



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων
υπηρεσιών υγείας από τις μονάδες υγείας του
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Πεγγαρά Φωτεινή

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Καθηγητής Τσιότρας Γεώργιος

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
υγείας από τις μονάδες υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Πεγγαρά Φωτεινή

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Καθηγητής Τσιώτρας Γεώργιος

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....	i
Abstract.....	ii
Ευχαριστίες	iii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
I. ΓΕΝΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	8
1.1 Τι είναι ποιότητα;.....	9
1.1.1 Ποιότητα προϊόντων και υπηρεσιών	9
1.1.2 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας.....	10
1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	15
1.3 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα	19
1.4 Μέθοδοι Βελτίωσης Ποιότητας.....	22
1.4.1 Ποιοτικός Έλεγχος.....	22
1.4.2 Διασφάλιση της Ποιότητας.....	23
1.4.3 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.....	25
1.5 Η Σημασία Μέτρησης και Αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	27
1.6 Μέθοδοι Μέτρησης και Αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	28
1.6.1 Αξιολόγηση βάσει Δεικτών	29
1.6.2 Αξιολόγηση βάσει Κριτηρίων	30
1.6.3 Αξιολόγηση βάσει Ικανοποίησης των χρηστών.....	31
1.6.4 Αξιολόγηση βάσει Ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας.....	32
1.6.5 Αξιολόγηση βάσει του μοντέλου SERVQUAL	33
1.7 Έρευνες Αξιολόγησης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	39
2.1 Η έννοια και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	40
2.2 Ιστορική Αναδρομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	42
2.3 Πάροχοι Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	44
2.3.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρεχόμενη από το ΕΣΥ	45
2.3.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρεχόμενη από Ασφαλιστικούς Οργανισμούς.....	46
2.3.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρεχόμενη από την Τοπική Αυτοδιοίκηση.....	47

2.3.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρεχόμενη από Ιδιωτικούς Φορείς	47
2.4 Η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από το ΙΚΑ	48
I. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΚΟΠΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	50
3.1 Σκοπός της έρευνας	51
3.2 Ερωτηματολόγιο	51
3.2.1 Πιλοτική μελέτη	52
3.2.2 Δομή ερωτηματολογίου	53
3.3 Δείγμα και Μέθοδος έρευνας	54
3.4 Ηθική και Δεοντολογία	55
3.5 Στατιστική Ανάλυση	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	57
4.1 Πιλοτική μελέτη.....	58
4.2 Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου	59
4.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	64
4.4 Συνολική ικανοποίηση και διαστάσεις της ποιότητας.....	69
4.5 Παράγοντες που σχετίζονται με τις διαστάσεις ποιότητας και τη συνολική ικανοποίηση	79
4.5.1 Σχέση μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης και των διαστάσεων ποιότητας.....	79
4.5.2 Σχέση των διαστάσεων ποιότητας και της συνολικής ικανοποίησης με το φύλο ..	81
4.5.3 Σχέση των διαστάσεων ποιότητας και της συνολικής ικανοποίησης με την ηλικία	82
4.5.4 Σχέση των διαστάσεων ποιότητας και της συνολικής ικανοποίησης με την εκπαίδευση	83
4.5.5 Σχέση των διαστάσεων ποιότητας και της συνολικής ικανοποίησης με το εισόδημα	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	87
5.1 Σχολιασμός αποτελεσμάτων με άλλες έρευνες.....	88
5.2 Περιορισμοί της έρευνας και μελλοντική έρευνα.....	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ	92
6.1 Αγγλική Βιβλιογραφία – Αρθρογραφία.....	93
6.2 Ελληνική Βιβλιογραφία - Αρθρογραφία.....	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	103
7.1 Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα στη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Τούμπας	104

7.2 Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα στη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Βότση	105
7.3 Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα στη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Αγγελάκη	106
7.4 Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ποιότητας υπηρεσιών στις Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ	107
7.5 Στατιστικοί πίνακες.....	112

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η έννοια της ποιότητας καθώς και η μέτρηση της, στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, είναι καθοριστικής σημασίας για τη βιωσιμότητα των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο πιο ευρέως διαδεδομένος δείκτης μέτρησης και κατ' επέκταση αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, είναι η ικανοποίηση του χρήστη – ασθενή.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών. Επιπλέον στόχος είναι να αναδειχθούν τα προβλήματα και οι αδυναμίες που παρουσιάζουν αυτού του είδους οι μονάδες υγείας, καθώς και να εξεταστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Δείγμα και Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ στη Θεσσαλονίκη (Τούμπας, Βότση και Αγγελάκη) με τη συμπλήρωση δομημένου ερωτηματολογίου. Το δείγμα αποτέλεσαν 194 ασφαλισμένοι, οι οποίοι επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο, με βάση τη σειρά αναμονής σε κάθε ιατρείο στο διάστημα 18/11/2013-27/12/2013. Χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο SERVQUAL, το οποίο περιλαμβάνει τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας, «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση», «Διασφάλιση», «Συναισθηματική κατανόηση» και «Απτά χαρακτηριστικά»

Αποτελέσματα: Το 58,2% αξιολόγησε την ποιότητα των υπηρεσιών ως καλή και το 18,6% ως πολύ καλή, ενώ μόλις το 3,6% χαρακτήρισε την ποιότητα ως κακή και το 0,5% ως πολύ κακή. Η εκπαίδευση έδειξε να επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης καθώς και τη διάσταση της ποιότητας «Απτά Χαρακτηριστικά», ενώ το εισόδημα φάνηκε να επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης και τις διαστάσεις της ποιότητας «Συναισθηματική Κατανόηση» και «Απτά Χαρακτηριστικά».

Συμπεράσματα: Από την παρούσα έρευνα, προέκυψε υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ. Ως αδυναμίες αναφέρθηκαν η μη διατήρηση του ιστορικού των ασθενών, η αργή εξυπηρέτηση, η έλλειψη διαθέσιμου χρόνου του προσωπικού, η απουσία ξεχωριστής προσοχής στους ασθενείς από το προσωπικό, η έλλειψη σύγχρονου εξοπλισμού καθώς και η απουσία ευχάριστου περιβάλλοντος. Αντίθετα η ευγένεια του προσωπικού, οι γνώσεις καθώς και η εμπιστοσύνη που αυτό εμπνέει στους ασθενείς αποτελούν δυνατά σημεία των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ.

ABSTRACT

Background: In the case of health services, the concept of quality and its measurement is crucial for the sustainability of health service organizations. The most widely used measure of assessment of health services quality is the user's-patient's satisfaction.

Aim: The purpose of this study is to investigate the level of quality of health services provided by health units of EOPYY by measuring patient's satisfaction. Additional aim is to highlight the problems and weaknesses in this type of health units and to examine the factors that influence patient's satisfaction.

Sample and Method: The survey was conducted in three health units of EOPYY in Thessaloniki (Toumba, Votsi and Aggelaki) by completing a structured questionnaire. The sample consisted of 194 patients, selected randomly, based on the queue at each clinic, during the period 18/11/2013-27/12/2013. The SERVQUAL model was used, comprising the five dimensions of quality, "Reliability", "Responsiveness", "Assurance", "Empathy" and "Tangibles".

Results: 58.2% of patients evaluated the quality of service as good and 18.6% of patients as very good, while only 3.6% of patients assessed the quality as poor and 0.5% of patients as very poor. The training has been shown to affect the degree of patient's satisfaction and the quality dimension "Tangibles", while the income appears to influence the degree of patient's satisfaction and dimensions of quality "Empathy" and "Tangibles".

Conclusions: The present investigation revealed a high degree of patient's satisfaction concerning services provided to health units EOPYY. The weaknesses were mentioned are no-maintenance of medical history of patients, slow service, lack of available staff, lack of staff's individual attention to patients, lack of modern equipment and the absence of pleasant environment. Unlike, strengths of health units of EOPYY are the kindness of the staff, the knowledge and the confidence it inspires in patients.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα διατριβή θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνεπικούρησαν στη διαδικασία εκπόνησής της. Αρχικά θα ήθελα να εκφράσω τη βαθειά ευγνωμοσύνη και τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή αυτής της διατριβής, κ. Τσιότρα Δ. Γεώργιο, Καθηγητή του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας Θεσσαλονίκης και του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» και ΣΕΠ του ΑΠΚΥ, του οποίου η καθοδήγηση, η βοήθεια και το ενδιαφέρον που υπέδειξε, αποτέλεσαν καθοριστικό και καταλυτικό ρόλο στην ολοκλήρωση της συγκεκριμένης έρευνας.

Επίσης θερμές ευχαριστίες στα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής, κ. Παυλάκη Αντρέα, Επίκουρο Καθηγητή, και κ. Τάλια Μιχαήλ, Λέκτορα, για το χρόνο που διέθεσαν αξιολογώντας τη διατριβή μου, και για τις πολύτιμες υποδείξεις τους.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους Διευθυντές των Μονάδων ΕΟΠΥΥ που επισκέφτηκα, για την έγκριση διεξαγωγής της έρευνάς μου. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον κ. Καραγιάννη Νικόλαο, αναπληρωτή Διευθυντή ΕΟΠΥΥ Τούμπας, τον κ. Δημόπουλο Χρήστο, Διευθυντή ΕΟΠΥΥ Αγγελάκη και τον κ. Ελεμένογλου Ιωσήφ, Διευθυντή ΕΟΠΥΥ Βότση.

Επιπρόσθετα, ευχαριστώ όλους τους ασφαλισμένους των Μονάδων, που αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, η οποία δε θα ήταν εφικτή χωρίς τη δική τους συνδρομή, καθώς και όλο το υγειονομικό προσωπικό για τη φιλοξενία και τη βοήθειά τους στη διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, για τη συνεχή στήριξη, συμπαράσταση και υπομονή που επέδειξαν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρωπαϊκή Ένωση τα τελευταία χρόνια μεταβάλλουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνει παροχές υγείας ο πληθυσμός της χώρας. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η ανάδειξη της υγείας σαν βασικό παράγοντα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους ενός σωστά αναπτυσσόμενου κράτους με κοινωνικό χαρακτήρα (Ιακωβίδου και συν, 2008).

Τόσο η είσοδος του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες υγείας που μέχρι πρότινος αποτελούσαν αποκλειστικότητα του δημοσίου τομέα, όσο και οι αυξανόμενες απαιτήσεις των ασθενών για καλύτερες παροχές υπηρεσιών υγείας, οι οποίες συμβαδίζουν με τη συνεχόμενη άνοδο του βιοτικού επιπέδου των ανθρώπων, καθιστούν απαραίτητη όχι μόνο την έννοια της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και την εφαρμογή προγραμμάτων που εξασφαλίζουν τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Η ποιότητα είναι σημαντική στον τομέα της υγείας και κυρίως στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπου «παράγεται» το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας υγείας, από την πρόληψη και την αγωγή υγείας μέχρι και το πρώτο στάδιο περίθαλψης. Έπειτα πολύ σημαντική είναι η εφαρμογή, από την πλευρά των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, συστημάτων μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών τους, προκειμένου να αποκαλυφθούν τα τρωτά τους σημεία και κατ' επέκταση να είναι σε θέση να τα βελτιώσουν. Στον τομέα της υγείας, ο πιο κατάλληλος για τη μέτρηση και την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ο ίδιος ο χρήστης. Με αυτό τον τρόπο, ο πιο αξιόπιστος και έγκυρος δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών, που παρέχονται από διάφορους οργανισμούς στον τομέα της υγείας είναι η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης του χρήστη – ασθενή.

Σκοπός λοιπόν, της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών. Επιπλέον στόχος είναι να αναδειχθούν τα προβλήματα και οι αδυναμίες που παρουσιάζουν αυτού του είδους οι μονάδες υγείας καθώς και να εξεταστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Τι είναι ποιότητα;

Μεγάλο είναι το ενδιαφέρον τόσο για την ποιότητα των προϊόντων, όσο και για την ποιότητα των υπηρεσιών. Η ανάγκη των επιχειρήσεων να διαφοροποιηθούν και να ξεχωρίσουν σε ένα ιδιαίτερα ανταγωνιστικό περιβάλλον και να κατορθώσουν να προσελκύσουν τους καταναλωτές, καθιστά τον προσανατολισμό τους στην ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών απαραίτητη (Σταυρόπουλος, 2009). Η ποιότητα απασχόλησε αρχικά τον τομέα της βιομηχανικής παραγωγής, έπειτα τον τομέα των υπηρεσιών και αργότερα τον τομέα υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1966. Λάμπρου, 2013).

1.1.1 Ποιότητα προϊόντων και υπηρεσιών

Πλήθος ερευνητών προσπάθησε να προσδιορίσει τον όρο ποιότητα. Με την ευρεία έννοια του όρου, ποιότητα είναι η ανωτερότητα ή η υπεροχή, και επομένως ο καταναλωτής αντιλαμβάνεται την ποιότητα ενός προϊόντος αξιολογώντας το ως προς την ανωτερότητα και την υπεροχή του (Zeithaml, 1988). Ποιότητα κυρίως για τον τομέα της βιομηχανικής παραγωγής, τομέα που αρχικά απασχόλησε η ποιότητα, είναι τα χαρακτηριστικά του προϊόντος που ικανοποιούν δεδομένες προδιαγραφές ή ο βαθμός στον οποίο ένα συγκεκριμένο προϊόν συμμορφώνεται με τις προδιαγραφές του σχεδίου του (Τσιότρας, 1995).

Πιο σημαντικό όμως από τη συμμόρφωση του προϊόντος σε συγκεκριμένες προδιαγραφές είναι το προϊόν να ικανοποιεί τις απαιτήσεις των καταναλωτών. Με άλλα λόγια, μπορεί ένα προϊόν να έχει τα χαρακτηριστικά, που απαιτούν οι προδιαγραφές του σχεδίου του, αλλά να μην ικανοποιεί τις ανάγκες και απαιτήσεις των καταναλωτών, με αποτέλεσμα αυτοί να μην προβούν στην αγορά τους. Προς αυτή την κατεύθυνση σύμφωνα με τον Παπανικολάου (2007) η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως *«μια δυναμική κατάσταση, η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη.»* Δηλαδή ποιότητα είναι όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που συγκεντρώνει ένα προϊόν ή μια υπηρεσία, τα οποία ικανοποιούν ή ξεπερνούν τις προσδοκίες των πελατών (Τσιότρας, 1995).

Άλλοι πελατοκεντρικοί ορισμοί της ποιότητας δόθηκαν, από τον Grosby (1979), σύμφωνα με τον οποίο τα χαρακτηριστικά του προϊόντος δεν θα πρέπει να συμμορφώνονται μόνο στις προδιαγραφές αλλά και στις απαιτήσεις του πελάτη, τον Juran (1988), ο οποίος σύνδεσε την ποιότητα του προϊόντος αφενός με την καταλληλότητά του για χρήση και αφετέρου με την κάλυψη των αναγκών του πελάτη, μέσω της

οποίας επέρχεται η ικανοποίησή του. Κατά τον Feigenbaum (1961) ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών του προϊόντος ή της υπηρεσίας, τα οποία έχουν σχέση με το μάρκετινγκ, την τεχνολογία, την κατασκευή και τη συντήρηση μέσω των οποίων ικανοποιούνται οι προσδοκίες των πελατών.

Τέλος, εκτός από την τεχνική αρτιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, στην ικανοποίηση του πελάτη σημαντικό ρόλο παίζει η εξυπηρέτησή του. Πολλές φορές τα προϊόντα μοιάζουν αρκετά μεταξύ τους και στα μάτια του καταναλωτή ποιοτικότερο είναι το προϊόν εκείνης της εταιρείας, από την έλαβε την καλύτερη εξυπηρέτηση (Σπανός, 1993. Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

1.1.2 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Όπως γίνεται αντιληπτό τόσο η παραγωγή όσο και η διάθεση υπηρεσιών διαφέρει από την παραγωγή και τη διάθεση των προϊόντων. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι υπηρεσίες εμφανίζουν κάποιες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τα προϊόντα. Η άυλη μορφή των υπηρεσιών, ο μηδενικός χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσής τους, δηλαδή η μη δυνατότητα αποθήκευσής τους, η σημαντικότητα τόσο της παρουσίας όσο και της εργασίας του προσωπικού στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών, η ανάγκη μεγαλύτερου βαθμού προσαρμογής των υπηρεσιών στις απαιτήσεις των καταναλωτών, η μεταβλητότητα που παρουσιάζουν καθώς και η φυσική παρουσία του πελάτη κατά τη διάρκεια παροχής των υπηρεσιών, αποτελούν μερικές από τις ιδιαιτερότητές τους και καθιστούν απαραίτητο τον προσανατολισμό και το ενδιαφέρον των οργανισμών παροχής υπηρεσιών στην ποιότητα (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999. Kotler & Keller, 2006).

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών, γιατί εκτός από τις προαναφερθείσες ιδιαιτερότητες παρουσιάζουν και άλλα μοναδικά χαρακτηριστικά. Καταρχάς, οι υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα εξειδικευμένες. Κάθε ασθενής παρουσιάζει το δικό του πρόβλημα υγείας και χρειάζεται εξειδικευμένη θεραπεία. Ακόμη, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η συμπεριφορά όλων των επαγγελματιών υγείας. Λόγω της φύσης των εν λόγω υπηρεσιών απαιτείται από τους γιατρούς άμεση και αποτελεσματική παρέμβαση, έγκαιρη και σωστή διάγνωση, ορθή επιλογή φαρμακευτικής αγωγής, ιδιαίτερη ψυχραιμία, κατανόηση και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. Από το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτείται ταχύτητα, ευγένεια και ετοιμότητα για αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων. Επιπλέον, το άγχος και η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα κατά τη διάρκεια παροχής των υπηρεσιών υγείας. Μια άλλη ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί η ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ ασθενών και γιατρών. Οι ασθενείς

έχουν ελλιπείς γνώσεις για το αντικείμενο σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα, δεν γνωρίζουν επαρκώς την κατάσταση της υγείας τους, τις εναλλακτικές θεραπείες και την αποτελεσματικότητά τους, με αποτέλεσμα αφενός να μην ισχύει η προϋπόθεση ανεξαρτησίας της προσφοράς και της ζήτησης και αφετέρου αυτή η ελλιπής πληροφόρηση δημιουργεί προβλήματα στην αντικειμενική αξιολόγηση των χρηστών για τις υπηρεσίες, που τους προσφέρονται. Τέλος, η αναγκαία χρήση σύγχρονης και υψηλής τεχνολογίας, η αυξημένη γραφειοκρατία και η πολύπλοκη οργάνωση των νοσοκομειακών μονάδων αποτελούν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999. Σταυρόπουλος, 2009. Μαλλιάρου και συν, 2011. Αθανασίου, 2012).

Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας, η ποιότητα αποτελεί μια σύνθετη έννοια και παράλληλα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον εν λόγω τομέα εδώ και πολλά χρόνια (Roberts, 1987). Την αναγκαία και εξέχουσα θέση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας μαρτυρά και το πλήθος των ερευνητών που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα, είτε προσπαθώντας να προσδιορίσουν την έννοια της ποιότητας είτε να μελετήσουν τις πτυχές της. Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν δοθεί για τις υπηρεσίες υγείας είναι πολλοί και αμφιλεγόμενοι, εξαρτώμενοι κάθε φορά ως ένα βαθμό από το άτομο που τους επεξηγεί.

Ένας πρώτος ορισμός δόθηκε από τους Lee και Jones (1933), ορίζοντας την ποιότητα ως την αντανάκλαση των αξιών και των στόχων κάποιου, ανάλογα με το ρόλο που έχει στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης και ευρύτερα στην κοινωνία, της οποίας αποτελεί μέρος. Με άλλα λόγια, η ποιότητα έχει να κάνει με το πως κρίνει κάποιος τις ιδιότητες, τα συστατικά και τις διαστάσεις της ιατρικής φροντίδας (Donabedian, 1966). Επομένως, στην υγεία η ποιότητα ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς ακριβώς αυτού που χρειάζονται και επιθυμούν (Τούντας, 2003). Σύμφωνα με τον Donabedian (1980) ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, αφού ληφθούν υπόψη τα οφέλη και οι απώλειες που εμπεριέχονται σε μια διαδικασία περίθαλψης.

Τον ίδιο χρόνο (1980) ο Thompson ορίζοντας την ποιότητα ως το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή σε όλα τα στάδια της υγειονομικής φροντίδας, από τη διάγνωση μέχρι τη θεραπεία, ως την αποφυγή λαθών και ως την ευαισθητοποίηση και προσοχή τόσο στις ανάγκες του ασθενή όσο και της οικογένειάς του, ενσωματώνοντας την αποτελεσματικότητα και το κόστος των υπηρεσιών, έδωσε έναν πληρέστερο ορισμό.

Συμπερασματικά, από τους παραπάνω ορισμούς προκύπτει ότι η ικανοποίηση του χρήστη-ασθενή έχει το σημαντικότερο ρόλο στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τους Hasin, Seeluangsawat,

και συν. (2001) παρόλο που η υγειονομική περίθαλψη δεν θεωρείται «επιχείρηση», αλλά μια υπηρεσία Κοινωνικής Πρόνοιας, που παρέχεται κυρίως από το δημόσιο τομέα, απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και προσανατολισμό στις ανάγκες των πελατών-ασθενών. Η ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και η υιοθέτηση μιας πελατοκεντρικής πολιτικής, τοποθετώντας τις ανάγκες των πελατών-ασθενών στο επίκεντρο, κρίνονται απαραίτητες αν αναλογιστούμε την είσοδο των ιδιωτικών επιχειρήσεων στον κλάδο της υγείας. Ειδικότερα, η είσοδος των ιδιωτικών επιχειρήσεων μετέτρεψε τον κλάδο της υγείας σε έναν ιδιαίτερα ανταγωνιστικό κλάδο, με αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός νοσοκομείων να συναγωνίζεται για το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας ISO9000 καθώς και για άλλα εργαλεία και τεχνικές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Hasin και συν, 2001).

Ο τεχνοκρατικός ορισμός της ποιότητας στον τομέα της υγείας δόθηκε το 1998 από το U.S. office of technology, σύμφωνα με το οποίο *«ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι ο βαθμός στον οποίο η διαδικασία παροχής ιατρικών φροντίδων αυξάνει τις δυνατότητες επίτευξης του επιδιωκόμενου αποτελέσματος σε επίπεδο βελτίωσης της υγείας του ασθενή, μειώνοντας τις πιθανότητες αρνητικών επιπτώσεων σύμφωνα με τα ισχύοντα στην ιατρική επιστήμη»* (Μανωλιάδης & Δημοπούλου, 2007).

Το 2003, το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου σύνδεσε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας με την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, με την έννοια ότι δεν αρκεί να παρέχεται μόνο ότι χρειαστεί, αλλά να παρέχεται στον κατάλληλο χρόνο, στο άτομο που έχει ανάγκη, με τον ορθό τρόπο, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Όπως γίνεται αντιληπτό από τους παραπάνω ορισμούς η ποιότητα αποτελεί ένα πολυδιάστατο και πολύπλευρο ζήτημα. Αυτό συμβαίνει, γιατί η ποιότητα στο συγκεκριμένο τομέα σχετίζεται με την ικανοποίηση των αναγκών, των επιθυμιών και των απαιτήσεων τριών ομάδων. Οι τρεις αυτές ομάδες αποτελούνται από τους επαγγελματίες υγείας, δηλαδή αυτούς που παρέχουν την υπηρεσία, αυτούς που διαχειρίζονται τις υπηρεσίες υγείας, όπως είναι οι ασφαλιστικοί φορείς, από το κράτος και τέλος από αυτούς που τις χρησιμοποιούν, δηλαδή τους ασθενείς (Camilleri & O' Callaghan, 1998. Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999). Με άλλα λόγια, κάθε μια από αυτές τις ομάδες έχει διαφορετικές απόψεις όσον αφορά, στον ορισμό, στη μέτρηση και κατ' επέκταση στους τρόπους βελτίωσης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας καθιστώντας το θέμα της ποιότητας περισσότερο πολύπλοκο (Camilleri & O' Callaghan, 1998).

Ειδικότερα, οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται την ποιότητα με την έννοια της διασφάλισης της αποτελεσματικότητας του έργου τους. Για να μπορέσουν να ασκήσουν αποτελεσματικά το έργο τους

επιζητούν τόσο την οργανωτική στήριξη, όσο και την υλικοτεχνική υποδομή. Ακόμη, η ικανοποίηση της ανάγκης των επαγγελματιών υγείας να νιώθουν ασφαλείς στο εργασιακό τους περιβάλλον, καθώς και ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη στο πρόσωπο τους, συμβάλλουν στην παροχή από την πλευρά τους ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

Οι ασφαλιστικοί φορείς και η πολιτεία αντιλαμβάνονται την ποιότητα με την έννοια της καλής λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, και κυρίως με τον περιορισμό της σπατάλης των πόρων. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας οδηγεί τόσο στη μείωση του λειτουργικού κόστους των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, όσο και στον περιορισμό των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων, δηλαδή των χρημάτων που δίνονται για την υγειονομική φροντίδα και την περίθαλψη των ασφαλισμένων. Επιπλέον, οι πόροι που εξοικονομούνται από τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μπορούν να διατεθούν σε άλλους σημαντικούς τομείς, όπως είναι η έρευνα (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

Όσον αφορά στις προσδοκίες των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας, αυτές συνομίζονται στην άμεση πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, στην αποτελεσματική αντιμετώπιση από την πλευρά των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν, και στην επαρκή πληροφόρηση. Πιο συγκεκριμένα, οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας επιθυμούν τη χρήση σύγχρονης τεχνολογίας, προκειμένου να επιτευχθεί η έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας τους. Άλλες προσδοκίες των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελούν, η εξασφάλιση ότι το κόστος που απαιτείται για την αντιμετώπιση του υγειονομικού προβλήματος που αντιμετωπίζουν καλύπτεται από το ασφαλιστικό τους ταμείο, ο σεβασμός των δικαιωμάτων τους και οι ανθρώπινες συνθήκες διαβίωσής τους όχι μόνο στους χώρους διαμονής και διατροφής αλλά και στους περιβάλλοντες χώρους των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Με αυτό τον τρόπο, οι χρήστες αξιολογούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους παρέχονται ανάλογα με το κατά πόσο αυτές οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

Επιπλέον, έρευνα των Hasin, Seeluangsawat, και συν. (2001) προσδιόρισε, μέσω συνεντεύξεων σε ασθενείς, την καθαριότητα των χώρων των μονάδων υγείας ως παράγοντα ποιότητας. Ακόμη, όσον αφορά στην υπηρεσία του γιατρού, ως παράγοντες ποιότητας αναφέρθηκαν, η πρόθεση και η προσοχή που δίνει ο γιατρός στο να ακούει τον ασθενή, η μέθοδος διάγνωσης που ακολούθησε ο γιατρός, η θεραπεία, οι εξηγήσεις προς τον ασθενή καθώς και η ευγένεια του γιατρού.

Στην ίδια έρευνα, όσον αφορά στην υπηρεσία του νοσηλευτικού προσωπικού, ως παράγοντες ποιότητας επισημάνθηκαν, η γρήγορη ανταπόκριση, η βοήθεια και η ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού.

Όσον αφορά στο υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου, ως παράγοντες ποιότητας αναφέρθηκαν, η γρήγορη ανταπόκριση στην αίτηση του ασθενή προς την οικονομική υπηρεσία, η ευγένεια του προσωπικού στην οικονομική υπηρεσία, η ευγένεια του προσωπικού στο φαρμακείο, η ύπαρξη προσωπικού για παροχή πληροφοριών, καθώς και οι έγκαιρες και έγκυρες πληροφορίες (Hasin, Seeluangsawat, και συν, 2001).

Ο Maxell (1984) προσδιόρισε ως παράγοντες ποιότητας την προσπελασιμότητα, τη σχετικότητα των αναγκών, την αποτελεσματικότητα, την ισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, την αποδοτικότητα και την κοινωνική αποδοχή του πελάτη-ασθενή.

1.2 Ιστορική Αναδρομή

Η ανάγκη για ποιότητα στον τομέα της υγείας ξεκινά από τα αρχαία χρόνια. Τον 5^ο αιώνα π.Χ. ο Ιπποκράτης διατύπωσε τον πρώτο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας, στον οποίο ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών στους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, η ιπποκρατική εντολή στο γιατρό είναι «ωφελέειν ή μη βλάπτειν». Με αυτό τον τρόπο ο Ιπποκράτης, αφενός εφιστά την προσοχή στους θεραπευτές να μην προξενήσουν κάποιο επιπλέον κακό στον ασθενή, αρκεί το κακό που του προκαλεί η δική του αρρώστια, και αφετέρου προτρέπει τους θεραπευτές να κάνουν ότι καλύτερο μπορούν (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999. Καλλιόλας, Παπαβασιλείου & Συκιώτης, 2006).

Κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου (1853-1856) η Florence Nightingale, η οποία εκείνη την περίοδο εισήγαγε το επάγγελμα της ειδικά εκπαιδευμένης για τον πόλεμο νοσοκόμας, ήταν η πρώτη που εφάρμοσε ποιοτικό έλεγχο. Στην προσπάθειά της να αξιολογήσει τις παρεχόμενες στους τραυματίες υγειονομικές φροντίδες, εφάρμοσε ουσιαστικά ένα πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου. Ειδικότερα, η Florence Nightingale παρατηρούσε και κατέγραφε τη θνησιμότητα των τραυματιών κατά τη διάρκεια της μεταφοράς τους στο νοσοκομείο, κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο, καθώς και κατά τη διάρκεια παραμονής των τραυματιών στο νοσοκομείο έπειτα από χειρουργική επέμβαση. Στη συνέχεια με βάση αυτά τα στοιχεία προχώρησε στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999. Παπανικολάου, 2007. Σταυρόπουλος, 2009).

Τον επόμενο αιώνα και συγκεκριμένα το 1908, ο Groves έπειτα από πολλές έρευνες πρότεινε τη δημιουργία ενός συστήματος ταξινόμησης τόσο των ασθενειών όσο και των χειρουργικών επεμβάσεων. Αυτό το σύστημα θα καθιστούσε εφικτές τις διαχρονικές συγκρίσεις σε επίπεδο θνησιμότητας και σε επίπεδο ανικανότητας (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

Προς την ίδια κατεύθυνση, επτά χρόνια αργότερα (1915), ο Godman, χειρουργός στο γενικό νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, ασχολήθηκε συστηματικά με τον έλεγχο των χειρουργικών επεμβάσεων. Ο Godman είναι ιδιαίτερα γνωστός για την ανάπτυξη ενός πλαισίου αξιολόγησης νοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο ονόμασε «η ιδέα του τελικού αποτελέσματος» (the end result idea). Σύμφωνα με την ιδέα του τελικού αποτελέσματος, τα νοσοκομεία θα έπρεπε να παρακολουθούν τους ασθενείς τους όχι μόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, αλλά και για ένα χρονικό διάστημα μετά τη λήψη του εξιτηρίου τους. Με αυτό τον τρόπο οι γιατροί μπορούσαν να διαπιστώσουν ένα χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση του ασθενή, αν η διάγνωση τους ήταν σωστή, αν η εγχείρηση κρίθηκε πετυχημένη, και αν η αγωγή που ακολουθήθηκε μετά την εγχείρηση ήταν σωστή και βοήθησε τον

ασθενή να επανέλθει. Σε περίπτωση που η εγχείρηση δεν ήταν πετυχημένη ή προέκυπταν μετεγχειρητικά προβλήματα στον ασθενή ή η αγωγή που ακολουθήθηκε δεν ήταν σωστή, γινόταν προσπάθεια να εντοπιστεί η αιτία των προβλημάτων, δηλαδή αν τα προβλήματα που προέκυψαν σχετιζόταν με τον ασθενή, το γιατρό ή το σύστημα. Ακόμη, γινόταν καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης των συγκεκριμένων προβλημάτων, καθώς και προσπάθεια να διορθωθούν και φυσικά να μην επαναληφθούν σε περίπτωση που ήταν δυνατή η πρόληψη τους (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999. Μίχου, 2007. Παπανικολάου 2007).

Στη συνέχεια, ο Abraham Flexner διαπιστώνοντας την άρρηκτη σύνδεση ανάμεσα στην ποιότητα της εκπαίδευσης των γιατρών και στην ποιότητα της παρεχόμενης από αυτούς υγειονομικής φροντίδας, καθιέρωσε πρότυπα για τη λειτουργία των ιατρικών σχολών. Με αυτό τον τρόπο, οι γιατροί θα ήταν σε θέση να παρέχουν πιο ποιοτικές υπηρεσίες στους ασθενείς (Beck, 2004).

Έπειτα από τέσσερις δεκαετίες παύσης των ελέγχων ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, που οφείλεται στη θεαματική εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και έρευνας, οι καταστροφικοί παγκόσμιοι πόλεμοι καθώς και η καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία, οδήγησαν στην επαναφορά της έννοιας της ποιότητας τη δεκαετία του '50. Ειδικότερα, το 1951 ιδρύθηκε στην Αμερική ο εθελοντικός οργανισμός Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), ο οποίος προήλθε από τη συγχώνευση του Προγράμματος Τυποποίησης Νοσοκομείων με παρόμοια προγράμματα του Αμερικάνικου Κολλεγίου Ιατρών (American College of Physicians), της Αμερικάνικης Ένωσης Νοσοκομείων (American Hospital Association), της Αμερικάνικης Ιατρικής Ένωσης (American Medical Association) και της Καναδικής Ιατρικής Ένωσης (Canadian Medical Association). Ο εν λόγω οργανισμός, το 1953, δημοσίευσε τα Πρότυπα για Διαπίστευση των Νοσοκομείων, και σκοπός του ήταν να ελέγχει την καταλληλότητα των νοσοκομείων, έτσι ώστε να τους δοθεί έγκριση να περιθάλπουν τους ασφαλισμένους. Ακόμη, αρμοδιότητες του οργανισμού Joint Commission on Accreditation of Hospitals αποτελούν η εφαρμογή μέτρων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, η διάδοση πληροφοριών, η μέτρηση της απόδοσης και η εφαρμογή των συστάσεων της Δημόσιας Πολιτικής για την υγεία (www.jointcommission.org/about_us/history.aspx).

Τη δεκαετία του '60, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική, στην προσπάθεια να αναβαθμιστούν οι υπηρεσίες υγείας έγιναν μελέτες για τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα (Πελεκίδου, 2010). Επιπλέον, στην προσπάθεια για έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στις εργαστηριακές εξετάσεις, στην κλινική μεταβλητότητα και στις ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι πρώτοι ποιοτικοί έλεγχοι είχαν ως αντικείμενο την αξιοπιστία των ιατρικών εξετάσεων, η οποία επιτυγχάνεται

τόσο με την επανάληψη των ιατρικών εξετάσεων, όσο και με τη σωστή ρύθμιση και τον τακτικό έλεγχο των διαγνωστικών μηχανημάτων, ώστε οι ενδείξεις να μην αποκλίνουν από τις πραγματικές τιμές. Όσον αφορά στην κλινική μεταβλητότητα, η οποία αποτελεί δείγμα κακής πρακτικής και μειώνει την ποιότητα των παρεχόμενων στους ασθενείς υπηρεσιών υγείας, αποτέλεσε αντικείμενο μελετών σχετικών με τη βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας. Στα πλαίσια των ποιοτικών ελέγχων εκτός από τη μείωση της κλινικής μεταβλητότητας, προσπάθεια έγινε για την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών, η συχνότητα των οποίων στα αμερικάνικα νοσοκομεία κυμαινόταν από 2,9% έως 3,7% στο σύνολο των νοσηλευόμενων, ενώ οι μισές από αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες οφείλονταν σε ανθρώπινο λάθος (Τούντας, 2003).

Τη δεκαετία του '70 ο έλεγχος της ποιότητας είχε συνδεθεί, τουλάχιστον στη Β. Αμερική, με το διαχειριστικό αναδρομικό έλεγχο της ιατρικής φροντίδας μέσω επιθεωρήσεων γνωστών και ως Ιατρικών Ελέγχων (Medical Audit). Επιλεγμένοι γιατροί, είτε του νοσοκομείου, είτε εκτός νοσοκομείου, αναλάμβαναν την επιθεώρηση κάποιων ιατρικών φακέλων ασθενών με σκοπό την επισήμανση λαθών του ιατρικού προσωπικού. Οι εν λόγω έλεγχοι όμως ήταν αποσπασματικοί και αναδρομικοί, απουσίαζε η διαμόρφωση προτύπων και η αναζήτηση των λαθών, περιοριζόταν μόνο στο ιατρικό προσωπικό, καθιστώντας τη βελτίωση της ποιότητας ανέφικτη (Τούντας, 2003).

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω αδυναμίες, απαιτείται επαναπροσδιορισμός τόσο της έννοιας όσο και της όλης διαδικασίας των ιατρικών ελέγχων. Έτσι, σύμφωνα με τους McKee, Lauglo και Lessof (1989), σελ. 474 *«ιατρικός έλεγχος είναι η συστηματική κριτική ανάλυση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, στην οποία περιλαμβάνονται οι διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και τη θεραπεία, η χρήση των πόρων, το προκύπτον αποτέλεσμα για παράδειγμα από μια εγχείριση καθώς και η ποιότητα ζωής του ασθενή.»* Επιπλέον, ο έλεγχος αποτελεί ένα συνεχόμενο κύκλο, ο οποίος περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια (McKee και συν, 1989):

1. Παρατήρηση της πρακτικής που εφαρμόζεται
2. Θέσπιση προτύπων
3. Σύγκριση της εφαρμοζόμενης πρακτικής με τα πρότυπα
4. Εφαρμογή των αλλαγών που απαιτούνται
5. Τήρηση της νέας πρακτικής

Η επιδίωξη της ποιότητας πρέπει να είναι εμφανής σε ολόκληρο τον τομέα της υγείας, από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν τα νοσοκομεία και τα εργαστήρια μέχρι τις υπηρεσίες μεμονωμένης φροντίδας. Πλέον η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν αφορά μόνο το ιατρικό προσωπικό, αλλά

ολόκληρο το προσωπικό που εργάζεται στον τομέα της υγείας (Νιάκας, 1993). Επιπρόσθετα, η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών δεν απευθύνεται μόνο στους ασθενείς, αλλά σε ένα ευρύτερο κοινό, το οποίο περιλαμβάνει, εκτός από τους ασθενείς, και τους συγγενείς, τους επισκέπτες και τους εσωτερικούς πελάτες, δηλαδή τους εργαζομένους στην περίπτωση που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Τούντας, 2003).

Οι δεκαετίες του '80 και του '90 χαρακτηρίζονται από μια μεγάλη αλλαγή στον τομέα της υγείας, η οποία περιγράφεται ως η «βιομηχανοποίηση της φροντίδας υγείας» (Παπανικολάου, 2007). Αυτές τις δύο δεκαετίες πολλοί ακαδημαϊκοί και επαγγελματίες ασχολήθηκαν με την ποιότητα στην ιατρική περίθαλψη, δημιουργήθηκαν εθνικά και διεθνή πρότυπα για τη διασφάλιση της ποιότητας και ιδρύθηκαν οργανισμοί με σκοπό την προώθηση της ποιότητας στον τομέα της υγείας (Μίχου, 2007).

Το 1984 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε θέσει ως στόχο, όλα τα κράτη-μέλη μέχρι το 2000 να φροντίσουν, τόσο για τις δομές, όσο και για τις διαδικασίες που εξασφαλίζουν τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την κατάλληλη ανάπτυξη και χρήση των τεχνολογιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο στόχος 31 σκοπό είχε την εφαρμογή στρατηγικών για τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων της περιφέρειας μέσω της παροχής υψηλής ποιότητας υγειονομικών υπηρεσιών. Θέματα όπως οι πολιτικές των υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση των πόρων των υπηρεσιών υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η νοσοκομειακή περίθαλψη, βρίσκονται στο επίκεντρο (WHO, 1993).

Επιπλέον, την ίδια δεκαετία (δεκαετία '80) προωθήθηκε έντονα η έννοια της διασφάλισης της ποιότητας (quality assurance). Η διασφάλιση της ποιότητας ορίζεται ως *«το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές»* (Μέριανου-Μιχαήλ & Ζαχαράκη-Σαββοπούλου, 1993. Τσιότρας, 1995). Στόχος της διασφάλισης ποιότητας είναι να εξασφαλίσει την ποιότητα, τόσο σε όλα τα στάδια της παραγωγής, όσο και στη διάθεση του προϊόντος ή της υπηρεσίας, αποτρέποντας το λάθος (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

Τη δεκαετία του '90 οι οργανισμοί στρέφονται στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί *«ένα σύστημα διοίκησης, βάσει του οποίου επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων»* (Τσιότρας, 1995). Στόχος είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως το Βέλγιο, η Ισπανία, η Ιταλία και η Δανία, έχουν αντιληφθεί τη σημασία της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και έχουν δημιουργήσει εθνικά προγράμματα με στόχο την προώθηση της ποιότητας σε αυτό τον τομέα, ενώ κάποιες άλλες χώρες (Γαλλία, Γερμανία, Ισπανία και Ιταλία) έχουν συμπεριλάβει τη Διασφάλιση της Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και στη νομοθεσία τους (Οικονομοπούλου και συν, 1995. Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

1.3 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα

Στην Ελλάδα, η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό και κατ' επέκταση η δημιουργία προγραμμάτων, με σκοπό την προώθηση της ποιότητας, καθυστέρησε σημαντικά σε σχέση με τις άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Αυτή η καθυστέρηση οφείλεται κυρίως στον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και στη θυελλώδη κατάσταση που επικρατούσε στη χώρα μας μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

Χρειάστηκε να περάσουν αρκετές δεκαετίες για να καθιερωθεί η ισότητα των πολιτών ως προς το αγαθό υγείας, η οποία αναγνωρίστηκε συνταγματικά στη χώρα μας το 1974. Ουσιαστικά, σε μια διαδικασία σταδιακής και προγραμματισμένης υγειονομικής ανάπτυξης η Ελλάδα εισήλθε με το Ν 1397/1983. Σύμφωνα με τον εν λόγω νόμο, το 1983, επί κυβέρνησεως ΠΑΣΟΚ ιδρύεται, έστω και καθυστερημένα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) (Κακαλέτσης και συν, 2013). Όπως προέβλεπε ο ιδρυτικός νόμος του Ε.Σ.Υ., στις βασικές αρχές του συγκαταλέγονται η ευθύνη του κράτους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών, η ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, καθώς και η παροχή υπηρεσιών υγείας μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας. Έπειτα, σύμφωνα με το άρθρο 2, ο διαχωρισμός της χώρας σε εννιά υγειονομικές περιφέρειες συνιστούσε τον αποκεντρωτικό χαρακτήρα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η Υγειονομική Περιφέρεια προβλεπόταν να αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, με τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας, καθώς και με τα περιφερειακά και νομαρχιακά νοσοκομεία. Ακόμη, προβλεπόταν η σύσταση περιφερειακών συμβουλίων υγείας, αρμοδιότητες των οποίων ήταν η γνωμοδότηση σε θέματα προγραμματισμού, η εποπτεία και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους, καθώς και η παρακολούθηση τόσο της απόδοσης λειτουργίας του συστήματος, όσο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας σε περιφερειακό επίπεδο.

Δυστυχώς όμως, όπως αποδείχτηκε αργότερα, όχι μόνο δεν εφαρμόστηκε ποτέ ο αποκεντρωτικός χαρακτήρας, του Εθνικού Συστήματος, αλλά λειτούργησε με ιδιαίτερα συγκεντρωτικό χαρακτήρα (Κακαλέτσης και συν, 2013). Στις επόμενες δεκαετίες που ακολούθησαν παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, και παρακάτω αναφέρονται κάποιες αξιοσημείωτες προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση.

Με το άρθρο 9 του Ν 2519/1997 συνιστάται και λειτουργεί για πρώτη φορά το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας. Οι αρμοδιότητες του συγκεκριμένου Ινστιτούτου, όπως αναφέρονται στο ίδιο άρθρο, είναι οι ακόλουθες:

1. Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας
2. Η στατιστική ανάλυση και η οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και υπηρεσιών υγείας.
3. Ο έλεγχος διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
4. Η χορήγηση πιστοποιητικών και βεβαιώσεων διασφάλισης της ποιότητας για τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα εργαστήρια, τις κλινικές, τα ιατρεία και κάθε μορφής υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αφορούν την επίβλεψη, προστασία και προαγωγή υγείας των εργαζομένων.
5. Τα πορίσματα εξέτασης και αξιολόγησης υποβάλλονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για τις κατά νόμο ενέργειες.
6. Η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και ερευνητικά κέντρα στον τομέα επιστημών υγείας.
7. Η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες, αυτεπάγγελτα ή κατόπιν εντολής του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Την επόμενη δεκαετία, με το Ν 2889/2001 έγινε μια προσπάθεια βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σκοπός ήταν, στο υγειονομικό σύστημα να ληφθούν υπόψη οι νέες ανάγκες που προέκυψαν στο τομέα της υγείας, ενώ παράλληλα στόχος ήταν η εφαρμογή εξ ολοκλήρου της περιφερειακής οργάνωσης του συστήματος υγείας, που αποτελούσε βασική αρχή του ιδρυτικού νόμου του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Με αυτό τον τρόπο οι μεγάλες ανισότητες όσον αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, που παρατηρούνται σε χώρους με γεωγραφική και κοινωνική ενότητα, όπως οι περιφέρειες, θα εξαλειφόταν (Κακαλέτσης και συν, 2013).

Η δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας, που προβλέπονται στο άρθρο 9 του Ν 3235/04, αποτέλεσε σταθμό για τη βελτίωση της ποιότητας στη χώρα μας. Ο ηλεκτρονικός

ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται γι' αυτόν, σε οποιονδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε αυτές τις πληροφορίες έχουν πρόσβαση όλοι οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα να παρέχουν ποιοτικότερες υπηρεσίες. Όσον αφορά στην ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη, αυτή διευκολύνει την πρόσβαση των πελατών – ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, συντελεί στην αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και στην άμεση εξασφάλιση παροχής αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με την υγεία, που αφορούν στον κάτοχο της κάρτας.

Σύμφωνα με το Ν 3329/05, σχετικά με την περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ., προβλέπονται Διευθύνσεις προγραμματισμού και ανάπτυξης πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας με την συγκρότηση ειδικών Τμημάτων. Αρμοδιότητες αυτών των τμημάτων είναι, αφενός ο έλεγχος και η βελτίωση της ποιότητας, και αφετέρου η υποστήριξη των φορέων της περιφέρειας, έτσι ώστε να καταφέρουν να ενταχθούν σε διαδικασίες διαπίστευσης και πιστοποίησης. Με το άρθρο 6 του ίδιου νόμου συγκροτείται Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών και Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας. Η Συντονιστική Επιτροπή του Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας είναι υπεύθυνη για την αξιολόγηση της λειτουργίας των φορέων του, στη βάση ποιοτικών, ποσοτικών και οικονομικών δεικτών. Ακόμη, σχεδιάζει μέτρα για την ανάπτυξη και διαρκή βελτίωση των διαδικασιών οργάνωσης και λειτουργίας των φορέων που εποπτεύει (Τσουνής & Σαράφης, 2012).

Δύο χρόνια αργότερα, με το Ν 3580/07 συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Επιτροπή Προμηθειών Υγείας. Μια από τις αρμοδιότητές της είναι η θέσπιση συστήματος ελέγχου της ποιότητας των πραγματοποιούμενων προμηθειών και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας είναι υπεύθυνη για την κατάρτιση προγράμματος προμηθειών και υπηρεσιών, βάσει διεθνών προτύπων διαχείρισης ποιότητας.

Προς την ίδια κατεύθυνση, με το Ν 3918/11 συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Επιτροπή Προδιαγραφών ως αυτοτελής δημόσια υπηρεσία με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Αρμοδιότητές της αποτελούν ο καθορισμός των ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν, καθώς και των ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων υπηρεσιών για τη σύνταξη των Περιφερειακών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, στις αρμοδιότητές της συγκαταλέγονται η δημιουργία, η τήρηση και η επικαιροποίηση, μέσω ανάθεσης Μητρώου Εγκεκριμένων Προϊόντων και Υπηρεσιών, όπως επίσης Μητρώου Εγκεκριμένων Προμηθευτών και Παρόχων Υπηρεσιών, καθώς και η σύνταξη προδιαγραφών ανά προϊόν και υπηρεσία, και προτύπων ανάλωσης/ανάγκης ανά μονάδα αναφοράς.

Όπως γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω, οι αλληπάλλληλες νομοθετικές παρεμβάσεις, κυρίως την τελευταία δεκαετία, αποδεικνύουν το ενδιαφέρον για την προώθηση και τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Ωστόσο, οι αλλαγές που συμβαίνουν στην Ελλάδα, όπως η οικονομική δυσπραγία που βιώνουμε τα τελευταία χρόνια, τα μνημόνια που μας έχουν επιβληθεί, καθώς και η αδυναμία εφαρμογής των μέτρων που θεσπίζονται, και κυρίως η αδυναμία εφαρμογής ενός ουσιαστικού αποκεντρωτικού συστήματος, δημιουργούν εμπόδια στην εφαρμογή μια αποτελεσματικής πολιτικής ανάπτυξης με γνώμονα την ποιότητα.

1.4 Μέθοδοι Βελτίωσης Ποιότητας

Οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες αναφέρθηκαν σε προηγούμενη ενότητα, καθώς και οι συχνές αλλαγές που υφίστανται, λόγω της γοργής εξέλιξης της τεχνολογίας και της ιατρικής, και των μεταβολών του ασφαλιστικού συστήματος, επιβάλλουν τη συστηματική και συνεχή προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Παρακάτω παρατίθενται τα βασικά χαρακτηριστικά τριών μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, του Ποιοτικού Ελέγχου, της Διασφάλισης Ποιότητας και της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

1.4.1 Έλεγχος Ποιότητας

Η σύγκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με συγκεκριμένες προδιαγραφές αποτελεί μια πρωταρχική μορφή ελέγχου της ποιότητας του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Πράγματι στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ο μηχανικός παραγωγής προκειμένου να ελέγξει την ποιότητα της γραμμής παραγωγής, όριζε κάποιες προδιαγραφές, και οτιδήποτε ήταν εκτός ορίων επανεξεταζόταν ή απομακρυνόταν. Με το πέρασμα των χρόνων οι τεχνικές που βασιζόταν στον έλεγχο της τήρησης των προδιαγραφών των προϊόντων ή των υπηρεσιών εξελίχθηκαν και είναι γνωστές ως Έλεγχος ποιότητας (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999. Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Σύμφωνα με τον Θεοδώρου (1992) παρόλο που είναι πιο δύσκολο να εφαρμοστεί ο Έλεγχος ποιότητας σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με μια επιχείρηση παραγωγής προϊόντων, όρισε τον Έλεγχο ποιότητας ως «*μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει, χωρίς να δημιουργεί καινούρια*».

Στις υπηρεσίες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών ο Έλεγχος ποιότητας κρίνει την ποιότητά τους βάσει της επάρκειας ή της καταλληλότητας, είτε των δομών του συστήματος είτε των διαδικασιών που ακολουθούνται, ή κρίνει βάσει των αποτελεσμάτων υγειονομικών φροντίδων. Ακόμη είναι δυνατό η ποιότητα να μπορεί να κριθεί παράλληλα σε δύο ή σε τρία βασικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας. Ειδικότερα, το πρώτο στάδιο Ελέγχου ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει την αναγνώριση και την καταγραφή των προβλημάτων. Στη συνέχεια λαμβάνεται η απόφαση για το αν χρειάζεται να γίνουν αλλαγές στη δομή, στις διαδικασίες ή στα αποτελέσματα, και έπειτα η απόφαση για το ποια πολιτική θα ακολουθηθεί, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

Όπως γίνεται αντιληπτό, μια αδυναμία του Ελέγχου ποιότητας είναι ότι ο εντοπισμός των προβλημάτων, που πιθανών υπάρχουν στο προϊόν ή στην υπηρεσία, γίνεται εκ των υστέρων, δηλαδή μετά την παραγωγή τους, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το κόστος του οργανισμού. Το κόστος αυξάνεται, γιατί ο οργανισμός αφενός έχει επιβαρυνθεί με ένα ελαττωματικό προϊόν ή υπηρεσία και αφετέρου για την διόρθωση των προβλημάτων απαιτούνται επιπλέον έξοδα (Θεοδώρου, 1992).

1.4.2 Διασφάλιση της Ποιότητας

Σε αντίθεση με τον Ποιοτικό Έλεγχο, η Διασφάλιση της Ποιότητας αποτελεί μια μέθοδο, η οποία εξασφαλίζει εκ των προτέρων την ποιότητα στα προϊόντα και στις υπηρεσίες. Με τον όρο Διασφάλιση της Ποιότητας εννοούμε *«το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές»* (Μέριανου-Μιχαήλ & Ζαχαράκη-Σαββοπούλου, 1993. Τσιότρας, 1995).

Με άλλα λόγια, αν οι προδιαγραφές του σχεδιασμού, της παραγωγής και της διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας είναι σαφείς, ακριβείς, γνωστές, καθώς και πλήρως κατανοητές από όλους όσους συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα Διασφάλισης της Ποιότητας, η εν λόγω μέθοδος μπορεί να διασφαλίσει ότι το συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία δεν θα αποκλίνει από τις προδιαγραφές του (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

Όσον αφορά στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, σκοπός της εφαρμογής ενός προγράμματος Διασφάλισης της Ποιότητας είναι, αφενός να βελτιώσει τις υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς, και αφετέρου να διασφαλίσει ότι όλες οι δραστηριότητες που απαιτούνται για την παροχή της

υπηρεσίας θα εκτελεστούν αποτελεσματικά (Μαλλιαρού, Σαράφης & Ζυγά, 2009). Επομένως η Διασφάλιση της Ποιότητας δεν αφορά μόνο σε τεχνικά θέματα, όπως είναι η λειτουργία του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, αλλά αφορά στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος, ξεκινώντας από τη στελέχωση, τη διοίκηση, την οργάνωση και φτάνοντας ως την κλινική πρακτική, λαμβάνοντας υπόψη πάντοτε τις ανάγκες των ασθενών (Hartmann, 2006. Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Ένα παράδειγμα Διασφάλισης της Ποιότητας στον τομέα της υγείας αποτελεί το πρόγραμμα της Διασφάλισης της Ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα αναφέρεται στη φροντίδα που δέχεται ο ασθενής από τη στιγμή που θα εισέλθει στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μέχρι την έξοδό του από αυτό. Στα πλαίσια του εν λόγω προγράμματος περιλαμβάνονται ειδικά εγχειρίδια, τα οποία περιγράφουν τις πολιτικές και τις διαδικασίες, που είναι σύμφωνες με θεραπευτικά πρωτόκολλα και πρότυπα επείγουσας φροντίδας επαγγελματικών οργανισμών, και θα πρέπει να ακολουθούνται από τους επαγγελματίες υγείας κατά την διάρκεια της εργασίας τους. Ακόμη, περιλαμβάνουν οδηγίες για το πώς πρέπει να γίνεται η μεταφορά του ασθενή, η νοσηλευτική και ιατρική εκτίμηση, η παραπομπή για ιατρικές εξετάσεις, καθώς και η διαδικασία εξόδου. Στο πρόγραμμα Διασφάλισης της Ποιότητας σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ανατροφοδότηση τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από το προσωπικό του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Η ανατροφοδότηση μπορεί να γίνει μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, καταγραφής παραπόνων και επιπέδου ικανοποίησης των υπηρεσιών που έλαβαν (Βότση, 2000. Μαλλιαρού, Σαράφης & Ζυγά, 2009).

Ωστόσο, σύμφωνα με τους Σιγάλα και Αλεξιάδη (1999), τα προγράμματα Διασφάλισης της Ποιότητας που αφορούν στον τομέα της υγείας, εφαρμόζονται κυρίως στον εργαστηριακό τομέα. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι ιδιαιτερότητες των υπηρεσιών υγείας δεν επιτρέπουν τον προσδιορισμό συγκεκριμένων προδιαγραφών, αφού κάθε ασθενής αποτελεί μία εξατομικευμένη περίπτωση. Στον εργαστηριακό τομέα όμως, είναι ευκολότερος τόσο ο προσδιορισμός των προδιαγραφών των εξετάσεων, όσο και ο καθορισμός των προτύπων, ο οποίος γίνεται από επιστημονικές επιτροπές και από εταιρείες που ασχολούνται με την ιατρική.

Συμπερασματικά, η Διασφάλιση της Ποιότητας μπορεί να μην είναι μια μέθοδος η οποία μπορεί να εγγυηθεί τη βελτίωση της ποιότητας ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας, αλλά μπορεί να διασφαλίσει την σταθερότητα της ποιότητας παραγωγής των προϊόντων και των υπηρεσιών, γεγονός σημαντικό για τη βελτίωση της ποιότητας.

1.4.3 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία το 1950 από τον καθηγητή William Edwards Deming και αποτελεί ένα σύστημα διοίκησης, το οποίο εφαρμόζεται τόσο από επιχειρήσεις όσο και από οργανισμούς. Με τον όρο Διοίκηση Ολικής Ποιότητας εννοούμε *«τη φιλοσοφία και το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων που αποσκοπούν στη συνεχή ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη, με ελαχιστοποίηση του κόστους και ενεργοποίηση όλων των εργαζομένων στην επιχείρηση ή στον οργανισμό»* (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999, σελ 78).

Η υιοθέτηση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας από την ανώτατη Διοίκηση μίας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, αποτελεί στρατηγικής σημασίας επιλογή και καθιστά την επιχείρηση ή τον οργανισμό περισσότερο ανταγωνιστικό. Ο δυναμικός χαρακτήρας του εν λόγω συστήματος αποπνέει από τις απαιτήσεις του ίδιου του συστήματος, κάποιες από τις οποίες είναι η συνεχής εκπαίδευση και εκμάθηση νέων τεχνικών από το προσωπικό, καθώς και η επιμονή για συνεχή βελτίωση των προϊόντων και των διαδικασιών. Μέσω της εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας αναζητούνται λύσεις για προβλήματα που έχουν σχέση τόσο με τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ή προϊόντων, όσο και με λειτουργικά θέματα, όπως η οργάνωση των μονάδων παραγωγής, η διανομή των προϊόντων και η μείωση του κόστους παραγωγής (Τούντας, 2003).

Ο κυριότερος στόχος της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι η πλήρης ικανοποίηση τόσο των εξωτερικών όσο και των εσωτερικών πελατών της επιχείρησης ή του οργανισμού (Λογοθέτης, 1992). Εξωτερικοί πελάτες είναι οι καταναλωτές, οι χρήστες των υπηρεσιών, δηλαδή οι τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών, ενώ εσωτερικοί πελάτες είναι οι εργαζόμενοι.

Επιπλέον, η αποτελεσματική εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές (Λογοθέτης, 1992):

Η δέσμευση της ηγεσίας. Τα ανώτατα στελέχη ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης πρέπει να έχουν ως κύριο στόχο τη βελτίωση των προϊόντων ή των υπηρεσιών τους, αλλά και να παρέχουν όλα τα μέσα στους εργαζομένους για να πετύχουν το στόχο.

Επιστημονική γνώση. Οι γνώσεις των εργαζομένων καθώς και η κατάλληλη και συνεχής εκπαίδευσή τους είναι απαραίτητες για την εφαρμογή ενός προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Οι εργαζόμενοι για να είναι σε θέση να παράγουν προϊόντα και υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, θα πρέπει να

αναπτύσσουν τη δημιουργικότητά τους, τις τεχνικές τους δεξιότητες και να εφαρμόζουν νεωτεριστικές ιδέες.

Συμμετοχή όλου του προσωπικού. Για την εφαρμογή ενός ουσιαστικού προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Άλλωστε η λέξη «ολική» αναφέρεται στη συμμετοχή όλων των εργαζομένων στη συνεχή διαδικασία βελτίωσης των προϊόντων ή των υπηρεσιών. Ο κάθε εργαζόμενος ξεχωριστά είναι υπεύθυνος τόσο για τη συνολική ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών, όσο και για την ποιότητα της προσωπικής του εργασίας.

Η υιοθέτηση της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη όσο καιμία άλλη φορά. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας μπορεί να εφαρμοστεί από τους διευθυντές των νοσηλευτικών υπηρεσιών ως εργαλείο για τον εντοπισμό προβλημάτων και τη διαρκή βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχουν. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους McClosely και συν, (1986) σε 16 από τα 41 νοσοκομεία που είχαν εφαρμόσει πρόγραμμα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στα οργανωτικά τους συστήματα, παρατηρήθηκε ικανοποίηση του προσωπικού από την εργασία τους, πρωτοπορία ιδεών, βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ το κόστος νοσηλείας συνέχισε να αυξάνεται, αλλά με μικρότερους ρυθμούς (Σαράφης, Μαλλιαρού & Σωτηριάδου, 2010).

Και στην περίπτωση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, που εφαρμόζουν πρόγραμμα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, βασικός σκοπός είναι η ικανοποίηση των πελατών, είτε είναι εξωτερικοί είτε είναι εσωτερικοί. Ιδιαίτερη όμως βαρύτητα δίνεται στους εσωτερικούς πελάτες, γιατί η ικανοποίηση τους σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ικανοποίηση του τελικού αποδέκτη της υπηρεσίας. Για παράδειγμα, μια κλινική ενός νοσοκομείου αποτελεί εσωτερικό πελάτη του Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, γιατί ζητάει από το τελευταίο να κάνει τις εξετάσεις που απαιτούνται για τους ασθενείς της κλινικής. Ταυτόχρονα, το Μικροβιολογικό Εργαστήριο αποτελεί εσωτερικό πελάτη του φαρμακείου, από το οποίο προμηθεύεται τα αντιδραστήρια, το βαμβάκι και γενικότερα όλα τα υλικά που χρειάζεται, προκειμένου να διενεργήσει τις εξετάσεις των ασθενών της κλινικής του νοσοκομείου. Όπως γίνεται αντιληπτό, δημιουργείται μια αλυσίδα πελατών και οι ασθενείς αποτελούν τους τελικούς αποδέκτες (εξωτερικοί πελάτες) των υπηρεσιών, δηλαδή τον τελευταίο κρίκο της αλυσίδας. Ας υποθέσουμε ότι τα αντιδραστήρια που προμηθεύτηκε το Μικροβιολογικό Εργαστήριο από το Φαρμακείο είναι χαμηλής ποιότητας. Αυτό σημαίνει ότι το Μικροβιολογικό Εργαστήριο θα είναι αρκετά δυσαρεστημένο από το Φαρμακείο, αφού δεν θα είναι σε θέση να κάνει τις εξετάσεις των ασθενών. Η κλινική του νοσοκομείου με τη σειρά της θα είναι δυσαρεστημένη από το δικό της προμηθευτή, δηλαδή από το Μικροβιολογικό Εργαστήριο, γιατί χρειάζεται άμεσα τις εξετάσεις των

ασθενών της, προκειμένου να προχωρήσει στη σωστή διάγνωση του προβλήματος και έπειτα στην κατάλληλη θεραπεία. Η καθυστέρηση αυτή δημιουργεί αρκετά προβλήματα, ειδικά αν αναλογιστούμε ότι πρόκειται για την υγεία κάποιων ανθρώπων. Επομένως, παρόλο που το πρόβλημα ξεκίνησε από τον πρώτο στην αλυσίδα πελατών, αυτοί που είναι περισσότερο δυσαρεστημένοι είναι οι ασθενείς, δηλαδή οι τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, γιατί αυτοί είναι που επηρεάζονται περισσότερο (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999).

Εν κατακλείδι, οι οργανισμοί παροχής υγειονομικών υπηρεσιών πρέπει να αντιληφθούν τα οφέλη των προγραμμάτων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και να προσπαθούν να υιοθετούν τέτοιου είδους προγράμματα. Με αυτό τον τρόπο, θα βελτιώσουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν στους πολίτες, θα γίνουν περισσότερο ανταγωνιστικοί και θα αποτελούν μέλη ενός καλύτερου συστήματος υγείας.

1.5 Η Σημασία Μέτρησης και Αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Μετά την αναφορά που έγινε, τόσο στη σημασία της ποιότητας στους οργανισμούς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, όσο και στις μεθόδους που μπορούν να εφαρμόζουν οι εν λόγω οργανισμοί, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούμε στην αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Άλλωστε ο Royer (1999) θέλοντας να τονίσει τη σημασία της μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είπε «Αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, απλά μην το κάνεις». Σύμφωνα με τον Juran (1992), η ποιότητα απαιτεί ακριβή επικοινωνία μεταξύ των προμηθευτών και των πελατών, η οποία επιτυγχάνεται καλύτερα όταν «εκφράζουμε κάτι με αριθμούς». Προς την ίδια κατεύθυνση, ο Betka (1993) θεωρεί ότι η εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας θα πρέπει να συνοδεύεται από συστήματα και διαδικασίες, που επιτρέπουν τη μέτρηση της ποιότητας και να μην στηρίζεται μόνο σε παράγοντες, όπως η διαίσθηση και η εμπειρική γνώση (Σταυρόπουλος, 2009). Επιπλέον, η μέτρηση της ποιότητας θεωρείται αποτελεσματική, όταν πραγματοποιείται σε όλα τα στάδια, δηλαδή από τη στιγμή που ο ασθενής εισέρχεται σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, μέχρι τη έξοδό του από αυτόν.

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί ότι οι οργανισμοί που διαθέτουν τις κατάλληλες πληροφορίες και έχουν πραγματοποιήσει σωστές μετρήσεις, έχουν ένα συγκριτικό πλεονέκτημα στον τρόπο με τον οποίο

μπορούν να διαχειριστούν τους διαθέσιμους πόρους σε σχέση με αυτούς που δεν διαθέτουν τέτοιου είδους πληροφορίες. Ακόμη, σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Διασφάλισης Ποιότητας (National Committee for Quality Assurance) των ΗΠΑ, βελτίωση της ποιότητας έχει παρατηρηθεί σε οργανισμούς παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών, οι οποίοι παρακολουθούν συστηματικά την ποιότητα, υπολογίζοντας κατάλληλους δείκτες και δημοσιεύοντας τα αποτελέσματά τους. Έπειτα, η εν λόγω επιτροπή επισημαίνει ότι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης που έχουν αντιληφθεί την αναγκαιότητα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών τους, και η εφαρμογή μεθόδων μέτρησης της ποιότητας αποτελεί για χρόνια στρατηγική τους, σημειώνουν μεγαλύτερη απόδοση σε σχέση με οργανισμούς που τα τελευταία χρόνια έχουν υιοθετήσει τη συγκεκριμένη στρατηγική (Μίχου, 2007).

Εφαρμόζοντας λοιπόν οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών τους, μπορούν να εκτιμήσουν κατά πόσο οι προσχεδιασμένοι και προκαθορισμένοι σκοποί τους έχουν επιτευχθεί σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, να εντοπίσουν τις αδυναμίες που ενδεχομένως υπάρχουν στο πρόγραμμα ποιότητας που εφαρμόζουν, να βελτιώσουν τις διαδικασίες που εφαρμόζουν, να σταματήσουν στρατηγικές οι οποίες δεν έχουν αποδώσει, και στο τέλος να αποφασίσουν τη συνέχιση ή τη ριζική αλλαγή του προγράμματος που εφαρμόζουν (Πελεκίδου, 2010).

1.6 Μέθοδοι Μέτρησης και Αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Η μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες, και πολύ περισσότερο στις υπηρεσίες υγείας, παρουσιάζει δυσκολίες λόγω των ιδιομορφιών που έχουν οι υπηρεσίες από τη φύση τους. Η πολυπλοκότητα και η πολυμορφία των υπηρεσιών υγείας καθιστά δύσκολη τη μέτρηση και την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών τους. Παρόλο τις δυσκολίες αυτές, υπάρχουν κάποιες μέθοδοι, οι οποίες έχουν εφαρμοστεί κατά καιρούς προκειμένου να γίνει αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας στον τομέα της υγείας.

1.6.1 Αξιολόγηση βάσει Δεικτών

Μια μέθοδος αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελούν οι δείκτες αξιολόγησης. Ειδικότερα, οι δείκτες αξιολόγησης είναι εργαλεία τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση των στοιχείων που συνθέτουν την ποιότητα, την ανάλυση και τέλος την εξαγωγή συμπερασμάτων για την απόδοση μιας συγκεκριμένης υγειονομικής μονάδας (Φαραντζιάν, 2007). Με άλλα λόγια, αυτοί οι δείκτες είναι καθορισμένα και μετρήσιμα στοιχεία, που προσφέρονται για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Weiberg, 2001). Επιπλέον, οι δείκτες είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση, τόσο μεταξύ τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας (Τσουκαλάς & Παπακωστίδη, 2012). Οι δείκτες αξιολόγησης πρέπει να είναι έγκυροι και αξιόπιστοι, αφενός για την εξαγωγή ορθών συμπερασμάτων και αφετέρου για να είναι επιτρεπτή η σύγκριση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ιατρών και οργανισμών (Φαραντζιάν, 2007. Πελεκίδου, 2010).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει κατηγοριοποιήσει τους δείκτες αξιολόγησης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον τομέα της υγείας, στις παρακάτω πέντε κατηγορίες:

- Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
- Δείκτες επιπέδου υγείας πληθυσμού
- Δείκτες παροχής υπηρεσιών υγείας
- Δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες

Όπως γίνεται αντιληπτό, υπάρχουν πολλοί δείκτες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αξιολογήσουν γενικά την κατάσταση της υγείας που επικρατεί σε μια χώρα, αλλά και ειδικοί δείκτες, όπως στην περίπτωση της αξιολόγησης των υπηρεσιών που προσφέρονται από οργανισμούς υγειονομικών υπηρεσιών και υγειονομικής περίθαλψης. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική αξιολόγηση και την εξαγωγή ορθών συμπερασμάτων είναι η επιλογή των κατάλληλων δεικτών κάθε φορά.

Για παράδειγμα, αν θέλουμε να μετρήσουμε την απόδοση μίας υγειονομικής μονάδας, ως δείκτες αξιολόγησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν η μέση διάρκεια νοσηλείας του ασθενή, η μέση κάλυψη κλινών, το ποσοστό μείωσης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, καθώς και το ποσοστό μείωσης των επανεισαγωγών (Φαραντζιάν, 2007).

Εν κατακλείδι, οι δείκτες αξιολόγησης αποτελούν μια μέθοδο που συνεισφέρει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Μπορεί οι εν λόγω δείκτες να μην μπορούν να δώσουν λύσεις, αλλά βοηθούν, αφού μπορούν να εντοπίσουν τις αδυναμίες και τα προβλήματα που υπάρχουν στον τρόπο με τον οποίο προσφέρονται οι υπηρεσίες σε έναν οργανισμό του τομέα της υγείας.

1.6.2 Αξιολόγηση βάσει Κριτηρίων

Ένα άλλο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας αποτελούν τα κριτήρια, τα οποία τίθεται εκ των προτέρων από τον αρμόδιο κρατικό ή ιδιωτικό φορέα σε συνεργασία με το ιατρικό σώμα (Θεοδώρου, 1992). Ουσιαστικά τα κριτήρια αυτά καθορίζουν ποιο θα έπρεπε να είναι το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, οπότε γίνεται ο καθορισμός των προτύπων και στη συνέχεια βάσει αυτών γίνεται η αξιολόγηση της πραγματικής κατάστασης που επικρατεί στις διάφορες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999). Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), τα κριτήρια είναι τριών ειδών, αφορούν είτε στη δομή του συστήματος, είτε στις διαδικασίες που εφαρμόζονται, είτε στα αποτελέσματα.

Τα δομικά κριτήρια χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της δομής του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας και αφορούν στις εγκαταστάσεις, στον εξοπλισμό και στο ανθρώπινο δυναμικό του εκάστοτε οργανισμού. Ειδικότερα, διερευνάται αν επαρκούν οι κλίνες, εξετάζεται σε τι κατάσταση βρίσκονται οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός, δηλαδή όλα αυτά που συνιστούν την υλικοτεχνική δομή του οργανισμού. Επιπλέον, εξετάζεται αν επαρκεί το ανθρώπινο δυναμικό να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της δουλειάς, καθώς και αν είναι σωστά κατανομημένο.

Τα κριτήρια των διαδικασιών χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των διαδικασιών παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών. Με αυτά τα κριτήρια αξιολογούνται όλες οι διαδικασίες που πραγματοποιούνται από τη στιγμή που θα εισέλθει ο ασθενής στη μονάδα υγείας, μέχρι την στιγμή που θα φύγει από αυτή. Τα κριτήρια αυτά περιλαμβάνουν την καταλληλότητα της ιατρικής περίθαλψης, την ύπαρξη ή όχι του ιστορικού των ασθενών, τις διαγνωστικές εξετάσεις, την ύπαρξη ή όχι συντονισμού και συνέχειας κατά την φροντίδα των ασθενών.

Τα κριτήρια των αποτελεσμάτων χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της υγειονομικής φροντίδας. Έχουν σχέση με την έκβαση της κατάστασης των ασθενών, δηλαδή με το αν η

κατάσταση της υγείας τους βελτιωθεί, παραμένει σταθερή ή επιδεινωθεί. Πολλές φορές, επειδή ο προσδιορισμός των αποτελεσμάτων είναι δύσκολος και η έκβαση του αποτελέσματος μπορεί να επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες πέραν της ιατρικής φροντίδας, συνιστάται τα κριτήρια αυτά να χρησιμοποιούνται με προσοχή (Σιγάλας & Αλεξιάδης, 1999. Πελεκίδου, 2010).

1.6.3 Αξιολόγηση βάσει Ικανοποίησης των χρηστών

Ένας από τους συνήθεις τρόπους αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών (Ware, 1983. Ford, 1997. Καμπάντα & Νιάκας, 2004. Μαλλιαρού, 2009. Πίνη και συν, 2009. Αναγνωστοπούλου και συν, 2012). Παρόμοια, στις υπηρεσίες υγείας ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος δείκτης διερεύνησης της ποιότητας αποτελεί ο δείκτης μέτρησης ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Σταυρόπουλος, 2009). Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι ο χρήστης των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει τον κεντρικό ρόλο και αποτελεί το κυρίαρχο σημείο στήριξης. Άλλωστε στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας η ικανοποίηση και η κάλυψη των προσδοκιών του χρήστη είναι θεμελιώδη ζητήματα για τη βιωσιμότητά τους (Κωσταγιόλας, Πλατής και συν, 2006).

Η ικανοποίηση του ασθενή ως προς τις υπηρεσίες υγείας που δέχεται μετριέται με ειδικά ερωτηματολόγια κατά την έξοδο του ασθενή από τη Μονάδα Υγείας. Ειδικότερα, ο ασθενής έχει την δυνατότητα μέσω του ερωτηματολογίου να εκφράσει τις απόψεις του, τις παρατηρήσεις του, καθώς και να κάνει προτάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που δέχτηκε από την Μονάδα Υγείας που επισκέφτηκε (Τούντας, 2003). Με αυτό τον τρόπο, πραγματοποιείται η μέτρηση της εμπειρίας των ασθενών, η οποία είναι πολύ σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μαλλιαρού, 2009).

Το να γνωρίζει ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, αφενός στο κύρος και στην αξιοπιστία του οργανισμού, και αφετέρου στην εργασία των επαγγελματιών υγείας. Το κύρος και η αξιοπιστία του οργανισμού αυξάνονται λόγω των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των ικανοποιημένων ασθενών-πελατών και του οργανισμού. Σύμφωνα με μελέτες, κάθε πελάτης που μένει ικανοποιημένος από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, θα μιλήσει για αυτή τη θετική του εμπειρία σε άλλα τρία άτομα, ενώ ένας δυσαρεστημένος πελάτης θα εκφράσει τη δυσαρέσκεια και τα παράπονα του σε άλλα έντεκα άτομα! (Τούντας, 2009). Επιπλέον, η ικανοποίηση των χρηστών διευκολύνει την εργασία των επαγγελματιών υγείας, αφού οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι

περισσότερο συνεργάσιμοι, με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο πιθανό να συμμορφωθούν με τις ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες (Κωσταγιόλας και συν, 2008).

Επιπρόσθετα, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1988), αφού μέσω αυτής εντοπίζονται τα προβλήματα καθώς και οι τομείς που δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών (Κωσταγιόλας και συν, 2008). Πιο συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι το σημαντικότερο ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών διαδραματίζουν οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας. Το πραγματικό ενδιαφέρον για τους ασθενείς, η επικοινωνία και η συναίσθηση, αποτελούν το βασικότερο παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών (Σιγάλας, 1999. Ραφτόπουλος, 2002. Μαλλιαρού, 2009).

Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι θεωρούν ότι η μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας δε θα πρέπει να γίνεται με τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών. Οι υποστηρικτές της εν λόγω άποψης θεωρούν ότι οι ασθενείς δε διαθέτουν τις γνώσεις για να κρίνουν αποτελεσματικά, ουσιαστικά δε γνωρίζουν τι πραγματικά χρειάζονται, νιώθουν ότι εξαρτώνται από τους γιατρούς και δεν απαντούν με ειλικρίνεια, και τέλος η κακή σωματική τους κατάσταση ενδεχομένως επηρεάσει την κρίση τους (Ovretveit, 1992. Τούντας 2009).

1.6.4 Αξιολόγηση βάσει Ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας

Εκτός από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η μέτρηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί σημαντικό μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας των εν λόγω υπηρεσιών (Ιακωβίδου και συν, 2008).

Οι οργανισμοί παροχής υγειονομικής φροντίδας είναι εντάσεως εργασίας, και η απόδοση τους καθώς και η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τους ανθρώπινους πόρους (Τούντας, 2009). Άλλωστε, οι εργαζόμενοι είναι αυτοί που καλούνται να εξυπηρετήσουν τους ασθενείς και να υλοποιήσουν τις πολιτικές και τις διαδικασίες, σύμφωνα με τα οριζόμενα πρότυπα ποιότητας (Μάρκοβιτς & Μοναστηριάδου, 2011).

Επομένως το ανθρώπινο δυναμικό είναι πολύτιμο για τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να γίνεται σωστή επιλογή προσωπικού, το προσωπικό να κατανέμεται ορθά στους διάφορους τομείς εργασίας, αλλά και να νιώθει ικανοποιημένο από την εργασία του (Τούντας,

2009). Μόνο αν το ανθρώπινο δυναμικό νιώθει ικανοποιημένο από την εργασία του θα μπορέσει να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες από τις οποίες θα μείνουν ευχαριστημένοι οι ασθενείς.

Τέλος, η μέτρηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας μπορεί να γίνει, όπως και στην περίπτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών, με τη σύνταξη ενός ερωτηματολογίου, που περιλαμβάνει παράγοντες όπως το εργασιακό περιβάλλον, τις οικονομικές αποδοχές, το κλίμα μεταξύ των συναδέλφων, τις ευκαιρίες κατάρτισης και ανέλιξης κ.α.

1.6.5 Αξιολόγηση βάσει του μοντέλου SERVQUAL

Το μοντέλο SERVQUAL αναπτύχθηκε από τους Parasuraman, Zeithaml και Berry (1985) και βασίζεται στις προσδοκίες καθώς και στη διάψευση των προσδοκιών (Parasuraman και συν, 1985. Λαζάρου 2005. Κωσταγιόλας και συν, 2006). Το συγκεκριμένο μοντέλο προέκυψε από έρευνα που διεξήχθη σε τέσσερις εταιρείες παροχής υπηρεσιών με αντικείμενα τραπεζικές υπηρεσίες, πιστωτικές κάρτες, χρηματιστηριακούς τίτλους και επισκευή-συντήρηση προϊόντων (Parasuraman και συν, 1985). Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε και σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, και συγκεκριμένα σε νοσοκομεία των ΗΠΑ και της Μεγάλης Βρετανίας (Carman, 1990. Babakus & Mangold, 1992. Tomes & Chee Peng Ng, 1995), καθώς και σε οργανισμό παροχής υπηρεσιών γενικής ιατρικής της Μεγάλης Βρετανίας (White, Robertson & Lewis, 1993). Επομένως, η κλίμακα SERVQUAL μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και κατ' επέκταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με το μοντέλο SERVQUAL, η ποιότητα των υπηρεσιών μετριέται συγκρίνοντας τις αντιλήψεις με τις προσδοκίες και ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ των αντιλήψεων (perceptions) και των προσδοκιών (expectations) των χρηστών (Κωσταγιόλας και συν, 2006). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι ίδιοι ερευνητές (σελ.604) *«η παράμετρος προσδοκίες των χρηστών αποκτά αυξημένη σημασία για την αποδοχή των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους χρήστες και την τελική δοθείσα αξία στο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.»*

Επιπλέον, η προσδοκία αποτελεί μια σύνθετη έννοια και μπορεί να χρησιμοποιηθεί με δύο τρόπους. Η πρώτη αφορά στο τι περιμένουν οι χρήστες-ασθενείς να συναντήσουν σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει ένας οργανισμός (Oliver, 1996), ενώ η δεύτερη αφορά στο τι θα ήθελαν οι χρήστες να συναντήσουν, όταν επισκέπτονται έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή με τη δεύτερη

προσέγγιση της έννοιας «προσδοκία» οι χρήστες διαμορφώνουν την ιδανική κατάσταση για αυτούς, αξιολογώντας με το μέγιστο δυνατό βαθμό της κλίμακας το επίπεδο των προσδοκιών τους (Tomes & Chee Peng Ng, 1995).

Στην έρευνα των Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988) προσδιορίστηκαν οι δέκα διαστάσεις του μοντέλου, οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα μίας υπηρεσίας: η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η ικανότητα, η πρόσβαση, η ευγένεια, η επικοινωνία, η ασφάλεια, η εγκυρότητα, η κατανόηση του πελάτη και τα απτά χαρακτηριστικά. Η κάθε διάσταση περιελάμβανε περίπου δέκα προτάσεις προσδιορισμού. Στη συνέχεια, για την μέτρηση της κάθε διάστασης χρησιμοποιήθηκε επταβάθμια κλίμακα Likert της μορφής «συμφωνώ απόλυτα-διαφωνώ απόλυτα» και υπολογίστηκε ο συντελεστής Coefficient a μέσω παραγοντικής ανάλυσης, προκειμένου να αφαιρεθούν οι προτάσεις που δεν είχαν μεγάλο βάρος στον εκάστοτε παράγοντα. Μετά από αυτή την διαδικασία κατέληξαν σε πέντε διαστάσεις της ποιότητας μιας υπηρεσίας και συνολικά σε 22 προτάσεις προσδιορισμού αυτών των διαστάσεων. Τις πέντε διαστάσεις αποτελούσαν τα απτά χαρακτηριστικά, η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η διασφάλιση και η συναισθηματική κατανόηση ή ενσυναίσθηση (Λαζάρου, 2005).

Όσον αφορά στη διάσταση «απτά χαρακτηριστικά», αυτά περιλαμβάνουν τον πάγιο εξοπλισμό, τους διατιθέμενους χώρους, τις υποδομές, την καθαριότητα, την εικόνα του προσωπικού και θέματα επικοινωνίας (Κέφης, 2005. Λαζάρου, 2005).

Όσον αφορά στη διάσταση της ποιότητας «αξιοπιστία», περιλαμβάνει τη συνέπεια της απόδοσης του οργανισμού παροχής υπηρεσιών (Buttle, 1994). Με άλλα λόγια αφορά στη διασφάλιση ότι η υπηρεσία θα παρέχεται με ορθό τρόπο από την πρώτη στιγμή, και στην ικανότητα του οργανισμού να παρέχει τις υπηρεσίες που υπόσχεται με ακρίβεια (Buttle, 1994. Λαζάρου, 2005, Χαραυγή, 2011).

Όσον αφορά στη διάσταση «ανταπόκριση», αυτή συνιστά την προθυμία και την ετοιμότητα των εργαζομένων του οργανισμού παροχής υπηρεσιών να εξυπηρετήσουν τον πελάτη και να του προσφέρουν όλες τις υπηρεσίες. Δηλαδή την ανταπόκριση των εργαζομένων στις απαιτήσεις των πελατών (Buttle, 1994. Κέφης, 2005. Λαζάρου, 2005).

Όσον αφορά στη διάσταση «διασφάλιση», αυτή έχει σχέση με την ασφάλεια, την εμπιστοσύνη, την τιμότητα που εμπνέει το προσωπικό του οργανισμού παροχής υπηρεσιών στους πελάτες. Όλα αυτά προέρχονται από τις γνώσεις, τις εμπειρίες, την εκπαίδευση και την ικανότητα του προσωπικού (Buttle, 1994. Κέφης, 2005. Λαζάρου, 2005).

Όσον αφορά στη διάσταση «συναισθηματική κατανόηση» ή «ενσυναίσθηση», αυτή συνιστά την εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών στους χρήστες-ασθενείς. Δηλαδή το προσωπικό πρέπει να αφουγκράζεται τις διαφορετικές ανάγκες των ασθενών και να παρέχει την κατάλληλη φροντίδα στον κάθε ασθενή ξεχωριστά (Κέφης, 2005. Λαζάρου, 2005).

Το μοντέλο SERVQUAL έχει δύο φάσεις, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και μεμονωμένα. Η πρώτη φάση διερευνά τους παράγοντες που συντελούν στην ικανοποίηση των πελατών, ενώ η δεύτερη φάση μετρά το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των πελατών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Χαραυγή, 2011). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Youssef και συν. (1995) αποτελεί ένα πολύ καλό εργαλείο για τη μέτρηση της λειτουργικής ποιότητας, ενώ η μέτρηση της τεχνικής διάστασης της ποιότητας δεν μπορεί να γίνει με τη χρήση τέτοιου είδους εργαλείων.

Μια χρησιμότητα του μοντέλου είναι ότι μέσω της διερεύνησης του βαθμού της ποιότητας ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών γενικά, και ενός οργανισμού παροχής υγειονομικής φροντίδας ειδικότερα, μπορούν να εντοπιστούν και οι αδυναμίες του εκάστοτε υπό μελέτη οργανισμού, με αποτέλεσμα να είναι ευκολότερη η διόρθωση των προβλημάτων και κατ' επέκταση η βελτίωση της ποιότητας. Επίσης, είναι δυνατή και η σύγκριση διαφορετικών ομάδων και τμημάτων μίας υπηρεσίας (Wisniewski, 2001. Reindbach & Sandifer-Smallwood, 1990).

Ένα άλλο πλεονέκτημα του μοντέλου είναι η δυνατότητα διαχωρισμού των πελατών ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνονται την ποιότητα μίας υπηρεσίας βάσει των σκορ εκτίμησής τους, σε υψηλής, μέτριας και χαμηλής εκτίμησης της ποιότητας. Έπειτα από αυτή την κατηγοριοποίηση είναι δυνατός ο εντοπισμός των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της κάθε κατηγορίας, τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη από τη διοίκηση του εκάστοτε οργανισμού (Λαζάρου, 2005).

Εκτός από τους υποστηρικτές του μοντέλου SERVQUAL που αντιλαμβάνονται τα πλεονεκτήματα και τη χρησιμότητά του, υπάρχουν ορισμένοι επικριτές του μοντέλου που έχουν αντίθετη άποψη. Πιο συγκεκριμένα, οι Babakus και Boller (1992) υποστηρίζουν ότι δεν είναι σαφές αν το μοντέλο SERVQUAL μπορεί να μετρήσει μια σειρά από διαφορετικές δομές ή μια μόνο πιο αφηρημένη μεταβλητή. Ακόμη, οι Cronin και Taylor (1992) μετά από μια δοκιμή του μοντέλου SERVQUAL σε τέσσερα τμήματα μιας επιχείρησης παροχής υπηρεσιών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το μοντέλο των πέντε διαστάσεων της ποιότητας που πρότειναν οι Parasuraman, Zeithaml και Berry δεν επιβεβαιώθηκε. Τέλος, ο Carman (1990) επισήμανε ότι το εν λόγω μοντέλο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις υπηρεσίες και κάθε φορά απαιτείται κατάλληλη προσαρμογή.

1.7 Έρευνες Αξιολόγησης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στον Ελλαδικό χώρο έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών. Αρκετές έρευνες έχουν διεξαχθεί σε διάφορους οργανισμούς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίοι ανήκουν είτε στην πρωτοβάθμια, είτε στη δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας.

Οι ερευνητές Τούντας, Λουπατατζίδης και Χουλιάρα (2003) θέλησαν να μετρήσουν το βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Η έρευνα διεξήχθη σε τέσσερις μεγάλες μονάδες υγείας του ΙΚΑ στην Αθήνα. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι το 51% των χρηστών των υγειονομικών υπηρεσιών του ΙΚΑ αξιολογεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες ως καλές ή πολύ καλές, ενώ το 13,8% ως κακές ή πολύ κακές. Τα αποτελέσματα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη σημαντικής βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός της έρευνας των Καμπάνταη και Νιάκα (2004) ήταν η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα, καθώς και η διερεύνηση των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν υψηλή ικανοποίηση των ασθενών στους τομείς της υποδομής, των διοικητικών υπηρεσιών και ακόμη περισσότερο στο κλινικό έργο. Επιπλέον, από την έρευνα προέκυψε ότι το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών επηρεάζεται, τόσο από τον τόπο διαμονής, όσο και από το επίπεδο εκπαίδευσής τους. Με άλλα λόγια, οι ασθενείς που διαμένουν στην ύπαιθρο σημείωσαν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης, όπως και τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.

Προς την ίδια κατεύθυνση, σε έρευνά τους, οι Αναγνωστοπούλου, Σίσκου και Γαλάνης το 2009, μέτρησαν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών του Κέντρου Υγείας Αταλάντης με απώτερο σκοπό την ανάδειξη αδυναμιών και ελλείψεων που παρουσιάζει το συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς του Κέντρου Υγείας της Αταλάντης φαίνεται να είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που προσφέρει το εν λόγω Κέντρο Υγείας, αφού το 90% δήλωσε μέτρια έως και πολύ ικανοποιημένο από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, οι ασθενείς φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την αριθμητική επάρκεια του προσωπικού (το αντίστοιχο ποσοστό ικανοποίησης είναι 64,6%), και από την ξενοδοχειακή υποδομή με ποσοστό ικανοποίησης 75%. Ακόμη, βρέθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση των ασθενών από

την ξενοδοχειακή υποδομή, αφού άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έμειναν περισσότερο ικανοποιημένα από αυτή τη διάσταση της ποιότητας.

Ακόμη ένα Κέντρο Υγείας αγροτικής περιοχής αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών. Στην εν λόγω έρευνα χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο SERVQUAL και εκτιμήθηκαν οι πέντε διαστάσεις του. Από την έρευνα προέκυψε ότι η διάσταση «διασφάλιση» όχι μόνο κάλυπτε τις προσδοκίες των ασθενών, αλλά τις ξεπερνούσε. Αντίθετα για τις διαστάσεις «αξιοπιστία» και «συναισθηματική κατανόηση», η πραγματική κατάσταση που επικρατούσε στο Κέντρο Υγείας ήταν κατώτερη των προσδοκιών των χρηστών, τονίζοντας για ακόμη μια φορά τη σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Τέλος η έλλειψη καθαριότητας του χώρου, ο χρόνος αναμονής για την εξέταση, καθώς και η μη τήρηση ιστορικού των ασθενών επισημάνθηκαν ως αδυναμίες (Χαραυγή, 2012).

Μία επιπλέον έρευνα που αφορά στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αυτή τη φορά στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ» κατά την πρωινή τους λειτουργία, διεξήχθη από τους Πίνη, Σαράφη και συν (2009). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στα συγκεκριμένα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα, αφού η πλειοψηφία των ασθενών (87%) νιώθει ικανοποιημένη/απόλυτα ικανοποιημένη από τις υπηρεσίες που της προσφέρθηκαν. Η ικανοποίηση των ασθενών προέρχεται κυρίως από τις υπηρεσίες, που παρέχονται από τους γιατρούς και αφορούν τόσο στη συμπεριφορά τους, όσο και στην επιστημονική τους επάρκεια. Από την άλλη πλευρά, πηγή δυσαρέσκειας των ασθενών αποτελούν η στενότητα του χώρου των ιατρείων και η μεγάλη αναμονή για το κλείσιμο των ραντεβού. Τέλος, όπως επισημαίνουν οι ερευνητές της εν λόγω έρευνας, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών.

Όσον αφορά στη δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας, έρευνα των Κυριόπουλου, Γεωργούση και Γεννηματά (1994) σε δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια του λεκανοπεδίου της Αθήνας, διαπίστωσε ότι το 30,9% των ερωτηθέντων ήταν πολύ ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας τόσο των νοσοκομείων του ΕΣΥ όσο και των ιδιωτικών νοσοκομείων, ενώ το 46,4% ικανοποιημένο (Ιακωβίδου και συν, 2008).

Την επόμενη δεκαετία, η Λαζάρου (2005) επιχείρησε τη σύγκριση της ποιότητας ενός δημόσιου και ενός ιδιωτικού νοσοκομείου. Ένα από τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών του ιδιωτικού νοσοκομείου είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη του δημόσιου νοσοκομείου, και υπάρχει σημαντική διαφορά στο συνολικό επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών μεταξύ των ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων.

Επιπρόσθετα, έρευνα της Καλογεροπούλου (2011) σκοπό είχε τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έξι γενικών δημόσιων νοσοκομείων της Αθήνας, καθώς και την εκτίμηση του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της πραγματικής απόδοσης των νοσοκομείων. Σε γενικές γραμμές, η πλειονότητα των χρηστών είναι ικανοποιημένη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών δεν έμεινε ικανοποιημένο από το ιατρικό προσωπικό, όσον αφορά στην ενημέρωση που τους παρείχε για το πρόβλημα υγείας τους, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ακόμη, οι περισσότεροι ασθενείς εξέφρασαν ως παράπονα τις συνθήκες καθαριότητας, διαμονής και της ποιότητας του φαγητού του νοσοκομείου, καθιστώντας τις συνθήκες στέγασης, υγιεινής και σίτισης ως τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική εικόνα των νοσοκομείων.

Σε ένα ακόμη τμήμα του νοσοκομείου, στο οποίο διερευνήθηκε η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός νοσοκομείου της Λευκωσίας. Και σε αυτή την περίπτωση, η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σημείωσε υψηλό ποσοστό (67%), ενώ μόλις το 1% αξιολογεί τις υπηρεσίες ως καθόλου ικανοποιητικές. Από την άλλη πλευρά, η έρευνα έδειξε ως αδύναμο σημείο του συγκεκριμένου τμήματος την επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του προσωπικού. Ειδικότερα, οι ασθενείς ήταν δυσαρεστημένοι τόσο από τις εξηγήσεις που τους δόθηκαν για την διάγνωση του προβλήματός τους, όσο και για τις εξηγήσεις σχετικά με τη θεραπεία τους. Έπειτα, άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (Αθανασίου, 2012).

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα σε έρευνα αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα Γενικού Νοσοκομείου της Κύπρου. Γενικά, οι ασθενείς δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη συνολική ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα του νοσοκομείου, αφού οι προσδοκίες τους εκπληρώθηκαν. Δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς και άλλοι παράγοντες, όπως η μέθοδος συλλογής πληροφοριών, η πορεία της ασθένειας, η διάρκεια νοσηλείας και η κατάσταση της υγείας, φάνηκε να επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης (Λάμπρου, 2013).

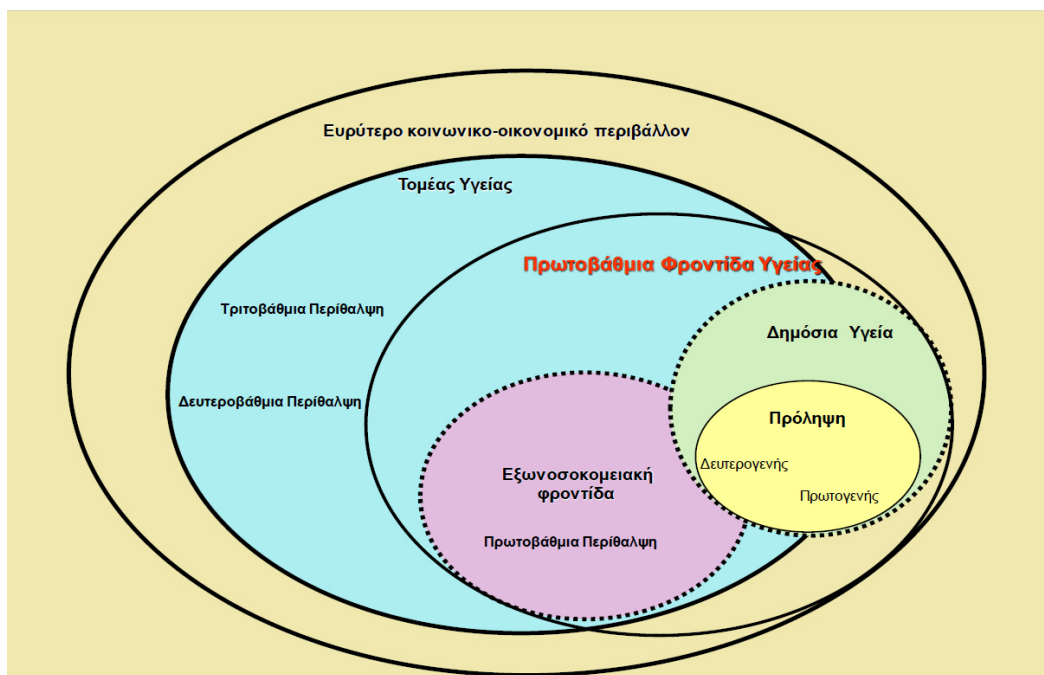
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η έννοια και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ο όρος πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος. Η πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας χωρίζεται θεωρητικά σε δύο επιμέρους κατηγορίες, στην πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, και στην πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη. Στην πραγματικότητα όμως, είναι δύσκολο να διακρίνουμε αυτές τις δύο κατηγορίες και πολλές φορές χρησιμοποιούνται ως μία έννοια (Κυριόπουλος, 1995). Άλλωστε σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2010) η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ο δεύτερος «κυλίσκος», στον οποίο στηρίζεται η σωστή λειτουργία της νοσοκομειακής φροντίδας. Είναι ο τομέας, όπου «παράγεται» το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας υγείας, από την πρόληψη και την αγωγή υγείας μέχρι και το πρώτο στάδιο περίθαλψης, που περιλαμβάνει τη διάγνωση και την παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης και της φαρμακευτικής φροντίδας. Στην παρούσα εργασία από εδώ και στο εξής, η έννοια «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» θα αναφέρεται με την ευρεία έννοια του όρου, δηλαδή θα λαμβάνεται υπόψη τόσο ο προληπτικός, όσο και ο διαγνωστικός και θεραπευτικός της χαρακτήρας, όπως ακριβώς φαίνεται στην εικόνα 1.

Εικόνα 1: Η θέση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας



Πηγή: Καμπούρα Παναγιώτα

Ουσιαστικά, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί την πρώτη επαφή των ασθενών με το σύστημα υγείας, με στόχο την παροχή καθολικής, συνεχής, ισότιμης και ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας (Βραχάτης και Παπαδόπουλος, 2012). Επιπλέον, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καλύπτει ένα πεδίο καθημερινής διαχείρισης του συνόλου του πληθυσμού, και αναλαμβάνει τον κύριο όγκο της ιατροασφαλιστικής διαχείρισης του ασθενούς και της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, ετησίως, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δέχονται 50 – 70 εκατομμύρια επισκέψεις, διεξάγουν 100 περίπου εκατομμύρια διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, και συνταγογραφούν πάνω από 70 εκατομμύρια συνταγές φαρμακευτικής περίθαλψης (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2013).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας αποτελεί τον κορμό κάθε συστήματος υγείας, γεγονός που επισημαίνεται εδώ και τριάντα χρόνια σε πολλές μελέτες (Σωτηριάδου και συν, 2011). Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι καθοριστικός, γιατί η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε πολλές περιπτώσεις λειτουργεί ως υποκατάστατο της νοσοκομειακής φροντίδας, με αποτέλεσμα να συντελεί στην ελάφρυνση των νοσοκομείων, απαλλάσσοντάς τα από το βάρος του 25% - 30% των περιπτώσεων (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2013). Έπειτα, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κυρίως λόγω του προληπτικού της χαρακτήρα, είναι πολύ σημαντικός, γιατί η πρόληψη είναι πιο αποδοτική και σαφώς οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας (Μανιού, 2009). Οι προληπτικές δραστηριότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν σχέση με μέτρα για το περιβάλλον, έτσι ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης και τα άτομα να αρρωσταίνουν δυσκολότερα, αλλά και με μέτρα που σκοπό έχουν να αλλάξουν τη συμπεριφορά των ανθρώπων, πείθοντας τους να υιοθετήσουν ένα υγιεινότερο τρόπο ζωής (Αδαμακίδου & Αναγνωστοπούλου, 2008).

Επιπρόσθετα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η ειδικότητα της γενικής ιατρικής, εμπλέκονται σε διαδικασίες διαρκούς παρακολούθησης της ποιότητας στον τομέα υγείας και στην ανάπτυξη συστημάτων υπεύθυνων για την βελτίωση της ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα, για να επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας της υγείας, απαιτείται ο εντοπισμός των αναγκών των ασθενών, και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη συλλογή και την επεξεργασία πληροφοριών και στοιχείων, τόσο από τα ιατρεία γενικών ιατρών, όσο και από μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος και συν, 2000).

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τους Κυριόπουλο και συν (2000), η εστίαση ενός συστήματος υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, μπορεί να αποτελέσει την ασφαλιστική δικλείδα για υψηλή

ποιότητα φροντίδας υγείας και να εγγυηθεί την αναγκαία χρυσή τομή για την αναζήτηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της κοινωνικής ισότητας στην εθνική υγειονομική πολιτική.

2.2 Ιστορική Αναδρομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σταθμό για τον επαναπροσδιορισμό των συστημάτων υγείας και τον προσανατολισμό τους περισσότερο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτέλεσε η Διακήρυξη της Alma – Ata το 1978 (Αδαμακίδου & Αναγνωστοπούλου, 2008). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναδείχτηκε ως το μέσο για τη βελτίωση της υγείας και τη μείωση των ανισοτήτων στο επίπεδο της υγείας. Επιπλέον, σύμφωνα με την εν λόγω Διακήρυξη, οι κίνδυνοι της υγείας αντιμετωπίζονται πλέον με την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας, καθώς και με την ενεργή συμμετοχή του ίδιου του πολίτη (Αδαμακίδου & Αναγνωστοπούλου, 2008. Κυριόπουλος, 2013). Άλλες δράσεις, που αναφέρονται στη Διακήρυξη και για τις οποίες πρέπει να μεριμνά η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η παροχή σωστής διατροφής, επαρκούς ύδρευσης και κανόνων υγιεινής, η προαγωγή της φροντίδας της μητέρας και του παιδιού, η προαγωγή της υιοθέτησης οικογενειακού προγραμματισμού, η πρόληψη από σοβαρά λοιμώδη νοσήματα, τοπικές ενδημικές νόσους, κοινές ασθένειες και τραυματισμούς και η εξασφάλιση απαραίτητων φαρμάκων (Κυριόπουλος, 2013).

Για την Ελλάδα, οι αρχές και οι στόχοι της Διακήρυξης της Alma Ata έμειναν στη θεωρία, αφού το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθυστέρησε, όπως και η ανάπτυξη ενός οργανωμένου συστήματος υγείας. Μέχρι το 1983 δεν γινόταν λόγος για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, τα αγροτικά ιατρεία, τα ιδιωτικά ιατρεία, καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, παρείχαν αποσπασματικά υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Δημητρέσσα, 2012).

Η πρώτη ουσιαστική παρέμβαση για την ενιαία ανάπτυξη ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πραγματοποιήθηκε το 1983, με το νόμο 1397/1983. Με τον συγκεκριμένο νόμο ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, και στόχοι ήταν η καθολικότητα στην ασφαλιστική κάλυψη, η ισότητα της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, η ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης και της πρωτοβάθμιας, με τη δημιουργία αστικών και μη αστικών Κέντρων

Υγείας, καθώς και περιφερειακών ιατρείων (Αδαμακίδου & Αναγνωστοπούλου, 2008. Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Έπειτα, στο νόμο 2071/1992, που σκοπό είχε τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας, αναφορά έγινε για πρώτη φορά για την κατ' οίκον νοσηλεία και τον οικογενειακό γιατρό. Επιπλέον η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επεκτάθηκε τόσο στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Με αυτό τον τρόπο ιδιώτες γιατροί καθώς και μικρής κλίμακας μονάδες υγείας, είχαν τη δυνατότητα να παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Αδαμακίδου & Αναγνωστοπούλου, 2008. Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Πέντε χρόνια αργότερα στο νόμο 2519/1997 προβλεπόταν η ανάπτυξη ενός ενιαίου δικτύου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για την αγωγή υγείας και πρόληψης. Πιο συγκεκριμένα, με το συντονισμό των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρείων και των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών, θα διαμορφωνόταν ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, προέβλεπε ως κεντρικό συντονιστικό όργανο του Υπουργείου Υγείας, τη σύσταση της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας. Ο συγκεκριμένος νόμος όμως δεν εφαρμόστηκε ποτέ (Αδαμακίδου & Αναγνωστοπούλου, 2008. Σωτηριάδου και συν, 2011. Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Την επόμενη δεκαετία, ο νόμος 3235/2004 αποτελεί μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με το συγκεκριμένο νόμο γίνεται η εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και γίνεται προσπάθεια να δοθεί ένας πλουραλιστικός χαρακτήρας στις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ακόμη οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α.

Μια πρόσφατη νομοθετική παρέμβαση, που αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αποτελεί ο νόμος 3918/2011, με τον οποίο γίνεται η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ο οποίος θα αναλάβει και τον λειτουργικό συντονισμό όλων των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με το νόμο αυτό μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν, ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό, ο Κλάδος Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ,) καθώς και του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ).

2.3 Πάροχοι Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στην Ελλάδα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από ένα σύνολο δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, οι οποίοι έχουν αναπτυχθεί σε τέσσερις βασικές δομές, το ΕΣΥ, τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, την τοπική αυτοδιοίκηση και τον ιδιωτικό τομέα (Οικονόμου, 2012. Κυριόπουλος και συν, 2000. Σωτηριάδου και συν, 2011. Μανωλιάδης και Δημοπούλου, 2007). Πιο συγκεκριμένα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται σε κάθε βασική δομή όπως φαίνεται στον πίνακα 1:

Πίνακας 1

Δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

ΕΣΥ	Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης
<ul style="list-style-type: none"> • Κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία και ειδικά περιφερειακά ιατρεία. • Εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών και των απογευματινών ιατρείων. • ΕΚΑΒ 	<ul style="list-style-type: none"> • Πολυϊατρεία ΕΟΠΥΥ. • Συμβεβλημένοι ιδιωτικοί προμηθευτές, όπως ιατρεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα.
<i>Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό</i>	<i>Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών καλύπτονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων</i>

Τοπική αυτοδιοίκηση	Ιδιωτικός τομέας
<ul style="list-style-type: none"> • Δημοτικά ιατρεία. • Διάφορες προνοιακές υπηρεσίες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι και μη με ασφαλιστικά ταμεία. • Εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα. • Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών.
<i>Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται από τον Δήμο</i>	<i>Η αμοιβή γίνεται με άμεση καταβολή της δαπάνης από τους χρήστες ή μέσω ιδιωτικής ασφάλισης. Σε περίπτωση που οι προμηθευτές είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία η αμοιβή βασίζεται στην κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση από το κράτος τιμές και καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές.</i>

Πηγή: Οικονόμου, 2012

2.3.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρεχόμενη από το ΕΣΥ

Ένα δίκτυο 201 κέντρων υγείας, στελεχωμένων από γενικούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων, από νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό, βοηθητικό προσωπικό, από επισκέπτες υγείας και τραυματιοφορείς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αποτελεί την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που παρέχεται από το ΕΣΥ στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της Ελλάδας. Κάθε κέντρο υγείας διαθέτει εξεταστικούς χώρους, μονάδα βραχείας νοσηλείας, βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό, ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, σπητικό χειρουργείο, οδοντιατρείο και ασθενοφόρο. Στόχος τους, σύμφωνα με τον ιδρυτικό τους νόμο (Ν.1397/83), ήταν να αυξήσουν την πρόσβαση του αγροτικού πληθυσμού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται σε εικοσιτετράωρη βάση. Μέχρι πρόσφατα η παροχή των υπηρεσιών αυτών ήταν δωρεάν χωρίς επιβάρυνση των πολιτών. Με τις πρόσφατες, όμως, μεταρρυθμίσεις οι ασθενείς επιβαρύνονται με το ποσό των 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη στα κέντρα υγείας. Τα τελευταία χρόνια εκτός από τα αγροτικά κέντρα υγείας έχουν συσταθεί και 8 κέντρα υγείας αστικού τύπου, ενώ παράλληλα λειτουργούν 89 πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, 1.460 περιφερειακά ιατρεία και 43 ειδικά περιφερειακά ιατρεία (Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011. Οικονόμου, 2012). Ωστόσο, δημιουργήθηκαν σοβαρά προβλήματα, όσον αφορά την κάλυψη των προβλεπόμενων θέσεων στελέχωσης, τη χρηματοδότηση και την οργάνωσή τους, που είχαν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη απόδοση της λειτουργικής του ικανότητας (Οικονόμου, 1994. Ζηλίδης, 1995. Sissouras et al., 2000. Μαρούλη και συν, 2002).

Τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούν επίσης ένα σημαντικό πάροχο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εντός του ΕΣΥ στις αστικές περιοχές, καθώς καλύπτουν όλες τις ειδικότητες. Τα εξωτερικά ιατρεία αποτελούνται από πανεπιστημιακούς και νοσοκομειακούς ιατρούς. Οι ιατροί αυτοί ασκούν ιδιωτικό έργο με προγραμματισμένα ραντεβού και αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που είναι ήδη προκαθορισμένες και κινούνται στο μέσο όρο της αγοράς. Οι επισκέπτες μέχρι πρότινος κατέβαλλαν το ποσό των τριών ευρώ ανά επίσκεψη. Πρόσφατα, το ποσό αυτό αυξήθηκε στα πέντε ευρώ ενώ παράλληλα με το Ν. 2889/2001 ιδρύθηκαν τα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων (Οικονόμου, 2012).

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) αποτελεί την τρίτη δομή του ΕΣΥ. Προσφέρει άμεση και δωρεάν φροντίδα στους πολίτες και αναλαμβάνει τη μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας με ιδιόκτητα μέσα. Εξυπηρετεί ανά έτος πάνω από 500.000 ασθενείς, ενώ παράλληλα παρέχει συνεχή εκπαίδευση στο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, σε όλες τις διαστάσεις της επείγουσας ιατρικής και φροντίδας υγείας. Η κεντρική υπηρεσία του ΕΚΑΒ βρίσκεται στην Αθήνα

ενώ λειτουργούν σε πόλεις – πρωτεύουσες νομών άλλες 11 περιφερειακές υπηρεσίες ως παραρτήματα (Οικονόμου, 2012. Σωτηριάδου και συν, 2011).

2.3.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρεχόμενη από Ασφαλιστικούς Οργανισμούς

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί παίζουν πολύ βασικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός, καλύπτοντας σχεδόν το 50% του πληθυσμού της χώρας, παρέχοντας περίθαλψη κυρίως στους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα και στα μέλη των οικογενειών τους. Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) παρέχει υγειονομική περίθαλψη στους αγρότες, καλύπτοντας περίπου το 20% του ελληνικού πληθυσμού. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών ασφαλίζει τους αυτοαπασχολούμενους, τους επαγγελματίες, τους βιοτέχνες, τους εμπόρους και τους αυτοκινητιστές. Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) αποτελεί το τέταρτο μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο υγείας στη χώρα, με 1,5 εκατομμύριο δικαιούχους (Οικονόμου, 2012).

Με το Ν. 3918/2011 έχουν συμβεί σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Η πιο σημαντική, που αφορά τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, είναι η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Στον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν εξ αρχής οι τέσσερις μεγάλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ). Αργότερα προστέθηκαν και άλλοι κλάδοι ασθενοείας όπως οι ΕΤΑΑ, ΤΑΠ-ΕΤΒΑ, ΤΑΠ-ΕΤΕ, ΤΑΑΠΠΠΓΑΕ και ΕΤΑΠ-ΜΜΕ (<http://www.iatropedia.com>).

Οι δικαιούχοι των υπηρεσιών των ασφαλιστικών οργανισμών που συμμετέχουν στον ΕΟΠΥΥ, έχουν πρόσβαση στα πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ και σε ιδιώτες ιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με τον εν λόγω οργανισμό. Η βασική επιδίωξη της δημιουργίας ενός ενιαίου οργανισμού υγείας, είναι να συγκεντρωθούν οι πόροι υγείας και να δημιουργηθούν πλεονεκτήματα από την αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη που θα έχει με τους προμηθευτές. Δυστυχώς, λόγω των συνεχών περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους, σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται μείωση των παροχών από τον ασφαλιστικό φορέα και αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος.

2.3.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρεχόμενη από την Τοπική Αυτοδιοίκηση

Οι δήμοι, τα τελευταία χρόνια, έχουν αναπτύξει τοπικές μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Τα ιατρεία λειτουργούν συγκεκριμένες ημέρες και ώρες, και έχουν ως στόχο την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, θεραπείας περιπτώσεων που δε χρήζουν νοσηλείας, υπηρεσίες συνταγογράφησης, μετανοσοκομειακής φροντίδας, αποκατάστασης, παρακολούθησης χρονίως πασχόντων, και κοινωνική φροντίδα, δωρεάν για τους δημότες. Βασικό στόχο έχουν την κάλυψη των αναγκών φτωχών και άπορων ατόμων που δεν έχουν πρόσβαση σε άλλη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η λειτουργία τους βασίζεται κυρίως στον εθελοντισμό και σε κάποιο υγειονομικό προσωπικό που προσλαμβάνεται μέσω δημοτικών επιχειρήσεων (Οικονόμου, 2012).

Οι δήμοι, εκτός από τα ιατρεία, παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μέσω άλλων θεσμών κοινωνικής προστασίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα οποία στα πλαίσια των υπόλοιπων δραστηριοτήτων εκτελούν και κάποιες δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, όπως μέτρηση αρτηριακής πίεσης, μέτρηση σακχάρου και εμβολιασμούς (Οικονόμου, 2012).

Τα τελευταία χρόνια και κυρίως λόγω της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης που πλήττει σφοδρά τους οικονομικούς προϋπολογισμούς πολλών οικογενειών, ορισμένοι δήμοι ανέπτυξαν τη λειτουργία κοινωνικών φαρμακείων. Σκοπός των φαρμακείων αυτών είναι η δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη ατόμων που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας (<http://www.hellasnews.tv>).

2.3.4 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρεχόμενη από Ιδιωτικούς Φορείς

Ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα παρέχουν υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας και δαπάνης προς τους πολίτες. Τα περισσότερα από αυτά βρίσκονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η παροχή των υπηρεσιών αυτών γίνεται μέσω συμβάσεων που συνάπτουν με τα ασφαλιστικά ταμεία, ή άμεσα με πράξη αμοιβής, όπου το ποσό καλύπτεται είτε με άμεση καταβολή του κόστους από το χρήστη είτε μέσω κάποιας ιδιωτικής ασφάλισης. Στην Ελλάδα λειτουργούν πάνω από 25.000 ιδιωτικά ιατρεία και 400 διαγνωστικά κέντρα (Οικονόμου, 2012). Πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης στη χώρα μας, ο συγκεκριμένος κλάδος κατέγραφε ετήσια κέρδη της τάξης των 154 εκατ. ευρώ (ICAP, 2006).

Τα προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο δημόσιο τομέα, σε συνδυασμό με τον αυξημένο αριθμό ιατρών, οδήγησαν σε ένα ιδιαίτερα διογκωμένο ιδιωτικό τομέα υπηρεσιών υγείας, όπου και λόγω της έλλειψης κατάλληλων ελέγχων συνέβαλαν στην αύξηση της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα.

Τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται συνεχώς νέοι ιδιωτικοί φορείς, οι οποίοι μέσα από ένα ετήσιο κόστος και με μία μικρή συμμετοχή, προσφέρουν σε πολίτες πρόσβαση σε ιατρικές εξετάσεις και προληπτικούς ελέγχους σε ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές.

2.4 Η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από το ΙΚΑ

Με τη ψήφιση του Ν. 6298 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων» το 1934 έγινε η σύσταση του ΙΚΑ ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ). Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό της Ελλάδας, έχοντας ως ασφαλιστικό πληθυσμό τους εργαζομένους του ιδιωτικού τομέα. Στον τομέα της υγείας έχει αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, το οποίο περιλαμβάνει μονάδες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε ολόκληρη την επικράτεια (Μανωλιάδης & Δημοπούλου, 2007). Ειδικότερα, σύμφωνα με στοιχεία της επίσημης ιστοσελίδας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, διαθέτει 331 μονάδες ασφάλισης και 364 μονάδες υγείας. Παρέχει περίθαλψη σε περίπου 6.000.000 άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους και περίπου 1.000.000 συνταξιούχους. Επιπλέον, οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ασφαλισμένους είναι δωρεάν, εκτός από την φαρμακευτική περίθαλψη, όπου οι ασφαλισμένοι συμμετέχουν στο κόστος, αν και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν κατηγορίες ασφαλισμένων, όπου εξαιρούνται αυτής της επιπρόσθετης δαπάνης (www.ika.gr).

Δικαιούχοι περίθαλψης υπηρεσιών υγείας από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είναι οι άμεσα ασφαλισμένοι, δηλαδή όσοι παρέχουν εξαρτημένη εργασία ανεξάρτητα από την ιδιότητα του εργοδότη, καθώς και οι έμμεσα ασφαλισμένοι. Στην κατηγορία των έμμεσων ασφαλισμένων ανήκουν τα μέλη των οικογενειών των άμεσων ασφαλισμένων, οι συνταξιούχοι του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ καθώς και τα εξαρτημένα εξ' αυτών μέλη (www.ika.gr). Με τον νόμο 3918/2011 και τη σύσταση του Ε.Ο.Π.Π.Υ., τόσο οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ όσο και άλλων ταμείων (ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ), λαμβάνουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας από τις μονάδες υγείας του ΙΚΑ καθώς και από τους συμβεβλημένους γιατρούς με τον ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ.

Με αυτό τον τρόπο, όσον αφορά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, το ΙΚΑ κατάφερε, σε συνδυασμό με την ασφαλιστική του προσπάθεια, να αναπτύξει ένα ευρύ και αποκεντρωμένο δίκτυο παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας (Σολωμός, 1996. Δημητρέςσα, 2012). Στις αρμοδιότητες του ΙΚΑ, σχετικά με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, περιλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης. Ειδικότερα, προβλέπεται να παρέχει γενική ιατρική φροντίδα για τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους, προαγωγή υγείας, παιδική φροντίδα, οδοντιατρικές υπηρεσίες, γυναικολογικές εξετάσεις, προγεννητική φροντίδα και οικογενειακό προγραμματισμό, ιατρική της εργασίας, πρώτες βοήθειες, εμβολιασμούς, συνταγογράφηση φαρμάκων, επιδημιολογική έρευνα και κοινωνική φροντίδα (Οικονόμου, 2012).

Δυστυχώς όμως στην πράξη δεν εφαρμόστηκαν όπως θα έπρεπε τα προβλεπόμενα, με αποτέλεσμα τα προβλήματα και οι αδυναμίες να παραμείνουν. Πιο συγκεκριμένα, η συνταγογράφηση αποτελεί την κύρια υπηρεσία πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΙΚΑ. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί στην παραπομπή ενός μεγάλου αριθμού ασθενών στα νοσοκομεία, οι οποίοι θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, και σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για την διενέργεια εξετάσεων υψηλού κόστους. Ακόμη, είναι εμφανής η έλλειψη τόσο διοικητικού, όσο και νοσηλευτικού προσωπικού στα ιατρεία του ΙΚΑ, με αποτέλεσμα οι χρήστες - ασθενείς να μην μπορούν να ενημερωθούν σε ικανοποιητικό βαθμό. Έπειτα, πολύ σημαντική είναι η έλλειψη και τις περισσότερες φορές η απουσία από τα ιατρεία του ΙΚΑ γιατρών γενικής ιατρικής - οικογενειακών ιατρών, οι οποίοι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η πελατειακού τύπου εξυπηρέτηση, η αδυναμία συντήρησης κτιριακών εγκαταστάσεων και μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας, καθώς και η υπερκατανάλωση υπηρεσιών από κάποιους ασφαλισμένους, έχουν αναφερθεί ως επιπλέον προβλήματα (Μανωλιάδης & Δημοπούλου, 2007. Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012. Οικονόμου, 2012).

Συμπερασματικά, η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από το ΙΚΑ είναι πολύ σημαντική για την ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Για την επίτευξη όμως αυτού του σκοπού, είναι απαραίτητη η λεπτομερής οργάνωση και η υιοθέτηση πολιτικών που πραγματικά θα συντελέσουν στην αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΚΟΠΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Σκοπός της έρευνας

Από τη βιβλιογραφική επισκόπηση έγινε κατανοητή η σημασία της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών και ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας. Ακόμη, από την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν οι διάφοροι οργανισμοί παροχής υγείας, μπορούν να αναδειχθούν τα προβλήματα και οι αδυναμίες που υπάρχουν και να γίνει προσπάθεια για τη βελτίωση τους. Επομένως, η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας κρίνεται απαραίτητη και ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών (Ware, 1983. Ford, 1997. Καμπάντα & Νιάκας, 2004. Μαλλιάρου, 2009. Πίνη και συν, 2009. Αναγνωστοπούλου και συν, 2012). Τα πλεονεκτήματα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τη συστηματική μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, συνοψίζονται στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και στον καλύτερο έλεγχο των δαπανών (Τούντας και συν, 2003).

Στην Ελλάδα έχουν γίνει αρκετές έρευνες για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και αφορούν κυρίως τα Γενικά Νοσοκομεία, ενώ είναι περιορισμένες όσον αφορά στους οργανισμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα το ΙΚΑ. Γι' αυτό το λόγο η παρούσα εργασία θα προσπαθήσει να καλύψει αυτό το κενό.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών. Επιπλέον, στόχος είναι να αναδειχθούν τα προβλήματα και οι αδυναμίες που παρουσιάζουν αυτού του είδους οι μονάδες υγείας, καθώς και να εξεταστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

3.2 Ερωτηματολόγιο

Προκειμένου να βρεθεί το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, πραγματοποιήθηκε μια επισκόπηση σε αντίστοιχες έρευνες στον τομέα της υγείας.

Έπειτα από αυτή την επισκόπηση, για την παρούσα έρευνα αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο SERVQUAL. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, που έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς ερευνητές, τόσο στο εξωτερικό, όσο και στην Ελλάδα (Carman, 1990. Babakus & Mangold, 1992. Tomes & Chee Peng Ng, 1995. Λαζάρου, 2005. Χαραυγή, 2011). Ενδεικτικά, στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα Cronbach's alpha για κάθε μία από τις διαστάσεις του μοντέλου SERVQUAL, όπως έχουν υπολογιστεί σε διάφορες έρευνες.

Πίνακας 2

Υπολογισμός Cronbach's alpha των πέντε διαστάσεων του μοντέλου SERVQUAL

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗ-ΡΙΣΤΙΚΑ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ
Babakus, Mangold (1992)	0,782	0,759	0,903	0,892	0,874
Λαζάρου (2005)	0,8194	0,7893	0,7618	0,8737	0,5074
Χαραυγή (2011)	0,73	0,69	0,86	0,82	0,77

Στο συγκεκριμένο μοντέλο η ποιότητα των υπηρεσιών μετριέται συγκρίνοντας τις αντιλήψεις με τις προσδοκίες και ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ των αντιλήψεων (perceptions) και των προσδοκιών (expectations) των χρηστών (Κωσταγιόλας και συν, 2006). Με άλλα λόγια το μοντέλο SERVQUAL περιλαμβάνει δύο φάσεις. Η πρώτη φάση περιλαμβάνει τη μέτρηση των προσδοκιών των ασθενών, και η άλλη τη μέτρηση της πραγματικής απόδοσης των υπηρεσιών υγείας που τους παρασχέθηκαν. Ωστόσο, το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και μεμονωμένα για τη μέτρηση της ποιότητας βάσει της πραγματικής εμπειρίας των χρηστών - ασθενών (Χαραυγή, 2011). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η τελευταία περίπτωση.

3.2.1 Πιλοτική μελέτη

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη του ερωτηματολογίου, προκειμένου να διαπιστωθεί ότι οι ερωτήσεις είναι ακριβείς και σαφείς στο περιεχόμενό τους. Δηλαδή έγινε προσπάθεια να εντοπιστούν πιθανά προβλήματα κατανόησης των ερωτήσεων σχετικά με τη μορφή και τη γλώσσα γραφής τους (Μερκούρης, 2009). Η πιλοτική μελέτη έγινε σε συνολικό δείγμα 29 ασθενών κατά την επίσκεψή τους στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ Τούμπας. Ειδικότερα, μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια στους ασθενείς από τον ίδιο τον ερευνητή και τους ζητήθηκε, αφού διαβάσουν το ερωτηματολόγιο, να το συμπληρώσουν και να κάνουν τις παρατηρήσεις τους. Ουσιαστικές αλλαγές δεν έγιναν στο

ερωτηματολόγιο, παρά μόνο κάποιες λίγες λέξεις αντικαταστάθηκαν με άλλες, προκειμένου να είναι περισσότερο κατανοητές.

3.2.2 Δομή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις της ποιότητας, καθώς και μία ερώτηση σχετικά με τη γενική αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ. Πιο συγκεκριμένα εξετάζονται οι διαστάσεις αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η διασφάλιση, η συναισθηματική κατανόηση και τα απτά χαρακτηριστικά.

Όσον αφορά στη διάσταση της ποιότητας «αξιοπιστία», περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις έχουν σχέση με το ενδιαφέρον της μονάδας υγείας για το πρόβλημα του ασθενή, την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενή, τις υποσχέσεις που δίνονται καθώς και το ιστορικό του ασθενή. Για την απάντηση αυτών των ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια κλίμακα Likert.

Όσον αφορά στη διάσταση της ποιότητας «ανταπόκριση», περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις έχουν σχέση με την ταχύτητα εξυπηρέτησης, με την προθυμία και το χρόνο του προσωπικού, καθώς και με την ενημέρωση του ασθενή. Και σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια κλίμακα Likert.

Όσον αφορά στη διάσταση της ποιότητας «διασφάλιση», περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις έχουν σχέση με την εμπιστοσύνη και τη σιγουριά του ασθενή απέναντι στο προσωπικό, καθώς και την ευγένεια και τις γνώσεις του προσωπικού. Για την απάντηση αυτών των ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια κλίμακα Likert.

Όσον αφορά στη διάσταση της ποιότητας «συναισθηματική κατανόηση», περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις έχουν σχέση με το αν ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν ξεχωριστή περίπτωση, αν εξυπηρετείται απόλυτα, αν το προσωπικό του δείχνει ξεχωριστή προσοχή, αν το προσωπικό ενδιαφέρεται για το συμφέρον και τις ειδικές ανάγκες του ασθενή. Και σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια κλίμακα Likert.

Όσον αφορά στη διάσταση της ποιότητας «απτά χαρακτηριστικά», περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι απαντήσεις των οποίων μετρώνται με πενταβάθμια κλίμακα Likert. Οι ερωτήσεις έχουν σχέση με τον εξοπλισμό, τις εγκαταστάσεις και την εμφάνιση του προσωπικού.

Στη δεύτερη ενότητα περιλαμβάνονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Περιλαμβάνονται ερωτήσεις για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση και το εισόδημα.

3.3 Δείγμα και Μέθοδος έρευνας

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν ασθενείς που επισκέφτηκαν τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ Τούμπας, Βότση και Αγγελάκη, κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Απαραίτητες προϋποθέσεις αποτελούσαν η συναίνεση του ασθενή για τη συμμετοχή στην έρευνα, αφού ενημερωνόταν για τον σκοπό και την ανωνυμία της έρευνας, καθώς και τη δυνατότητα συνομιλίας στα ελληνικά.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρεις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ στη Θεσσαλονίκη (Τούμπας, Βότση και Αγγελάκη), σε δείγμα 201 ασφαλισμένων, που επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο, με βάση τη σειρά αναμονής σε κάθε ιατρείο στο διάστημα 18/11/2013-27/12/2013. Αρνήθηκαν να απαντήσουν 39 άτομα, άρα ο βαθμός ανταπόκρισης υπολογίζεται στο 83,8%. Επιπλέον, επειδή 7 άτομα δεν συμπλήρωσαν ολόκληρο το ερωτηματολόγιο, αφαιρέθηκαν από το δείγμα, με αποτέλεσμα το τελικό δείγμα να είναι 194 ασφαλισμένοι.

Τα άτομα που πληρούσαν τις δύο προαναφερθείσες προϋποθέσεις προχωρούσαν μόνοι τους στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Σε περίπτωση που ήθελαν να ρωτήσουν κάτι, η ερευνήτρια ήταν πρόθυμη να τους βοηθήσει. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους ασθενείς έγινε τόσο εντός των πολυϊατρείων του ΕΟΠΥΥ, όσο και μετά την παροχή των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να εξασφαλιστούν οι συνθήκες εκείνες που περιορίζουν την εισαγωγή συστηματικού σφάλματος. Ειδικότερα, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αμέσως μετά την παροχή των υπηρεσιών δίνει αφενός την άμεση αποτύπωση του αισθήματος του ασθενή, και αφετέρου ο ασθενής αισθάνεται ότι δεν εξαρτάται από το προσωπικό της μονάδας υγείας του ΕΟΠΥΥ, με αποτέλεσμα να αποφεύγονται οι ψευδείς θετικές απαντήσεις.

3.4 Ηθική και Δεοντολογία

Στη συγκεκριμένη έρευνα, ελήφθηκαν υπόψη και προστατεύτηκαν τα δικαιώματα, όσων συμμετείχαν στην έρευνα. Η ερευνήτρια ρωτούσε τον ασθενή αν ήθελε να συμμετάσχει στην έρευνα, αφού τον ενημέρωνε για το σκοπό της έρευνας, καθώς και ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις του εμπιστευτικές. Αν ο ασθενής δεχόταν να συμμετάσχει στην έρευνα, συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο.

Επιπλέον, προτού διεξαχθεί η έρευνα στις τρεις μονάδες του ΕΟΠΥΥ, ζητήθηκε άδεια από τους διευθυντές των συγκεκριμένων μονάδων, έτσι ώστε να γνωρίζουν για το περιεχόμενο της έρευνας και να διασφαλίσουν ότι η έρευνα σε καμία περίπτωση δεν θα εμποδίσει το προσωπικό να εκτελέσει τα καθήκοντα του. Οι εγκρίσεις διεξαγωγής της έρευνας παραθέτονται στο παράρτημα.

3.5 Στατιστική Ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, αφού έγινε η κωδικοποίηση όλων των απαντήσεων, πραγματοποιήθηκε η μεταφορά τους στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, προκειμένου να γίνει η επεξεργασία τους με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 19.

Για την αξιολόγηση της εσωτερικής εγκυρότητας του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's Alpha. Ειδικότερα, η αξιοπιστία των δεδομένων μας, μετράται μέσω της τιμής του Cronbach's Alpha, η οποία και αποτελεί μία ένδειξη της εσωτερικής συνέπειας και συνέπειας αυτών, ενώ καταδεικνύει επίσης, και τον βαθμό στον οποίο τα δεδομένα είναι ομοιογενή, μέσω μίας τεχνικής διαίρεσης των δεδομένων σε δύο τμήματα (split – half technique) και συσχέτισης των ολικών τιμών των δύο αυτών τμημάτων (Σταυρόπουλος, 2009).

Ακόμη, κατασκευάστηκαν πίνακες συχνοτήτων καθώς και διαγράμματα, που βοηθούν στην καλύτερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Με τη βοήθεια της γραμμικής παλινδρόμησης, μελετήθηκαν οι παράγοντες που τυχόν επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον υπολογίστηκαν, όπου χρειαζόταν, οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων.

Τέλος, εφαρμόστηκε, για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους, t τεστ, ενώ για ανεξάρτητες μεταβλητές, πέραν των δύο παραμέτρων, εφαρμόστηκε Ανάλυση διασπορά μονής κατεύθυνσης (one – way ANOVA). Σε όλες τις περιπτώσεις στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως επίπεδο σημαντικότητας το $\alpha=0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Πιλοτική μελέτη

Πίνακας 3

Factor Analysis για έλεγχο αξιοπιστίας της κλίμακας μέτρησης των διαστάσεων της ποιότητας

Διαστάσεις ποιότητας	Cronbach's Alpha
Αξιοπιστία	0,775
Ανταπόκριση	0,717
Διασφάλιση	0,762
Συναισθηματική κατανόηση	0,702
Απτά χαρακτηριστικά	0,721

Όπως παρατηρείται στον πίνακα 3 η τιμή του Cronbach's Alpha για κάθε διάσταση της ποιότητας είναι αρκετά υψηλή, αφού όλες ξεπερνούν το 0,7. Επομένως, διαπιστώνεται η καταλληλότητα της συγκεκριμένης κλίμακας μέτρησης για τις διαστάσεις της ποιότητας «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση», «Διασφάλιση», «Συναισθηματική κατανόηση», «Απτά χαρακτηριστικά» και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο ερωτηματολόγιο της κύριας έρευνας.

4.2 Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου

Πίνακας 4

Factor Analysis για έλεγχο αξιοπιστίας της κλίμακας μέτρησης της διάστασης της ποιότητας «Αξιοπιστία»

Items	Factor Loadings
Στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,796
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημά μου από την πρώτη επίσκεψη. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,831
Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι πραγματοποιούνται. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,808
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,760
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,664
Total variance explained: 59.895%	
Eigenvalue: 2.995	
Cronbach's Alpha = 0.842	

Στον πίνακα 4 παρατηρείται ένας παράγοντας με Eigenvalue 2,995 και η παραπάνω κλίμακα μέτρησης εξηγεί τη μεταβλητότητα της διάστασης της ποιότητας «Αξιοπιστία» κατά 59,895%. Επιπλέον και οι πέντε προτάσεις φορτώνουν σημαντικά σε έναν παράγοντα, αφού όλα τα factor loadings είναι μεγαλύτερα από 0,6. Η αξιοπιστία της κλίμακας μέτρησης επιβεβαιώνεται από την υψηλή τιμή του Cronbach's Alpha (0,842). Επομένως, διαπιστώνεται η καταλληλότητα της συγκεκριμένης κλίμακας μέτρησης για τη διάσταση της ποιότητας «Αξιοπιστία».

Πίνακας 5

Factor Analysis για έλεγχο αξιοπιστίας της κλίμακας μέτρησης της διάστασης της ποιότητας «Ανταπόκριση»

Items	Factor Loadings
Οι υπηρεσίες στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι παρέχονται γρήγορα. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,675
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,869
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,870
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,758
Total variance explained: 63.578%	
Eigenvalue: 2.543	
Cronbach's Alpha = 0.770	

Στον πίνακα 5 παρατηρείται ένας παράγοντας με Eigenvalue 2,543 και η παραπάνω κλίμακα μέτρησης εξηγεί τη μεταβλητότητα της διάστασης της ποιότητας «Ανταπόκριση» κατά 63,578%. Επιπλέον και οι τέσσερις προτάσεις φορτώνουν σημαντικά σε έναν παράγοντα, αφού όλα τα factor loadings είναι μεγαλύτερα από 0,6. Η αξιοπιστία της κλίμακας μέτρησης επιβεβαιώνεται από την υψηλή τιμή του Cronbach's Alpha (0,770). Επομένως, διαπιστώνεται η καταλληλότητα της συγκεκριμένης κλίμακας μέτρησης για τη διάσταση της ποιότητας «Ανταπόκριση».

Πίνακας 6

Factor Analysis για έλεγχο αξιοπιστίας της κλίμακας μέτρησης της διάστασης της ποιότητας «Διασφάλιση»

Items	Factor Loadings
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,887
Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι.. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,884
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι ευγενικό μαζί μου. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,828
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,812
Total variance explained: 72.805%	
Eigenvalue: 2.912	
Cronbach's Alpha = 0.795	

Στον πίνακα 6 παρατηρείται ένας παράγοντας με Eigenvalue 2,912 και η παραπάνω κλίμακα μέτρησης εξηγεί τη μεταβλητότητα της διάστασης της ποιότητας «Διασφάλιση» κατά 72,805%. Επιπλέον, και οι τέσσερις προτάσεις φορτώνουν σημαντικά σε έναν παράγοντα, αφού όλα τα factor loadings είναι μεγαλύτερα από 0,6. Η αξιοπιστία της κλίμακας μέτρησης επιβεβαιώνεται από την υψηλή τιμή του Cronbach's Alpha (0,795). Επομένως, διαπιστώνεται η καταλληλότητα της συγκεκριμένης κλίμακας μέτρησης για τη διάσταση της ποιότητας «Διασφάλιση».

Πίνακας 7

Factor Analysis για έλεγχο αξιοπιστίας της κλίμακας μέτρησης της διάστασης της ποιότητας «Συναισθηματική κατανόηση»

Items	Factor Loadings
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,817
Οι ώρες λειτουργίας της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με εξυπηρετούν απόλυτα. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,500
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,798
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,786
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,846
Total variance explained: 57.798%	
Eigenvalue: 2.890	
Cronbach's Alpha = 0.747	

Στον πίνακα 7 παρατηρείται ένας παράγοντας με Eigenvalue 2,890 και η παραπάνω κλίμακα μέτρησης εξηγεί την μεταβλητότητα της διάστασης της ποιότητας «Συναισθηματική κατανόηση» κατά 57,798%. Οι τέσσερις από τις πέντε προτάσεις φορτώνουν σημαντικά σε έναν παράγοντα, αφού τα factor loadings είναι μεγαλύτερα από 0,6. Αντίθετα, η δεύτερη πρόταση δεν φορτώνει σημαντικά καθώς το factor loading είναι μικρότερο από 0,6. Παρόλο αυτά, η αξιοπιστία της κλίμακας μέτρησης επιβεβαιώνεται από την υψηλή τιμή του Cronbach's Alpha (0,747). Επομένως, διαπιστώνεται η καταλληλότητα της συγκεκριμένης κλίμακας μέτρησης για τη διάσταση της ποιότητας «Συναισθηματική κατανόηση».

Πίνακας 8

*Factor Analysis για έλεγχο αξιοπιστίας της κλίμακας μέτρησης της διάστασης της ποιότητας
«Απτά χαρακτηριστικά»*

Items	Factor Loadings
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,757
Οι εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,879
Οι άνθρωποι που εργάζονται στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι πάντα περιποιημένοι. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,700
Οι εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με εξυπηρετούν απόλυτα. 1= Διαφωνώ απόλυτα - 5= Συμφωνώ απόλυτα	0,817
Total variance explained: 62.585%	
Eigenvalue: 2.503	
Cronbach's Alpha = 0.760	

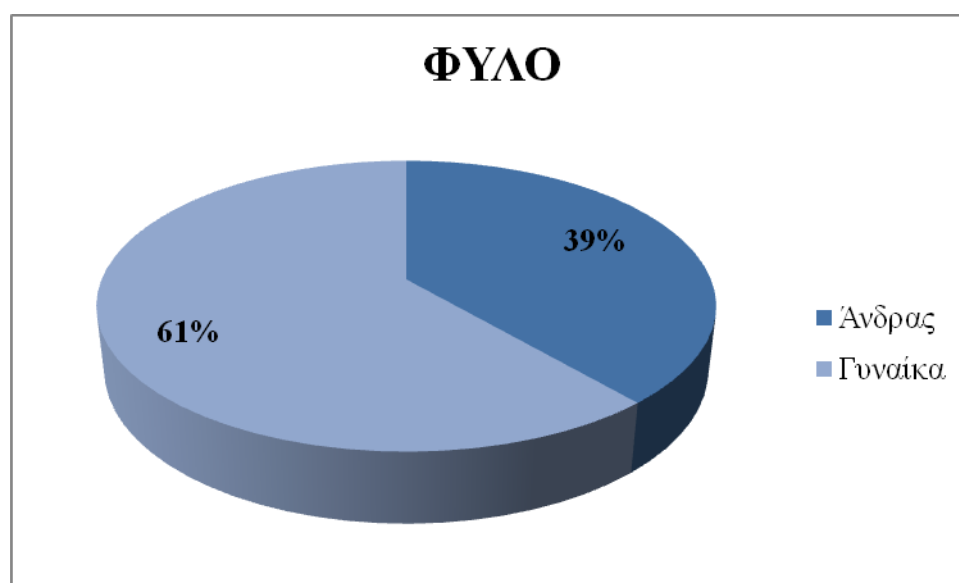
Στον πίνακα 8 παρατηρείται ένας παράγοντας με Eigenvalue 2,503 και η παραπάνω κλίμακα μέτρησης εξηγεί την μεταβλητότητα της διάστασης της ποιότητας «Απτά χαρακτηριστικά» κατά 62,585%. Επιπλέον και οι τέσσερις προτάσεις φορτώνουν σημαντικά σε έναν παράγοντα, αφού όλα τα factor loadings είναι μεγαλύτερα από 0,6. Η αξιοπιστία της κλίμακας μέτρησης επιβεβαιώνεται από την υψηλή τιμή του Cronbach's Alpha (0,760). Επομένως, διαπιστώνεται η καταλληλότητα της συγκεκριμένης κλίμακας μέτρησης για τη διάσταση της ποιότητας «Απτά χαρακτηριστικά».

4.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Πίνακας 9

Κατανομή του δείγματος κατά φύλο

Φύλο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Άνδρας	75	38,7
Γυναίκα	119	61,3
Σύνολο	194	100

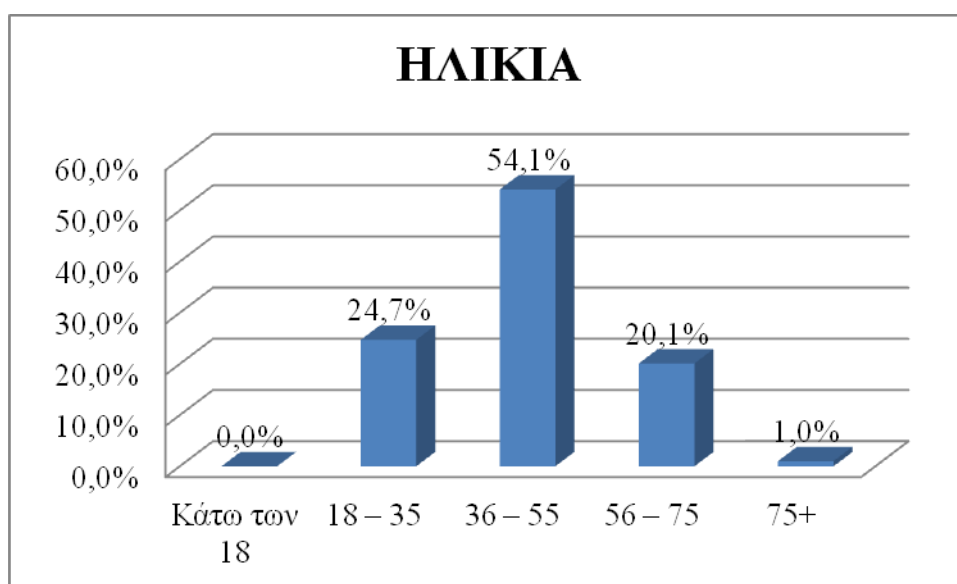


Διάγραμμα 1: Κατανομή του δείγματος κατά φύλο

Πίνακας 10

Κατανομή του δείγματος κατά ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Κάτω των 18	0	0,0
18 – 35	48	24,7
36 – 55	105	54,1
56 – 75	39	20,1
75+	2	1,0
Σύνολο	194	100

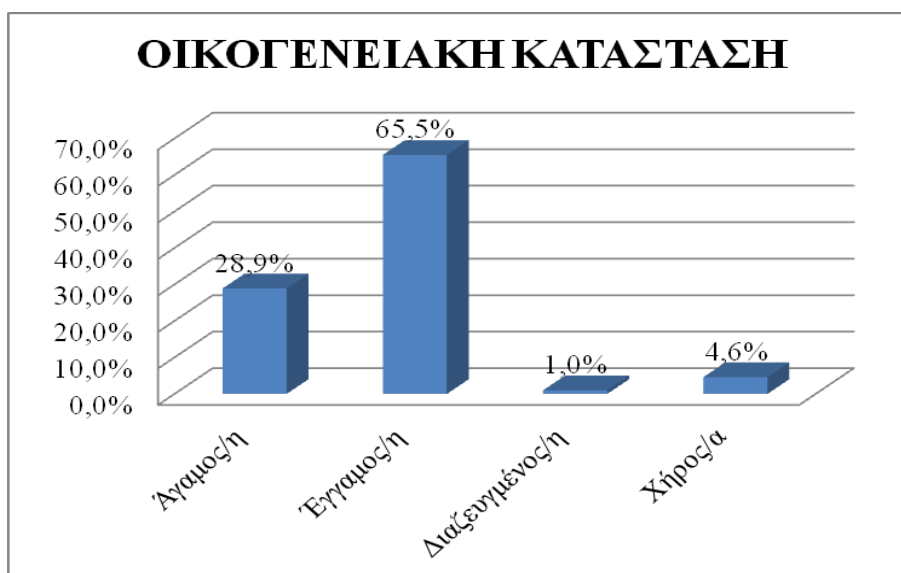


Διάγραμμα 2: Κατανομή του δείγματος κατά ηλικία

Πίνακας 11

Κατανομή του δείγματος κατά Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Άγαμος/η	56	28,9
Έγγαμος/η	127	65,5
Διαζευγμένος/η	2	1,0
Χήρος/α	9	4,6
Σύνολο	194	100

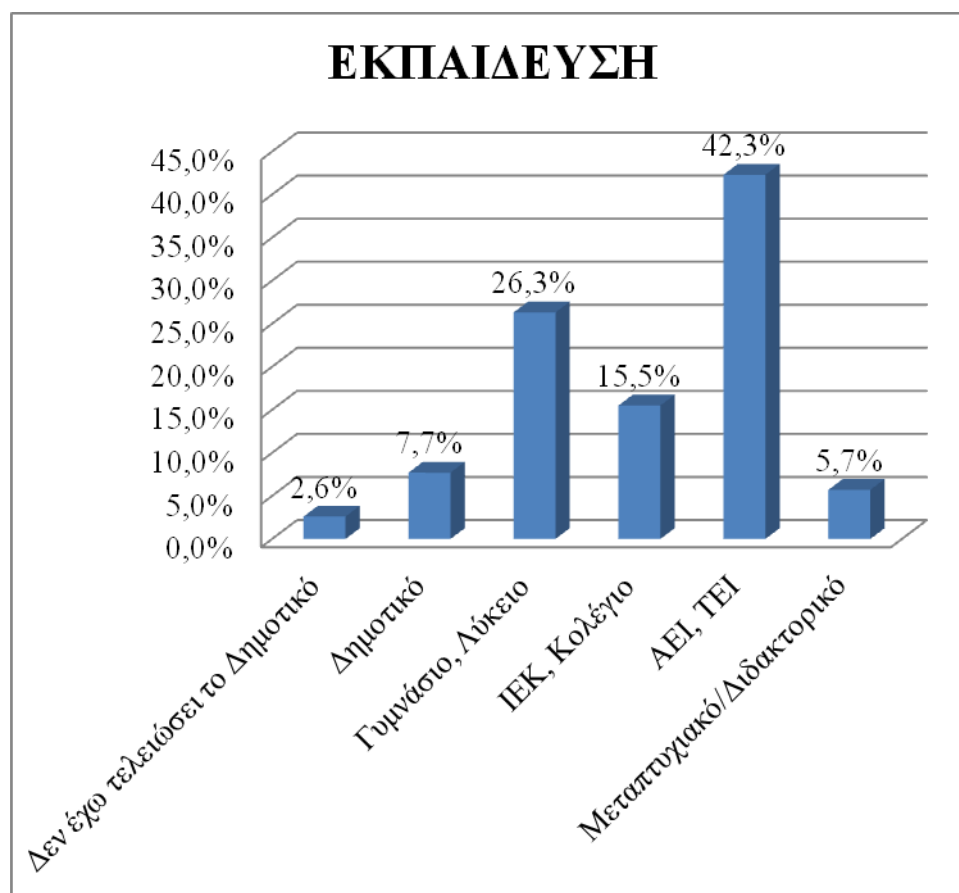


Διάγραμμα 3: Κατανομή του δείγματος κατά Οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 12

Κατανομή του δείγματος κατά Εκπαίδευση

Εκπαίδευση	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Δεν έχω τελειώσει το Δημοτικό	5	2,6
Απόφοιτος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (Δημοτικό)	15	7,7
Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο)	51	26,3
Απόφοιτος Ανώτερης Εκπαίδευσης (ΙΕΚ, Κολέγιο)	30	15,5
Απόφοιτος Ανώτατης Εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ)	82	42,3
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/ Διδακτορικού Τίτλου	11	5,7
Σύνολο	194	100

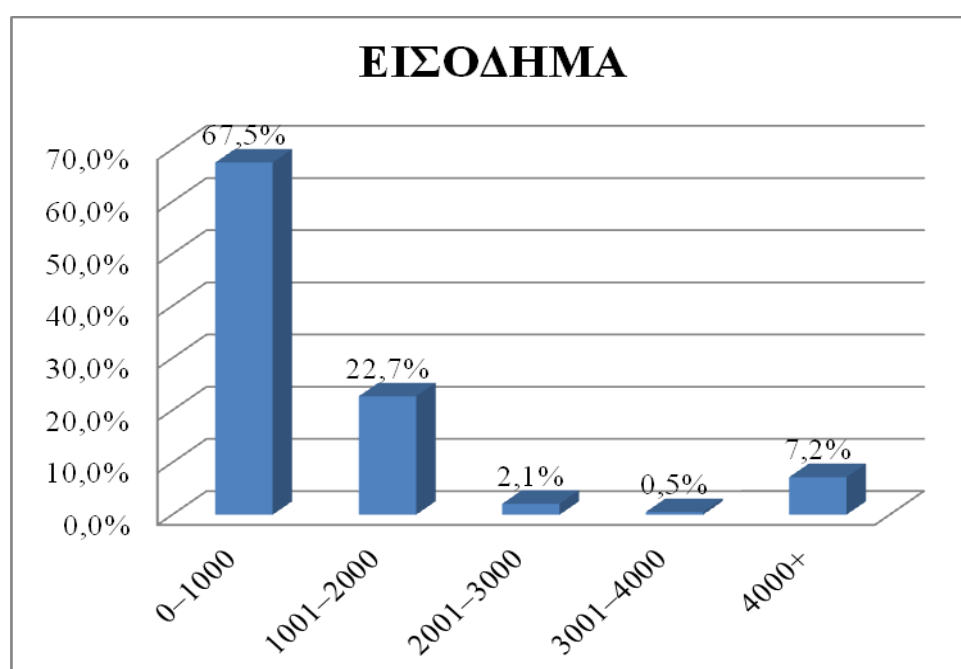


Διάγραμμα 4: Κατανομή του δείγματος κατά Εκπαίδευση

Πίνακας 13

Κατανομή του δείγματος κατά Εισόδημα

Εισόδημα	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
0 – 1000	131	67,5
1001 – 2000	44	22,7
2001 – 3000	4	2,1
3001 – 4000	1	0,5
4000+	14	7,2
Σύνολο	194	100



Διάγραμμα 5: Κατανομή του δείγματος κατά Εισόδημα

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το δείγμα αποτελείται από περισσότερες γυναίκες από ότι άντρες με ποσοστά 61% και 39% αντίστοιχα. Από τον πίνακα 10 και το διάγραμμα 2 προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 54,1% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 36 – 55, ενώ ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 18 – 35 και 56 – 75 με ποσοστό 24,7% και 20,1% αντίστοιχα. Επίσης, στον πίνακα 11 και στο διάγραμμα 3 παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες (65,5%) δηλώνουν όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση παντρεμένοι, ενώ ακολουθούν οι άγαμοι με ποσοστό 28,9%. Το 48% αυτών που απάντησαν στην έρευνα έχουν λάβει Ανώτατη Μόρφωση, αφού είναι είτε απόφοιτοι ΑΕΙ, ΤΕΙ, είτε κάτοχοι μεταπτυχιακού-διδακτορικού τίτλου. Έπειτα, ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου με ποσοστό 26,3% και οι απόφοιτοι Κολεγίου-ΙΕΚ με ποσοστό 15,5%.

Τέλος, σύμφωνα με τον πίνακα 13 και το διάγραμμα 5, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (67,5%) κερδίζει από 0 – 1000 ευρώ το μήνα, το 22,7% κερδίζει από 1001 – 2000 ευρώ το μήνα, ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 7,2% δήλωσε μηνιαίο εισόδημα πάνω από 4000 ευρώ.

4.4 Συνολική ικανοποίηση και διαστάσεις της ποιότητας

Πίνακας 14

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για τη Συνολική ικανοποίηση

Ερωτήσεις	Πολύ κακή N (%)	Κακή N (%)	Ούτε κακή ούτε καλή N (%)	Καλή N (%)	Πολύ καλή N (%)
Γενικά πώς θα αξιολογούσατε την ποιότητα υπηρεσιών που παρέχει η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτεστε;	1 (0,5)	7 (3,6)	37 (19,1)	113 (58,2)	36 (18,6)

Σύμφωνα με τον Πίνακα 14 ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών (76,8%) θεωρεί ότι η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχεται στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ είναι καλή ή πολύ καλή. Αντίθετα, μόλις το 4,1% θεωρεί ότι η ποιότητα των υπηρεσιών είναι κακή ή πολύ κακή. Το 19,1% θεωρεί ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στις μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ είναι ούτε κακή ούτε καλή.

Πίνακας 15

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για τη διάσταση της ποιότητας «Αξιοπιστία»

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα N (%)	Διαφωνώ N (%)	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ N (%)	Συμφωνώ N (%)	Συμφωνώ απόλυτα N (%)
Στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω.	1 (0,5)	7 (3,6)	29 (14,9)	125 (64,4)	32 (16,5)
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημά μου από την πρώτη επίσκεψη.	0 (0)	12 (6,2)	67 (34,5)	100 (51,5)	15 (7,7)
Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι πραγματοποιούνται.	1 (0,5)	10 (5,2)	64 (33)	105 (54,1)	14 (7,2)
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται.	4 (2,1)	14 (7,2)	48 (24,7)	116 (59,8)	12 (6,2)
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου.	7 (3,6)	30 (15,5)	74 (38,1)	70 (36,1)	13 (6,7)

Στον πίνακα 15 παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ασθενείς (80,9%) θεωρούν ότι στις μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ ενδιαφέρονται ειλικρινά για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Παράλληλα, ένα πολύ μικρό ποσοστό, της τάξεως του 6,2% θεωρεί ότι το πρόβλημα του δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά από την πρώτη επίσκεψη. Επιπλέον, οι ασθενείς σε ποσοστό 61,3% πιστεύουν ότι οι υποσχέσεις που τους δίνουν πραγματοποιούνται, και σε ποσοστό 66% οι υπηρεσίες παρέχονται στο χρόνο που υπόσχονται. Τέλος, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (38,1%) δεν γνωρίζει αν οι μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ διατηρούν ακριβή στοιχεία του ιστορικού του, ενώ το 19,1% θεωρεί ότι δεν διατηρούνται τέτοιου είδους στοιχεία.

Πίνακας 16

Μέσοι όροι βαθμολογιών για τη διάσταση της ποιότητας «Αξιοπιστία» και της Συνολικής ικανοποίησης

Ερωτήσεις	Μέσος Όρος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω.	3,93	1	5
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημά μου από την πρώτη επίσκεψη.	3,61	1	5
Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι πραγματοποιούνται.	3,62	1	5
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται.	3,61	1	5
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου.	3,27	1	5
Μέσος Όρος για τη διάσταση «Αξιοπιστία»	3,61	1	5
Μέσος Όρος συνολικής ικανοποίησης	3,91	1	5

Από τον Πίνακα 16 προκύπτει ότι ο Μέσος Όρος της διάστασης «Αξιοπιστία» (3,61) είναι μικρότερος από το Μέσο Όρο της συνολικής ικανοποίησης (3,91). Το μικρότερο Μέσο Όρο παρουσιάζει η ερώτηση σχετικά με τη διατήρηση ακριβών στοιχείων του ιστορικού του κάθε ασθενή (3,27).

Πίνακας 17

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για τη διάσταση της ποιότητας «Ανταπόκριση»

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα N (%)	Διαφωνώ N (%)	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ N (%)	Συμφωνώ N (%)	Συμφωνώ απόλυτα N (%)
Οι υπηρεσίες στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι παρέχονται γρήγορα.	6 (3,1)	16 (8,2)	49 (25,3)	117 (60,3)	6 (3,1)
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι.	1 (0,5)	7 (3,6)	21 (10,8)	125 (64,4)	40 (20,6)
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου.	2 (1)	15 (7,7)	61 (31,4)	82 (42,3)	34 (17,5)
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη.	1 (0,5)	13 (6,7)	32 (16,5)	129 (66,5)	19 (9,8)

Οι πιο πολλοί ασθενείς (85%) θεωρούν ότι στις μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ το προσωπικό είναι πρόθυμο να τους βοηθήσει, αλλά το σχετικό ποσοστό μειώνεται στο 59,8% σχετικά με το διαθέσιμο χρόνο του προσωπικού για την ενασχόληση του με αυτούς. Αξίζει να αναφερθεί ότι υψηλό είναι και το ποσοστό (76,3%) των ασθενών που θεωρεί ότι ενημερώνονται ικανοποιητικά για το πότε θα τους παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχουν ανάγκη, ενώ μόλις το 7,2% έχει αντίθετη άποψη (Πίνακας 17).

Πίνακας 18

*Μέσοι όροι βαθμολογιών για τη διάσταση
της ποιότητας «Ανταπόκριση» και Συνολικής ικανοποίησης*

Ερωτήσεις	Μέσος Όρος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Οι υπηρεσίες στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι παρέχονται γρήγορα.	3,52	1	5
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι.	4,01	1	5
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου.	3,68	1	5
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με ενημερώνει πότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη.	3,78	1	5
Μέσος Όρος για τη διάσταση «Ανταπόκριση»	3,75	1	5
Μέσος Όρος συνολικής ικανοποίησης	3,91	1	5

Ο Μέσος Όρος της διάστασης «Ανταπόκριση» (3,75) είναι μικρότερος από το Μέσο Όρο της συνολικής ικανοποίησης (3,91). Το μικρότερο Μέσο Όρο παρουσιάζει η ερώτηση σχετικά με την ταχύτητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ. Επιπρόσθετα, η ερώτηση σχετικά με το διαθέσιμο χρόνο του προσωπικού προς τους ασθενείς έχει μικρότερο Μέσο Όρο σε σχέση με το Μέσο Όρο της συγκεκριμένης διάστασης της ποιότητας (Πίνακας 18).

Πίνακας 19

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για τη διάσταση της ποιότητας «Διασφάλιση»

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα N (%)	Διαφωνώ N (%)	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ N (%)	Συμφωνώ N (%)	Συμφωνώ απόλυτα N (%)
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι.	2 (1)	6 (3,1)	27 (13,9)	118 (60,8)	41 (21,1)
Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι.	1 (0,5)	10 (5,2)	35 (18,0)	116 (59,8)	32 (16,5)
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι ευγενικό μαζί μου.	0 (0)	3 (1,5)	24 (12,4)	116 (59,8)	51 (26,3)
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω.	0 (0)	1 (0,5)	27 (13,9)	138 (71,1)	28 (14,4)

Οι πιο πολλοί ασθενείς (86,1%) θεωρούν ότι το προσωπικό στις μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ είναι ευγενικό μαζί τους. Παράλληλα οι περισσότεροι ασθενείς (85,5%) θεωρούν ότι το προσωπικό έχει τις απαραίτητες γνώσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς εμπιστεύονται το προσωπικό των μονάδων υγείας που επισκέπτονται σε ποσοστό 81,9%, ενώ αυτοί που νιώθουν σιγουριά στις επαφές τους με το προσωπικό είναι λιγότεροι με ποσοστό 76,3% (Πίνακας 19).

Πίνακας 20

*Μέσοι όροι βαθμολογιών για τη διάσταση της ποιότητας «Διασφάλιση»
και Συνολικής ικανοποίησης*

Ερωτήσεις	Μέσος Όρος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι.	3,98	1	5
Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι.	3,87	1	5
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι ευγενικό μαζί μου.	4,11	1	5
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω.	3,99	1	5
Μέσος Όρος για τη διάσταση «Διασφάλιση»	3,99	1	5
Μέσος Όρος συνολικής ικανοποίησης	3,91	1	5

Ο Μέσος Όρος της διάστασης της ποιότητας «Διασφάλιση» (3,99) είναι μεγαλύτερος από το Μέσο Όρο της συνολικής ικανοποίησης (3,91). Το μικρότερο Μέσο Όρο παρουσιάζει η ερώτηση σχετικά με τη σιγουριά που νιώθει ο ασθενής στην επαφή του με το προσωπικό με τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ. Από την άλλη πλευρά, η ευγένεια του προσωπικού παρουσιάζει το μεγαλύτερο Μέσο Όρο, που ξεπερνά το Μέσο Όρο της εν λόγω διάστασης. Ακόμη, οι ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις του προσωπικού και την εμπιστοσύνη που αυτό εμπνέει στους ασθενείς παρουσιάζουν υψηλούς μέσους όρους (Πίνακας 20).

Πίνακας 21

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για τη διάσταση
της ποιότητας «Συναισθηματική κατανόηση»

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα N (%)	Διαφωνώ N (%)	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ N (%)	Συμφωνώ N (%)	Συμφωνώ απόλυτα N (%)
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση.	1 (0,5)	25 (12,9)	89 (45,9)	65 (33,5)	14 (7,2)
Οι ώρες λειτουργίας της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με εξυπηρετούν απόλυτα.	4 (2,1)	17 (8,8)	44 (22,7)	111 (57,2)	18 (9,3)
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή.	1 (0,5)	42 (21,6)	93 (47,9)	47 (24,2)	11 (5,7)
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς.	1 (0,5)	12 (6,2)	42 (21,6)	127 (65,5)	12 (6,2)
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής.	0 (0)	15 (7,7)	50 (25,8)	109 (56,2)	20 (10,3)

Πολλοί ασθενείς (59,3%) δεν νιώθουν ότι το πρόβλημα τους αποτελεί ξεχωριστή περίπτωση και ακόμη περισσότεροι ασθενείς (70%) δεν νιώθουν ότι το προσωπικό των μονάδων υγείας ΕΟΠΥΥ δείχνει σε αυτούς ξεχωριστή προσοχή. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς σε ποσοστό 71,7% θεωρούν ότι το προσωπικό δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον τους και σε ποσοστό 66,5% αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει. Τέλος, το ωράριο λειτουργίας εξυπηρετεί απόλυτα το 66,5% των ασθενών ενώ αντίθετα δεν εξυπηρετεί το 10,9% (Πίνακας 21).

Πίνακας 22

Μέσοι όροι βαθμολογιών για τη διάσταση
της ποιότητας «Συναισθηματική κατανόηση» και Συνολικής ικανοποίησης

Ερωτήσεις	Μέσος Όρος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση.	3,34	1	5
Οι ώρες λειτουργίας της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με εξυπηρετούν απόλυτα.	3,63	1	5
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή.	3,13	1	5
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς.	3,71	1	5
Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής.	3,69	1	5
Μέσος Όρος για τη διάσταση «Συναισθηματική κατανόηση»	3,5	1	5
Μέσος Όρος συνολικής ικανοποίησης	3,91	1	5

Ο Μέσος Όρος της διάστασης «Συναισθηματική κατανόηση» (3,5) είναι αρκετά μικρότερος από το Μέσο Όρο της συνολικής ικανοποίησης (3,91). Αξίζει να αναφερθεί ότι όλοι οι Μέσοι Όροι των επιμέρους ερωτήσεων κινούνται κάτω από το Μέσο Όρο της συνολικής ικανοποίησης. Το μικρότερο Μέσο Όρο παρουσιάζει η ερώτηση για το εάν ο ασθενής αισθάνεται ότι δέχεται ξεχωριστή προσοχή (Πίνακας 22).

Πίνακας 23

Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για τη διάσταση
της ποιότητας «Απτά χαρακτηριστικά»

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα N (%)	Διαφωνώ N (%)	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ N (%)	Συμφωνώ N (%)	Συμφωνώ απόλυτα N (%)
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό.	6 (3,1)	52 (26,8)	87 (44,8)	44 (22,7)	5 (2,6)
Οι εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον.	5 (2,6)	25 (12,9)	63 (32,5)	88 (45,4)	13 (6,7)
Οι άνθρωποι που εργάζονται στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι πάντα περιποιημένοι.	0 (0)	5 (2,6)	25 (12,9)	111 (57,2)	53 (27,3)
Οι εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με εξυπηρετούν απόλυτα.	3 (1,5)	14 (7,2)	55 (28,4)	103 (53,1)	19 (9,8)

Οι περισσότεροι ασθενείς (74,7%) δεν θεωρούν ότι οι μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ διαθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό. Όσον αφορά τις εγκαταστάσεις των μονάδων υγείας ΕΟΠΥΥ το 52,1% των ασθενών θεωρούν ότι μέσα σε αυτές δημιουργείται ένα ευχάριστο περιβάλλον, ενώ σε ποσοστό 62,9% θεωρούν ότι οι εγκαταστάσεις, τους εξυπηρετούν απόλυτα. Τέλος, ένα μεγάλο ποσοστό (84,5%) των ασθενών θεωρεί ότι οι εργαζόμενοι είναι πάντα περιποιημένοι (Πίνακας 23).

Πίνακας 24

*Μέσοι όροι βαθμολογιών για τη διάσταση
της ποιότητας «Απτά χαρακτηριστικά» και Συνολική ικανοποίηση*

Ερωτήσεις	Μέσος Όρος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό.	2,95	1	5
Οι εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον.	3,41	1	5
Οι άνθρωποι που εργάζονται στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι πάντα περιποιημένοι.	4,09	1	5
Οι εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με εξυπηρετούν απόλυτα.	3,62	1	5
Μέσος Όρος για τη διάσταση «Απτά χαρακτηριστικά»	3,52	1	5
Μέσος Όρος συνολικής ικανοποίησης	3,91	1	5

Ο Μέσος Όρος της διάστασης «Απτά χαρακτηριστικά» (3,52) είναι αρκετά μικρότερος από το Μέσο Όρο της συνολικής ικανοποίησης (3,91). Εκτός από την ερώτηση σχετικά με την εμφάνιση του προσωπικού στις μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ η οποία εμφανίζει Μέσο Όρο 4,09, μεγαλύτερο από το Μέσο Όρο της συνολικής ικανοποίησης, όλες οι υπόλοιπες ερωτήσεις εμφανίζουν αρκετά χαμηλούς Μέσους Όρους. Το μικρότερο Μέσο Όρο (2,95) εμφανίζει η ερώτηση για το εάν οι μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ διαθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό (Πίνακας 24).

4.5 Παράγοντες που σχετίζονται με τις διαστάσεις ποιότητας και τη συνολική ικανοποίηση

4.5.1 Σχέση μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης και των διαστάσεων ποιότητας

Πίνακας 25

Παλινδρόμηση της Συνολικής ικανοποίησης στις διαστάσεις ποιότητας «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση», «Διασφάλιση», «Συναισθηματική κατανόηση», «Απτά χαρακτηριστικά»

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,742 ^a	,551	,539	,509

a. Predictors: (Constant), ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ, ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ, ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ, ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	59,641	5	11,928	46,057	,000 ^a
	Residual	48,689	188	,259		
	Total	108,330	193			

a. Predictors: (Constant), ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ, ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ, ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ, ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

b. Dependent Variable: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,907	,037		106,938	,000
	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	,149	,056	,199	2,687	,008
	ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	,069	,063	,092	1,093	,276
	ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	,116	,061	,154	1,888	,061
	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	,057	,062	,076	,906	,366
	ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	,262	,053	,349	4,942	,000

a. Dependent

Από τον πίνακα 25 προκύπτει ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,008<0,05$) μεταξύ της διάστασης της ποιότητας «Αξιοπιστία» και της Συνολικής ικανοποίησης. Μάλιστα, κρίνοντας από το $b=0,149$ η σχέση των δύο μεταβλητών είναι θετική. Δηλαδή, αν αυξηθεί η Αξιοπιστία κατά μία μονάδα, θα αυξηθεί η Συνολική ικανοποίηση κατά 0,149 μονάδες.

Ακόμη, υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,00<0,05$) μεταξύ της διάστασης ποιότητας «Απτά Χαρακτηριστικά» και της Συνολικής ικανοποίησης. Και σε αυτή την περίπτωση κρίνοντας από το $b=0,262$ η σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι θετική (Πίνακας 25).

Όσον αφορά τις διαστάσεις ποιότητας «Ανταπόκριση» ($p=0,276>0,05$), «Διασφάλιση» ($p=0,061>0,05$) και «Συναισθηματική κατανόηση» ($p=0,366>0,05$) παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τη Συνολική ικανοποίηση καθώς και στα τρία οι τιμές p είναι μεγαλύτερες από το 0,05 (Πίνακας 25).

4.5.2 Σχέση των διαστάσεων ποιότητας και της συνολικής ικανοποίησης με το φύλο

Πίνακας 26

t-test των διαστάσεων ποιότητας «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση», «Διασφάλιση», «Συναισθηματική κατανόηση», «Απτά χαρακτηριστικά» και της Συνολικής ικανοποίησης με το φύλο

	ΦΥΛΟ	N	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	t	p value
Αξιοπιστία	ΑΝΔΡΑΣ	75	3,6400	0,47761	0,609	0,544
	ΓΥΝΑΙΚΑ	119	3,5866	0,65909	0,653	0,514
Ανταπόκριση	ΑΝΔΡΑΣ	75	3,7533	0,56874	0,104	0,917
	ΓΥΝΑΙΚΑ	119	3,7437	0,66101	0,108	0,914
Διασφάλιση	ΑΝΔΡΑΣ	75	4,0367	0,49267	0,935	0,351
	ΓΥΝΑΙΚΑ	119	3,9559	0,63750	0,991	0,323
Συναισθηματική κατανόηση	ΑΝΔΡΑΣ	75	3,4587	0,44451	-0,751	0,454
	ΓΥΝΑΙΚΑ	119	3,5244	0,67044	-0,821	0,413
Απτά χαρακτηριστικά	ΑΝΔΡΑΣ	75	3,5433	0,64903	0,431	0,667
	ΓΥΝΑΙΚΑ	119	3,5021	0,64890	0,431	0,667
Συνολική ικανοποίηση	ΑΝΔΡΑΣ	75	3,87	0,684	-0,597	0,551
	ΓΥΝΑΙΚΑ	119	3,93	0,789	-0,617	0,538

Το t-test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση ($p \text{ value} > 0,05$) μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση», «Διασφάλιση», «Συναισθηματική κατανόηση», «Απτά χαρακτηριστικά» και της Συνολικής ικανοποίησης με το φύλο (Πίνακας 26).

4.5.3 Σχέση των διαστάσεων ποιότητας και της συνολικής ικανοποίησης με την ηλικία

Πίνακας 27

Ανάλυση διασποράς μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση», «Διασφάλιση», «Συναισθηματική κατανόηση», «Απτά χαρακτηριστικά», της Συνολικής ικανοποίησης και της ηλικίας

		Ηλικία					F	p value
		Κάτω των 18	18 – 35	36 – 55	56 – 75	75+		
Αξιοπιστία	Μέσος Όρος	-	3,6000	3,5829	3,6821	3,6000	0,264	0,851
	Τυπική απόκλιση	-	0,36437	0,66628	0,63365	0,56569		
Ανταπόκριση	Μέσος Όρος	-	3,7708	3,6762	3,9038	3,8750	1,324	0,268
	Τυπική απόκλιση	-	0,46652	0,71717	0,51814	0,17678		
Διασφάλιση	Μέσος Όρος	-	3,9688	3,9357	4,1410	4,1250	1,224	0,302
	Τυπική απόκλιση	-	0,51988	0,65964	0,42841	0,17678		
Συναισθηματική κατανόηση	Μέσος Όρος	-	3,5042	3,4952	3,4974	3,6000	0,022	0,996
	Τυπική απόκλιση	-	0,54732	0,67145	0,41516	0,56569		
Απτά χαρακτηριστικά	Μέσος Όρος	-	3,5417	3,4524	3,6538	3,7500	1,039	0,376
	Τυπική απόκλιση	-	0,60874	0,70207	0,53378	0,35355		
Συνολική ικανοποίηση	Μέσος Όρος	-	3,96	3,92	3,79	4,00	0,390	0,760
	Τυπική απόκλιση	-	0,544	0,829	0,767	,000		

Παρατηρείται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ($p \text{ value} > 0,05$) των διαστάσεων της ποιότητας καθώς και της Συνολικής ικανοποίησης με την ηλικία (Πίνακας 27).

4.5.4 Σχέση των διαστάσεων ποιότητας και της συνολικής ικανοποίησης με την εκπαίδευση

Πίνακας 28

Ανάλυση διασποράς μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση», «Διασφάλιση», «Συναισθηματική κατανόηση», «Απτά χαρακτηριστικά», της Συνολικής ικανοποίησης και της εκπαίδευσης

		Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	F	p value
Αξιοπιστία	Δεν έχω τελειώσει δημοτικό	3,7200	0,86718	0,970	0,437
	Δημοτικό	3,6933	0,38446		
	Γυμνάσιο, Λύκειο	3,4588	0,70119		
	ΙΕΚ, Κολέγιο	3,6467	0,55257		
	ΑΕΙ, ΤΕΙ	3,6707	0,54738		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	3,5455	0,61378		
Ανταπόκριση	Δεν έχω τελειώσει δημοτικό	3,9000	0,28504	2,078	0,070
	Δημοτικό	4,0000	0,36596		
	Γυμνάσιο, Λύκειο	3,5784	0,70443		
	ΙΕΚ, Κολέγιο	3,8250	0,45557		
	ΑΕΙ, ΤΕΙ	3,8079	0,64585		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	3,4545	0,68755		
Διασφάλιση	Δεν έχω τελειώσει δημοτικό	4,0000	0,53033	2,069	0,071
	Δημοτικό	4,1167	0,37639		
	Γυμνάσιο, Λύκειο	3,7843	0,58741		
	ΙΕΚ, Κολέγιο	4,0250	0,53478		
	ΑΕΙ, ΤΕΙ	4,0915	0,62424		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	3,8636	0,50452		
Συναισθηματική κατανόηση	Δεν έχω τελειώσει δημοτικό	3,8000	0,73485	1,720	0,132
	Δημοτικό	3,4400	0,25298		
	Γυμνάσιο, Λύκειο	3,3608	0,52003		
	ΙΕΚ, Κολέγιο	3,5333	0,66298		
	ΑΕΙ, ΤΕΙ	3,5976	0,61302		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	3,2545	0,71605		

		Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	F	p value
Απτά χαρακτηριστικά	Δεν έχω τελειώσει δημοτικό	3,9500	0,51235	3,273	0,007
	Δημοτικό	3,8000	0,51927		
	Γυμνάσιο, Λύκειο	3,3088	0,61965		
	ΙΕΚ, Κολέγιο	3,5417	0,66658		
	ΑΕΙ, ΤΕΙ	3,6098	0,61123		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	3,1591	0,85347		
Συνολική ικανοποίηση	Δεν έχω τελειώσει δημοτικό	3,80	0,837	2,304	0,046
	Δημοτικό	3,87	0,743		
	Γυμνάσιο, Λύκειο	3,67	0,766		
	ΙΕΚ, Κολέγιο	4,03	0,669		
	ΑΕΙ, ΤΕΙ	4,06	0,726		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	3,64	0,809		

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση των διαστάσεων της ποιότητας «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση», «Διασφάλιση» και «Συναισθηματική κατανόηση» με την εκπαίδευση, καθώς τα p value είναι μεγαλύτερα από 0,05. Αντίθετα, η διάσταση ποιότητας «Απτά χαρακτηριστικά» εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με την εκπαίδευση. Αυτό συμβαίνει διότι το p value είναι 0,007 μικρότερο δηλαδή από την τιμή 0,05. Επίσης και η συνολική ικανοποίηση εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με την εκπαίδευση καθώς $p=0,046 < 0,05$ (Πίνακας 28).

4.5.5 Σχέση των διαστάσεων ποιότητας και της συνολικής ικανοποίησης με το εισόδημα

Πίνακας 29

Ανάλυση διασποράς μεταξύ των διαστάσεων ποιότητας «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση», «Διασφάλιση», «Συναισθηματική κατανόηση», «Απτά χαρακτηριστικά», της Συνολικής ικανοποίησης και του εισοδήματος

		Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	F	p value
Αξιοπιστία	0 – 1000	3,6168	0,53610	0,810	0,520
	1001 – 2000	3,6364	0,55619		
	2001 – 3000	3,1000	0,90185		
	3001 – 4000	3,8000	.		
	4000+	3,5571	1,03828		
Ανταπόκριση	0 – 1000	3,7786	0,59475	2,135	0,078
	1001 – 2000	3,8068	0,60498		
	2001 – 3000	3,0625	0,49669		
	3001 – 4000	3,2500	0,77392		
	4000+	3,5000	.		
Διασφάλιση	0 – 1000	3,9828	0,97073	1,253	0,290
	1001 – 2000	4,0795	0,62545		
	2001 – 3000	3,4375	0,51627		
	3001 – 4000	4,0000	0,62126		
	4000+	3,8929	1,00778		
Συναισθηματική κατανόηση	0 – 1000	3,5069	-	2,836	0,026
	1001 – 2000	3,5682	0,88641		
	2001 – 3000	2,5500	0,58575		
	3001 – 4000	3,6000	0,55264		
	4000+	3,4714	0,55731		
Απτά χαρακτηριστικά	0 – 1000	3,5553	0,75498	3,326	0,012
	1001 – 2000	3,5795	-		
	2001 – 3000	2,5000	0,84346		
	3001 – 4000	3,2500	0,59296		
	4000+	3,2857	0,62195		

		Μέσος Όρος	Τυπική απόκλιση	F	p value
Συνολική ικανοποίηση	0 – 1000	3,92	0,58512	4,850	0,001
	1001 – 2000	4,07	0,45644		
	2001 – 3000	2,50	-		
	3001 – 4000	4,00	0,87627		
	4000+	3,64	0,64758		

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση των διαστάσεων της ποιότητας «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση» και «Διασφάλιση» με το εισόδημα καθώς τα p value είναι μεγαλύτερα από 0,05. Αντίθετα, η διάσταση της ποιότητας «Συναισθηματική κατανόηση» και «Απτά χαρακτηριστικά» καθώς επίσης και η συνολική ικανοποίηση εμφανίζουν στατιστικά σημαντική σχέση με το εισόδημα καθώς τα p value είναι 0,026, 0,012 και 0,001 αντίστοιχα, δηλαδή μικρότερα από το 0,05 (Πίνακας 29).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 Σχολιασμός αποτελεσμάτων με άλλες έρευνες

Με την παρούσα έρευνα διερευνήθηκε το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, και βρέθηκε ότι οι χρήστες – ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στον εν λόγω οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ειδικότερα, το 58,2% αξιολόγησε την ποιότητα των υπηρεσιών ως καλή και το 18,6% ως πολύ καλή. Αξιοπρόσεχτο είναι ότι μόλις το 3,6% χαρακτήρισε την ποιότητα ως κακή και το 0,5% ως πολύ κακή. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν και με άλλες έρευνες που έχουν γίνει, αφού το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών είναι συχνό φαινόμενο στην Ελλάδα και στην Κύπρο.

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα στο Κέντρο Υγείας της Αταλάντης το 90% δήλωσε μέτρια έως και πολύ ικανοποιημένο από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Αναγνωστοπούλου και συν, 2009). Υψηλή ικανοποίηση των ασθενών στους τομείς της υποδομής, των διοικητικών υπηρεσιών και ακόμη περισσότερο στο κλινικό έργο, παρατηρήθηκε σε ένα Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα (Καμπάντα και Νιάκα, 2004). Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα έρευνας στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ», στα οποία η πλειοψηφία των ογκολογικών ασθενών (87%) νιώθει ικανοποιημένη/απόλυτα ικανοποιημένη από τις υπηρεσίες που της προσφέρθηκαν (Πίνη και συν, 2009).

Επιπλέον, υψηλή ικανοποίηση των ασθενών διαπιστώνεται και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, δηλαδή σε νοσοκομεία της Ελλάδας και της Κύπρου. Σε έρευνα τόσο σε ιδιωτικά όσο και σε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας διαπιστώθηκε ότι το 30,9% των ερωτηθέντων ήταν πολύ ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ το 46,4% ικανοποιημένο (Ιακωβίδου και συν, 2008). Όσον αφορά σε έρευνες που διεξήχθησαν στην Κύπρο οι ασθενείς δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη συνολική ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα Γενικού Νοσοκομείου της Κύπρου, αφού οι προσδοκίες τους εκπληρώθηκαν, όπως και οι ασθενείς του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών ενός νοσοκομείου της Λευκωσίας, που δήλωσαν σε ποσοστό 67% ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους προσφέρθηκαν (Αθανασίου, 2012. Λάμπρου, 2013).

Μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με την παρούσα έρευνα καθώς και με τις προαναφερθείσες έρευνες, δήλωσαν οι χρήστες από τις υγειονομικές υπηρεσίες του ΙΚΑ στην Αθήνα, αφού το 51% αξιολόγησε τις παρεχόμενες υπηρεσίες ως καλές ή πολύ καλές, ενώ το 13,8% ως κακές ή πολύ κακές (Τούντας και συν, 2003).

Η ανάδειξη τόσο των προβλημάτων, όσο και των αδυναμιών των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ, με σκοπό τη βελτίωσή τους, αποτέλεσε έναν ακόμη στόχο της παρούσας έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, οι χαμηλότεροι μέσοι όροι που σημείωσαν οι τέσσερις [Αξιοπιστία (3,61), Ανταπόκριση (3,75), Συναισθηματική κατανόηση (3,5) και απτά χαρακτηριστικά (3,52)] από τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας, σε σχέση με το μέσο όρο της συνολικής ικανοποίησης από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (3,91), δείχνει κάποιες από τις αδυναμίες των εν λόγω μονάδων υγείας. Όσον αφορά στη διάσταση της ποιότητας «Αξιοπιστία», η ερώτηση που σημείωσε το χαμηλότερο μέσο όρο (3,27) σε σχέση με το μέσο όρο της συνολικής διάστασης της ποιότητας «Αξιοπιστία» (3,61), είναι αυτή που έχει σχέση με το ιστορικό των ασθενών. Πράγματι, μια αδυναμία των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ είναι η μη διατήρηση του ιστορικού των ασθενών, έτσι ώστε ο γιατρός να είναι πλήρως ενημερωμένος για τον ασθενή που έχουν απέναντί τους. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε η Χαραυγή (2011), η οποία διαπίστωσε την ίδια αδυναμία για το κέντρο υγείας που διεξήγαγε την έρευνά της.

Όσον αφορά στη διάσταση της ποιότητας «Ανταπόκριση», από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι παρόλο που το προσωπικό είναι πρόθυμο να προσφέρει στους ασθενείς τη βοήθεια που χρειάζονται, τόσο η ταχύτητα εξυπηρέτησης όσο και ο διαθέσιμος χρόνος του προσωπικού προς τους ασθενείς φαίνεται να αποτελούν αδυναμίες των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ και θα πρέπει να αντιμετωπισθούν από τους υπευθύνους. Στην έρευνα των Αναγνωστοπούλου και συν (2009) διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την αριθμητική επάρκεια του προσωπικού. Επομένως, ένας λόγος που παρατηρείται αυτή η κατάσταση στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ μπορεί να είναι η έλλειψη προσωπικού.

Όσον αφορά στη διάσταση της ποιότητας «Συναισθηματική Κατανόηση», αυτή σημείωσε το μικρότερο μέσο όρο από κάθε άλλη διάσταση της ποιότητας. Οι αδυναμίες που προκύπτουν από αυτή τη διάσταση έχουν σχέση με το ότι το προσωπικό δεν δείχνει ξεχωριστή προσοχή στους ασθενείς. Παρόμοια, σε έρευνα της Καλογεροπούλου (2011) ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών δεν έμεινε ικανοποιημένο από το ιατρικό προσωπικό, όσον αφορά στην ενημέρωση που τους παρείχε για το πρόβλημα υγείας τους, τη διάγνωση και τη θεραπεία. Επιπλέον σύμφωνα με τον Λάμπρου (2013) περισσότερη προσοχή απαιτείται στο ανθρώπινο δυναμικό και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Όσον αφορά στη διάσταση της ποιότητας «Απτά χαρακτηριστικά», η ερώτηση που εμφανίζει το μικρότερο Μέσο Όρο (2,95) είναι αυτή σχετικά με το αν οι μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ διαθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό, με αποτέλεσμα η ανάγκη ανανέωσης του εξοπλισμού καθώς και η βελτίωση του περιβάλλοντος να είναι απαραίτητες. Πράγματι, οι ασθενείς στην έρευνα των Αναγνωστοπούλου και

συν (2009) βρέθηκαν να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την ξενοδοχειακή υποδομή. Ακόμη, στην έρευνα των Πίνη και συν (2009), πηγή δυσαρέσκειας των ασθενών αποτελούσαν η στενότητα του χώρου των ιατρείων, ενώ στην έρευνα της Καλογεροπούλου (2011) οι συνθήκες στέγασης και υγιεινής

Από την άλλη πλευρά, η διάσταση της ποιότητας «Διασφάλιση» ως προς το μέσο όρο της (3,99), ξεπέρασε το μέσο όρο της συνολικής ικανοποίησης από την ποιότητα των υπηρεσιών (3,91), με αποτέλεσμα η ευγένεια του προσωπικού, οι γνώσεις καθώς και η εμπιστοσύνη που εμπνέει το προσωπικό, να αποτελούν δυνατά σημεία των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ. Και στην έρευνα της Χαραυγή (2011) το αίσθημα της ασφάλειας των χρηστών είναι υψηλό, λόγω των γνώσεων και των δεξιοτήτων του προσωπικού.

Επιπρόσθετα, από την γραμμική παλινδρόμηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, με τις πέντε διαστάσεις της ποιότητας, προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της συνολικής ικανοποίησης με την διάσταση της ποιότητας «Αξιοπιστία» και τη διάσταση «Απτά Χαρακτηριστικά». Αυτή η σχέση και στις δύο περιπτώσεις είναι θετική. Δηλαδή, αν επέλθει βελτίωση είτε στην διάσταση της ποιότητας που αφορά στην Αξιοπιστία, είτε αφορά στα Απτά χαρακτηριστικά, η συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες θα είναι μεγαλύτερη.

Από την ανάλυση διασποράς δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των διαστάσεων της ποιότητας «Αξιοπιστία», «Ανταπόκριση», «Διασφάλιση», «Συναισθηματική κατανόηση», «Απτά χαρακτηριστικά» καθώς και της Συνολικής ικανοποίησης από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με το φύλο ή την ηλικία. Αντίθετα στην έρευνα των Αναγνωστοπούλου και συν (2009) βρέθηκε ότι η ηλικία επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση των ασθενών από την ξενοδοχειακή υποδομή, αφού άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έμειναν περισσότερο ικανοποιημένα από αυτή τη διάσταση της ποιότητας.

Από την άλλη πλευρά, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση, τόσο μεταξύ της διάστασης της ποιότητας «Απτά χαρακτηριστικά», όσο και της συνολικής ικανοποίησης με την εκπαίδευση. Επιπλέον, οι διαστάσεις της ποιότητας «Συναισθηματική κατανόηση» και «Απτά χαρακτηριστικά», καθώς επίσης και η συνολική ικανοποίηση, φαίνεται να επηρεάζονται από το εισόδημα. Παρόμοια, στην έρευνα του Λάμπρου (2013) βρέθηκε ότι δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης. Αντίθετα στην έρευνα των Πίνη και συν (2009) δεν

βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών.

Συμπερασματικά, από την παρούσα έρευνα προέκυψε υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ. Ως αδυναμίες αναφέρθηκαν η μη διατήρηση του ιστορικού των ασθενών, η αργή εξυπηρέτηση, η έλλειψη διαθέσιμου χρόνου του προσωπικού, η απουσία ξεχωριστής προσοχής στους ασθενείς από το προσωπικό, η έλλειψη σύγχρονου εξοπλισμού, καθώς και η απουσία ευχάριστου περιβάλλοντος. Αντίθετα η ευγένεια του προσωπικού, οι γνώσεις καθώς και η εμπιστοσύνη που αυτό εμπνέει στους ασθενείς, αποτελούν δυνατά σημεία των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ.

Τέλος, όλα τα στοιχεία που προκύπτουν από μελέτες σχετικά με τις αδυναμίες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να αξιοποιούνται επαρκώς, έτσι ώστε να διαμορφωθούν αποτελεσματικές πολιτικές υγείας, που στόχο έχουν τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

5.2 Περιορισμοί της έρευνας και μελλοντική έρευνα

Ως περιορισμός της έρευνας μπορεί να αναφερθεί ότι η επιλογή του δείγματος έγινε από τρεις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ στη Θεσσαλονίκη. Ένα πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα θα μπορούσε να προκύψει από διάφορες μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ από όλη την επικράτεια. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσε να γίνει σύγκριση μεταξύ των μεγάλων αστικών κέντρων και της επαρχίας. Επιπλέον, στην έρευνα συμμετείχαν μόνο όσοι γνώριζαν καλά ελληνικά. Ένας τελευταίος περιορισμός είναι ότι στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε μόνο η μία φάση του μοντέλου SERVQUAL, αυτή της μέτρησης της πραγματικής απόδοσης των υπηρεσιών υγείας. Επομένως, θα μπορούσε να διεξαχθεί η ίδια έρευνα χρησιμοποιώντας και τις δύο φάσεις του μοντέλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

6.1 Αγγλική Βιβλιογραφία – Αρθρογραφία

Babakus, E. and Mangold, W.G., (1992), Adapting the SERVQUAL scale to hospital services. *Health Services Research*, 26(1), 767-786.

Beck, A., (2004), Student Jama. The Flexner report and the standardization of American medical education. *Jama The Journal of the American Medical Association* 291(17), 2139-2140.

Buttle, F. (1996) "SERVQUAL: review, critique, research agenda", *European Journal of Marketing*, 30(1), 8 – 32.

Camilleri, D., & O' Callaghan, M. (1998), Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-133.

Carman, J.M., (1990), Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions, *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.

Cronin, J. & Taylor, S.A. (1992), "Measuring service quality: a reexamination and extension", *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.

Donabedian, A., (1966), Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-206.

Donabedian, A., (1980), *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Health Administration Press.

Feigenbaum, A.V. (1961), *Total Quality Control*. McGraw-Hill International Editions

Ford RC, Bach SA, Fottler MD. (1997), Methods of measuring patient satisfaction in health organizations. *Health Care Manag Rev*, 22:74–89.

Grosby, P., (1979), *Quality is Free*. McGraw-Hill, New York.

Hartmann G. Quality management in radiotherapy. In: Schlegel W, Bortfeld T, Grosu AL (eds) *New technologies in radiation oncology*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2006

Hasin, M.A.A., Seeluangsawat R., Shareef MA. (2001), Statistical measures of customer satisfaction for hospital health-care quality assurance: A case study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14, 6–14.

Juran, J.M. (1988), *Juran's Quality Control Handbook. 4th ed.*, McGraw-Hill International Editions.

Juran, J.M. (1992), *Juran on Quality By Design. 4th ed.*, McGraw-Hill International Editions

Kotler, P. & Keller K. (2006), *Μάρκετινγκ Μάνατζμεντ. 12^η Αμερικάνικη Έκδοση*, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Maxwell, R.J., (1984), Quality assessment in health. *British Medical Journal*, 288, 1470-1472.

McKee, C., Lauglo, M & Lessof L. (1989), Medical audit: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82, 474-478.

Oliver R. (1996) *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*. McGraw-Hill Education.

Ovretveit J. (1992), *Health service quality*. Blackwell, London.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry L. (1985), A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.

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

Raftopoulos, V. (2005), Depression Pain elderly Elderly Care Patient satisfaction Satisfaction with pain management Pain management Quality of care Elderly care. *ICU Nursing Web Journal*, 20, 1-17.

Reidenbach , E. & Sandifer-Smallwood B. (1990), Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach, *Journal of Healthcare Marketing*, 10(4), 47-55.

Roberts, J.S. (1987), Reviewing the quality of care: priorities for improvement. *Health Care Financing Review – Annual Supplement*, 69-74.

Thompson, R., (1980), *Next Steps in Implementing Quality Appraisal/action Plans in Hospitals*. Thompson, Mohr & Associates.

Tomes, A. & Chee Peng Ng, S. (1995), Service quality in hospital care: the development of an in-patient Questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8, 25-33.

Ware, J., Snyder, M., Russell, W. & Allyson, D. (1983), Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 247-263.

Wisniewski, M. (2001), Using SERVQUAL to assess customer satisfaction with public sector services. *Managing Service Quality*, 11(6), 380-388.

Weinberg, N. (2001), Using Performance Measures to Identify Plans of Action to Improve Care, *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 27(12), 683-688.

White, B., Robertson, I. and Lewis, B. (1993), A study of patient satisfaction with general practitioner services, unpublished study, UMIST, University of Manchester.

WHO. (1993), Continuous quality development: A proposal national policy. Copenhagen.

Youssef, F., Nel D. & Bovaird, T. (1995), Service quality in NHS hospitals. *Journal of Management in Medicine*, 9(1), 66-74.

Zeithaml, V. (1988), Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*, 52, 2-22.

6.2 Ελληνική Βιβλιογραφία - Αρθρογραφία

Αθανασίου, Γ. (2012) *Αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών στο τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών γενικού νοσοκομείου Λευκωσίας*. Master Thesis, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. (2008) Το οργανωτικό Πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47(3), 320-333.

Αναγνωστοπούλου, Ι., Σίσκου, Ο. & Γαλάνης, Π. (2012), Αξιολόγηση και Διερεύνηση των Παραγόντων που Επηρεάζουν την Ικανοποίηση των Ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης. *Hellenic Journal of Nursing*, 51(2), 216-226.

Βότση, Ε. (2000) *Διασφάλιση της ποιότητας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών*. Master Thesis, ΕΚΠΑ Τμήμα Νοσηλευτικής.

Βραχάτης, Δ., Παπαδόπουλος Α. (2012) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 51(1), 10-17.

Γιανασμίδης, Α., Τσιαούση, Μ. (2012) Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1), 106-115.

Δημητρέσσα, Φ. (2012) *Η επίδραση εναλλακτικών οργανωτικών σχημάτων στη ζήτηση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση του οικογενειακού γιατρού στο ΙΚΑ, 20 χρόνια μετά*. Master Thesis, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία. Το άρθρο ανακτήθηκε από τον ιστότοπο http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CF%89%CF%82%20%CF%80%CF%8D%CE%BB%CE%B7%20%CE%B5%CE%B9%CF%83%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85.pdf, πρόσβαση στις 07/11/2013.

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 Βήμα του Ασκληπειού*, 7(4), 343-359.

Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι. & Χατζητόλιος, Α. (2013), Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα, Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2), 233-240.

Καλλιόλας, Γ., Παπαβασιλείου Θ. & Συκιώτης Γ. (2006), Ωφελούν και μη βλάπτειν. Ανακτήθηκε από τον ιστότοπο <http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=171589> στις 22/12/2013.

Καλογεροπούλου, Μ. (2011), Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5), 667-673.

Καμπάντα, Μ. & Νιάκας, Δ. (2004), Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(4), 354-362.

Κέφης, Β. (2005), *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Θεωρία και πρότυπα*. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. (1995) *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. (2000) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική: η ασφαλιστική δικλείδα για την υψηλή ποιότητα στη φροντίδα υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(4), 167-168.

Κυριόπουλος, Γ. (2013) *Το αξιακό φορτίο και η πολιτική επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma-Ata*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Ανακτήθηκε από τον ιστότοπο http://www.healthpolicy.gr/images/stories/pdf/portaria_forum_2013_kyriopoulos_j.pdf, πρόσβαση στις 15/12/2013.

Κωσταγιόλας, Π., Πλατής Χ. & Ζήμερας Στ. (2006), Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6), 603-614.

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

Λαζάρου, Π. (2005) *Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης ικανοποίησης του χρήστη*. Ph.D. Thesis, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Λάμπρου, Μ., (2013) *Αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών Γενικού Νοσοκομείου της Κύπρου από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα*. Master Thesis, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Λιαρόπουλος, Λ. (2010) *Μελέτη για την Αναδιάρθρωση των Νοσοκομείων της Χώρας*. Ανακτήθηκε από τον ιστότοπο platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/, πρόσβαση στις 23/10/2013.

Λογοθέτης, Ν., (1992) *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας, Από τον Deming στον Taguchi και το SPC*, εκδ. TCM Hellas LTD, Interbooks, Αθήνα.

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

Μανιού, Μ. & Ιακωβίδου, Ε., (2009) Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4), 380-400.

Μανωλιάδης, Ι. & Δημοπούλου, Σ. Η ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα. Ανακτήθηκε από τον ιστότοπο <http://www.isth.gr/images/uploads/04-MANOLIADHS.pdf>, πρόσβαση στις 20/10/2013.

Μάρκοβιτς, Γ. & Μοναστηρίδου, Σ., (2011) Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Βιβλιογραφική Ανασκόπηση*, 4(1), 51-56.

Μέριανου-Μιχαήλ, Β. & Ζαχαράκη-Σαββοπούλου, Ρ. (1993), Ποιοτική Διασφάλιση στην αμμοδοσία. *Οικονομία και Υγεία*, 2(4), 27-37.

Μερκούρης, Α. (2009) *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*. Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα.

Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ. & Σωτηριάδου Κ. (2011), Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(2), 38-43.

Μανωλιάδης, Ι. & Δημοπούλου Σ. (2007) Η ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην Ελλάδα. Ανακτήθηκε από τον ιστότοπο <http://www.isth.gr/images/uploads/04-MANOLIADHS.pdf>, πρόσβαση στις 02/12/2013.

Μίχου, Ε. (2007) *Εφαρμογή Συστημάτων Διαχείρισης της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Αιμοδοσίας. Οι περιπτώσεις των Τμημάτων Αιμοδοσίας των νοσοκομείων «Αμ. Φλέμινγκ» και «Η Σωτηρία»*. ΙΗ' Εκπαιδευτική Σειρά, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.

Ν. 1397/1983, *Εθνικό Σύστημα Υγείας*, ανακτήθηκε από τον ιστότοπο <http://www.mednet.gr/eeeea/pdf/law-1397-1983.pdf>, πρόσβαση στις 02/12/2013.

Ν. 2519/21-8-97 (ΦΕΚ 165 Α'), Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις, ανακτήθηκε από τον ιστότοπο <http://www.mednet.gr/eeeea/pdf/law-2519-1997.pdf>, πρόσβαση στις 02/12/2013.

Ν. 3329/05 (ΦΕΚ 81 Α'/4-4-05), *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*, ανακτήθηκε από τον ιστότοπο http://www.dilosoikonomiki.gr/11-N_3329-05.pdf, πρόσβαση στις 02/12/2013.

Ν. 3580/2007 (ΦΕΚ 134/Α'/18.6.2007), *Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις*, ανακτήθηκε από τον ιστότοπο http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n3580_07.htm, πρόσβαση στις 02/12/2013.

Ν. 3918/2011 (ΦΕΚ Α' 31/2-3-2011), Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, ανακτήθηκε από τον ιστότοπο <http://www.fspellas.gr/el/node/401>, πρόσβαση στις 05/12/2013.

Νιάκας, Δ. (1993), Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2, 3--12.

Οικονομοπούλου, Χ., Πολύζος, Ν., Μεράκου, Κ., Σούλης Σ. (1995), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο χώρο του Νοσοκομείου: Η Ευρωπαϊκή εμπειρία και η Ελληνική πραγματικότητα. *Επιθεώρηση Υγείας*, 6(32), 55-58.

Οικονόμου, Χ. (2012) Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων.

Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 480-488.

Παπανικολάου, Β. (2007), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Πελεκίδου, Μ. (2010) *Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Βοήθεια στο Σπίτι: Μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση*. Master Thesis, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π. & Νιάκας, Δ. (2009), Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 42-52.

Ραφτόπουλος, Β., (2002) *Εκτίμηση της Ικανοποίησης των Ηλικιωμένων Ασθενών από την ποιότητα της Παρεχόμενης Φροντίδας*. Phd Thesis, Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Σαράφης Π., Μαλλιαρού Μ. & Σωτηριάδου Κ. (2010), Ο διακριτός ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο μάνατζμεντ του νοσοκομείου, *Διεπιστημονική φροντίδα Υγείας*, 2(4), 148-154.

Σιγάλας, Ι. (1999), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 10, 45-50.

Σιγάλας, Ι. & Αλεξιάδης Α.Δ. (1999), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*. Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα.

Σολωμός, Γ. (1996), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα*, στο Κυριόπουλος Γ., *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Σπανός, Α. (1993), *Ολική Ποιότητα*. Εκδόσεις Γαλαίος-«Βιβλιοθήκη», Αθήνα.

Σταυρόπουλος, Ν. (2009) *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, μελέτη ικανοποίησης ασθενών δημόσιου νοσοκομείου*. Master Thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Σωτηριάδου Κ., Μαλλιαρού Μ. & Σαράφης Π. (2011), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(4), 140-148.

Τούντας, Γ. (2003), Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 532-546.

Τούντας, Γ., Λοπατατζίδης, Θ. & Χουλιάρα (2003), Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 497-503.

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

Τσουνής Α., Σαράφης Π. (2012), Η ποιοτική ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών στις υπηρεσίες υγείας ως εργαλείο διασφάλισης της ολικής ποιότητας, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(3), 91-97.

Φαραντζιάν, Α. (2007), *Στρατηγική & Ποιότητα Μονάδων και Υπηρεσιών Υγείας*. Master Thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Χαραυγή, Ν. (2011), *Διοίκηση Μονάδων Υγείας με βάση τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υγείας: Η περίπτωση μελέτης ενός κέντρου υγείας αγροτικής περιοχής*. Master Thesis, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx

http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Joint_Commission_History.pdf

http://en.wikipedia.org/wiki/Joint_Commission

http://www.dsnet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n3235_04.htm

<http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-03-08-10-56-24/2011-03-20-18-22-54>

<http://www.ika.gr/gr/infopages/general/history.cfm>

<http://www.ika.gr/gr/infopages/healthservices/homemain.cfm>

<http://www.iatropedia.com/articles/read/3133>

http://www.hellasnews.tv/kyada/index.php?option=com_content&task=view&id=40&Itemid=65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

7.1 Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα στη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Τούμπας

Προς: Γενική Διεύθυνση Τοπικής
Μονάδας Υγείας ΕΟΠΥΥ Τούμπας

Θεσσαλονίκη, 18/11/2013

Θέμα: Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε άτομα που επισκέπτονται τη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Τούμπας

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου σχεδιάζεται η εκπόνηση ερευνητικής εργασίας από τη φοιτήτρια Πεγγαρά Φωτεινή με τίτλο «Αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας των Μονάδων Υγείας ΕΟΠΥΥ». Στα πλαίσια αυτά, εγκρίνεται η διεξαγωγή έρευνας στη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Τούμπας.

Σημειώνεται ότι η έρευνα δεν θα παρακωλύει το προσωπικό κατά τη διάρκεια της εργασίας του και δεν θα παραβιάζει τα προσωπικά δεδομένα των ερωτηθέντων.

(Υπογραφή – Σφραγίδα)

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΗΣ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ
ΑΜΚΑ: 27095102212
ΤΣΑΥ: 42867 ΕΟΠΥΥ: 896

7.2 Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα στη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Βότση

Προς: Γενική Διεύθυνση Τοπικής
Μονάδας Υγείας ΕΟΠΥΥ Βότση

Θεσσαλονίκη, 20/11/2013

Θέμα: Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε άτομα που επισκέπτονται τη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Βότση

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου σχεδιάζεται η εκπόνηση ερευνητικής εργασίας από τη φοιτήτρια Πεγγαρά Φωτεινή με τίτλο «Αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας των Μονάδων Υγείας ΕΟΠΥΥ». Στα πλαίσια αυτά, εγκρίνεται η διεξαγωγή έρευνας στη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Βότση.

Σημειώνεται ότι η έρευνα δεν θα παρακωλύει το προσωπικό κατά τη διάρκεια της εργασίας του και δεν θα παραβιάζει τα προσωπικά δεδομένα των ερωτηθέντων.

(Υπογραφή – Σφραγίδα)

ΕΛΕΜΕΝΟΥΛΟΥ ΙΩΣΗΦ
ΑΡΙΘΡΑ: 310045102213
Π.Φ.Π. ΤΣΑΥ: 51595
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Τ.Μ.Υ. ΕΟΠΥΥ 25ης ΜΑΡΤΙΟΥ

7.3 Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα στη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Αγγελάκη

Προς: Γενική Διεύθυνση Τοπικής
Μονάδας Υγείας ΕΟΠΥΥ Αγγελάκη

Θεσσαλονίκη, 21/11/2013

Θέμα: Αίτηση έγκρισης άδειας για έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε άτομα που επισκέπτονται τη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Αγγελάκη

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου σχεδιάζεται η εκπόνηση ερευνητικής εργασίας από τη φοιτήτρια Πεγγαρά Φωτεινή με τίτλο «Αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας των Μονάδων Υγείας ΕΟΠΥΥ». Στα πλαίσια αυτά, εγκρίνεται η διεξαγωγή έρευνας στη Μονάδα Υγείας ΕΟΠΥΥ Αγγελάκη.

Σημειώνεται ότι η έρευνα δεν θα παρακωλύει το προσωπικό κατά τη διάρκεια της εργασίας του και δεν θα παραβιάζει τα προσωπικά δεδομένα των ερωτηθέντων.

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Dr ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
ΑΜΚΑ: 19035503036
ΤΣΑΥ: 71031 ΕΟΠΥΥ: 985

(Υπογραφή – Σφραγίδα)

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Dr ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ
ΑΜΚΑ: 19035503036
ΤΣΑΥ: 71031 ΕΟΠΥΥ: 985

7.4 Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ποιότητας υπηρεσιών στις Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ

Σημειώστε με ✓ στον κατάλληλο κύκλο ανάλογα με την περίπτωση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

A. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

1. Στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι ενδιαφέρονται ειλικρινά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζω.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το πρόβλημά μου από την πρώτη επίσκεψη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Οι υποσχέσεις που μου δίνουν στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι πραγματοποιούνται.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι παρέχει τις υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι διατηρεί ακριβή στοιχεία του ιστορικού μου.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Β. ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

6. Οι υπηρεσίες στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι παρέχονται γρήγορα.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι πάντα πρόθυμο να μου προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζομαι.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει πάντα χρόνο για να ασχοληθεί μαζί μου.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με ενημερώνει τότε θα μου παρασχεθούν οι υπηρεσίες που έχω ανάγκη.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Γ. ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ

10. Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει προσωπικό που εμπιστεύομαι.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Νιώθω σιγουριά στις επαφές μου με το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι ευγενικό μαζί μου.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι έχει τις γνώσεις που χρειάζονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας που έχω.

Διαφωνώ
απόλυτα

Διαφωνώ

Ούτε διαφωνώ
ούτε συμφωνώ

Συμφωνώ

Συμφωνώ
απόλυτα

Δ. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ

14. Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιμετωπίζει το πρόβλημά μου σαν ξεχωριστή περίπτωση.

Διαφωνώ
απόλυτα

Διαφωνώ

Ούτε διαφωνώ
ούτε συμφωνώ

Συμφωνώ

Συμφωνώ
απόλυτα

15. Οι ώρες λειτουργίας της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με εξυπηρετούν απόλυτα.

Διαφωνώ
απόλυτα

Διαφωνώ

Ούτε διαφωνώ
ούτε συμφωνώ

Συμφωνώ

Συμφωνώ
απόλυτα

16. Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δείχνει σε μένα ξεχωριστή προσοχή.

Διαφωνώ
απόλυτα

Διαφωνώ

Ούτε διαφωνώ
ούτε συμφωνώ

Συμφωνώ

Συμφωνώ
απόλυτα

17. Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον του ασθενούς.

Διαφωνώ
απόλυτα

Διαφωνώ

Ούτε διαφωνώ
ούτε συμφωνώ

Συμφωνώ

Συμφωνώ
απόλυτα

18. Το προσωπικό της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι αντιλαμβάνεται τις ειδικές ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής.

Διαφωνώ
απόλυτα

Διαφωνώ

Ούτε διαφωνώ
ούτε συμφωνώ

Συμφωνώ

Συμφωνώ
απόλυτα

Ε. ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

19. Η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό.

Διαφωνώ
απόλυτα

Διαφωνώ

Ούτε διαφωνώ
ούτε συμφωνώ

Συμφωνώ

Συμφωνώ
απόλυτα

20. Οι εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι δημιουργούν ένα ευχάριστο περιβάλλον.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Οι άνθρωποι που εργάζονται στη μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι είναι πάντα περιποιημένοι.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Οι εγκαταστάσεις της μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτομαι με εξυπηρετούν απόλυτα.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Γενικά πώς θα αξιολογούσατε την ποιότητα υπηρεσιών που παρέχει η μονάδα υγείας ΕΟΠΥΥ που επισκέπτεστε;

Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ΣΤ. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

24. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

25. Ηλικία

- Κάτω των 18
- 18-35
- 36-55
- 56-75
- 75+

26. Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

27. Εκπαίδευση

- Δεν έχω τελειώσει το Δημοτικό
- Απόφοιτος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (Δημοτικό)
- Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο)
- Απόφοιτος Ανώτερης Εκπαίδευσης (ΙΕΚ, Κολέγιο)
- Απόφοιτος Ανώτατης Εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ)
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού Τίτλου

28. Εισόδημα

- 0-1000
- 1001-2000
- 2001-3000
- 3001-4000
- 4000⁺

7.5 Στατιστικοί πίνακες

Group Statistics

	ΦΥΛΟ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	1	75	3,6400	,47761	,05515
	2	119	3,5866	,65909	,06042
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	1	75	3,7533	,56874	,06567
	2	119	3,7437	,66101	,06059
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	1	75	4,0367	,49267	,05689
	2	119	3,9559	,63750	,05844
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	1	75	3,4587	,44451	,05133
	2	119	3,5244	,67044	,06146
ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	1	75	3,5433	,64903	,07494
	2	119	3,5021	,64890	,05948
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	1	75	3,87	,684	,079
	2	119	3,93	,789	,072

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t	df	Sig. (2-tailed)	t-test for Equality of Means				95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.				Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper		
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	3,202	,075	,609	192	,544	,05345	,08783	-,11979	,22668		
			,653	188,208	,514	,05345	,08180	-,10792	,21481		
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	,498	,481	,104	192	,917	,00964	,09245	-,17271	,19198		
			,108	174,374	,914	,00964	,08936	-,16672	,18600		
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	3,245	,073	,936	192	,351	,08078	,08639	-,08960	,25117		
			,991	184,052	,323	,08078	,08156	-,08012	,24169		
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	12,056	,001	-,751	192	,454	-,06570	,08752	-,23833	,10692		
			-,821	191,475	,413	-,06570	,08007	-,22364	,09224		
ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	,004	,953	,431	192	,667	,04123	,09568	-,14748	,22995		
			,431	157,427	,667	,04123	,09568	-,14775	,23022		
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	1,605	,207	-,597	192	,551	-,066	,111	-,284	,152		
			-,617	173,530	,538	-,066	,107	-,278	,145		

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower	Upper		
						Bound	Bound		
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	2	48	3,6000	,36437	,05259	3,4942	3,7058	2,40	4,20
	3	105	3,5829	,66628	,06502	3,4539	3,7118	1,40	5,00
	4	39	3,6821	,63365	,10147	3,4766	3,8875	1,40	4,80
	5	2	3,6000	,56569	,40000	-	8,6825	3,20	4,00
	Total	194	3,6072	,59475	,04270	3,5230	3,6914	1,40	5,00
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	2	48	3,7708	,46652	,06734	3,6354	3,9063	2,75	5,00
	3	105	3,6762	,71717	,06999	3,5374	3,8150	1,00	5,00
	4	39	3,9038	,51814	,08297	3,7359	4,0718	1,75	4,50
	5	2	3,8750	,17678	,12500	2,2867	5,4633	3,75	4,00
	Total	194	3,7474	,62545	,04490	3,6589	3,8360	1,00	5,00
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	2	48	3,9688	,51988	,07504	3,8178	4,1197	2,50	5,00
	3	105	3,9357	,65964	,06437	3,8081	4,0634	1,75	5,00
	4	39	4,1410	,42841	,06860	4,0022	4,2799	3,25	5,00
	5	2	4,1250	,17678	,12500	2,5367	5,7133	4,00	4,25
	Total	194	3,9871	,58575	,04205	3,9042	4,0701	1,75	5,00
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	2	48	3,5042	,54732	,07900	3,3452	3,6631	2,20	4,80
	3	105	3,4952	,67145	,06553	3,3653	3,6252	1,80	5,00
	4	39	3,4974	,41516	,06648	3,3629	3,6320	2,40	4,60
	5	2	3,6000	,56569	,40000	-	8,6825	3,20	4,00
	Total	194	3,4990	,59296	,04257	3,4150	3,5829	1,80	5,00
ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	2	48	3,5417	,60874	,08786	3,3649	3,7184	1,75	4,75
	3	105	3,4524	,70207	,06852	3,3165	3,5882	1,75	5,00
	4	39	3,6538	,53378	,08547	3,4808	3,8269	2,50	4,75
	5	2	3,7500	,35355	,25000	,5734	6,9266	3,50	4,00
	Total	194	3,5180	,64758	,04649	3,4263	3,6097	1,75	5,00
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	2	48	3,96	,544	,079	3,80	4,12	3	5
	3	105	3,92	,829	,081	3,76	4,08	1	5
	4	39	3,79	,767	,123	3,55	4,04	2	5
	5	2	4,00	,000	,000	4,00	4,00	4	4
	Total	194	3,91	,749	,054	3,80	4,01	1	5

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	Between Groups	,283	3	,094	,264	,851
	Within Groups	67,987	190	,358		
	Total	68,270	193			
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	Between Groups	1,546	3	,515	1,324	,268
	Within Groups	73,953	190	,389		
	Total	75,499	193			
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	Between Groups	1,255	3	,418	1,224	,302
	Within Groups	64,962	190	,342		
	Total	66,218	193			
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	Between Groups	,023	3	,008	,022	,996
	Within Groups	67,837	190	,357		
	Total	67,860	193			
ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Between Groups	1,306	3	,435	1,039	,376
	Within Groups	79,630	190	,419		
	Total	80,937	193			
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Between Groups	,664	3	,221	,390	,760
	Within Groups	107,666	190	,567		
	Total	108,330	193			

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	1	5	3,7200	,86718	,38781	2,6433	4,7967	2,20	4,40
	2	15	3,6933	,38446	,09927	3,4804	3,9062	2,80	4,00
	3	51	3,4588	,70119	,09819	3,2616	3,6560	1,40	4,80
	4	30	3,6467	,55257	,10088	3,4403	3,8530	2,40	5,00
	5	82	3,6707	,54738	,06045	3,5505	3,7910	2,40	5,00
	6	11	3,5455	,61378	,18506	3,1331	3,9578	2,40	4,80
	Total	194	3,6072	,59475	,04270	3,5230	3,6914	1,40	5,00
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	1	5	3,9000	,28504	,12748	3,5461	4,2539	3,50	4,25
	2	15	4,0000	,36596	,09449	3,7973	4,2027	3,50	4,50
	3	51	3,5784	,70443	,09864	3,3803	3,7766	1,00	5,00
	4	30	3,8250	,45557	,08318	3,6549	3,9951	2,75	4,75
	5	82	3,8079	,64585	,07132	3,6660	3,9498	1,75	5,00
	6	11	3,4545	,68755	,20730	2,9926	3,9164	2,00	4,75
	Total	194	3,7474	,62545	,04490	3,6589	3,8360	1,00	5,00
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	1	5	4,0000	,53033	,23717	3,3415	4,6585	3,50	4,75
	2	15	4,1167	,37639	,09718	3,9082	4,3251	3,50	4,75
	3	51	3,7843	,58741	,08225	3,6191	3,9495	1,75	5,00
	4	30	4,0250	,53478	,09764	3,8253	4,2247	2,50	5,00
	5	82	4,0915	,62424	,06894	3,9543	4,2286	2,25	5,00
	6	11	3,8636	,50452	,15212	3,5247	4,2026	3,00	5,00
	Total	194	3,9871	,58575	,04205	3,9042	4,0701	1,75	5,00
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	1	5	3,8000	,73485	,32863	2,8876	4,7124	2,60	4,60
	2	15	3,4400	,25298	,06532	3,2999	3,5801	3,00	4,00
	3	51	3,3608	,52003	,07282	3,2145	3,5070	1,80	4,80
	4	30	3,5333	,66298	,12104	3,2858	3,7809	2,00	5,00
	5	82	3,5976	,61302	,06770	3,4629	3,7323	2,00	5,00
	6	11	3,2545	,71605	,21590	2,7735	3,7356	2,00	4,40
	Total	194	3,4990	,59296	,04257	3,4150	3,5829	1,80	5,00
ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	1	5	3,9500	,51235	,22913	3,3138	4,5862	3,50	4,75
	2	15	3,8000	,51927	,13408	3,5124	4,0876	2,75	4,50
	3	51	3,3088	,61965	,08677	3,1345	3,4831	1,75	4,25
	4	30	3,5417	,66658	,12170	3,2928	3,7906	1,75	4,50
	5	82	3,6098	,61123	,06750	3,4755	3,7441	2,00	5,00

	6	11	3,1591	,85347	,25733	2,5857	3,7325	1,75	4,75
	Total	194	3,5180	,64758	,04649	3,4263	3,6097	1,75	5,00
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	1	5	3,80	,837	,374	2,76	4,84	3	5
	2	15	3,87	,743	,192	3,46	4,28	3	5
	3	51	3,67	,766	,107	3,45	3,88	1	5
	4	30	4,03	,669	,122	3,78	4,28	2	5
	5	82	4,06	,726	,080	3,90	4,22	2	5
	6	11	3,64	,809	,244	3,09	4,18	2	5
	Total	194	3,91	,749	,054	3,80	4,01	1	5

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	Between Groups	1,717	5	,343	,970	,437
	Within Groups	66,553	188	,354		
	Total	68,270	193			
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	Between Groups	3,954	5	,791	2,078	,070
	Within Groups	71,545	188	,381		
	Total	75,499	193			
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	Between Groups	3,454	5	,691	2,069	,071
	Within Groups	62,764	188	,334		
	Total	66,218	193			
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	Between Groups	2,969	5	,594	1,720	,132
	Within Groups	64,891	188	,345		
	Total	67,860	193			
ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Between Groups	6,482	5	1,296	3,273	,007
	Within Groups	74,455	188	,396		
	Total	80,937	193			
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Between Groups	6,256	5	1,251	2,304	,046
	Within Groups	102,074	188	,543		
	Total	108,330	193			

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	1	131	3,6168	,53610	,04684	3,5241	3,7095	1,40	5,00
	2	44	3,6364	,55619	,08385	3,4673	3,8055	2,40	4,80
	3	4	3,1000	,90185	,45092	1,6650	4,5350	2,40	4,40
	4	1	3,8000	.	.	.	.	3,80	3,80
	5	14	3,5571	1,03828	,27749	2,9577	4,1566	1,40	5,00
	Total	194	3,6072	,59475	,04270	3,5230	3,6914	1,40	5,00
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	1	131	3,7786	,60498	,05286	3,6741	3,8832	1,75	5,00
	2	44	3,8068	,49669	,07488	3,6558	3,9578	2,75	4,75
	3	4	3,0625	,77392	,38696	1,8310	4,2940	2,00	3,75
	4	1	3,2500	.	.	.	.	3,25	3,25
	5	14	3,5000	,97073	,25944	2,9395	4,0605	1,00	5,00
	Total	194	3,7474	,62545	,04490	3,6589	3,8360	1,00	5,00
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	1	131	3,9828	,51627	,04511	3,8936	4,0721	2,50	5,00
	2	44	4,0795	,62126	,09366	3,8907	4,2684	2,50	5,00
	3	4	3,4375	1,00778	,50389	1,8339	5,0411	2,25	4,50
	4	1	4,0000	.	.	.	.	4,00	4,00
	5	14	3,8929	,88641	,23690	3,3811	4,4047	1,75	5,00
	Total	194	3,9871	,58575	,04205	3,9042	4,0701	1,75	5,00
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	1	131	3,5069	,55264	,04828	3,4113	3,6024	2,20	5,00
	2	44	3,5682	,55731	,08402	3,3987	3,7376	2,00	4,60
	3	4	2,5500	,75498	,37749	1,3487	3,7513	2,00	3,60
	4	1	3,6000	.	.	.	.	3,60	3,60
	5	14	3,4714	,84346	,22542	2,9844	3,9584	1,80	4,80
	Total	194	3,4990	,59296	,04257	3,4150	3,5829	1,80	5,00
ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	1	131	3,5553	,62195	,05434	3,4478	3,6628	1,75	4,75
	2	44	3,5795	,58512	,08821	3,4017	3,7574	1,75	4,75
	3	4	2,5000	,45644	,22822	1,7737	3,2263	2,00	3,00
	4	1	3,2500	.	.	.	.	3,25	3,25
	5	14	3,2857	,87627	,23419	2,7798	3,7917	2,00	5,00
	Total	194	3,5180	,64758	,04649	3,4263	3,6097	1,75	5,00
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	1	131	3,92	,664	,058	3,81	4,04	2	5
	2	44	4,07	,728	,110	3,85	4,29	2	5
	3	4	2,50	,577	,289	1,58	3,42	2	3

4	1	4,00	.	.	.	.	4	4
5	14	3,64	1,151	,308	2,98	4,31	1	5
Total	194	3,91	,749	,054	3,80	4,01	1	5

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ	Between Groups	1,151	4	,288	,810	,520
	Within Groups	67,119	189	,355		
	Total	68,270	193			
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	Between Groups	3,264	4	,816	2,135	,078
	Within Groups	72,235	189	,382		
	Total	75,499	193			
ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ	Between Groups	1,711	4	,428	1,253	,290
	Within Groups	64,507	189	,341		
	Total	66,218	193			
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	Between Groups	3,842	4	,960	2,836	,026
	Within Groups	64,018	189	,339		
	Total	67,860	193			
ΑΠΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Between Groups	5,322	4	1,330	3,326	,012
	Within Groups	75,615	189	,400		
	Total	80,937	193			
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Between Groups	10,084	4	2,521	4,850	,001
	Within Groups	98,246	189	,520		
	Total	108,330	193			