βεβαίωσης του ΕΚΑΒ στις αρμόδιες ΠΥΕ). Οι δαπάνες για αποκλειστικές νοσηλεύτριες/ τές καλύπτονται μετά από γνωμάτευση του ελεγκτή ιατρού και έγκριση της οικείας ΠΥΕ. Σε περίπτωση χρησιμοποίησης αποκλειστικής νοσηλεύτριας στο σπίτι η δαπάνη δεν καταβάλλεται.

7.4. Περίθαλψη σε Ειδικά Ιδρύματα

Για την εισαγωγή των ασφαλισμένων σε Ειδικά Νοσηλευτήρια (ιδρύματα, εκπαιδευτήρια, οικοτροφεία) απαιτείται υποβολή «Αίτησης Εισαγωγής σε Ειδικό Νοσηλευτήριο». Για συνέχιση της περίθαλψης πέραν των 6 μηνών το περιστατικό παραπέμπεται στη ΔΥΕ. Η Νοσηλεία σε οίκο ευγηρίας δεν εγκρίνεται.

8. Παροχές σε Χρήμα

Παροχές σε χρήμα χορηγούνται με τη μορφή εφ' άπαξ αποζημίωσης για:

- A) Λουτροθεραπεία
- B) Ποσιθεραπεία
- Γ) Εισπνοθεραπεία
- Δ) Αεροθεραπεία
- E) Ρινοπλύσεις
- ΣΤ)Κυοφορία
- Z) Τοκετό
- H)Θηλασμό

Ο δικαιούχος υποβάλλει «Αίτηση παροχής σε χρήμα» στην αρμόδια Π.Υ.Ε. γνωματευμένη από τον ελεγκτή ιατρό της ειδικότητας. Σε όλες τις περιπτώσεις απαιτείται η προαναφερθείσα αίτηση και κατά περίπτωση τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- Για τα επιδόματα Λουτροθεραπείας, Ποσιθεραπείας και Αεροθεραπείας, χρειάζεται γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού και ακολούθως βεβαίωση πραγματοποίησης της θεραπείας από τις ιαματικές πηγές όπου αυτή διενεργήθηκε. Δεν χορηγείται όμως, για τους εν ενεργεία μισθωτούς, αναρρωτική άδεια για τις προκείμενες θεραπείες.
- Για το επίδομα Κυοφορίας χρειάζεται βεβαίωση του θεράποντα γυναικολόγου και 2 ληξιαρχικές πράξεις γεννήσεως του τέκνου. Επίδομα κυοφορίας δικαιούνται ΜΟΝΟ οι άμεσα ασφαλισμένες της Επιχείρησης.
- Για το επίδομα Θηλασμού απαιτείται βεβαίωση από παιδίατρο που να πιστοποιεί ότι ο θηλασμός συνεχίστηκε για 6 μήνες, καθώς και μία

ληξιαρχική πράξη γεννήσεως του τέκνου. Το επίδομα θηλασμού δικαιούνται ΜΟΝΟ οι άμεσα ασφαλισμένες της Επιχείρησης.

- Για το επίδομα Τοκετού δεν απαιτείται ιατρική γνωμάτευση. Με την προσκόμιση των αποδείξεων εξόδων νοσηλείας αποδίδεται στην άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένη χρηματικό ποσό, το ύψος του οποίου αναπροσαρμόζεται κατ' έτος. Επιπλέον, δεν απαιτείται απόφαση ΠΥΕ.

3.2 Διάρθρωση των μονάδων του ασφαλιστικού ταμείου της ΔΕΗ στην Κρήτη

Το ασφαλιστικό ταμείο των υπαλλήλων της ΔΕΗ στην Κρήτη, αποτελείται από ένα κεντρικό γραφείο που εδρεύει στο νομό Ηρακλείου και τρία περιφερειακά παραρτήματα (που ονομάζονται ΓΑΠ- Γραφείο Ασφάλισης Προσωπικού) στους άλλους τρεις νομούς (Χανιά, Ρέθυμνο και Άγιο Νικόλαο). Το κεντρικό ασφαλιστικό ταμείο του Ηρακλείου είναι υπεύθυνο για τη σωστή και ομαλή λειτουργία όλων των περιφερειακών ταμείων στην Κρήτη και ονομάζεται ΠΕΚΑ (δηλαδή Περιφερειακό Κατάστημα). Στελεχώνεται από τρεις μόνιμους διοικητικούς υπαλλήλους, δύο μόνιμους κοινωνικούς λειτουργούς δύο μόνιμες νοσηλεύτριες, ένα μόνιμο παθολόγο ιατρό και μία οδοντίατρο. Κατά καιρούς προκηρύσσονται θέσεις για έκτατους τετράωρους ωρομίσθιους ιατρούς, διαφόρων ειδικοτήτων, με σύμβαση έργου ενός έτους. Στο ασφαλιστικό ταμείο που εδρεύει στο νομό Ηρακλείου λειτουργεί οδοντιατρείο και παρέχεται Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθώς πραγματοποιείται ιατρική εξέταση από τους ιατρούς που το στελεχώνουν. Στο ΓΑΠ Αγίου Νικολάου εργάζεται μόνο μία μόνιμη διοικητικός υπάλληλος και ένας ωρομίσθιος τετράωρος συμβασιούχος παθολόγος-ιατρός. Στο ΓΑΠ Ρεθύμνου εργάζονται δύο μόνιμοι διοικητικοί υπάλληλοι και ένας μόνιμος ιατρός-παθολόγος. Στο ΓΑΠ Χανίων εργάζονται τρεις μόνιμοι διοικητικοί υπάλληλοι και ένας μόνιμος ιατρός-παθολόγος. Τα τρία παραρτήματα λογοδοτούν στο Κεντρικό Περιφερειακό Κατάστημα του Ηράκλειο και αυτό με τη σειρά του στα κεντρικά γραφεία της Αθήνας.

Το ασφαλιστικό ταμείο της ΔΕΗ ήταν και είναι ακόμα οικονομικά 'υγιές' ταμείο καθώς η Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού είναι μια κερδοφόρα επιχείρηση. Αποτελεί ανεξάρτητο οικονομικά ταμείο από το κράτος, δεν χρηματοδοτείται αλλά

ελέγχεται και εποπτεύεται από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας. Οι εργαζόμενοί της είναι πολύ καλά αμειβόμενοι αλλά οι συνθήκες εργασίας τους, κυρίως στα άτομα που εργάζονται σε εξωτερικά συνεργεία και στο εργοστάσιο παραγωγής ηλεκτρικής ενέργειας, είναι δυσμενείς. Η ΔΕΗ σαν επιχείρηση έχει το μεγαλύτερο αριθμό ετησίως θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Υλικό & Μέθοδος

4.1.1 Επιλογή ερωτηματολογίου

Ως εργαλείο συλλογής των στοιχείων της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο, ως μια από τις τεχνικές συλλογής δεδομένων, χρησιμοποιείται ευρύτατα στις κοινωνικές επιστήμες. Πρόκειται για γραπτές ερωτήσεις, που σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο πρόβλημα, τις οποίες ο ερευνητής απευθύνει ομοιόμορφα στα υποκείμενα του δείγματος προκειμένου να συγκεντρώσει τα απαραίτητα στοιχεία της έρευνας. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων σε σύντομο χρονικό διάστημα (Παρασκευόπουλος, 1993)

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στο δείγμα της έρευνας, με την προϋπόθεση ότι τα άτομα που επιλέχθηκαν είχαν στη διάθεσή τους τις απαραίτητες δεξιότητες για να το συμπληρώσουν σωστά, έγκυρα και κατά το δυνατόν πληρέστερα. Τα στοιχεία του ερωτηματολογίου είναι δυνατόν να ποσοτικοποιηθούν και να εξαχθούν συμπεράσματα με στατιστικές μεθόδους. Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες αναλύθηκαν στατιστικά, βάση των οποίων οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν από ήδη υπάρχουσες πιθανές απαντήσεις.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν από τα ίδια τα άτομα στο χώρο που βρίσκεται το ασφαλιστικό ταμείο της ΔΕΗ και παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας. Ορισμένα ερωτηματολόγια (50 στον αριθμό) στάλθηκαν με υπηρεσιακό κλητήρα στη μονάδα παραγωγής ηλεκτρικής ενέργειας. Η παραπάνω ενέργεια πραγματοποιήθηκε από τον υπεύθυνο της έρευνας προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων θα είναι εργαζόμενοι. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις (δεν είχαν μαζί τους γυαλιά, δεν καταλάβαιναν κάποιες ερωτήσεις κ.α) τα άτομα αυτά δέχτηκαν τη σχετική βοήθεια από τον υπεύθυνο της έρευνας. Κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου προέκυψαν 43 περιπτώσεις μη ολοκληρωμένης συμπλήρωσης των ερωτήσεων των ερωτηματολογίων και για το παραπάνω λόγω απορρίφθηκαν

4.1.2 Κατασκευή ερωτηματολογίου

Κριτήρια μέτρησης των ερευνητικών ερωτημάτων

Η σύνταξη του ερωτηματολογίου έγινε έτσι ώστε το ερευνητικό εργαλείο να ανταποκρίνεται, στον μέγιστο δυνατό βαθμό, στους άξονες της έρευνας, όπως αυτοί

διατυπώθηκαν κατά το σχεδιασμό της. Τα μετρήσιμα μεγέθη του ερωτηματολογίου καλύπτουν αφενός τους ερευνητικούς άξονες, αφετέρου επιτρέπουν την περαιτέρω διερεύνηση των αποτελεσμάτων για την εξαγωγή γενικότερων συμπερασμάτων και την διατύπωση προβλέψεων.

Ο πρώτος άξονας του ερωτηματολογίου, που διατυπώνεται από τις ερωτήσεις 1 έως 6, έχει στόχο την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος.

Ο δεύτερος άξονας του ερωτηματολογίου, που διατυπώνεται από τις ερωτήσεις 7 έως 12, έχει στόχο την αντικειμενική καταγραφή της εργασιακής ή μη κατάστασης των ασφαλισμένων της ΔΕΗ.

Ο τρίτος άξονας, που διατυπώνεται από τις ερωτήσεις 13 έως 47, αφορά στην υλικοτεχνική υποδομή των υπηρεσιών περίθαλψης καθώς και την εξυπηρέτηση, την εμπιστευτικότητα, το σεβασμό, τον τρόπο και το χρόνο που χρησιμοποιούν οι ασφαλισμένοι της ΔΕΗ τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις που έχουν σχέση με τη συνολική εικόνα και διερευνούν το βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων από τις συγκεκριμένες υπηρεσίες.

4.1.3 Ανάλυση ερωτηματολογίου

Για την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Αρχικά, καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία των ασφαλισμένων, με τα οποία θα παρέχεται η δυνατότητα συσχετίσεων διαφορετικών ομάδων ατόμων και ηλικιών. Επίσης υπάρχουν ερωτήσεις 'Background', όπως αυτή για το μηνιαίο εισόδημα, οι οποίες δεν ανήκουν στις δημογραφικές αλλά βοηθούν σε συσχετίσεις μεταξύ διαφορετικών οικονομικών ομάδων ατόμων. Στη συνέχεια, υπάρχουν ερωτήσεις κλειστού τύπου με σταθμισμένη κλίμακα, οι οποίες βοηθούν στην κατάταξη των απαντήσεων σε μία κατηγορία. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν τη χρονική διάρκεια χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, το πώς αντιλαμβάνονται την υγεία τους οι ασθενείς, και ερωτήσεις σχετικά με τις παροχές του ασφαλιστικού καθεστώτος της ΔΕΗ. Επιλέχθηκε η μέθοδος συλλογής δεδομένων με τη χορήγηση ανώνυμων αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων. Η επιλογή της ποσοτικής και ποιοτικής προσέγγισης του ερωτηματολογίου ως ερευνητικού εργαλείου, έγινε μετά από τη στάθμιση και αξιολόγηση στοιχείων και παραγόντων που αφορούσαν κατά κύριο λόγο το σκοπό της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα που έρχιζαν απάντηση, τα δεδομένα στα οποία θα στρεφόταν η έρευνα, καθώς και τα αποτελέσματα τα οποία επιδίωκε.

4.1.4 Επιλογή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 160 άτομα και ο πληθυσμός αναφοράς ήταν οι άμεσα και οι έμμεσα ασφαλισμένοι του Οργανισμού Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ . Δεν έγινε καμία διάκριση αναφορικά με το φύλο, την ηλικία ή την κατάσταση της υγείας των ατόμων που αποτέλεσαν μέρος της έρευνας και η δειγματοληψία ήταν τυχαία. Για μια, όσο το δυνατόν σφαιρικότερη, ερευνητική εργασία έγινε προσπάθεια με σκοπό, τόσο το γεωγραφικό εύρος όσο και η διαστρωμάτωση του δείγματος αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία που τέθηκαν, να είναι όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικότερη της κατάστασης που παρατηρείται καθημερινά. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα επιλέχθηκαν συμπτωματικά και σε κάποιες περιπτώσεις παρουσιάστηκαν οικειοθελώς.

4.2.1 Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης

Η συλλογή όλων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε τους μήνες Δεκέμβριο του 2008 έως Φεβρουάριο του 2009.

4.2.2 Δεοντολογία

Για την διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε άδεια από την επιτροπή δεοντολογίας του Ασφαλιστικού ταμείου της ΔΕΗ με την υπ' αριθμό απόφαση 1953/6-11-2008 και αριθμό πρωτοκόλλου 5641/554 12-11-2008. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και επίσης τηρήθηκαν και τηρούνται όλες οι προϋποθέσεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και του ιατρικού απορρήτου.

4.2.3 Περιοχή μελέτης

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη γεωγραφική περιφέρεια του Νομού Ηρακλείου Κρήτης. Το ασφαλιστικό ταμείο των υπαλλήλων της ΔΕΗ περιλαμβάνει ένα κεντρικό γραφείο που εδρεύει στο νομό Ηρακλείου και τρία περιφερειακά παραρτήματα στους υπόλοιπους τρεις νομούς. Στο νομό Ηρακλείου είναι ασφαλισμένοι 2.500 περίπου υπάλληλοι, μέλη και συνταξιούχοι.

4.2.4 Πληθυσμός μελέτης

Το δείγμα των ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη αποτέλεσε 117 άτομα (ηλικίας 18 έως 75 ετών). Η επιλογή των ατόμων έγινε με τυχαία

δειγματοληψία. Στη συγκεκριμένη έρευνα μοιράστηκαν 160 ερωτηματολόγια αλλά αξιοποιήθηκαν τα 117. Τα 43 ερωτηματολόγια που απορρίφθηκαν ήταν ελλιπώς συμπληρωμένα. Ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν 73,1 %. Σύμφωνα με τον Bland (2000) η μελέτη θεωρείται έγκυρη όταν ο ρυθμός ανταπόκρισης είναι πάνω από 70%.

4.2.5 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ταμείου υγείας της ΔΕΗ από τις υπηρεσίες υγείας στο Νομό Ηρακλείου της Κρήτης. Η Κρήτη είναι το μεγαλύτερο νησί της Ελλάδας με πληθυσμό 601.131 κατοίκους (σύμφωνα με τη τελευταία απογραφή του 2001, Εθνική Στατιστική Υπηρεσία) και διαιρείται σε τέσσερις νομούς. Ο νομός Ηρακλείου είναι ο πολυπληθέστερος όλων, αφού διαμένει σ' αυτόν το 49% του πληθυσμού της Κρήτης, δηλαδή 292.489 κάτοικοι [Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ), 2004].

4.3 Στατιστική Ανάλυση

Η επεξεργασία των δεδομένων (κωδικοποίηση και ανάλυση) έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 16.00. Το SPSS επιλέχθηκε γιατί είναι κατάλληλο για στατιστικές αναλύσεις και έχει ένα ευρύ πεδίο εφαρμογής. Υπάρχουν ερωτήσεις «κλειστού τύπου» όπου τα αντικείμενα της έρευνας καλούνται να διαλέξουν από προεπιλεγμένες απαντήσεις. Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις απογραφικού χαρακτήρα, ερωτήσεις ναι / όχι / δεν γνωρίζω και ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών.

Η επεξεργασία στο SPSS έγινε με βάση την θεώρηση ότι κάθε ερώτηση αντιστοιχεί σε μια μεταβλητή κατάλληλου τύπου ώστε να καλύπτει το σκεπτικό της ερώτησης και την ανάλυση την οποία επιδέχεται. Οι μεταβλητές που επεξεργάστηκε το SPSS ήταν αυτές που αφορούσαν ερωτήσεις κλειστού τύπου (Javeau C, 1996). Πιο συγκεκριμένα, στο SPSS δόθηκαν ως “ordinal” – τακτικές, όλες εκείνες οι μεταβλητές που αντιστοιχούν σε ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις δίνονταν με τη μορφή κλίμακας με συγκεκριμένες διαβαθμίσεις (Kinnear P, 1999). Οι ερωτήσεις ΝΑΙ / ΟΧΙ αντιστοιχούνται σε διχοτομικές κατηγορικές μεταβλητές (nominal). Σε κάποιες από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου οι απαντήσεις μπορούσαν να είναι πολλαπλές. Για να αντιμετωπιστεί αυτό, σε κλειστού τύπου ερωτήσεις, ακολουθήθηκε ο κανόνας βάσει του οποίου η κάθε πιθανή απάντηση αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή μεταβλητή.

Ο τρόπος που έγινε η ταξινόμηση των δεδομένων στο SPSS βασίζεται στην παραδοχή ότι η κάθε μεταβλητή έχει ένα διακριτό εύρος (αριθμητικών) τιμών και κάθε διαφορετική τιμή αντιστοιχεί σε μια διαφορετική απάντηση (Δαφέρμος Β, 2005). Για τη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν τα ραβδογράμματα ενώ, ως στατιστικό κριτήριο για την ύπαρξη διμεταβλητών επιλέχθηκε η δοκιμασία χ^2 . Επειδή θέλουμε να ελέγξουμε κατά πόσο μια μεταβλητή (εξαρτημένη) επηρεάζεται ή όχι από κάποια άλλη – και οι δύο κατηγορικού τύπου μεταβλητές, - η δοκιμασία χ^2 ως τεστ ανεξαρτησίας καλύπτει τις ανάγκες αυτές (Τσάντας Ν, 1999).

Το τεστ ανεξαρτησίας είναι τεστ πινάκων συνάφειας. Στους πίνακες συνάφειας οι συγκεκριμένες μεταβλητές ή παρουσιάζουν συνάφεια, δηλαδή σχετίζονται ή δεν παρουσιάζουν, οπότε είναι ανεξάρτητες. Για να γίνει έλεγχος ανεξαρτησίας δύο μεταβλητών, θέτουμε ως αρχική υπόθεση ελέγχου την μηδενική: ότι δηλαδή οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Μέσω του χ^2 τεστ του Pearson, όταν σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$ έχουμε $p\text{-value} \leq 0,05$, τότε έχουμε απόρριψη της υπόθεσης ανεξαρτησίας και οι μεταβλητές έχουν σχέση μεταξύ τους. Όταν έχουμε $p\text{-value} > 0.05$ δεν απορρίπτεται η υπόθεση ανεξαρτησίας και δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών (Δαφέρμος, Β. 2005). Τιμές $p < 0,05$ θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές στις συσχετίσεις των μεταβλητών. Για τον έλεγχο των κατανομών συχνοτήτων, ως προς τις παραπάνω μετρήσεις χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος χ^2 (Chi-square test). Επίσης πραγματοποιήθηκε έλεγχος Student (Student t test) για σύγκριση διαφορών μεταξύ των δύο φύλων.

Σε όλες τις μεθόδους ορίστηκε ως αποδεκτό σημείο σημαντικότητας ($p\text{-value}$) το 5%, το 1% και το 1%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος. Από τα 117 συνολικά άτομα τα 70 (59,8%) είναι άνδρες και τα 47 είναι γυναίκες (40,2%). Ο μέσος όρος ηλικίας για άνδρες και γυναίκες είναι 50 χρόνια με τυπική απόκλιση $\pm 14,1$. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό (78,6%) είναι έγγαμοι, το 16% είναι ελεύθεροι και ένα μικρό ποσοστό 2,6% είναι χωρισμένοι ή βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας.

N (άτομα μελέτης)	117
Άνδρες	70 (59,8%) ^β
Γυναίκες	47 (40,2%) ^β
Ηλικία (μέσος όρος-σε χρόνια)	50 \pm 14,1 ^α
Οικογενειακή κατάσταση	
Ελεύθερος /η	19 (16,2%) ^β
Παντρεμένος /η	92 (78,6%) ^β
Χωρισμένος /η	3 (2,6%) ^β
Χήρος /α	3 (2,6%) ^β

α. Οι τιμές δίνονται ως μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση. Έγινε έλεγχος Student t (θεωρήθηκαν άνισες διακυμάνσεις).
β. Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%). Έγινε έλεγχος χ^2 .

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα μορφωτικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος. Τα περισσότερα άτομα, 80 στο σύνολο, είναι μέσης εκπαίδευσης με ποσοστό 68,3%, ακολουθούν ποσοτικά τα άτομα με ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση, 26 στο σύνολο, με ποσοστό 22,2%, ενώ τα άτομα που έχουν λάβει μόνο πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι 11 στο σύνολο, με ποσοστό 9,5%.

Εκπαίδευση	Ανώτερη-Ανώτατη	26 (22,2%) ^α
	Μέση Εκπαίδευση	80 (68,3%) ^α
	Δημοτικό ή καθόλου	11 (9,5%) ^α

α. Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%). Έγινε έλεγχος Student t (θεωρήθηκαν άνισες διακυμάνσεις). Έγινε έλεγχος χ^2 . * p-value <0.05

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα ποσοστά των ατόμων που εργάζονται ή όχι καθώς και το λόγο μη εργασίας τους, το μηνιαίο εισόδημα και η κατοχή ή μη ιδιωτικής ασφάλισης. Από τα 117 συνολικά άτομα τα 54 (46,2%) εργάζονται ενώ τα 63 άτομα (53,8%) είναι χωρίς εργασία. Ο μέσος όρος ηλικίας για άνδρες και γυναίκες είναι 50 χρόνια με τυπική απόκλιση $\pm 14,1$. Τα περισσότερα άτομα, 80 στο σύνολο, είναι μέσης εκπαίδευσης με ποσοστό 68,3%, ακολουθούν ποσοτικά τα άτομα με ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση, 26 στο σύνολο, με ποσοστό 22,2%, ενώ τα άτομα που έχουν λάβει μόνο πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι 11 στο σύνολο, με ποσοστό 9,5%.

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά εργασίας και ασφάλισης των ατόμων του δείγματος		
N (άτομα μελέτης)		117
Εργασία	Ναι	54 (46,2%) ^β
	Όχι	63 (53,8%) ^β
Χρόνια εργασίας (μέσος όρος)		18-20 $\pm 1,8^a$
Μηνιαίο εισόδημα (μέσος όρος /μήνα)		1600-2000€ $\pm 4,0^a$
Λόγοι μη εργασίας	Συνταξιούχοι	31(26,5%) ^β
	Νοικοκυρές	21(17,9%) ^β
	Φοιτητές	11 (9,4%) ^β
Ιδιωτική ασφάλιση	Ναι	13 (11,1%) ^β
	Όχι	103(88,0%) ^β
	Δεν γνωρίζω	1 (0,9%) ^β

α. Οι τιμές δίνονται ως μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση. Έγινε έλεγχος Student t (θεωρήθηκαν άνισες διακυμάνσεις). β. Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%). Έγινε έλεγχος χ^2 .

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα ευρήματα κατά φύλο από τα άτομα του δείγματος που απάντησαν στις ερωτήσεις Νο 13, 17 & 18, σχετικά με την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας, τη χρήση εργαστηριακών εξετάσεων και την αξιολόγηση της εμπειρίας που είχαν από το ασφαλιστικό τους ταμείο στη χρήση των

υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα από το σύνολο των ατόμων του δείγματος το 24,8% θεωρεί την υγεία του πολύ καλή και το 48,7% καλή. Δεν παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά την υγεία τους. Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι οι γυναίκες κάνουν στο σύνολό τους (89%) περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις από τους άνδρες (82,9%). Τα περισσότερα άτομα υποστηρίζουν, ότι η προσοχή που τους δόθηκε από τους υγειονομικούς του ασφαλιστικού ταμείου ήταν πολύ καλή με ποσοστό 47%. Οι γυναίκες, φαίνεται να θεωρούν ότι απολαμβάνουν μεγαλύτερης προσοχής (57,4%) σε αντιστοιχία με τους άνδρες (40%).

Πίνακας 4. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων της μελέτης όσον αφορά την περίθαλψη συνολικά και αντίστοιχα με το φύλο τους

	Σύνολο ατόμων	Άνδρες	Γυναίκες
	117	70	47
Πως θεωρείτε την υγείας σας;			
Πολύ καλή	29(24,8%)	17(24,3%)	12(25,5%)
Καλή	57(48,7%)	34(48,6%)	23(48,9%)
Μέτρια	28(23,9%)	17(24,3%)	11(23,4%)
Κακή	3(2,6%)	2(2,8%)	1(2,1%)
Πολύ κακή	0,0	0,0	0,0
Τους τελευταίους 12 μήνες εργαστηριακές εξετάσεις;			
ΝΑΙ:	100(85,5%)	58(82,9%)	42 (89%)
ΟΧΙ:	17(14,5%)	12 (17,1)	5 (11%)
Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με το να λάβετε την απαιτούμενη προσοχή από το ασφαλιστικό ταμείο σας;			
Πολύ καλή	55(47%)	28(40%)	27(57,4%)
Καλή	45(38,5%)	32(45,7%)	13(27,7%)
Μέτρια	8(6,8%)	5(7,1%)	3(6,4%)
Κακή	4(3,4%)	2(2,9%)	2(4,3%)
Πολύ κακή	5(4,3%)	3 (4,3)	3(4,3%)

* Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%). Έγινε έλεγχος χ^2 . * p-value <0.05

Στον Πίνακα 5 γίνεται επίσης σύγκριση των δύο φύλων*όσον αφορά την περίθαλψη. Στο σύνολο των ατόμων της μελέτης, το 65,8% θεωρεί ότι δέχεται τον

ανάλογο γενικά σεβασμό από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχει το ασφαλιστικό. Δεν παρατηρούνται μεγάλες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες. Από τον εν λόγω πίνακα διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες, στο σύνολό τους, απολαμβάνουν μεγαλύτερου σεβασμού γενικά και ειδικά από τους διοικητικούς (74,3%) αλλά και κατά τη διάρκεια της εξέτασής τους (76,6%) σε σχέση με τους άνδρες όπου τα ποσοστά είναι 67,1% και 71,4% αντίστοιχα.

Πίνακας 5. Κατά φύλο κατανομή συχνοτήτων στις απαντήσεις των ατόμων του δείγματος σχετικά με τον σεβασμό με τον οποίο τους επέδειξαν οι επαγγελματίες υγείας και οι διοικητικοί των υπηρεσιών υγείας της ΔΕΗ

	Σύνολο ατόμων	Άνδρες	Γυναίκες
	117	70	47
Σεβασμός από τις υπηρεσίες υγείας στο ασφαλιστικό;			
Πάντα	77(65,8%)	46(65,7%)	31(66%)
Συνήθως	35(29,9%)	22(31,4%)	13(27,7%)
Κάποιες φορές	2(1,7%)	0(0%)	2(4,3%)
Ποτέ	3(2,6%)	2(2,9%)	1(2,0%)
Σεβασμός από τους διοικητικούς στο ασφαλιστικό;			
Πάντα	82(70,5%)	47(67,1%)	35(74,3%)
Συνήθως	31(26,1%)	21(30,0%)	10(21,3%)
Κάποιες φορές	3(2,6%)	1(1,4%)	2(4,4%)
Ποτέ	1(0,9%)	1(1,4%)	0
Σεβασμός στην εξέταση στο ασφαλιστικό;			
Πάντα	86(75,3%)	50(71,4%)	36(76,6%)
Συνήθως	24(20,5%)	15(21,4%)	9(19,1%)
Κάποιες φορές	4(3,4%)	4(5,7%)	0(0,0%)
Ποτέ	3(2,6%)	1(1,4%)	2(4,3%)

* Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%). Έγινε έλεγχος χ^2 .

Στον Πίνακα 6 καταγράφεται η άποψη των ασφαλισμένων όσον αφορά την κτιριακή υποδομή. Το θέμα της στάθμευσης των αυτοκινήτων αναδεικνύεται από τις απαντήσεις ως το μεγαλύτερο πρόβλημα με ποσοστό 53,8%, αφού στην πραγματικότητα δεν υπάρχει καμιά υποδομή για στάθμευση. Και τα δύο φύλα,

εκφράζονται για το εν λόγω πρόβλημα με υψηλά ποσοστά. Το δεύτερο στη σειρά πρόβλημα είναι, η χιλιομετρική απόσταση ανάμεσα στην οικία του εκάστοτε ασφαλισμένου με το κτίριο του ασφαλιστικού ταμείου με ποσοστό που φτάνει το 18,8% πρόβλημα και για τα δύο φύλα. Η ποιότητα του περιβάλλοντος θεωρείται καλή με ποσοστό 42,7% και πολύ καλή με ποσοστό 30,8% συνολικά και στα δύο φύλα. Το 18,8% τη θεωρεί μέτρια ενώ ένα ποσοστό 6,8% χαρακτηρίζει την ποιότητα του περιβάλλοντος κακή. Βασικά, δεν παρατηρούνται ουσιαστικές διαφορές όσον αφορά τα δύο φύλα. Η απάντηση που δόθηκε, όσον αφορά την κτιριακή υποδομή, είναι πλειοψηφικά καλή με ποσοστό 46,2% και δεν υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις ανάμεσα στα δύο φύλα. Το 23,9% θεωρεί πολύ καλή την κτιριακή υποδομή.

Πίνακας 6. Κατά φύλο κατανομή συχνοτήτων στις απαντήσεις των ατόμων του δείγματος σχετικά με τις απαντήσεις που αφορούν το κτιριακό περιβάλλον και τις ελλείψεις του συνολικά.			
	Σύνολο ατόμων	Άνδρες	Γυναίκες
	117	70	47
Ποιότητα περιβάλλοντος;			
Πολύ καλή	36(30,8%)	21(30,0%)	15(31,9%)
Καλή	50(42,7%)	30(42,8%)	20(42,6%)
Μέτρια	22(18,8%)	13(18,6%)	9(19,1%)
Κακή	8(6,8%)	6(8,6%)	2(4,3%)
Πολύ κακή	1(0,9)	0,0	1(2,1%)
Κτιριακή υποδομή του ασφαλιστικού;			
Πολύ καλή	28(23,9%)	16(22,9%)	12(25,5%)
Καλή	54(46,2%)	32(45,7%)	22(46,8%)
Μέτρια	26(22,2%)	14(20,0%)	12(25,5%)
Κακή	9(7,7%)	8(11,4%)	1(2,2%)
Πολύ κακή	0(0,0%)	0	0
Μεγαλύτερο πρόβλημα στο κτίριο του ασφαλιστικού;			
Απόσταση	22(18,8%)	9(12,9%)	13(27,7%)
Στάθμευση	63(53,8%)	37(52,9%)	26(55,3%)
Περιοχή	10(8,5%)	6(8,6%)	4(8,4%)
Κατάσταση κτιρίου	11(9,4%)	9(12,9%)	2(4,3%)
Ακατάλληλο για ανάπηρους	11(9,4%)	9 (12,9)	• 2(4,3%)

* Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%). Έγινε έλεγχος χ².

Στον Πίνακα 7, οι ασφαλισμένοι φαίνεται να θεωρούν ότι η μεγαλύτερη έλλειψη στις υπηρεσίες υγείας του ασφαλιστικού ταμείου έγκειται σε γιατρούς με ποσοστό 44,4% και αμέσως μετά, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 30,8%, απαντάει σε υποδομή ενώ το 17% σε εξειδικευμένες εξετάσεις. Το μεγαλύτερο ποσοστό 87,2%, απαντά ότι υπήρχε χρόνος για ερωτήσεις στις υπηρεσίες υγείας του ασφαλιστικού ταμείου. Το 87,2% στο σύνολο, απαντάει ότι δεν αντιμετωπίστηκε άσχημα από τα άτομα που εργάζονται σε αυτό, ενώ παράλληλα, το 93,2% δεν είχε άσχημη αντιμετώπιση λόγω της ασθένειά του.

Πίνακας 7. Κατά φύλο κατανομή συχνοτήτων στις απαντήσεις των ατόμων όσον αφορά τις ελλείψεις του ασφαλιστικού και την αντιμετώπισή τους.			
	Σύνολο ατόμων	Άνδρες	Γυναίκες
	117	70	47
Μεγαλύτερη έλλειψη του ασφαλιστικού ;			
Γιατρούς	52(44,4%)	33(47,1%)	19(40,4%)
Νοσηλευτές	7(6,0%)	4(5,7%)	3(6,4%)
Φάρμακα	2(1,7%)	2(29,3%)	0(0,0%)
Εξειδ.εξετάσεις	20(17,1%)	10(14,3%)	10(21,3%)
Υποδομή	17(30,8%)	21(30,0%)	15(31,9%)
Υπήρχε χρόνος για ερωτήσεις στο ασφαλιστικό;			
ΝΑΙ:	102(87,2%)	60(85,7%)	42 (89%)
ΟΧΙ:	15(12,8%)	10 (14,3)	5 (11%)
Άσχημη αντιμετώπιση λόγω ασθένειας;			
ΟΧΙ:	109(93,2%)	66(94,3%)	43 (91,5%)
ΝΑΙ:	8(6,8%)	4 (5,7)	4 (8,5%)

* Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%).Έγινε έλεγχος χ^2 . * p-value <0.05

Στον πίνακα 8 καταγράφεται ο χρόνος αναμονής των ασφαλισμένων και η χιλιομετρική απόσταση των υπηρεσιών από τον τόπο κατοικίας τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 33,3% στο σύνολο, εξυπηρετήθηκε άμεσα με μέσο χρόνο αναμονής τα 15 λεπτά. Εδώ παρατηρείται μια απόκλιση ανάμεσα στα δύο φύλα, στατιστικά σημαντική, καθώς οι γυναίκες με ποσοστό 36,2% δήλωσαν μικρότερο χρόνο αναμονής (10 λεπτά) από αυτόν των ανδρών που, με ποσοστό 37,9% στο σύνολό τους, δήλωσαν τα 15 λεπτά. Η χιλιομετρική απόσταση ανάμεσα στις οικίες των ασφαλισμένων με το ασφαλιστικό ταμείο είναι καθοριστική όσον αφορά την

ικανοποίηση τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό 44,4% στο σύνολο, ανδρών και γυναικών, δήλωσε ότι η απόσταση που διανύει από το σπίτι προς το ασφαλιστικό ταμείο είναι 3-5 χιλιόμετρα.

Πίνακας 8. Κατά φύλο κατανομή συχνοτήτων στις απαντήσεις των ατόμων όσον αφορά το χρόνο αναμονής και τη χιλιομετρική απόσταση των υπηρεσιών υγείας.

	Σύνολο ατόμων	Άνδρες	Γυναίκες
	117	70	47
Χρόνος αναμονής στο ασφαλιστικό;			
10λεπτά	38(32,5%)	21(30,0%)	17(36,2%)
15 λεπτά	39(33,3%)	26(37,9%)	13(27,7%)
20 λεπτά	19(16,2%)	13(18,6%)	6(12,8%)
30 λεπτά	13(11,1%)	6(8,6%)	7(14,9%)
>30 λεπτά	8(6,9%)	4(5,7)	3(6,4%)
Απόσταση του ασφαλιστικού;			
1-2 χιλιόμετρα	29(24,8%)	16(22,9%)	13(27,7%)
3-5 χιλιόμετρα	52(44,4%)	32(45,7%)	20(42,6%)
5-10 χιλιόμετρα	12(10,3%)	8(11,4%)	4(8,5%)
> 10 χιλιόμετρα	5(4,3%)	3(4,3%)	2(4,2%)
>20 χιλιόμετρα	19(16,2%)	11 (15,7)	8(17%)

* Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%). Έγινε έλεγχος χ^2 . * p-value <0.05

Στον Πίνακα 9, φαίνεται ότι το 53%, του συνόλου των ατόμων του δείγματος, δήλωσε ότι η εξήγηση που τους δίδεται όσον αφορά την ασθένειά τους είναι πάντα κατανοητή (και ακολουθούν, με 33,3%, αυτοί που δήλωσαν ότι συνήθως κατανοούν την εξήγηση που τους δίνεται σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Το παραπάνω εύρημα είναι συνυφασμένο και με την επικοινωνία των ασφαλισμένων με τους υγειονομικούς καθώς σε ποσοστό 47% είναι πολύ καλή και 39,3% καλή. Με τις γυναίκες, φαίνεται να υπάρχει πολύ καλή επικοινωνία σε ποσοστό που αγγίζει το 57,4%. Οι ασφαλισμένοι συμμετέχουν στις αποφάσεις όσον αφορά τη θεραπεία σε ποσοστό 47% και η ύπαρξη εμπιστευτικότητας φτάνει, στο σύνολο, το 69,2% με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό εμπιστευτικότητας που ανέρχεται στο 78,7%.

Πίνακας 9. Κατά φύλο κατανομή συχνοτήτων στις απαντήσεις των ατόμων όσον αφορά στο κατά πόσο δόθηκε μια κατανοητή εξήγηση για την ασθένειά τους, την επικοινωνία με τους υγειονομικούς, τις αποφάσεις για τη θεραπεία τους και την ύπαρξη εμπιστευτικότητας.

	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες
	117	70	47
Πόσο συχνά οι υγειονομικοί σας εξήγησαν τα πράγματα με τρόπο που ήταν κατανοητός;			
Πάντα	62(53%)	40(57,1%)	22(46,8%)
Συνήθως	39(33,3%)	20(28,6%)	19(40,4%)
Κάποιες φορές	15(12,8%)	9(12,9%)	6(12,8%)
Ποτέ	1(0,9%)	1(1,4%)	0(0,0%)
Επικοινωνία με υγειονομικούς;			
Πολύ καλή	55(47%)	28(40%)	27(57,4%)
Καλή	46(39,3%)	33(47,1%)	13(27,7%)
Μέτρια	12(10,3%)	7(10,0%)	5(10,6%)
Κακή	4(3,4%)	2(2,9%)	2(4,3%)
Πολύ κακή	0	0	0
Αποφάσεις στη θεραπεία;			
Πολύ καλή	34(29,1%)	20(28,6,1%)	14(29,8%)
Καλή	55(47,0%)	30(42,9%)	25(53,2%)
Μέτρια	23(19,7%)	18(25,7%)	5(10,6%)
Κακή	5(4,3%)	2(2,9%)	3(6,4%)
Πολύ κακή	0	0	0
Εμπιστευτικότητα;			
Πολύ καλή	81(69,2%)	44(62,9%)	37(78,7%)
Καλή	29(24,8%)	21(30,0%)	8(17,0%)
Μέτρια	5(4,3%)	3(4,3%)	2(4,3%)
Κακή	2(1,7%)	2(2,9%)	0
Πολύ κακή	0	0	0

* Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%). Έγινε έλεγχος χ^2 . * p-value <0.05

Στον Πίνακα 10 φαίνεται ότι το 61,5% των ατόμων του δείγματος, χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας του ταμείου της ΔΕΗ περισσότερο από 20 χρόνια και αμέσως μετά, με ποσοστό 25,6% κάνει χρήση των υπηρεσιών για πάνω από 10 χρόνια. Το μεγαλύτερο ποσοστό (49,6%), θεωρεί ότι το ταμείο καλύπτει τα έξοδά του κατά 75%, ενώ το 22,2% κατά το ήμισυ. Ο κυριότερος λόγος επίσκεψης, φαίνεται

να είναι η είσπραξη χρημάτων με ποσοστό που αγγίζει το 69,2%, ενώ ο αμέσως επόμενος λόγος, σε ποσοστό 25,6%, είναι η συνταγογράφηση.

Πίνακας 10. Κατά φύλο κατανομή συχνοτήτων στις απαντήσεις των ατόμων όσο αφορά το χρόνο ασφάλισής τους στο ταμείο, το ποσοστό κάλυψης των εξόδων τους και τους λόγους επίσκεψης στο ασφαλιστικό.			
	Σύνολο ατόμων	Άνδρες	Γυναίκες
	117	70	47
Χρόνος ασφάλισης στο ασφαλιστικό ;			
1 χρόνο	1(0,9%)	0	1(2,1%)
2-5 χρόνια	7(6,0%)	3(4,3%)	4(8,5%)
5-10 χρόνια	7(6,0%)	4(5,7%)	3(6,4%)
> 10 χρόνια	30(25,6%)	18(25,7%)	12(25,5%)
> 20 χρόνια	72(61,5%)	45(64,3%)	27(57,4%)
Σε τι χρηματικό ποσοστό πιστεύετε ότι καλύπτει τα έξοδα;			
100%	12(10,3%)	8(11,4%)	4(8,5%)
75%	58(49,6%)	32(45,7%)	26(55,3%)
50%	26(22,2%)	15(21,4%)	11(23,4%)
30%	13(11,1%)	12(17,1%)	1(2,1%)
20%	8(6,9%)	3(4,3)	5(10,6%)
Κυριότερος λόγος επίσκεψης στο ασφαλιστικό;			
είσπραξη	81(69,2%)	46(65,7%)	35(74,5%)
συνταγογράφηση	30(25,6%)	20(28,6%)	10(21,3%)
αναρρωτικές άδειες	2(1,7%)	2(2,9%)	0(0,0%)
χαρτιά-επιτροπή	4(3,4%)	2(2,9%)	2(4,2%)

* Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%). Έγινε έλεγχος χ^2 .

Στον Πίνακα 11, παρουσιάζεται, το 47% των ατόμων του δείγματος, πολύ ικανοποιημένο από τις προληπτικές εξετάσεις που παρέχονται από τον ασφαλιστικό τους οργανισμό και αμέσως μετά, με ποσοστό 37,6%, λιγότερο ικανοποιημένο. Το 50,4% στο σύνολο των ερωτηθέντων αξιολογεί τις υπηρεσίες, που προσφέρει το ασφαλιστικό, καλές και το 29,1% πολύ καλές. Στις γυναίκες, όσον αφορά την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, τα ποσοστά είναι ίδια. Το 40,4% των γυναικών

τις θεωρεί πολύ καλές και καλές αντίστοιχα. Στους άνδρες η διαφορά είναι μεγάλη, το 57,1% αξιολογεί τις υπηρεσίες καλές ενώ το 21,4% πολύ καλές. Αντίστοιχη διαφορά εμφανίζεται και στο ποσοστό ικανοποίησης των ασφαλισμένων από το ασφαλιστικό τους ταμείο. Το 51,3% στο σύνολο, δηλώνει καλά ικανοποιημένο ενώ το 37,6% πολύ καλά. Στις γυναίκες τα ποσοστά είναι παρόμοια, με το 46,8% να δηλώνει καλά ικανοποιημένο και το 40,4% πολύ καλά.

Πίνακας 11. Κατά φύλο κατανομή συχνοτήτων στις απαντήσεις των ατόμων όσο αφορά το χρόνο ασφάλισής τους στο ταμείο την ικανοποίησή τους από το ασφαλιστικό ταμείο συνολικά.

	Σύνολο ατόμων	Άνδρες	Γυναίκες
	117	70	47
Ικανοποίηση προληπτικών εξετάσεων από το ασφαλιστικό;			
Πολύ καλή	55(47%)	34(48,6%)	21(44,7%)
Καλή	44(37,6%)	28(40,0%)	16(34%)
Μέτρια	16(13,7%)	7(10,0%)	9(19,1%)
Κακή	2(1,7%)	1(1,4%)	1(2,1%)
Πολύ κακή	0	0	0
Αξιολόγηση των υπηρεσιών του ασφαλιστικού ;			
Πολύ καλή	34(29,1%)	15(21,4%)	19(40,4%)
Καλή	59(50,4%)	40(57,1%)	19(40,4%)
Μέτρια	19(16,2%)	12(17,1%)	7(14,9%)
Κακή	1(0,9%)	1(1,4%)	0(0%)
Πολύ κακή	4(3,4%)	2(2,5%)	2(4,3%)
Ικανοποίηση από το ασφαλιστικό;			
Πολύ καλή	44(37,6%)	25(35,7%)	19(40,4%)
Καλή	60(51,3%)	38(54,3%)	22(46,8%)
Μέτρια	8(6,8%)	4(5,7%)	4(8,5%)
Κακή	1(0,9%)	1(1,4%)	0
Πολύ κακή	4(3,4%)	2(2,9%)	2(4,3%)

* Οι τιμές δίνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά (%). Έγινε έλεγχος χ^2 . * p-value <0.05

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

6.1 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από το ασφαλιστικό ταμείο της ΔΕΗ. Έρευνες, όσον αφορά την ικανοποίηση από τα ασφαλιστικά ταμεία, έχουν διεξαχθεί ελάχιστα στη χώρα μας. Μια προσπάθεια έγινε από τους Τούντας Γ και συν (2003) σε τέσσερα ΙΚΑ της Αττικής όσον αφορά τις παροχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Την τελευταία δεκαετία, το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά (Crow R et al.,2003), γεγονός που πιστοποιείται από πληθώρα μελετών, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε συστήματα υγείας όπως της Βρετανίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Στην Ελλάδα, ωστόσο, η ερευνητική δραστηριότητα γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης είναι περιορισμένη (Τούντας και συν.,2003, Κυριόπουλος και συν.,1990).

Στην παρούσα μελέτη (Πίνακας 1,2,3), το ποσοστό των ανδρών που συμπλήρωσε ερωτηματολόγια είναι 59,8% και των γυναικών 40,2% με μέση τιμή ηλικίας τα 50 έτη και τυπική απόκλιση $\pm 14,1$. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις μονάδες υγείας του ΙΚΑ Αττικής (Τούντας Γ και συν.,2003) το 36% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες και το 64% γυναίκες. Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κέντρο ψυχικής υγείας στη Βόρεια Ελλάδα (Καμπάντα και συν.,2004) σε δείγμα 250 ατόμων το 70,8% αποτελούταν από γυναίκες και το 29,2% από άνδρες. Το 58,8% ήταν ηλικίας έως 44 ετών, το 33,4% μεταξύ 45-64 και μόλις το 2,8% ήταν άνω των 65 ετών. Συνήθως, στις περισσότερες έρευνες ανταποκρίνονται περισσότερο οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, και αυτό συμβαίνει γιατί, η κατηγορία των γυναικών αφιερώνει περισσότερο χρόνο. Στην παρούσα μελέτη, το γεγονός αυτό μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογικό, καθώς οι περισσότεροι εργαζόμενοι και συνταξιούχοι της ΔΕΗ είναι άνδρες λόγω της φύσης της εργασίας τους. Ο μέσος όρος ηλικίας στην παρούσα μελέτη εμφανίζεται μικρότερος από ότι στη μελέτη του ΙΚΑ, που είναι πάνω από 60 ετών. Στην παρούσα μελέτη, όσον αφορά την εκπαίδευση, το μεγαλύτερο ποσοστό, 68%, δήλωσε απόφοιτο μέσης εκπαίδευσης, το 26% ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης και μόνο το 9,5% δήλωσε απόφοιτο δημοτικού. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 78,6% δήλωσε παντρεμένο, το 16,2% χωρίς συζυγικές υποχρεώσεις και ένα μικρό ποσοστό 2,6%, βρίσκεται χωρισμένο ή σε κατάσταση χηρείας.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις μονάδες υγείας του ΙΚΑ Αττικής (Τούντας Γ και συν.,2003), οι περισσότεροι ασφαλισμένοι, με ποσοστό 38,2%, ήταν απόφοιτοι λυκείου ή τεχνικής σχολής, το 28,5% απόφοιτοι δημοτικού, το 13,8% απόφοιτοι γυμνασίου, το 18,3% απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ και ένα ποσοστό 6,5% αναλφάβητοι. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, οι ασφαλισμένοι με ποσοστό 74,4% δήλωσαν παντρεμένοι, με 15,2% ελεύθεροι, 8,7% χήροι /ες και 1% χωρισμένοι /ες. Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κέντρο ψυχικής υγείας στη Βόρεια Ελλάδα (Καμπάντα και συν., 2004), απόφοιτοι στοιχειώδους εκπαίδευσης ήταν το 34,4%, της μέσης το 48% και της Τριτοβάθμιας το 17,6% του συνόλου του δείγματος. Το 68% ήταν έγγαμοι, το 24,8% άγαμοι και το 7,2% διαζευγμένοι ή χήροι. Όσον αφορά την εκπαίδευση, παρατηρείται ότι οι ασφαλισμένοι της ΔΕΗ παρουσιάζουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο από τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ και αυτών στο κέντρο ψυχικής υγείας και αυτό μπορεί να έχει αντίκτυπο στο βαθμό ικανοποίησης τους καθώς οι απαιτήσεις των ατόμων με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι μεγαλύτερες.

Ο μέσος όρος μηνιαίου εισοδήματος των ασφαλισμένων της ΔΕΗ (Πίνακας 3) είναι 1600-2000 €, ποσό αρκετά υψηλό. Η ικανοποίηση από το εισόδημα προβλεπόταν από την βιβλιογραφία να σχετίζεται θετικά με την υγεία (Eriksson et al.,2001). Ανάλογα, τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη (Khayat k et al., 1994, Zahr LK et al.,1991). Το 53,8% των ασφαλισμένων της ΔΕΗ δεν εργάζονται και ο λόγος είναι κυρίως η συνταξιοδότηση, σε ποσοστό 26,5%. Ένα ποσοστό 17,9% είναι γυναίκες, σύζυγοι των ασφαλισμένων που ασχολούνται με τα οικιακά, ενώ ένα μικρό ποσοστό που φτάνει το 9,4% είναι φοιτητές. Το υπόλοιπο 46,2% των ερωτηθέντων εργάζεται και ο μέσος όρος σε χρόνια εργασίας είναι 18-20 με τυπική απόκλιση $\pm 1,8$. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων της ΔΕΗ (88,0%) δεν έχει κάποια ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το 11,1% έχει παράλληλα κάποια ιδιωτική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση, συμμετέχει σε μικρό ποσοστό, αν και ολοένα αυξάνεται. Τα ιδιωτικά προγράμματα που υπόσχονται να συμπληρώσουν τις συντάξιμες αποδοχές ή να καλύψουν ιατρικά έξοδα και νοσήλια, που θεωρούνται "πολυτέλεια" για τα δημόσια ταμεία, είναι ιδιαίτερα περιορισμένα και δεν ξεπερνούν το 16,6%. Το ανώτερο συμπέρασμα διεξήχθη σύμφωνα με έρευνα που διενήργησε η TNS ICAP από 18.1.2007 έως 9.2.2007 για λογαριασμό της Ένωσης Ασφαλιστικών

Εταιρειών Ελλάδος, στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και τα μεγάλα αστικά κέντρα, με περίπου 800 προσωπικές συνεντεύξεις σε άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 25 έως 60 ετών. Το προφίλ των κατόχων ασφαλιστικών προγραμμάτων:

Είναι κυρίως άνδρες (56%)

Είναι κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας (45% πάνω από 45 ετών)

Είναι κυρίως παντρεμένοι (76%)

Είναι κυρίως απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης (45%)

Είναι κυρίως κάτοικοι Αθήνας και Θεσσαλονίκης

Ανήκουν κυρίως σε υψηλότερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις

Σύμφωνα με τα παραπάνω, στην παρούσα έρευνα το ποσοστό της ιδιωτικής ασφάλισης παρουσιάζεται χαμηλό (> 16%) και πολλά από τα παραπάνω χαρακτηριστικά αντικατοπτρίζονται και στο δείγμα της εν λόγω μελέτης.

Στον Πίνακα 4 οι ασφαλισμένοι ρωτήθηκαν για το πώς θεωρούν την υγείας τους βάση μιας κλίμακας με πέντε στάδια, από πολύ καλή έως πολύ κακή. Το μεγαλύτερο ποσοστό 48,7%, θεωρεί την υγεία του καλή, το 24,8% πολύ καλή και το 23,9% μέτρια. Από αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ΙΚΑ της Αττικής, οι ασφαλισμένοι δήλωσαν ότι έχουν καλή υγεία σε ποσοστό 51,2 %, μέτρια σε ποσοστό 36,7 % και μόνο το 10,4 % θεωρεί την υγεία του κακή (Τούντας Γ και συν., 2003). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση ότι ένα υψηλό ποσοστό δηλώνει καλή υγεία, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό πιστεύει ότι έχει κακή υγεία. Ως γνωστόν, το επίπεδο υγείας του Ελληνικού πληθυσμού είναι διεθνώς το υψηλότερο. Από αντίστοιχες μελέτες στο γενικό πληθυσμό διαπιστώθηκε ότι το 89% των ανδρών και το 60% των γυναικών θεωρούν την υγεία τους καλή ενώ σε πληθυσμό εργαζομένων σε νοσοκομεία του λεκανοπεδίου, το 11,3% θεωρούσε την υγεία του εξαιρετική, το 47% πολύ καλή, το 28% καλή, το 10,8% μέτρια και το 2,2% κακή (Tountas et al., 2001). Σε πρόσφατη έρευνα σε 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με κοινή μεθοδολογία και κοινή διατύπωση ερωτήσεων, το 53% των Δανών αξιολόγησαν την υγεία τους ως πολύ καλή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των Πορτογάλων ήταν μόλις 8% (Eurostat, 1997).

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν πολυάριθμες έρευνες, οι οποίες υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου υγείας και της ικανοποίησης, εξακολουθεί να παραμένει δυσνόητο το γεγονός ότι οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο υγείας είναι λιγότερο ικανοποιημένοι. Επιπλέον, δεν είναι ξεκάθαρη και η αιτία στην οποία οφείλεται η συγκεκριμένη σχέση. Μία λογική εξήγηση είναι ότι η δυσαρέσκεια έχει

αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η ικανοποίηση, που προέρχεται από συγκεκριμένη ιατρική /νοσηλευτική φροντίδα, έχει επιπτώσεις στην ψυχική ή σωματική υγεία του ασθενούς (Hendrikset al., 2002).

Από την άλλη πλευρά, πολλοί είναι και οι ερευνητές, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το επίπεδο υγείας είναι ένας βασικός παράγοντας που εξασφαλίζει την ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα που τους παρέχεται. Ως αποτέλεσμα αυτού έχουν προταθεί δύο υποθέσεις με σκοπό να ερμηνεύσουν την αρνητική επίδραση που ασκεί το χαμηλό επίπεδο υγείας στην ικανοποίηση. Σύμφωνα με την πρώτη υπόθεση, το χαμηλό επίπεδο υγείας μπορεί να μειώσει την ικανοποίηση, με την έννοια ότι η δυσαρέσκεια μπορεί να συσχετιστεί με τους παρέχοντες ιατρικής /νοσηλευτικής φροντίδας, όπως και με άλλους τομείς της ανθρώπινης ζωής. Οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν ακόμα ότι η θετική σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και του επιπέδου υγείας, είναι πιθανό να αντιπροσωπεύει μια τάση των υγιέστερων ασθενών που δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ιατρική /νοσηλευτική φροντίδα, παρά μια τάση των ασθενών που βελτιώνονται από αυτή. Η δεύτερη υπόθεση, η οποία καλείται και «υπόθεση της ιατρικής παρέμβασης», αναφέρει ότι οι ιατροί συμπεριφέρονται με έναν ιδιαίτερο τρόπο στους λιγότερο υγιείς ασθενείς, ώστε η ικανοποίηση των τελευταίων να είναι χαμηλότερη. Μία εξήγηση αυτής της υπόθεσης αποτελεί το γεγονός ότι οι ασθενείς αισθάνονται σωματικά και ψυχολογικά «ανικανοποίητοι», από τη στιγμή που το επίπεδο υγείας τους είναι χαμηλό, επιπλέον, είναι πιο ευέξαπτοι και λιγότερο συνεργάσιμοι ή μπορεί να συμπεριφέρονται σπασμωδικά και με το αίσθημα ότι αδικούνται. Γι' αυτό το λόγο, οι γιατροί θεωρούν δύσκολες τέτοιες περιπτώσεις ασθενών, ειδικά αν η διάγνωση ή η θεραπεία τους δεν βελτιώνει την κατάσταση τους. Επίσης, ορισμένοι γιατροί μπορεί να είναι προκατειλημμένοι εξ αρχής απέναντι σε συγκεκριμένους ασθενείς, όπως οι χρήστες ναρκωτικών (Susman J.,1994).

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ελάχιστα άρθρα, τα οποία αναφέρονται στη σχέση μεταξύ του επιπέδου υγείας και της ικανοποίησης. Επίσης, οι δύο αυτές παράμετροι δεν θεωρούνται ένα ενιαίο σύνολο, αλλά μια πολυδιάστατη προσέγγιση. Συνεπώς, η προσέγγιση αυτή είναι σημαντική από τη στιγμή που η ικανοποίηση του ασθενή για διάφορα είδη ιατρικής /νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το επίπεδο της υγείας του (ψυχικό ή σωματικό). Από την άλλη πλευρά η συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών παραμέτρων μπορεί να προσδιοριστεί καλύτερα αν ληφθούν

υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία. Η γνώση αυτών των παραγόντων θα βοηθούσε στον καλύτερο προσδιορισμό της επίδρασης που έχει το επίπεδο υγείας πάνω στην ικανοποίηση των ασθενών.

Μεγάλη σημασία δίνεται και στη συχνότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους. Σε σχέση με το φύλο, οι γυναίκες φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Υγείας (Bertakis KD et al., 2004). Αν και η νοσηρότητα των γυναικών είναι μεγαλύτερη από αυτή των αντρών, το γεγονός ότι παρουσιάζουν μικρότερη θνησιμότητα από τους άντρες οφείλεται σε μεγάλο ποσοστό στο ότι μετατρέπουν ευκολότερα από τους άντρες τις ανάγκες τους σε χρησιμοποίηση (Τριχόπουλος Δ, 1982). Στην παρούσα έρευνα (Πίνακας 4), το σύνολο των ασφαλισμένων που υποβλήθηκε σε εργαστηριακές εξετάσεις τους τελευταίους δώδεκα μήνες αγγίζει σε ποσοστό το 85,5%. Συγκριτικά με το φύλο, οι γυναίκες, σε ποσοστό 89%, έκαναν περισσότερες εργαστηριακές εξετάσεις τους τελευταίους δώδεκα μήνες σε σχέση με τους άνδρες που έφτασαν σε ποσοστό το 82,9% (p -value $<0,05$), διαφορά στατιστικά σημαντική. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, συχνοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας τείνουν να μην είναι ικανοποιημένοι από το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Fitzpatrick, 1990).

Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να εξεταστεί, είναι ο σεβασμός των ασθενών-ασφαλισμένων (πίνακας 5) που τους υποδεικνύεται γενικά από τις υπηρεσίες υγείας, η κατανόηση τους από τους διοικητικούς, νοσηλευτικό προσωπικό και γιατρούς, ο τρόπος που επικοινωνούν με το προσωπικό και ο αντίστοιχος σεβασμός που τους δίδεται. Η σχέση ιατρού-ασθενούς, είτε αφορά στην ενημέρωση για την πορεία της νόσου είτε την μετα-νοσοκομειακή φροντίδα του ασθενούς, έχει αναδειχθεί ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την τελική ικανοποίηση του χρήστη (Snell J, 1996). Σύμφωνα άλλωστε με τους Steven και Dougla (1988), η επικοινωνία ασθενούς-ιατρού και η πληροφόρηση για την ασθένεια αποτελούν εξίσου σημαντικούς παράγοντες καθορισμού της ικανοποίησης, όσο και η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Δεδομένου ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στην ενημέρωση και εξέταση του ασθενούς, αυξάνεται παράλληλα και η ικανοποίηση του τελευταίου, κρίνεται σκόπιμο να αναπτύσσονται πολιτικές που στοχεύουν στην αναλυτική ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειας και την αντιμετώπισή της. Στην παρούσα μελέτη (Πίνακας 4) οι ασφαλισμένοι στο σύνολό τους αξιολόγησαν πολύ

καλά την προσοχή που δέχτηκαν από το ασφαλιστικό τους με ποσοστό 47% και καλά με ποσοστό 38,5%. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 65,8% (Πίνακας 5), δεχόταν πάντα σεβασμό από τις υπηρεσίες υγείας και αμέσως μετά το 29,9% συνήθως. Στο ασφαλιστικό ταμείο της ΔΕΗ, τα ποσοστά σεβασμού από τους διοικητικούς υπαλλήλους είναι πολύ υψηλά, 70,5%, και ο σεβασμός που δέχονταν πάντα οι ασφαλισμένοι, όσον αφορά τη σωματική τους εξέταση, ξεπερνά σε ποσοστό το 70% στο σύνολο (75,3%). Το 93,2% δεν αντιμετωπίστηκε άσχημα λόγω της ασθένειας του από το ασφαλιστικό (Πίνακας 7) ενώ το 87,2% απάντησε ότι υπήρχε χρόνος για ερωτήσεις στο ασφαλιστικό ταμείο. Η επικοινωνία με τους υγειονομικούς είναι πολύ καλή σε ποσοστό 47% και καλή σε ποσοστό 39,3% (Πίνακας 9). Στο 53% των ερωτηθέντων δίδεται πάντα κατανοητή εξήγηση όσον αφορά την ασθένεια τους και στο 33,3% συνήθως. Όσον αφορά τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις για τη θεραπεία τους, το 47% δηλώνει ότι είναι καλή και το 29,1% πολύ καλή. Η εμπιστευτικότητα στις γυναίκες εμφανίζεται σε πολύ μεγάλο ποσοστό 78,7% πολύ καλή και υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (p -value $<0,05$) σε σχέση με το ποσοστό των ανδρών που κυμαίνεται στο 62,9%. Και στις δύο περιπτώσεις το ποσοστό είναι πολύ υψηλό.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής (Παπαγιαννοπούλου Β και συν.,2008) το 45,2% των συνοδών έμεινε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από την ενημέρωση που τους παρείχε το νοσοκομείο. Το 54,3% του ποσοστού, εμφανίστηκε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από την ευγένεια του προσωπικού, ενώ μόλις το 2,1% είχε παράπονα από τη γενικότερη συμπεριφορά του. Οι ιατρικές υπηρεσίες βαθμολογήθηκαν κατά μέσον όρο με 3,6, ενώ οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με 3,4. Επίσης, το 33,4% των συνοδών δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ευγένεια, το 32,8% από την κατανόηση και το 32,1% από την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης, καθώς η πλειοψηφία των συνοδών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο δήλωσαν απλώς ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες διοικητικές υπηρεσίες στις διαστάσεις της εξυπηρέτησης (211 στους 586, 36%), της ευγένειας (199 στους 583, 34,1%) και της κατανόησης (199 στους 583, 34,1%). Το προσωπικό του νοσοκομείου αξιολογείται με αρκετά υψηλό βαθμό από τους χρήστες των υπηρεσιών, γεγονός που τελικά συμβάλλει στη βελτίωση της συνολικής εικόνας του νοσοκομείου.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Πολύζος και συν (2005) σε δύο νοσοκομεία της Αττικής, το ένα εξειδικευμένο και το άλλο δημόσιο νοσοκομείο, η

πλειοψηφία των ασθενών φαίνεται να είναι ικανοποιημένη από την συνολική αξιολόγηση επικοινωνίας με το διοικητικό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, με ποσοστό 41 %. Η αξιολόγηση αυτή αφορούσε την λήψη απαιτούμενης προσοχής (καλή 48 %), τον σεβασμό από το ιατρονοσηλευτικό-διοικητικό προσωπικό (συνήθως 46 %), το κατά πόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τους άκουσε προσεκτικά (συνήθως 44 %), το πόσο κατανοητά τους εξήγησαν την κατάσταση που αφορούσε την υγεία τους (πάντα 42 %), καθώς και πόσο γρήγορα λάμβαναν την προσοχή του προσωπικού όταν την αναζητούσαν (συνήθως 48 %). Επίσης, φαίνεται να μην υπήρχαν ιδιαίτερες διακρίσεις από το προσωπικό λόγω διαφορετικής κοινωνικής τάξης, υπηκοότητας, θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων, γλώσσας, χρώματος και φύλου, με μέσο όρο 90 %. Τέλος, ικανοποιημένοι φαίνεται να ήταν και από την συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων (καλή 40 %), καθώς και από την εμπιστευτικότητα (πολύ καλή 66 %).

Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δύο νοσοκομεία της Αττικής (εξειδικευμένο και δημόσιο), η επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό αξιολογήθηκε από άριστη έως πολύ καλή με ποσοστό 80 % (κατανοητές και επαρκείς ιατρικές οδηγίες, προθυμία και κατανόηση) και με το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογήθηκε ως 83 % (κατανόηση, προθυμία, ενημέρωση για τις νοσηλευτικές πράξεις). Όσον αφορά την επικοινωνία με το διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων αυτών, το 82 % την αξιολόγησε από άριστη έως πολύ καλή (Πολύζος Ν και συν., 2004).

Στην παρούσα έρευνα (Πίνακας 7), στην ερώτηση που αφορά την μεγαλύτερη έλλειψη του ασφαλιστικού ταμείου, οι ασφαλισμένοι απάντησαν σε ποσοστό 44,4% στο σύνολο, ότι παρουσιάζεται σε γιατρούς, το 30,8% σε υποδομή και το 17,1% σε εξειδικευμένες εξετάσεις. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων (44,4%) διανύει 3-5 χιλιόμετρα απόσταση για να φθάσει στο ασφαλιστικό και το 24,8% 1-2 χιλιόμετρα, απόσταση που θεωρείται φυσιολογική ακόμα και μικρή εφόσον η πρόσβαση είναι γρήγορη για τα δεδομένα του Ηρακλείου Κρήτης, που αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες πόλεις της Ελλάδος. Ο χρόνος αναμονής στο ασφαλιστικό είναι κατά μέσο όρο 10-15 λεπτά (σε ποσοστό 65,8%) και μόνο ένα μικρό ποσοστό 6,9% απάντησε ότι είναι > 30 λεπτά. Η ποιότητα του περιβάλλοντος θεωρείται καλή (Πίνακας 6) σε ποσοστό 42,7%, πολύ καλή σε ποσοστό 30,8% και μέτρια σε ποσοστό 18,8%. Τα παραπάνω ποσοστά συμβαδίζουν και με την άποψή τους για την κτιριακή υποδομή καθώς το 46,2% τη θεωρεί καλή, το 23,9% πολύ καλή και το 23,9% μέτρια. Υπάρχει και ένα ποσοστό που φτάνει το 7,7%, το οποίο τη θεωρεί

κακή. Το μεγαλύτερο πρόβλημα όσον αφορά το κτίριο του ασφαλιστικού (κλειστή ερώτηση) είναι ο χώρος στάθμευσης σε ποσοστό 53,8% και αμέσως μετά ακολουθεί η χιλιομετρική απόσταση στο 18,8% του συνόλου των ερωτηθέντων. Αν λάβει κανείς υπόψη του ότι το 69,2% των ερωτηθέντων απάντησε ότι διανύει από 1 έως 5 χιλιόμετρα για να φθάσει στο ασφαλιστικό, η απόσταση δεν θα έπρεπε να βρίσκεται σε τόσο μεγάλο ποσοστό. Η συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί να εξηγηθεί με το γεγονός ότι η περιοχή, που βρίσκεται το εν λόγω κτίριο, δεν έχει άμεση πρόσβαση σε συγκοινωνία και επομένως ο παραπάνω λόγος ίσως να αναφέρεται σαν δεύτερο μεγαλύτερο πρόβλημα όσον αφορά τη κτιριακή υποδομή.

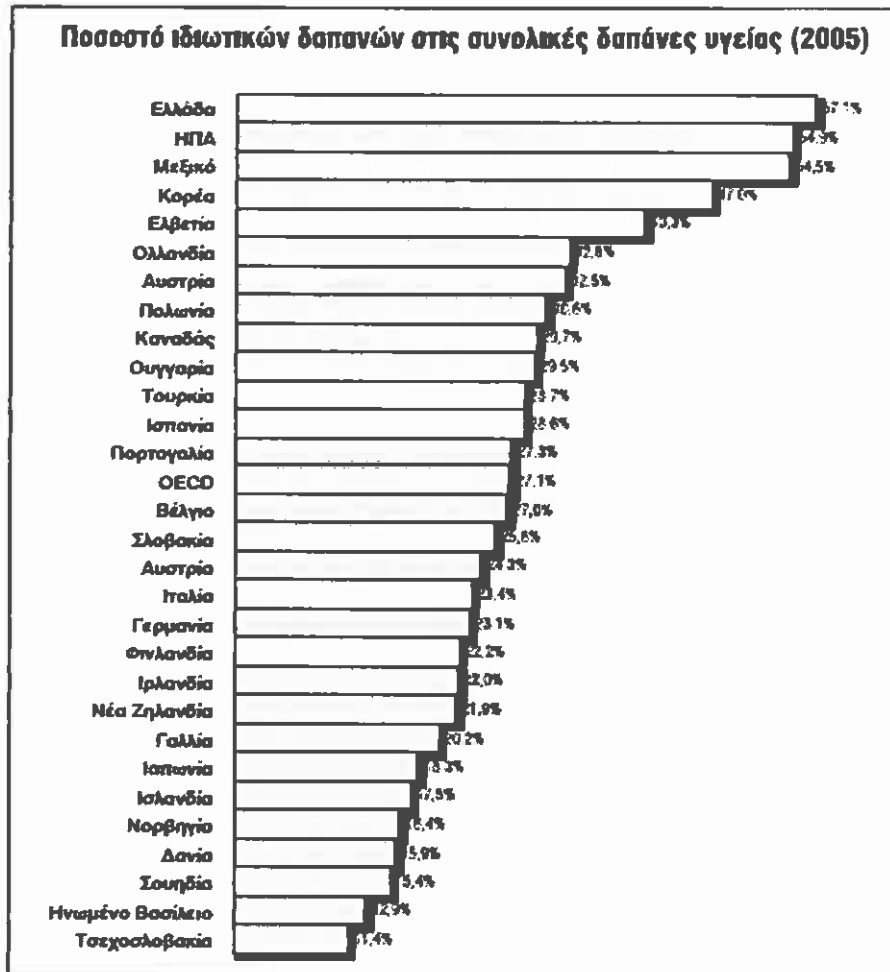
Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής (Παπαγιαννοπούλου Β και συν.,2008) αναφορικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης, η πλειοψηφία των συνοδών έμεινε πολύ ικανοποιημένη (218 συνοδοί, 32%), ενώ ένα ποσοστό 17% δήλωσε απόλυτα ικανοποιημένο. Αθροιστικά, το 49% των συνοδών έμεινε πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα διαδικασιών εισαγωγής. Σημείο προβληματισμού αποτελεί ο μεγάλος αριθμός των συνοδών –150 συνολικά σε 700 άτομα– που δεν έμεινε καθόλου ή σχεδόν καθόλου ικανοποιημένο από την ταχύτητα εισαγωγής. Το 8% υπέδειξε ως αδυναμία του νοσοκομείου τον ελλιπή χώρο στάθμευσης, ενώ το 12,2% θα επιθυμούσε τη μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών (6,6%), αλλά και την αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου (5,6%). Τέλος, ποσοστό 5,2% του ερωτηθέντος δείγματος δήλωσε την αναγκαιότητα παροχής σε παιδιά ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι συνοδοί βαθμολόγησαν κατά μέσον όρο τις υποδομές του νοσοκομείου με 2,4, (κλίμακα του 5) ενώ στην ανοικτή ερώτηση η πλειοψηφία τους δήλωσε ότι χρήζουν ανακαίνισης.

Στον Πίνακα 10 παρατηρείται ότι το 61,5% του συνόλου των ασφαλισμένων κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας του ασφαλιστικού ταμείου της ΔΕΗ περισσότερο από 20 χρόνια και το 25,6% περισσότερο από 10 χρόνια. Είναι φυσικό, όσο περισσότερα χρόνια χρησιμοποιεί ένας ασφαλισμένος τις υπηρεσίες υγείας, τόσο μεγαλύτερες απαιτήσεις να έχει και να μην ικανοποιείται εύκολα. Σύμφωνα με τον ίδιο πίνακα, στην ερώτηση που αφορά την οικονομική κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών εξόδων από το ασφαλιστικό ταμείο, το 49,6% απάντησε ότι τα καλύπτει κατά 75%, το 22,2% σε ποσοστό 50%, το 11,1% σε ποσοστό 30% ,το 10,3% σε ποσοστό 100% και τέλος ένα ποσοστό 6,9% πιστεύει ότι τα καλύπτει μόνο κατά 20%. Αν κρίνει κανείς ότι η μέγιστη συμμετοχή στα φάρμακα είναι το 25%

θεωρείται φυσιολογικό το μεγαλύτερο ποσοστό να απαντήσει κατά 75%. Γενικότερα, το τελευταίο διάστημα (από προσωπική εκτίμηση στο ασφαλιστικό ταμείο που εργάζομαι) παρατηρείται όλο και μεγαλύτερη αύξηση των δαπανών, όσον αφορά την υγεία. Ο ασφαλισμένος καλείται να πληρώσει μεγάλα ποσά, καθώς υπάρχει σημαντική οικονομική απόκλιση ανάμεσα στο ποσό που εισπράττει από το ταμείο (βάσει κρατικού τιμολογίου) και σ' αυτό που καταβάλλει στο γιατρό ή σε κάποιο κέντρο ειδικευμένης ιατρικής φροντίδας. Δυστυχώς, η τελευταία αναθεώρηση στις τιμές του κρατικού τιμολογίου έγινε τουλάχιστον πριν από 20-25 χρόνια. Σε πολλές περιπτώσεις οι τιμές και η αποζημίωση γιατρών και ιατρικών πράξεων είναι καταγραμμένες ακόμα σε δραχμές. Τα τελευταία 4-5 χρόνια έγινε μια μικρή αναπροσαρμογή στην τιμή της επίσκεψης των γιατρών και από 2,75 € πήγε στα 20 € η πρώτη επίσκεψη και 10€ η δεύτερη. Οι τιμές του κρατικού τιμολογίου είναι στην κυριολεξία εξευτελιστικές.

Σύμφωνα με τους Σίσκου, Καϊτελίδου και συν (2005) οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ καταβάλλουν σημαντικά υψηλότερα ποσά που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικά ταμεία ή εταιρείες. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι υπηρεσίες του ΙΚΑ δεν προσφέρουν υψηλή ικανοποίηση στους πολίτες με αποτέλεσμα να στρέφονται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται έναντι χρηματικού αντιτίμου. Η παρατηρούμενη μεγέθυνση του κλάδου πραγματοποιήθηκε στην κατεύθυνση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Το ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ήταν το 2005 το υψηλότερο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ: 57,1% έναντι 54,9% στις ΗΠΑ. Επομένως, η ταχύρυθμη αύξηση των δαπανών ανά κάτοικο μετά το 1995 (που οφειλόταν στην ταχύρυθμη οικονομική ανάπτυξη της χώρας) αποτελεί δείκτη της ταχύτατης μεγέθυνσης του κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας στην κατεύθυνση της μετατροπής της υγείας από δημόσια σε ιδιωτική παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγείας. Ένα μέρος των ιδιωτικών δαπανών καταβάλλεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και το υπόλοιπο αποτελεί τις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών.

Διάγραμμα 2: Ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας



Πηγή ΟΟΣΑ 2005

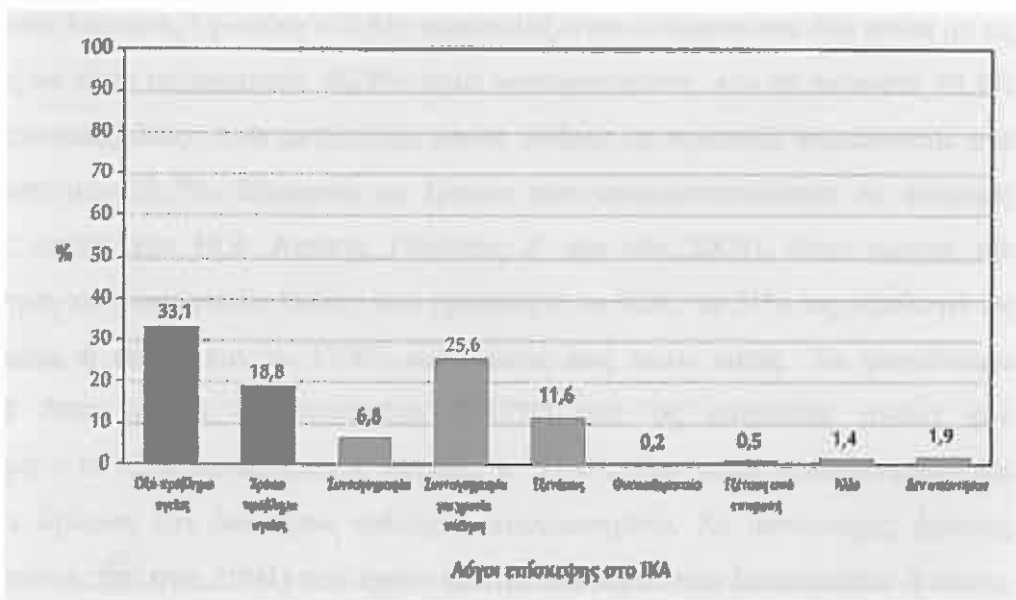
Σύμφωνα με μελέτη του 2005 (Σίσκου, Καϊτελίδου και συν), οι δαπάνες υγείας των νοικοκυριών για ιατρική φροντίδα χωρίς εισαγωγή σε νοσοκομείο ανερχόταν τον ίδιο χρόνο στο 68% των συνολικών δαπανών τους για υγεία (εκ των οποίων περίπου 31% για οδοντιατρική φροντίδα, 23% για ιατρικές υπηρεσίες, 11% για παραϊατρικές φροντίδες και 3% για θεραπευτικό εξοπλισμό). Τα ποσοστά για αγορά φαρμάκων και νοσοκομειακή περίθαλψη ανέρχονταν, σύμφωνα με την ίδια πηγή, σε 17,5% και 14,4% αντίστοιχα. Η δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη, σύμφωνα πάντα με την ίδια μελέτη, αφορά σε πληρωμές ιατρών σε ιδιωτικά νοσοκομεία (περίπου 26%), νοσήλια σε ιδιωτικά νοσοκομεία (περίπου 29%), συμμετοχή στο κόστος των δημόσιων νοσοκομείων (περίπου 21%), άτυπες αμοιβές σε δημόσια νοσοκομεία (20%) και αμοιβές αποκλειστικών νοσοκόμων και άλλων εξωτερικών επαγγελματιών υγείας (4%). Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει επίσης ότι το δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας έχει οδηγηθεί,

διαμέσου της ελλιπούς χρηματοδότησης, σε ανεπάρκειες τις οποίες επιχειρεί να καλύψει ο ιδιωτικός τομέας με όρους επιχειρηματικής αποδοτικότητας (Mossialos et al.,2005). Αποτέλεσμα αυτής της πορείας είναι η άνοδος των ιδιωτικών δαπανών των πολιτών που στρέφονται σε υπηρεσίες των επιχειρήσεων υγείας.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 10 της παρούσας μελέτης, ο κυριότερος λόγος επίσκεψης στο ασφαλιστικό ταμείο είναι η εισπραξη χρημάτων σε ποσοστό 69,2% του συνόλου και ακολουθεί η συνταγογράφηση σε ποσοστό 25,6%. Η ιδιαιτερότητα του ασφαλιστικού ταμείου της ΔΕΗ είναι ότι οι ασφαλισμένοι της καταβάλλουν ολόκληρο το ποσό, λαμβάνουν απόδειξη και εισπράττουν τα αντίστοιχα χρήματα με κρατικό τιμολόγιο.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις μονάδες υγείας του ΙΚΑ Αττικής (Τούντας Γ και συν.,2003) το 33,1% των ερωτηθέντων απάντησε ότι επισκέπτεται το ΙΚΑ για ένα οξύ πρόβλημα υγείας.

Διάγραμμα 3:Λόγοι επίσκεψης στο ΙΚΑ



Στο παραπάνω διάγραμμα έχει δοθεί ξεχωριστή απάντηση όσον αφορά το ποσοστό που επισκέπτεται το ΙΚΑ λόγω συνταγογράφησης. Το συνολικό ποσοστό ανέρχεται στο 32,4% με το 25,6% να αναφέρεται σε συνταγογράφηση για χρόνια πρόβλημα και το 6,8% για κάτι άλλο. Παρατηρούμε ακόμα, ότι το ποσοστό συνταγογράφησης στην παρούσα έρευνα και σ' αυτή του ΙΚΑ είναι ακριβώς το ίδιο (25,6%). Η δημογραφική γήρανση συνδέεται με μεγαλύτερες ανάγκες υγείας και επομένως με αυξημένη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας κυρίως λόγω της ύπαρξης

χρόνιων νοσημάτων. Χαρακτηριστική είναι η χρήση νοσοκομειακής περίθαλψης που ενώ αυξάνεται με την πάροδο των ετών, μειώνεται η χρήση της πρωτοβάθμιας. Αντίστοιχη αύξηση παρατηρείται και στην συνταγογράφηση (Philippant D et al., 2000).

Στον Πίνακα 11 της παρούσας μελέτης καταγράφεται η αξιολόγηση και η ικανοποίηση των ατόμων της μελέτης από το ασφαλιστικό τους ταμείο. Το 50,4% στο σύνολο των ερωτηθέντων απάντησε ότι αξιολογεί τις υπηρεσίες υγείας του ασφαλιστικού καλές, το 29,1% πολύ καλές, το 16,2% μέτριες και ένα ποσοστό, μικρό αλλά μετρήσιμο, 3,4% πολύ κακές. Στατιστικά, σημαντικές διαφορές (p -value < 0,05) παρουσιάζονται ανάμεσα στα δύο φύλα με τις γυναίκες να αξιολογούν τις υπηρεσίες, με ποσοστό 40,4%, καλές και όμοια πολύ καλές ενώ αντίστοιχα στους άνδρες τα ποσοστά κυμαίνονται στο 57,1% και 21,4% αντίστοιχα. Η ικανοποίηση των εργαζομένων της ΔΕΗ από το ασφαλιστικό τους ταμείο είναι καλή σε ποσοστό 51,3% στο σύνολο των ερωτηθέντων και πολύ καλή σε ποσοστό 37,6%. Στατιστικά, σημαντικές διαφορές (p -value < 0,05) παρουσιάζονται ανάμεσα στα δύο φύλα με τις γυναίκες να είναι σε ποσοστό 46,8% καλά ικανοποιημένες και σε ποσοστό 40,4% πολύ ικανοποιημένες ενώ αντίστοιχα στους άνδρες τα ποσοστά κυμαίνονται στο 54,3% και στο 35,7%. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις μονάδες υγείας του ΙΚΑ Αττικής (Τούντας Γ και συν.,2003), όσον αφορά την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ΙΚΑ, το 51% τις αξιολογεί ως πολύ καλές ή καλές και το 13,8% από κακές έως πολύ κακές. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μέτρια ικανοποιημένο (51,2%) από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει ο εν λόγω ασφαλιστικός φορέας, το 31,4% ήταν πολύ ικανοποιημένο και το 8,9% δήλωσε ότι δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο. Σε αντίστοιχες έρευνες (Κυριόπουλος και συν.,1994) που έχουν πραγματοποιηθεί στο λεκανοπέδιο Αττικής, το 35,7 % δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες του ΕΣΥ, το 28,6% μέτρια, το 23,5% πάρα πολύ ικανοποιημένο, το 1,0% λίγο και το 10,2% καθόλου. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Παπαγιαννοπούλου Β και συν. (2008) στο παιδιατρικό νοσοκομείο 'Αγλαΐα Κυριακού', προκύπτει, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, ότι οι υπηρεσίες του νοσοκομείου αξιολογούνται από τους συνοδούς ως καλές με τάση προς πολύ καλές. Οι συνοδοί προσέρχονται στο νοσοκομείο κάπως επιφυλακτικοί, αλλά στη συνέχεια η εικόνα αυτή βελτιώνεται, όταν λάβουν τις υπηρεσίες του νοσοκομείου στο σύνολό τους. Είναι προφανές ότι οι υποδομές του νοσοκομείου αποτελούν και το αδύνατο

σημείο στη διαμόρφωση της τελικής εικόνας από τους συνοδούς, ενώ, αντίθετα, το προσωπικό αποτελεί ένα από τα δυνατά σημεία του νοσοκομείου, καθώς θεωρείται από τους χρήστες ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι πολύ καλές. Η παραπάνω μελέτη αποσκοπούσε στη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες παιδιατρικού νοσοκομείου της Αττικής. Η εξαγωγή αντικειμενικών συμπερασμάτων από τους άμεσους χρήστες των εν λόγω υπηρεσιών, δηλαδή τα παιδιά, δεν θα μπορούσε να είναι εφικτή, γι' αυτό και επιλέχθηκε η διερεύνηση της ικανοποίησης των συνοδών-συγγενών, οι οποίοι μπορούν να αξιολογήσουν τις διαδικασίες, το προσωπικό και την ευρύτερη φροντίδα που απολαμβάνουν τα παιδιά από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Βάσει των ευρημάτων της οικείας μελέτης, οι υπηρεσίες του εν λόγω νοσοκομείου αφήνουν ικανοποιημένο το σύνολο των χρηστών του. Ωστόσο, διαπιστώθηκαν συγκεκριμένοι τομείς, οι οποίοι, σύμφωνα με το ερωτηθέν δείγμα, χρήζουν ποιοτικής βελτίωσης και αναβάθμισης. Ειδικότερα, όσον αφορά τις ιατρικές υπηρεσίες παρά το γεγονός ότι οι συνοδοί δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι, αξιολόγησαν με υψηλότερο βαθμό τις οδηγίες που τους δόθηκαν από τους ιατρούς για την αντιμετώπιση της ασθένειας, απ' ό,τι εκείνες της ενημέρωσης. Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο τμήμα εξωτερικών ιατρικών Οφθαλμολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Λάρισας (Αλετράς Β και συν.,2007), καταγράφεται ένα πολύ υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των επισκεπτών στο συγκεκριμένο τμήμα και σημαντικά ποσοστά εμπιστοσύνης στο έργο των γιατρών του Νοσοκομείου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 Συμπεράσματα

Στα αποτελέσματα της ανάλυσης της έρευνάς μας, διαπιστώνουμε ότι, οι δημόσιες υπηρεσίες, αν και στερούνται σημαντικών προδιαγραφών και δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλουν τα διεθνή πρότυπα και οι προσδοκίες των χρηστών, η μέτρηση της ικανοποίησης από τις φροντίδες που παρέχουν, οδηγεί σε αντίθετα συμπεράσματα. Οι ασφαλισμένοι, στο ασφαλιστικό ταμείο της ΔΕΗ, δείχνουν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις οικονομικές αποζημιώσεις που τους παρέχονται. Το εισόδημά τους είναι αρκετά υψηλό, θεωρούν την υγεία τους πολύ καλή και καλή κατά την πλειοψηφία και επικεντρώνουν συγκεκριμένες ελλείψεις όσον αφορά τις παροχές υγειονομικής περίθαλψης. Γενικότερα, νιώθουν οικειότητα με όλο το προσωπικό, επικρατεί ένα φιλικό και όχι καθαρά υπηρεσιακό περιβάλλον και εντοπίζουν προβλήματα όσον αφορά τις κτιριακές υποδομές με βασικότερο το χώρο στάθμευσης. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν κλειστού τύπου και δεν δόθηκε η δυνατότητα στους ερωτηθέντες να αναπτύξουν περισσότερο και άλλα πιθανόν προβλήματα ή να προτείνουν λύσεις όσον αφορά τις δυσχέρειες που μπορεί να επικρατούν στην ομαλή λειτουργία του ταμείου τους. Η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών είναι πλέον απαραίτητη, με σκοπό να βελτιώνονται οι υπηρεσίες υγείας και να προσαρμόζονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες τους. Ωστόσο, προϋπόθεση αυτού, είναι η γνωστοποίηση των παραγόντων εκείνων που καθορίζουν αν η άποψη του ασθενούς για την ποιότητα των υπηρεσιών είναι θετική ή αρνητική.

7.2 Προτάσεις

Το ασφαλιστικό ταμείο της ΔΕΗ που εδρεύει στο Ηράκλειο Κρήτης έχει πολλά περιθώρια βελτιώσεων τόσο όσον αφορά το κομμάτι των ασφαλισμένων όσο και τις συνθήκες εργασίας των ίδιων των εργαζομένων σε αυτό. Σοβαρές ελλείψεις παρουσιάζονται στο κομμάτι της μηχανογράφησης (ερώτηση που δεν υπήρχε στο ερωτηματολόγιο του δείγματος) καθώς ναι μεν υπάρχει ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης σε ατομικό επίπεδο, δυστυχώς δε μόνο στο οικονομικό κομμάτι, δηλαδή στις δαπάνες του κάθε ασφαλισμένου. Είναι κάπως παλαιό*, σύμφωνα με τις δυνατότητες της νέας τεχνολογίας, με αποτέλεσμα να αυξάνεται συνεχώς η

γραφειοκρατία. Δεν υπάρχει διαδικτυακή σύνδεση μεταξύ των ΓΑΠ και ΠΕΚΑ αλλά και με το κεντρικό ασφαλιστικό της ΔΕΗ στην Αθήνα. Επίσης, στα ΓΑΠ δεν υπάρχουν καν υπολογιστές, γεγονός που επιβαρύνει ακόμα περισσότερο τη γραφειοκρατία. Το υπάρχον οίκημα είναι πεπαλαιωμένο και δεν πληροί σοβαρές προϋποθέσεις. Επίσης, όπως αναφέρεται και από τα αποτελέσματα, δεν υπάρχει χώρος στάθμευσης και συγκοινωνία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων που επισκέπτεται το ταμείο, όπως προκύπτει και από την έρευνα, είναι συνταξιούχοι με πολλά προβλήματα υγείας, ακόμα και κινητικά και συνήθως ο κύριος λόγος είναι η συνταγογράφηση. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας και έχοντας προσωπική εκτίμηση της παρούσας κατάστασης του ασφαλιστικού ταμείου της ΔΕΗ στην Κρήτη αλλά και στα Κεντρικά της Αθήνας, προτείνονται οι παρακάτω προτάσεις που έχουν σκοπό την βελτίωση της λειτουργίας του ασφαλιστικού ταμείου από τη μία, και από την άλλη την αύξηση του ποσοστού και του μεγέθους της ικανοποίησης των ασφαλισμένων του:

- διαδικτυακή σύνδεση (on line) μεταξύ όλων των ΠΕΚΑ και ΓΑΠ της Ελλάδος.
- διαδικτυακή αποστολή και παραλαβή εγγράφων προκειμένου να μειωθεί τόσο η γραφειοκρατία όσο και το λειτουργικό κόστος των ταχυμεταφορών (courier).
- στελέχωση του ασφαλιστικού ταμείου με ηλεκτρονικούς υπολογιστές και πρόσβαση στο διαδίκτυο.
- ηλεκτρονική αποστολή των εγγράφων σε ασφαλισμένους που έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο.
- κατάργηση πολλών αποφάσεων που χρειάζονται έγκριση από ΠΥΕ καθώς τα περισσότερα θέματα και αποφάσεις είναι τυπικά και απλά αυξάνουν τη γραφειοκρατία.
- η δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών θα διευκόλυνε τη άμεση καταγραφή όλων των στοιχείων των ασφαλισμένων. Με αυτό τον τρόπο θα επιτυγχανόταν η γρηγορότερη και καλύτερη εξυπηρέτηση όλων των ασφαλισμένων καθώς θα υπήρχε η δυνατότητα πολύ γρήγορης προσκόμισης των στοιχείων που χρειάζονταν (π.χ χορήγηση γυαλιών, αναρρωτικές άδειες, Ελεύθερος Υπηρεσίας κ.τ.λ) αποφεύγοντας λάθη, παραλείψεις ή επαναλήψεις. Επίσης, ο ηλεκτρονικός φάκελος θα έχει τη

δυνατότητα άμεσης διάθεσης και καταγραφής παντός τύπου στατιστικών στοιχείων.

- αλλαγή κτιρίου που να διαθέτει χώρο στάθμευσης και προσβασιμότητα σε αστική συγκοινωνία.
- συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού γενικότερα και ειδικότερα στις νέες τεχνολογίες.
- κρίνεται αναγκαία η στελέχωση του Υγειονομικού Κλάδου με νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό καθώς ο ρόλος του ασφαλιστικού θα μπορούσε να διευρυνθεί στον τομέα της προληπτικής ιατρικής και όχι μόνο στη θεώρηση των αποδείξεων και τη γραφειοκρατική προσέγγιση των ασφαλισμένων.
- Το οικονομικό κόστος των ασφαλιστικών ταμείων θα μπορούσε να μειωθεί με την πρόληψη (υπάρχουν σχετικές μελέτες και εφαρμοσμένες τεχνικές).
- Θα μπορούσαν να γίνονται κατ' οίκων επισκέψεις σε κάποιες περιπτώσεις με σκοπό την αποφυγή συνωστισμού των ασφαλισμένων στο οίκημα του ασφαλιστικού.
- κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία ηλεκτρονικού πρωτοκόλλου για τη διακίνηση των εγγράφων (ήδη λειτουργεί στη ΔΥΠΕ Ηρακλείου και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου). Με αυτό τον τρόπο μειώνονται οι εργατοώρες, η γραφειοκρατία, τα έξοδα ταχυδρομείου, οι φωτοτυπίες, και επιτυγχάνεται ταχύτητα.

Πολλές από τις παραπάνω προτάσεις δεν έχουν άμεση σχέση με τον ασφαλισμένο αλλά με το προσωπικό που εργάζεται στο ασφαλιστικό ταμείο της ΔΕΗ. Ωστόσο, αν εφαρμοστούν έστω κάποια από τα παραπάνω, το προσωπικό θα έχει περισσότερο χρόνο να ενδιαφερθεί ουσιαστικότερα και να ασχοληθεί εποικοδομητικά με τα σοβαρά προβλήματα των ασφαλισμένων, γεγονός που θα συμβάλει στην αύξηση της ικανοποίησής τους.

7.3 Επίλογος

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή, είναι σημαντικός δείκτης ποιότητας. Στην χώρα μας, οι έρευνες αυτές δεν έχουν απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους μελετητές του χώρου, παρά την γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από αυτές. Σε σχετική μελέτη της Eurostat το 1977, η χώρα μας βρισκόταν στην τελευταία θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης με ποσοστό 15,5% σε σχέση με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης και συν. 2003). Σύμφωνα με τον Guzman και συν. (1988), η ικανοποίηση των χρηστών προκύπτει από το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με την φροντίδα υγείας, η οποία εν μέρει, ορίζει την μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας καθώς και την ελαστικότητα τους με την θεραπευτική διαδικασία (Merkouris et al.,1999). Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός καθημερινού και απλού συστήματος αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας.

Τρόποι βελτίωσης της ποιότητας με απόρροια την ικανοποίηση

Η στρατηγική σημασία της ποιότητας γίνεται ευκολότερα αντιληπτή από την εκτίμηση του κόστους έλλειψης ποιότητας και από τον τρόπο που αυτό επηρεάζει τη γενικότερη λειτουργία και ανταγωνιστικότητα ενός οργανισμού. Το κόστος έλλειψης ποιότητας χαρακτηρίζεται ως το «υψηλό κόστος της χαμηλής ποιότητας». Το κόστος επίτευξης της ποιότητας θα διασφαλιστεί με δαπάνες:

- α. Εκπαίδευσης
- β. Βελτίωσης υποδομής
- γ. Εισαγωγής συστημάτων ποιότητας
- δ. Μέτρησης και γενικότερα αξιολόγησης επιπέδου ποιότητας
- ε. Εντοπισμού προβλημάτων ποιότητας
- στ. Εξάλειψης αιτιών κακής ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί σύστημα διοίκησης, βάσει του οποίου επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχομένου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων (Τσιότρας, 1995). Στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ως πελάτης δεν εννοείται μόνο ο τελικός αποδέκτης του ολοκληρωμένου προϊόντος ή της υπηρεσίας, αλλά και κάθε άτομο ή τμήμα μέσα στον οργανισμό που δέχεται το αποτέλεσμα ή την

επίδραση της δραστηριότητας κάποιου άλλου εργαζόμενου ή τμήματος του οργανισμού. Κάθε εργαζόμενος ή τμήμα του οργανισμού αναπτύσσει, στα πλαίσια της εργασίας του, δραστηριότητες οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία άλλων τμημάτων ή την εργασία άλλων ατόμων (Zairi, 1998).

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει καμία κυβερνητική πρωτοβουλία για την εισαγωγή προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας ή πιστοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν όμως, κυβερνητικές εξαγγελίες για νομοθετικές αλλαγές που πρόκειται να επιβάλουν την βελτίωση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Επιπροσθέτως, δεν υπάρχουν προγράμματα πιστοποίησης ή πρότυπα οργανωτικής συγκρότησης για τους οργανισμούς υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Andrews F., Whitney S. B., (1974), *Social Indicators of Well-being: American's Perceptions, of Life Quality*. Plenum Press, New York

Astedt-Kurki P. & Higgman-Laitla A., (1992) Good nursing practice as perceived by clients: a starting point for the development of professional nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 17: 1195-1199.

Athanasopoulos A., Gounaris SP., Stathakopoulos VL., (2001) Behavioural responses to customer satisfaction: an empirical study, *European Journal of Marketing*, Vol 35: 687-707

Barnes M., Walker A., (1996) *Consumerism versus empowerment Policy & Politics* 24

Bauld L., Chesterman J., Judge K., (2000) Measuring satisfaction with social care, *Health and Social Care in the Community* Vol 11: 14-20

Bell R.A, Kravitz R.L, Thom D, Krupat E, Azari R.,(2001). Unsaid but not forgotten: patients' unvoiced desires in office visits. *Arch Intern Med* , 161:1977-1984.

Bertakis K. D., Azaris R., Helms L. J., Callahan E. J., Robbins J. A., (2000), "Gender differences in the utilization of health services", *Journal of Family Practice*, 49(2): 147-152.

Bertakis Klea D, Rahman Azari, Edward J. Callahan., (2004) Patient Pain in Primary Care: Factors That Influence Physician Diagnosis , *annals of family medicine*, vol. 2, no. 3

Bland M.,(2000)*An Introduction To Medical Statistics*. Oxford University Press

Blanchard C.G., Labrecque M.S., Ruckdeschel J.C. & Blanchard E.B. (1990) Physician behaviors, patient perceptions and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer*. 65: 186-192.

Blaxter M., (1990), *Health and Lifestyles*. Tavistock, London.

Carlsen F., Grytten J., (2000), "Consumer satisfaction and supplier induced demand", *Journal of Health Economics*, 19(5): 731-753.

Campbell A., Converse P. E., Rodgers W. L., (1976), *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. Russell Sage Foundation, New York.

Clark M. J., Purdie J., Fitzgerald G. J., Bischoff N.G., O' Rourke P.K., (1999), "Predictors of demand for emergency prehospital care: an Australian study", *Prehospital Disaster and Medicine*, 14(3):167-173.

Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14, pp. 236-249.

Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Robertts, M., Moloney, T. W., McMullen, W., Walker, J. D., & Delbanco, T. L. (1991). Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*. (Winter). 10: 254-267.

Cochrane AL. (1972). *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Cohen G. (1996) Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social. Science. Medicine*. 42(7): 1085-109.

Cox B., (1987), *Health and Lifestyle Survey*. Health Promotion Research Trust, Cambridge

Donelan K., DesRoches C.M., Schoen C., (2000), "Inadequate health insurance: costs and consequences" *Med. Gen. Med.*, 11(6): E37.

Crow R, Cage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L et al., (2003). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme, Southampton, UK

Demers M., (1996), "Factors explaining the increase in cost for physician care in Quebec's elderly population", *CMAJ*, 155(11):1555-1560.

Donabedian A., (1997), The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med*. Nov; 121(11):1145-50

Donabedian A.K (1987).Commentary on some studies of the quality of care *Health care Financing review (annual supplement)* 75-85

Donabedian A., (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260:1743-1748

Dubos R., (1987), "Mirage of Health: utopias, progress and biological change", Rutgers University Press.

Dunlop S., Coyte P.C., McIssaac V., (2000), "Socioeconomic status and the utilization of physician services results from the Canadian National population health survey", *Social Science and Medicine*, 51(1):123-133.

Eriksson I., Unden A. L., Elofsson S., (2001), "Self- rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study", *International Journal of Epidemiology*, 30: 326- 333

Eurobarometer, (2003) Public's satisfaction with health care system EU countries 2002 [http:// ec.europa.eu/public_opinion](http://ec.europa.eu/public_opinion)

Eurostat., (1997), "Self- reported health in the European Community. Statistics in focus, populations and social conditions", Luxembourg.

Eurostat., (1997): Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-08-02-002/EN/KS-08-02-002-EN.PDF

Evanson E. & Whittington D., (1997) Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 10 (1): 7-19.

Evanson E. & Whittington D., (1997) Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 10(1): 7-19.

Ferro M., (1998), "Les Societes maladies du progress", Plon, Paris.

Fitzpatrick P., (1990) Measurement of patient satisfaction. In: Hopkins A, Curtis S (eds) *Measuring the outcomes of medical care*. King's Fund, London,

Fitzpatric R., (1993) Scope and measurement of patient satisfaction. In Fitzpatric R, Hopkins A. (eds) *Measurement of Patients' Satisfaction with their Care*. London, Royal College of Physicians.

Garelli S., (2004) *World Competitiveness Yearbook*. IMD, World Competitiveness Center, Lausanne.

Goldthorpe and Marshall, (1992) The Promising Future of Class Analysis: A Response to Recent Critiques *Sociology*.; 26: 381-400

Grigoroudis E., Siskos Y.,(2002) Preference disaggregation for measuring and analyzing customer satisfaction: The MUSA method *European Journal of Operation Research* Vol 143: 148-170

Hanlon P., Walsh D., Whyte B.W., Scott S.N., Lightbody P., Gilhooly M.L., (1998), "Hospital use by an aging cohort: an investigation into the association between biological, behavioural and social risk markers and subsequent hospital utilization", *Journal of Public Health Medicine*, 20(4):467-476.

Haug M. R., (1981), "Age and medical utilization patterns", *Journal of Gerontology*, 36(1): 103-111.

Hendriks A.A, Oort F.J.,Vrieling F.M.A.and Smets E.M.A., (2002), "Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire", *Department of Medical Psychology*

International Organization for Standardization (1990) : *Quality management and quality system Elements Part 2. Guidelines for services* Geneva ISO 1990

- Javeau, C., (1996). Η Έρευνα με Ερωτηματολόγιο: Το Εγχειρίδιο του Καλού Ερευνητή. Αθήνα: Τυπωθήτω – Δαρδανός
- Jofre- Bonet M., (2000), “Public health care and private insurance demand: the waiting time as a link”, *Health Care Management Science*, 3(1): 51-71.
- Judge K. and Solomon M., (1993) Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *Journal of Sociologic Policy* 22: 299.
- Khayat K, Salter B., (1994), Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *Br J Gen Pract*, 44:215–219
- Kinnear, P. & Gray, C., (1999). *SPSS for Windows, Made Simple*. (3rd Ed.). Sussex: Psychological Press Ltd.
- Larsen D.L., Attkisson C.C., Hargreaves W.A. & Nguyen T.D., (1979) Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2: 197-207.
- Levois M, Nguyen TD, Attkisson CC., (1981), Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*, 4:139–150
- Ley P., (1972), Complaints made by hospital staff and patients: A review of the literature. *Bull Br Psychol*, 25:115–120
- Liaropoulos, (2001), “Health care policy in Greece: a new and promising reform”, στο *Euro Observer*, Vol 3, N. 2, July
- Maxwell R.J, (1984)Quality assessment in Health. *British Medical Journal*, 288:1470 -1473
- Mc Keown T., (1979), *The role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* Blackwell, Oxford.
- Mc Kinley J.M. (1979), Epidemiological and Political Determinants of Social Policies Regarding the Public Health. *Soc. Sci. Med*, 13, App: 541-7.
- Merkouris A., J.Yfantopoulos, V. Lanara, C. Lemonidou., (1999), .Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services., *Journal of Nursing Management*, vol. 7, pp.19-28.
- Mossialos E. McKee M., (2002). Health care and the European Union. *Apr* 27;324(7344):991-2.BMJ.
- Mossialos E., S. Allin, K. Davaki., (2005), «Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia», *Health Economics*, 14: 151-168. *

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

Philippant D., Van Tielsen R., Sturbois G., Peys F., (2000). Descriptive Analysis of the Pharmaceutical Prescription Evolution in the Belgium Ambulatory Sector Between 1986 and 1996, *Archives of Public Health*, 58(2), 85-107.

Pollitt C., (1988) Bringing consumers in to performance measurement. *Policy and Politics*. 16: 77-87.

Pollitt C., (1989) Consuming passions. *Health Services Journal*. 99: 1436-1437.

Scholle SH, Mardon R, Shih SC, Pawlson LG., (2005). The relationship between quality and utilization in managed care. *Am J Manag Care*. Aug;11(8):521-7.

Snell J. (1996) Patients' assessment of medical care quality. *Hosp Top*, 74:38-43

Steven I, Douglas R., (1988) Dissatisfaction in general practice: What do patients really want? *Med J Aust*, 148:280-282

Sitzia J, Wood N., (1997), Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med*. Dec; 45(12):1829-43

Strasser S, Schweikhart S, Welch G.E. & Burge J.C., (1995). Satisfaction with medical care. *Journal of Health Care Marketing*. 15 (3): 34-43.

Susman J., (1994), "Assessing consumer expectations and patient satisfaction", University of Nebraska

Sureshchandar, G. S., Rajendran Ch., Anantharaman R.N., (2001), "A holistic model for total quality service", *Int. J. of Serv. Ind. Man.*, 12(4): 378-412

Tountas Y., Karnaki P., Pavi E. et al., (2005). The "unexpected" growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74(2):167-180.

Tountas Y, Aga E, Houliara L, Pavi E., (2001) Quality of life among the personnel of the Hellenic Network of Health Promoting Hospitals. Poster Presentation in the 9th International Conference on Health Promoting Hospitals, Copenhagen,

Robert J, Minah K, Benson J., (May-June 2001). The public versus the World Health Organization on health system performance, *Health Affairs*, vol 20, no 3

Eurobarometer 52.1, (1999); US and Canada data from Harvard School of Public Health (2000)

Ross C, Frommelt G, Hazelwood L, Chang R., (1994), The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed) *Health care marketing: A foundation for managed quality*. Gaithersburg, MD, Aspen, :55-69

Ware J, Snyder M, Wright R, Davies A., (1983), Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6:247–263

Zahr LK, William SG, EL-Hadad A., (1991), Patient satisfaction with nursing care in Alexandria, Egypt. *Int J Nurs Stud*, 28:337–342

WHO ,(1958). *The First Ten Years of WHO, Annex Constitution of the WHO*, Geneva.

WHO, (1993) *Continuous quality development: A proposal national policy*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen,

www.icap.gr

Αλεξιάδης Α., (2003) Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21ου αιώνα, Η προσπάθεια του Ν.2889/2001, Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου. Θεσσαλονίκη

Αλετράς Β, Ζαχαράκης Φ, Νιάκας Δ., (2007) Μέτρηση της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ενός δημόσιου Νοσοκομείου Αρχία Ελληνικής Ιατρικής 24(1): 89-96

Ανδριώτη Δ., Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., (1996). Ο Γενικός Γιατρός στη Ελλάδα και τις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Συγκρίσεις και Διαφοροποιήσεις, στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ., (επιμ.), Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα.

Αντωνοπούλου Α., (1987). Η Κρατική Πολιτική για το Φάρμακο στις Χώρες του Αναπτυγμένου Κόσμου. Σύγχρονα Θέματα.

Αντωνοπούλου Α., Καραμητοπούλου Δ., Σοφιανός Ε., (1989), «Παράγοντες που επηρεάζουν το Επίπεδο Ικανοποίησης των Ασθενών», Επιθεώρηση Υγείας (Αθήνα).

Δαφέρμος, Β., (2005). Κοινωνική Στατιστική με το SPSS. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.

Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., (2001) Θνησιμότητα και νοσηρότητα στους ηλικιωμένους. *Νοσηλευτική*. 40(2): 31-41.

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ., (2001). «Συστήματα υγείας». Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ., Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ. και συν., (2005). Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Στο: Τσάμης Ν., Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Πρόνοιας Αττικής. Νέα Διαφημιστική - NEAdn, Αθήνα.

Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., Κοτρώτσιου Ε., Zarzycka D., Gorajek-Jozwik J., (2001) Διακρατική μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα και στην Πολωνία (πρώτα αποτελέσματα). 28^ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. Λήμνος. 3-5 Μαΐου 2000. www.nurs.uoa.gr/theod/

Ιακωβίδου Ε, Μανιού Μ, Πάλλη Ε, Κωστόπουλος Ε, Ζάραγκας Σ, Κατσανέβας Θ., (2008) Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 7ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2008

ΙΚΠΙ ,(2006). Hellas Health I. Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.

Καμπάνταη Μ, Νιάκας Δ., (2004) Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός κοινοτικού κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρειο Ελλάδα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 21(4): 354-362

Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε, Γεννηματά Α, Μώκου Ν, Σωμαράκη Μ., (1990).Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας. Ιατρικό Βήμα:19-27

Κυριόπουλος Γ, Γκρέγκορυ Σ, Οικονόμου Χ., (2003). «Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό». Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε, Γεννηματά Α.,(1994) Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια. Στο: Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε (Συντ) Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. Ακαδημία Επαγγελματιών υγείας, Αθήνα

Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., (2007) Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου

Κωνσταντοπούλου Α., (2004). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα 2003-2004 archive.gr

Λιαρόπουλος Λυκούργος., (2007). Η Πολιτική Διοίκηση του Συστήματος Υγείας: Διαπιστώσεις και Προτάσεις MANAGEMENT ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΕΡΚΥΡΑ

Λογοθέτης, Ν., (1992) «Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας, από τον Deming στον Tagushi και το SPC», Αθήνα: TQM Hellas Interbooks (Prentice Hall)

Μειντάνης Σ., (2008) Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. [ιστοσελίδα]. Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:
http://www.nosokomia.gr/web/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=70

Μερκούρης Α., (1996) Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών ,διδακτορική διατριβή, Αθήνα

Μπουλούτζα Π., (2008). Τα 3 <<άλφα>> των υπηρεσιών υγείας: Ανισοκατανομή, ανεπάρκεια και ανισότητα ταλανίζουν τους πολίτες, που στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα . Διαθέσιμο από την ιστοσελίδα:
<http://www.katalogos-kritis.gr./index.asp?pageid=2&pid=148&>

Νιάκας Δ., (2003) Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, Θέματα διαχείρισης-Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας Mediforce , Αθήνα σ.85-124

N.4491/66 αρθ.24

N. 1140/81 αρθ. 42

N. 4491/66 αρθ.21

N. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003)

N. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

N. 2503/1997 «Διοίκηση, οργάνωση, στελέχωση της περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 107Α'/1997).

N. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις»(ΦΕΚ 165Α'/1997). Υ.Α. Δ3α/οικ.357/1998 «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας» (ΦΕΚ 435Β'/1998). Υ.Α. Δ3α/οικ.509/1999 «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας» (ΦΕΚ 1593Β'/1999).

N. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003).

N. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

N. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003).

N. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

N. 2218/1994 «Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ90Α'/1994).

N. 2240/1994 «Συμπλήρωση διατάξεων για τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 153Α'/1994).

ΟΟΣΑ.2003

Οικονομοπούλου ΧΒ, Αναγνώστου-Κακαρά Ε, Λιαρόπουλος Λ., (1999).Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και λειτουργικοί ορισμοί. Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας., 44 (1) : 61-69

Παπαγιαννοπούλου Β, Πιερράκος Γ, Σαρρής Μ, Υφαντόπουλος Γ., (2008) Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1):73-82

Παρασκευόπουλος Ιωάννης., (1993) Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας Αθήνα

Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι. (1994), «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας», Θεσσαλονίκη.

Π.Δ. 138/1992 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 68Α'/1992).

Π.Δ. 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας»(ΦΕΚ76Α'/2000).

Π.Δ. 544/1977 «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών» (ΦΕΚ 178Α'/1977).

Π.Δ. 224/1989 «Οργάνωση Νομαρχιακών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 104Α'/1989).

Π.Δ. 51/2001 «Οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Περιθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)» (ΦΕΚ 41Α'/2001).

Ραφτόπουλος Β., (2002) «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα

Σαρρής Μάρκος., (2001) Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Παπαζήση, Αθήνα,

Σιγάλας Ι., (1999) Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, στο «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές», Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα

Σιγάλας Ι., Παπανικολάου Β., (1995), «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας», Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος 56, Αθήνα, σελ. 244-256.

Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ., (2005), «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο», Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Σούλης Σ., (1998). «Οικονομική της υγείας».

Σούλης Σ., (1987). Εισαγωγή στην Οικονομική της Υγείας. Προσυνεδριακό Σεμινάριο, 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., (2003). Η Ικανοποίηση των χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας: ερευνητικά αποτελέσματα από την περιοχή της Αθήνας. Στο: Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ. και συν. (επιμ.) Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Θεμέλιο, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ., (2000). Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Σπανού Κ., (2000) Διοίκηση, πολίτες και δημοκρατία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Στατιστική Υπηρεσία: www.statistics.gr

Τούντας, Λιαπατατζίδης, Χουλιάρα., (2003). Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 20(5): 497-503

Τριχόπουλος Δημήτριος., (1982) Επιδημιολογία. Αθήνα, Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, 203—204

Τσάντας, Ν., Μωυσιάδης, Χ., Μπαγιάτης, Ν., Χατζηπαντελής, Θ., (1999). Ανάλυση Δεδομένων με τη Βοήθεια Στατιστικών Πακέτων – SPSS, EXCEL, S-PLUS. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.

Τσιότρας Γ., (1995). Βελτίωση ποιότητας, Εκδόσεις Ευγ. Μπένου, 1995.

Τσελέπη Χ., (2000). Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας, τομ.Α, 158-164, Ε.Α.Π., Πάτρα 2000.

Υγεία για τον Πολίτη» Αθήνα, Ιούλιος 2000 διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.med.auth.gr/medsocieties/dep/gr/Ygeia.htm>

Υφαντόπουλος Γ., (1986). Κοινωνικο- οικονομική Ανάπτυξη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ιατρική, 50, σελ. 33-46.

Υφαντόπουλος Γ., (1988), “Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις”, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

Κοινωνικο-Δημογραφικά Στοιχεία

- 1) Ηλικία:
- 2) Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
- 3) Έχετε γεννηθεί σε αυτή την χώρα; Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
- 4) Μορφωτικό επίπεδο: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο
 Πανεπιστήμιο -Τ.Ε.Ι Μεταπτυχιακό –Διδακτορικό
- 5) Συζυγική κατάσταση: Ελεύθερος /η Παντρεμένος /η ή συζεί με σύντροφο Χωρισμένος /η Χήρος /α
- 6) Έχετε παιδιά : Ναι Όχι

Εργασία

- 7) Εργάζεστε: Ναι Όχι
- 8) Πόσα χρόνια εργάζεστε: <5 5 5-8 8-10 10-12 12-14 14-16
 16-18 18-20
 20-25 >25 χρόνια
- 9) Ωράριο εργασίας : Διακεκομμένο (πρωί-απόγευμα) Κυκλικό (με βάρδιες)
 Μόνο πρωί
 Μόνο βράδυ

****Για όσους δεν εργάζονται**

- 10) Για ποιο λόγο δεν εργάζεστε:
 Είμαι συνταξιούχος /α Είμαι νοικοκυρά Είμαι φοιτητής / α
- 11) Είστε ασφαλισμένος σε κάποιο ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα για επισκέψεις σε γιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά την περίθαλψη και ιδιωτικά νοσοκομεία;
 Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
- 12) Ποιο είναι το συνολικό μηνιαίο εισόδημα στο σπίτι σας;
 Από 800 -1000 Από 1001-1300 Από 1301 έως 1600 Από 1600 έως 2000
 Από 2001 και άνω Δεν γνωρίζω

Περίθαλψη

- 13) Πως θεωρείτε την υγεία σας: Πολύ καλή Καλή Μέτρια
 Κακή Πολύ κακή
- 14) Τους τελευταίους 12 μήνες, τις περισσότερες φροντίδες για την υγεία σας τις λάβατε από μια μονάδα υγείας ή από τον υγειονομικό που σας επισκέφθηκε στο σπίτι σας;
 Κυρίως στη μονάδα υπηρεσιών υγείας
 Κυρίως από τον υγειονομικό που με επισκέφθηκε στο σπίτι Εξίσου και από τα δύο
- 15) Τους τελευταίους 12 μήνες, όταν αναζητήσατε υπηρεσίες υγείας, πόσο συχνά λάβατε την υπηρεσία αμέσως μόλις την αναζητήσατε; Πάντα Συνήθως
 Κάποιες φορές Ποτέ

- 16) Τους τελευταίους 12 μήνες, από την στιγμή που αναζητήσατε υπηρεσίες μέχρι την στιγμή που τις λάβατε, συνήθως πόσο έπρεπε να περιμένετε; (Σημειώσατε τον κατάλληλο χρόνο σε ένα από τα παρακάτω διαστήματα)
 α).....λεπτά, β).....ώρες, γ).....μέρες, δ).....εβδομάδες, ε).....μήνες
- 17) Τους τελευταίους 12 μήνες, χρειασθήκατε καθόλου εργαστηριακές εξετάσεις ή δοκιμασίες; (π.χ. αναλύσεις αίματος, ακτινογραφίες, υπερηχογράφημα)
 Ναι Όχι
- 18) Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με το να λάβετε την απαιτούμενη προσοχή από το ασφαλιστικό ταμείο σας, τους τελευταίους 12 μήνες; Πολύ καλή Καλή
 Μέτρια Κακή Πολύ κακή
- 19) Τους τελευταίους 12 μήνες, όταν αναζητήσατε φροντίδα υγείας, πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλεύτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί σας αντιμετώπισαν με το σχετικό σεβασμό; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ
- 20) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά το διοικητικό προσωπικό, όπως οι υπάλληλοι από τον χώρο της υποδοχής ή οι γραμματείς σας αντιμετώπισαν με τον απαιτούμενο σεβασμό; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ
- 21) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά η σωματική σας εξέταση και η θεραπεία έγινε με τρόπο που σεβάστηκε την ιδιωτικότητάς σας; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ
- 22) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά έγιναν συζητήσεις με το γιατρό ή το υγειονομικό προσωπικό ιδιωτικά ώστε άλλοι άνθρωποι να μη μπορούν να κρυφακούν;
 Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ
- 23) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά το διοικητικό προσωπικό, όπως οι υπάλληλοι από τον χώρο της υποδοχής ή οι γραμματείς σας αντιμετώπισαν με τον απαιτούμενο σεβασμό; Πάντα Συνήθως Κάποιες φορές Ποτέ
- 24) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλεύτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί σας άκουσαν προσεκτικά; Πάντα Συνήθως
 Κάποιες φορές Ποτέ
- 25) Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά οι γιατροί, οι νοσηλεύτές/τριες και οι άλλοι υγειονομικοί σας εξήγησαν τα πράγματα με τρόπο που ήταν κατανοητός;
 Πάντα Συνήθως
 Κάποιες φορές Ποτέ
- 26) Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με το πόσο καλά οι υγειονομικοί επικοινωνήσαν μαζί σας, τους τελευταίους 12 μήνες;
 Πολύ καλή Καλή Μέτρια
 Κακή Πολύ κακή

27) Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία της συμμετοχής σας στη λήψη των αποφάσεων για την φροντίδα ή τη θεραπεία σας σε σχέση με όσο θα θέλατε, τους τελευταίους 12 μήνες;

Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

28) Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας του ασφαλιστικού κράτησαν τις πληροφορίες για σας εμπιστευτικές, κατά τους τελευταίους 12 μήνες;

Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

29) Συνολικά, πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα του περιβάλλοντος, για παράδειγμα, χώρους, καθίσματα, καθαρό αέρα, καθαριότητα των υπηρεσιών υγείας που επισκεφθήκατε τους τελευταίους 12 μήνες;

Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

30) Πως θα βαθμολογούσατε την κτιριακή υποδομή του ασφαλιστικού σας, τους τελευταίους 12 μήνες;

Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

31) Ποιο θεωρείτε μεγαλύτερο πρόβλημα στις κτιριακές εγκαταστάσεις;

Η απόσταση Ο χώρος στάθμευσης Η περιοχή που βρίσκεται
Η κατάσταση του κτιρίου ακατάλληλο για ηλικιωμένους και αναπήρους

32) Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας σε σχέση με τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσετε το νοσοκομείο της επιλογής σας, κατά τους τελευταίους 12 μήνες; Θα λέγατε ότι ήταν...

Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή Πολύ κακή

33) Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, όταν μείνατε σε ένα νοσοκομείο δημόσιο καλύφθηκαν όλα τα έξοδά σας από την ασφάλειά σας; Ναι Όχι ένα μέρος του συνόλου δε νοσηλεύτηκα

34) Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, όταν μείνατε σε ένα νοσοκομείο ιδιωτικό καλύφθηκαν όλα τα έξοδά σας από την ασφάλειά σας; Ναι Όχι ένα μέρος του συνόλου δε νοσηλεύτηκα

35) Κατά τους τελευταίους 12 μήνες αντιμετωπισθήκατε άσχημα από το ασφαλιστικό ταμείο λόγω του προβλήματος υγείας σας;

Ναι Όχι

36) Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε στιγμή κατά την οποία δεν αναζητήσατε φροντίδα υγείας επειδή δεν μπορούσατε να την αντιμετωπίσετε οικονομικά; Ναι Όχι

37) Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, είχατε αρκετό χρόνο από το προσωπικό του ασφαλιστικού ταμείου ώστε να ρωτάτε αυτά που θέλετε; Ναι Όχι

38) Που νομίζετε ότι έχει μεγαλύτερη έλλειψη το ασφαλιστικό σας στον τομέα υγείας;

- Σε νοσηλευτές Γιατρούς Σε φάρμακα Σε εξειδικευμένες εξετάσεις
 Σε υποδομή

39) Πόσος ήταν ο χρόνος αναμονή σας στο ασφαλιστικό σας;

- 10 λεπτά 15λεπτά 20λεπτά 30λεπτά >30λεπτά

40) Πόση είναι η απόσταση του ασφαλιστικού ταμείου από τον τόπο διαμονή σας;

- 1-2 km 3-5 km 5-10km >10km > 20km

41) Πόσο καιρό κάνετε χρήση των Υπηρεσιών του ασφαλιστικού ταμείου.

- 1χρόνο 2-5 χρόνια 5-10 χρόνια > 10 χρόνια > 20χρόνια

42) Το ασφαλιστικό ταμείο σας παρέχει γιατρό εργασίας: Ναι Όχι δε γνωρίζω

43) Το ασφαλιστικό ταμείο σας παροτρύνει για προληπτικές εξετάσεις:

- Ναι Όχι δε γνωρίζω

44) Πως καλύπτει οικονομικά το ασφαλιστικό ταμείο τις υπηρεσίες υγείας και τα ιατροφαρμακευτικά σας έξοδα;

- εξ ολοκλήρου 100% ένα μεγάλο μέρος 75% Τα μισά 50%
λιγότερα από τα μισά 30%

- 20%

45) Για ποιο λόγο επισκέπτεστε κυρίως το ασφαλιστικό;

- για είσπραξη χρημάτων για συνταγογράφηση για εξέταση για αναρρωτικές άδειες
 για χαρτιά ή εξέταση επιτροπής

46) Πως αξιολογείτε τις υπηρεσίες υγείας που παρέχει το ασφαλιστικό ταμείο σας;

- Πολύ καλές Καλές Μέτριες Κακές Πολύ κακές

47) Είστε ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το ασφαλιστικό σας ταμείο;

- Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου Πολύ κακή

Αρ. πρωτ.: 0155
 Ημερ.: 13-11-2008

ΤΑΥΤΕΚΩ - ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. 5641/3554/ΠΡ. ΗΜΕΡΙΑ: 13-11-2008 ΣΧΕΤΙΚΑ: ΑΘΗΝΑ
--

12 ΝΟΕ. 2008

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
 ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
 ΤΡΑΠΕΖΩΝ & ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΟΙΝΗΣ ΩΦΕΛΕΙΑΣ
 ΤΟΜΕΙΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ
 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΕΗ
 ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΕΗ
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Αρ. Πρωτ. Φ. /

001648

Πληροφορίες :Α. Χαλικόπουλος
 Τηλ : 210 - 5273732

ΠΡΟΣ : Πρόεδρο Δ.Σ. ΤΑΥΤΕΚΩ

Θέμα : Χορήγηση άδειας για διεξαγωγή έρευνας στο χώρο
 του ασφαλιστικού ταμείου του ΠΕΚΑ Κρήτης.

Σχετικά : α) Το με αριθμ. πρωτ. 1953/6-11-2008 έγγραφο.

Κε Πρόεδρε,

Η μισθωτή ΤΣΟΥΜΑΝΗ Ναταλία έχει διοριστεί ως ΤΕ Νοσηλεύτρια στο ΠΕΚΑ Ηρακλείου Κρήτης. Είναι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο της Κύπρου. Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού της «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» ζητά να της χορηγηθεί άδεια για τη διεξαγωγή έρευνας στο χώρο του ασφαλιστικού ταμείου του ΠΕΚΑ Κρήτης.

Βάσει του α' σχετικού εγγράφου της υιοθετεί πλήρως τους βασικούς όρους δεοντολογίας της επιστημονικής έρευνας. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι θα τηρηθούν οι προϋποθέσεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και του ιατρικού απορρήτου. Επίσης η μεθοδολογία της έρευνας και συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήματα απολύτως σχετικά με το προς διερεύνηση αντικείμενο, έχουν σαφή προσδιορισμό και έχουν προσαρμοστεί στην εσωτερική μας πραγματικότητα όσον αφορά τη δομή και λειτουργία του ΠΕΚΑ Κρήτης αλλά και γενικότερα του ασφαλιστικού μας φορέα.

Κατόπιν των ανωτέρω η Δ.Υ.Υ. εισηγείται την αποδοχή του αιτήματος της μισθωτής.

ΤΟ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ ΥΠΕΓΡΑΦΗ

Στ. Μπόκογας
 Διευθυντής
 Υγειονομικών Υπηρεσιών

Συνημμένα : 8 σελίδες

Κοινοποίηση :

- Δ.Υ.Υ./ΓΕΑΠΑΠ-ΔΕΗ
- ΠΕΚΑ Κρήτης
- Τομέας Προληπτικής Ιατρικής,
 Μελετών & Εκπαίδευσης
- Γραφείο Προέδρου ΤΑΥΤΕΚΩ ✓

Βοκοί595/ra/12-11-2008