



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

[Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις  
παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας μετά την έναρξη  
λειτουργίας του Π.Ε.Δ.Υ. (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) στην πρώην

N.M. ΙΚΑ Πρέβεζας

[Μεταπτυχιακός φοιτητής :Χρήστος Γούσης]

Αρ.φοιτ.ταυτ :10900299

Επιβλέπων Καθηγητής  
[Δρ. Τάλιας Α. Μιχαήλ]

[Μάιος, 2016]

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

## Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

[Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις  
παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας μετά την έναρξη  
λειτουργίας του Π.Ε.Δ.Υ. (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) στην πρώην  
Ν.Μ. ΙΚΑ Πρέβεζας]

[Γούσης Χρήστος]

Επιβλέπων Καθηγητής  
[Δρ. Τάλιας Α. Μιχαήλ ]

Μάιος, 2016

## Περίληψη

Η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί στη σύγχρονη εποχή ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο του μάνατζμεντ. Η σωστή διαχείριση ενός τέτοιου προβλήματος μπορεί να έχει τεράστια οφέλη στη κοινωνία όχι μόνο σε ποσοτικούς αριθμούς αλλά και στη βελτίωση των ποιοτικών παροχών υπηρεσίας προς τους ασθενείς. Η γνώμη των ίδιων των ασθενών, των χρηστών αυτών των υπηρεσιών, πρέπει να μελετάται και να παίζει σημαίνοντα ρόλο για το ύψος της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει μέσα από την ανάλυση των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στο ΠΕΔΥ Πρέβεζας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που οδηγούν στην ικανοποίηση ή μη των ασθενών-χρηστών του συστήματος υγείας.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο την περίοδο 1 Μαρτίου – 15 Μαρτίου 2016 και διανεμήθηκε στους ασθενείς που επισκέπτονταν εκείνη την περίοδο το ΠΕΔΥ Πρέβεζας.

Τα εξαγόμενα αποτελέσματα έδειξαν μια σχετική ικανοποίηση των ασθενών τουλάχιστον για το προσωπικό αλλά και ένα κλίμα ουδετερότητας για τη φήμη του οργανισμού. Μέσα από την εν λόγω εργασία αναζητούνται τα σημεία βελτίωσης, τα οποία και προτείνονται στα συμπεράσματα της έρευνας.

## Summary

Patient satisfaction with the quality of health services is in modern times very important element of management. The best management of such a problem can have enormous benefits to society not only in quantitative numbers and improve quality service to patients. The opinion of the same patients, these users of services, should be studied and plays an influential role in the level of quality of care. The present study aims to investigate through the analysis of responses to the questionnaire distributed to PEDY (ΠΕΔΥ) Preveza quality of health services that lead to the satisfaction or non-patient-users of the health system.

To conduct the research conducted special questionnaire the period February 20-March 20, 2016 and distributed to patients who were visiting at the time the RPHL Preveza.

The results obtained showed a relative satisfaction of patients at least for the staff and a neutral environment for the organization's reputation. Through this work sought improvement points, which are proposed in the conclusions of the investigation

Λέξεις κλειδιά: ικανοποίηση ασθενών, παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ερωτηματολόγιο, ΠΕΔΥ Πρέβεζας, βελτίωση υπηρεσιών-παροχών

## Ευχαριστίες

Οφείλω πολλές ευχαριστίες στην κόρη μου Ελένη που της λείπω συνεχώς, στη σύζυγο μου που σχεδόν συμβιβάστηκε με την απουσία μου, την Ασπασία μας που μας «κρατάει» το σπίτι, το νοσηλευτικό προσωπικό του ΠΕΔΥ, τους γονείς μου και τον καθηγητή μου κ. Τάλια που με βοήθησε να ολοκληρώσω τη διατριβή μου, καθώς επίσης και το Πανεπιστήμιο Κύπρου για τη φιλοξενία του.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κεφάλαιο 1 (Πρώτο) – Εισαγωγικό	9
1.1 Εισαγωγή	9
1.2. Σκοπός εργασίας	10
1.3 Ορισμός εννοιών: ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών	10
1.3.α) Ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας: Ορισμός	10
1.3.β) Ικανοποίηση ασθενών: Ορισμός	11
Κεφάλαιο 2 (Δεύτερο): Ικανοποίηση και Ποιότητα Υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση- Διαστάσεις.	13
2.1 Ικανοποίηση στις παροχές υγείας	13
2. 2 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και οφέλη	18
2.3 Ικανοποίηση στον κλάδο της φροντίδας - υγείας των ασθενών.	20
2.4 Ποιότητα Υπηρεσιών: γενικά	20
2.5 Ικανοποίηση και Σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών	23
2.6 Ικανοποίηση των προσδοκιών	25
2.7 Σημερινή κατάσταση στο χώρο της υγείας σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών και την ποιοτική υπηρεσία υγείας	25
Κεφάλαιο 3 (Τρίτο)-Αντιληπτή αξία πελάτη – ασθενή. Συναισθηματικός κόσμος. Εμπιστοσύνη. Φήμες	27
3.1. Αντιληπτή αξία πελάτη – ασθενή.	27
3.2. Ασθενείς και συναισθήματα	28

3.3. (3.8) Ανάκτηση Υπηρεσίας	28
3.4 Η εμπιστοσύνη και η φήμη στο χώρο υγείας και η σχέση τους με τον ασθενή-χρήστη συστημάτων υγείας και τον πάροχο – ιατρό	29
3.4. α) Η εμπιστοσύνη του ασθενή απέναντι στον ιατρό αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας.	29
3.4.β) Η φήμη	32
Κεφάλαιο 4 (τέταρτο): Μελέτη περίπτωσης : ΠΕΔΥ Πρέβεζας	34
4.1 Σύστημα υγείας στην Ελλάδα	34
4.2 Το ΠΕΔΥ Πρέβεζας	38
4.3 Στοιχεία έρευνας	39
4.4. Ανάλυση στοιχείων ερωτηματολογίου	41
4.5. Γενικά συμπεράσματα	53
Κεφάλαιο 5 (Πέμπτο): Βελτιωτικές προτάσεις για το ΠΕΔΥ Πρέβεζας	55
5. 1 Προτάσεις για το ΠΕΔΥ Πρέβεζας	55
Αντί επιλόγου	58
Βιβλιογραφία	60
Παράρτημα Α	68
Ερωτηματολόγιο (όπως διανεμήθηκε στους ασθενείς)	68

Παράρτημα Β (Πίνακες και Γραφήματα συμπεριλαμβανομένων όσων δεν απάντησαν)	72
Α. Ερώτημα 1 (Πίνακας 1, Γράφημα 1)	72
Β. Ερώτημα 2 (Πίνακας 2, Γράφημα 2)	73
Γ. Ερώτημα 3, (Πίνακας 3)	73
Δ. Ερώτημα 4 (Πίνακας 4)	75
Ε. Ερώτημα 5 (Πίνακας 5)	76
ΣΤ. Ερώτημα 6 (Πίνακας 6)	77
Παράρτημα Γ	78
1. Σύσταση ΕΟΠΥΥ, ΠΕΔΥ, Νόμος 42382014, ΦΕΚ 38/17-2-2014	78
Παράρτημα Δ	88
Απόσπασμα εγγράφου σχετικό με ΠΕΔΥ Πρέβεζας από το Διαδίκτυο (www.prevezabest.gr)	88



Εικόνα από Διαδίκτυο (PrevezaBest)



# Κεφάλαιο 1 - Εισαγωγικό

## 1.1 Εισαγωγή

Το θέμα που πραγματεύεται η εν λόγω εργασία σχετίζεται με την ικανοποίηση ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς. Μελετάται με λίγα λόγια η αμφίδρομη σχέση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών.

Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συντελούνται τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, αλλά και σε όλο τον πλανήτη (εποχή παγκοσμιοποίησης) επιφέρουν αλλαγές στην ίδια μας τη ζωή, στην καθημερινότητά μας, στη σχέση μας με το κράτος και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον οικονομικής στενότητας και περικοπών καλούνται πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης να ανταποκριθούν στις σύγχρονες ανάγκες των ανθρώπων για υγεία και να δημιουργήσουν ένα σύστημα παροχών υγείας που να καλύπτει έστω τα βασικά.

Σε ένα συνεχώς διαμορφούμενο περιβάλλον η ανάδειξη της υγείας σαν βασικός παράγοντας οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους ενός σωστά αναπτυσσόμενου κράτους με κοινωνικό χαρακτήρα. Διαφορετικά οι αντιθέσεις ανάμεσα στις πλουσιότερες κοινωνικές τάξεις και τις φτωχότερες γίνονται εντονότερες και στην πραγματικότητα καταλύεται το κράτος δικαίου και ισονομίας.

Σε αυτήν την εργασία διερευνάται ο όρος ποιότητα και μελετάται η μεταβλητή της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών. Εξετάζονται έννοιες όπως η εμπιστοσύνη και η φήμη και πόσο επηρεάζουν την αντίληψη για τον οργανισμό.

Στη συνέχεια εξετάζεται η συγκεκριμένη περίπτωση του ΠΕΔΥ Πρέβεζας μέσα από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου των ίδιων των ασθενών και συγκρίνεται μέσα από τη γενική ανασκόπηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η κατάσταση των υπηρεσιών υγείας στο ΠΕΔΥ Πρέβεζας.

Μέσα δηλαδή από την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του πρώην ΙΚΑ Πρέβεζας και νυν ΠΕΔΥ Πρέβεζας γίνεται μια προσπάθεια διερεύνησης των παραμέτρων που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις παροχές των υπηρεσιών υγείας και αναζητούνται λύσεις για την καλύτερη, όσο το δυνατόν, οργάνωση και παροχή υπηρεσιών υγείας από το ΠΕΔΥ Πρέβεζας.

## 1.2 Σκοπός εργασίας

Σκοπός της εργασίας είναι να εξεταστεί η ικανοποίηση των ασθενών του ΠΕΔΥ Πρέβεζας, μιας περιφερειακής υπηρεσίας, σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται ενδελεχείς μελέτες που αφορούν τη ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ στο εξωτερικό αυτό είναι μια πραγματικότητα εδώ και δεκαετίες. Η αναγνώριση της σημασίας της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που γίνεται πιο έντονη σε αυτό το ασταθές και ανταγωνιστικό περιβάλλον είναι απαραίτητη προϋπόθεση ώστε να αξιολογηθούν οι δομές και να βελτιωθούν.

## 1.3 Ορισμός εννοιών: ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών

### 1.3. α) Ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας: Ορισμός

Ποιότητα είναι το «σύνολο των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που έχει την ικανότητα να ικανοποιεί τόσο τις δηλωμένες όσο και τις αδήλωτες ανάγκες των ατόμων» (ISO 8402-1986: Quality Vocabulary, ορισμός ποιότητας). Στις σημερινές κοινωνίες ποιότητα σημαίνει εκπλήρωση των συγκεκριμένων απαιτήσεων του πελάτη, με τον ορθολογικότερο τρόπο και μέσα σε ανεκτά όρια κόστους (Γσιότρας, 2002).

Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας η ανάγκη για ποιότητα των υπηρεσιών είναι διαχρονική αλλά τουλάχιστον παλαιότερα η απόκτησή της σχετίζεται με την κοινωνική τάξη και την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς-χρήστη των υπηρεσιών υγείας (ακόμη και σήμερα σε πολλές χώρες του κόσμου) και η προσφορά του είναι περιορισμένη γεωγραφικά και ανάλογα με το οικονομικό, τεχνολογικό, βιομηχανικό και πολιτισμικό επίπεδο κάθε χώρας.

Η ποιότητα βέβαια των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει ιδιαιτερότητες σε σχέση με άλλους τομείς παροχής υπηρεσιών. Η αξιοπιστία, η προσβασιμότητα, η υψηλή τεχνολογία, η αξιοπρεπής μεταχείριση και η ετοιμότητα συνιστούν στόχους, επιδιώξεις και βασικές αρχές του πλαισίου δράσης και της διαχείρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενώ ταυτόχρονα θεωρούνται δεδομένα ότι ισχύουν για όλες τις υπηρεσίες (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Ένας τρόπος διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών ως χρηστών των υπηρεσιών (π.χ. ερωτηματολόγια, κουτί παραπόνων κτλ.)

Η πελατοκεντρική οπτική της ποιότητας που ξεκινά από τις ανάγκες του πελάτη και τελειώνει στην ικανοποίησή του είναι θεμελιώδες ζήτημα στους επιτυχημένους Οργανισμούς κατέχοντας θέση ζωτικής σημασίας.

Βέβαια οι ορισμοί συνεχώς ανανεώνονται και η ποιότητα των υπηρεσιών ορίζεται ως αναζήτηση τρόπων συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας υγείας. (Σαραφίδης & Σταφυλάς, 2005). Κατά τον World Health Organization (WHO, 1993) «η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής».

### 1.3.β) Ικανοποίηση ασθενών: Ορισμός

Η έννοια από την άλλη της ικανοποίησης των ασθενών έχει αναδειχθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας. Καταρχήν ο επαναπροσδιορισμός των ασθενών ως πελατών των υπηρεσιών υγείας, μία άποψη που προήλθε από τον ιδιωτικό τομέα έδωσε ώθηση στον καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας. Τα τελευταία μάλιστα χρόνια ο ρόλος της ικανοποίησης των καταναλωτών-χρηστών έχει αναγνωριστεί ως μέτρο αποτίμησης της ποιότητας. Η ικανοποίηση του ασθενή-χρήστη αποτελεί το ένα από τα δύο είδη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το δεύτερο είναι η

κλινική απόδοση ή τεχνική ποιότητα, που εξετάζει το πόσο καλά ένας οργανισμός υγείας προλαμβάνει και αντιμετωπίζει την ασθένεια (Zineldin, 2006).

Η λέξη ικανοποίηση προέρχεται από το ικανός και το ποιέω-ω και σημαίνει ευχαρίστηση που προέρχεται από το αίσθημα της επιτυχίας, της πραγματοποίησης της επιθυμίας και της πλήρωσης (Μπαμπινιώτης, 1998). Οι ορισμοί που κατά καιρούς δόθηκαν δεν συμφωνούν στο αν η ικανοποίηση του ασθενή είναι στάση, αντίληψη ή γνώμη για την παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Οι πιο γνωστές απόψεις αναφέρονται συνοπτικά με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της έννοιας ικανοποίηση. Η ικανοποίηση μπορεί επομένως να οριστεί ως το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, τις φροντίδες υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και ύστερα από μια ιατρική επίσκεψη (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

Βέβαια κατά τον Donabedian, η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός και αποτέλεσμα αλλά συνεισφέρει σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα, οδηγώντας σε ταχύτερη ανάρρωση που ίσως οφείλεται στο αίσθημα εμπιστοσύνης και τελικά στη μείωση του χρόνου νοσηλείας. Για την Linder – Pelz η ικανοποίηση του ασθενή είναι στάση που αναφέρεται στο συναίσθημα και επηρεάζεται από πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς και την αξιολόγηση που αυτοί με τη σειρά τους κάνουν. Ο Pascoe (1983) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας σε σημαντικά θέματα δομής, περιεχομένου, διαδικασιών και αποτελεσμάτων εμπειρίας από τις υπηρεσίες υγείας.

Ικανοποίηση μπορεί να είναι τα συναισθήματα της ευτυχίας ενός ατόμου ή η απογοήτευση στο αποτέλεσμα συγκρίνοντας ένα προϊόν/υπηρεσία με τις αντιληπτές επιδόσεις ή το αποτέλεσμα με την προσδοκία (Kotler & Keller, 2009). Ικανοποίηση μπορεί να προέλθει ως ευτυχία που επιτυγχάνεται από την κατανάλωση προϊόντων ή υπηρεσιών που προσφέρονται από ένα άτομο ή από μια ομάδα ανθρώπων ή μπορεί να είσαι ευτυχισμένος/η με μια κατάσταση. Μερικές φορές, καθίσταται πολύ δύσκολο να ικανοποιηθούν οι πάντες ή να προσδιοριστεί η ικανοποίηση σε μια ομάδα ατόμων, επειδή συνήθως οι άνθρωποι έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και προσδοκίες. Ικανοποίηση είναι παρόμοια με άλλα ψυχολογικά ζητήματα που είναι εύκολο να κατανοηθούν, αλλά δύσκολο και να εξηγηθούν. Η ιδέα της ικανοποίησης είναι παρόμοια με θέματα, όπως η ευτυχία, η ικανοποίηση και η καλή ποιότητα ζωής. Η

ικανοποίηση είναι το φαινόμενο που περιμένουν να μετρηθεί από ανθρώπους αλλά είναι απόφαση ανθρώπων που πάνω από ένα χρονικό διάστημα εκφράζεται από την εμπειρία τους.

## Κεφάλαιο 2- Ικανοποίηση και Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας: Ανάλυση-Διαστάσεις

### 2.1 Ικανοποίηση στις παροχές υγείας

Ικανοποίηση μπορεί να ειπωθεί ως μια θετική ανταπόκριση των ατόμων σε μια συγκεκριμένη εστίαση (καταναλωτική εμπειρία) που καθορίζεται σε έναν ιδιαίτερο χρόνο. Η Ικανοποίηση των ασθενών είναι η ουσιαστική ένδειξη στην υγειονομική περίθαλψη. Για το σκοπό αυτό, η ποιότητα του έργου περιλαμβάνει έρευνα που μπορεί χαρτογραφήσει την ικανοποίηση των ασθενών με διάφορους παράγοντες. Η ικανοποίηση μάλιστα των ασθενών χρησιμοποιείται ως απόδοση μέτρησης από διάφορα νοσοκομεία, κυρίως για οργανικούς λόγους όπως η προσκόλληση στη θεραπεία, οι συστάσεις και τη διατήρηση της συνεχόμενης φροντίδας (Thom et al., 2004).

Με βάση όλα τα παραπάνω η ποιότητα των υπηρεσιών στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους. Σύμφωνα με τον Donabedian, η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας (ΕΣΥ) έχει στοιχεία από τα συστήματα τύπου Bismarck όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας βάση της ασφάλισης του καθενός σε ασφαλιστικούς φορείς. Το τελευταίο έτος παρέχονται υπηρεσίες υγείας για ανασφάλιστους από τους δημοσίους φορείς (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ΠΕΔΥ).

Η περίθαλψη διακρίνεται σε Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σε Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια με πηγές χρηματοδότησης τον κρατικό προϋπολογισμό, την κοινωνική ασφάλιση αλλά και ιδιωτικές πληρωμές. Η μέτρηση της ικανοποίησης στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας που σχετίζονται με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα, τη διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας.

Τα κυριότερα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό και την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ομαδοποιούνται στα κριτήρια δομής (κτιριακές εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, επαγγελματίες υγείας, οικονομικοί πόροι κτλ.), στα κριτήρια διαδικασιών που αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αναζητούν και αποκτούν τη φροντίδα υγείας, σε κριτήρια αποτελεσμάτων που αναφέρονται στην τελική συνολική επίδραση των διαδικασιών της φροντίδας στην υγεία και ευεξία των ασθενών και των πληθυσμών (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Για την αξιολόγηση βέβαια των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιούνται και άλλα αξιόπιστα στοιχεία όπως οι ενημερωμένοι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Συνήθως βέβαια η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας κρίνεται και αξιολογείται με βάση την ετοιμότητα, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, τη δυνατότητα πρόσβασης, τη φιλικότητα και την επαρκή στήριξη του ασθενούς.

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, το επιδημιολογικό πρότυπο και η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη. Ο όρος υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει επίσης το σύνολο των υπηρεσιών με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες (προληπτικές και θεραπευτικές), καθώς και μηχανισμοί παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. Πρόκειται για σύνθετο όρο που περιέχει τόσο την έννοια της φροντίδας της υγείας που παρέχεται σε υγιή άτομα όσο και την έννοια της περίθαλψης που αφορά άτομα που έχουν εκδηλώσει συμπτώματα (Διλιντάς και συν., 2006). Αναφέρεται επίσης και στο διαχωρισμό των υπηρεσιών σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και σε νοσοκομειακή περίθαλψη δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας περίθαλψης (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Το αίτημα επομένως για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι διαχρονικό και σχετίζεται με τις αξίες του σεβασμού στην αξιοπρέπεια και στην ανθρώπινη ζωή. Στις μέρες μας η ποιότητα στο χώρο της υγείας προκύπτει ως συνισταμένη ευρύτερων πεδίων της φροντίδας, όπως είναι η χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, η προσωπική

στάση, ο τρόπος διοίκησης και άλλοι παράγοντες. Σύμφωνα εξάλλου με τον Donabedian (1988) «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνει υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης». Η περίθαλψη επομένως δεν μπορεί να αξιολογηθεί μόνο σε τεχνικό επίπεδο αλλά και στο επίπεδο ενός ευρύτερου αποτελέσματος που περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις του ασθενή, τη συμμετοχή του, καθώς και σε σχέση με το κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

Οι διάφοροι επαγγελματίες επηρεάζουν την ικανοποίηση. Οι πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης θεωρούνται ως παράγοντες κλειδιά στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντική όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για την υγειονομική περίθαλψη καθώς και για την οργάνωση (Johansson et al., 2002).

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ουσιαστικά μια υποκειμενική κρίση που προκύπτει από την εκτίμηση της εμπειρίας της υγειονομικής περίθαλψης και αφορά τα ρητά και τα εγγενή πραγματικά γεγονότα συγκρίνοντάς τα με την προσδοκία των ατόμων. Η ικανοποίηση των ασθενών εμφανίζει το βαθμό που ταιριάζει με τις προτιμήσεις σχετικά με την εμπειρία τους και με την πραγματική εμπειρία του ατόμου. Η Ικανοποίηση των ασθενών δεν αφορά μόνο το τελικό αποτέλεσμα της φροντίδας, αλλά είναι απαραίτητη και για τον σχεδιασμό της αρχικής απόφασης θεραπείας στο μέλλον (Brenan, 1995).

Από τη βιβλιογραφία, διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει κανένας ακριβής ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών, διότι εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Το κύριο πρόβλημα είναι ότι ορισμένοι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με ένα παράγοντα, ενώ οι άλλοι δεν είναι. Ωστόσο, οι Linder-Pelz (1982) υποδηλώνουν τον ορισμό της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ανάλυσης του περιεχομένου των μελετών της ικανοποίησης και προτάθηκαν πέντε ψυχολογικές μεταβλητές που είναι πιθανοί καθοριστικοί παράγοντες ικανοποίησης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί οι παράγοντες είναι: α) Εμφάνιση, όπου τα αποτελέσματα μπορούν να λάβουν χώρα και να έχουν σημασία ανάλογα με το πως κάθε άτομο αντιλαμβάνεται τι έχει ήδη συμβεί, β) Αξία, όπου η απόφαση της ποιότητας είναι αντιληπτή ως καλή ή κακή ή τα χαρακτηριστικά που συναντούν τη φροντίδα της υγείας εξετάζονται από τον πελάτη ως «value», γ) Προσδοκία, όπου οι ασθενείς έχουν την πεποίθηση ότι

ορισμένα χαρακτηριστικά μπορεί να συνδέονται με ένα αντικείμενο και κρίνουν τη σημασία αυτών των χαρακτηριστικών που είναι τα δομικά στοιχεία της ικανοποίησης, δ) Διαπροσωπικές συγκρίσεις, όπου η αξιολόγηση από την ατομική εμπειρία της τρέχουσας υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζεται με ότι αυτός/αυτή έχει βιώσει στο παρελθόν και ε) το Δικαίωμα, όπου το άτομο σκέφτεται ότι έχει μια στερεά και υγιή βάση για τη διεκδίκηση του συγκεκριμένου αποτελέσματος.

Αξιολογώντας τα χαρακτηριστικά αυτά ο καθορισμός της ικανοποίησης των ασθενών γίνεται «η μεμονωμένη θετική αξιολόγηση διακριτικών διαστάσεων της υγειονομικής περίθαλψης» (Linder - Pelz, 1982).

Όσον αφορά το θεωρητικό υπόβαθρο της ερμηνείας της ικανοποίησης των ασθενών προέρχονται ή βασίζονται σε θεωρίες που αναπτύχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν στον εργασιακό χώρο με κύριους ερμηνευτές τον Maslow και Herzberg. Σε γενικές γραμμές η θεωρία του χρησιμοποιήθηκε συχνά στη νοσηλευτική, ως θεωρητικό πλαίσιο για την παροχή φροντίδας και την αξιολόγηση των αναγκών αλλά και την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η θεωρία του στηρίζεται στο συγκεκριμένο πρότυπο αναγνώρισης και ικανοποίησης των αναγκών, που οι άνθρωποι ακολουθούν σε γενικές γραμμές και με την ίδια σειρά. Η ικανοποίηση μιας ανάγκης παύει να αποτελεί κίνητρο συμπεριφοράς και μια άλλη κατηγορία αναγκών της αμέσως επόμενης στην ιεραρχία εμφανίζεται και παρακινεί τον άνθρωπο στη συγκεκριμένη συμπεριφορά για την ικανοποίηση της (Ζαβλανός, 2002). Στη βάση της πυραμίδας εμφανίζονται βασικές ανάγκες (βιολογικές και ασφάλειας) και ακολουθούν οι ανώτερες ανάγκες που ικανοποιούνται κυρίως με άυλα αγαθά (κοινωνικές ανάγκες όπως αγάπη, φιλία, ανάγκες αναγνώρισης όπως εκτίμηση και σεβασμός και ανάγκες για αυτοπραγμάτωση που περιλαμβάνουν ανάγκες για αυτοανάπτυξη).

Ο Herzberg παρουσίασε τη θεωρία των δυο παραγόντων που στηρίζονται στην επαγγελματική ικανοποίηση και μπορεί να δώσει σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές μια ερμηνεία για τους παράγοντες που προκαλούν ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια (Ζαβλανός, 2006). Στην πρώτη κατηγορία παραγόντων ανήκουν οι παράγοντες υγιεινής ή δυσαρέσκειας, περιγράφουν το περιβάλλον και βοηθούν στην πρόληψη καταστάσεων ώστε να αποφευχθεί η δυσαρέσκεια. Στη δεύτερη κατηγορία παραγόντων ανήκουν οι παράγοντες ικανοποίησης, δηλαδή τους προσωπικούς



παράγοντες που δημιουργούν θετικά αισθήματα ικανοποίησης. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι η επίτευξη και αναγνώριση του έργου, η συμμετοχή και δυνατότητα προόδου.

Συνοπτικά θα έλεγε κανείς ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν ικανοποιούνται οι εσωτερικές τους ανάγκες όπως η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, η αναγνώριση και η συμμετοχή ενώ νιώθουν δυσαρέσκεια όταν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι παροχές δεν είναι κατάλληλες και στοχευμένες.

Ένας παράγοντας που καθορίζει κατά τον Weiss την ικανοποίηση των ασθενών είναι η σχέση ιατρού και ασθενή, ενώ ένας δεύτερος παράγοντας αφορά τα λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας. Ο γιατρός θεραπεύει τον ασθενή και ο ασθενής που έχει «το ρόλο του αρρώστου» προσπαθεί να γίνει καλά (Μάντη & Τσελέπη, 2000). Ο Cang (1990) ανέφερε χαρακτηριστικά ότι οι ασθενείς μπορούν να αισθανθούν ταυτόχρονα ευγνωμοσύνη και δυσαρέσκεια αλλά να μην θέλουν να την εκφράσουν από το φόβο αντιπαράθεσης με τους παροχείς των υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς συχνά εμφανίζονται ενοχλημένοι από τις ανεπάρκειες στο σύστημα παροχής υγείας αλλά δε γνωρίζουν τα πρότυπα υπηρεσιών ή φοβούνται αποφεύγοντας αντιπαράθεσεις με το «σύστημα» που θα χρειαστούν για να διεκπεραιώσουν κάπως την υπόθεσή τους.

Αυτό επίσης που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι το κοινωνικό υπόβαθρο των ασθενών. Είναι ένα ανομοιογενές πεδίο έρευνας και έχουν επομένως ετερογενείς απόψεις. Ο ασθενής που διαθέτει κάποια εκατομμύρια ευρώ δε θα έχει την ίδια γνώμη με ένα κρατικό σύστημα υγείας και την αναμονή στα έκτακτα περιστατικά ενός νοσοκομείου από κάποιον που δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να γνωρίσει κάποιο άλλο σύστημα πλην αυτού και να το θεωρεί δεδομένο ότι έτσι είναι.

Οι παράγοντες καθορισμού της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας επικεντρώνονται στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ατόμου (σεβασμός, ευγένεια κτλ.), στα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής φροντίδας (επικοινωνία, δικαιώματα ασθενή), στη νοσηλευτική ικανότητα, στα στοιχεία του περιβάλλοντος (ησυχία, καθαριότητα), στις προσδοκίες των ασθενών και η συνολική ικανοποίηση και η συνολική ποιότητα (κόστος, ικανότητα, ανθρωπιά κτλ.).

## 2.2 Μέτρηση της Ικανοποίησης των ασθενών και οφέλη

Οι πολλοί ορισμοί της ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας έχει σαν αποτέλεσμα το τελικό εργαλείο μέτρησης να είναι συχνά αόριστο. Ωστόσο οι ερευνητές της ιατρικής τείνουν να προτιμούν περισσότερο ποσοτικές προσεγγίσεις, όπως την αποτίμηση του αποτελέσματος αναγνωρίζονται παράλληλα ότι τα αποτελέσματα πρέπει να συνδυάζονται με τις μετρήσεις που βασίζονται στους ασθενείς. Η διερεύνηση της γνώμης των ασθενών μπορεί να ποσοτικοποιηθεί και να καθιερωθεί σε κάθε οργανισμό υγείας είτε ιδιωτικό είτε δημόσιο. Ο Strasen (1988) πρότεινε για την εφαρμογή ενός συστήματος μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, το σύνολο των ασθενών που δέχονται υπηρεσίες υγείας να συμπληρώνουν κατά την έξοδο τους ένα ερωτηματολόγιο ώστε τα αποτελέσματα στο τέλος να ποσοτικοποιηθούν. Η σημασία της μέτρησης αποκτά ιδιαίτερη σημασία εφόσον υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο προσέγγισης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών από τους γιατρούς. Η μέτρηση του αποτελέσματος αποτελεί τον καλύτερο δείκτη μέτρησης, καθώς ο στόχος του κάθε συστήματος υγείας είναι η μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού (Αδαμαντίδου, 2004). Βέβαια υπάρχει και το μοντέλο των χασμάτων των Zeithaml (1988) που αποτελεί ένα ακόμη τρόπο μέτρησης την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Τα πέντε χάσματα αφορούν α) τις προσδοκίες του ασθενή και τον τρόπο αντίληψης αυτών των προσδοκιών από τον παροχέα υγείας, β) το τι πιστεύει ο παροχέας της υγείας ότι προσδοκά ο ασθενής και τις προδιαγραφές της ποιότητας των υπηρεσιών, γ) τις προδιαγραφές που έχουν τεθεί για την ποιότητα των υπηρεσιών και την τελική παροχή τους, δ) την παροχή υπηρεσιών και την εξωτερική επικοινωνία με τους ασθενείς και ε) τις προσδοκίες του ασθενή και τις πραγματικές υπηρεσίες που πραγματικά παρέχονται (Ζαβλανός, 2006).

Τα οφέλη είναι πολλαπλά τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους υπεύθυνους των οργανισμών υγείας, καθώς επίσης και των παρόχων υγείας. Με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αναγνωρίζονται τα προβλήματα και τα «κακώς κείμενα», αποτυπώνονται οι ανάγκες του ασθενή, βελτιώνονται οι συνθήκες στις υπηρεσίες υγείας και διαχειρίζονται καλύτερα οι πόροι (Κυριακόπουλος κ.α., 1993). Οι πάροχοι υγείας βελτιώνονται και προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας αφού αυξάνεται η

παραγωγικότητά τους, αποκτούν αίσθημα ευθύνης, συμμετοχικότητας, ενεργητικότητας και προβληματισμού συνειδητοποιώντας ότι η εργασία τους ελέγχεται (Λαζάρου, 2001). Οι ίδιοι οι ασθενείς βελτιώνουν τις αντιλήψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας καθώς βλέπουν ότι άμεσα εμπλέκονται και συμμετέχουν στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας των φροντίδων υγείας. Η συμμετοχή τους μπορεί να τους κάνει πιο διεκδικητικούς σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης και διάθεσης των υπηρεσιών υγείας (Clearly & McNeil, 1988). Μάλιστα πολλοί ασθενείς πιστεύουν ότι λέγοντας τη γνώμη τους και εκφράζοντας τα παράπονά τους βοηθούν στην αποκατάσταση της δικαιοσύνης. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι ο ικανοποιημένος ασθενής είναι πιο συνεργάσιμος και αποδέχεται καλύτερα την αγωγή που του συστήνεται με αποτέλεσμα να έχει καλύτερα και γρηγορότερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Το σύστημα έτσι κερδίζει χρήματα με τη μη κατασπατάληση φαρμακευτικών αγωγών ή τη μικρότερη νοσηλεία σε μια κλινική. Τα θετικά εξάλλου σχόλια του ασθενούς τείνουν να διαδίδονται στη κοινωνία και τελικά να βελτιώνεται η αναγνωρισιμότητα και το κύρος του φορέα (Αλετράς κ.α., 2007).

Η μέτρηση επίσης της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί αν οδηγήσει σε πολιτικές αλλαγές, σε νέα συστήματα υγείας, τα οποία ακολουθώντας όχι μόνο ποσοτικούς οικονομικούς δείκτες αλλά και ποιοτικά χαρακτηριστικά των ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών να βελτιώσουν τις παροχές υγείας μιας χώρας. Υπάρχουν και οι αντίθετες απόψεις που η αξία της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτη της ποιότητας αμφισβητείται και είναι περιορισμένης εγκυρότητας (Nelson, 1990). Θεωρούν ότι οι ασθενείς λόγω της συναισθηματικής φόρτωσης και σωματικής κόπωσης από την ασθένεια, τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας καθώς εξαρτούνται από αυτούς αποκρύπτοντας την πραγματικότητα και της μη διάθεσης των κατάλληλων γνώσεων για να εκτιμήσουν τις τεχνικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας δεν είναι κατάλληλο δείγμα. Ωστόσο πρέπει να γίνει κατανοητό ότι οι εμπειρίες των ασθενών επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης και τις μελλοντικές προθέσεις τους προς τον προμηθευτή της ιατρικής φροντίδας.

## 2.3 Ικανοποίηση στον κλάδο της φροντίδας - υγείας των ασθενών.

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα θέμα ευρείας συζήτησης στη βιομηχανία της υγειονομικής περίθαλψης. Έχει γίνει αναπόσπαστο μέρος της στρατηγικής των παροχών υγειονομικής περίθαλψης.

Κατα τον Ware(1978) η Υγιεινή παρέχει τρεις λόγους για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών:

- (1) η ικανοποίηση των ασθενών είναι το τελικό αποτέλεσμα της υγειονομικής περίθαλψης
- (2) οι ικανοποιημένοι υπομονετικοί ασθενείς παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για τη δομή, τη διαδικασία και την έκβαση της υγειονομικής περίθαλψης
- (3) ικανοποιημένοι και δυσαρεστημένοι ασθενείς συμπεριφέρονται διαφορετικά.

Υπάρχουν αρκετά διαφορετικοί ορισμοί της ικανοποίησης των ασθενών στην βιβλιογραφία. Οι Woodside, Frey, & Daly καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως μια πρόσθετη μορφή στάσης των καταναλωτών που αντικατοπτρίζουν το πόσο οι ασθενείς ικανοποιούνται με την υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης μετά την αντιμετώπισή της.

Άλλοι μελετητές, μεταξύ των οποίων και ο Fisk αναφέρουν ότι η ικανοποίηση προκύπτει όταν συναντά την προσδοκία των καταναλωτών. Ο λεπτομερής έλεγχος των ορισμών της ικανοποίησης των ασθενών αναφέρεται από τους Ware, Davies-Avery, & Stewart (1978) και Boudreaux και O'Hea (2004). Μερικές μελέτες υποστηρίζουν την μη επιβεβαίωση των παραδειγμάτων και των προσδοκιών (Fisk et al., 1990).

## 2.4 Ποιότητα Υπηρεσιών: γενικά

Ο πελάτης φθάνει την οργάνωση και το όφελος την ίδια στιγμή, μέσω των υπηρεσιών. Η υπηρεσία μπορεί να οριστεί με πολλούς τρόπους, ανάλογα με την

περιοχή και τον όρο που χρησιμοποιείται. Kotler & Keller (2009) ορίζουν την υπηρεσία «ως μια άυλη πράξη ή απόδοση που προσφέρει ένα μέρος στο άλλο που δεν έχει ως αποτέλεσμα την κυριότητα του τίποτα». Υπηρεσία μπορεί επίσης να οριστεί ως μια άυλη προσφορά από ένα συμβαλλόμενο μέρος στο άλλο με αμοιβαία εκτίμηση για την ευχαρίστηση.

Οι καταναλωτές, ως επί το πλείστον, προσελκύονται από μια υπηρεσία δίνοντας έμφαση στην ποιότητα. Ένας άλλος ορισμός της ποιότητας είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων και των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσιών που φέρουν την ικανότητά του να ικανοποιήσουν ανάγκες που δηλώθηκαν ή που υπονοήθηκαν. Είναι επίσης σαφές ότι η ποιότητα σχετίζεται με την τιμή της προσφοράς, που θα μπορούσε να προκαλέσει την ικανοποίηση ή την δυσαρέσκεια από την πλευρά του χρήστη-καταναλωτή.

«Ένας απλός ορισμός της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι η τέχνη του να κάνει κανείς το σωστό πράγμα, τη σωστή στιγμή, με το σωστό τρόπο, για το σωστό πρόσωπο – και να έχουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα» (Zineldin, 2006). Πρόσφατα, μεταξύ των ερευνητών υγειονομικής περίθαλψης η μεγαλύτερη συναίνεση που επιτεύχθηκε σχετικά με τον ορισμό παρέχεται από το ίδρυμα ιατρικής (IOM): "ποιότητα της φροντίδας είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητής κατάσταση της υγείας και είναι σύμφωνες με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση" (Lohr, 1990).

Σύμφωνα με τους Parasuraman et al. (1988) ποιότητα υπηρεσιών είναι «οι διαφορές μεταξύ των προσδοκιών των πελατών και των αντιλήψεων της υπηρεσίας». Η μέτρηση ποιότητας των υπηρεσιών για να προσδιορίσει τη διαφορά μεταξύ της αντιληπτής και της αναμενόμενης υπηρεσίας είναι ένας έγκυρος τρόπος που ενεργοποιεί τη διαχείριση για να βρεθούν τα κενά σε αυτό που προσφέρουν οι υπηρεσίες.

Οι οργανισμοί πρέπει να επικεντρώνονται περισσότερο στις υπηρεσίες ποιότητας και στόχος να είναι η ικανοποίηση των πελατών, ενώ πρέπει να μετρούν την ποιότητα των υπηρεσιών.

Το μοντέλο SERVQUAL αποτελεί μια μεθοδολογία για την μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Βασίζεται στην παραδοχή ότι η εκτίμηση του πελάτη για την ποιότητα της υπηρεσίας είναι έννοια κυρίαρχη. Είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο αφού λαμβάνει υπόψη του πολλούς παράγοντες για να προσδιορίσει την επίδοση ενός φορέα. Σε μια νέα έκδοση του μοντέλου το 1988 τα απαραίτητα στοιχεία προσδιορίστηκαν σε πέντε διαστάσεις: αξιοπιστία, ασφάλεια, υποδομές, συμμετοχή και ανταπόκριση.

Από τις παραπάνω πέντε διαστάσεις διαμορφώνεται η άποψη ότι το συνολικό ποσό της διαφοράς μεταξύ των αντιλήψεων και των προσδοκιών είναι κατασκευάσμα της παγκόσμιας ποιότητας (Laroche et al., 2004). Με αυτές τις διαστάσεις, η ποιότητα των υπηρεσιών μπορεί να βελτιωθεί και το επίπεδο ικανοποίησης των πελατών μπορεί να αυξηθεί.

Η Υπηρεσία στο περιβάλλον του κλάδου υγείας καθορίζεται όχι μόνο από την τεχνολογία και το νέο μηχανισμό στήριξης, αλλά και από την απόδοση των εργαζομένων στον οργανισμό.

Αυτές οι προαναφερόμενες διαφορές δείχνουν ότι η υπηρεσία αντιληπτής ποιότητας και η ικανοποίηση των πελατών θα πρέπει να γίνουν αντιληπτές και να υλοποιηθούν (Taylor, 1994). Η υπηρεσία αντιληπτής ποιότητας είναι συγκριτικά μια μακροπρόθεσμη στάση, λαμβάνοντας υπόψη ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια σύντομη απόφαση μιας υπηρεσίας που αντιμετωπίζεται (Taylor, 1994). Η διαφοροποίηση αυτών των δύο δομών είναι σημαντική στη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης. Συμβάλλει στην ανάπτυξη τόσο της μακροχρόνιας στάσης της υγειονομικής περίθαλψης όσο και των βραχυπρόθεσμων αποφάσεων ως αναφορά στην ικανοποίηση των ασθενών (Taylor & Cronin, 1994). Η έλλειψη σαφήνειας στις διακρίσεις αυτών των δύο δομών, οδηγεί σε μια συνεχιζόμενη διαμάχη σχετικά με τη διαδοχική τους σειρά, αν η ικανοποίηση του πελάτη είναι επακόλουθη ή είναι συνέπεια της ποιότητας των υπηρεσιών (Andaleeb & Conway, 2006).

Μία ομάδα ερευνητών αναφέρεται στην ποιότητα των υπηρεσιών ως τη συνολική αξιολόγηση μιας συγκεκριμένης ρύθμισης υπηρεσίας ή οργανισμού και συμφωνεί με την θεωρία της ποιότητας των υπηρεσιών ότι είναι η συνέπεια περιστατικών ικανοποίησης με την πάροδο του χρόνου (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

Μια άλλη σκέψη υποστηρίζει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών είναι μία από τις συνιστώσες της ικανοποίησης. Ο Bagozzi (1992) προτείνει ότι η αξιολόγηση της ποιότητας της υπηρεσία ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας οδηγεί σε μια συναισθηματική ικανοποίηση που με τη σειρά της οδηγεί τις προθέσεις συμπεριφοράς. Η Ποιότητα υπηρεσιών θεωρείται ως μια γνωστική τεχνοτροπία. ότι η ικανοποίηση είναι ένα συναισθηματικό αποτέλεσμα, δηλαδή η πρώτη είναι επακόλουθη της τελευταίας.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει συναίνεση στη βιβλιογραφία σχετικά με την αιτιώδη σειρά σε αυτές τις δύο δομές, μια κυρίαρχη άποψη επί του θέματος είναι ότι η ικανοποίηση είναι ένα συντεταγμένο αποτέλεσμα, δηλαδή η αντιληπτή ποιότητα της υπηρεσία είναι προγενέστερη της ικανοποίησης (Taylor, 1994).

Ορισμένες εμπειρικές μελέτες για την υποστήριξη της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης έχουν αυτή την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ ασθενούς, αντιλήψεων της υγειονομικής περίθαλψης, της ποιότητας και της ικανοποίησης (Choi et al., 2005).

Οι Scotti, Harmon and Behson (2007) διερεύνησαν πώς ένα υψηλής απόδοσης σύστημα και ο προσανατολισμός του πελάτη επηρεάζουν τις αντιλήψεις των εργαζομένων και των πελατών, την ποιότητα εξυπηρέτησης και την ικανοποίηση των ασθενών στα κέντρα περίθαλψης. Η μελέτη τους υποστηρίζει το επιχείρημα ότι η αντιληπτή ποιότητα της υπηρεσίας είναι ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών. Ως αποτέλεσμα, η επόμενη υπόθεση της μελέτης αυτής αφορά την αιτιώδη σχέση μεταξύ της ποιότητας των υπηρεσιών και της ικανοποίησης των ασθενών. Με βάση τη παραπάνω συζήτηση υποτίθεται ότι η ποιότητα των υπηρεσιών επηρεάζει άμεσα και θετικά την ικανοποίηση των ασθενών.

## 2.5 Ικανοποίηση και Σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών

Αν και φαίνεται να υπάρχει συναίνεση στη βιβλιογραφία ότι η ικανοποίηση του πελάτη και η ποιότητα των υπηρεσιών είναι ξεχωριστές και μοναδικές έννοιες

(Cronin & Taylor, 1992), οι διακρίσεις τους σε ορισμούς και η σύγκριση μεταξύ των εννοιών αυτών, εξακολουθούν να υπάρχουν (Choi et al., 2005).

Μεγάλο μέρος της σύγκρισης προκύπτει από τις ομοιότητες μεταξύ αυτών των δύο εννοιών. Κατ' αρχάς, και οι δύο θεωρούνται ως δομές στη συμπεριφορά. Δεύτερον, η μέτρηση των δύο αυτών δομών βασίζεται στη σύγκριση μεταξύ των προσδοκιών και τις αντιλήψεις των υποκειμενικών διαστάσεων (Ruyter & Wetzels, 1998).

Ενώ αυτές οι δύο δομές έχουν πολλά παρόμοια χαρακτηριστικά, είναι διακριτές και μπορούν να ορίζονται και να αξιολογηθούν με διαφορετικούς τρόπους (Vinagre & Neves, 2008). Πρώτον, η αξιολόγηση της ικανοποίησης γίνεται με βάση την εμπειρία του πελάτη από μια συγκεκριμένη υπηρεσία. Η αντιληπτή υπηρεσία ποιότητας, ωστόσο, είναι δεν είναι απαραίτητα βασισμένη στην εμπειρία (Taylor & Cronin, 1994). Η αντιληπτή ποιότητα της υπηρεσίας, όπως έχει ειπωθεί από διάφορους μελετητές, διαρκεί περισσότερο από την ικανοποίηση επειδή η ικανοποίηση αντικατοπτρίζει μόνο μια συγκεκριμένη συναλλαγή ή εμπειρία υπηρεσίας.

Δεύτερον, πριν από αυτές τις δύο δομές τα δεδομένα είναι διαφορετικά. Η ικανοποίηση μπορεί να επηρεαστεί από μια σειρά γνωστικών και συναισθηματικών διαδικασιών, όπως η ανάλυση του κόστους/οφέλους και τα συναισθήματα. (Oliver, 1993).

Τρίτον, η ικανοποίηση θεωρείται ως μια ευρύτερη δομή από την ποιότητα των υπηρεσιών (Zeithaml & Bitner, 2000). Οι αξιολογήσεις της αντιληπτής ποιότητας των υπηρεσιών εστιάζεται ειδικά στις διαστάσεις της υπηρεσίας, ενώ η ικανοποίηση καθορίζεται από μια μεγαλύτερη ποικιλία εννοιολογικών συνθημάτων, για παράδειγμα, η λύπη, η οποία δεν χρειάζεται να σχετίζεται με την ποιότητα (Oliver, 1997).

Τέταρτον, η ιδανική προσδοκία είναι το αναφερόμενο στο προσδόκιμο χωρίς να ορίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών, ότι, η επιθυμητή προσδοκία είναι το αναφερόμενο για την ικανοποίηση (Boulding et al., 1993).



Τέλος, η αντιληπτή υπηρεσία ποιότητας βασίζεται στην αντίληψη που αγγίζει το τέλειο ενώ η ικανοποίηση μπορεί να σχηματιστεί με κάποιους μη ποιοτικούς παράγοντες (Oliver, 1993).

## 2.6 Ικανοποίηση των προσδοκιών

Τα αποτελέσματα των προσδοκιών σχετικά με την ικανοποίηση έχουν επαληθευτεί τόσο θεωρητικά όσο και εμπειρικά.

Οι Oliver and Desarbo υποστηρίζουν ότι οι προσδοκίες οδηγούν σε ένα αποτέλεσμα αφομοίωσης, πράγμα που σημαίνει ότι οι πελάτες αφομοιώνουν τις αντιλήψεις με τις προσδοκίες. Οι πελάτες κλίνουν να ανταποκρίνονται σύμφωνα με τις προσδοκίες τους και να μειώνουν το χάσμα μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων (Vinagre & Neves, 2008). Στη βιομηχανία υγειονομικής περίθαλψης, αρκετές μελέτες υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ των προσδοκιών και της ικανοποίησης των ασθενών (Vinagre & Neves, 2008). Τα ευρήματα δείχνουν ότι η υψηλή ικανοποίηση προσδοκιών προκαλεί υψηλή ικανοποίηση.

## 2.7 Σημερινή κατάσταση στο χώρο της υγείας σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών και την ποιοτική υπηρεσία υγείας

Οι Οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να δίνουν έμφαση σε κάθε πτυχή / διάσταση της ποιότητας των υπηρεσιών και όχι μόνο στην τεχνολογία, τις εγκαταστάσεις και την υποστήριξη. Οι Οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης τώρα ανταγωνίζονται μεταξύ τους κυρίως στην περιοχή της υπομονετικής ικανοποίησης. Οι ασθενείς μπορούν να ικανοποιηθούν μέσω διαφόρων συνδυασμών ανταποκρινόμενοι έτσι στις απόψεις και τις ανάγκες του ασθενούς με τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και τη συνολική σχέση γιατρού-ασθενών.

Οι παροχές υγειονομικής περίθαλψης τώρα ενδιαφέρονται περισσότερο με την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς είναι ένα σημαντικό θέμα για να γίνει κατανοητό

και να έχει αξία από τους ασθενείς. Έτσι, ώστε να γίνει γνωστό πώς οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα της φροντίδας και να γνωρίζουν το πού, το πότε και το πώς, μπορεί να υπάρξει βελτίωση των υπηρεσιών (Zineldin 2006).

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης τώρα παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον να γνωρίζουν ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών, λόγω του υψηλού ανταγωνισμού, της εκτενούς βιβλιογραφίας και την πίεση από τους ασθενείς.

Στο παρελθόν, μόνο λίγες μελέτες έχουν διεξαχθεί στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των τεχνικών και των λειτουργικών διαστάσεων της ποιότητας καθώς και το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Ως επί το πλείστον οι μελέτες εστιάζονται μόνο σε μερικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης ποιότητας της υπηρεσίας, αλλά καμία από τις μελέτες εμπειρικά δεν έχει εξετάσει πώς η ατμόσφαιρα, η αλληλεπίδραση και η υποδομή μπορούν να επηρεάσουν τη συνολική αντίληψη της ποιότητας και της ικανοποίησης του ασθενούς. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας αθροιστικός συνδυασμός διαφορετικών δομών, αθροίζοντας την ικανοποίηση με τις διάφορες πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης,(Zineldin, 2006). Η ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών πάντα εξαρτάται από διάφορους παράγοντες / διαστάσεις και ανάλογα με το πέρασμα του χρόνου.

Ο Zineldin (2006) επεκτάθηκε σε τεχνικά-λειτουργικά και SERVQUAL μοντέλα ποιότητας στο πλαίσιο των πέντε διαστάσεων της ποιότητας, που αποτελούνται από την ποιότητα του αντικειμένου, την ποιότητα της διαδικασίας, της ποιότητας των υποδομών, την ποιότητα της αλληλεπίδρασης και την ποιότητας της ατμόσφαιρας. Το μοντέλο αυτό τώρα θεωρείται αποτελεσματικό πρότυπο για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να αξιολογηθεί η ικανοποίηση του ασθενούς.

# Κεφάλαιο 3 (Τρίτο) - Αντιληπτή αξία πελάτη –ασθενή. Συναισθηματικός κόσμος.

## Εμπιστοσύνη. Φήμες

### 3.1. Αντιληπτή αξία πελάτη – ασθενή.

Το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αντιληπτή αξία για τον πελάτη απορρέει από το ζήτημα της ικανοποίησης στον τομέα της έρευνας μάρκετινγκ. Ερευνητές βεβαιώνουν επανειλημμένα ότι η υψηλής ποιότητας υπηρεσία συσχετίζεται με την απόδοση της αγοράς (Gale, 1994). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ο ρόλος της πρόβλεψης της ικανοποίησης σχετικά με τις επιδόσεις των επιχειρήσεων είναι περιορισμένος, και οι αντιλήψεις των πελατών σχετικά με την αξία θα πρέπει να συμπεριληφθούν κατά την πρόβλεψη της ικανοποίησης (Zeithaml, 1988).

Η αντιληπτή αξία χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της χρησιμότητας ενός προϊόντος - υπηρεσίας με βάση την αντίληψη των πελατών, των οφελών και του κόστους (Zeithaml, 1988).

Παρά τους ποικίλους ορισμούς της αντιληπτής αξίας, όλοι έχουν πολλά κοινά στοιχεία.

Οι McDougall and Levesque αναφέρουν ότι η αντιληπτή αξία και η ποιότητα των υπηρεσιών είναι δύο από τα πιο σημαντικά ιστορικά της ικανοποίησης σε τέσσερις κλάδους: οδοντίατρος, υπηρεσία αυτοκινήτων, εστιατόρια και κομμωτήρια. Αρκετές άλλες μελέτες δείχνουν επίσης ότι οι πελάτες με την υψηλότερη αξιολόγηση της αντιληπτής αξίας βιώνουν επίσης μεγαλύτερη ικανοποίηση, πράγμα που σημαίνει ότι η αντιληπτή αξία έχει άμεσο αντίκτυπο στην ικανοποίηση.

Μερικές μελέτες δείχνουν μια άμεση και θετική σχέση μεταξύ αντιληπτής αξίας και των προθέσεων συμπεριφοράς. Ωστόσο, ορισμένες άλλες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η σχέση αυτή κυριαρχείται εν μέρει ή πλήρως από την ικανοποίηση του πελάτη (Cronin et al., 2000). Για παράδειγμα αναφέρουν έναν μερικό μεσολαβητικό ρόλο της ικανοποίησης των πελατών μεταξύ της σχέσης της αντιληπτής αξίας και των

προθέσεων συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτούς, μια άποψη στον τομέα αυτό υποστηρίζει το κυρίαρχο ρόλο της ικανοποίησης των πελατών.

### 3.2. Ασθενείς και συναισθήματα

Διάφοροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση είναι όχι μόνο το αποτέλεσμα της μη επιβεβαίωσης, αλλά και μια συναισθηματική αντίδραση σε ένα προϊόν - υπηρεσία (Parasuraman et al, 1985). Τα συναισθήματα θεωρούνται ως ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζουν την στάση και τις ενέργειες του καταναλωτή. Όταν οι συναισθηματικές αντιδράσεις σε μια υπηρεσία είναι ευνοϊκές, οι καταναλωτές έχουν την τάση να έχουν θετικές αξιολογήσεις ή στάσεις προς την υπηρεσία.

Πολλοί είναι οι ορισμοί των συναισθημάτων που παρέχονται στη βιβλιογραφία, και επικεντρώνονται σε διάφορες πτυχές. Οι Krampf, Ueltschy, & D'Amico (2003) καθορίζουν τα συναισθήματα ως «ψυχική κατάσταση ετοιμότητας που προκύπτει από τις εκτιμήσεις των γεγονότων ή τις σκέψεις του ατόμου.» Οι Bourne and Russo (1998) περιγράφουν τα συναισθήματα ως «υποκειμενική εσωτερική κατάσταση που έχει βιολογικές, γνωστικές και κοινωνικές συνιστώσες.», ενώ ο Martin τονίζει ότι το συναίσθημα είναι μια πολύπλευρη δομή, που αποτελείται από τις αντιδράσεις συμπεριφοράς, τις αντιδράσεις έκφρασης, τις φυσιολογικές αντιδράσεις και τα υποκειμενικά συναισθήματα. Οι Krampf, Ueltschy, & d'Amico (2003) βρίσκουν ότι τα συναισθήματα που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της συνάντησης μιας υπηρεσίας έχει μια ίση ή μεγαλύτερη σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση του πελάτη από τις συγκρίσεις των αντιλήψεων και των προσδοκιών των πελατών.

### 3.3. Ανάκτηση Υπηρεσίας

Προγενέστερη της ικανοποίησης των ασθενών είναι η δυνατότητα ανάκτησης, η οποία ορίζεται ως η δυνατότητα να γίνουν ενέργειες όταν η παράδοση της υπηρεσίας δεν πάει καλά, αλλά στραβά. Οι επιρροές της ανάκτησης για την ικανοποίηση των πελατών και των συμπεριφορών έχουν ερευνηθεί. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η δυνατότητα ανάκτησης είναι ένας κρίσιμος και καθοριστικός παράγοντας για την ικανοποίηση των πελατών και τη διατήρησή τους.

Οι προθέσεις συμπεριφοράς μας δείχνουν ότι ο σχηματισμός των αποτελεσμάτων για τους καταναλωτές θα μπορούσε να είναι διαφορετικός για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας (Baker & Taylor, 1997). Είναι απαραίτητο για την καλύτερη κατανόηση των καθοριστικών παραγόντων πρόθεσης συμπεριφοράς του ασθενούς.

### 3.4 Η εμπιστοσύνη και η φήμη στο χώρο υγείας και η σχέση τους με τον ασθενή-χρηστη συστημάτων υγείας και τον πάροχο - ιατρό

3.4. α) Η εμπιστοσύνη του ασθενή απέναντι στον ιατρό αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας.

Γενικά, η εμπιστοσύνη στην κοινωνία μπορεί να θεωρηθεί ως η πηγή ελαχιστοποίησης της πολυπλοκότητας και το μέσο για την αντιμετώπιση της ελευθερίας των άλλων. Η εμπιστοσύνη είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα όλων των κοινωνικών σχέσεων και δηλώνει κάποια μορφή προσδοκίας για το μέλλον. Η εμπιστοσύνη μπορεί να οριστεί επίσης ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του αντικειμένου, ή την επέλευση ενός γεγονότος, ή τη συμπεριφορά ενός ατόμου για να οργανώσει τον επιθυμητό αλλά αβέβαιο στόχο σε επικίνδυνη κατάσταση (Giffin, 1967). Σύμφωνα με τους Mayer et al, (1995) η εμπιστοσύνη είναι όταν ένα ενδιαφερόμενο μέρος που είναι ευάλωτο βασίζεται στο άλλο μέρος και περιμένει ότι το άλλο μέρος θα κάνει το καλύτερο, ανεξάρτητα από την ικανότητα να παρακολουθεί ή να ελέγχει το άλλο μέρος.

Κάποιοι ερευνητές προσπάθησαν να ορίσουν την εμπιστοσύνη, καθώς, έχει ουσιαστική σημασία για τις αποτελεσματικές διαπροσωπικές σχέσεις και για την κοινότητα που ζούμε (Mechanic & Meyer, 2000). Η εμπιστοσύνη είναι η αξιόπιστη πηγή μεταξύ των ανθρώπων που ζουν σε μια κοινωνία. Οι Mechanic & Meyer (2000) ορίζουν ότι η εμπιστοσύνη επιτρέπει την αποδοχή της ευπάθειας ή την πεποίθηση ότι οι άλλοι έχουν ένα συμφέρον.

Οι Hall et al (2001) προχώρησαν περαιτέρω τονίζοντας ότι η εμπιστοσύνη δεν μπορεί να διαχωριστεί από την ευπάθεια επειδή η έλλειψη ευπάθειας δεν υπάρχει σε καμία

ανάγκη της εμπιστοσύνης. Θα είναι μεγαλύτερη η κατάσταση κινδύνου όσο μεγαλύτερες θα είναι και οι δυνατότητες της εμπιστοσύνης ή της δυσπιστίας. Η εμπιστοσύνη χτίζεται από τις ανάγκες των ασθενών για ιατρούς, όπου όσο μεγαλύτερο είναι το αίσθημα της ανασφάλειας τόσο υψηλότερη θα είναι και η ανάγκη για εμπιστοσύνη.

Κατά τον Davies (2000) διαφοροποιούν τη σχέση μεταξύ εμπιστοσύνης και πίστης υποστηρίζοντας ότι η φύση της εμπιστοσύνης είναι διαφορετική από την εξάρτηση και την πίστη.

Η εμπιστοσύνη αναπτύσσεται μεταξύ δύο μερών κάτω από διάφορες συνθήκες. Πρώτα πρέπει να υπάρξει κάποια αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπου η δράση πρέπει να έχει αντίκτυπο σε άλλους. Δεύτερον, πρέπει να υπάρχουν κάποιες επιλογές που να επιλέγονται από οποιοδήποτε μέρος και τρίτον, πρέπει να υπάρχει κάποια αβεβαιότητα ή κάποιος κίνδυνος που να συνδέεται με αυτές τις επιλογές. Σε μια τέτοια κατάσταση, το ένα μέρος ή και τα δύο μέρη μπορούν να δείξουν εμπιστοσύνη μεταξύ τους και να επιλέξουν το άλλο μέρος ενεργώντας προς το καλύτερο συμφέρον τους. Η επιλογή των λέξεων έχει σημαντικό ρόλο στην εμπιστοσύνη, διότι δίνει τη θέση της σε κίνδυνο και με αυτή την εμπιστοσύνη υπάρχει εξάρτηση. Ωστόσο, η εμπιστοσύνη όταν γίνεται από την άλλη πλευρά πρέπει να βασίζεται στην εμπειρία και τη γνώση του άλλου μέρους έχοντας τις αρμοδιότητες και την προθυμία να ενεργεί για λογαριασμό του. Η εμπιστοσύνη χωρίς μια τέτοια εμπειρία και γνώση μπορεί να εκλαμβάνεται ως πίστη ή ελπίδα.

Σύμφωνα με τους Hall et al. (2001) η εμπιστοσύνη εκ φύσεως διαθέτει διαφορετικούς τύπους και αντικείμενα πολλαπλών διαστάσεων στους οποίους ορισμένοι από αυτούς επικεντρώνονται σε συγκεκριμένη πράξη ή υποχρεώσεις, ενώ άλλοι τονίζουν προσωπικά χαρακτηριστικά. Αντί να έχουμε αυτά τα είδη των διαφορετικών εννοιολογικών σχημάτων που αποτελούνται από ορισμένες κοινές διαστάσεις όπως είναι η πιστότητα, η αρμοδιότητα, η εντιμότητα, η εχεμύθεια και η εμπιστοσύνη.

Η Εμπιστοσύνη πάντως μπορεί να είναι ένα εγγενές χαρακτηριστικό της σχέσης μεταξύ των ασθενών με τους ιατρούς και άλλους φορείς και τελικά η εμπιστοσύνη προς τους γιατρούς είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες πρόβλεψης απόφασης του ασθενούς για την εγγραφή του σε θεραπεία ασθενειών. Ως επί το

πλείστον η εμπιστοσύνη ασθενών συνδέεται με το να συστήνουν γιατρούς άλλοι ασθενείς ή να έχουν οι ασθενείς αφοσίωση και να συστήνουν μια θεραπεία (Thom et al., 2004).

Η εμπιστοσύνη στους γιατρούς βασίζεται στην προσωπική εμπειρία των ασθενών και τα χαρακτηριστικά των γιατρών (Balkrishnan et al., 2003). Η δημιουργία και η διατήρηση της εμπιστοσύνης είναι πολύ δύσκολο έργο, επειδή χρειάζεται επαναλαμβανόμενες αλληλεπιδράσεις και αξιόπιστη εμπειρία. Υπάρχει αντίφαση μεταξύ εμπιστοσύνης και δυσπιστίας, η εμπιστοσύνη θέλει πολύ χρόνο για να χτιστεί, αλλά μπορεί να καταστραφεί εύκολα και εφόσον έχει χαθεί είναι πολύ δύσκολο να ανοικοδομηθεί.

Συμπερασματικά αναφέρουμε τους Mechanic & Meyer (2000) που αναφέρουν ότι εμπιστοσύνη σημαίνει ότι εμπιστευόμαστε ένα άτομο που θα κάνει το σωστό πράγμα προς το συμφέρον των ασθενών, να αντιλαμβανόμαστε ότι οι γιατροί είναι καλά εκπαιδευμένοι έχοντας την εμπειρία αφού έχουν εργαστεί για αυτό το είδος του ιατρικού προβλήματος, ξέροντας πολύ καλά τη τελευταία λέξη της τεχνολογίας και τις τελευταίες έρευνες, και ότι θεραπεύονται όλοι οι ασθενείς με τον ίδιο τρόπο. Εμπιστοσύνη σημαίνει ότι θα εμπιστευέστε ένα άτομο με τη δική σας πρόθεση και στην απουσία σας αυτό το άτομο είναι σε θέση να ελέγξει την κατάσταση και έχετε εμπιστοσύνη ότι το άτομο αυτό θα κάνει το καλύτερο δυνατό για το συμφέρον σας .

Η Εμπιστοσύνη δημιουργεί το περιβάλλον στο οποίο οι ασθενείς συνεργάζονται για θεραπεία, κάνοντας πιο εύκολο να ρυθμιστούν οι ανθυγιεινές συμπεριφορές, καθώς και να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα για καταγγελίες, διαφορές και αγωγές. Η εμπιστοσύνη και το άνοιγμα της επικοινωνίας όχι μόνο αυξάνει τις ανθρώπινες ευαισθησίες τόσο των ασθενών και των γιατρών, αυξάνει και την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων. Ωστόσο, λέγεται ότι η εμπιστοσύνη στο ιατρικό επάγγελμα σχετίζεται αποκλειστικά με τις επιθυμίες του ασθενούς που αναζητά φροντίδα όσον αφορά τον έλεγχο από τους γιατρούς για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων (Balkrishnan et al., 2003)

### 3.4 β) Η φήμη

Οι Herbig & Milewicz εξηγούν ότι η εταιρική φήμη είναι η εμπιστοσύνη που δημιουργεί η εταιρία, διατηρώντας τις υποσχέσεις της με έναν αποφασιστικό τρόπο. Οι καταναλωτές πρέπει να κατανοήσουν τη σημασία της φήμης και της αξιοπιστίας. Αν θέλουμε να θεωρήσουμε ότι οι αξιώσεις του προϊόντος γίνονται με τη διαφήμιση ενός κατασκευαστή, με την επαλήθευση για ένα νέο λογαριασμό ή αν πρέπει να πιστέψουμε τις ημερομηνίες παράδοσης ή τους ισχυρισμούς που διατυπώνονται από έναν προμηθευτή μπορεί να είναι τα παραδείγματα από την καθημερινή ζωή που αντιμετωπίζουμε συνήθως. Η εκτιμώμενη συνέπεια μιας οντότητας καλείται φήμη. Η εκτίμηση αυτή είναι με βάση την προθυμία και την ικανότητα του φορέα να εκτελεί μια δραστηριότητα επανειλημμένα με παρόμοιο τρόπο.

Ως επί το πλείστον η φήμη αναπτύσσεται όταν οι οντότητες είναι αβέβαιες ή δεν γνωρίζουν τις επιλογές ή τα κίνητρα των άλλων επανειλημμένα σε σχετικές περιστάσεις ή από προηγούμενες συναλλαγές που έχουν παρατηρηθεί με άλλες επιχειρήσεις. Οι προηγούμενες αποδόσεις μετράνε πάντα, όποτε υπάρχει συναναστροφή με πελάτες.

Οι Herbig & Milewicz υποστήριξαν ότι η φήμη είναι ένα πολύτιμο αγαθό, που χρειάζεται χρόνο για να οικοδομηθεί και μια συνεχή βελτίωση για να διατηρηθεί. Εάν μια εταιρεία παρέχει ακριβείς πληροφορίες στους πελάτες, και δεν του ξεγελάσει σε σχέση με άλλες επιχειρήσεις, μπορεί να έχουν μια βραχυπρόθεσμη απώλεια αλλά η φήμη θα μπορούσε να ενισχυθεί, παρέχοντας ακριβείς πληροφορίες, πράγμα που αποτελεί κέρδος μακροπρόθεσμα. Ως εκ τούτου, η εταιρεία λαμβάνει βραχυπρόθεσμες ζημιές για την οικοδόμηση της φήμης και ασφαλή μεγαλύτερα μακροπρόθεσμα οφέλη. Η επανάληψη θετικών συναλλαγών μιας εταιρείας μπορεί να οδηγήσει την επιχείρηση σε μια θετική φήμη (για παράδειγμα, για την ποιότητα ή την έγκαιρη παράδοση) και το ίδιο μπορεί να συμβεί αν μια εταιρία επαναλαμβάνει αρνητικές συναλλαγές να οδηγήσει σε αρνητική φήμη (κακή ποιότητα ή η καθυστερημένη παράδοση).

Κάθε οργανισμός επιτυγχάνει μια καλή γενική φήμη κατέχοντας ένα πολύτιμο περιουσιακό στοιχείο – της "καλής θέλησης": brand names, εταιρικά λογότυπα και η αφοσίωση των πελατών. Ωστόσο, θα πρέπει να έχουμε κατά νου ότι η φήμη είναι



εύθραυστο και ευαίσθητο στοιχείο. Μπορεί να χαθεί εύκολα και μόλις αυτή χαθεί, χρειάζεται πολύ χρόνο και προσπάθεια για να τη χτίσουμε και πάλι. Προκειμένου να αποκατασταθεί η φήμη της εταιρείας απαιτείται επτά έως δέκα φορές περισσότερες προσπάθειες σε σύγκριση με πριν χαθεί. Οργανώσεις με όραμα χτίζουν και διατηρούν μια μακροχρόνια φήμη που χρειάζονται για να παραδώσουν την υποσχόμενη ποιότητα του αγαθού/υπηρεσίας. Το κόστος της φήμης και το κόστος της διατήρησης αυτής της φήμης είναι μια επένδυση της επιχείρησης. Φήμη είναι μια μακροπρόθεσμη διαδικασία για τη δημιουργία της και μετά την καθιέρωσή της, χρειάζεται περισσότερη προσοχή για να διατηρηθεί.

Ο Bromley (2002) καθορίζει τη φήμη ως τη συλλογική αξιολόγηση μιας εταιρείας από προηγούμενες συμπεριφορές και τα αποτελέσματα που παραδίδουν την ικανότητα της επιχείρησης να αποδώσει αποτελέσματα που αποτιμώνται σε πελάτες. Η φήμη έτσι αντανακλά τη σχετική θέση, εσωτερικά με τους υπαλλήλους και εξωτερικά με τους διαφορετικούς μετόχους. Κάθε οργάνωση, ειδικά οι παρόχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να εξετάσουν τη φήμη ως ζωτικής σημασίας. Οι Hibbard et al. (2005) υποστήριξαν ότι εάν μια φήμη ενός νοσοκομείου επηρεάζεται και οφείλεται σε ορισμένα χαρακτηριστικά, τότε ενδέχεται να μειώνεται το μερίδιο αγοράς του, μέσω των επιλογών του ασθενούς, την επιλογή αγοράς, ή την παραπομπή γιατρού. Επίσης μειώνοντας τη φήμη μπορεί να φέρει άλλες προκλήσεις στην οργάνωση όπως την πρόσληψη και τη διατήρηση του προσωπικού και ταυτόχρονα να επηρεάσει την ικανότητα ενός νοσοκομείου για να διατηρήσει τη νομιμότητα και την επαγγελματική υπόσταση του.

Οι οργανισμοί έχουν διαφορετικούς και διάφορους λόγους που πρέπει να ανησυχούν για τη φήμη τους. Είναι πολύ σαφές ότι το πιο ενθαρρυντικό στοιχείο είναι μια επαγγελματική υπερηφάνεια, αλλά αλλάζοντας τη φήμη των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να επηρεάσει την οικονομική αλλά και τη συνολική απόδοση. Η αρνητική φήμη θα μπορούσε να επηρεάσει την ικανότητα του νοσοκομείου για να αντλήσει κεφάλαια, φιλανθρωπικές δωρεές που αποτελούν σημαντικές πηγές εισοδήματος για μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και για τους οργανισμούς δημόσιας υγείας. Επιπλέον, είναι δύσκολο να αποκτηθούν οι προϋπολογισμοί από το κράτος σε περίπτωση αρνητικής φήμης (Hibbard et al., 2005).

Η φήμη στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται από την εμπειρία . Γι ' αυτό και οι ερευνητές προτείνουν ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ενισχύσουν την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς, και να εκτελέσουν αποτελεσματικά τις λειτουργίες τους στις κοινότητες στις οποίες δραστηριοποιούνται (Bourke, 2009).

Δεδομένου ότι η υπηρεσία είναι η ανθρώπινη υγεία, γίνεται αντιληπτό ότι η φήμη είναι σημαντική.

Σύμφωνα με τους Herbig & Milewicz, η φήμη ενός οργανισμού στηρίζεται στην εμπιστοσύνη που αποκτάται όταν τηρούνται οι υποσχέσεις και όταν εκπληρώνονται στο σωστό χρόνο και σύμφωνα με τον (Satir 2006) απεικονίζει τις ακόλουθες διαστάσεις για να επηρεάσουν τους πελάτες/ασθενείς, τις αντιλήψεις της εταιρικής φήμης, την ποιότητα και την επικοινωνία της υπηρεσίας.

## Κεφάλαιο 4 – Μελέτη Περίπτωσης: ΠΕΔΥ Πρέβεζας

### 4.1 Σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα χρηματοδοτούνται σχεδόν εξίσου μέσα από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Οι δημόσιες δαπάνες χρηματοδοτούνται από δύο φορείς (άμεσους και έμμεσους) και από τις υποχρεωτικές εισφορές ασφάλισης υγείας (από τους εργοδότες και τους ασφαλισμένους). Οι δωρεές από άτομα ή από τους εργοδότες αντιπροσωπεύουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία (πάνω από 42% το 2002), καθιστώντας έτσι το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας, ένα από τα πιο ιδιωτικοποιημένα συστήματα μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η Ελλάδα έχει ξεκινήσει ή εισήγαγε φορολογικές περικοπές για ομάδες κατώτερου και μεσαίου εισοδήματος επίσης, προώθησε την πρωτοβουλία επενδύσεων και υποδομών του δημόσιου-ιδιωτικού (η οποία περιλαμβάνει τα νοσοκομεία), αλλά η

δημόσια χρηματοδότηση για τις πρωτοβουλίες αυτές είναι περιορισμένη (Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη του 2009) . Ιστορικά το βασικό ζήτημα είναι ότι η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά γιατρών ανά κατοίκους (1: 260) μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Η πλειοψηφία των Ελλήνων γιατρών είναι εξειδικευμένοι, και οι μισοί από αυτούς εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (WHO Regional Office for Europe 2009).

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ιδιαίτερα συγκεντρωτικό με την άσκηση ισχυρού ρυθμιστικού ελέγχου επί των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων. Παρόλα αυτά συμμετεχει ελαχιστα στις τρέχουσες δραστηριότητες σχεδιασμού σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένης της εξασφάλισης ενός ελάχιστου επιπέδου των παροχών που πρέπει να παρέχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τις εγκαταστάσεις που χρησιμοποιούν, τον καθορισμό των προτεραιοτήτων σε σχέση με τα πρότυπα της φροντίδας που πρέπει να παρέχονται, τον καθορισμό των προτεραιοτήτων σε όλες τις περιφέρειες ή την κατανομή των πόρων σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια.

Παρά τις διάφορες αλλαγές από την ίδρυσή του, οι γενικοί στόχοι του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης έχουν παραμείνει σχετικά αδιαπέραστοι. Ακόμα το ισχύον σύστημα χαρακτηρίζεται από τον υψηλό συγκεντρωτισμό, τον κατακερματισμό της κάλυψης, ένα οπισθοδρομικό σύστημα χρηματοδότησης, στρεβλώσεις στην κατανομή των πόρων, στρεβλά κίνητρα για τους παρόχους και βαριά εξάρτηση των ακριβότερων συντελεστών παραγωγής. Ωστόσο, παρά τις ευνοϊκές πολιτικές συνθήκες, εφαρμόστηκε μόνο εν μέρει η μεταρρύθμιση της υγείας. Επέκταση των δημόσιων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, επικεντρώθηκε κυρίως στην κατασκευή κέντρων υγείας της υπαίθρου και ένας αριθμός των νοσοκομείων που βελτίωσε την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ιδίως για τον αγροτικό πληθυσμό.

Το 1994, ο Υπουργός Υγείας κάλεσε μια διεθνή Επιτροπή να εξετάσει τις μεταρρυθμιστικές επιλογές για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και να προβεί σε συστάσεις για αλλαγή. Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι σε μεγάλο βαθμό θεραπευτικό και ότι έκανε υπερβολική χρήση εξονοσοκομειακών τμημάτων νοσοκομείων.

Στην Ελλάδα υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι κάλυψης που είναι διαθέσιμοι στον πληθυσμό: η εθνική υπηρεσία υγείας , τα ταμεία ασφαλίσεως υγείας (ασφάλιση βάση

το επάγγελμα) και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, προκειμένου να προσελκύσουν περισσότερους πελάτες, οι εταιρείες ανέπτυξαν ένα προϊόν ασφάλισης υγείας νοσοκομείου με ολοκληρωμένη κάλυψη χωρίς ανώτατα όρια ή κάποιο επιμερισμό κόστους. Εταιρείες υπέγραψαν συμβάσεις με προτιμώμενα ιδιωτικά νοσοκομεία και έδωσαν στους πελάτες τους την ευκαιρία να αποκτήσουν απεριόριστη ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Σε αντίθεση με τη πολιτική αποζημιώσεων, οι εταιρείες πλήρωναν τους παρόχους άμεσα. Το αποτέλεσμα ήταν μια αύξηση στα ποσοστά εισόδου, στις εξετάσεις, στις εργαστηριακές εξετάσεις και στις συνολικές δαπάνες του νοσοκομείου. Εταιρείες ανέλαβαν τον αυστηρό έλεγχο και την αξιολόγηση των απαιτήσεων από ιδιωτικά νοσοκομεία (ο έλεγχος των τιμολογίων και η αναγκαιότητα των check-up και εργαστηριακών εξετάσεων).

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χρηματοδοτείται σχεδόν από ίσες αναλογίες από δημόσιες και ιδιωτικές πηγές. Ιδιωτική δαπάνη αποτελείται πέρα από τις πληρωμές ανά κατηγορία και από έξτρα κρυφές μη φορολογικές αμοιβές. Οι πληρωμές αυτές υποδεικνύουν έντονα τη δυσαρέσκεια με το δημόσιο σύστημα, και το αποτέλεσμα των υποχρηματοδοτήσεων κατά τη διάρκεια των τελευταίων 25 ετών (Siskou et al. 2009). Ένα πολύ υψηλό ποσοστό των άτυπων πληρωμών γίνεται προκειμένου να αποκτηθεί πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία και να υπάρξει μια υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών.

Παρά την σχεδόν καθολική κάλυψη του πληθυσμού από τη δημόσια ασφάλιση υγείας, άτυπες πληρωμές είναι ευρέως διαδεδομένες και μια σημαντική πηγή ανισότητας και αναποτελεσματικότητας, όπως ανέφερε και ο Λιαρόπουλος. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα για πολλά χρόνια ήταν σε κατάσταση συνεχούς κρίσης. Οι βασικές πτυχές αυτής της κρίσης περιλαμβάνουν: ένα κατακερματισμένο διοικητικό πλαίσιο, ένα χαμηλό επίπεδο των δημοσίων δαπανών, ένα σημαντικό ιδιωτικό τομέα, ανεπαρκή νοσοκομεία, διαστρεβλωμένο εργατικό δυναμικό και ένα χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας/περίθαλψης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, πολλά φιλόδοξα σχέδια μεταρρύθμισης να έχουν αποτύχει επανειλημμένα λόγω μιας σειράς αλληλένδετων οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών παραγόντων που διοχετεύουν τις πιθανές αλλαγές προς την πεπατημένη οδό.

Από το 2001 έγιναν αλλαγές, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Τούντας, με στόχους όπως, την αποκέντρωση του ΕΣΥ, τη δημιουργία ενός ενοποιημένου συστήματος

χρηματοδότησης για τα ασφαλιστικά ταμεία, μια νέα δομή διαχείρισης σε δημόσια νοσοκομεία, την οργάνωση ενός πρωτεύοντος συστήματος υγείας στις αστικές περιοχές, την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και την προαγωγή της υγείας. Πρόσφατα μια υγειονομική περίθαλψη μεταρρύθμισης και πράξης επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας και το συντονισμό των εξωτερικών ιατρείων και των νοσοκομειακών υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο, μέσω της ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που έχει εγκριθεί, με την ενσωμάτωση του συστήματος υγείας στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας με μεγάλη έμφαση στην ισότητα, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα (Σουλιώτης και Λιονής, 2003), αλλά η απόδειξη της συνέχειας της και του ελέγχου λείπουν ακόμα.

Επιπτώσεις στην πράξη, ακόμη και αν είναι αποδεκτό ότι η καλή υγεία που επικρατεί στην Ελλάδα, είναι πιο αργή από τους ρυθμούς της οικονομικής ανάπτυξης, η γήρανση του πληθυσμού και η συνεχή μετανάστευση θα θέσουν ολοένα και περισσότερη πίεση στους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης και θα απαιτηθεί μια πιο ορθολογική χρήση των πόρων αυτών. Οι πιέσεις της ζήτησης θα πρέπει επίσης να ενισχύονται από τη γήρανση του πληθυσμού, η οποία αναμένεται να είναι πιο έντονη στην Ελλάδα από ότι είναι ο μέσος όρος των άλλων χωρών του ΟΟΣΑ. Οι ασθενείς στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια των επόμενων 30- 40 χρόνια θα έρθουν σε μεγάλο βαθμό από τη γενιά των σημερινών εξηντάρηδων.

Δεδομένου ότι αυτά τα άτομα μεγαλώνουν θα έχουν περισσότερη ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη και συχνά θα έχουν πολλαπλά προβλήματα. Μπορούν επίσης να είναι πιο εκλεκτικοί και μιας γενικής προσδοκίας υψηλότερου επιπέδου περίθαλψης. Τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της Ελληνικής υγείας συγκρίνονται ευνοϊκά με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Εντούτοις, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, θεωρείται ότι δεν δουλεύει καλά από τον γενικό πληθυσμό. Μια πηγή της δυσαρέσκειας είναι το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης των άτυπων πληρωμών, ενώ οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ είναι ένα από τα χαμηλότερα στον ΟΟΣΑ. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε ανισότητες πρόσβασης σε ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες.

Το νέο σύστημα υγείας που καλείται ΕΟΠΥΥ θα κριθεί στην πορεία του ωστόσο οι ελλείψεις προσωπικού και οι παραλείψεις, η αδυναμία οργάνωσης μιας καλύτερης

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η αδυναμία συντονισμού των υπηρεσιών υγείας μάλλον καθιστούν το πρόβλημα υπάρχον και όχι τελειωμένο.

## 4.2 Το ΠΕΔΥ Πρεβεζας

Στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια μεγάλο τμήμα των νοικοκυριών βρίσκονται κάτω τα όρια της φτώχειας ή φλερτάρουν με αυτή με αποτέλεσμα οι συνθήκες να έχουν επιδεινωθεί και μεγάλο τμήμα της ελληνικής κοινωνίας να προσπαθεί να αντιμετωπίσει θέματα υγείας μέσα από τις κοινωνικές παροχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας και τα νοσοκομεία.

Οι κοινωνικοοικονομικές αυτές συνθήκες οδήγησαν σε μια δραματική επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού, με συνέπεια τον πολλαπλασιασμό των αναγκών για φροντίδα υγείας. Το κράτος πρέπει γρήγορα να αναδιοργανωθεί και να αντιμετωπίσει το πρόβλημα ώστε να μη προκαλέσει τεράστιες ανισότητες υγείας και μάλιστα οφείλει να θεραπεύσει τις αδικίες.

Όλα τα προβλήματα στην υγεία και κυρίως η μείωση των οικονομικών πόρων δημιούργησε ένα νέο οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα που εφαρμόστηκε από το 2012. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου που συστάθηκε με τον νόμο 3918/2011 με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού ήταν η 1η Ιανουαρίου 2012. Η προχειρότητα στη δομή του φάνηκε από τα πρώτα του βήματα που δεν εφαρμόστηκε στην αναμενόμενη χρονολογία το 2011 αλλά το 2012. σε θεωρητικό επίπεδο καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ τόσο τα νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας και τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (πρώην ΙΚΑ, νυν ΠΕΔΥ) όσο και τους συμβεβλημένους ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς με τον ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ 38, τευχος α /17-2-2014) και τους μη συμβεβλημένους με χρέωση ασθενούς.

Σε θεωρητικό επομένως επίπεδο ξεκίνησε η επαναλειτουργία των Πολυιατρείων και λοιπών μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ, όπως αυτός αποτυπώθηκε στο νομοσχέδιο για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Όλες οι μονάδες υγείας θα παραδοθούν από τις Περιφερειακές Διευθύνσεις του ΕΟΠΥΥ στις κατά τόπους Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) οι οποίες αναλαμβάνουν στο εξής και τη διαχείρισή τους. Από το Μάρτιο του 2014 ξεκίνησε με ελάχιστους ωστόσο ιατρούς η λειτουργία

των πρώην ΙΚΑ σε όλη τη χώρα ως υπηρεσίες πλέον του ΠΕΔΥ με στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων από περιστατικά πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μέσα στα πλαίσια αυτά το πρώην ΙΚΑ Πρέβεζας που διέθετε επάρκεια ιατρικού προσωπικού- πριν την κατάργησή του και την «αναγέννησή του» σε ΠΕΔΥ Πρέβεζας άρχισε πάλι τη λειτουργία του το 2014 με ελλείψεις σε πολλές ειδικότητες ιατρικού προσωπικού. Συγκεκριμένα το ιατρικό προσωπικό του ΠΕΔΥ περιορίζεται σε πέντε (5) Ιατρούς. Παροδικά ορισμένες ανάγκες καλύπτονται από Γενικούς Ιατρούς των Κέντρων Υγείας της περιοχής που καλούνται ως μέρος της εργασίας τους να καλύπτουν ανάγκες στο ΠΕΔΥ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Περιφερειακή Ενότητα Πρέβεζας διαθέτει ένα Γενικό Νοσοκομείο το οποίο υπολειτουργεί λόγω απουσίας βασικών ειδικοτήτων μόνιμου προσωπικού αλλά και συμβασιούχων ενώ η περίθαλψη της περιοχής σε δημόσιο σύστημα συμπληρώνεται από τα Κέντρα Υγείας στη Φιλιπιάδα, το Θεσπρωτικό, το Καναλακι, την Πάργα και το Πολυιατρείο στο Λούρο, καθώς επίσης και από συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς (έως 200 επισκέψεις εκτός των εξετάσεων που δεν έχει περιορισμό).

Οι ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό είναι τόσο εμφανείς που η επαναλειτουργία του πρώην ΙΚΑ Πρέβεζας ήταν αδύναμη με το υπάρχον ιατρικό προσωπικό που είναι πέντε. Αυτή τη στιγμή στο ΠΕΔΥ μεγάλη μερίδα των ασθενών το επισκέπτεται για συνταγογράφηση ενώ μικρότερη για εξέταση.

Αυτή τη στιγμή (Μάιος 2015) το ιατρικό προσωπικό Πρέβεζας περιορίζεται στα πέντε άτομα και συμπληρώνεται από Ιατρούς των Κέντρων Υγείας σε καθημερινή βάση με ωράριο λειτουργίας από 8:00 π.μ. έως τις 15:00 μ.μ.

### 4.3 Στοιχεία έρευνας

Ταυτότητα της έρευνας:

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών του ΠΕΔΥ Πρέβεζας ώστε να αντιμετωπιστούν οι τομείς που χρειάζονται βελτίωση για την όσο το δυνατόν καλύτερη προσφορά-παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς.

Τόπος έρευνας: ΠΕΔΥ Πρέβεζας

Χρόνος έρευνας: 1 Μαρτίου - 15 Μαρτίου 2016.

Μέθοδος διεξαγωγής έρευνας: ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου που διανέμονταν στους ασθενείς-χρήστες του συστήματος υγείας του ΠΕΔΥ Πρέβεζας κατά το

ανώτερο χρονικό διάστημα. Τα ερωτηματολόγια παραδίδονταν στον καθένα ξεχωριστά και συγκεντρώνονταν εντός ενός κουτιού (1 Μαρτίου -15 Μαρτίου 2016).

Τύπος έρευνας : Ποσοτική βασίζεται στη στατιστική ανάλυση. Χρησιμοποιούνται ποσοτικές μέθοδοι προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΠΕΔΥ Πρέβεζας (πρώην ΙΚΑ).

Δείγμα και βαθμός ανταπόκρισης: Δόθηκαν 100 ερωτηματολόγια και απαντήθηκαν 80. Στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα προσήλθαν συνολικά στα ιατρεία του ΠΕΔΥ 700 ασθενείς.

Η Μέθοδος δειγματοληψίας της Ποσοτικής Έρευνας: Ο πληθυσμός-στόχος αποτελείται από τους ασθενείς που επισκέφτηκαν το ΠΕΔΥ Πρέβεζας. Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της Non-probability sampling. Τα μέλη του δείγματος επιλέχτηκαν με βάση την ύπαρξή τους, άμεσα διαθέσιμα / προσβάσιμα. Μέγεθος δείγματος: Ένα δείγμα από 80 πελάτες / ασθενείς ερευνήθηκε για το σκοπό της έρευνας, δεδομένου του χρόνου και οικονομικών περιορισμών.

Ο καθορισμός του δείγματος αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα σημεία της έρευνας (Saunders et al., 2003). Το πρώτο βήμα ήταν η επιλογή του πληθυσμού και ο ακριβής προσδιορισμός του δείγματος, στον οποίο θα διεξαχθεί η έρευνα. Η τυχαία επιλογή του δείγματος σύμφωνα με την οποία κάθε μονάδα του πληθυσμού έχει ίση και ανεξάρτητη πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα (Κιόχος, 1993). Στην παρούσα εργασία, τον πληθυσμό του δείγματος αποτελούν οι χρήστες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του ΠΕΔΥ Πρέβεζας. Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία ακολουθώντας τα παρακάτω κριτήρια: ενημερώνονταν για τον σκοπό του ερωτηματολογίου και στη συνέχεια δίνονταν σε όποιον ήθελαν να τα συμπληρώσει. Απαραίτητη προϋπόθεση να γνωρίζουν ελληνικά (οι ίδιοι ή κάποιος από το οικογενειακό τους περιβάλλον), να μη συμπληρώσουν όνομα στα ερωτηματολόγια και να μην έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο αμέσως μετά την εξέτασή τους από το ΠΕΔΥ. Για τον εντοπισμό των χρηστών χρησιμοποιήθηκε το κτίριο του ΠΕΔΥ Πρέβεζας σε όποιον είχε ραντεβού με κάποιον ιατρό. Αφού το συμπλήρωνε έριχνε το ερωτηματολόγιο στο κουτί.

Ερωτηματολόγιο: Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 6 ερωτήσεις, οι οποίες πλην του δημογραφικού ερωτήματος, οι υπόλοιπες ερωτήσεις έχουν πολλά σκέλη και ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει τσεκάροντας (βάζοντας ένα ν ή χ) σε αυτό που θεωρεί ότι τον εκφράζει καλύτερα. (βλ. Παράρτημα Α).



Στατιστική ανάλυση δεδομένων: Παρουσίαση πινάκων κατανομής ποσοστών κάθε απάντησης.

Μέσο συλλογής στοιχείων: το μέσο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνας είναι τα ερωτηματολόγια, που αποτελούν γρήγορο και σαφές μέσο αποτίμησης και αξιολόγησης των πληροφοριών, αν και προσφέρουν μόνο μια ευκαιρία συλλογής στοιχείων. Για τη δημιουργία τους χρησιμοποιήθηκαν το υπόδειγμα της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας του Donabedian, εισροές-διαδικασίες-αποτελέσματα.

Στη διαμόρφωση των ερωτήσεων συνέβαλε η συζήτηση με ασθενείς προκειμένου να διαπιστωθούν τα σημεία που οι ασθενείς εντοπίζουν προβλήματα και τα σημεία που έπρεπε να δοθεί βαρύτητα από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και από τους διοικητικούς υπαλλήλους. Το ερωτηματολόγιο παραδίδεται στο Παράρτημα Α στη τελική μορφή που παραδόθηκε στους ασθενείς.

Με απλές και κατανοητές ερωτήσεις αναζητούνται απαντήσεις ενώ παράλληλα αποφεύγονται εκφράσεις που προδιαθέτουν τους ερωτώμενους σε κάποια επιθυμητή απάντηση.

Συνολικά απαντήθηκαν ταξινομημένες σε έξι κατηγορίες εκ των οποίων η μια αφορούσε ηλικιακά κριτήρια, φύλο και εθνότητα. Οι πέντε υπόλοιπες κατηγορίες περιλάμβαναν σαράντα ερωτήσεις.

Αρχικά δόθηκε σε ένα μικρό δείγμα 10 ασθενών και διορθώθηκαν κάποιες εκφράσεις μη κατανοητές και υπολογίστηκε ο χρόνος απάντησης του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο δόθηκε στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας στο ΠΕΔΥ Πρέβεζας.

#### 4.4. Ανάλυση στοιχείων ερωτηματολογίου

Για την παρούσα μελέτη επιλέχτηκε η μέθοδος της ποσοτικής έρευνας, καθώς θέλουμε να διαπιστώσουμε την ύπαρξη ή μη ενός φαινομένου, της ικανοποίησης των πελατών/ασθενών.

Ως εργαλείο της έρευνας αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο, βασισμένο στις διαστάσεις της ικανοποίησης των πελατών / ασθενών, όπως αναφέρθηκαν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς και στις παραμέτρους της εμπιστοσύνης και της φήμης.

Οι ποσοτικές προσεγγίσεις στην ερευνητική διαδικασία αποτελούν μια σειρά από ποσότητες / αριθμούς που πρέπει να συλλέγονται, περιγράφονται και να αναλύονται. Τα χαρακτηριστικά των ποσοτικών δεδομένων που περιγράφονται αναλύονται με ποσοτικά στοιχεία (π.χ. διαγράμματα, ιστογράμματα, πίνακες, κ.λπ.) (Lacey et al, 2001).

Στις Κοινωνικές Επιστήμες, η ποσοτική έρευνα αναφέρεται στη συστηματική εμπειρική έρευνα σε ποσοτικές ιδιότητες και φαινόμενα και στις σχέσεις μεταξύ τους.

Ο στόχος της ποσοτικής έρευνας είναι να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν τα μαθηματικά πρότυπα, οι θεωρίες ή/ και οι υποθέσεις σχετικά με το φαινόμενο που εξετάζεται.

Η διαδικασία της μέτρησης είναι το επίκεντρο στην ποσοτική έρευνα επειδή παρέχει τη θεμελιώδη σύνδεση μεταξύ της εμπειρικής παρατήρησης και της μαθηματικής έκφρασης των ποσοτικών σχέσεων. Η ποσοτική έρευνα χρησιμοποιείται ευρέως στις Κοινωνικές Επιστήμες όπως η κοινωνιολογία, η ανθρωπολογία, και η πολιτική επιστήμη.

Οι ποιοτικές μέθοδοι προσφέρουν πληροφορίες μόνο για τις ειδικές περιπτώσεις που μελετώνται, και οποιαδήποτε περαιτέρω συμπεράσματα είναι μόνο υποθέσεις.

Στο σημείο αυτό οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ελέγξουν, ποιες από αυτές τις υποθέσεις είναι αληθινές. (Παρασκευοπούλου, 1993)

Η ποσοτική έρευνα γίνεται γενικά χρησιμοποιώντας επιστημονικές μεθόδους, οι οποίες μπορούν να περιλαμβάνουν:

- Τη παραγωγή μοντέλων- προτύπων, θεωριών και υποθέσεων
- Την ανάπτυξη των οργάνων και των μεθόδων για τη μέτρηση
- Πειραματικούς ελέγχους και χειρισμούς των μεταβλητών
- Συλλογή των εμπειρικών στοιχείων
- Διαμόρφωση και ανάλυση των στοιχείων
- Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

Στις Κοινωνικές Επιστήμες ιδιαίτερα, η ποσοτική έρευνα αντιπαραβάλλεται συχνά με την ποιοτική έρευνα, που είναι η εξέταση, η ανάλυση και η ερμηνεία των παρατηρήσεων με σκοπό την ανακάλυψη εννοιών που ελλοχεύουν και των σχέσεων,

συμπεριλαμβανομένων των ταξινομήσεων των τύπων φαινομένων και οντοτήτων, με έναν τρόπο που δεν περιλαμβάνει τα μαθηματικά πρότυπα. (Παρασκευοπούλου, 1993)

Οι Cassel και Symon (1994) διακρίνουν έξι διαφορές μεταξύ των ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων:

- Το πρώτο είναι ότι οι ποσοτικές μέθοδοι των στοιχείων εκφράζονται σε αριθμούς, σε αντίθεση με ποιοτικές μεθόδους που κυριαρχούν τα μη αριθμητικά δεδομένα.
- Δεύτερον, οι ποσοτικοί ερευνητές αναζητούν αντικειμενικές περιγραφές (δείκτες) σε αντίθεση με την υποκειμενική ερμηνεία που χαρακτηρίζει την ποιοτική έρευνα.
- Τρίτον, ο σχεδιασμός της έρευνας και τα διάφορα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας, στην ποιοτική μέθοδο επιτρέπουν μεγαλύτερη ευελιξία. Το ενδιαφέρον εδώ έγκειται στην ευελιξία που σχετίζεται με την ανακάλυψη του απροσδόκητου στην ποιοτική έρευνα. Τις περισσότερες φορές, οι ποσοτικές έρευνες τείνουν να θέλουν να προβλέψουν τα προβλήματα πριν αυτά συμβούν.
- Τέταρτον, η ποσοτική έρευνα εστιάζει περισσότερο για την «πρόβλεψη» σε σχέση με την ποιοτική έρευνα, η οποία ενδιαφέρεται περισσότερο για τη διαδικασία της κατανόησης.

Στα 100 ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν απαντήθηκαν τα 80, ένα ποσοστό 80%, στα οποία έγιναν στατιστικές αναλύσεις και πίνακες για την καλύτερη διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Ανάλυση ερωτηματολογίου ανά ομάδες ερωτημάτων:

Ερώτημα 1 (Πίνακας 1, 2, 3 και Παράρτημα β, πιν 1, Γράφημα 1):

**1. Δημογραφικά Στοιχεία**

**Φύλλο:**

	<b>Απαντήσεις</b>	<b>(%)</b>
<b>Άνδρας</b>	<b>26</b>	<b>33</b>
<b>Γυναίκα</b>	<b>54</b>	<b>68</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Πίνακας 1

Από αυτά που απαντήθηκαν όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία οι 26 ήταν άντρες και οι 54 γυναίκες, δηλαδή 7/10 ήταν γυναίκες.

**Εθνικότητα:**

	<b>Απαντήσεις</b>	<b>(%)</b>
<b>Ελληνική</b>	<b>56</b>	<b>70</b>
<b>Β Ήπειρο</b>	<b>3</b>	<b>3,75</b>
<b>Αλβανική</b>	<b>3</b>	<b>3,75</b>
<b>Δε Δήλωσαν</b>	<b>18</b>	<b>22,5</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Πίνακας 2

Σε ότι αφορά την εθνικότητα, η πλειονότητα ήταν ελληνικής καταγωγής και συγκεκριμένα 56 δήλωσαν εθνικότητα ελληνική. 3 τη Β. Ήπειρο και 3 Αλβανική, ενώ 18 δε δήλωσαν Εθνικότητα, δηλαδή 7/10 ήταν Έλληνες.

### Ηλικιακή Ομάδα:

	Απαντήσεις	(%)
<b>16-24</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>25-34</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>35-44</b>	<b>19</b>	<b>24</b>
<b>45-54</b>	<b>20</b>	<b>25</b>
<b>55-64</b>	<b>17</b>	<b>21</b>
<b>65-74</b>	<b>16</b>	<b>20</b>
<b>75-84</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Πίνακας 3

Από τον παραπάνω πίνακα και σε ότι αφορά τις ηλικίες των συμμετεχόντων στην έρευνα, παρατηρούμε ότι η κύριες ηλικιακές ομάδες ήταν αυτές των 35-44 και 45-54 που αποτελούν σχεδόν το 50% του δείγματος. Το δείγμα παρουσιάζει μια συγκέντρωση στις ηλικίες από 35 έως και 74 που αποτελούν σχεδόν το 90% του δείγματος.

### Ερώτημα 2 (Πίνακας 4 και Παράρτημα β, Πιν. 2. Γράφημα 2)

#### **2. Πόσες φορές επισκεφθήκατε το ΠΕΔΥ Πρέβεζας, τα τελευταία 3 έτη;**

	Απαντήσεις	(%)
<b>Πρώτη φορά</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Δύο ή Τρεις φορές</b>	<b>19</b>	<b>24</b>
<b>Τέσσερις ή Πέντε φορές</b>	<b>25</b>	<b>31</b>
<b>Έξι ή περισσότερες φορές</b>	<b>31</b>	<b>39</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Πίνακας 4

Στην ερώτηση για τον αριθμό επισκέψεων στο ΠΕΔΥ Πρέβεζας τα τελευταία 3

χρόνια οι περισσότεροι επισκέπτονται το ΠΕΔΥ από δύο φορές και πάνω και συγκεκριμένα περισσότερες φορές. Συγκεκριμένα το 94% έχει ξαναέρθει στο ΠΕΔΥ. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (40%) έχει επισπευτεί κατά το παρελθόν το ΠΕΔΥ Πρέβεζας 6 ή περισσότερες φορές.

### Ερώτημα 3 (Πίνακας 5 και Παράρτημα β, Πιν. 3)

#### 3. Πώς αξιολογείτε τις παρακάτω δηλώσεις που αφορούν την ποιότητα των υπηρεσιών στο ΠΕΔΥ Πρέβεζας:

	Πολύ Κακές (%)	Κακές (%)	Μέτριες (%)	Καλές (%)	Πολύ Καλές (%)	Σύνολο (%)
Αίσθηση ασφάλειας από σωματική βλάβη που αισθανθήκατε στο ΠΕΔΥ		10	33	38	20	100
Αίσθηση ευεξίας και ικανοποίησης που αισθανθήκατε στο ΠΕΔΥ		9	38	34	20	100
Δεξιότητες των γιατρών που σας φρόντιζαν		5	28	38	30	100
Δεξιότητα προσωπικού εξετάσεων		3	30	35	33	100
Δεξιότητες των νοσηλευτών που σας φρόντιζαν		4	26	31	39	100
Επάρκεια εξήγησης για τη θεραπεία σας		6	28	38	29	100
Επάρκεια οδηγιών κατά την έξοδο σας		9	29	35	28	100
Ταχύτητα και ευκολία της εισαγωγής		5	35	38	23	100
Ικανότητα του ΠΕΔΥ για να σας εξυπηρετήσει με τον τρόπο που περιμένατε		15	46	18	21	100
Ο χρόνος αναμονής για τα φάρμακα	3	15	26	41	15	100
Ο χρόνος αναμονής για τις εξετάσεις		23	21	33	24	100
Ανταπόκριση του προσωπικού στις ανάγκες σας		9	31	18	43	100
Συμπεριφορά γιατρών		5	20	36	39	100
Συμπεριφορά νοσηλευτών		3	24	34	40	100
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού		3	33	38	28	100

Πίνακας 5

Συγκεκριμένα στην κατηγορία αυτή ανήκουν δεκαπέντε ερωτήσεις που σχετίζονται με την αίσθηση ασφαλείας των υπηρεσιών που παρέχονται από το ΠΕΔΥ Πρέβεζας,

τις δεξιότητες του συνόλου του προσωπικού, την επάρκεια εξήγησης της θεραπείας και οδηγιών κατά την έξοδο από το ΠΕΔΥ, την ταχύτητα εξυπηρέτησης και ανταπόκρισης στις ανάγκες τους ενώ εξετάζεται τόσο η συμπεριφορά του προσωπικού όσο και η ανταπόκριση του προσωπικού στις ανάγκες των ασθενών.

Με βάση τον πίνακα (Παράρτημα β, Πίνακας 3) παρατηρείται ως προς την αίσθηση ασφάλειας από σωματική βλάβη που αισθάνθηκαν στο ΠΕΔΥ ότι οι απαντήσεις είναι μοιρασμένες μεταξύ μέτριων και κακών και καλών και πολύ καλών.

Στο ερώτημα σχετικά με την αίσθηση ευεξίας και ικανοποίησης που αισθάνθηκαν στο ΠΕΔΥ και εδώ οι απαντήσεις είναι μοιρασμένες με υπεροχή των καλών απόψεων ενώ τρεις δεν απάντησαν.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απόψεις για τις δεξιότητες του συνόλου του προσωπικού, των γιατρών, των νοσηλευτών και του προσωπικού εξετάσεων (παραϊατρικού προσωπικού).

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό οι απαντήσεις των αρνητικών, δηλαδή πολύ κακών και κακών αξιολογήσεων δεν ξεπερνούν τις 4/80, οι μέτριες τις 22/80, ενώ οι καλές και οι πολύ καλές 30/80 και 24/80 ξεπερνούν τα 2/3 των απαντήσεων. Το ίδιο ισχύει και για τις δεξιότητες του προσωπικού εξετάσεων και των νοσηλευτών που δείχνουν ένα αίσθημα ασφαλείας των ασθενών στο προσωπικό του.

Όσον αφορά την επάρκεια εξήγησης της θεραπείας 5/80 έδωσαν πολύ κακή αξιολόγηση και 19/80 μέτριες ενώ οι καλές και οι πολύ καλές απαντήσεις μαζί συγκέντρωσαν καλή και πολύ καλή αξιολόγηση. Παρόμοιες είναι οι απαντήσεις και στο ερώτημα της επάρκειας των οδηγιών κατά την έξοδο, όπου κακές και μέτριες αξιολογήσεις συγκέντρωσαν 7/80 και 23/80 απαντήσεις ενώ καλές και πολύ καλές ήταν αντίστοιχα 23/80 και 22/80.

Στο ερώτημα της ταχύτητας και της ευκολίας της εισαγωγή 4/80 έδωσαν κακή αξιολόγηση, 28/80 μέτρια ενώ 22/80 και 17/80 έδωσαν αντίστοιχα καλές και πολύ καλές.

Η Ικανότητα του ΠΕΔΥ να εξυπηρετήσει τους ασθενείς του σύμφωνα με τον τρόπο που περίμενε ο χρήστης αξιολογείται κακή από 12/80 και 37/80 ως μέτρια. Καλές και πολύ καλές αξιολογήσεις ως απάντηση έδωσαν αντίστοιχα 14/80 και 16/80 ασθενείς. Οι καλές και πολύ καλές αξιολογήσεις είναι γύρω στο 1/3 των απόψεων με τις μέτριες να υπερέχουν αισθητά πλησιάζοντας το 1.2 των απόψεων.

Ο χρόνος αναμονής για τα φάρμακα συγκεντρώνει σύμφωνα με τον πίνακα μικρό ποσοστό πολύ κακών απόψεων (2/80 και κακές 12/80 ενώ οι μέτριες συγκεντρώνουν περίπου το 1.4 των απόψεων. Πάνω από το 1/2 ο χρόνος αναμονής κρίνεται καλός και πολύ καλός.

Παρόμοια εικόνα και στην αναμονή των εξετάσεων με τις 18/80 να έχουν κακή άποψη, δηλαδή το 1/4 των συμμετεχόντων στην έρευνα., 17/80 έχουν μέτρια άποψη ενώ 42/80 συνολικά (26/80 και 16/80) έχουν καλή και πολύ καλή άποψη.

Η ανταπόκριση του προσωπικού στις ανάγκες των ασθενών καλύπτει απόψεις κακές 7/80, με τη μέτρια να συμπληρώνει ένα υψηλό ποσοστό 25/80 ενώ οι καλές και οι πολύ καλές απόψεις είναι 14/80 και 32/80, δηλαδή 46/80, περισσότερο από το μισό.

Τέλος εξετάζεται η συμπεριφορά των γιατρών που είναι κακή σε ποσοστό 4/80 και μέτρια 16/80 ενώ υπερτερούν οι καλές και πολύ καλές απόψεις που καλύπτουν 60/80, δηλαδή τα 3/4.

Οι νοσηλευτές είναι 2/80 κακές 19/80 μέτριες. Ενώ 27/80 και 32/80 είναι αντίστοιχα καλές και πολύ καλές, δηλαδή ένα ποσοστό 3/4 των απαντήσεων.

Η συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού έχει παρόμοιο χαρακτηριστικά με αυξημένες σε σχέση με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές τις μέτριες απόψεις. Ίσως η αδυναμία του όλου συστήματος να επικεντρώνεται σε αυτή την κατηγορία υπαλλήλων οι οποίοι δεν προσφέρουν άμεσα υπηρεσίες υγείας και δεν έχει ιδιαίτερη επαφή ο ασθενής με αυτούς.

Συνοπτικά στο ερώτημα 4 παρατηρούνται τα εξής:

Με βάση τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα μπορούμε να εξάγουμε ένα γενικό συμπέρασμα, ότι οι ερωτώμενοι αξιολογούν θετικά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ Πρέβεζας (Θετικά: το άθροισμα των απαντήσεων «Καλές»



και «Πολύ Καλές»).

Ένα ειδικό, αλλά αρκετά ενδιαφέρον στοιχείο, αφορά το χρόνο αναμονής, καθώς το 61% (6 στους 10) αξιολογούν ως μέτριο προς κακό, και αυτό αποτελεί ένα από τα ζητήματα τα οποία θα πρέπει να βελτιώσει το ΠΕΔΥ. Γενικότερα οι παράμετροι που αφορούσαν θέματα αναμονής φαίνεται να μην έχουν ξεκάθαρα θετική άποψη, αλλά παρουσιάζεται μοιρασμένη, θετική και μέτρια προς κακή.

Επίσης, ένα γενικό συμπέρασμα που μπορούμε να βγάλουμε, είναι ότι, κατά μέσο όρο, 3 στους 10 ερωτηθέντες, χαρακτηρίζει, όλες τις ποιοτικές παραμέτρους, ως μέτριες. Ποσοστό το οποίο το θεωρούμε υψηλό, και χρίζει προσοχής και αντιμετώπισης από την διοίκηση του ΠΕΔΥ.

#### Ερώτημα 4 (Πίνακας 6 και Παράρτημα β, Πίνακας 4)

Η επόμενη ενότητα ερωτήσεων αφορούσε την εμπιστοσύνη των ασθενών απέναντι κυρίως στους ιατρούς.

#### **4. Παρακαλώ αξιολογήστε τις κάτωθι δηλώσεις σε σχέση με την Εμπιστοσύνη**

	<b>Διαφωνώ Απόλυτα (%)</b>	<b>Διαφωνώ (%)</b>	<b>Ουδέτερο (%)</b>	<b>Συμφωνώ (%)</b>	<b>Συμφωνώ Απόλυτα (%)</b>	<b>Σύνολο (%)</b>
Ο γιατρός κάνει ό, τι χρειάζεται για να έχετε όλη την απαραίτητη φροντίδα	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>49</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
Ο γιατρός σκέφτεται μόνο σχετικά με το τι είναι καλύτερο για σας	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>19</b>	<b>100</b>
Ο γιατρός είναι απόλυτα ειλικρινής και σας ενημερώνει για όλες τις διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές διαθέσιμες για την κατάστασή σας	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
Μερικές φορές ο γιατρός δεν δίνει την πλήρη προσοχή του σε αυτό που προσπαθείτε να του πείτε	<b>16</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
Μερικές φορές οι γιατροί ενδιαφέρονται περισσότερο για το τι είναι βολικό για αυτούς από τις ιατρικές ανάγκες σας	<b>13</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>100</b>
Οι γιατροί είναι εξαιρετικά εμπειρισταωμένοι, εξειδικευμένοι και προσεκτικοί	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>43</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
Οι ιατρικές ικανότητες των γιατρών δεν είναι τόσο καλές όσο θα έπρεπε να είναι	<b>14</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>100</b>
Εμπιστεύεστε απόλυτα την απόφαση των γιατρών σχετικά με το ποια θεραπεία είναι καλύτερη για σας	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>39</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Δεν έχετε ανησυχίες να θέσετε την υγεία σας σε στα χέρια του γιατρού(Για τα πάντα έχετε απόλυτη εμπιστοσύνη στο γιατρό)	1	15	38	26	20	100
Η δεύτερη γνώμη είναι απαραίτητη για εσάς σε θέματα υγείας	4	6	20	53	18	100

Πίνακας 6

Η εμπιστοσύνη, όπως φάνηκε και από το θεωρητικό σκέλος της εργασίας είναι μια έννοια πολύπλοκη και απαραίτητη στη σχέση ιατρού-ασθενή. Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις σχετίζονται με το πώς βλέπουν οι ασθενείς τον γιατρό τους, εάν θεωρούν ότι κάνει ό,τι χρειάζεται για να έχουν την απαραίτητη φροντίδα, ότι σκέφτεται ότι είναι καλύτερο για αυτόν, και φυσικά ότι ο γιατρός τους είναι απόλυτα ειλικρινής και ενημερώνει τον ασθενή του για όλες τις διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές που έχει διαθέσιμες ανάλογα με την κατάστασή του

Σε αυτό το πεδίο ερωτήσεως παρατηρείται μια επιφυλακτικότητα από τους ασθενείς ή μια αποστασιοποίηση από την ερώτηση γιατί οι πολλοί επιλέγουν την απάντηση ουδέτερο. Από τα παραπάνω ερωτήματα φάνηκε αμέσως η σχέση ασθενή-ιατρού όπου ο ασθενής εμπιστεύεται το γιατρό του αφού πιστεύει ότι ο γιατρός κάνει ότι χρειάζεται για να έχει ο ασθενής την απαιτούμενη φροντίδα, ότι σκέφτεται ότι είναι καλύτερο για τον ασθενή, ότι είναι ειλικρινής και ενημερώνει για όλες τις θεραπευτικές επιλογές. Το μισό περίπου των απαντήσεων σε όλα τα ερωτήματα έχουν θετική γνώμη ενώ σε αυτή την ενότητα υπάρχει και μεγάλη ουδετερότητα από μέρος των ασθενών.

Από την άλλη όσο εμπιστοσύνη και να έχουν στο γιατρό τους θέλουν μια δεύτερη γνώμη σε θέματα υγείας. Υπάρχουν και εδώ αρνητικές απαντήσεις,.

Η γενική εικόνα του παραπάνω πίνακα που αφορά παραμέτρους που σχετίζονται με την εμπιστοσύνη των ασθενών σε σχέση με την περίθαλψή τους από το ΠΕΔΥ Πρέβεζας, παρουσιάζει μια, θα λέγαμε, μέτρια προς αρνητική τάση στο σύνολο του.

Η κορύφωση αυτής της εικόνας φαίνεται μέσα από το υψηλά ποσοστά απαντήσεων, που είναι από ουδέτερες έως αρνητικές (κυμαίνονται στο 50 με 60%) και αφορούν την εξειδίκευση, τις ικανότητες και την εμπιστοσύνη στη θεραπεία, των γιατρών του ΠΕΔΥ.

Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από την τελευταία παράμετρο από αφορά το θέμα της «δεύτερης γνώμης» σε θέματα υγεία, που σχεδόν 7 στους 10 ερωτηθέντες τη θεωρεί απαραίτητη.

Έτσι, παρά την θετική εικόνα που παρουσίασε ο πίνακας των παραμέτρων της ποιότητας των υπηρεσιών, ο πίνακας των παραμέτρων της εμπιστοσύνης μας δείχνει μια ουδέτερη έως αρνητική στάση, γεγονός που χρειάζεται να προβληματίσει έντονα την διοίκηση του ΠΕΔΥ.

#### Ερώτημα 5 (Πίνακας 7 και Παράρτημα β, Πίνακας 5)

### **5. Παρακαλώ αξιολογήστε τις κάτωθι δηλώσεις σε σχέση με την Φήμη**

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ουδέτερο	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα	Σύνολο
Έχω ένα καλό προαίσθημα για το ΠΕΔΥ	3	16	46	19	16	100
Είναι θαυμαστές και αξιοζήλευτες οι υπηρεσίες που προσφέρει το ΠΕΔΥ	6	30	45	9	10	100
Το ΠΕΔΥ υποστηρίζει τις υπηρεσίες του	5	30	31	20	14	100
Το ΠΕΔΥ αναπτύσσει καινοτόμες υπηρεσίες	8	34	29	19	11	100
Το ΠΕΔΥ έχει εξαιρετική οργάνωση	8	39	35	5	14	100
Το ΠΕΔΥ μοιάζει με καλό οργανισμό για να εργαστεί κάποιος	4	19	43	21	14	100
Το ΠΕΔΥ μοιάζει με ένα οργανισμό που θέλει το καλό των εργαζομένων του	3	19	44	23	13	100
Το ΠΕΔΥ διατηρεί υψηλό επίπεδο στον τρόπο που αντιμετωπίζει τους ανθρώπους	1	24	40	20	15	100

Πίνακας 7

Με βάση τον πίνακα (Παράρτημα β, Πιν 5) έγιναν οκτώ ερωτήματα που αφορούν τη φήμη που έχει το ΠΕΔΥ. Σε όλες τις ερωτήσεις η ουδέτερη απάντηση συγκεντρώνει μεγάλο αριθμό απαντήσεων. Στην πρώτη ερώτηση σχετικά με το προαίσθημα, την ελπίδα για τον νέο οργανισμό οι απαντήσεις δείχνουν μια επιφυλακτικότητα αλλά και μια προσπάθεια των χρηστών να πιστέψουν ότι θα βελτιωθεί η κατάσταση στο θέμα της υγείας. Οι επόμενες ωστόσο ερωτήσεις συγκεντρώνουν αρνητικές περισσότερο απόψεις. Αντίθετα οι χρήστες πιστεύουν ότι είναι ένας καλός χώρος εργασίας για

τους εργαζόμενους

Η γενική επομένως εικόνα της ομάδας αυτής των ερωτήσεων δίνει μια έντονα ουδέτερη έως αρνητική εικόνα σε σχέση με την φήμη του ΠΕΔΥ Πρέβεζας.

Σχεδόν 5 στα 10 άτομα από τους ερωτηθέντες έχουν ουδέτερη στάση σε ότι αφορά τις παραμέτρους της φήμης, ενώ αρνητική άποψη για την φήμη έχουν σχεδόν οι 3 στους 10 ερωτώμενους.

Από τον παραπάνω πίνακα γίνεται εμφανές ότι η φήμη του ΠΕΔΥ Πρέβεζας δεν είναι καλή και αυτό είναι επίσης ένα σημαντικό θέμα το οποίο και θα πρέπει να εξεταστεί από την διοίκηση.

#### Ερώτημα 6 (Πίνακας 8 και Παράρτημα β, Πίνακας 6)

#### **6. Συνολική Αξιολόγηση**

	<b>Πολύ</b>	<b>Δυσάρεστημένος</b>	<b>Ουδέτερο</b>	<b>Ευχαριστημένος</b>	<b>Πολύ Ευχαριστημένος</b>	<b>Σύνολο</b>
Ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό		<i>5</i>	<i>34</i>	<i>43</i>	<i>19</i>	<i>100</i>
Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό		<i>4</i>	<i>34</i>	<i>31</i>	<i>31</i>	<i>100</i>
Ικανοποίηση με το διοικητικό προσωπικό		<i>9</i>	<i>48</i>	<i>26</i>	<i>18</i>	<i>100</i>
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες		<i>20</i>	<i>41</i>	<i>24</i>	<i>15</i>	<i>100</i>
Γενική ικανοποίηση με το ΠΕΔΥ		<i>20</i>	<i>43</i>	<i>23</i>	<i>15</i>	<i>100</i>
	<b>Πολύ Αρνητική</b>	<b>Αρνητική</b>	<b>Ουδέτερο</b>	<b>Θετική</b>	<b>Πολύ Θετική</b>	<b>Σύνολο</b>
Τι είδους φήμη νομίζετε ότι έχει το ΠΕΔΥ	<i>3</i>	<i>35</i>	<i>45</i>	<i>6</i>	<i>11</i>	<i>100</i>

Πίνακας 8

Ο κύκλος του ερωτηματολογίου κλείνει με μια συνολική αποτύπωση της εικόνας του ΠΕΔΥ για τον χρήστη. Έξι ερωτήσεις συμπληρώνουν το παζλ του εν λόγω ερωτηματολογίου. Και σε αυτήν την ενότητα οι ουδέτερες απαντήσεις συγκεντρώνουν ένα μεγάλο αριθμό απαντήσεων. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να απολαμβάνει της εμπιστοσύνης των χρηστών-ασθενών αλλά

υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός που δεν έχει ικανοποιηθεί από τις υπηρεσίες και τη φήμη του ΠΕΔΥ και αυτό αποτυπώνεται στο τέλος με περισσότερο από το 1/3 των απαντήσεων να θεωρούν ότι το ΠΕΔΥ έχει πολύ αρνητική και αρνητική φήμη, ενώ το 1/3 επιλέγει την ουδετερότητα και λιγότερο από το 1/3 θεωρούν ότι η φήμη είναι θετική και πολύ θετική.

Με λίγα λόγια η εικόνα αυτού του πίνακα αφορά την συνολική αξιολόγηση του πελάτη / ασθενή από της υπηρεσίες και την εμπειρία του με το ΠΕΔΥ Πρέβεζας δίνει την εξής εικόνα, ότι δηλαδή σχεδόν 4 στους 10 ερωτηθέντες έχουν ουδέτερη άποψη, ενώ παράλληλα σχεδόν 4 στους 10 έχουν θετική.

Παράλληλα και σε ότι αφορά την φήμη του ΠΕΔΥ Πρέβεζας, σχεδόν 5 στα 10 άτομα θεωρούν ότι έχει ουδέτερη φήμη, ενώ 4 στα 10 άτομα θεωρεί ότι το ΠΕΔΥ έχει αρνητική φήμη.

## 4.5 ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προκύπτουν κάποια συμπεράσματα, τα οποία είναι αξιολογήσιμα και συγκρίσιμα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Αξίζει να αναφερθεί ότι με βάση τις απαντήσεις των ερωτηθέντων παρατηρούνται τα εξής:

- τα ερωτηματολόγια συμπλήρωσαν στη πλειοψηφία γυναίκες. Γενικά όμως υπήρχε συμμετοχή και διάθεση των χρηστών να «συμμετέχουν» σε αυτή τη διαδικασία αποτύπωσης της ικανοποίησης τους ή μη από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Ο μεγάλος αριθμός εξάλλου των σχετικών επιστημονικών εργασιών αποδεικνύει ότι το θέμα της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι μεγάλης σημασίας. Ο κάθε χρήστης-ασθενής εμφανίζει έντονη την ανάγκη πληροφόρησης και προκειμένου να κάνει τις κατάλληλες επιλογές στο θέμα των αποφάσεων που πρέπει να πάρει για την υγεία του.
- Οι νεότεροι σε ηλικία είναι πιο επικριτικοί, ενώ οι μεγαλύτεροι είναι πιο συγκαταβατικοί. Παρατηρήθηκε επίσης ότι υπήρχε ένας μεγάλος αριθμός ουδέτερων απαντήσεων.
- Υπάρχουν δύο προσεγγίσεις για το πώς γίνεται αντιληπτή και αξιολογείται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας: η ιατρική παραδοσιακή προσέγγιση που επιμένει στα αποτελέσματα από τη μεριά του παρόχου των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας

και η οπτική του ασθενή που παρέχεται από την υπηρεσία. Τα αποτελέσματα φαίνονται απτά ωστόσο δεν είναι εύκολο να μετρηθούν. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των ασθενών που απορρέει από αυτή, αφορά το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι μόνο το ιατρικό έργο. Ωστόσο στην πλειοψηφία τους οι χρήστες βαθμολογούν την παροχή υγείας από τις ικανότητες του γιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς επίσης και το διοικητικό προσωπικό (κλείσιμο ραντεβού, χρόνος ραντεβού, έγγραφα κτλ.). Μεγάλο επίσης ρόλο παίζει εκτός από την υψηλή τεχνολογική και επιστημονική κατάρτιση του ιατρού η ευγένεια, η ευαισθησία και η κατανόηση. Ο άνθρωπος έχει ανάγκη τα συναισθήματά του και ειδικά ο ασθενής που νιώθει ευάλωτος εκείνη τη στιγμή.

- Η ποιότητα της επαφής και η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την έκβαση της θεραπείας. Επομένως η επικοινωνιακή πολιτική και πειθώ του γιατρού παίζει σημαντικό ρόλο στο σύστημα υγείας. Μεγάλο τμήμα των ασθενών εξάλλου ζητά και δεύτερη γνώμη αυξάνοντας τις δαπάνες του συστήματος υγείας.

Η γενική εικόνα του παραπάνω πίνακα που αφορά παραμέτρους που σχετίζονται με την εμπιστοσύνη των ασθενών σε σχέση με την περίθαλψή τους από το ΠΕΔΥ Πρέβεζας, παρουσιάζει μια, θα λέγαμε, μέτρια προς αρνητική τάση στο σύνολο του.

- Η έλλειψη ωστόσο εμπιστοσύνης προς το ΠΕΔΥ φαίνεται από τα υψηλά ποσοστά ουδέτερων και αρνητικών που αφορούν την εξειδίκευση, τις ικανότητες και την εμπιστοσύνη στη θεραπεία. Ωστόσο η ίαση είναι το προσδοκώμενο και εάν αυτό αμφισβητείται, αμφισβητείται στην πραγματικότητα η ικανότητα του ΠΕΔΥ να εκπληρώσει το ρόλο του.

- Οι ασθενείς δηλώνουν σχετικά ικανοποιημένοι από τις προσφερόμενες υπηρεσίες και ειδικά του ιατρικού, νοσηλευτικού και γενικά του προσωπικού στο σύνολό του ωστόσο δε λείπουν και οι κακές γνώμες. Ο ασθενής νιώθει ασφάλεια και ικανοποίηση απέναντι στο προσωπικό και τις υπηρεσίες του ωστόσο απέναντι στη φήμη και τον οργανισμό ΠΕΔΥ στέκεται με επιφυλακτικότητα με μεγάλη μερίδα ουδέτερων απαντήσεων ενώ δε λείπουν και οι αρνητικές. Δεν μας ξενίζει επομένως η αρνητική στάση απέναντι το ερώτημα εάν ο οργανισμός έχει αξιοζήλευτες υπηρεσίες. συγκεκριμένα συνολικά 29/80 διαφωνούν ενώ 36 κρατούν ουδέτερη στάση. Σε μια ερώτηση δηλαδή που φανερώνει σε μεγάλο βαθμό το τελικό αίσθημα ικανοποίησης

του ασθενούς περισσότερο από τα  $\frac{3}{4}$  του δείγματος δεν εκφράζουν θετική άποψη. Αυτό αποτελεί σημείο ελέγχου για τους υπεύθυνους ώστε να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές ώστε το ΠΕΔΥ να λειτουργεί για τον χρήστη με μεγαλύτερη επιτυχία. Επιπλέον από τον κύκλο των ερωτημάτων από την τέταρτη ενότητα έως την έκτη διαπιστώνεται ότι όσο αφορά τα πρόσωπα οι γνώμες του κόσμου-χρηστών είναι θετικές ενώ όσο αφορά το ΠΕΔΥ ως οργανισμός και τις προσφερόμενες υπηρεσίες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά από πριν οι αρνητικές γνώμες και συχνά πολλοί δεν "καλύπτονται" πίσω από την ουδετερότητα.

- Δεν υπάρχει άλλη συγκρίσιμη μελέτη που αν αφορά το ΠΕΔΥ Πρέβεζας για να διεξαχθούν πολύτιμα συμπεράσματα. Ωστόσο από την πρώτη στιγμή φαίνεται ότι ο κόσμος ανέχεται τις αλλαγές αλλά ελπίζει σε βελτίωση των συνθηκών του. Η αλλαγή του πρώην ΙΚΑ Πρέβεζας σε ΠΕΔΥ που έγινε μέσα στα χρόνια της οικονομικής λιτότητας άφησε το στίγμα του με αποτέλεσμα οι ελλείψεις σε ειδικότητες να το μεταρέψουν από κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας αποκλειστικά σχεδόν σε κέντρο συνταγογράφησης και διοικητικής διεκπεραίωσης.

- Επίσης ένα σημαντικό εύρημα είναι η δυσκολία που αντιμετώπισαν οι ασθενείς στο διαχωρισμό των ιατρών από τους νοσηλευτές. Έτσι εξηγούνται τα ποσοστά που δόθηκαν στις ερωτήσεις που αφορούσαν τη συμπεριφορά γιατρού και νοσηλευτικού προσωπικού, που είναι παρόμοια.

## Κεφάλαιο 5 – Βελτιωτικές προτάσεις για το ΠΕΔΥ Πρέβεζας

### 5.1 Προτάσεις για το ΠΕΔΥ Πρέβεζας

-Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και της οικοδόμησης εμπιστοσύνης με την απόκτηση υψηλού επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών.

-Το πρώην ΙΚΑ λειτουργούσε με τα Πολυιατρεία του ως τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο νυν μηχανισμός καλείται να «παίξει» τον ίδιο ρόλο όχι μόνο χωρίς στελέχωση προσωπικού αλλά και με λιγότερο ιατρικό προσωπικό και μάλιστα χωρίς να υπάρχουν όλες οι ειδικότητες. Το μικροβιολογικό εργαστήριο δε λειτουργεί,

ενώ γενικά συγκεκριμένες ειδικότητες είτε υπολειτουργούν είτε δε λειτουργούν. Στο ΠΕΔΥ αυτή τη στιγμή μόνιμο προσωπικό αποτελούν οι εξής ειδικότητες: 1 παιδίατρος, 1 οφθαλμίατρος, 1 καρδιολόγος, 1 ορθοπεδικός και 1 οδοντίατρος.

Αποτέλεσμα όλων αυτών των ελλείψεων ήταν να μετατραπεί κυρίως σε κέντρο συνταγογράφησης εφόσον δεν υπάρχουν όλες οι ειδικότητες που χρειάζονται τουλάχιστον στην ΠΦΥ. Και αυτές οι ειδικότητες που υπάρχουν δε καλύπτουν το ίδιο χρονικό διάστημα που κάλυπτε το ΙΚΑ εφόσον το ωράριο τους τελειώνει και δεν υπάρχει αντικαταστάτης. Εν μέρει το πρόβλημα των παθολόγων αντιμετωπίστηκε με τους γενικούς ιατρούς που είναι αποσπασμένοι από τα Κέντρα Υγείας. Η απόσπαση ανά ημέρα ορισμένων ιατρών δε λύνουν το πρόβλημα αφού δεν αποτελούν μόνιμα μέλη του οργανισμού αλλά αποσπασματικά απασχολούμενους σε αυτό και μάλιστα σε τέτοια σημαντική θέση που έχει να κάνει με την ανθρώπινη υγεία. Επιπλέον η απουσία τους από τον οργανισμό του δημιουργεί πρόβλημα στις υποδομές αυτού του οργανισμού.

- Ο χρήστης- ασθενής ακόμη και να θέλει να πιστέψει στον οργανισμό, όπως φαίνεται από τις απαντήσεις τουλάχιστον αυτών που είναι εντός του κτιρίου, θα πρέπει να κάνει χρήση των υπηρεσιών συγκεκριμένων ημερών που έρχεται ο ιατρός τους. Διαφορετικά θα πάνε σε άλλο ιατρό. Αυτό γίνεται εύκολα όταν πρόκειται για συνταγογράφηση, όμως δεν γίνεται όταν πρόκειται για κάποιο σοβαρό θέμα υγείας. Σε αυτή την περίπτωση ο κάθε ασθενής χρειάζεται τον γιατρό του. Με προσλήψεις ιατρικών ειδικοτήτων διορισμούς θα μπορούσε να γίνει το ΠΕΔΥ πρότυπο αστικό κέντρο πρωτοβάθμιας υγείας και να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία από τέτοια περιστατικά.

- Η δαπάνη για την εύρυθμη λειτουργία του δεν είναι μεγάλη αν αναλογιστεί κανείς ότι στην πραγματικότητα τα ελάχιστα που χρειάζεται σε καιρούς οικονομικής κρίσης είναι ένα καλά στελεχωμένο τηλεφωνικό κέντρο και ορισμένες ακόμη ειδικότητες, ενίσχυση αυτών που ήδη υπάρχουν.

- Το ΠΕΔΥ Πρέβεζας ειδικά σε καιρούς οικονομικής κρίσης μπορεί να συνεισφέρει πολλά τόσο στην ποιότητα υγείας και την πρόληψη ασθενειών επομένως και στη μείωση δαπανών αρκεί να στελεχωθεί κατάλληλα και με σύγχρονο εξοπλισμό (ακτινολογικό εργαστήριο, μικροβιολογικό κτλ.) ώστε ο ασθενής να αισθάνεται ασφαλής ότι ένας κύκλος εξετάσεων γίνεται εκεί και δε χρειάζεται να τρέχει στο νοσοκομείο.



- Ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί με συμβεβλημένους γιατρούς αμβλύνοντας λίγο την αδυναμία πολλών κοινωνικών τάξεων να επισκεφθούν το γιατρό τους. Ωστόσο ένα οργανωμένο αστικό κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τον οικογενειακό του γιατρό και κάλυψη όλων των ειδικοτήτων που απαιτούνται για την ΠΦΥ θα συνέβαλε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, στην αύξηση του βιοτικού επιπέδου και γενικά στο αίσθημα της δωρεάν υγείας σε όσους το έχουν ανάγκη.

- Η πολιτεία μπορεί πραγματικά να σκύψει πάνω από τέτοιες υποδομές και με μικρό κόστος να βελτιώσει τις συνθήκες διαβίωσης μιας ολόκληρης κοινωνίας. Ταυτόχρονα θα πρέπει να διαχωριστεί, και με ξεχωριστή ονομασία, το διοικητικό κομμάτι (επιτροπές για γνωμοδότηση ασθένειας για άδεια, αποζημίωση κτλ.) από το καθαρό ιατρικό κομμάτι της παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Η μελέτη αυτή μπορεί να είναι μια μικρή συμβολή στη γνώση για την βελτίωση των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης για την Ελλάδα.

Όπως η δυσαρέσκεια οδηγεί στην μη πιστότητα, στην περίπτωση της υγείας θα μπορούσε να είναι χειρότερα έτσι η μελέτη αυτή θα μπορούσε να ασκήσει κάποια πίεση στις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης, καθώς, αν ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας δεν είναι άξιος εμπιστοσύνης και στερείτε καλής φήμης θα έχει μελλοντικά άμεσα προβλήματα.

Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται από μερικούς αμφιβόλου οφέλους για τη διευκόλυνση της διαδικασίας της κλινικής φροντίδας, καθώς οι ασθενείς δεν έχουν συγκεκριμένη κλινική εμπειρία και επηρεάζονται -πιθανών- εύκολα από μη-ιατρικούς παράγοντες. Επιπλέον, υπάρχουν λίγες αναφορές σχετικά με την αξιοπιστία των ερευνών ικανοποίησης. Παρ' όλα αυτά, ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να συμμορφωθούν με την ιατρική περίθαλψη και ως εκ τούτου θα έπρεπε να έχουν ένα καλύτερο αποτέλεσμα. Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με το βαθμό στον οποίο πληρούνται γενικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και ειδικές καταστάσεις - ανάγκες. Αξιολογώντας σε ποιο βαθμό οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες υγείας είναι κλινικά σημαντικό, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συμμορφώνονται με τη θεραπεία, να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στη δική τους φροντίδα, για να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης και να μείνουν μέσα σε ένα φορέα παροχής υγείας (όπου υπάρχουν κάποιες επιλογές) και να διατηρηθεί με ένα συγκεκριμένο σύστημα.

- Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να επωφεληθούν από τις έρευνες ικανοποίησης που εντοπίζουν πιθανές περιοχές για βελτίωση των υπηρεσιών και των δαπανών για την υγεία και να βελτιστοποιηθεί μέσω του προγραμματισμού και της αξιολόγησης του ασθενούς-καθοδηγείται.

Η έρευνα μας, επιβεβαίωσε τα βιβλιογραφικά στοιχεία της παρούσας μελέτης. Όντως η ποιότητα παροχής υπηρεσιών δεν συνεπάγεται άμεσα και την ικανοποίηση των ασθενών. Οι παράμετροι της εμπιστοσύνης και της φήμης, οι οποίες μετρήθηκαν, μας αποκάλυψαν ότι η τελική ικανοποίηση ή μη για τον τομέα των υπηρεσιών υγείας είναι ένα πιο περίπλοκο φαινόμενο. Στην πράξη και για το ΠΕΔΥ Πρέβεζας, ενώ οι παράμετροι της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών που μετρήθηκαν εμφανίζουν θετική διάσταση, η αρνητική διάσταση που παρουσιάζουν οι παράμετροι της εμπιστοσύνης και της φήμης, επηρεάζουν την τελική εκτίμηση – ικανοποίηση των ασθενών σημαντικά.

Η βελτίωση σε επιλεγμένες πτυχές της παροχής φροντίδας υγείας μέσω της διασφάλισης της ποιότητας και αξιολόγησης αποτελέσματος οδηγείται σήμερα από πολιτικές σκοπιμότητες.

## Αντί επιλόγου

Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται ως το κέντρο της επιχειρηματικής στρατηγικής για οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο ο βασικός στόχος των νοσοκομείων, αλλά επίσης έχει σημαντικές επιρροές στην διατήρηση του ασθενούς και στην οικονομική δυνατότητα του νοσοκομείου (Boudreaux & O'Hea, 2004). Ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης είναι πιθανότερο να συμμορφώνονται με τις συμβουλές του γιατρού και να συστήνουν την παροχή ιατρικής περίθαλψης στους φίλους και συγγενείς (Boudreaux & O'Hea, 2004).

Οι ασθενείς στο ΠΕΔΥ είναι έτοιμοι με το αίσθημα εμπιστοσύνης που έχουν σε γενικές γραμμές μια μεγάλη μερίδα προς το προσωπικό (ιατρικό ή νοσηλευτικό) να «δεχτούν» τις υγειονομικές υπηρεσίες του. Στα χέρια των υπευθύνων είναι να διαμορφώσουν έτσι το ΠΕΔΥ ώστε να γίνει κέντρο πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η πρακτική συμβολή της μελέτης αυτής είναι ότι παρέχει ένα πλαίσιο απαντήσεων σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών που είχαν εμπειρία από την υπηρεσία υγείας στο ΠΕΔΥ Πρέβεζας. Από οργανωτική άποψη, η μελέτη μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη για την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης για να ενσωματώσει αυτή τη βιβλιογραφία, ώστε να είναι πιο αποτελεσματική έχοντας κατά νου την αντίληψη του ασθενούς. Παρέχει βελτιωμένες διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών προκειμένου ένας οργανισμός υγείας να επικεντρωθεί όχι μόνο στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών αλλά και σε θέματα εμπιστοσύνης και φήμης προκειμένου να διατηρήσει υψηλά πρότυπα και να μπορεί να αυξήσει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αδαμαντίδου Τ., (2004), «Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας», *Επιθεώρηση Υγείας*, 15 (89), 29-34

Αλεξιάδης Α., Σιγάλας Ι. (1999), *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*, Πάτρα: ΕΑΠ, Τόμος Δ

Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ. (2007), «Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου», *Ερευνητική Εργασία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (1), 89-96

Γρηγορούδης Β., Σίσκος Γ. (2000), *Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ικανοποίησης του πελάτη*, εκδ. Νέων Τεχνολογιών

*Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2011) Τόμος3, Τεύχος4, 140-148*

Διλιντάς Α., Σεβαστάκη Ε., Νεονάκης Ι. (2006), «Η αναζήτηση της ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία», *Επιθεώρηση Υγείας*, 17 (101), 43-47

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2006), *Διερεύνηση του Επιπέδου Υγείας και Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, μέρος 4<sup>ο</sup> *Ανταποκρισιμότητα Υπηρεσιών Υγείας*, Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης, Τομέας Οικονομικών της Υγείας – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Ζαβλανός Μ. (2002), *Μάνατζμεντ*, Αθήνα, Εκδ. Σταμούλη

Ζαβλάνος Μ. (2006), *Η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προϊόντα*, εκδ. Σταμούλη

Ζδούκος, Θ. (2008), «Σχέδιο νόμου για την ΠΦΥ: Η ολοκλήρωση της ιδιωτικοποίησης και εμπορευματοποίησης της περίθαλψης», *Ιατρικά Θέματα*, τ. 51:29-30, Θεσσαλονίκη.

Κιόχος Π. (1993), *Στατιστική*, Αθήνα, εκδ. Interbooks

Κυριακόπουλος Γ., Δράκου Ι., Κτενάς Ε., Γεωργούση Ε. (1993), «Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα», *Επιθεώρηση Υγείας*, 5 (24), 44-50

Λαζάρου Π. (2001), «Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών-Απλή σφυγομέτρηση ή Εργαλείο αποτίμησης και διασφάλισης ποιότητας», *Επιθεώρηση Υγείας*, 12 (68), 24

Λιαρόπουλος, Λ. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Μάντη Π., τσελέπη Χ. (2000), *Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας*, Πάτρα: ΕΑΠ

Μπαμπινιώτης, Γ. (1998), *λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, Εκδ. Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα

Νιάκας Δ. (2003), «Μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ», *Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, 4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και οικονομίας της Υγείας*, Αθήνα, 99-137

Παρασκευοπούλου Ι. Ν. (1993), *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*. Έννοια, χαρακτηριστικά, είδη και στάδια της επιστημονικής έρευνας, Αθήνα, εκδ. Αθηνά

Σαραφίδης Π., Σταφυλάς Π. (2005), «Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, πριν και μετά το Ν.2889/2001», *Επιθεώρηση Υγείας, 92*, 1-2

Σουλιώτης, Κ. και Χ. Λιονής (2003), «Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5):466–476*.

Τούντας Γ, Λοπατατζίδης Θ, Χουλιάρα Λ. (2003), «Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες», *Ερευνητική Εργασία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20 (5)*, 497-503

Τούντας Γ. (2003), «Η έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και στις Υπηρεσίες Υγείας», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20 (5)*, 532-546

Τούντας, Γ. (2002), *Πολιτική Υγείας*, εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα

Τσιότρας Γ. (2002), *Βελτίωση Ποιότητας*, Β έκδοση, Αθήνα, εκδ. Μπένου

ΦΕΚ 38, τευχος α /17-2-2014

Ξενόγλωσση

Allen F, Gale d (1994), «Limited Market Participation and Volatility of Asset Prices», *American Economic Review* 84, 933-55

Cassell C., Symon G (1994), *Essential Guide Qualitative methods in Organizational*, publ.Sage, London

Choi K., Lee H., Kim C., Lee S. (2005). «The service quality dimensions and patient consumer satisfaction in the service setting», *The Marketing Management Journal*, 13(1), 32-52

Clearly P., McNeil J. (1988). “Patient satisfaction as an indicator of quality care”, *Inquiry*, 25, 25-36

Cronin J.J., Taylor S.A. (1994). “SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality”, *Journal of Marketing*, 58 (1), 125-131

Cronin, J.J., Brady, M.K., & Hult, G.T.M. (2000), «Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments», *Journal of Retailing*, 76(2), 193-218.

Crosby P. (1979). *Quality is free: the art of making quality certain*, Mc Graw Hill  
Davies HT, Nutley SM, Mannion R. (2000), Organisational culture and quality of health care, *Qual Health Care*, 9 (2), 111-9

Donabedian A. (1988). «Quality Assessment and Assurance: Unity of purpose. Diversity of Means». *Inquiry*, Spring 1988, 175-192

Giffin, K. (1967), «The contribution of studies of source credibility to a theory of interpersonal trust in the communication department», *Psychological Bulletin*, 68: 104-120.

Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra A. «Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?», *Milbank Quarterly*. 2001; 79(4): 613–39.

Herbig, P. & Milewicz, J. (1995), « The relation of reputation and credibility to brand success», *Journal of Consumer Marketing*.2 (4), 5-10.

Hibbard JH, Mahoney E, Stockard J, «Tusler M. Development and Testing of a Short Form of the Patient», *Activation Measure (PAM) Health Services Research*. 2005;40 (6, part 1):1918–30

ISO 8402-1986: Quality Vocabulary: ορισμός ποιότητας



Johns JL. "A Concept Analysis of Trust." *Journal of Advanced Nursing*. 1996;24:76–83.

Kotler P., Keller KL (2009), *Marketing Managemeh*t, 13<sup>th</sup> Edition

Kotler, P. & Armstrong, G. (2008), *Principles of Marketing*(12<sup>th</sup> ed.), Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.

Krampf R.,Ueltschy L, D'Amico M, (2003), «The contribution of emotion to

Laroche, M, Kalamas M.,Cheikhrouho S., Cezard A.(2004), «An assessment of the dimensionality of should and will service expectations», *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 21(4), 361 – 375

Lee, E.J. & Overby, J.W. (2004), «Creating value for online shoppers: Implications for satisfaction and loyalty», *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 17, 54-67.

Linder-Pelz SU (1982), «Toward a theory of patient satisfaction», *Soc Sci Med* 1982, 16,5: 577-82

Markaki A, Antonakis N, Philalithis A, Lionis C. «Job analysis and professional development needs of nursing staff in Primary Health Care Centers», *Protovathmia Frontida Ygeias* 2008;20(2):66–79

Mayer R, Davis J.H., Schoorman F.D.(1995), «An Integrative Model of organizational Trust», *The Academy of Management Review*, Vol, 20, No.3, 709-734

Mechanic D., Meyer S.(2000), «Concepts of trust among patients with serious illness», *Social Science & Medicine* 51 (2000), 657-668

Mossialos E., Allin S, Davaki K. (2005), «Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia», *Health Econ*, 14, 151-168

Nelson W. Carl (1990), «Patient Satisfaction Surveys: An Opportunity for Total Quality Improvement», *Hospital & Health Services Administration*, 35 (3), 409-427

Oliver R.L (1993), «Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction response», *Journal of Consumer Research*, Vol 20

Parasuraman, A., Zeithaml V. A. (1985), «Berry L. L., A conceptual model of services quality and its implication for future research», *Journal of Marketing*, Vol. 49, No. 4, pp. 41-50,

Parasuraman, A., Zeithaml V. A., Berry L. L. (1988), «Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality», *Journal of Retailing*, Vol. 64, No. 1, pp.12-40.

Pascoe G.C. (1983), «Patient satisfaction in primary health care: A literature review and Analysis», *Evaluation and Program Planning*, 6: 299-314

Patton, M. O. (1980), *Qualitative evaluation methods*, Beverly Hills, CA: Sage

Scotti, D.J., Harmon, J., Behson, S.J. (2007), «Links among High-performance Work Environment, Service Quality, and Customer Satisfaction: an Extension to the Healthcare Sector», *Journal of Healthcare Management*, 52(2),109-24.

Strasser S., Aharony L., Greenberger D. (1993). «The patient satisfaction process: Moving toward a comprehensive model», *Medical Care Review*, 50, 219-248.

Sweeney et al., 1999

Taylor, S.A., Cronin, J.J. (1994), «Modeling patient satisfaction and service quality», *J Health Care Mark Spring*,14(1), 34 - 44

Thom DH, Hall MA, Pawlson LG (2004), «Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care», *Health Aff*, 23 (4), 124-32

Ware JE Jr, Davies-Avery A, Stewart A (1978), «The measurement and meaning of patient satisfaction», *Health Med Care Serv Rev*, 1 (1), 3-15

WHO Regional Office for Europe 2009

World Health Organization (1993)

Zavras, A., G. Tsakos, C. Ekonomou and J. Kyriopoulos (2002), «Using DEA to Evaluate Efficiency and Formulate Policy within a Greek National Primary Health Care Network», *Journal of Medical Systems*, Vol. 26, No. 4, pp. 285-292.

Zineldin M. (2006). «The quality of health care and patient satisfaction», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19 (1), 60-92

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### Ερωτηματολόγιο (όπως διανεμήθηκε στους ασθενείς)

#### 1. Δημογραφικά Στοιχεία

Άνδρας:

Γυναίκα:

Εθνικότητα:.....

Ηλικιακή Ομάδα:

16-24

25-34

35-44

45-54

55-64

65-74

75-84

85+

#### 2. Πόσες φορές επισκεφτήκατε το ΠΕΔΥ Πρέβεζας, τα τελευταία 3 έτη;

Πρώτη φορά

Δύο ή Τρεις φορές

Τέσσερις ή Πέντε φορές

Έξι ή περισσότερες φορές

#### 3. Πώς αξιολογήτε τις παρακάτω δηλώσεις που αφορούν την ποιότητα των υπηρεσιών στο ΠΕΔΥ Πρέβεζας:

	Πολύ Κακός (1)	Κακός (2)	Μέτριος (3)	Καλός (4)	Πολύ Καλός (5)
Αίσθηση ασφάλειας από σωματική βλάβη που αισθανθήκατε στο ΠΕΔΥ					
Αίσθηση ευεξίας και ικανοποίησης που αισθανθήκατε στο ΠΕΔΥ					
Δεξιότητες των γιατρών που σας φρόντιζαν					
Δεξιότητα προσωπικού εξετάσεων					
Δεξιότητες των νοσηλευτών που σας φρόντιζαν					
Επάρκεια εξήγησης για τη θεραπεία σας					
Επάρκεια οδηγιών κατά την έξοδο σας					
Ταχύτητα και ευκολία της εισαγωγής					
Ικανότητα του ΠΕΔΥ για να σας					

εξυπηρετήσει με τον τρόπο που περιμένατε					
Ο χρόνος αναμονής για τα φάρμακα					
Ο χρόνος αναμονής για τις εξετάσεις					
Ανταπόκριση του προσωπικού στις ανάγκες σας					
Συμπεριφορά γιατρών					
Συμπεριφορά νοσηλευτών					
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού					

**4. Παρακαλώ αξιολογήστε τις κάτωθι δηλώσεις σε σχέση με την Εμπιστοσύνη**

	Διαφωνώ Απόλυτα (1)	Διαφωνώ (2)	Ουδέτερο (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ Απόλυτα (5)
Ο γιατρός κάνει ό, τι χρειάζεται για να έχετε όλη την απαραίτητη φροντίδα					
Ο γιατρός σκέφτεται μόνο σχετικά με το τι είναι καλύτερο για σας					
Ο γιατρός είναι απόλυτα ειλικρινής και σας ενημερώνει για όλες τις διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές διαθέσιμες για την κατάστασή σας					
Μερικές φορές ο γιατρός δεν δίνει την πλήρη προσοχή του σε αυτό που προσπαθείτε να του πείτε					
Μερικές φορές οι γιατροί ενδιαφέρονται περισσότερο για το τι είναι βολικό για αυτούς από τις ιατρικές ανάγκες σας					
Οι γιατροί είναι εξαιρετικά εμπειριστατωμένοι, εξειδικευμένοι και προσεκτικοί					
Οι ιατρικές ικανότητες των γιατρών δεν είναι τόσο καλές όσο θα έπρεπε να είναι					
Εμπιστεύεστε απόλυτα την απόφαση των γιατρών σχετικά με το ποια θεραπεία είναι καλύτερη για σας					
Δεν έχετε ανησυχίες να θέσετε την υγεία σας σε στα χέρια του γιατρού(Για τα πάντα έχετε απόλυτη εμπιστοσύνη στο γιατρό)					
Η δεύτερη γνώμη είναι					

απαραίτητη για εσας σε θέματα υγείας					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

### 5. Παρακαλώ αξιολογήστε τις κάτωθι δηλώσεις σε σχέση με την Φήμη

	Διαφωνώ Απόλυτα (1)	Διαφωνώ (2)	Ουδέτερο (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ Απόλυτα (5)
Έχω ένα καλό προαίσθημα για το ΠΕΔΥ					
Είναι θαυμαστές και αξιοζήλευτες οι υπηρεσίες που προσφέρει το ΠΕΔΥ					
Το ΠΕΔΥ υποστηρίζει τις υπηρεσίες του					
Το ΠΕΔΥ αναπτύσσει καινοτόμες υπηρεσίες					
Το ΠΕΔΥ έχει εξαιρετική οργάνωση					
Το ΠΕΔΥ μοιάζει με καλό οργανισμό για να εργαστεί κάποιος					
Το ΠΕΔΥ μοιάζει με ένα οργανισμό που θέλει το καλό των εργαζομένων του					
Το ΠΕΔΥ διατηρεί υψηλό επίπεδο στον τρόπο που αντιμετωπίζει τους ανθρώπους					

### 6. Συνολική Αξιολόγηση

	Πολύ Δυσανεστημένος (1)	Δυσανεστημένος (2)	Ουδέτερο (3)	Ευχαριστημένος (4)	Πολύ Ευχαριστημένος (5)
Ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό					
Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό					
Ικανοποίηση με το διοικητικό προσωπικό					
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες					
Γενική ικανοποίηση με το ΠΕΔΥ					

	<b>Πολύ Αρνητική (1)</b>	<b>Αρνητική (2)</b>	<b>Ουδέτερο (3)</b>	<b>Θετική (4)</b>	<b>Πολύ Θετική (5)</b>
Τι είδους φήμη νομίζετε ότι έχει το ΠΕΔΥ					

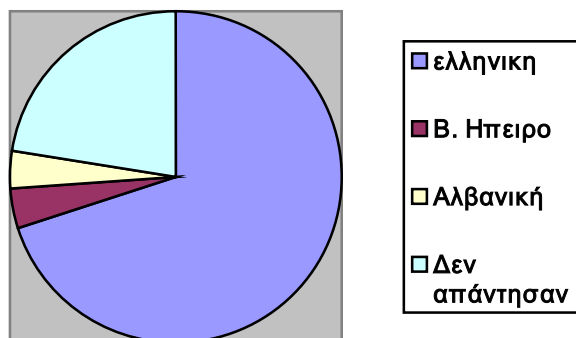
## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

(Πίνακες και Γραφήματα στο σύνολο του ερωτηματολογίου συμπεριλαμβανομένων και όσων δε απάντησαν, χωρίς ποσοστά επί της %)

### Α. Ερώτημα 1 (Πίνακας 1, Γράφημα 1)

Πίνακας 1

Ηλικιακή κατηγορία	16-24	1
Ηλικιακή κατηγορία	25-34	4
Ηλικιακή κατηγορία	35-44	19
Ηλικιακή κατηγορία	45-54	20
Ηλικιακή κατηγορία	55-64	17
Ηλικιακή κατηγορία	65-74	16
Ηλικιακή κατηγορία	75-84	3
Ηλικιακή κατηγορία	85 +	0



Γραφημα 1

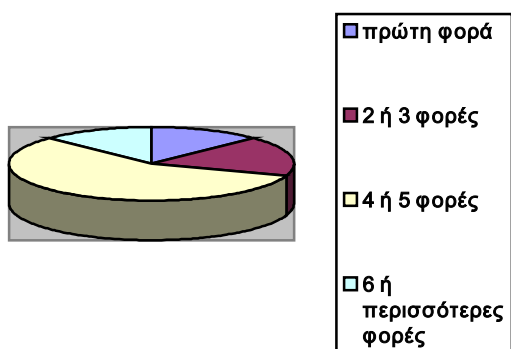


Β. Ερώτημα 2 (Πίνακας 2, Γράφημα 2)

Πίνακας 2

Πρώτη φορά	2 ή 3 φορές	4 ή 5 φορές	6 ή περισσότερες φορές
5	19	26	31

Γράφημα 2



Γ. Ερώτημα 3 (Πίνακας 3)

	Πολύ Κακές (1)	Κακές (2)	Μέτριες (3)	Καλές (4)	Πολύ Καλές (5)	Χωρίς απάντηση
Αίσθηση ασφάλειας από σωματική βλάβη που αισθανθήκατε στο ΠΕΔΥ		8	26	30	16	

Αίσθηση ευεξίας και ικανοποίησης που αισθανθήκατε στο ΠΕΔΥ		7	30	27	13	3
Δεξιότητες των γιατρών που σας φρόντιζαν		4	22	30	24	
Δεξιότητα προσωπικού εξετάσεων		2	24	28	24	2
Δεξιότητες των νοσηλευτών που σας φρόντιζαν		3	21	25	31	
Επάρκεια εξήγησης για τη θεραπεία σας		5	19	30	23	3
Επάρκεια οδηγιών κατά την έξοδο σας		7	23	23	22	5
Ταχύτητα και ευκολία της εισαγωγής		4	28	22	17	1
Ικανότητα του ΠΕΔΥ για να σας εξυπηρετήσει με τον τρόπο που περιμένατε		12	37	14	16	1
Ο χρόνος αναμονής για τα φάρμακα	2	12	21	33	12	
Ο χρόνος αναμονής για τις εξετάσεις		18	17	26	16	3
Ανταπόκριση του προσωπικού στις ανάγκες σας		7	25	14	34	
Συμπεριφορά γιατρών		4	16	29	31	
Συμπεριφορά νοσηλευτών		2	19	27	32	
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού		2	26	29	22	

Δ. Ερώτημα 4 (Πίνακας 4)

	Διαφωνώ Απόλυτα (1)	Διαφωνώ (2)	Ουδέτερο (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ Απόλυτα (5)	Δεν απάντησαν
Ο γιατρός κάνει ό, τι χρειάζεται για να έχετε όλη την απαραίτητη φροντίδα	1	4	16	39	20	
Ο γιατρός σκέφτεται μόνο σχετικά με το τι είναι καλύτερο για σας	1	3	31	30	15	
Ο γιατρός είναι απόλυτα ειλικρινής και σας ενημερώνει για όλες τις διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές διαθέσιμες για την κατάστασή σας	1	7	26	27	19	
Μερικές φορές ο γιατρός δεν δίνει την πλήρη προσοχή του σε αυτό που προσπαθείτε να του πείτε	13	27	27	12	1	
Μερικές φορές οι γιατροί ενδιαφέρονται περισσότερο για το τι είναι βολικό για αυτούς από τις ιατρικές ανάγκες σας	10	31	28	11		
Οι γιατροί είναι εξαιρετικά εμπειριστωμένοι, εξειδικευμένοι και προσεκτικοί		5	34	25	16	
Οι ιατρικές ικανότητες των γιατρών δεν είναι τόσο καλές όσο θα έπρεπε να είναι	11	29	29	8	3	
Εμπιστεύεστε απόλυτα την απόφαση των γιατρών σχετικά με το ποια θεραπεία είναι καλύτερη για σας		13	31	21	15	

Δεν έχετε ανησυχίες να θέσετε την υγεία σας σε στα χέρια του γιατρού(Για τα πάντα έχετε απόλυτη εμπιστοσύνη στο γιατρό)	1	12	30	21	16	
Η δεύτερη γνώμη είναι απαραίτητη για εσας σε θέματα υγείας	3	5	16	42	14	

Ε. Ερώτημα 5, (Πίνακας 5)

	Διαφωνώ Απόλυτα (1)	Διαφωνώ (2)	Ουδέτερο (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ Απόλυτα (5)	Δεν απάντησαν
Έχω ένα καλό προαίσθημα για το ΠΕΔΥ	2	13	37	15	13	
Είναι θαυμαστές και αξιοζήλευτες οι υπηρεσίες που προσφέρει το ΠΕΔΥ	5	24	36	7	8	
Το ΠΕΔΥ υποστηρίζει τις υπηρεσίες του	4	24	25	16	11	
Το ΠΕΔΥ αναπτύσσει καινοτόμες υπηρεσίες	6	27	23	15	9	
Το ΠΕΔΥ έχει εξαιρετική οργάνωση	6	31	28	4	9	2
Το ΠΕΔΥ μοιάζει με καλό οργανισμό για να εργαστεί κάποιος	3	15	34	17	11	
Το ΠΕΔΥ μοιάζει με ένα οργανισμό που θέλει το καλό των εργαζομένων του	2	15	35	18	10	
Το ΠΕΔΥ διατηρεί υψηλό επίπεδο στον τρόπο που αντιμετωπίζει τους ανθρώπους	1	19	32	16	12	

ΣΤ. Ερώτημα 6 (Πίνακας 6)

	<b>Πολύ Δυσανε στημένος (1)</b>	<b>Δυσανε στημένος (2)</b>	<b>Ουδέτερο (3)</b>	<b>Ευχαρι στημένος (4)</b>	<b>Πολύ Ευχαρι στημένος (5)</b>
Ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό		4	27	34	15
Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό		3	27	25	25
Ικανοποίηση με το διοικητικό προσωπικό		7	38	21	14
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες		16	33	19	12
Γενική ικανοποίηση με το ΠΕΔΥ		16	34	18	12
	<b>Πολύ Αρνητική (1)</b>	<b>Αρνητική (2)</b>	<b>Ουδέτερο (3)</b>	<b>Θετική (4)</b>	<b>Πολύ Θετική (5)</b>
Τι είδους φήμη νομίζετε ότι έχει το ΠΕΔΥ	2	28	36	15	9

# Παράρτημα Γ: Σύσταση ΕΟΠΥΥ, ΠΕΔΥ :απόσπασμα νόμου με αρ. 4328/2014 (ΦΕΚ 17/2014)

## Άρθρο 1

### Γενικές αρχές

1. Το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία.

2. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας.

3. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος.

4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.):

α) Αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας.

β) Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας.

γ) Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας.

δ) Σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στο πλαίσιο των κανόνων βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας.

5. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

α) Όλες τις σχετικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα.

β) Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας.

γ) Την παροχή πρώτων βοηθειών.

δ) Την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.

ε) Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.

στ) Την τακτική παρακολούθηση και τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα.

ζ) Τις υπηρεσίες μετανοδοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας, καθώς και τις υπηρεσίες αποκατάστασης.

η) Τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας – παιδιού.

θ) Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.

ι) Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

ια) Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη.

ιβ) Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

## **Άρθρο 2**

### **Δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.**

1. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ..

2. Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.

3. Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των Φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο τρόπος και οι λεπτομέρειες της άμεσης επιστημονικής, νοσηλευτικής και εκπαιδευτικής διασύνδεσης όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ., με τα Νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάγονται και τα οποία αποτελούν Νοσοκομεία Αναφοράς.

## **Άρθρο 3**

### **Κέντρα Υγείας**

1. Για την ίδρυση και λειτουργία των νέων Κέντρων Υγείας και των Πολυδύναμων Κέντρων Υγείας των Δ.Υ.Πε. απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας, έπειτα από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε. και απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ.Πε.. Με απόφαση των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας δύναται να χαρακτηρίζονται Κέντρα Υγείας ως Πολυδύναμα, ιδίως, με κριτήρια γεωγραφικά, πληθυσμιακά και αναγκών στελέχωσης σε ιατρικές ειδικότητες.

2. Για την έγκριση σκοπιμότητας λαμβάνονται υπόψη ιδίως η αναγκαιότητα της ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα, η γειτνίαση με υφιστάμενες Μονάδες Υγείας, οι συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής, η προσβασιμότητα των πολιτών και οι συγκοινωνιακές συνθήκες. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζεται και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για τα Κέντρα Υγείας και τα Πολυδύναμα Κέντρα Υγείας.

3. Η έδρα κάθε Κέντρου Υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής.

4. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας σχεδιάζεται και αποφασίζεται από την Δ.Υ.Πε. και βασίζεται σε κριτήρια που συνδέονται ιδίως με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, την ύπαρξη άλλων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τη μορφολογία της κάθε περιοχής και τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες.

5. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε.. Εντός του Το.Π.Φ.Υ., όλες οι δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι οικογενειακοί ιατροί, καθώς και οι συμβεβλημένοι ιατροί συνιστούν το Τοπικό δίκτυο υπηρεσιών Π.Φ.Υ.. Οι Δ.Υ.Πε. διαιρούνται σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.). Ο αριθμός των Τομέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των αντίστοιχων Τοπικών δικτύων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κάθε Δ.Υ.Πε. καθορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.Πε..

6. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών συστήνονται τα Κέντρα Υγείας και εκδίδονται οι Οργανισμοί τους, κατόπιν εισηγήσεων των οικείων Δ.Υ.Πε. και απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ.Πε.. Με τον Οργανισμό καθορίζονται οι θέσεις του προσωπικού κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα, οι οργανικές Μονάδες και οι αρμοδιότητες καθεμίας, το περιεχόμενο και η δια-δικασία τήρησης προσωπικού φακέλου ασθενών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ.Πε. εκδίδεται Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των λοιπών δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία λειτουργίας των υπηρεσιών τους, η στελέχωση κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

8. Οι δομές του Π.Ε.Δ.Υ. δύναται να λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση και 7 ημέρες την εβδομάδα. Με αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Οικονομικών καθορίζονται οι ημέρες, το ωράριο λειτουργίας, ο τρόπος και η αναγκαιότητα διενέργειας εφημεριών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Μέχρι την έκδοση των σχετικών υπουργικών αποφάσεων οι ως άνω δομές εξακολουθούν να λειτουργούν με το υφιστάμενο καθεστώς και τα Κέντρα Υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία αυτών δύναται να συμπεριλαμβάνονται στα μηνιαία προγράμματα εφημεριών των νοσοκομείων, των οποίων αποτελούσαν, μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος, αποκεντρωμένες μονάδες.

#### **Άρθρο 4**

##### **Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ.**

1. Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. αποτελούν ο οικογενειακός ιατρός και ιατροί άλλων ειδικοτήτων, οδοντίατροι, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι μαιές, οι επισκέπτες υγείας, οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσικοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι – διατροφολόγοι, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, βοηθοί ιατρικών και βιολογικών εργαστηρίων, χειριστές ιατρικών συσκευών, ραδιολόγοι – ακτινολόγοι, οδοντοτεχνίτες και το λοιπό υγειονομικό και παραϊατρικό προσωπικό.

2. Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα Π.Φ.Υ. έχουν διακριτούς ρόλους στην όλη διαδικασία προσφοράς υπηρεσιών υγείας και είναι κατάλληλα και επαρκώς εκπαιδευμένοι ώστε να είναι σε θέση να εργαστούν σε επίπεδο κοινότητας.

#### **Άρθρο 5**

##### **Οικογενειακός Ιατρός**



1. Καθιερώνεται ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού για την παροχή των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο πλαίσιο των Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που συνιστούν τους
2. Οι Οικογενειακοί Ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις δομές Π.Φ.Υ. των Τοπικών Δικτύων Π.Φ.Υ., στα ιδιωτικά τους ιατρεία και κατ' οίκον.
3. Οι Οικογενειακοί Ιατροί παρέχουν δέσμη υπηρεσιών υγείας η οποία περιλαμβάνει:
  - α) Τη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης, και εξασφαλίζει το συντονισμό και τη διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς του Τοπικού Δικτύου κατά περίπτωση, καθώς και με τα Νοσοκομεία Αναφοράς.
  - β) Την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών και της οικογένειάς τους μέσα στο σύστημα υγείας.
  - γ) Την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και την εφαρμογή και παρακολούθηση των προγραμμάτων εμβολιασμού.
  - δ) Την παραπομπή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς ιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης, καθώς και σε διαγνωστικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών και προσυμπτωματικών ελέγχων, όπως ορίζουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα, τα οποία ορίζονται είτε από το Υπουργείο Υγείας είτε από την οικεία Δ.Υ.Π.Ε. στη βάση των διεθνών προτύπων.
  - ε) Την επιμέλεια της δημιουργίας και τήρησης του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλόγό του, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και την αποτελεσματικότητά της. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται οι λεπτομέρειες της εφαρμογής του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.
4. Ο Οικογενειακός Ιατρός είναι συμβεβλημένος ιατρός, εκτός εάν εργάζεται ήδη σε δομή του Π.Ε.Δ.Υ. και παρέχει υπηρεσίες σε συγκεκριμένο Τοπικό Δίκτυο Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς.
5. Καθήκοντα Οικογενειακού Ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.
6. Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέγει τον Οικογενειακό του Ιατρό από το σύνολο των Οικογενειακών Ιατρών του οικείου Τοπικού Δικτύου Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ., της οικείας Δ.Υ.Π.Ε.. Η αλλαγή του προσώπου του Οικογενειακού Ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μία φορά στη διάρκεια του έτους, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο Οικογενειακός Ιατρός. Ο ιατρός που έχει επιλεγεί από δικαιούχο, ως Οικογενειακός Ιατρός του, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την επιλογή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους. Η επιλογή του Οικογενειακού Ιατρού των ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση γίνεται από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα.
7. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο Οικογενειακό Ιατρό, ο αναγκαίος αριθμός των Οικογενειακών Ιατρών ανά Τοπικό Δίκτυο Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ. της οικείας Δ.Υ.Π.Ε., ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής τους, η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων Οικογενειακού Ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενό τους, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των Οικογενειακών Ιατρών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

8. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών καθορίζονται τα ζητήματα που διέπουν έννομες σχέσεις των Οικογενειακών Ιατρών με τις Δ.Υ.Πε. και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

#### **Άρθρο 6 Σχεδιασμός, ανάπτυξη, εποπτεία και αξιολόγηση υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στις Δ.Υ.Πε.**

1. Στις αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών

Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως αυτές ρυθμίζονται στο άρθρο 4 του ν. 3329/2005 (Α' 81) προστίθενται τα ακόλουθα: «ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη του δικτύου της Π.Φ.Υ., καθώς και η κατάρτιση στρατηγικού σχεδίου δράσης για την Π.Φ.Υ. σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης της Δ.Υ.Πε.».

2. Στο άρθρο 4 του ν. 3329/2005 (Α' 81) η παρ. 1Α.α τροποποιείται ως εξής: «Το Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.»

3. Στο άρθρο 4 του ν. 3329/2005 προστίθενται τα ακόλουθα:

α) Στο τέλος της παρ. 2α προστίθεται εδάφιο ως εξής: «Το Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι αρμόδιο για την εποπτεία, την παρακολούθηση και τον έλεγχο όλων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την τομεοποίηση, την ανάπτυξη και το σχεδιασμό του στρατηγικού σχεδίου δράσης του Π.Ε.Δ.Υ. της οικείας Δ.Υ.Πε.»

β) Στο τέλος της παρ. 2β προστίθενται τα ακόλουθα: «Έργο του Τμήματος αποτελούν η συλλογή και επεξεργασία όλων των εκθέσεων και αναφορών για τις Μονάδες Π.Φ.Υ. και η τελική αξιολόγηση των Μονάδων αυτών συνοδευόμενη από προτάσεις για τη βελτίωσή τους. Η αξιολόγηση βασίζεται σε πρωτόκολλα και δελτία βέλτιστης πρακτικής που δημοσιεύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και αφορούν σε κριτήρια ποιότητας, αποτελεσματικότητας, επίτευξης στόχων και ασφάλειας των παρεχομένων υπηρεσιών στις Μονάδες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ.»

#### **Άρθρο 7**

##### **Μεταβατική Διάταξη**

Όπου στις διατάξεις του παρόντος Κεφαλαίου γίνεται μνεία σε Κέντρο Υγείας διαλαμβάνονται τα Πολυδύναμα Κέντρα Υγείας και οι Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας, οι οποίες, σύμφωνα με τον παρόντα νόμο μεταφέρονται ως μονάδες παροχής Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις Δ.Υ.Πε..

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

#### **ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΝΕΟ ΣΚΟΠΟ**

#### **ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

#### **Άρθρο 17**

##### **Κινητικότητα υπαλλήλων Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προς Δ.Υ.Πε.**

1. Εκ των υπαλλήλων των παραγράφων 1 και 2 του προηγούμενου άρθρου, που έχουν τεθεί σε καθεστώς διαθεσιμότητας οι ιατροί/οδοντίατροι, μόνιμοι και Ι.Δ.Α.Χ., μετατάσσονται/μεταφέρονται, με την ίδια εργασιακή σχέση, σε οργανικές θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που συνιστώνται για το σκοπό αυτόν, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παράγραφο 1 του προηγούμενου άρθρου, κατόπιν αιτήσεως τους, περί αποδοχής της εν λόγω θέσης, λαμβανομένων υπόψη και των ρυθμίσεων της παρ. 18 του άρθρου 32 του ν. 2190/1994, όπως ισχύει. Το λοιπό προσωπικό των παρα-

γράφων 1 και 2 μετατάσσεται/μεταφέρεται, επίσης, με την ίδια εργασιακή σχέση, κατόπιν σχετικής αιτήσεως αποδοχής. Οι ανωτέρω αιτήσεις υποβάλλονται από τους ενδιαφερομένους, εντός επτά (7) εργασίμων ημερών από

την ημερομηνία έκδοσης των διαπιστωτικών πράξεων της ως άνω παραγράφου 3 του προηγούμενου άρθρου. Οι εν λόγω αιτήσεις, οι οποίες υπέχουν θέση υπεύθυνης δήλωσης του ν. 1599/1986 (Α' 75), υποβάλλονται από τους ενδιαφερομένους στις αρμόδιες υπηρεσίες των κατά τόπους περιφερειακών διοικητικών μονάδων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., οι οποίες με ευθύνη τους τις διαβιβάζουν στις αντίστοιχες υπηρεσίες των Δ.Υ.Πε. υποδοχής, εντός τριών ημερών. Το ιατρικό/οδοντιατρικό προσωπικό που ασκεί, παράλληλα, ελεύθερο επάγγελμα και το οποίο έχει υποβάλει αίτηση αποδοχής θέσης πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης σε Δ.Υ.Πε., οφείλει, κατά το χρόνο ανάληψης υπηρεσίας και προκειμένου να αναλάβει, να προσκομίσει στην αρμόδια υπηρεσία της Δ.Υ.Πε. υποδοχής βεβαίωση διακοπής δραστηριότητας ή εναλλακτικά, στην περίπτωση που χωρίς δική του υπαιτιότητα είναι αδύνατη η άμεση λήψη αντίστοιχης βεβαίωσης, επικυρωμένο αντίγραφο της αίτησης διακοπής δραστηριότητας προς την αρμόδια Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία (Δ.Ο.Υ.). Στην τελευταία αυτή περίπτωση, η βεβαίωση διακοπής δραστηριότητας κατατίθεται στην αρμόδια υπηρεσία υποδοχής, από τον υπόχρεο, αμέσως μετά τη λήψη της, το αργότερο εντός μηνός από την ανάληψη υπηρεσίας, άλλως απολύονται αυτοδικαίως.

2. Σε περίπτωση μη εμπρόθεσμης υποβολής της σχετικής αίτησης αποδοχής ο υπάλληλος που έχει τεθεί σε καθεστώς διαθεσιμότητας απολύεται, αυτοδικαίως, μετά την πάροδο του προκαθορισμένου χρόνου των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 16 του παρόντος.

3. Στην περίπτωση που ο μετατασσόμενος/μεταφερόμενος υπάλληλος δεν παρουσιαστεί στην αρμόδια υπηρεσία του φορέα υποδοχής, προκειμένου να αναλάβει υπηρεσία, απολύεται αυτοδικαίως.

4. Οι πράξεις μετάταξης / μεταφοράς των εν λόγω υπαλλήλων εκδίδονται από το αρμόδιο όργανο διοίκησης του Φορέα υποδοχής.

## **Άρθρο 18**

### **Ένταξη και κατάταξη ιατρικού/οδοντιατρικού προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)**

Εντός οκταμήνου από την ολοκλήρωση της μετάταξης/μεταφοράς, το ως άνω ιατρικό προσωπικό αξιολογείται και κατατάσσεται σε θέσεις κλάδου ιατρών/ οδοντιάτρων του Ε.Σ.Υ. που θα ενταχθούν στο Π.Ε.Δ.Υ., σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 26 του παρόντος.

## **Άρθρο 19**

### **Αυτοδίκαιη λήξη προγενέστερων συμβατικών υποχρεώσεων**

Συμβάσεις ιατρών, οδοντιάτρων και λοιπού προσωπικού, οι οποίοι δεν εμπίπτουν στις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 17 και οι οποίοι διατηρούν οποιασδήποτε μορφής εργασιακή σχέση με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., πλην μονίμων και Ι.Δ.Α.Χ., οι οποίες συνήφθησαν οποτεδήποτε πριν από τη δημοσίευση του παρόντος, παύουν, αυτοδικαίως, να ισχύουν, αζημίως για τον Οργανισμό.

## **Άρθρο 20**

### **Παροχή Π.Φ.Υ. κατά το χρόνο της διαθεσιμότητας/κινητικότητας**

Κατά τη διάρκεια και έως την ολοκλήρωση της εν λόγω διαδικασίας διαθεσιμότητας /κινητικότητας προσωπικού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προς τις Δ.Υ.Πε., η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ανατίθεται στα κατά τόπους αρμόδια Κέντρα Υγείας, τους συμβεβλημένους ιατρούς του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και επικουρικά, στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ..

## **Άρθρο 21**

## **Μισθοδοσία προσωπικού, οικονομική διαχείριση και μεταβίβαση κινητής και ακίνητης περιουσίας**

1. Το πάσης φύσεως ιατρικό/οδοντιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό που μετατάσσεται ή μεταφέρεται, με βάση τις διατάξεις του άρθρου 17 του παρόντος νόμου, σε θέσεις που συστήνονται για το σκοπό αυτόν, σε κάθε Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια (Δ.Υ.Πε.), σε εφαρμογή της παρ. 4 του άρθρου 17 του ν. 4224/2013 (Α' 288), μετά την έκδοση της αναφερόμενης κοινής υπουργικής απόφασης ως ορίζεται στη διάταξη, μισθοδοτείται από τους Φορείς αυτούς και οι σχετικές πιστώσεις εγγράφονται στους οικείους Κ.Α.Ε. του ειδικού φορέα 210 του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας. Για τη μισθοδοσία του προσωπικού αυτού έχουν εφαρμογή οι διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 16 του ν. 2592/1998 (Α' 57) και του π.δ. 412/1998 (Α' 288), όπως ισχύουν. Η εκκαθάριση των τακτικών αποδοχών του ανωτέρω προσωπικού διενεργείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες της οικείας Δ.Υ.Πε.. Για τις πρόσθετες αμοιβές, εφημερίες, νυχτερινά και εξαιρέσιμα, έχουν εφαρμογή οι διατάξεις του άρθρου 45 του ν. 4071/2012 (Α' 85).

2. Το ιατρικό/οδοντιατρικό προσωπικό της ανωτέρω παραγράφου 1, μόνιμοι και Ι.Δ.Α.Χ., διατηρεί το σύνολο των τακτικών αποδοχών που λαμβάνουν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 17 του ν. 4224/2013 (Α' 288) και μέχρι την ολοκλήρωση των διαδικασιών αξιολόγησης και κατάταξης αυτού, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 19 του παρόντος. Μετά την ένταξή τους σε θέσεις κλάδου ιατρών/οδοντιάτρων Ε.Σ.Υ., λαμβάνουν τις αποδοχές που προβλέπονται από τις οικείες μισθολογικές διατάξεις.

3. Ειδικά για το ιατρικό/οδοντιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί και κατέχει θέσεις στα Κέντρα Υγείας και τις αποκεντρωμένες μονάδες τους, τα οποία μεταφέρονται και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Δ.Υ.Πε., σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 2 του παρόντος, η εκκαθάριση των τακτικών αποδοχών εξακολουθεί έως και 31.12.2014 να διενεργείται κανονικά από τα νο 1.1.2015, οι τακτικές αποδοχές του προσωπικού αυτού εκκαθαρίζονται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των Δ.Υ.Πε.. Για τις πρόσθετες αμοιβές, εφημερίες, νυχτερινά και εξαιρέσιμα εξακολουθούν να ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 45 του ν. 4071/2012 (Α' 85) και οι αποζημιώσεις αυτές εκκαθαρίζονται έως και την 31η Δεκεμβρίου 2014 από τα νοσοκομεία.

4. Οι πάσης φύσεως λειτουργικές δαπάνες των Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων αυτών, καθώς και των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που εντάσσονται στις Δ.Υ.Πε. και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες αυτών, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των κλειστών – σφαιρικών προϋπολογισμών εσόδων –εξόδων των Δ.Υ.Πε.. Οι αντίστοιχες πιστώσεις που είναι εγγεγραμμένες στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, καθώς και στον προϋπολογισμό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για το σκοπό αυτόν από 1.1.2015 μεταφέρονται και εγγράφονται στους προϋπολογισμούς των Δ.Υ.Πε.. Οι αρμόδιες υπηρεσίες των Δ.Υ.Πε. αναλαμβάνουν τη σύνταξη και εκτέλεση του προϋπολογισμού, οικονομικού έτους 2015, λαμβάνοντας υπόψη ιδίως τα απολογιστικά στοιχεία των ανωτέρω μονάδων για τα έτη 2013 και 2014, την κατάρτιση του ετήσιου προγράμματος προμηθειών και υπηρεσιών, τη διενέργεια των σχετικών διαγωνιστικών διαδικασιών για τη σύναψη των σχετικών συμβάσεων, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και την ευθύνη ενταλματοποίησης και εκκαθάρισης των δαπανών αυτών.

5. Για λόγους εύρυθμης λειτουργίας και διασφάλισης του δημοσίου συμφέροντος τα Κέντρα Υγείας, τα περιφερειακά Ιατρεία, καθώς και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που μεταφέρονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Δ.Υ.Πε., εξακολουθούν με την υφιστάμενη διαδικασία έως και τις 31.12.2014, να εφοδιάζονται με πάσης φύσεως φαρμακευτικό, υγειονομικό και λοιπό υλικό, καθώς και κάθε είδους παροχή υπηρεσιών, αντιστοίχως από τα νοσοκομεία διασύνδεσης και τις υπηρεσίες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Οι δαπάνες αυτές, επιβαρύνουν τους προϋπο- λογισμούς των νοσοκομείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., από τους οποίους εξακολουθεί να διενεργείται η ενταλματοποίηση και εκκαθάριση των δαπανών αυτών, σύμφωνα με τα σχετικά παραστατικά, που θα εκδοθούν έως την ως άνω αναφερόμενη ημερομηνία. Μετά από γνώμη

των Δ.Υ.Πε., εκτελούνται κανονικά, υφιστάμενες συμβάσεις, καθώς επίσης και τυχόν διαγωνιστικές διαδικασίες, που βρίσκονται σε εξέλιξη, οι οποίες συνεχίζουν έως την ολοκλήρωσή τους.

6. Τα ακίνητα του Ι.Κ.Α.–Ε.ΤΑ.Μ., στα οποία στεγάζονται ή συστεγάζονται Υγειονομικές Υπηρεσίες, Μονάδες Υγείας, το Κέντρο Διάγνωσης Ιατρικής της Εργασίας και λοιπές υπηρεσίες υγείας του Ιδρύματος, καθώς και ο μηχανολογικός, μηχανογραφικός και λοιπός εξοπλισμός, ο οποίος χρησιμοποιείται για την οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας, από την ολοκλήρωση της ένταξης των μονάδων, παραχωρούνται προς χρήση άνευ ανταλλάγματος στις οικείες Δ.Υ.Πε, στις οποίες κατανέμονται οι μονάδες υγείας και το Κέντρο Διάγνωσης Ιατρικής της Εργασίας, οι οποίες αναλαμβάνουν κατά αναλογία της χρήσης, την υποχρέωση της πληρωμής των αναλογούντων φόρων, τελών, λογαριασμών κοινής ωφέλειας, εξόδων συντήρησης, καθώς και των αναλογούντων εξόδων για τυχόν απαιτούμενη λειτουργική αναβάθμιση.

Τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και οι Επιτροπές Προέγκρισης Φαρμάκων του Οργανισμού, στις Μονάδες Υγείας εξαιρούνται της παραχώρησης. Με απόφαση του Διοικητή του Ι.Κ.Α.–Ε.ΤΑ.Μ., μετά από αίτηση του Προέδρου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και της οικείας Δ.Υ.Πε., η Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών και Στέγασης του Ι.Κ.Α.–Ε.ΤΑ.Μ., στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της, παρέχει τις υπηρεσίες της στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και στις Δ.Υ.Πε.. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας παράδοσης του ως άνω ιατροτεχνολογικού και λοιπού εξοπλισμού στις Δ.Υ.Πε., η υποστήριξη συνεχίζεται και στη θέση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. υπεισέρχονται αποκλειστικά οι Δ.Υ.Πε..

7. Συμβάσεις μίσθωσης ακινήτων που έχουν συναφθεί από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τους φορείς των οποίων ο κλάδος εντάχθηκε στον Οργανισμό στα οποία στεγάζονται Υγειονομικές Μονάδες ισχύουν έναντι των Δ.Υ.Πε στις οποίες εντάσσονται οι Μονάδες. Εντός τριών μηνών από την ισχύ του παρόντος νόμου, ο Διοικητής της οικείας Δ.Υ.Πε. μετά από έγγραφη δήλωση επαναδιαπραγματεύεται το καταβαλλόμενο μηνιαίο μίσθωμα. Σε περίπτωση μη συμφωνίας μεταξύ των δυο μερών, παρέχεται η δυνατότητα στις Δ.Υ.Πε. της μονομερούς καταγγελίας. Σε περίπτωση συγχώνευσης ή κατάργησης υγειονομικών μονάδων που μεταφέρονται στις Δ.Υ.Πε. η μίσθωση καταγγέλλεται αυτοδίκαια και αζημίως για το Δημόσιο.

8. Από την ψήφιση του παρόντος, το πάσης φύσεως υγειονομικό, φαρμακευτικό και λοιπό αναλώσιμο υλικό των υγειονομικών μονάδων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που εντάσσονται στις Δ.Υ.Πε., περιέρχεται κατά κυριότητα σε αυτές, με έκδοση διαπιστωτικής πράξης, μετά τη διενέργεια σχετικής απογραφής από τις οικείες Περιφερειακές Διευθύνσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έχουν την πλήρη ευθύνη για τη διαφύλαξη της κινητής και ακίνητης περιουσίας μέχρι την οριστική

παράδοσή της στις οικείες Δ.Υ.Πε..

9. Η νόμιμη εκπροσώπηση των μονάδων που μεταφέρονται, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, δικαστική και εξώδικη ανήκει στους διοικητές των οικείων Υγειονομικών Περιφερειών. Εκκρεμείς δίκες που αφορούν διαφορές ή υποθέσεις των εντασσομένων μονάδων, του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού που μετατάσσεται ή μεταφέρεται, συνεχίζονται από τις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.), χωρίς να επέρχεται διακοπή δίκης. Δικαστικές αποφάσεις που εκδίδονται ισχύουν έναντι των Δ.Υ.Πε.. Εκκρεμείς δίκες που αφορούν διαφορές ή υποθέσεις του πάσης φύσεως προσωπικού των ανωτέρω μονάδων που δεν μεταφέρεται ή μετατάσσεται στις Δ.Υ.Πε., συνεχίζονται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., χωρίς να επέρχεται διακοπή και οι δικαστικές αποφάσεις ισχύουν έναντι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Εκκρεμείς πειθαρχικές υποθέσεις του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού που μεταφέρεται ή μετατάσσεται συνεχίζονται από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα των Δ.Υ.Πε.. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής έχουν ανάλογη εφαρμογή και για το προσωπικό των Κέντρων Υγείας, και των αποκεντρωμένων μονάδων που εντάσσονται στις Δ.Υ.Πε..

10. Στις Δ.Υ.Πε., περιέρχεται αυτοδικαίως, κατά κυριότητα, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου, το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας που νέμονται και κατέχουν τα Κέντρα Υγείας και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους.

11. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ρυθμίζεται κάθε επιμέρους θέμα και αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

## **Άρθρο 22**

### **Σύσταση κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.**

1. Στο άρθρο 25 του ν. 1397/1983 (Α' 143), όπως ισχύει, προστίθεται παράγραφος 2 ως εξής: «2. Οι θέσεις του κλάδου ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ., συνιστώνται κατά ειδικότητα με απόφαση των Υπουργών Υγείας, Οικονομικών και Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, κατά Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας, Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο ή και Δ.Υ.Πε., ύστερα από εισήγηση τωοικείων Διοικητών των Υ.Π.Ε. και έγκριση από το ΚΕ.Σ.Υ.Πε.».

2. Η παρ. 4 του άρθρου 34 του ν. 2519/1997 (Α' 165) αντικαθίσταται ως εξής: «4. Οι θέσεις ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ., προκηρύσσονται κατά ειδικότητα κατά Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας, Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο ή/και Δ.Υ.Πε.».

3. Η προκήρυξη των θέσεων ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ. στα Κέντρα Υγείας, Πολυδύναμο Περιφερειακά Ιατρεία ή/και Δ.Υ.Πε. γίνεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε.. Ο διορισμός των επιλεγέντων ιατρών γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας.

4. Η παρ. 6 του άρθρου 17 του ν. 4224/2013 (Α' 288) καταργείται. Για την κάλυψη των αναγκών του Π.Ε.Δ.Υ. στις Δ.Υ.Πε., εφαρμόζονται αναλογικώς οι διατάξεις που ισχύουν για τους επικουρικούς ιατρούς και το επικουρικό προσωπικό.

## **Άρθρο 23**

### **Μεταφορά προσωπικού Κέντρων Υγείας**

Όλες οι θέσεις των Κέντρων Υγείας της χώρας και των αποκεντρωμένων μονάδων τους (Πολυδύναμο Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία), όπως αυτές είχαν συσταθεί σύμφωνα με τους υφιστάμενους οργανισμούς αυτών, μεταφέρονται αυτοδικαίως στις αντίστοιχες Δ.Υ.Πε.. Το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί στις προαναφερόμενες δομές, εξακολουθεί να παρέχει τις υπηρεσίες του στις θέσεις που κατέχει με την ίδια εργασιακή σχέση, βαθμό και ειδικότητα. Οι σχετικές διαπιστωτικές πράξεις εκδίδονται από τους Διοικητές των οικείων Υ.Πε..

## **Άρθρο 24**

### **Πλήρωση θέσεων κλάδου ΠΕ ιατρών – οδοντιάτρων, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης**

1. Οι τυχόν θέσεις του κλάδου ΠΕ ιατρών–οδοντιάτρων πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που θα παραμείνουν κενές μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας μετάταξης/μετακίνησης σύμφωνα με τον παρόντα νόμο, καταργούνται αυτοδικαίως. Με απόφαση του αρμόδιου οργάνου διοίκησης της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας διαπιστώνεται η κατάργηση αυτών.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας σε κάθε Δ.Υ.Πε. συγκροτούνται ανά ειδικότητα συμβούλια προσλήψεων – κρίσεων, αρμόδια για την κρίση των υποψηφίων ιατρών. Τα Συμβούλια προσλήψεων κρίσεων με ανοιχτές προκηρύξεις, στις Δ.Υ.Πε., αποτελούνται από:

α) Τον Διοικητή, ως Πρόεδρο, ο οποίος αναπληρώνεται από τον αρμόδιο Αναπληρωτή Διοικητή της Υ.Πε..

β) Τέσσερις ιατρούς ως Μέλη, Διευθυντές ή Επιμελητές Α' που έχουν την ίδια με την κρινόμενη θέση ειδικότητα και ορίζονται με κλήρωση για κάθε κρίση από σχετικό κατάλογο, που συντάσσει και διατηρεί η οικεία Δ.Υ.Πε. και επικαιροποιείται σε ετήσια βάση. Ο κατάλογος αυτός αποτελείται από ιατρούς των Νοσοκομείων και των δομών του Π.Ε.Δ.Υ. αρμοδιότητας της οικείας Δ.Υ.Πε.. Για κάθε

επιλογή τα Συμβούλια ορίζουν δύο από τα μέλη τους ως εισηγητές. Τα συμβούλια λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 3754/2009, όπως ισχύει. Η τοποθέτηση των ιατρών στις δομές του Π.Ε.Δ.Υ. γίνεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε..

## Άρθρο 25

### Αξιολόγηση και κατάταξη στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Η αίτηση των ιατρών που έχουν μεταταχθεί με την ανωτέρω διαδικασία, για ένταξή τους στον κλάδο ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ. και κατάταξή τους στους βαθμούς Διευθυντή, Επιμελητή Α΄ ή Επιμελητή Β΄ πρέπει να γίνει εντός ενός (1) μηνός από την ανάληψη των καθηκόντων τους. Όσοι δεν επιθυμούν να υποβάλουν αίτηση ή δεν αξιολογηθούν θετικά για ένταξη στον κλάδο ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ., παραμένουν υπηρετούντες στον κλάδο ΠΕ ιατρών – οδοντιάτρων.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ., συστήνεται και συγκροτείται σε κάθε Δ.Υ.Πε. πενταμελές Συμβούλιο Αξιολόγησης Ιατρών, το οποίο αποτελείται από τον Διοικητή της Υ.Πε., ως Πρόεδρο με αναπληρωτή τον αρμόδιο Αναπληρωτή Διοικητή της Υ.Πε. και 4 Μέλη, Διευθυντές ή Επιμελητές Α΄, έναν από κάθε τομέα ιατρικής υπηρεσίας. Το Συμβούλιο είναι αρμόδιο για τον έλεγχο των ουσιαστικών προσόντων των αιτούντων προς ένταξη στον κλάδο ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ.. Για την ένταξή τους στον κλάδο, τα προσόντα κάθε υποψηφίου αξιολογούνται με βάση τα τρία πρώτα κριτήρια αξιολόγησης που προβλέπονται στο Κεφάλαιο Β΄ της ΔΥ13α/οικ. 39832/ 1997 (Β΄ 1088) υπουργικής απόφασης και το τέταρτο κριτήριο, όπως ορίζεται στο Κεφάλαιο Α΄ της ίδιας υπουργικής απόφασης. Η κατάταξη των υποψηφίων σε βαθμό γίνεται σύμφωνα με τα χρόνια προϋπηρεσίας τους. Με συνολική υπηρεσία μέχρι 10 έτη στον εισαγωγικό βαθμό του Επιμελητή Β΄. Με συνολική υπηρεσία άνω των 10 ετών και μέχρι τα 25 στο βαθμό του Επιμελητή Α΄. Με συνολική υπηρεσία άνω των 25 ετών στο βαθμό του Διευθυντή. Ως υπηρεσία νοείται η υπηρεσία σε Φορείς Κοινωνικής

Ασφάλισης από τους οποίους προέρχεται. Κατά την πρώτη εφαρμογή της παρούσας διαδικασίας, τα όρια ηλικίας που τίθενται για τους ειδικευμένους ιατρούς Ε.Σ.Υ. δεν ισχύουν, υπό την προϋπόθεση οι υποψήφιοι να μην έχουν υπερβεί το 67ο έτος της ηλικίας τους.

## Άρθρο 26

Συμβούλια εξέλιξης Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζεται η σύνθεση και ο τρόπος λειτουργίας των Συμβουλίων Εξέλιξης που συγκροτούνται ανά ειδικότητα, σε κάθε Δ.Υ.Πε, για την εξέλιξη των υπηρετούντων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ..

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ

#### ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

## Άρθρο 27

### Κινητές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1. Το άρθρο 14 του ν. 2071/1992 (Α΄ 123) αντικαθίσταται

ως εξής:

«1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, συναρμόδιου Υπουργού, κατόπιν εισήγησης των οικείων Δ.Υ.Πε., δύναται να συσταθούν Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως μονάδες των Δ.Υ.Πε. ή των Νοσοκομείων, για την εξυπηρέτηση των αναγκών

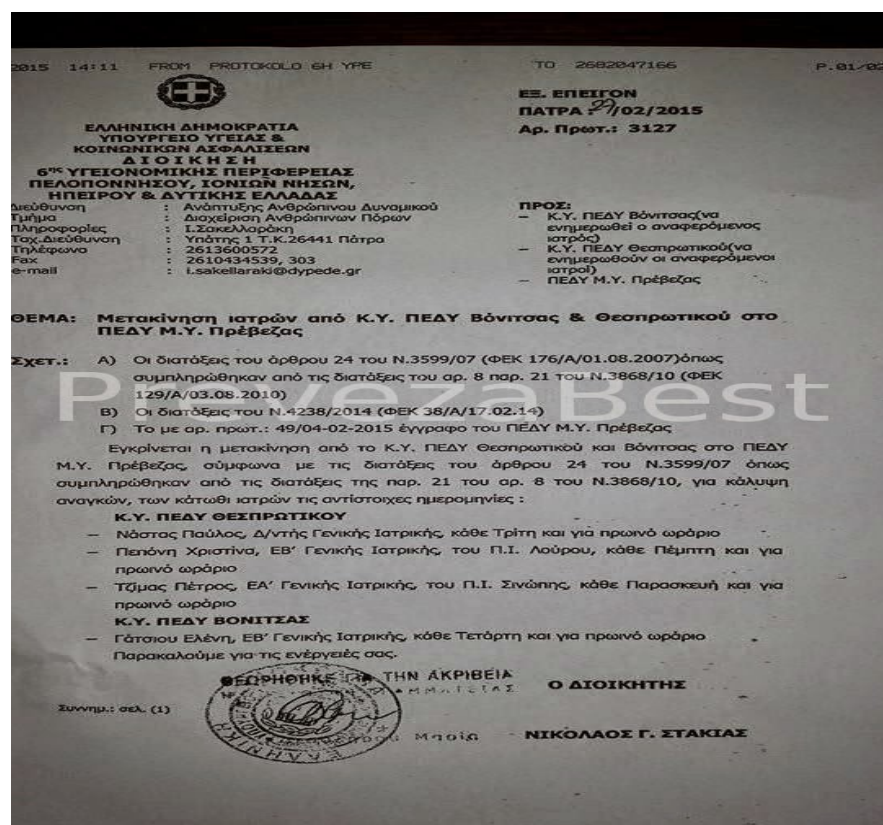
Υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν περιοχές ευθύνης πέραν των ντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, δύναται να λει-

διοικητικών ορίων του ενός νομού και πέραν της μίας Υγειονομικής Περιφέρειας.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, κατόπιν σχετικής εισήγησης της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροτουργούν Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από λοιπά Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α., Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και από σωματεία και εταιρείες Αστικού Δικαίου.

6. Οι ιδιωτικοί φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που με οποιαδήποτε μορφή και ονομασία, λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του παρόντος και παρέχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, υποχρεούνται να εφαρμόσουν τις διατάξεις αυτού, με την έκδοση της απαιτούμενης άδειας λειτουργίας του φορέα παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μέσα σε προθεσμία ενός έτους από την έναρξη ισχύος του παρόντος.»

## Παράρτημα Δ: Απόσπασμα εγγράφου που αφορά το ΠΕΔΥ Πρέβεζας (από το διαδίκτυο, [www.prevezabest.gr](http://www.prevezabest.gr))



Απόσπασμα εγγράφου που αφορά το ΠΕΔΥ Πρέβεζας (Διαδίκτυο, Από την Ιστοσελίδα του Prevezabest)