



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας Ακτινολογικού τμήματος με τη χρήση
μεθοδολογιών πολυκριτήριας ανάλυσης**

Σταματίδου Χρυσούλα

Επιβλέπων Καθηγητής
Μανωλιτζάς Παναγιώτης, PhD

*Στον Παναγιώτη, στην Ζέτα και
στο νέο μέλος*

Ευχαριστίες

Για την σημαντική συμβολή τους στην εκπόνηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας ευχαριστώ θερμά.

Την οικογένειά μου για την θερμή υποστήριξή της.

Τον καθηγητή μου του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου κ. Μανωλιτζά Παναγιώτη για την πολύτιμη καθοδήγησή του.

Το προσωπικό του Ακτινολογικού Εργαστηρίου Π.Ε.Δ.Υ Πειραιά

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα χαρακτηριστικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα είναι η υποχρηματοδότηση, η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού, η ανισοκατανομή των πόρων με τελικό αποτέλεσμα την περιορισμένη παροχή αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγείας. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω παραγόντων είναι η χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: Σκοπός της συγκεκριμένης διατριβής είναι η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται το Ακτινολογικό Εργαστήριο του Π.Ε.Δ.Υ. Πειραιά. Η παρούσα διατριβή προέκυψε από την ανάγκη για εύρεση ενός νέου ερωτηματολογίου μέτρησης της ικανοποίησης το οποίο σε σύγκριση με τα ήδη υπάρχοντα είναι προσαρμοσμένο στην ιδιόμορφη φύση του ακτινολογικού εργαστηρίου των Π.Ε.Δ.Υ και το οποίο θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί από το σύνολο των Π.Ε.Δ.Υ.

ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για τη συλλογή των απαραίτητων πρωτογενών δεδομένων δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο ύστερα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για τη πραγματοποίηση της έρευνας διανεμήθηκαν 978 ερωτηματολόγια, κατά το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος 2016 έως Απρίλιος 2016, σε τυχαίο δείγμα ασφαλισμένων. Η ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και η ανάλυση των δεδομένων για την μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών με χρήση πολυκριτήριας ανάλυσης MUSA (Multicriteria Satisfaction Analysis). Η μεθοδολογία MUSA μπορεί να αναλύσει την συμπεριφορά των πελατών και να βοηθήσει στην χάραξη ή τον επαναπροσδιορισμό της στρατηγικής μίας επιχείρησης. Η μέθοδος MUSA αποτελεί την πολυκριτήρια – σύνθετη προσέγγιση για την μέτρηση και την ανάλυση της ικανοποίησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το σύνολο των χρηστών των υπηρεσιών του ακτινολογικού εργαστηρίου εμφανίζεται ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δεδομένου ότι και ο δείκτης ολικής ικανοποίησης άγγιξε την τιμή 95,18%. Παρόλα αυτά, όπως έδειξαν τα διαγράμματα δράσης και βελτίωσης, υπάρχουν τομείς οι οποίοι μπορούν να βελτιωθούν έτσι ώστε να υπάρξει βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε θα πρέπει να αναπτυχθούν δράσεις που σχετίζονται τόσο με τη βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων, των χώρων εξέτασεων και αναμονής όσο και με την πληρέστερη πληροφόρηση και φροντίδα των χρηστών υπηρεσιών υγείας από το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: ποιότητα, ικανοποίηση ασθενών, Π.Ε.Δ.Υ., MUSA

ABSTRACT

INTRODUCTION

One of the characteristic problems that primary health care faces in Greece is the underfunding, the lack of strategic planning, the unequal distribution of resources with final outcome the limited provision of effective and efficient health services. Result of all the above factors are low patient satisfaction from the health services provided.

RESEARCH PURPOSE: The purpose of the specific thesis is the evaluation of the satisfaction of patients who visit the Radiological Laboratory of first national health network (F.N.H.N.) of Piraeus. This thesis emerged out of the need for finding a new questionnaire measuring agenda of satisfaction which compared existing operations requiring adjustments in the nature of a communication procedure Radiological Laboratory of (F.N.H.N.) and can be exploited by all the (F.N.H.N.).

SAMPLE AND METHOD: Collecting the necessary raw data questionnaire was achieved after extensive literature review. For the realization of research 978 questionnaires were distributed, during the period February 2016 until April 2016, in a random sample of insured. For analyzing the demographic data the SPSS software was used and the statistical analysis of the data for measuring customer satisfaction used MUSA (Multicriteria Satisfaction Analysis). The MUSA method can analyze the customer behavior and assist in the formulation or reorientation strategy of an enterprise. The MUSA method is the multi-criteria – complex approach to measurement and analysis of satisfaction.

Results: According to the results, the overall of users of the services of the radiology laboratory appears satisfied with the services provided since total satisfaction index reached the percentage 95.18%. Nevertheless, as shown by the diagrams of action and improvement, there are areas that can be improved in order to provide improved health services

Conclusions: According to the analysis performed should develop measures involving both the improvement of buildings, exam spaces and waiting and with the increase of information and health care service users from the medical and paramedical staff.

KEYWORDS: quality, patient satisfaction, first national health network (F.H.N.H.), MUSA

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	12
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	12
1.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
1.2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	13
1.3 ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ι.Κ.Α.) ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ – Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	14
1.4 Ο ΝΟΜΟΣ 3918/2011 ΠΕΡΙ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	14
1.5 Ο ΝΟΜΟΣ 4238/14 ΠΕΡΙ Π.Ε.Δ.Υ.	16
1.5.1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ (Υ.Πε.)	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	20
ΠΟΙΟΤΗΤΑ- ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	20
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	20
2.2 ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ – ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....	22
2.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	22
2.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	24
2.5 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	26
2.6 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	27
2.7 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	28
2.8 ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	35
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	35
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	35
3.2 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	36
3.3 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	36
3.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	39
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	39
4.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ SPSS.....	39
4.2 ΠΟΛΥΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΘΟΔΟΣ MUSA.....	39
4.2.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ.....	39
4.2.2 ΤΟ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ MUSA.....	40
4.2.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ MUSA.....	40
4.2.4 ΣΥΝΑΡΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΒΑΡΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	41
4.2.5 ΜΕΣΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	42

4.2.6 ΜΕΣΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	42
4.2.7 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΡΑΣΗΣ.....	43
4.2.8 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	46
ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	46
5.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	46
5.1.1 ΗΛΙΚΙΑ.....	47
5.1.2 ΦΥΛΟ.....	48
5.1.3 ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....	49
5.1.4 ΜΟΡΦΩΣΗ.....	50
5.1.5 ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	51
5.1.6 ΕΙΣΟΔΗΜΑ.....	52
5.1.7 ΕΡΓΑΣΙΑ.....	53
5.1.8 ΕΞΕΤΑΣΗ.....	54
5.1.9 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ.....	55
5.1.10 ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....	56
5.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ MUSA.....	57
5.2.1 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 1- ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ.....	57
5.2.2 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 2 - ΑΝΕΣΗ.....	58
5.2.3 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 3 – ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ.....	59
5.2.4 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 4 - ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ.....	60
5.2.5 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 5 - ΧΡΟΝΟΣ.....	61
5.2.6 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 6 - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ.....	62
5.2.7 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 7 – ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	63
5.2.8 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 8 – ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	64
5.2.9 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 9 – ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....	65
5.2.10 ΒΑΡΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ.....	66
5.2.11 ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ.....	67
5.2.12 ΜΕΣΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	68
5.2.13 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ.....	69
5.2.14 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	71
ΕΞΑΓΩΓΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ.....	71
6.2 ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	72
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	74
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80

ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	83

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ	ΣΕΛΙΔΕΣ
<i>Διάγραμμα 1:</i> Ομάδες πελατών με διαφορετικό βαθμό απαιτητικότητας	42
<i>Διάγραμμα 2:</i> Ανάλυση ηλικίας	47
<i>Διάγραμμα 3:</i> Τόπος γέννησης	49
<i>Διάγραμμα 4 :</i> Μόρφωση	50
<i>Διάγραμμα 5 :</i> Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ύπαρξη ασφάλειας	51
<i>Διάγραμμα 6:</i> Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την εργασιακή τους απασχόληση	53
<i>Διάγραμμα 7:</i> Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την εξέταση που πραγματοποίησαν	54
<i>Διάγραμμα 8 :</i> Ικανοποίηση από την διαθεσιμότητα των ραντεβού	57
<i>Διάγραμμα 9:</i> Ικανοποίηση από την άνεση στο χώρο αναμονής	58
<i>Διάγραμμα 10:</i> Ικανοποίηση από καθαριότητα / υγιεινή	59
<i>Διάγραμμα 11 :</i> Ικανοποίηση από την προτεραιότητα των περιστατικών που εξυπηρετούνται	60
<i>Διάγραμμα 12 :</i> Ικανοποίηση από τον συνολικό χρόνο	61
<i>Διάγραμμα 13:</i> Ικανοποίηση από τις πληροφορίες σχετικά με τις εξετάσεις	62
<i>Διάγραμμα 14 :</i> Ικανοποίηση από τη φροντίδα που έδειξε το Ιατρικό προσωπικό	63
<i>Διάγραμμα 15:</i> Ικανοποίηση από τη φροντίδα που έδειξε το Παραϊατρικό προσωπικό	64
<i>Διάγραμμα 16:</i> Ικανοποίηση συνολικά από το ακτινολογικό εργαστήριο	65
<i>Διάγραμμα 17:</i> Βάρη κριτηρίων	66
<i>Διάγραμμα 18:</i> Βαθμός Ικανοποίησης	67
<i>Διάγραμμα 19:</i> Συνάρτηση ολικής ικανοποίησης, δείκτης ικανοποίησης	68
<i>Διάγραμμα 20:</i> Διάγραμμα Δράσης	69

<i>Διάγραμμα 21 : Διάγραμμα Βελτίωσης</i>	70
---	----

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	ΣΕΛΙΔΕΣ
<i>Γράφημα 1: Το μοντέλο Servqual</i>	30
<i>Γράφημα 2 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το φύλο</i>	48
<i>Γράφημα 3: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την οικονομική κατάσταση</i>	52
<i>Γράφημα 4 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ώρα προσέλευσης στο ακτινολογικό εργαστήριο</i>	55
<i>Γράφημα 5 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο</i>	56

ΠΙΝΑΚΕΣ	ΣΕΛΙΔΕΣ
<i>Πίνακας 1: Μονάδες ΠΦΥ (ΕΟΠΥΥ και ΕΣΥ) ανά την Ελλάδα</i>	15
<i>Πίνακας 2: Κριτήρια ικανοποίησης</i>	38
<i>Πίνακας 3: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ηλικία</i>	47
<i>Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το φύλο</i>	48
<i>Πίνακας 5: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με τον τόπος γέννησης</i>	49
<i>Πίνακας 6: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το μορφωτικό τους επίπεδο</i>	50
<i>Πίνακας 7: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ύπαρξη ασφάλειας</i>	51
<i>Πίνακας 8: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την οικονομική κατάσταση</i>	52
<i>Πίνακας 9: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την εργασιακή τους απασχόληση</i>	53
<i>Πίνακας 10: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την εξέταση που πραγματοποίησαν</i>	54
<i>Πίνακας 11: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ώρα προσέλευσης</i>	55
<i>Πίνακας 12: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο</i>	56

ΣΧΗΜΑΤΑ	ΣΕΛΙΔΕΣ
<i>Σχήμα 1:</i> Μοντέλο Oliver	31
<i>Σχήμα 2:</i> Τρία επίπεδα ποιότητας του Kano	32
<i>Σχήμα 3:</i> Το μοντέλο ACSI	33
<i>Σχήμα 4 :</i> Σύθεση Ολικής Ικανοποίησης	39
<i>Σχήμα 5 :</i> Διάγραμμα Δράσης	43
<i>Σχήμα 6 :</i> Διάγραμμα Βελτίωσης	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Έχουν περάσει 38 χρόνια από την Διακήρυξη της Alma-Ata για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο Καζακστάν το 1978 και στην οποία συμμετείχαν 134 έθνη (WHO,1978) όπου η έννοια της Υγείας προσδιορίστηκε εκ νέου αποκτώντας ολιστικό περιεχόμενο (Μπένος, 2000). Δεν ορίστηκε περιοριστικά ως μια κατάσταση κατά την οποία απουσιάζουν ασθενείς, αλλά ως ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, σύμφωνα με το οποίο ένας ζωντανός οργανισμός πρέπει να τελεί υπό πλήρη φυσική, διανοητική και κοινωνική ευεξία (WHO, 1978 :2) ανεξάρτητα από κοινωνικά, οικονομικά, θρησκευτικά ή φυλετικά χαρακτηριστικά (Μπένος,2000 ; Γιανασμίδης &Τσιαούση,2012).

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) ορίζεται η βασική φροντίδα υγείας η οποία στηρίζεται σε πρακτικές μεθόδους, επιστημονικά στέρεες και κοινωνικά αποδεκτές, ενώ είναι με την βοήθεια της τεχνολογίας καθολικά προσβάσιμη και οικονομικά προσιτή στους πολίτες μιας κοινωνίας, η οποία με την σειρά της οφείλει να συνδράμει στην ανάπτυξή της (WHO,1978 :3).

Η Διακήρυξη της Alma –Ata καθορίζει την Π.Φ.Υ. ως μέσο επίτευξης των τιθέμενων στόχων: εξάλειψη ανισοτήτων, οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, συμμετοχική λήψη αποφάσεων από την ευρύτερη κοινότητα και ικανοποίηση υγειονομικών αναγκών με επίκεντρο την πρόληψη και προαγωγή της υγείας .

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το κορμό κάθε συστήματος υγείας, όντας ταυτόχρονα και αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης κάθε τοπικής κοινωνίας.

Επίσης, η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο στάδιο επαφής του ατόμου και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας και αυτή η επαφή εδράζεται τόσο στην ενεργή συμμετοχή και εκπαίδευση των ατόμων σε θέματα υγείας αλλά και στην συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO,1978:4) η Π.Φ.Υ. εξελίσσεται με βάση τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικά - πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας ή της τοπικής κοινωνίας μέσα στην οποία εφαρμόζεται.

Στόχος της Π.Φ.Υ. είναι η κάλυψη των πραγματικών αναγκών φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ενός πληθυσμού που χαρακτηρίζεται από σαφώς ορισμένα κοινωνικά - οικονομικά χαρακτηριστικά εξασφαλίζοντας τέτοιου είδους υπηρεσίες οι οποίες προάγουν την υγεία αλλά και συμβάλλουν στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των ασθενών (WHO 1978 :4, Μπένος, 2000).

1.2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η πρώτη συγκροτημένη παρέμβαση για την ενιαία ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα υπό το πνεύμα των αρχών της Διακήρυξης της Alma – Ata πραγματοποιήθηκε με τον νόμο 1397/1983, σύμφωνα με τον οποίο η Ελλάδα αποκτά έναν Ενιαίο Φορέα Υγείας (Σίσκου 2008). Όπου η υγεία θεωρείται υπέρτατο αγαθό (Οικονόμου Χ, 2012).

Η ψήφιση του Ν.1397/83 περί «Εθνικού Συστήματος Υγείας», ως η πρώτη ριζική πολιτική άρσης των ανισοτήτων και εδραιωμένων αδικιών, αποτελεί σταθμό υγειονομικής μεταρρύθμισης στον ελληνικό υγειονομικό χώρο και σηματοδοτεί την έναρξη των αρχών αποκέντρωσης και συνέχειας της φροντίδας (Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας, 1985).

Κύριοι πυλώνες είναι η εξυπηρέτηση του κοινωνικού συμφέροντος, η εξάλειψη φαινομένων μη ισότιμης πρόσβασης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και η παροχή δωρεάν περίθαλψης (Μάρδας, 1993).

Η περίθαλψη των πολιτών γίνεται με δαπάνες του Δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, ενώ η κεντρική ευθύνη για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων Υγείας έχει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Κουρής et al , 2007).

Η υγειονομική περίθαλψη διακρίνεται σε :

- Εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια) που παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων.

Καταργούνται οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Κέντρα Υγείας, Πολυϊατρεία κ.ά.) που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή από το Δημόσιο, του Ο.Κ.Α., τους Ο.Τ.Α.(Άρθρο 16 § 1)

- Νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια) που παρέχεται από τα νοσοκομεία (Άρθρο 5 §1). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ένα Νοσοκομείο χαρακτηρίζεται Τριτοβάθμιο στο σύνολο του ή για επιμέρους τμήματα αυτού εφόσον διαθέτει αποδεδειγμένα την απαιτούμενη υλικοτεχνική υποδομή και επιστημονική υπεροχή και εξειδίκευση. (<http://www.voria.gr/article/tritobathmia-nosokomeia>).

Τριάντα τρία έτη μετά τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας παρόλο που ουδέποτε αμφισβητήθηκε ότι η ΠΦΥ αποτελεί τον κορμό του συστήματος υγείας, παρόλο που κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια προέβλεπε φιλόδοξες ρυθμίσεις για την ΠΦΥ και παρόλο που κάθε υπουργός υγείας υποτίθεται ότι έθετε ως προτεραιότητα την ανάπτυξη ενός λειτουργικού συστήματος ΠΦΥ, η πραγματικότητα είναι ότι οι όποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες έγιναν, έμειναν ημιτελείς και δεν διαπιστώνεται ισότιμη και καθολική κάλυψη των πολιτών και παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (Mossialos et al., 2005). Παρατηρούνται έντονες γραφειοκρατικές αγκυλώσεις, ασάφεια ρόλων μεταξύ διαφορετικών υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας και φαινόμενα έντονης παραοικονομίας με αύξηση των άμεσων πληρωμών του χρήστη (Γείτονα & Κυριόπουλος, 2000). Έτσι, ότι υπάρχει

δεν θυμίζει σχεδόν σε τίποτα ένα σύγχρονο σύστημα ΠΦΥ που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού.

1.3 ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ (Ι.Κ.Α.) ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ – Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μέχρι το 2011 το Ι.Κ.Α. είχε την ευθύνη της παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε 5,6 εκατομμύρια δικαιούχους σε ένα αποκεντρωμένο και πανελλαδικής κάλυψης δίκτυο 272 πολυιατρείων και υγειονομικών μονάδων με 8.280 ιατρούς και 3.573 νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό (Σταθακοπούλου, 2014).

Καθημερινά εξυπηρετούσε περισσότερα από 200.000 άτομα. Ο ρόλος του Ι.Κ.Α. ήταν διπλός. Πρώτον είχε την κύρια ευθύνη παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών και καταβολής συντάξεων και δεύτερον, είχε σαν στόχο να παράγει και να προσφέρει στους ασφαλισμένους του υπηρεσίες υγείας, πέραν εκείνων που αγοράζει από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, και συγκεκριμένα κλινική πρωτοβάθμια φροντίδα, διαγνωστικούς ελέγχους και μέρος της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το Ι.Κ.Α. είχε αναπτύξει ένα πολύ εκτεταμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καλύπτοντας ένα μεγάλο κενό στο δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και νοσοκομειακής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους του. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχονταν σε υγειονομικές μονάδες του Ι.Κ.Α. (νομαρχιακές, τοπικές, ιατρεία) στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ι.Κ.Α., καθώς και στα συμβεβλημένα με το Ι.Κ.Α. νοσοκομεία, κλινικές και διαγνωστικά κέντρα. Η δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη (νοσοκομειακή περίθαλψη) παρέχονταν πανελλαδικά από πέντε Νοσοκομεία του Ι.Κ.Α., από όλα τα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας και τις συμβεβλημένες με το Ι.Κ.Α. Ιδιωτικές Κλινικές.

1.4 Ο ΝΟΜΟΣ 3918/2011 ΠΕΡΙ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα προς την αναβάθμιση της Π.Φ.Υ. είναι ο Νόμος 3918/2011 για τις «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» ο οποίος προβλέπει την σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).

Στον Οργανισμό αυτό μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ.) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του Ι.Κ.Α. με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.), του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.), του Οίκου Ναύτου (Ο.Ν.), του Ταμείου Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω.) και του Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (Ε.Τ.Α.Α.).

Σκοπός της σύστασης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας και η εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των άμεσα ασφαλισμένων των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε..Ε., Ο.Π.Α.Δ., Οίκος Ναύτου, Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω. και Ε.Τ.Α.Α. καθώς και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, με στόχο την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας τους στους ασφαλισμένους (Άρθρο 17§2). Στόχος επίσης είναι η επίτευξη συνεργασίας ανάμεσα στους φορείς που συνιστούν το δίκτυο Π.Φ.Υ. με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων (Άρθρο 18 §1^β).

Το δίκτυο της Π.Φ.Υ. συνίσταται από τα παρακάτω :

- Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία του Ε.Σ.Υ.
- Μονάδες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης Ο.Τ.Α.
- Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. (Άρθρο 18 §1^β – 2).

Πίνακας 1

Μονάδες ΠΦΥ (ΕΟΠΥΥ και ΕΣΥ) ανά την Ελλάδα

Μονάδες ΠΦΥ	Ασφαλιστικά Ταμεία	Αριθμός Μονάδων
Πολυϊατρεία	ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	47 νομαρχιακές μονάδες
		53 τοπικές μονάδες
		219 αποκεντρωμένοι σχηματισμοί
		1 κέντρο προληπτικής ιατρικής
		2 κέντρα παιδοψυχιατρικής υγιεινής
		1 κέντρο ιατρικής της εργασίας
	Οίκος Ναύτου	2
	ΤΑΥΤΕΚΩ	9
	ΕΤΑΑ	1
	ΤΑΞΥ	1
Κέντρα Υγείας	Κέντρα Υγείας	210
	Κέντρα Υγείας αστικού τύπου	8
Σύνολο		545 σημεία ΠΦΥ

Πηγή: Κοντός και συν. (2013)

1.4.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ Π.Ε.Δ.Υ.

Η πρόσφατη υγειονομική μεταρρύθμιση σύστασης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Ν.4318/2011) ακολουθεί το πρότυπο του Ι.Κ.Α. καθώς διατηρεί ένα φάσμα δομών Π.Φ.Υ. που απευθύνεται κυρίως στις αστικές περιοχές.

Τα προβλήματα που έχουν καταγραφεί σχετικά με τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα και τόπο θεραπείας μακριά από τον τόπο κατοικίας (Athanasakis et al., 2012) φανερώνουν τα προκαλούμενα κενά από τη μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού στην παροχή φροντίδας και τη δυσαρμονική συνεργασία με ιατρούς ειδικότητας για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων προβλημάτων.

Με τη δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παρατηρείται ένα σύστημα οργάνωσης δύο ταχυτήτων καθώς οι μονάδες Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. υπάγονται στον οργανισμό και απολαμβάνουν μεγάλο βαθμό αυτονομίας ενώ τα κέντρα υγείας υπάγονται στα νοσοκομεία αναφοράς τους.

Ταυτόχρονα με την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και τη μεταφορά – μετεγκατάσταση των μονάδων της Π.Φ.Υ. είχε ως αποτέλεσμα τη συνέχιση των ελλείψεων ή επικαλύψεων του ήδη προϋπάρχοντος παθογενούς συστήματος.

Τόσο η παντελής απουσία ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των παρόχων και προμηθευτών υγείας όσο και η μηδαμινή μονοφωνιακή ισχύς του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τον καθιστούν ουσιαστικά «διαμεσολαβητή είσπραξης εσόδων και αποζημίωσης προμηθευτών» (ΕΣΔΥ, 2013α).

Χαρακτηριστική είναι η συνύπαρξη μη συντονισμένων δομών και φορέων Π.Φ.Υ. με σοβαρές ελλείψεις και κενά ή αλληλοεπικαλύψεις στη λειτουργία και την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Τα κενά της δημόσιας Π.Φ.Υ. συνετέλεσαν στην καλλιέργεια πρόσφορου εδάφους ανάπτυξης έντονης επενδυτικής δραστηριότητας στον ιδιωτικό τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Ελληνας, 2005).

1.5 Ο ΝΟΜΟΣ 4238/14 ΠΕΡΙ Π.Ε.Δ.Υ.

Η πιο πρόσφατη νομοθετική παρέμβαση που αφορά την Π.Φ.Υ. είναι ο Νόμος 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις» ο οποίος προβλέπει την δημιουργία ενός καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) το οποίο αποτελεί μέρος του Ε.Σ.Υ. (Άρθρο 1 §2- 3).

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας παρέχοντας ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγή και φροντίδας της υγείας τους (Άρθρο 1 §4).

Οι δομές παροχής Π.Φ.Υ. είναι τόσο Δημόσιες όσο και Ιδιωτικές.

Στις Δημόσιες περιλαμβάνονται τα παρακάτω :

- Κέντρα Υγείας και αποκεντρωμένες μονάδες (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) (Άρθρο 2 §2).
- Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Άρθρο 2 §3).

Στις Ιδιωτικές περιλαμβάνονται τα παρακάτω :

- Ιδιωτικά Ιατρεία και Οδοντιατρεία
- Ιδιωτικά Πολύ-ιατρεία και Πολύ-οδοντιατρεία

- Ιδιωτικά Διαγνωστικά Εργαστήρια
- Ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικής Ιατρικής και αποκατάστασης. (Νόμος 3846/2010 Άρθρο 13).

Το Π.Ε.Δ.Υ. αποτελεί πια την υγειονομική ομπρέλα των ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αλλά και ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας με καθολική πρόσβαση όλων στις δομές του.

Ο φορέας αγοράζει υπηρεσίες Υγείας από το Ε.Σ.Υ. ή από τους ιδιώτες της Υγείας και τις παρέχει στους ασφαλισμένους του.

Τα Κέντρα Υγείας και Πολυιατρεία πια θα αποτελούν τον βασικό κορμό του Π.Ε.Δ.Υ., ενώ κομβικό ρόλο θα έχει ο οικογενειακός γιατρός.

Ο οικογενειακός γιατρός είναι ο καθ' ύλην αρμόδιος να εξετάζει τους ασφαλισμένους στα αστικά κέντρα, κάτι ανάλογο με τον αγροτικό γιατρό της περιφέρειας. Θα παρακολουθεί συγκεκριμένο αριθμό πολιτών/ασφαλισμένων ανά περιοχή και θα χρεωθεί με τον ηλεκτρονικό τους φάκελο.

Εκτιμάται ότι θα χρειαστούν περί τους 3.000 οικογενειακούς γιατρούς, που θα προέρχονται είτε από τα Πολυιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., είτε από τα Κέντρα Υγείας, είτε θα είναι ιδιώτες συμβεβλημένοι με τον νέο φορέα.

Οι βασικοί άξονες πάντως στους οποίους έχει στηριχτεί το νέο «οικοδόμημα» του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι οι εξής:

- Ο νέος φορέας να αποτελέσει μια ισχυρή οικονομική και διοικητική οντότητα, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, επιλύοντας τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν την πρώτη περίοδο της λειτουργίας του.
- Ενίσχυση της οικονομικής του αποτελεσματικότητας, αντιμετωπίζοντας άμεσα την προκλητή ζήτηση και την υπερκοστολόγηση, κυρίως στους τομείς του φαρμάκου και των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Θα υπάρξει Επιτροπή Διαπραγμάτευσης, η οποία θα διαπραγματεύεται με όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας συμφωνίες τιμής – όγκου και εκπτώσεις.
- Θα διενεργείται οικονομικός και ειδικός κλινικός έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους υγείας.
- Αναμόρφωση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.).

1.5.1. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ (Υ.Πε.)

Η σύσταση των Υγειονομικών Περιφερειών, αποτελεί τη μετουσίωση των πολυετών προσπαθειών για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας ευέλικτο και σταθερό, το οποίο μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα, έγκαιρα και αποτελεσματικά στις ανάγκες των Ελλήνων πολιτών της Περιφέρειας.

Σήμερα, η αποστολή και ρόλος της Υγειονομικής Περιφέρειας, καθορίζεται από τον Ν. Ν.3527/2007. Σύμφωνα με αυτόν, η αποστολή και ο ρόλος της Υ.Πε είναι:

ι). Ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ως φορείς Παροχής Υπηρεσιών υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται:

- Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής φροντίδας
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης
- Λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημοσίου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

ii). Η υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της περιφέρειάς τους.

iii). Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.). Στόχος της Υ.Πε, είναι να ενσωματώνουν τις αρχές της ισότητας, αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και "ανταποκρισιμότητας", με σκοπό την γενική βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού λαμβάνοντας δράσεις για την μείωση της νοσηρότητας, της βρεφικής θνησιμότητας, την βελτίωση της υγείας του παιδικού πληθυσμού αλλά και κυρίως θεσπίζοντας προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας.

Αυτή τη στιγμή υπάρχουν 7 Υγειονομικές περιφέρειες (Υ.Πε).

Η 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, προήλθε σύμφωνα με τον Ν3527/2007, έχει έδρα την Αθήνα και ασκεί τις αρμοδιότητές της στα γεωγραφικά όρια της Κεντρικής και Ανατολικής Αττικής. Περιλαμβάνει 22 Μονάδες Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), 23 Τοπικά Ιατρεία, 15 Περιφερειακά Ιατρεία, 9 Κέντρα Υγείας, 1 Κέντρο Διάγνωσης & Ιατρικής της Εργασίας, 1 Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής, 4 Πολυϊατρεία, 25 Νοσοκομεία και 16 Ψυχιατρικές Δομές.

Η 2η ΥΠΕ Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου καλύπτει γεωγραφικά όρια της Δυτ. Αττικής και του Πειραιά (όρια πρώην Γ' Υγειονομικής Περιφέρειας), καθώς και των Περιφερειών Β. και Ν. Αιγαίου και φέρει σήμερα την ευθύνη για τον συντονισμό και εξειδίκευση της πολιτικής Υγείας στην περιοχή αναφοράς της και ταυτόχρονα ασκεί την εποπτεία, τον συντονισμό και τον έλεγχο της λειτουργίας είκοσι δύο (22) Νοσοκομείων, τριάντα δύο (32) Κέντρων Υγείας και εκατόν τριάντα επτά (137) Περιφερειακών Ιατρείων. Παράλληλα στην 2η ΥΠΕ εντάσσονται ψυχιατρικές δομές, καθώς και δομές κοινωνικής φροντίδας.

Η 2^η Υγειονομική Περιφέρεια, έχει την ευθύνη για το 11% του πληθυσμού της χώρας και περιλαμβάνει το 15,3% των νοσοκομείων, το 12,7% των Κέντρων Υγείας και το 9,55% των Περιφερειακών Ιατρείων της ελληνικής επικράτειας. Η 2^η ΥΠΕ, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ΥΠΕ, και λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας της, διαθέτει τον 3^ο μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομείων, με σχετικά χαμηλό πληθυσμό ευθύνης (5^ο). Ο δείκτης πληθυσμός/νοσοκομείο προσεγγίζει τα 61.281 άτομα που αποτελεί τη 3^η χαμηλότερη τιμή μετά την 3^η (41.581) και την 6^η ΥΠΕ (61.162).

Στην 3η ΥΠΕ Μακεδονίας ανήκουν 14 Νοσοκομεία, 2 Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, 34 Μονάδες Υγείας, 17 Κέντρα Υγείας, 1 Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου και 4 Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Στην 4^η ΥΠε Μακεδονίας & Θράκης έχει την εποπτεία για 16 Νοσοκομεία, 10 Μονάδες Υγείας και 37 Κέντρα Υγείας.

Η 5η Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.ΠΕ.) Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Σκοπός της η ενιαία διοίκηση, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Θεσσαλία και τη Στερεά Ελλάδα.

Η αρμοδιότητα της 5ης Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας συμπίπτει με τα διοικητικά όρια των δύο Περιφερειών. Οι εποπτευόμενοι Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι 13 Νοσοκομεία, 33 Κέντρα Υγείας, 282 Περιφερειακά Ιατρεία, 14 Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και 4 Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Στην έδρα της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου, Ηπείρου, Ιονίων Νήσων και Δυτικής Ελλάδας ανήκουν 67 Κέντρα Υγείας, 20 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, 506 Περιφερειακά Ιατρεία, 27 Νοσοκομειακές Μονάδες και 11 Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Η Διοίκηση της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας, έχει υπό την εποπτεία της όλο το υγειονομικό σύστημα της Κρήτης που αποτελείται από 8 Νοσοκομεία, 3 Μονάδες Υγείας, 17 Κέντρα Υγείας και 129 Περιφερειακά Ιατρεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ- ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Στην σύγχρονη κοινωνία το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις παγκοσμίως είναι ιδιαίτερος ανταγωνιστικό. Ο καταναλωτής – πελάτης μπορεί να επιλέξει οποιοδήποτε αγαθό ή προϊόν προτιμά . Οι επιχειρήσεις, που ανταγωνίζονται, οφείλουν να έχουν εκείνα τα στοιχεία που να τις διαφοροποιούν από τους ανταγωνιστές τους και να κατορθώσουν να είναι ανταγωνιστικές και να προσελκύσουν τον καταναλωτή.

Ο σημερινός καταναλωτής θεωρεί το πλέον σημαντικό κριτήριο για την επιλογή του προϊόντος – αγαθού το θέμα της ποιότητας. Το γεγονός αυτό οδήγησε πολλές επιχειρήσεις στην υιοθέτηση της ποιότητας, καθώς αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο για τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών.

Οι επιχειρήσεις έχοντας ως στόχο την ποιότητα, καταφέρνουν να είναι ανταγωνιστικές. Μειώνοντας το κόστος παραγωγής και αυξάνοντας την παραγωγικότητά τους, βελτιώνουν και την αποδοτικότητά τους. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ικανοποίηση των πελατών είναι συνυφασμένη με την ποιότητα.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως η ποιότητα θα πρέπει να οριστεί σαν μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών.

Ο W. Edwards Deming (1981) θεωρεί την ποιότητα ως: «έναν ατελείωτο κύκλο συνεχούς βελτίωσης». Η ποιότητα για ένα είδος (προϊόν/ υπηρεσία) είναι η προβλέψιμη ομοιομορφία και αξιοπιστία του σε χαμηλό κόστος και η καταλληλότητά του για την αγορά. Σύμφωνα με αυτή την μέθοδο, πριν εφαρμοστεί μια διαδικασία σχεδιάζεται, εκτελείται, μελετώνται τα αποτελέσματα και γίνονται οι ανάλογες ενέργειες για να προχωρήσουμε σε νέο κύκλο βελτίωσης.

Ο Juran (1988), ορίζει την ποιότητα από την πλευρά του καταναλωτή ως: «το βαθμό στον οποίον δεδομένο προϊόν (ή υπηρεσία) ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη» θεωρεί δηλαδή ότι ο απώτερος και μοναδικός στόχος του

οργανισμού είναι η απόλυτη ικανοποίηση των πελατών και πως η έννοια της ποιότητας είναι απόλυτα συνυφασμένη με την «καταλληλότητα για χρήση»

Αντίστοιχα ο Crosby (1989), αναφέρει: «η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη».

Σύμφωνα με τους Evans & Lindsay (1996) ποιότητα είναι «ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη».

Από την άλλη πλευρά ο Τσιότρας (1995) αναφέρει ότι για να χαρακτηριστεί ένα προϊόν ποιοτικό θα πρέπει:

- Τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας να ικανοποιούν πλήρως ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες του πελάτη.
- Τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας να πληρούν τις προδιαγραφές.
- Το σύνολο των ιδιοτήτων και στοιχείων του μάρκετινγκ, της κατασκευής, της παραγωγής και της συντήρησης, να συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις του πελάτη.

Σύμφωνα με τον Ζαβλανό (2006), για να βελτιωθεί η ποιότητα της εργασίας πρέπει να οριστεί με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να σημαίνει το ίδιο για τον καθένα. Συνεπώς, η ποιότητα είναι υπόθεση όλων των ατόμων που εργάζονται σε έναν οργανισμό. Έτσι, «Ολική Ποιότητα» είναι η συνεχής προσπάθεια όλων των ατόμων για βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών, έτσι ώστε να ικανοποιούν ή και να υπερβαίνουν τις προσδοκίες των πελατών.

Όπως συνέβη στην περίπτωση του ορισμού της ποιότητας έτσι και στην περίπτωση ορισμού της Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας δεν υπάρχει ομόφωνη γνώμη από τους συγγραφείς. Σχεδόν όλοι οι οργανισμοί την ορίζουν διαφορετικά ή χρησιμοποιούν άλλο όνομα από το TQM (Bounds, Yorks, Adams and Ranney, 1994). Ωστόσο όλοι συμφωνούν πως ο βασικός προσανατολισμός της Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας έχει να κάνει με την καλύτερη δυνατή ικανοποίηση των απαιτήσεων των εξωτερικών και εσωτερικών πελατών.

Η Ολική Ποιότητα σαν νέος τρόπος οργάνωσης των επιχειρήσεων, ξεκίνησε να εφαρμόζεται στην πράξη από το 1949, από την Ένωση Ιαπώνων Επιστημόνων οι οποίοι είχαν άμεσο στόχο τη βελτίωση της παραγωγικότητας. Το εν λόγω εγχείρημα επιχειρήθηκε και στις Η.Π.Α., με χρονική υστέρηση 30 περίπου χρόνων και συγκεκριμένα στη δεκαετία του 1980. Λίγο αργότερα άρχισε να εφαρμόζεται και στην Ευρώπη.

Ένας από τους πιο ευρέως αποδεκτούς ορισμούς, είναι αυτός που διατυπώθηκε από τους συμμετέχοντες στο Forum Ολικής Ποιότητας, όπου συγκεντρώνονται ακαδημαϊκοί ηγέτες και επιχειρηματίες. Μια ομάδα μελέτης που έλαβε μέρος στο Forum Ολικής Ποιότητας το 1992 όρισε τη ΔΟΠ ως εξής:

«Ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα διοίκησης που στοχεύει σε συνεχή αύξηση της ικανοποίησης του πελάτη με συνεχώς μικρότερο πραγματικό κόστος. Η Ολική Ποιότητα είναι μία προσέγγιση ολικού συστήματος (όχι ένα ξεχωριστό πρόγραμμα) και αναπόσπαστο κομμάτι στρατηγικής υψηλού επιπέδου. Εκτείνεται

οριζόντια ανάμεσα στα τμήματα και τις διευθύνσεις, εμπλέκοντας όλους τους εργαζόμενους, από πάνω προς τα κάτω, κι εκτείνεται πίσω και μπροστά για να συμπεριλάβει την αλυσίδα των προμηθευτών και την αλυσίδα των πελατών»

Καλείται «Ολική» γιατί προτείνει την εμπλοκή όλων των συντελεστών της επιχείρησης και η ποιότητα αφορά όλους (ακόμη και τους προμηθευτές) και όλες τις δραστηριότητες του οργανισμού και «Ποιότητα», γιατί θέτει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της επιχείρησης, όχι το κέρδος με τη στενή έννοια του όρου, αλλά την ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών, σεβόμενη ως εκ τούτου τον πελάτη.

2.2 ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ – ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Ως προϊόν δεν ορίζεται μόνο το υλικό αγαθό, αλλά και η υπηρεσία. Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η προσφορά άυλων αγαθών όπως η πληροφορία και η γνώση. Η κυβέρνηση των Η.Π.Α. ορίζει τους οργανισμούς υγείας ως αυτούς που ασχολούνται πρωταρχικά με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα, σε επιχειρήσεις και σε άλλους οργανισμούς, περιλαμβάνοντας ξενοδοχεία και άλλα μέρη καταλυμάτων, υπηρεσίες υγείας, νομικές, μηχανικές και άλλες επαγγελματικές υπηρεσίες, εκπαίδευση, σωματεία και άλλες υπηρεσίες. (Azzolini and Shillader, 1993).

Η παροχή υπηρεσιών διαφέρει αισθητά από την παραγωγή αγαθών. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι οι ακόλουθες : (Skordi, 1998)

- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε και να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε. Η έλλειψη υλικής υπόστασης έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η επιθεώρηση των διαδικασιών.
- Μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσης των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος. Καταναλώνονται αμέσως μόλις παραχθούν χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσης τους καθώς και η δυνατότητα διόρθωσης λαθών.
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου. Δηλαδή, η επιτυχία της παραγωγής τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει σε αυτή.
- Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στον πελάτη και στις απαιτήσεις του. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση πελάτη και εργαζομένου είναι απαραίτητη για την παραγωγή της βέλτιστης υπηρεσίας.
- Τέλος, οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του.

2.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με την έννοια «ποιότητα στον κλάδο της υγείας» αναφερόμαστε στην παροχή της βέλτιστης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να μπορεί ο ασθενής να έχει αυτό που χρειάζεται, στο σωστό χρόνο, επιτυγχάνοντας έτσι το βέλτιστο αποτέλεσμα. Επομένως, η ποιότητα στην υγεία από την οπτική των ασθενών

περιλαμβάνει τη δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρονικό διάστημα. Από την πλευρά της διοίκησης, η ποιότητα περιλαμβάνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων.

Ένας απόλυτος ορισμός της ποιότητας είναι δύσκολο να δοθεί διότι οι πάροχοι και οι καταναλωτές αντιλαμβάνονται την ποιότητα διαφορετικά (Turner & Pol, 1995).

Ο κλασικός ορισμός που διατύπωσε ο Donabedian (1980), σχετίζει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας με τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, στη βάση των ωφελειών και των ζημιών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους σημεία της.

Ο Thompson θεωρεί ότι η ποιότητα έχει να κάνει με το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, έτσι ώστε να μπορεί να λαμβάνει αποτελεσματικές υπηρεσίες με το πιο λογικό κόστος (Tavana et al, 2003).

Οι πρώτοι που όρισαν τις διαστάσεις της ποιότητας ήταν οι Abdellah και Levine (1965) και αναφέρθηκαν στην επάρκεια των εγκαταστάσεων, τις επαγγελματικές ικανότητες του προσωπικού, την αποτελεσματικότητα των διοικήσεων και τέλος την φροντίδα του ασθενή.

Το 1975 η Risser παρέθεσε τις εξής διαστάσεις των υπηρεσιών της υγείας: το κόστος, την άνεση, τα προσωπικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας και την ποιότητα της διαπροσωπικής σχέσης επαγγελματιών υγείας και ασθενών.

Στην συνέχεια οι Ware et al. (1983) αναφέρουν τις οχτώ διαστάσεις της ποιότητας: Διαπροσωπικές σχέσεις ασθενών και ιατρών, ποιότητα της φροντίδας, προσβασιμότητα, κόστος, αποτελέσματα της φροντίδας για την υγεία του ασθενούς, συνέχεια στην φροντίδα, το περιβάλλον στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και τέλος η διαθεσιμότητα του προσωπικού και των δομών.

Οι Parasuraman et al. (1985) καταλήγουν ότι οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι οι ακόλουθες: αξιοπιστία, ανταπόκριση, ασφάλεια, ακρίβεια και μοναδικότητα

Από την άλλη πλευρά οι ιατροί και οι νοσηλευτές ορίζουν την ποιότητα διαφορετικά από τους ασθενείς (Backhouse & Brown, 2000; Donabedian, 1980; Licata, Mowen & Chakraborty, 1995; Oermann and Templin, 2000, Williams, 1998; Stichler and Weiss, 2000).

Για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές η ποιότητα αναφέρεται στο πόσο καλά φέρονται στους ασθενείς (Donabedian, 1980)

Οι ασθενείς δίνουν μεγάλη βαρύτητα στις διαπροσωπικές διαστάσεις της φροντίδας τους (Donabedian, 1980; Stichler and Weiss, 2000)

Γι' αυτούς ένδειξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί η εμφάνιση του περιβάλλοντος και των εργαζομένων, η αξιοπιστία, η μεταβλητότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η προσπάθεια για κατανόηση του ασθενούς, η πρόσβαση, η ευγένεια, η επικοινωνία, η αξιοπιστία και η ασφάλεια (Stichler and Weiss, 2000)

Σε μία μελέτη ο Hill and Garner (1991) παρέθεσαν 19 κριτήρια τα οποία οι ασθενείς θεώρησαν σημαντικά κατά την επιλογή του παρόχου υπηρεσιών υγείας.

Ο παράγοντας με την πιο υψηλή βαθμολογία ήταν οι γνώσεις του ιατρού καθώς και ο τρόπος με τον οποίο αυτός αλληλεπιδρούσε με τον ασθενή.

Επιπλέον οι κρίσεις των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας βασίζονται και στο βαθμό ανταπόκρισης των παρόχων στις μοναδικές τους ανάγκες (Bendall-Lyon, Powers and Swan,2001;Donabedian,1980;Perucca,2001).

Η σχέση ιατρού – ασθενή είναι καθοριστικής σημασίας για την συνολική εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας (Peltier, Schibrowsky and Cochram,2002;Yucelt,1994).

Επιπρόσθετα

Η σχέση ιατρού – ασθενή επηρεάζεται από την αντιλαμβανόμενη ιατρική κατάρτιση (Nowak and Washburn,1998;Hill and Garner,1991), την ικανοποίηση με την φροντίδα που παρέχεται (Baker and Taylor,1997) του σεβασμού προς τον χρήστη (Nitse and Rushing, 1996) του επιπέδου ψυχολογικής άνεσης που έχει ο ασθενής με τον ιατρό του (Spake et al, 2003).

Έχει βρεθεί ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών συσχετίζεται ισχυρά με την νοσηλευτική φροντίδα (Atkins, Marshall and Juvalgi,1996; Perucca,2001)

Για παράδειγμα οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα της φροντίδας από το κατά πόσο οι νοσηλευτές δείχνουν σεβασμό και φιλικότητα προς αυτούς.

Η ποιότητα προσδιορίζεται με βάση το βαθμό ανταπόκρισης σε προκαθορισμένα κριτήρια που σχετίζονται με το επιθυμητό επίπεδο (Αλεξιάδης και συν,1999). Τα κριτήρια αυτά ποικίλουν, αλλά τα πιο βασικά είναι η προσπελασιμότητα, η ισότητα στις παροχές υγείας, η κοινωνική αποδοχή από την πλευρά του πελάτη, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα (Joy et al., 1992).

Γενικότερα ως διαστάσεις του προϊόντος χαρακτηρίζονται η απόδοση (ανταπόκριση στη χρήση), η αξιοπιστία, η διάρκεια, η επισκευή, η αισθητική, η αντιληπτική ικανότητα, τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά (που προσελκύουν τον πελάτη) και η συμφωνία (με τα πρότυπα). Ως διαστάσεις υπηρεσιών χαρακτηρίζονται το φυσικό περιβάλλον (ευχάριστο, εμφάνιση εργαζομένων), η διασφάλιση (ικανότητα, ευγένεια, αξιοπιστία, ασφάλεια), η κατανόηση (πρόσβαση, επικοινωνία, ταύτιση με τον πελάτη), η ανταπόκριση (εξυπηρέτηση) και η επαγγελματική πίστη (εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια).

2.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μια γενικότερη προσέγγιση συνδέει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών. Η απαίτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας, οι οποίες να καλύπτουν τις προσδοκίες των χρηστών τους, οδήγησε σε ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την εκτίμηση της γνώμης τους, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης τους. Οι ασθενείς, εκφράζοντας την άποψη τους για τις υπηρεσίες που βίωσαν, αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας υγείας που έλαβαν σύμφωνα με το βαθμό κάλυψης των προσδοκιών τους.

Ενώ η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Στη συνέχεια παρατίθενται μια σειρά ορισμών που δόθηκαν σε διαφορετικές χρονικές περιόδου

και ουσιαστικά αφορούσαν το σύνολο των πλευρών της ικανοποίησης των ασθενών.

Ένας σαφής ορισμός διατυπώθηκε από τον A. Donabedian (1980), που είναι από τους πρώτους που εργάστηκε για την ικανοποίηση του ασθενούς, και την όρισε ως τον δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian, η ικανοποίηση του ασθενούς θεωρείται ως ένας από τους στόχους της παροχής περίθαλψης. Αποτύπωση της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας μπορεί να αποτελεί επίσης η κρίση του ασθενή για την ποιότητα της περίθαλψης και όλων των παραμέτρων της.

Το 1982, η Linder - Pelz όρισε την ικανοποίηση ως τη θετική αξιολόγηση διακριτών παραμέτρων του υγειονομικού συστήματος από τον ίδιο τον ασθενή. Η ερευνήτρια όρισε πέντε βασικές διαστάσεις (προσδοκία, χρησιμότητα, δικαίωμα, συμβάν, συγκρίσεις) που πρέπει να συνυπολογίζονται προκειμένου να προσδιοριστεί η ικανοποίηση.

Οι Ware et al (1983) υποστηρίζουν πως οι εκτιμήσεις της ικανοποίησης είναι υποκειμενικές. Η υποκειμενικότητα αυτή είναι η μοναδική δύναμη των εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης.

Κατά τον Pascoe (1983) η ικανοποίηση του ασθενούς ορίζεται ως η αντίδρασή του κατά την διάρκεια της υγειονομικής του περίθαλψης, μέσα από τις εμπειρίες του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή χαρακτηρίζεται από μοναδικότητα.

Ο Petersen το 1988, υποστήριξε ότι η ικανοποίηση είναι μία γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο του παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ίδιος να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Όταν ο Cleary & McNeil (1988) εξετάζοντας την σχέση μεταξύ ποιότητας και ικανοποίησης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η προσωπική φροντίδα, οι καλές επικοινωνιακές ικανότητες και η συναισθηματική ανάμιξη οδηγούν σε υψηλότερη ικανοποίηση του ασθενή.

Σύμφωνα με τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αναγκών, των αναμενόμενων προσδοκιών και της εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας.

Ο Johnston (1995) αναφέρεται στην συνολική ικανοποίηση ως το αποτέλεσμα της ικανοποίησης από μια σειρά αλληλεπιδράσεων που συμβαίνουν κατά την διάρκεια μιας υπηρεσίας. Ο ορισμός αυτός κατευθύνει την έννοια της ικανοποίησης στην διαδικασία παροχής ιατρικής φροντίδας μακριά από την κλασική άποψη κατά την οποία τα ιατρικά αποτελέσματα είναι ο μοναδικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενούς.

Επιχειρώντας ένα σφαιρικό ορισμό της ικανοποίησης του ασθενούς οφείλουμε να θεωρήσουμε δυο παραμέτρους :

- Τα ερεθίσματα και τη χρησιμότητα της κριτικής και τις αντιδράσεις. Ο ασθενής όταν εισέρχεται σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας έρχεται σε άμεση επαφή με πλήθος ερεθισμάτων. Καθώς παρατηρεί τα ερεθίσματα αυτά ανταποκρίνεται σε αυτά κάνοντας συνειδητές ή ασυνειδητές κρίσεις. Η χρησιμότητα των κρίσεων που αποδίδει στα

ερεθίσματα αντιπροσωπεύει το πρώτο στοιχείο της ικανοποίησης που οι μελετητές επιθυμούν να μετρήσουν.

- Οι ατομικές διαφορές και τα αποτελέσματα. Οι χρήστες αντιλαμβάνονται μια υπηρεσία σε σχέση με το τι θα ήθελαν να λάβουν από την υπηρεσία καθώς και τι αισθάνονται ότι θα έπρεπε να λαμβάνουν υπό φυσιολογικές συνθήκες. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστούν οι διαφορές που προκύπτουν από άτομο σε άτομο μιας και οι απαιτήσεις και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά είναι ξεχωριστά για κάθε άτομο.

Συμπερασματικά η ικανοποίηση του ασθενούς μέσα στα πλαίσια προσπάθειας ορισμού της είναι μια δυναμική λειτουργία που αφορά τη σχέση μεταξύ των ερεθισμάτων, των προσωπικών εκτιμήσεων, αντιδράσεων και ατομικών διαφορών.

2.5 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

- Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας.
- Οι σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς. Η σωστή σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας επιτυγχάνεται με τη σωστή εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας. Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων σε μια υπηρεσία υγείας είναι μεγάλη. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία μεταξύ των ατόμων που απαρτίζουν το προσωπικό είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων και την επίτευξη της ποιότητας. (Τσελέπη, 2000)
- Ο Straser τοποθετεί τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, το επάγγελμα, η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση σε υψηλή θέση ως προς το βαθμό επηρεασμού της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα. Κατ' επέκταση, εάν η επιλογή των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή, φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής. (Ραφτόπουλος, 2002).

Έρευνες έχουν δείξει πως υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ασθενών τα οποία σχετίζονται άμεσα με τον βαθμό ικανοποίησής τους (Tucker,2002).

Οι Fitzpatrick, Fox και Storms (1981) υποστηρίζουν ότι η ηλικία είναι ο παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Σε αντίθεση όμως με αυτή την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση .

Ο παράγοντας που αφορά το φύλο όπως προκύπτει σε μερικές έρευνες φαίνεται να μην συσχετίζεται με την ικανοποίηση, ωστόσο μια σειρά άλλων μελετών υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση και ότι οι άνδρες είναι συνολικά

περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ το τρίτο αποτέλεσμα υποστηρίζει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες.

Οι Hall και Dornan θεωρούν την κοινωνική θέση του ασθενή ως τον σημαντικότερο ίσως παράγοντα, και υποστηρίζουν ότι παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που φαίνεται να ισχύει καθώς έρευνες έδειξαν ότι οι ευκατάστατοι λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία και είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις τους στους ιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Οι Khayat και Salter ενίσχυσαν αυτή την άποψη, καθώς ανακάλυψαν και αυτοί συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της ικανοποίησης (Ραφτόπουλος, 2002)

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι Anderson και Zimmerman υποστηρίζουν ότι είναι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών (Ραφτόπουλος, 2002).

Ασθενείς χαμηλότερου μορφωτικά επιπέδου αξιολογούν με λιγότερα αυστηρά κριτήρια την ιατρική φροντίδα και περίθαλψη που λαμβάνουν και κατά συνέπεια ο βαθμός συνολικής ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι υψηλότερος (Hui – Ching,2006).

Τα τελευταία χρόνια επικρατεί η τάση ο ασθενής να διαχειρίζεται την ασθένεια και τη φροντίδα υγείας του ολοένα και περισσότερο. Πλέον ο ρόλος του ασθενή γίνεται πιο ενεργητικός και πιο ισχυρός. Ο ασθενής από δέκτης ιατρικής φροντίδας μετατρέπεται σε καταναλωτή ιατρικής φροντίδας. Σύμφωνα με την έρευνα H&HN research (2006) ο ασθενής, σήμερα, όντας καλύτερα ενημερωμένος για τα προβλήματα υγείας του, μέσω της πρόσβασης στο διαδίκτυο, άλλα και σε άλλα μέσα ενημέρωσης, ενδυναμώνει τη θέση του και παρουσιάζει την ανάγκη να συμμετέχει και να παίρνει αποφάσεις για τη φροντίδα της υγείας του προσμένοντας ταυτόχρονα σε θετική εξέλιξή της.

Τόσο ο ασθενής όσο και ο ιατρός, ακολουθούν ποικίλες στρατηγικές ελέγχου με τον ασθενή να επιμένει στον έλεγχο.

Σημαντικό για τον σύγχρονο ασθενή αποτελεί η επικοινωνία με τον ιατρό όπου αναζητά την συναισθηματική ανάμιξη.

2.6 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι χρήσιμη ώστε να συλλεχθούν πληροφορίες και να αναδειχθούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση στην ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν θα πρέπει να αποτελεί απλά ένα μέτρο για την ποιότητα, αλλά θα πρέπει να είναι ο σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης. Το αποτέλεσμα αυτό προκύπτει από έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες, οι

ικανοποιημένοι ασθενείς αναρρώνουν ταχύτερα και νοσηλεύονται για μικρότερο χρονικό διάστημα από αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι. Ακόμη και η διαδικασία της έρευνας για τη μέτρηση της ικανοποίησης έχει θετικά αποτελέσματα, αφού έχει αποδειχτεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους.

Τόσον ο ορισμός για την ικανοποίηση των ασθενών όσον και η μέτρηση της είναι αναμφισβήτητα δύσκολες και προβληματικές διαδικασίες.

Η κυριότερη αιτία έγκειται στο γεγονός ότι μεταξύ των ανθρώπων υπάρχει ανομοιομορφία τόσο στη βασική τους εκπαίδευση και ενημέρωση για τον τομέα της υγείας, όσο και στον τρόπο με τον οποίο ο καθένας κρίνει ότι μια κατάσταση χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης (Suchman 1965).

Επιπλέον, οι απαιτήσεις του καθενός από ένα υγειονομικό σύστημα αλλά και οι προσδοκίες του από τη συναναστροφή με το ιατρικό προσωπικό ποικίλλουν (Fox and Storms 1981).

Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται παγκοσμίως ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μελέτη και έρευνα της ικανοποίησης ασθενών, καθώς η μέτρηση της αποσκοπεί στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι ασθενείς ως τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας συμβάλλουν ώστε να συλλεχθούν πληροφορίες και να αναδειχθούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση στην ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων.

Σύμφωνα με τον Donabedian, η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σημαντική είναι και η διεξαγωγή ερευνών μέτρησης ικανοποίησης των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα, ώστε να αναπτύξει κύριες και υποστηρικτικές λειτουργίες που θα βελτιώσουν την θέση του στην αγορά. Αυτές οι μετρήσεις της ικανοποίησης μπορούν να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για την προσέλκυση πελατείας.

Οι ερευνητές και όσοι συμμετέχουν στη διαμόρφωση στρατηγικών υγείας ενδιαφέρονται τόσο για τη μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών, ως αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας σε συνάρτηση με το κόστος, όσο και για την επίδραση που έχει η ικανοποίηση στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Κι αυτό, επειδή ο ικανοποιημένος ασθενής είναι πιθανότερο να επιλέξει, εφόσον παρουσιαστεί η ανάγκη, τον ίδιο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

2.7 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Εκτός όμως από τα σημαντικά, θετικά οφέλη που έχει ο παράγοντας ικανοποίησης για τους ασθενείς (ταχύτερη ανάρρωση, μικρότερος χρόνος νοσηλείας), έχει σημαντικά οφέλη και για την ίδια την υγειονομική μονάδα, καθώς προσφέρει στη

Διοίκηση στοιχεία για να εκτιμήσει την αποδοτικότητα του προσωπικού, να την αξιολογήσει και να την επιβραβεύσει όταν χρειάζεται. Συγκεκριμένα, η ενσωμάτωση της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μέσα στο σύστημα εκτίμησης των προσπαθειών των εργαζομένων τους:

- Αυξάνει το πραγματικό μέγεθος της ικανοποίησης του ασθενή μέσα στον οργανισμό.
- Αυξάνει την υπευθυνότητα του εργαζομένου για επίδειξη υψηλών επιπέδων αποδοτικότητας πάνω στην ικανοποίηση του ασθενή.
- Προσφέρει στους διοικούντες ένα νέο τρόπο ανταμοιβής των εργαζομένων στο σύστημα νοσηλείας βασισμένο σε αντικειμενικά κριτήρια.
- Προσφέρει μια εναλλακτική λύση στην αντίληψη περί αποδοτικότητας στην εργασία. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας πάνω στα οποία στηρίζονται οι διοικήσεις των νοσοκομείων. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας και κατευθύνει το προσωπικό των νοσοκομείων να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. Επιπρόσθετα και μόνο το γεγονός, ότι το προσωπικό γνωρίζει, ότι οι υπηρεσίες του εκτιμώνται (ποιοτικά και ποσοτικά) από τον ικανοποιημένο ασθενή. Γεγονός που αυτό και μόνο συμβάλλει στην ανάταση του ηθικού του και της αποδοτικότητας του, σε μία εποχή που οι απαιτήσεις αυξάνουν. (Μερκούρης, 1996)
- Κατευθύνει το προσωπικό νοσηλείας - τόσο εντός όσο και εκτός κλινικής- να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. (Παπανικολάου, 1994).

Μερικά από τα σπουδαιότερα οφέλη των ποιοτικών φροντίδων και της ικανοποίησης του ασθενούς αναφέρονται παρακάτω:

- Υγειονομικά οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση, την μείωση του άλγους, την αποφυγή επιπλοκών, που παρατείνουν την νοσηλεία και εκτοξεύουν το κόστος. (Μερκούρης, 1996)
- Ψυχολογικά οφέλη από την ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση, μείωση του χρόνου νοσηλείας και σύμφωνα με μερικούς ερευνητές, όχι μόνο είναι προϋπόθεση μιας επιτυχημένης θεραπείας, αλλά εξισώνεται με αυτοθεραπεία. (Μερκούρης, 1996).

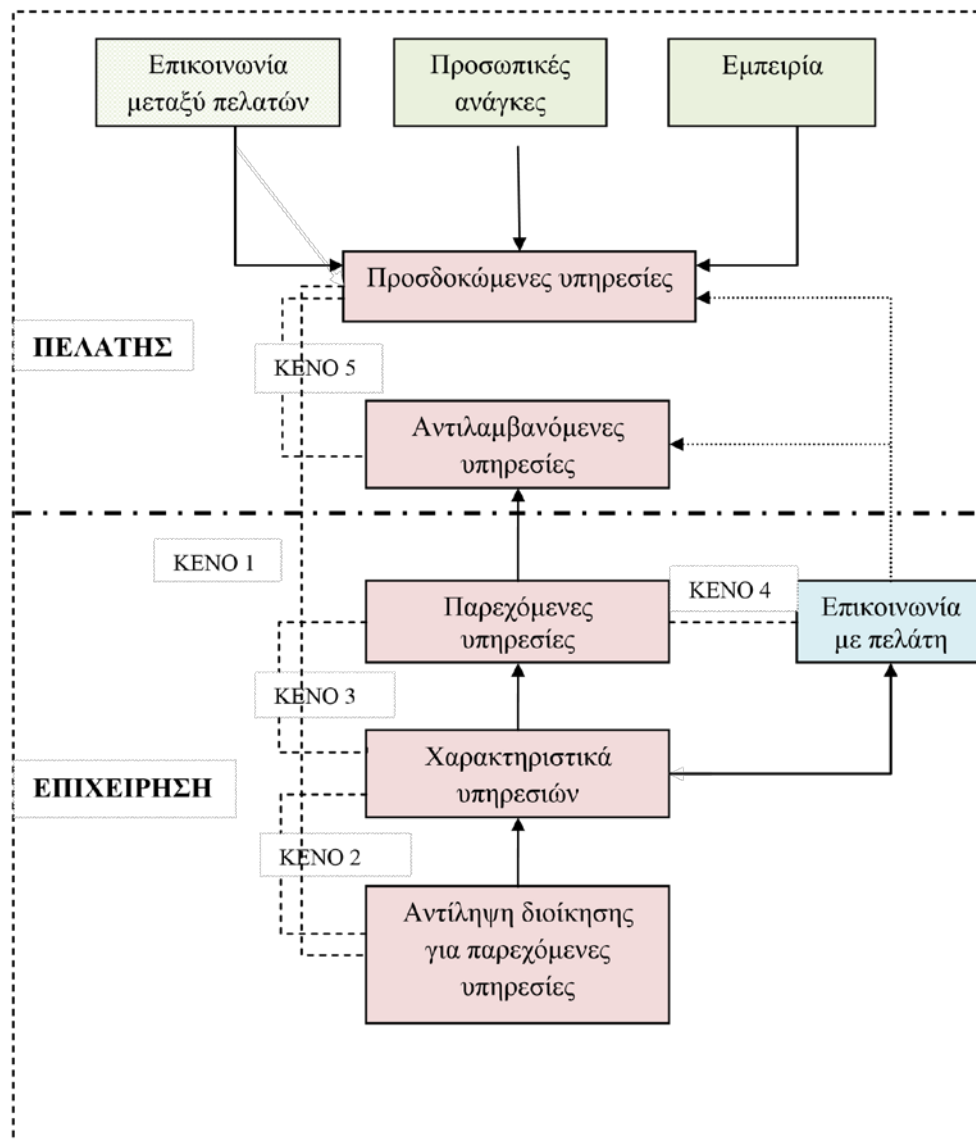
Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας κάθε συστήματος. Συγκεκριμένα, η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς σε ένα πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας, βελτιώνει το κλίμα στον οργανισμό, το ηθικό των εργαζομένων και συμβάλλει στην αναγνώριση των προσπαθειών που καταβάλλονται για την εξυπηρέτηση των αναγκών των ασθενών.

2.8 ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ορισμένα από τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών-ασθενών είναι :

Το μοντέλο Servqual

Το μοντέλο Servqual, αποτελεί μια γενική μέθοδο μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών ως διαφορά μεταξύ της απόδοσης που αναμένεται από τους πελάτες και της απόδοσης που δίνεται πραγματικά. Αυτή η διαφορά μετράει την ικανοποίηση των πελατών και παράλληλα παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις προοπτικές της παρεχόμενης υπηρεσίας στους χρήστες, τα επίπεδα απόδοσης της επιχείρησης όπως γίνονται αντιληπτά από τους πελάτες και τις προτάσεις πελατών. Η ιδιαιτερότητα του συγκεκριμένου μοντέλου έγκειται στο γεγονός ότι ο μοναδικός σχετικός παράγοντας για τον υπολογισμό της ποιότητας της υπηρεσίας είναι η αντίληψη των πελατών.

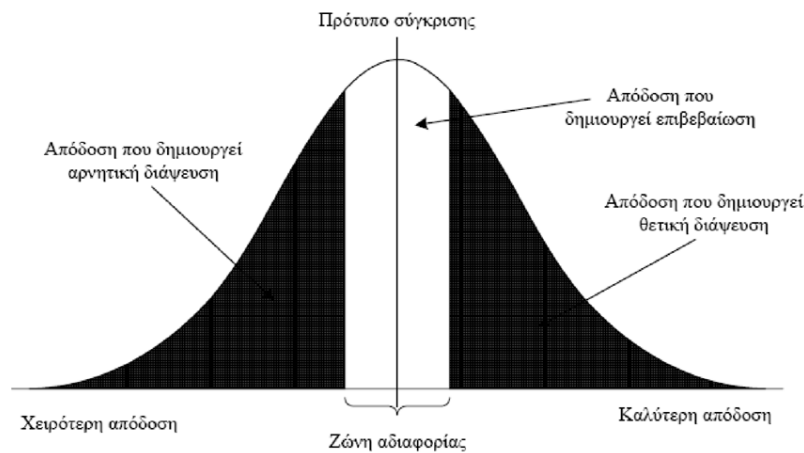
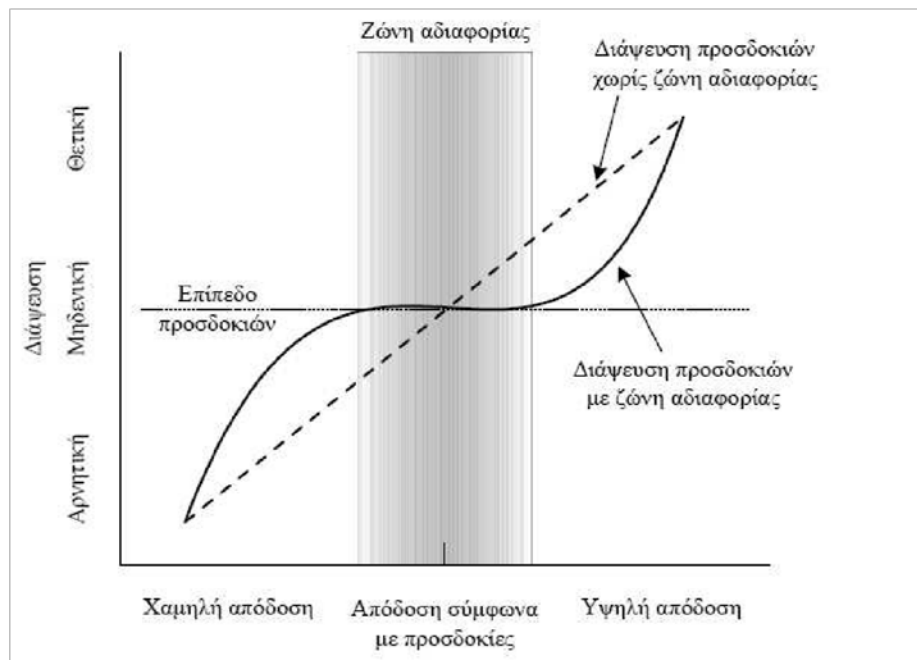


Πηγή : Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L.L., (1985)

Γράφημα 1 : Το μοντέλο Servqual

Το μοντέλο Oliver

Σύμφωνα με το μοντέλο του Oliver η ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως μια ευχάριστη μετά-αγοραστική εμπειρία από ένα προϊόν ή υπηρεσία, δεδομένης της προαγοραστικής προσδοκίας του πελάτη. Κυρίαρχο ρόλο στο συγκεκριμένο μοντέλο διαδραματίζει η διαδικασία σύγκρισης του πελάτη με βάση τις προσδοκίες του, για αυτό το συγκεκριμένο μοντέλο ονομάζεται και μοντέλο διάψευσης προσδοκίας. Η επιβεβαίωση ή διάψευση των προσδοκιών δημιουργεί ένα θετικό ή αρνητικό αίσθημα ικανοποίησης, το οποίο είναι υπεύθυνο για το τελικό αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής.



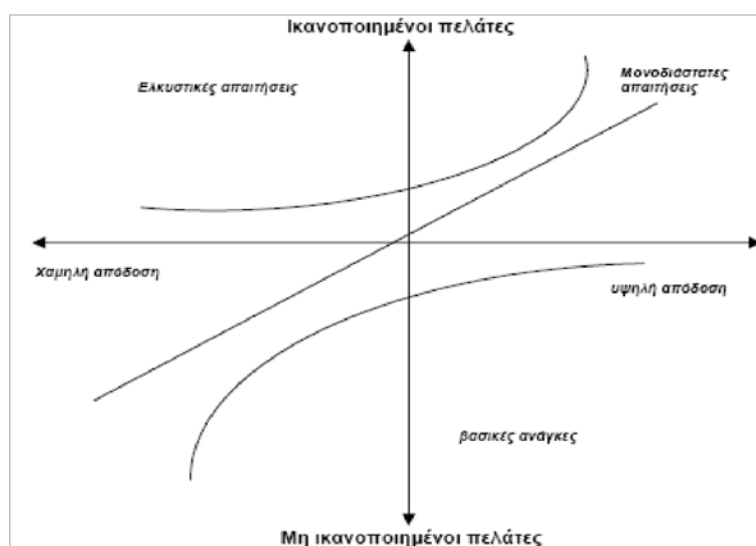
Σχήμα 1: Το Μοντέλο του Oliver

Το μοντέλο Kano

Η σημαντικότητα διαφορετικών χαρακτηριστικών ποιότητας του προσφερόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας είναι σε θέση να αναλύσει τη συμπεριφορά και να προσδιορίσει τον τρόπο αντίδρασης των πελατών. Η υπόθεση αυτή αποτελεί και τη βασική αρχή που προτάθηκε από τον Noriaki Kano, σύμφωνα με το οποίο είναι δυνατό να παρατηρηθούν διαφορετικά επίπεδα ή τύποι ποιότητας, ανάλογα με τις απόψεις των πελατών για τη σημαντικότητα συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του προϊόντος.

Ο Kano προτείνει την ακόλουθη ιεραρχία σημαντικότητας, η οποία περιλαμβάνει τρία βασικά επίπεδα ποιότητας :

- Αναμενόμενη ποιότητα
- Επιθυμητή ποιότητα
- Ελκυστική ποιότητα



Πηγή: Re Velle κ.α., (1996)

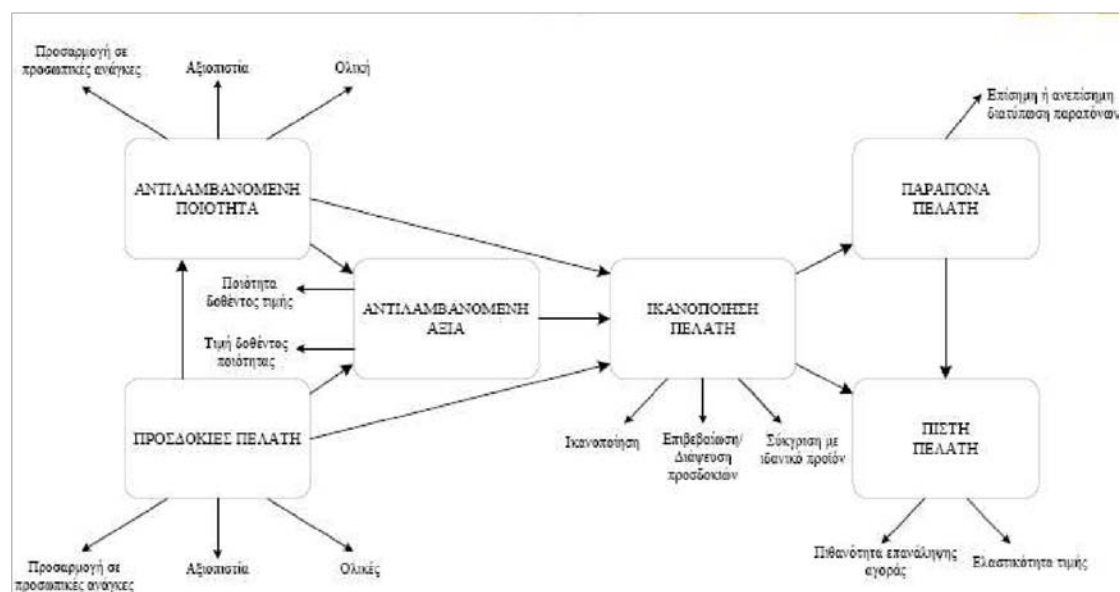
Σχήμα 2 : Τα τρία (3) επίπεδα ποιότητας του Kano

Το μοντέλο Fornell

Το μοντέλο ικανοποίησης του Fornell αποτελεί το βασικό εργαλείο μέτρησης και ανάλυσης που χρησιμοποιείται από τον Αμερικάνικο δείκτη ικανοποίηση και από το Σουηδικό βαρόμετρο. Η συγκεκριμένη προσέγγιση βασίζεται σε ένα

οικονομετρικό μοντέλο το οποίο συσχετίζει διάφορα μέτρα της ικανοποίησης των πελατών με συγκεκριμένες και προκαθορισμένες σχέσεις. Σε γενικές γραμμές, οι μεταβλητές του μοντέλου αναλύονται στις εξής κατηγορίες :

- Αιτίες ικανοποίηση
- Ικανοποίηση
- Αποτέλεσμα ικανοποίησης



Πηγή: Fornell 1989

Σχήμα 3: Το μοντέλο ACSI

Η μέθοδος MUSA

Η μέθοδος MUSA έχει αναπτυχθεί ειδικά για την μέτρηση της ικανοποίησης πελατών μιας επιχείρησης. Οι υπόλοιπες είναι στατιστικές μέθοδοι, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για την μέτρηση ικανοποίησης των πελατών. Επομένως είναι λογικό η μέθοδος MUSA να μην παρουσιάζει τα μειονεκτήματα που έχουν οι άλλες μέθοδοι, όπως προβλήματα με την ποσοτικοποίηση των δεδομένων (πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης, παραγοντική ανάλυση, διακριτική ανάλυση), ή ύπαρξης πολλαπλής συγγραμμικότητας ή δυσκολία κατανομής πελατών (Γρηγορούδης, Σίσκος, 2000).

Η μέθοδος MUSA παρουσιάζει ένα σημαντικό πλεονέκτημα έναντι των άλλων μεθόδων το οποίο είναι το ότι τα αποτελέσματα της μεθόδου αυτής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη συνεχή βελτίωση του συστήματος ποιότητας. Οι υπόλοιπες μέθοδοι δίνουν απλώς μια ποσοτικοποιημένη εκτίμηση της συνολικής ικανοποίησης των πελατών και όχι ικανοποιητική πληροφόρηση για μια σε βάθος ανάλυση της ικανοποίησης των πελατών και συγκεκριμένα για κάθε διάσταση ικανοποίησης που έχει καθοριστεί. Αντίθετα η μέθοδος MUSA όχι μόνο

προσδιορίζει, εκτός από την ολική και την μερική ικανοποίηση για κάθε διάσταση ικανοποίησης, αλλά με την κατασκευή των διαγραμμάτων δράσης και βελτίωσης υποδεικνύει τα σημεία στα οποία η επιχείρηση πρέπει να βελτιωθεί για να αύξηση την ικανοποίηση των πελατών της καθώς και την προτεραιότητα που πρέπει να δώσει στις ενέργειες βελτίωσης.

Ο σκοπός και ο στόχος της έρευνας θα καθορίσει την χρήση της καταλληλότερης μεθόδου για την πραγματοποίηση της έρευνας. Δεν υπάρχει η 'καλύτερη' ερευνητικά μέθοδος, αν και μερικές τεχνικές ταιριάζουν καλύτερα σε κάποιους τύπους έρευνας. Οι ποσοτικές μέθοδοι οδηγούν πιο εύκολα σε αξιολογήσεις και συμπεράσματα. Οι ποιοτικές τεχνικές είναι καταλληλότερες για την εις βάθος κατανόηση των προσδοκιών και των προοπτικών και προάγουν το διάλογο μεταξύ των χρηστών των υπηρεσιών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιηθεί ένα μίγμα μεθόδων προκειμένου να προσφερθούν πιο ενδελεχείς πληροφορίες.

Στη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχτηκε το μοντέλο MUSA για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η αναλυτική σύνθετη προσέγγιση εστιάζεται στη συσχέτιση των πραγματικών δεδομένων και του μοντέλου απόφασης ώστε να επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή συμβατότητα μοντέλου-πραγματικότητας. (Σίσκος, 1981 – Σπυριδάκος, 1996).

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα μιας έρευνας ικανοποίησης είναι:

1. Τα προγράμματα μέτρησης ικανοποίησης, εφόσον αποτελούν συνεχείς και συστηματικές προσπάθειες της επιχείρησης, βελτιώνουν την επικοινωνία με το σύνολο των πελατών.
2. Η εταιρεία μπορεί να δει κατά πόσο οι υπηρεσίες της ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πελατών.
3. Εντοπίζονται οι κρίσιμες διαστάσεις της ικανοποίησης που θα πρέπει να βελτιωθούν καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί η βελτίωση αυτή.
4. Προσδιορίζονται τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της επιχείρησης σε σχέση με τον ανταγωνισμό.
5. Δίνεται κίνητρο στο προσωπικό της εταιρείας να αυξήσει την παραγωγικότητά του, δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται αξιολογούνται από τους ίδιους τους πελάτες.
6. (Γρηγορούδης Β., Σίσκος Γ., 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σύγχρονη εποχή με την εισαγωγή της τεχνολογίας στην υγειονομική περίθαλψη καθίσταται όλο και περισσότερο εμφανής η ανάγκη για αξιολόγηση τόσο της ιατρικής τεχνολογίας όσο και της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Χαρακτηριστικός στόχος των υγειονομικών συστημάτων είναι από την μία πλευρά η προάσπιση της υγείας του πληθυσμού, η αποδοτική χρήση των πόρων αλλά και η ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική και απαραίτητη για τους διευθυντές, διοικητικούς συμβούλους και όλους όσους συμμετέχουν στην λήψη των αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης και στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με την αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες σε σχέση με τα κράτη μέλη της ΕΕ-27 (Eurobarometer, 2010) οι Έλληνες εμφανίζονται μη ικανοποιημένοι καταλαμβάνοντας την 25^η θέση (φθίνουσα σειρά αξιολόγησης με πρώτη το Βέλγιο).

Ο ECHI σύμφωνα με την έκθεση που δημοσίευσε το 2012 κατατάσσει τους Έλληνες χρήστες υπηρεσιών υγείας στην 22^η θέση ανάμεσα σε 34 χώρες της Ευρώπης.

Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα των αντίστοιχων ευρωβαρόμετρων τα έτη 2013, 2014 και 2015 με την Ελλάδα να βρίσκεται πάντα στις 10 τελευταίες θέσεις. Αξιοσημείωτη είναι η επίδοση της Ολλανδίας η οποία επί σειρά ετών βρίσκεται στην πρώτη θέση.

Παρόλου που οι Έλληνες εμφανίζονται δυσαρεστημένοι σε ότι αφορά την ικανοποίηση από την παροχή των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους κατοίκους των υπόλοιπων χωρών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην Ελλάδα μέχρι και πρόσφατα ελάχιστες έρευνες – μελέτες είχαν πραγματοποιηθεί σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών.

Μελετώντας την Ελληνική βιβλιογραφία γίνεται αντιληπτό ότι δεν υπάρχει ένα εξειδικευμένο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των πολιτών

από τις υπηρεσίες των ακτινοδιαγνωστικών τμημάτων των ΠΕΔΥ ενώ ακόμα λιγότερες είναι οι επιστημονικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο πλαίσιο των ακτινολογικών εργαστηρίων σχετικά με την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση των πελατών – ασθενών.

Παρακάτω παρουσιάζονται ο σκοπός της έρευνας, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την ανάπτυξη του ερωτηματολογίου, το μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς οι μελλοντικές δράσεις που θα πρέπει να αναπτύξει ο οργανισμός.

3.2 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων που επισκέπτονται το ακτινολογικό εργαστήριο του ΠΕΔΥ- Μ.Υ Πειραιά. Για τη πραγματοποίηση της έρευνας διανεμήθηκαν 978 ερωτηματολόγια, κατά το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος 2016 έως Απρίλιος 2016, σε τυχαίο δείγμα ασφαλισμένων. Η κλίμακα που επιλέχθηκε για τη βαθμολόγηση των απαντήσεων ήταν αυτή του Likert καθώς προσέφερε ακριβέστερη και σαφέστερη κάλυψη των ερωτήσεων και έδωσε τη δυνατότητα της ευκολότερης κωδικοποίησης του ερωτηματολογίου. Για τα αποτελέσματα των δημογραφικών στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS έκδοση 24, ενώ για την μέτρηση της ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα MUSA έτσι ώστε να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών και να καταγραφούν οι μελλοντικές δράσεις του οργανισμού για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

3.3 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία και παρατίθεται στο Παράρτημα Α, αποτελείται από τα ακόλουθα τμήματα :

- Δημογραφικά στοιχεία : το τμήμα αυτό του ερωτηματολογίου αποτελείται από ερωτήσεις γενικού περιεχομένου : - Φύλο - Ηλικία - Τόπος γέννησης- Μορφωτικό επίπεδο - Οικονομική κατάσταση -Ταμείο ασφάλισης - Εργασιακή κατάσταση – Εξέταση που πραγματοποιήθηκε – Ωρα προσέλευσης στο ακτινολογικό εργαστήριο – Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο
- Ερωτήσεις ικανοποίησης : αποτελεί το βασικό τμήμα του ερωτηματολογίου και περιέχει ερωτήσεις για την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του Ακτινολογικού εργαστηρίου σε 8 επιμέρους κριτήρια αλλά και τη συνολική τους ικανοποίηση. – Διαθεσιμότητα ραντεβού – Άνεση χώρου αναμονής – Καθαριότητα – Προτεραιότητα – Χρόνο – Πληροφορίες – Φροντίδα ιατρικού προσωπικού – Φροντίδα Παραϊατρικού προσωπικού – Συνολική ικανοποίηση.

3.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Τα κριτήρια που επιλέχθηκαν για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών προέκυψαν έπειτα από ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και είναι τα εξής (Πίνακας 2) :

1. Διαθεσιμότητα: Εδώ οι πελάτες δηλώνουν την ικανοποίησή τους σχετικά με την διαθεσιμότητα των ραντεβού.
2. Άνεση: Αυτό το κριτήριο μετράει την ικανοποίηση των πελατών σε σχέση με τον χώρο αναμονής (θέσεις – θέρμανση).
3. Καθαριότητα: Σε αυτό το κριτήριο οι πελάτες δηλώνουν την ικανοποίηση τους σχετικά με την καθαριότητα κατά την διάρκεια της εξέτασης.
4. Προτεραιότητα: Οι πελάτες δηλώνουν την ικανοποίησή τους σχετικά με την προτεραιότητα με την οποία εξυπηρετούνται τα περιστατικά στο ακτινολογικό εργαστήριο.
5. Χρόνος: Οι πελάτες αξιολογούν τον συνολικό χρόνο που μεσολάβησε από την ολοκλήρωση της εξέτασής τους ως την παραλαβή των αποτελεσμάτων τους.
6. Πληροφορίες: Αυτό το κριτήριο ειδικότερα αξιολογεί την θέληση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού να δώσει πληροφορίες σχετικά με το είδος της εξέτασης και της διαδικασίας που θα ακολουθηθεί.
7. Φροντίδα Ιατρικού προσωπικού: Αυτό το κριτήριο αναφέρεται στην σχέση μεταξύ ιατρού και πελάτη και πιο συγκεκριμένα στην ανταπόκριση του ιατρού στις ερωτήσεις των πελατών σχετικά με το πρόβλημά τους.
8. Φροντίδα παραϊατρικού προσωπικού: Αυτό το κριτήριο αναφέρεται στην σχέση μεταξύ ιατρού και πελάτη και πιο συγκεκριμένα στην ανταπόκριση του παραϊατρικού στις ερωτήσεις των πελατών σχετικά με το πρόβλημά τους.

Πίνακας 2

Κριτήρια ικανοποίησης

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Dawkins & Lido et al 2015, Lang et al 2013, Biering et al 2006 Hinshaw Atwood 1982 Risser 1975 Ventura et al 1982 Mohammad Arab et al 2014
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	Somkin et al 2004, J. Wei et al 2015, Lisa E Harris et al 1999
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ, ΡΑΝΤΕΒΟΥ	Somkin et al 2004 Ware et al 1983, J. Wei et al 2015, Hulme et al 2013 Thomson et al 1996 Philip Alderson 2000 Lisa E Harris et al 1999 Blomberg et al 2010 Bielen & Demoulin 2007
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	Somkin et al 2004, Mangano et al 2014 , Thomson et al 1996 Silvia Ondategui – Parra et al 2006 Anette J Johnson et al 2009, Anette J Johnson et al 2005,
ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ	Anette J Johnson et al 2009, Anette J Johnson et al 2005, Somkin et al 2004, Loeken et al 1997, Mohammed Adnan Zolaly 2012, Stewart et al 1999 Orla Keegan & Hannah Mc Gee 2003 Bodil Wilde – Larsson 2008
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ	J. Wei et al 2015, Mohammad Arab et al 2014, Philip Alderson 2000
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΩΡΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ ΤΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	Lang et al 2013, Ad Pruyn et al 1998 Bielen & Demoulin 2007
ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ	Myllykangas et al 2003

	Charny et al 1989 Nord 1993 Fowler et al 1994 Ryynanen et al 2000 Neuberger 1998
--	--

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

4.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ SPSS

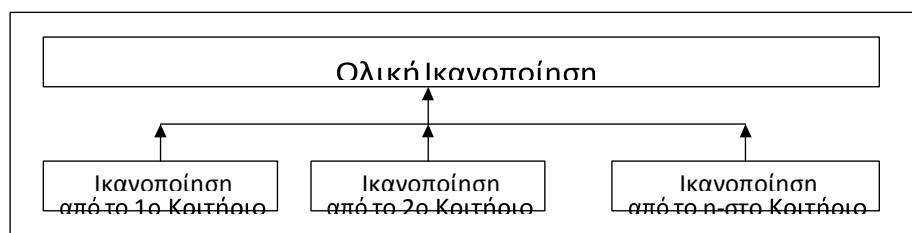
Το SPSS (Superior Performance Software System) είναι το πιο διαδεδομένο πρόγραμμα για τη στατιστική ανάλυση δεδομένων και επιλέχθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που συσχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία και βασίζεται στην ποσοτική μέτρηση.

4.2 ΠΟΛΥΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΘΟΔΟΣ MUSA

Η μέθοδος MUSA (MUlticriteria Satisfaction Analysis) αποτελεί την πολυκριτήρια ή πολυκριτηριακή – συνθετική προσέγγιση για τη μέτρηση και την ανάλυση της ικανοποίησης. Η πρωτότυπη αυτή μέθοδος βασίζεται στην πολυκριτήρια ανάλυση αποφάσεων, υιοθετώντας τις βασικές αρχές της αναλυτικής – συνθετικής προσέγγισης και της θεωρίας των συστημάτων αξιών και χρησιμότητας. (Γρηγορούδης Β., Σίσκος Γ., 2005).

4.2.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Βασικός σκοπός της μεθόδου MUSA είναι η συγκέντρωση των επιμέρους κρίσεων των ερωτώμενων (προτιμήσεις) σε μία προσθετική συνάρτηση αξιών υποθέτοντας ότι η συνολική ικανοποίηση ενός πελάτη εξαρτάται από ένα σύνολο μεταβλητών, οι οποίες αντιπροσωπεύουν τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή υπηρεσίας.



Σχήμα 4 : Σύνθεση Ολικής Ικανοποίησης

Έτσι, η συνολική ικανοποίηση ενός πελάτη εξαρτάται από ένα σύνολο κριτηρίων: $X = \{X_1, X_2, \dots, X_n\}$, που ονομάζονται διαστάσεις ικανοποίησης (Γρηγορούδης και Σίσκος, 2000).

4.2.2 ΤΟ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ MUSA

Η μέθοδος *MUSA* ακολουθεί τις γενικές αρχές της ποιοτικής ανάλυσης παλινδρόμησης (ordinal regression techniques) υπό περιορισμούς, χρησιμοποιώντας τεχνικές γραμμικού προγραμματισμού για την επίλυσή της (Grigoroudis and Siskos, 2002). Η μέθοδος *MUSA* περιέχει μία συλλογική προσθετική συνάρτηση αξιών (additive collective value function) Y^* και ένα σύνολο μερικών συναρτήσεων ικανοποίησης X_i^* που εκτιμώνται με βάση τις γνώμες του συνόλου των ερωτώμενων. Η βασική εξίσωση της γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης έχει ως εξής:

$$\sum_{i=1}^n b_i X_i^*, \quad \sum_{i=1}^n b_i = 1 \quad (1)$$

όπου b_i είναι το βάρος του i κριτηρίου και οι συναρτήσεις Y^* και X_i^* είναι κανονικοποιημένες στο διάστημα $[0,100]$, έτσι ώστε στο χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης η τιμή της συνάρτησης της προσθετικής συνάρτησης να είναι 0 και στο υψηλότερο 100.

Εισάγοντας μία διπλή μεταβλητή σφάλματος, η εξίσωση της ποιοτικής ανάλυσης παλινδρόμησης (1) παίρνει την ακόλουθη μορφή:

$$Y^* = \sum_{i=1}^n b_i X_i^* - \sigma^+ + \sigma^- \quad (2)$$

όπου, Y^* είναι η εκτίμηση της συλλογικής συνάρτησης αξιών Y^* και σ^+ και σ^- είναι αντίστοιχα το σφάλμα υπερεκτίμησης και υποεκτίμησης.

Ο κύριος στόχος της μεθόδου είναι να επιτύχει τη μικρότερη δυνατή απόκλιση μεταξύ της συνάρτησης αξιών Y^* και των απόψεων των ερωτώμενων Y , “συνθέτοντας” ένα σύνολο διαφορετικών απόψεων ικανοποίησης σε μοναδικές συναρτήσεις Y^* και X_i^* .

4.2.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ MUSA

Η ανάλυση των εκφρασμένων προτιμήσεων των ερωτώμενων για την συνολική ικανοποίηση από κάθε διάσταση αξιολόγησης και των επιμέρους κριτηρίων μέσω του μοντέλου *MUSA* οδηγούν στην εκτίμηση των παρακάτω μεγεθών:

- Τα βάρη που αποδίδονται σε κάθε διάσταση ικανοποίησης.
- Το μέσο δείκτη ικανοποίησης για κάθε διάσταση ικανοποίησης αλλά και τον ολικό.

- Το μέσο δείκτη απαιτητικότητας για κάθε διάσταση ικανοποίησης αλλά και τον ολικό.
- Το μέσο δείκτη αποτελεσματικότητας για κάθε διάσταση ικανοποίησης.
- Τη συνάρτηση της ολικής ικανοποίησης και τις συναρτήσεις μερικής ικανοποίησης για κάθε διάσταση ικανοποίησης.
- Το διάγραμμα δράσης.
- Το διάγραμμα βελτίωσης.

4.2.4 ΣΥΝΑΡΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΒΑΡΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι συναρτήσεις ικανοποίησης συνιστούν τα σημαντικότερα αποτελέσματα της μεθόδου MUSA, δεδομένου ότι εκφράζουν την πραγματική αξία που προσδίδει το σύνολο των ερωτώμενων σε ένα καθορισμένο ποιοτικό επίπεδο ικανοποίησης. Η μορφή των συναρτήσεων αυτών είναι σε θέση να προσδιορίσει το “βαθμό απαιτητικότητας” των ερωτώμενων ως εξής:

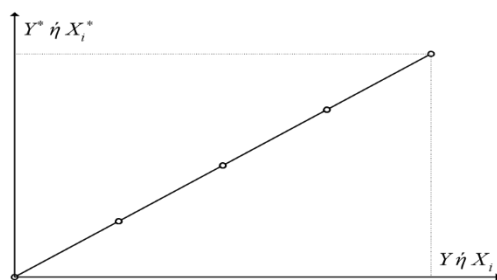
- “Ουδέτεροι”: η συνάρτηση ικανοποίησης έχει γραμμική μορφή, γεγονός που σημαίνει ότι όσο περισσότερο ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ερωτώμενοι ότι είναι, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των προσδοκιών τους που εκπληρώνεται.

- “Απαιτητικοί”: η συνάρτηση ικανοποίησης στρέφει τα κοίλα άνω (κυρτή), δεδομένου ότι η ομάδα αυτή των ερωτώμενων δεν είναι ικανοποιημένη παρά μόνο αν τους προσφέρεται ένα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών.

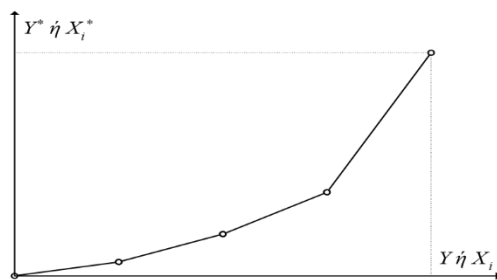
- “Μη “απαιτητικοί””: η συνάρτηση ικανοποίησης στρέφει τα κοίλα κάτω (κοίλη), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συγκεκριμένοι ερωτώμενοι δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένοι, παρόλο που ένα μικρό ποσοστό των προσδοκιών τους εκπληρώνεται.

Τα βάρη των κριτηρίων ικανοποίησης υποδηλώνουν το σχετικό βαθμό σπουδαιότητας που δίνει το σύνολο των πελατών στις αξίες των διαστάσεων

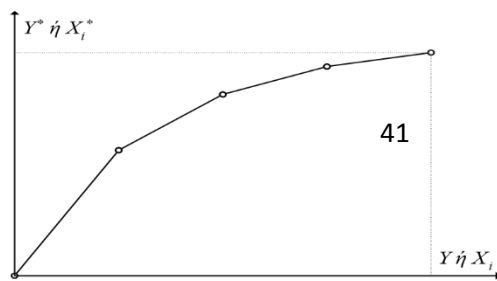
να εξαρτάται κριτηρίων ικανοποίησης που έχουν καθοριστεί. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η απόφαση για θεωρηθεί κάποιο κριτήριο ως «σημαντικό», σε ένα βαθμό, και από το πλήθος των που χρησιμοποιούνται.



ικανοποίησης που έχουν καθοριστεί. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η απόφαση για θεωρηθεί κάποιο κριτήριο ως «σημαντικό», σε ένα βαθμό, και από το πλήθος των που χρησιμοποιούνται.



"Ουδέτεροι" πελάτες



Απαιτητικοί πελάτες

Μη-απαιτητικοί πελάτες

Διάγραμμα 1: Ομάδες πελατών με διαφορετικό βαθμό απαιτητικότητας
Πηγή: Jacquet-Lagrèze and Siskos, 1982

4.2.5 ΜΕΣΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι μέσοι δείκτες ικανοποίησης παρουσιάζουν με απλό και κατανοητό τρόπο, τόσο ολικά, όσο και μερικά για κάθε ένα από τα κριτήρια ικανοποίησης, πόσο ικανοποιημένοι συνολικά είναι οι ερωτώμενοι. Συνδυάζουν δε, τα αποτελέσματα της μεθόδου MUSA με την περιγραφική στατιστική ανάλυση της έρευνας ικανοποίησης, δίνοντας τη δυνατότητα αξιολόγησης των επιδόσεων του συστήματος.

4.2.6 ΜΕΣΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

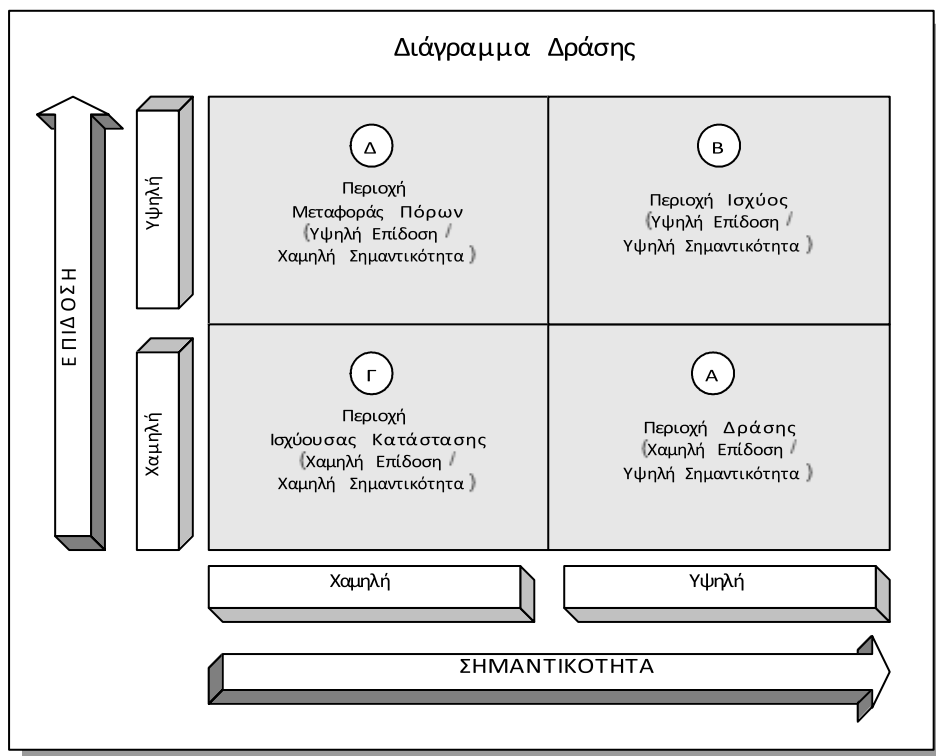
Η χρήση μέσων δεικτών απαιτητικότητας κρίνεται αναγκαία διότι με αυτό τον τρόπο:

- Ορίζεται μία ποσοτική μεταβλητή για την έννοια της απαιτητικότητας.
- Εκμεταλλεύεται πλήρως το σύνολο των πληροφοριών που δίνουν οι συναρτήσεις ικανοποίησης

Οι δείκτες απαιτητικότητας αντιπροσωπεύουν τη μέση απόκλιση των εκτιμώμενων τιμών της συνάρτησης ικανοποίησης από μία «κανονική» ή «ουδέτερη» γραμμική προσέγγιση. Όσο υψηλότερη είναι η τιμή του δείκτη απαιτητικότητας, τόσο περισσότερο πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο ικανοποίησης προκειμένου να εκπληρωθούν οι προσδοκίες των ερωτώμενων. Επίσης οι δείκτες απαιτητικότητας, εκτός από τον καθορισμό των προτιμήσεων και του τρόπου συμπεριφοράς των πελατών, μπορούν να υποδείξουν και το μέγεθος της προσπάθειας που πρέπει να καταβληθεί από την πλευρά της επιχείρησης για τη βελτίωση της συγκεκριμένης διάστασης ικανοποίησης

4.2.7 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΡΑΣΗΣ

Τα διαγράμματα δράσης προκύπτουν από τη συσχέτιση της απόδοσης (μέσοι δείκτες ικανοποίησης) και της σημαντικότητας (βάρη) των κριτηρίων, και προσδιορίζουν την προτεραιότητα των ενεργειών βελτίωσης που πρέπει να αναληφθούν.



Σχήμα 5 : Διάγραμμα Δράσης

Πηγή : Γρηγορούδης Β. και Γ. Σίσκος (2000)

Η συσχέτιση των βαρών των κριτηρίων ικανοποίησης με τους μέσους δείκτες ικανοποίησης διαμορφώνουν τα διαγράμματα δράσης, τα οποία προσπαθούν να προσδιορίσουν ποια είναι τα αδύνατα και τα δυνατά σημεία της ικανοποίησης των ερωτώμενων, καθώς και το πού πρέπει να στραφούν οι προσπάθειες βελτίωσης.

Κάθε διάγραμμα δράσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια, ανάλογα με την επίδοση (μέσοι δείκτες ικανοποίησης) και τη σημαντικότητα (βάρη) των κριτηρίων, με αποτέλεσμα να υποδεικνύουν ποιες διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν και με ποια προτεραιότητα:

- Περιοχή Δράσης: [χαμηλή επίδοση και υψηλή σημαντικότητα]. Στην περιοχή αυτή, ανήκουν τα πλέον κρίσιμα χαρακτηριστικά που πρέπει να βελτιωθούν οπωσδήποτε, ώστε να αυξηθεί το επίπεδο ικανοποίησης των ερωτώμενων. Η περιοχή δράσης αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα για την ανάληψη ενεργειών βελτίωσης (περιοχή Α).
- Περιοχή Ισχύος: [υψηλή επίδοση και υψηλή σημαντικότητα]. Στην περιοχή αυτή, ανήκουν τα χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να θεωρηθούν ότι αποτελούν τα συγκριτικά πλεονεκτήματα του φορέα απέναντι στον ανταγωνισμό. Η περιοχή αυτή αποτελεί τη δεύτερη

προτεραιότητα για βελτίωση, κυρίως όταν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης (περιοχή Β).

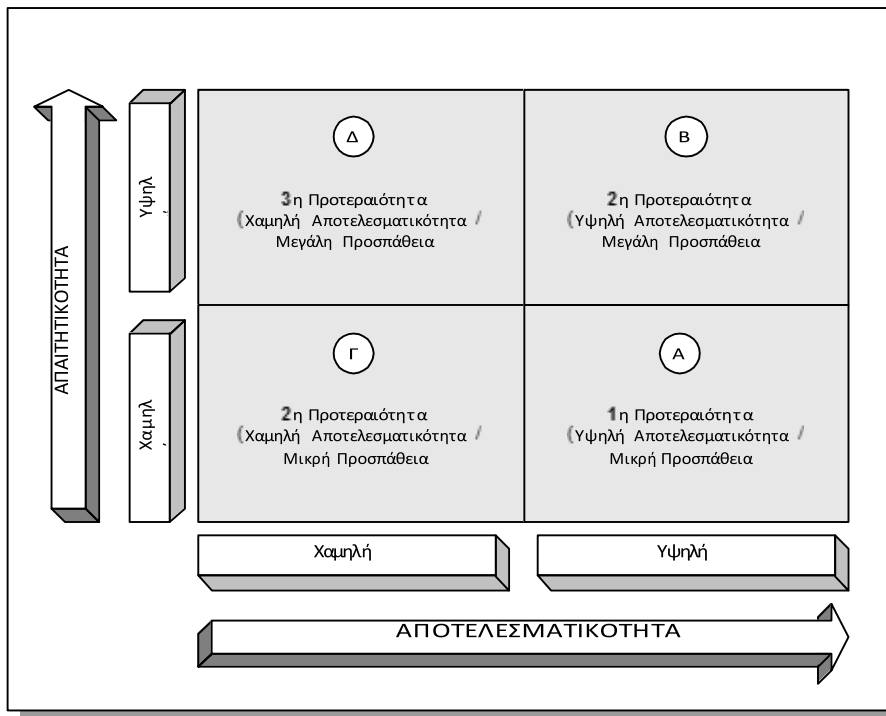
- Περιοχή Ισχύουσας Κατάστασης: [χαμηλή επίδοση και χαμηλή σημαντικότητα]. Η περιοχή αυτή, περιλαμβάνει διαστάσεις ικανοποίησης, για τις οποίες δεν απαιτείται καμία ενέργεια, δεδομένου ότι οι διαστάσεις αυτές δεν θεωρούνται σημαντικές από τους ερωτώμενους. Αποτελεί δε, την τρίτη προτεραιότητα για ενέργειες βελτίωσης (περιοχή Γ).
- Περιοχή Μεταφοράς Πόρων: [υψηλή επίδοση και χαμηλή σημαντικότητα]. Οι πόροι και η προσπάθεια του φορέα, που αφορούν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν με διαφορετικό τρόπο. Αποτελεί την τελευταία προτεραιότητα βελτίωσης (περιοχή Δ).

4.2.8 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ

Προηγουμένως αναλύθηκε η χρησιμότητα των διαγραμμάτων δράσης, όπου διαπιστώθηκε πως μπορούν να υποδείξουν ποιες διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν. Όμως, δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν ποιο θα είναι το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης, ούτε το μέγεθος της προσπάθειας που χρειάζεται για να επιτευχθεί η προσδοκώμενη βελτίωση. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να επιλυθεί με την κατασκευή των διαγραμμάτων βελτίωσης

Τα διαγράμματα βελτίωσης προκύπτουν από τον συνδυασμό των μέσων δεικτών απαιτητικότητας και αποτελεσματικότητας των κριτηρίων και καθορίζουν τα περιθώρια βελτίωσης που θα έχουν οι τυχόν ενέργειες βελτίωσης για κάθε κριτήριο.

Τα διαγράμματα βελτίωσης είναι σε θέση να προσδιορίσουν ποιο είναι το αποτέλεσμα των ενεργειών βελτίωσης, καθώς και το μέγεθος της προσπάθειας που χρειάζεται για να επιτευχθεί η προσδοκώμενη βελτίωση. Κάθε διάγραμμα βελτίωσης χωρίζεται σε τεταρτημόρια, ανάλογα με την απαιτητικότητα και την αποτελεσματικότητα των διαστάσεων ικανοποίησης, με αποτέλεσμα τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων βελτίωσης.



Σχήμα 6 : Διάγραμμα Βελτίωσης
 Πηγή : Γρηγορούδης Β. και Γ. Σίσκος (2000)

- Πρώτη προτεραιότητα προς βελτίωση αποτελούν οι διαστάσεις ικανοποίησης που έχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα, ενώ οι ερωτώμενοι δεν εμφανίζονται ιδιαίτερα απαιτητικοί (περιοχή Α).
- Δεύτερη προτεραιότητα στις ενέργειες βελτίωσης αποτελούν οι διαστάσεις ικανοποίησης που, είτε παρουσιάζουν μεγάλη αποτελεσματικότητα και μεγάλη απαιτητικότητα, είτε εμφανίζουν μικρή αποτελεσματικότητα, ενώ οι ερωτώμενοι δεν εμφανίζονται ιδιαίτερα απαιτητικοί (περιοχές Β και Γ).
- Τελευταία προτεραιότητα βελτίωσης αποτελούν οι διαστάσεις ικανοποίησης που εμφανίζουν μικρή αποτελεσματικότητα και μεγάλη απαιτητικότητα (περιοχή Δ).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

5.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης-έρευνας που πραγματοποιήθηκε, αποτελείτο από τυχαία επιλογή 978 ατόμων ανεξάρτητα από το φύλο τους, την ηλικία τους, τον τόπο γέννησής τους, το μορφωτικό τους επίπεδο ή την μηνιαία οικονομική τους κατάσταση. Αυτό έγινε αποσκοπώντας στην συγκέντρωση, όσο είναι αυτό δυνατό, βέλτιστων και αντικειμενικών δεδομένων, τα οποία να δίνουν ακριβή αποτελέσματα και συμπεράσματα, που να μπορούν να αξιολογηθούν και να παρουσιάσουν μια εικόνα σχετικά με την ικανοποίηση των πολιτών από τις Υπηρεσίες του ακτινολογικού εργαστηρίου της Τ.Μ.Υ. Πειραιά.

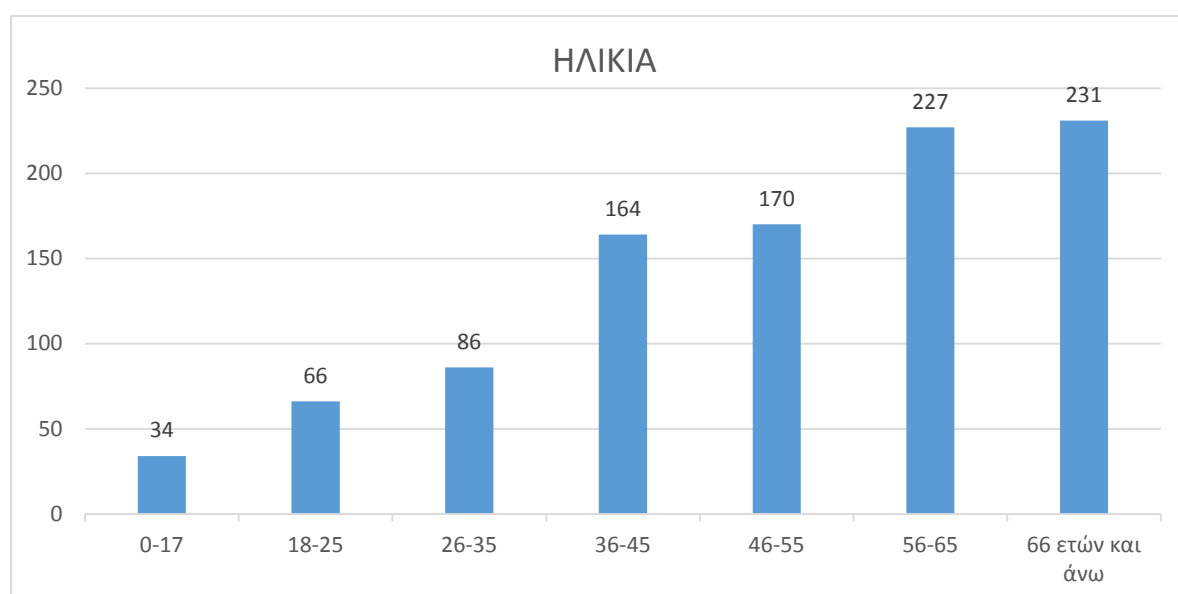
5.1.1 ΗΛΙΚΙΑ

Πίνακας 3

Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ηλικία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-17	34	3,5	3,5	3,5
	18-25	66	6,7	6,7	10,2
	26-35	86	8,8	8,8	19,0
	36-45	164	16,8	16,8	35,8
	46-55	170	17,4	17,4	53,2
	56-65	227	23,2	23,2	76,4
	66 ετών και άνω	231	23,6	23,6	100,0
Total	978	100,0	100,0		

Η μεταβλητή της ηλικίας έχει κατανεμηθεί σε επτά κατηγορίες. Το 23.6% των ερωτηθέντων ανήκει στην κατηγορία 66 ετών και άνω. Το 23.2% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 56-65, ενώ το 17.4% των συμμετεχόντων έχουν ηλικία 46-55. Ακολουθεί η ηλικιακή κατηγορία 36-45 στην οποία ανήκει το 16.8% του δείγματος. Τα ποσοστά με μικρές ηλικίες διαμορφώνονται ως εξής : από ηλικία 26-35 ετών το ποσοστό είναι 8.8% και από ηλικία 18-25 χρονών το ποσοστό είναι 6.7%. Τέλος το μικρότερο ποσοστό ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 0-17 με 3.5%. Από αυτά τα στοιχεία είναι εμφανές ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες το ποσοστό είναι υψηλότερο.



Διάγραμμα 2: Ανάλυση ηλικίας

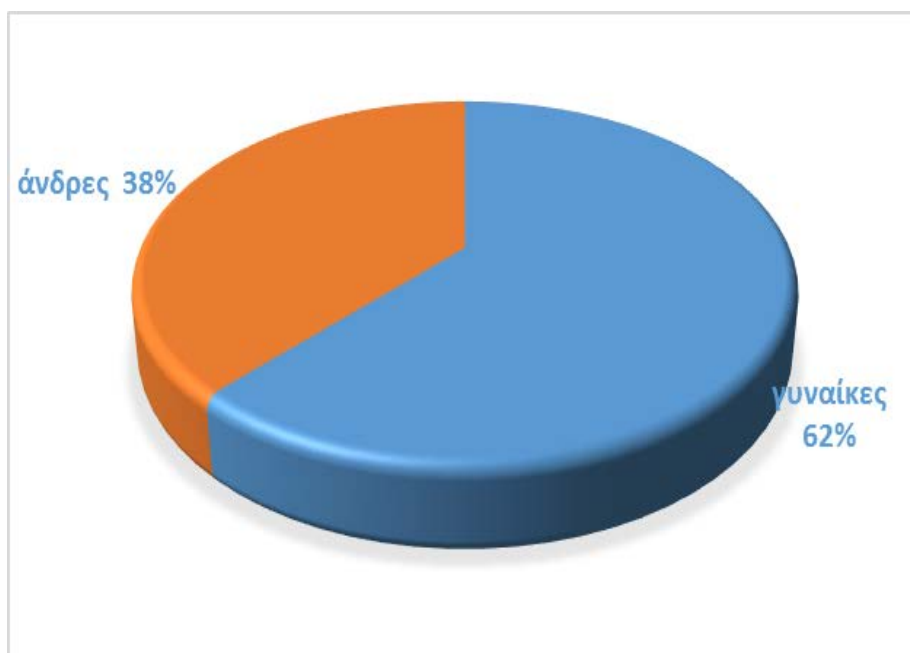
5.1.2 ΦΥΛΟ

Πίνακας 4

Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το φύλο

		ΦΥΛΟ			
		<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>	<i>Cumulative Percent</i>
<i>Valid</i>	<i>Άνδρας</i>	372	38,0	38,0	38,0
	<i>Γυναίκα</i>	606	62,0	62,0	100,0
	<i>Total</i>	978	100,0	100,0	

Από την ανάλυση των δεδομένων που πραγματοποιήθηκε, φαίνεται πως οι άντρες που απάντησαν στην έρευνα ήταν 372 άτομα (38%), ενώ ο αντίστοιχος αριθμός των γυναικών ήταν 606 άτομα (62%). Τα εν λόγω αποτελέσματα παρουσιάζονται και με διαγραμματικό τρόπο:



Γράφημα 2 : Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το φύλο

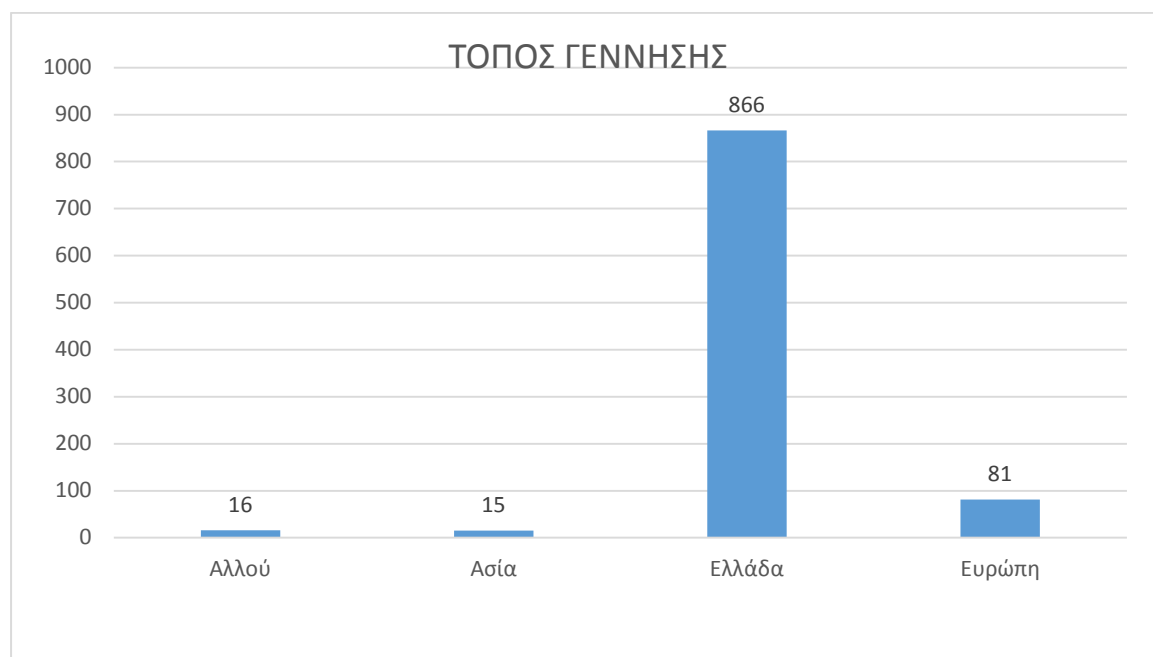
5.1.3 ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Πίνακας 5

Κατανομή ατόμων σύμφωνα με τον τόπος γέννησης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άλλού	16	1,6	1,6	1,6
	Ασία	15	1,5	1,5	3,2
	Ελλάδα	866	88,5	88,5	91,7
	Ευρώπη	81	8,3	8,3	100,0
	Total	978	100,0	100,0	

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν στην συγκεκριμένη έρευνα γεννήθηκαν στην Ελλάδα (88,5%), και ακολουθεί η Ευρώπη με ποσοστό 8,3%. Τα μικρότερα ποσοστά τα συγκεντρώνουν οι κατηγορίες άλλού και Ασία με ποσοστό 1,6% και 1,5% αντίστοιχα.



Διάγραμμα 3 : Τόπος γέννησης

5.1.4 ΜΟΡΦΩΣΗ

Πίνακας 6

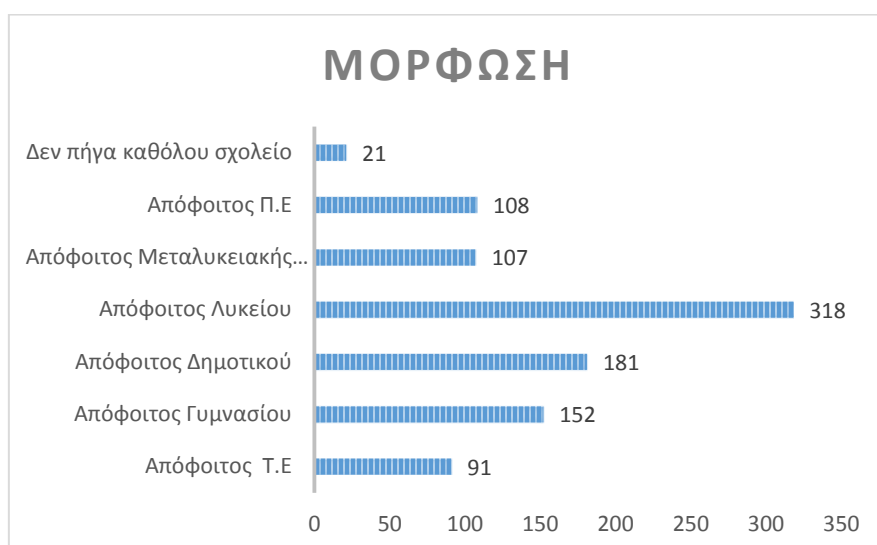
Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το μορφωτικό τους επίπεδο

ΜΟΡΦΩΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απόφοιτος Τ.Ε	91	9,3	9,3	9,3
	Απόφοιτος Γυμνασίου	152	15,5	15,5	24,8
	Απόφοιτος Δημοτικού	181	18,5	18,5	43,4
	Απόφοιτος Λυκείου	318	32,5	32,5	75,9
	Απόφοιτος Μεταλυκειακής εκπαίδευσης	107	10,9	10,9	86,8
	Απόφοιτος Π.Ε	108	11,0	11,0	97,9
	Δεν πήγα καθόλου σχολείο	21	2,1	2,1	100,0
	Total	978	100,0	100,0	

Με βάση τα συγκεκριμένα δεδομένα παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στους απόφοιτους λυκείου με 32,5% και το αμέσως επόμενο στους απόφοιτους δημοτικού με 18,5%. Ακολουθούν οι απόφοιτοι γυμνασίου με 15,5% και οι απόφοιτοι πανεπιστημιακής και μεταλυκειακής εκπαίδευσης με ποσοστά 11% και 10,9% αντίστοιχα. Τέλος τα μικρότερα ποσοστά του δείγματος συγκεντρώνουν οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης με 9,3% και εκείνοι που δεν πήγαν καθόλου σχολείο με ποσοστό 2,1%.

Από τα αποτελέσματα γίνεται αντιληπτό πως το δείγμα αποτελείται κατά πολύ μεγάλη πλειοψηφία από άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.



Διάγραμμα 4 : Μόρφωση

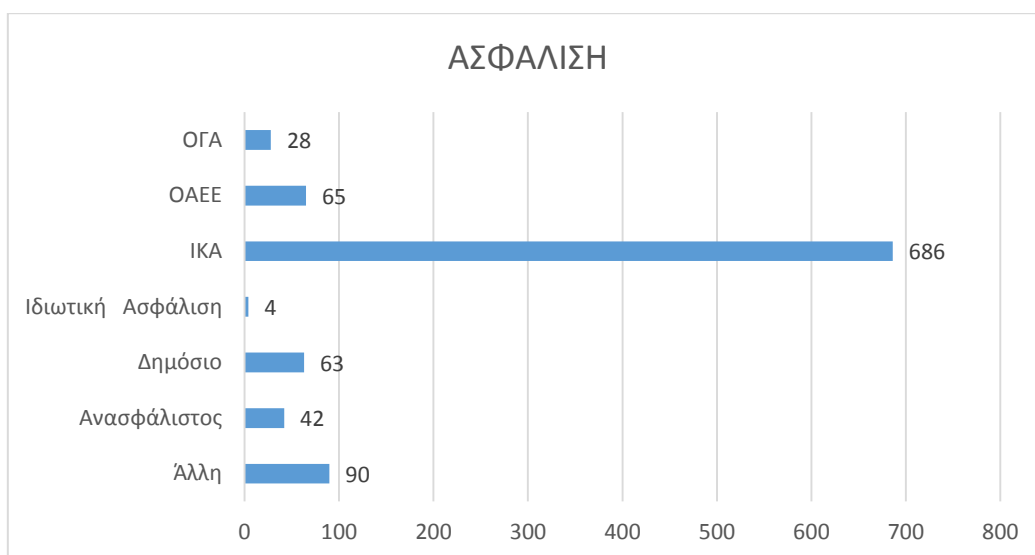
5.1.5 ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Πίνακας 7

Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ύπαρξη ασφάλειας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άλλη	90	9,2	9,2	9,2
	Ανασφάλιστος	42	4,3	4,3	13,5
	Δημόσιο	63	6,4	6,4	19,9
	Ιδιωτική	4	0,4	0,4	20,3
	ΙΚΑ	686	70,1	70,1	90,5
	ΟΑΕΕ	65	6,6	6,6	97,1
	ΟΓΑ	28	2,9	2,9	100,0
	Total	978	100,0	100,0	

Όπως συμπεραίνεται από τον παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 95,7% είναι ασφαλισμένοι, ενώ τα άτομα που είναι ανασφάλιστα εμφανίζονται με ποσοστό 4,3%. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι είναι ασφαλισμένοι, το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στο ταμείο του ΙΚΑ (70,1%), ενώ το μικρότερο ποσοστό ανήκει στην ιδιωτική ασφάλιση (0,4%).



Διάγραμμα 5 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ύπαρξη ασφάλειας

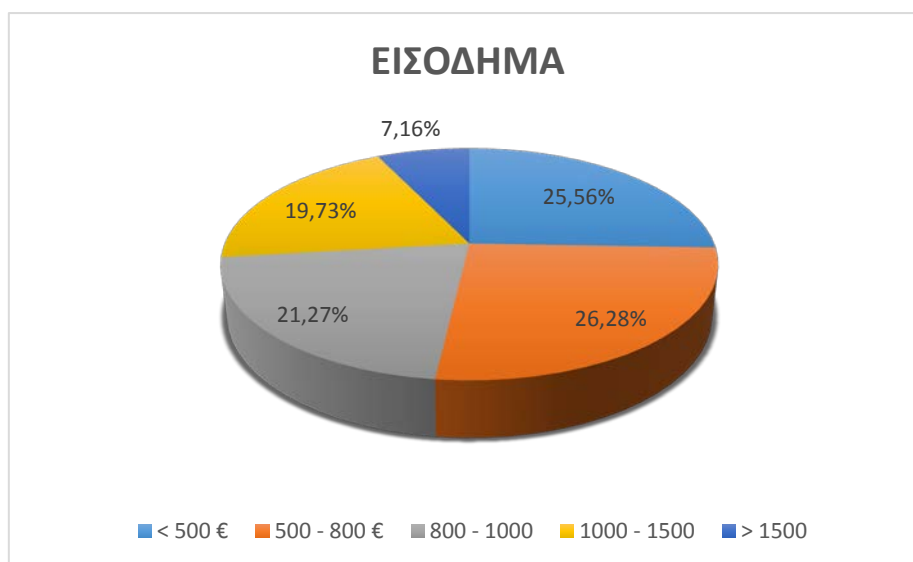
5.1.6 ΕΙΣΟΔΗΜΑ

Πίνακας 8

Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την οικονομική κατάσταση

		ΕΙΣΟΔΗΜΑ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 500 €	250	25,6	25,6	25,6
	>1500 €	70	7,2	7,2	32,7
	1000 -1500 €	193	19,7	19,7	52,5
	500 -800 €	257	26,3	26,3	78,7
	800 -1000 €	208	21,3	21,3	100,0
	Total	978	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στην κατηγορία «500-800€/ μήνα» με ποσοστό 26.3%. Ακολουθεί η κατηγορία «<500€/ μήνα» με ποσοστό 25.6%, η κατηγορία « 800-1000€/ μήνα» με ποσοστό 21.3%, η κατηγορία«1000-1500€/ μήνα» με ποσοστό ίσο με 19.7% και τέλος η κατηγορία «>1500€/ μήνα» με ποσοστό μόλις 7,2%.



Γράφημα 3: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την οικονομική κατάσταση

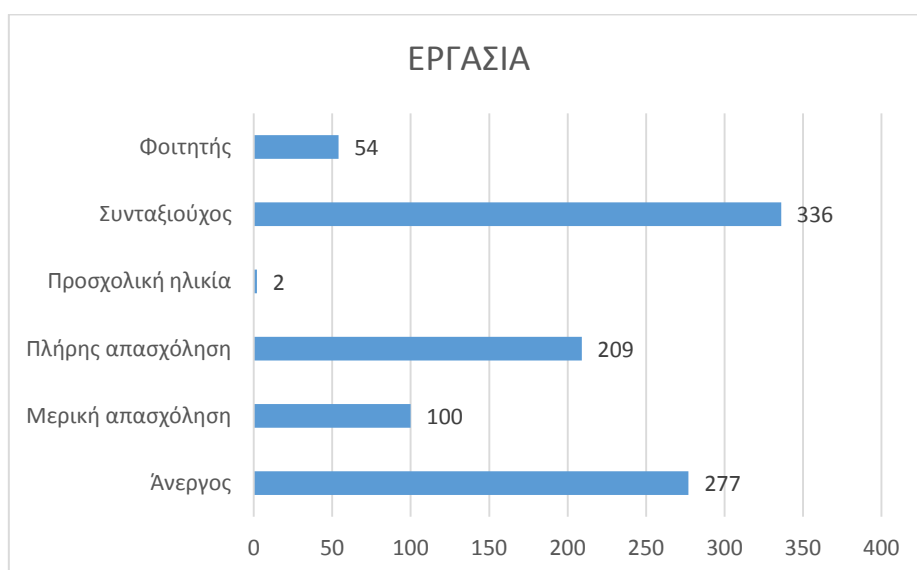
5.1.7 ΕΡΓΑΣΙΑ

Πίνακας 9

Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την εργασιακή τους απασχόληση

		ΕΡΓΑΣΙΑ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άνεργος	277	28,3	28,3	28,3
	Μερική απασχόληση	100	10,2	10,2	38,5
	Πλήρης απασχόληση	209	21,4	21,4	59,9
	Προσχολική ηλικία	2	0,2	0,2	60,1
	Συνταξιούχος	336	34,4	34,4	94,5
	Φοιτητής	54	5,5	5,5	100,0
	Total	978	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα παρατηρείται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι ερωτηθέντες ήταν συνταξιούχοι ή άνεργοι, με ποσοστά 34,4% και 28,3% αντίστοιχα. Ακολουθεί η κατηγορία «πλήρης απασχόληση» με ποσοστό 21,4%, η κατηγορία «μερική απασχόληση» με ποσοστό 10,2% και τέλος οι κατηγορίες «φοιτητής» και «προσχολική ηλικία» με ποσοστό 5,5% και 0,2% αντίστοιχα.



Διάγραμμα 6: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την εργασιακή τους απασχόληση

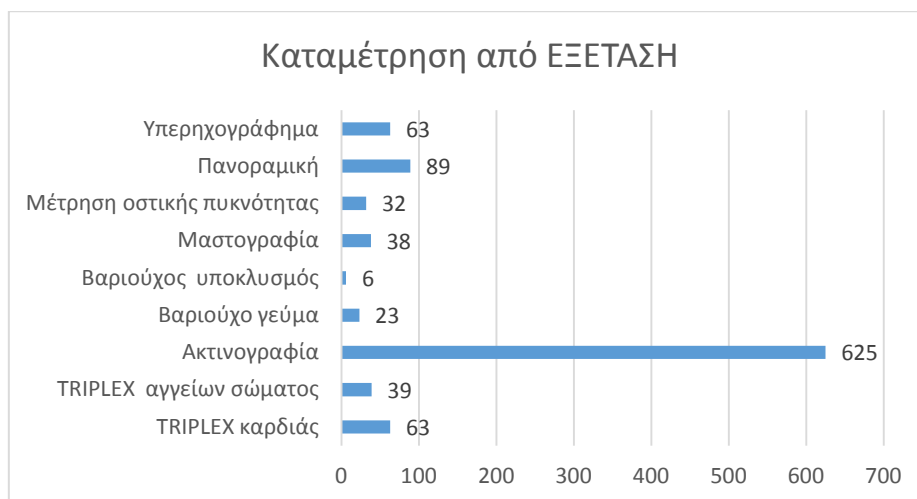
5.1.8 ΕΞΕΤΑΣΗ

Πίνακας 10

Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την εξέταση που πραγματοποίησαν

		ΕΞΕΤΑΣΗ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ακτινογραφία	625	63,9	63,9	63,9
	Βαριούχο γεύμα	23	2,4	2,4	66,3
	Βαριούχος υποκλισμός	6	0,6	0,6	66,9
	Μαστογραφία	38	3,9	3,9	70,8
	Μέτρηση οστικής πυκνότητας	32	3,3	3,3	74,0
	Πανοραμική	89	9,1	9,1	83,1
	Υπερηχογράφημα	63	6,4	6,4	89,6
	TRIPLEX αγγείων σώματος	39	4,0	4,0	93,6
	TRIPLEX καρδιάς	63	6,4	6,4	100,0
	Total	978	100,0	100,0	

Όπως συμπεραίνεται από τον παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 63,9% πραγματοποίησαν ακτινογραφία, ενώ τα άτομα που πραγματοποίησαν πανοραμική εξέταση εμφανίζονται με ποσοστό 9,1%. Ακολουθούν τα άτομα που δήλωσαν ότι πραγματοποίησαν εξετάσεις υπερηχογράφημα σώματος και triplex καρδιάς με ποσοστό 6,4% ενώ μικρότερα είναι τα ποσοστά στις εξετάσεις triplex αγγείων σώματος (4%), μαστογραφία (3,9%), μέτρησης οστικής πυκνότητας (3,3%), βαριούχο γεύμα (2,4%) και τέλος ο βαριούχος υποκλισμός με ποσοστό 0,6%



Διάγραμμα 7: Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την εξέταση που πραγματοποίησαν

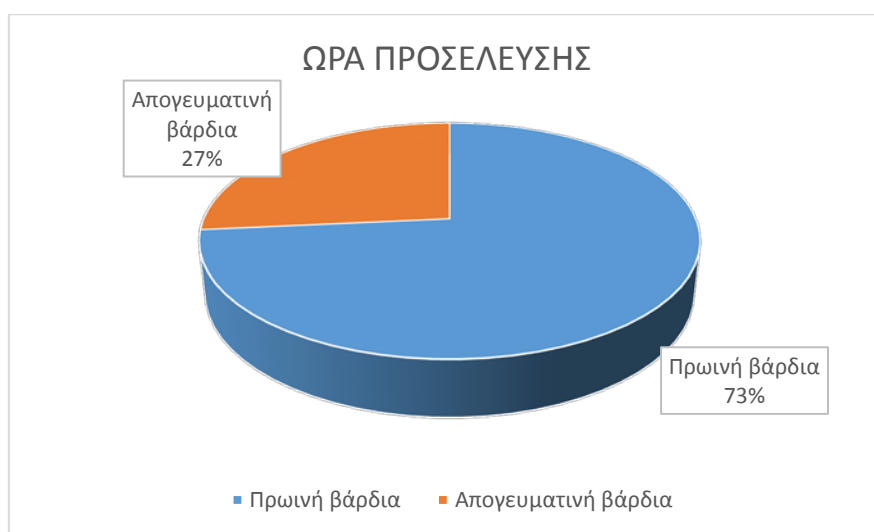
5.1.9 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ

Πίνακας 11

Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ώρα προσέλευσης

		ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απογευματινή βάρδια	259	26,5	26,5	26,5
	Πρωινή βάρδια	719	73,5	73,5	100,0
	Total	978	100,0	100,0	

Από το δείγμα μας προκύπτει ότι το 73,5% των ερωτηθέντων εξυπηρετήθηκε κατά την πρωινή βάρδια, ενώ το 26,5% κατά την απογευματινή βάρδια.



Γράφημα 4 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με την ώρα προσέλευσης στο ακτινολογικό εργαστήριο

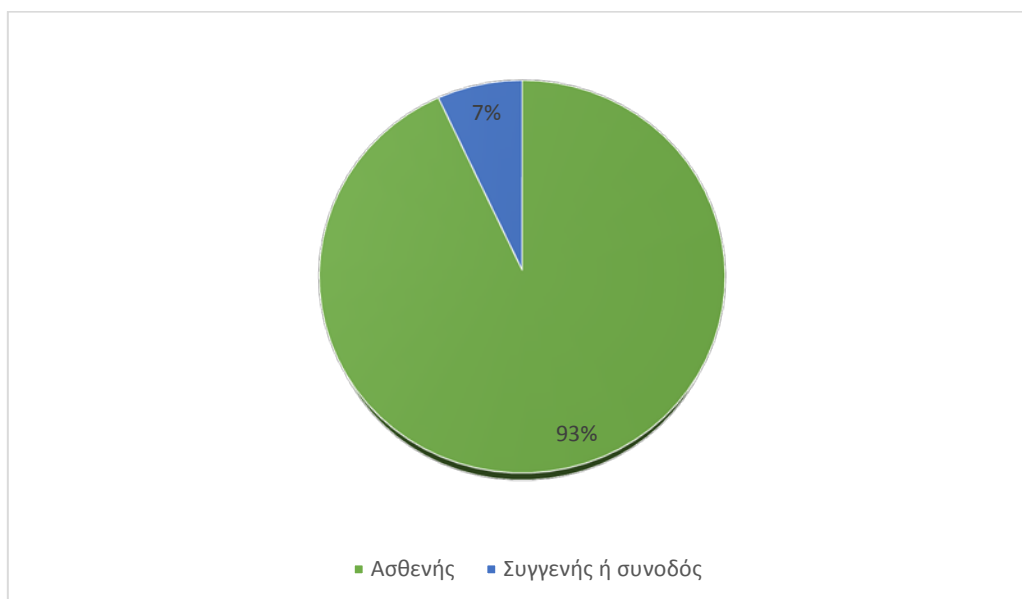
5.1.10 ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Πίνακας 12

Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ασθενής	910	93,0	93,0	93,0
	Συγγενής	68	7,0	7,0	100,0
	Total	978	100,0	100,0	

Σε ποσοστό 93% το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους εξεταζόμενους, ενώ σε ποσοστό 7% το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από κάποιον συγγενή ή συνοδό.



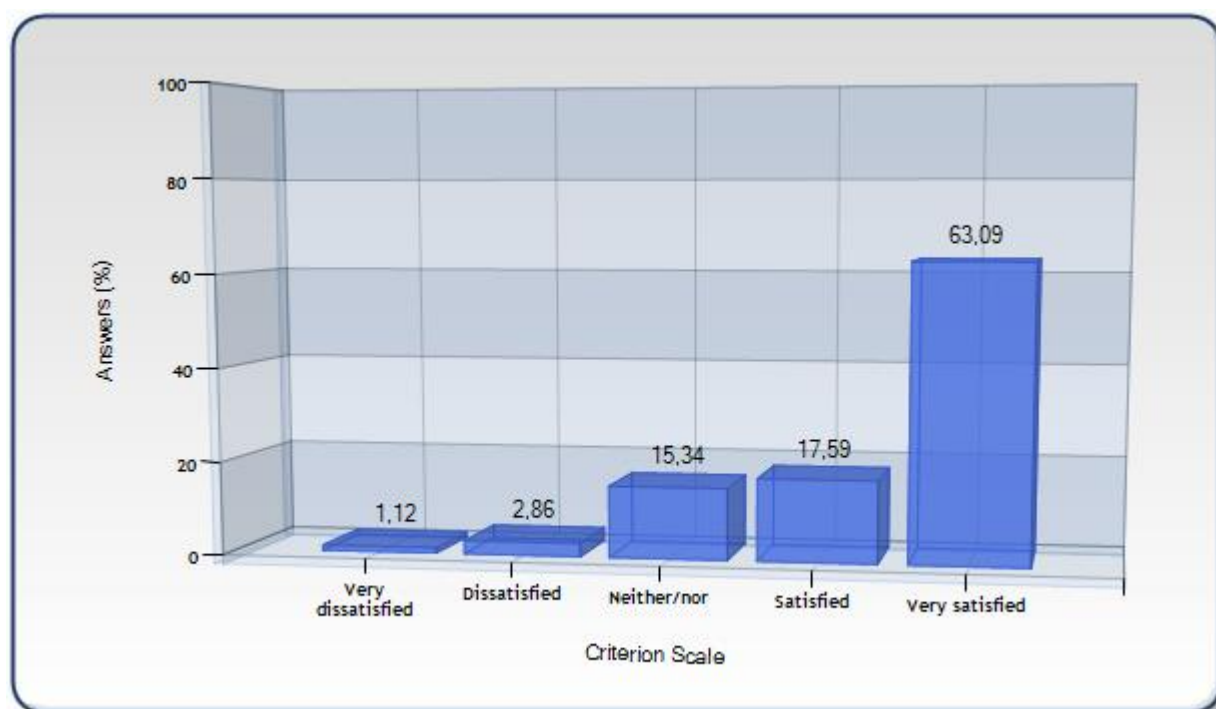
Γράφημα 5 : Κατανομή ατόμων σύμφωνα με το ποιος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο

5.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ MUSA

Στα σχήματα που ακολουθούν παρουσιάζονται τα στατιστικά στοιχεία των απαντήσεων των χρηστών του ακτινολογικού εργαστηρίου, όπως αυτά προέκυψαν κατόπιν επεξεργασίας με την μέθοδο MUSA.

5.2.1 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 1- ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ

Στην ερώτηση 1 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την διαθεσιμότητα των ραντεβού για την πραγματοποίηση της εξέτασης παρατηρούμε τα εξής :

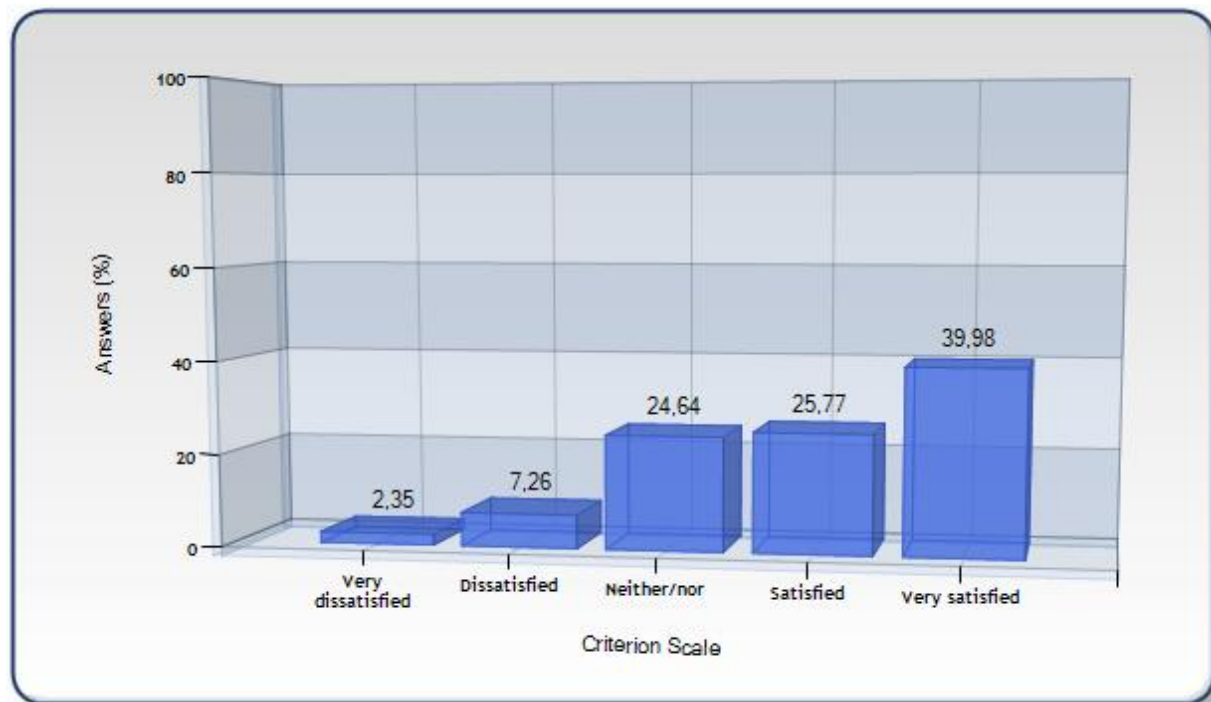


Διάγραμμα 8 : Ικανοποίηση από την διαθεσιμότητα των ραντεβού

Πολύ ικανοποιημένοι από την διαθεσιμότητα των ραντεβού είναι το 63,09% των ερωτηθέντων, ακολουθούν οι αρκετά ικανοποιημένοι σε ποσοστό 17,59% και οι ικανοποιημένοι με ποσοστό 15,34%. Σε πολύ μικρό ποσοστό είναι οι λίγο ικανοποιημένοι με 2,86%, όπως και οι καθόλου ικανοποιημένοι με ποσοστό 1,12%.

5.2.2 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 2 - ΑΝΕΣΗ

Στην ερώτηση 2 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την **άνεση** στο χώρο αναμονής (θέσεις – θέρμανση) του ακτινολογικού εργαστηρίου παρατηρούμε τα εξής :

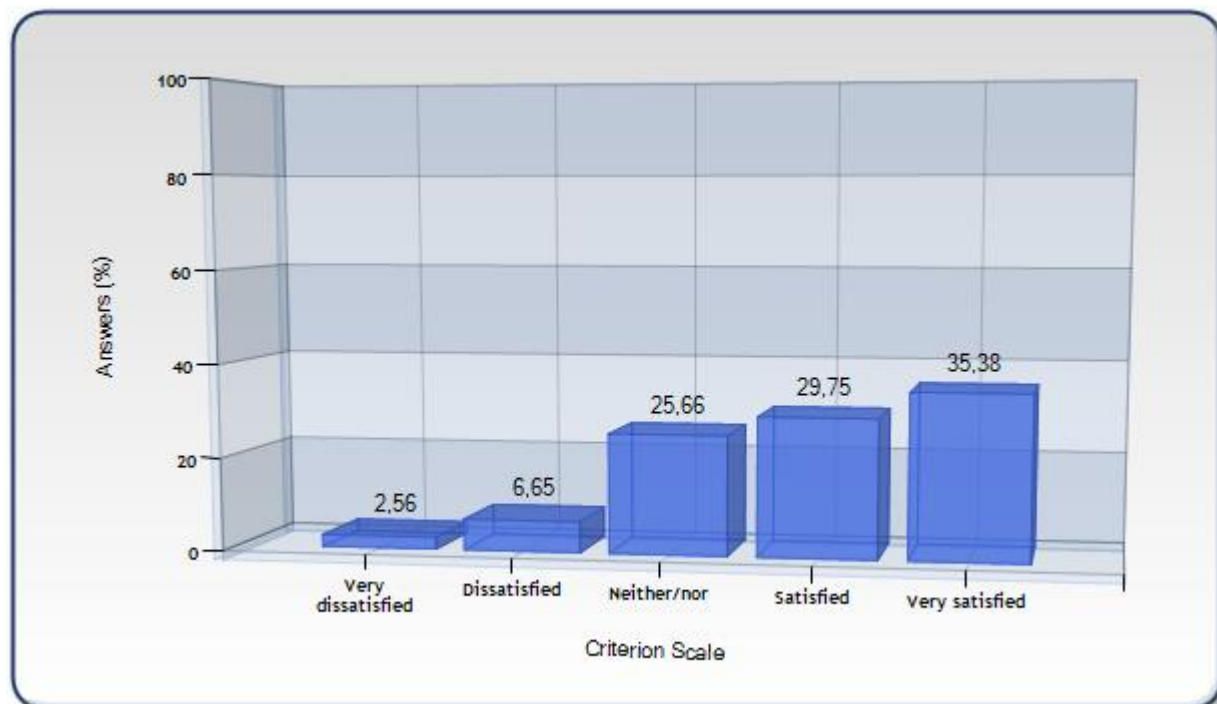


Διάγραμμα 9: Ικανοποίηση από την άνεση στο χώρο αναμονής

Οι ερωτηθέντες δήλωσαν: το 39,98% πολύ ικανοποιημένοι, το 25,77% αρκετά ικανοποιημένοι, το 24,64% ικανοποιημένοι, το 7,26% λίγο ικανοποιημένοι και το 2,35% καθόλου ικανοποιημένοι.

5.2.3 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 3 – ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ

Στην ερώτηση 3 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την **καθαριότητα** και την τήρηση των κανόνων υγιεινής κατά τη διαδικασία της εξέτασής σας παρατηρούμε τα εξής :

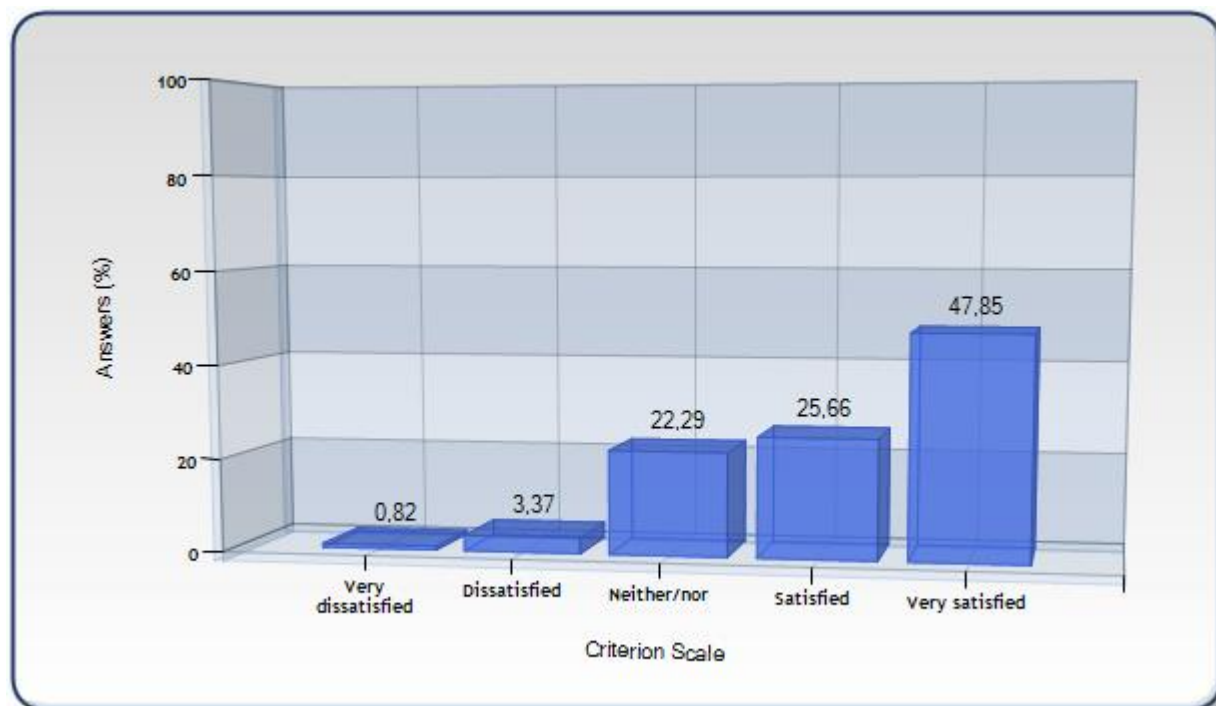


Διάγραμμα 10: Ικανοποίηση από καθαριότητα / υγιεινή

Οι ερωτηθέντες δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 35,38%. Το 29,75% δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι και με μικρή διαφορά ακολουθούν οι ικανοποιημένοι με ποσοστό 25,66%. Το ποσοστό των λίγο ικανοποιημένων είναι 6,65%, ενώ των καθόλου ικανοποιημένων είναι μόλις 2,56%.

5.2.4 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 4 - ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ

Στην ερώτηση 4 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την **προτεραιότητα** των περιστατικών που εξυπηρετούνται στο ακτινολογικό εργαστήριο παρατηρούμε τα εξής :

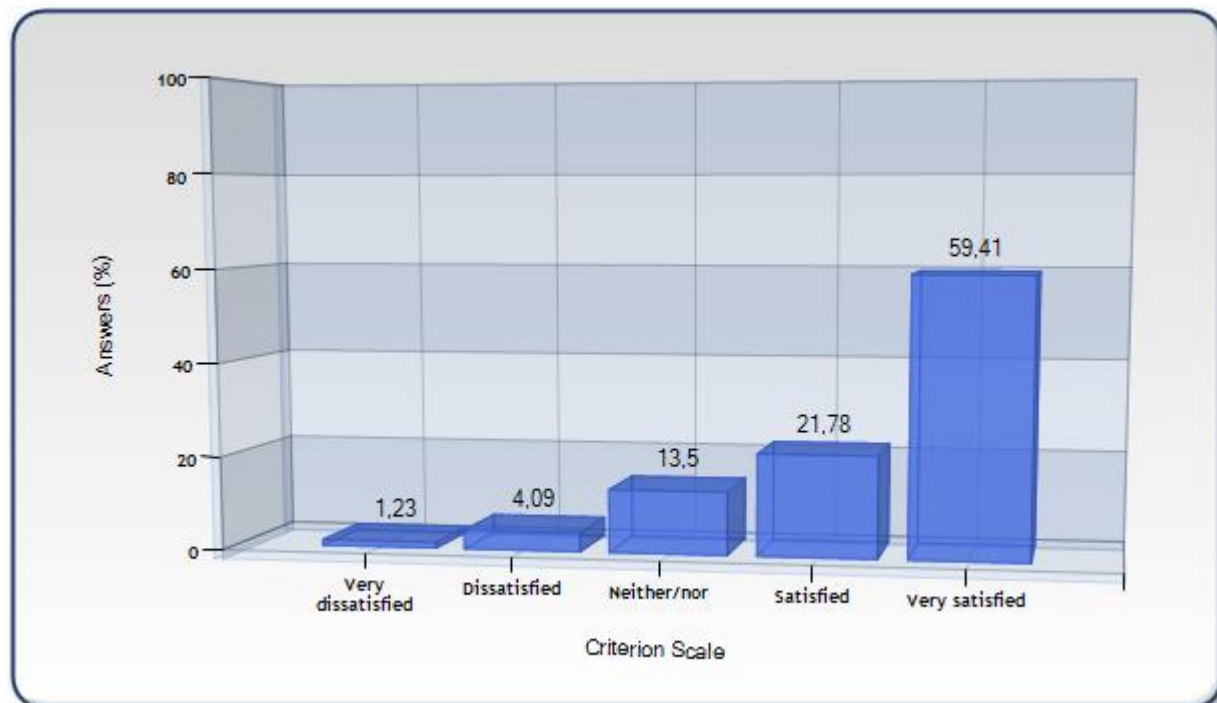


Διάγραμμα 11 : Ικανοποίηση από την προτεραιότητα των περιστατικών που εξυπηρετούνται

Στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από την προτεραιότητα των περιστατικών που εξυπηρετούνται στο ακτινολογικό εργαστήριο με ποσοστό 47,85%. Με μικρή διαφορά μεταξύ τους ακολουθούν οι αρκετά ικανοποιημένοι με ποσοστό 25,66% και οι ικανοποιημένοι με ποσοστό 22,29%. Το 3,37% των ερωτηθέντων δήλωσε λίγο ικανοποιημένοι, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό 0,82% απάντησε καθόλου ικανοποιημένοι.

5.2.5 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 5 - ΧΡΟΝΟΣ

Στην ερώτηση 5 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον συνολικό χρόνο που μεσολάβησε από την ολοκλήρωση της εξέτασης ως την παραλαβή των αποτελεσμάτων παρατηρούμε τα εξής :

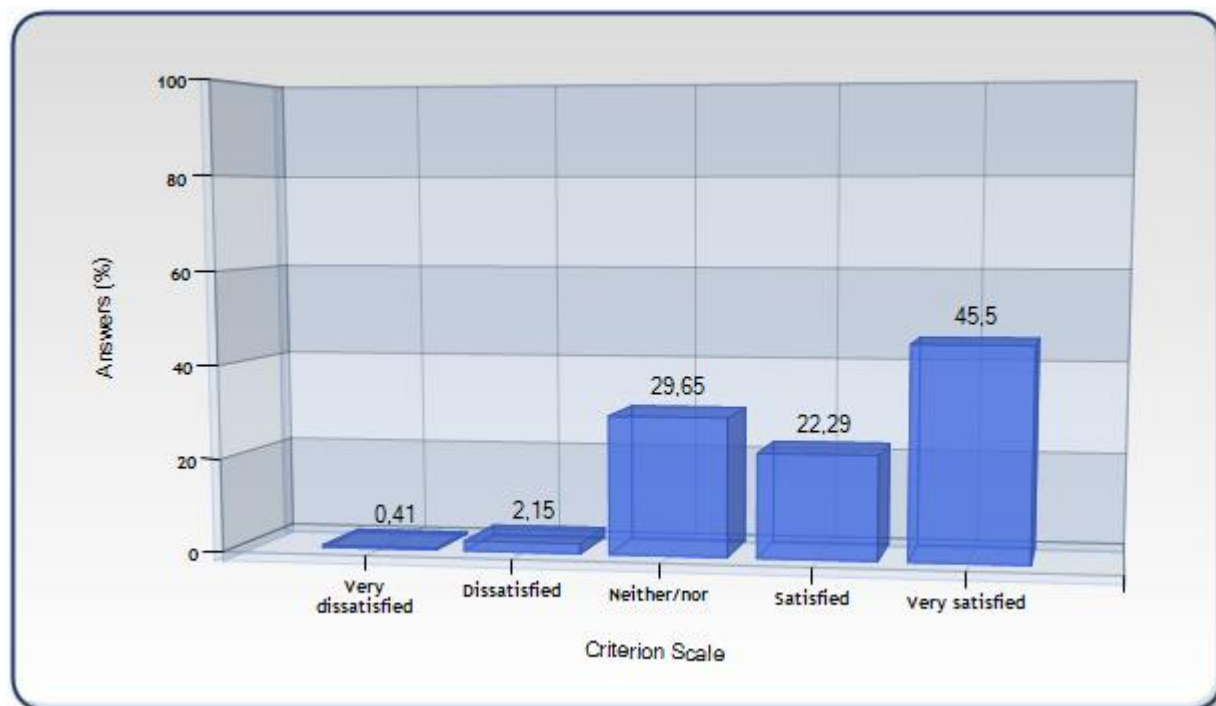


Διάγραμμα 12 : Ικανοποίηση από τον συνολικό χρόνο

Σύμφωνα με το σχήμα η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι πολύ ικανοποιημένοι από τον συνολικό χρόνο που μεσολάβησε από την ολοκλήρωση της εξέτασης ως την παραλαβή των αποτελεσμάτων με ποσοστό 59,41%. Ακολουθούν οι αρκετά ικανοποιημένοι με 21,78% και οι ικανοποιημένοι με 13,5%. Πολύ λίγοι είναι εκείνοι που δήλωσαν λίγο ικανοποιημένοι με ποσοστό 4,09% καθώς και οι καθόλου ικανοποιημένοι με ποσοστό 1,23%.

5.2.6 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 6 - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Στην ερώτηση 6 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις **πληροφορίες** που λάβατε σχετικά με τις εξετάσεις που κάνατε στο ακτινολογικό εργαστήριο παρατηρούμε τα εξής :

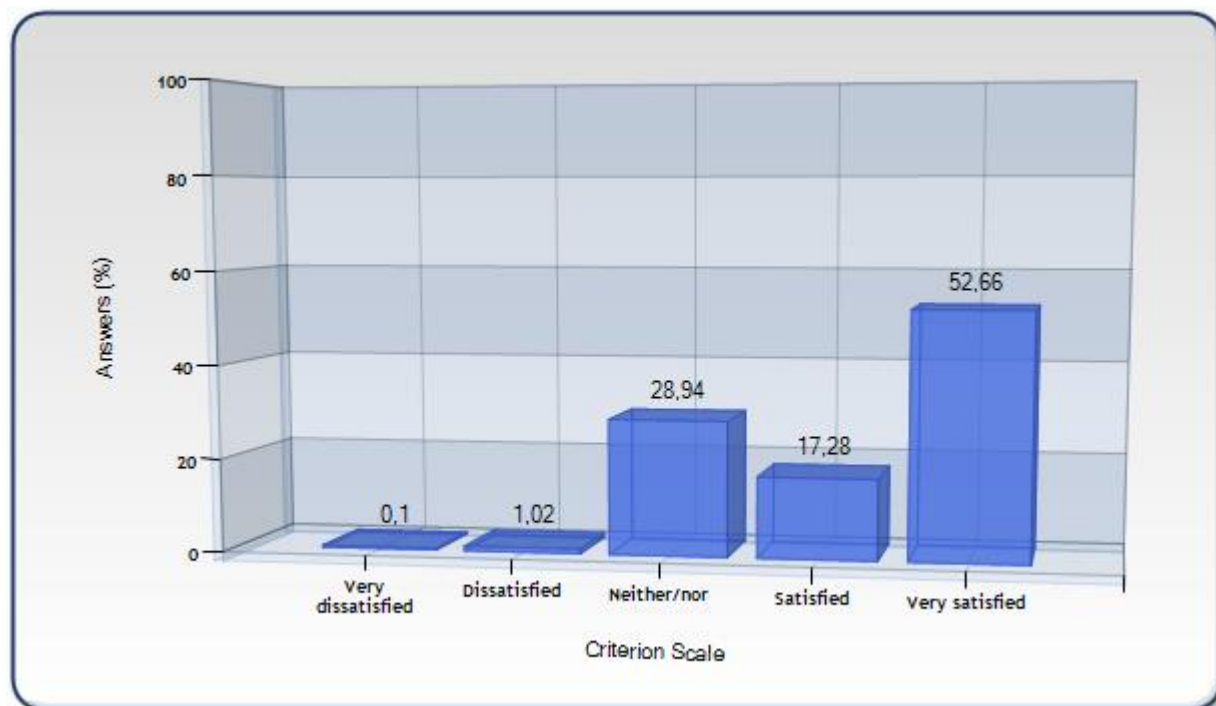


Διάγραμμα 13: Ικανοποίηση από τις πληροφορίες σχετικά με τις εξετάσεις

Κρίνοντας από τα παραπάνω ποσοστά, σχεδόν το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι εμφανώς ικανοποιημένοι από τις πληροφορίες που λάβανε σχετικά με τις εξετάσεις που έκαναν στο ακτινολογικό εργαστήριο, αφού πολύ ικανοποιημένος εμφανίζεται το 45,5% των ερωτηθέντων, ικανοποιημένος εμφανίζεται το 29,65% και αρκετά ικανοποιημένος το 22,29%. Τέλος, ένα σχετικά μικρό μέρος με ποσοστό 2,15% εμφανίζεται λίγο ικανοποιημένος.

5.2.7 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 7 – ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Στην ερώτηση 7 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη **φροντίδα** που έδειξε το **Ιατρικό προσωπικό** κατά την παραμονή σας στο ακτινολογικό εργαστήριο παρατηρούμε τα εξής :

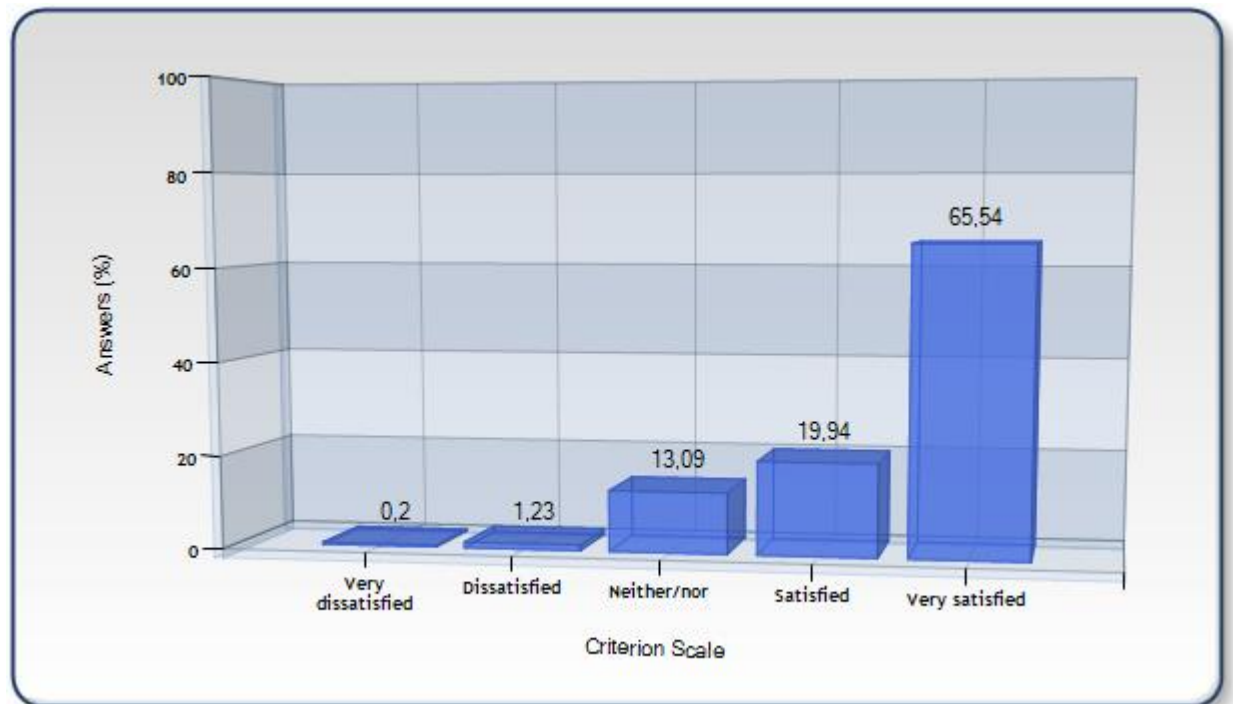


Διάγραμμα 14 : Ικανοποίηση από τη φροντίδα που έδειξε το Ιατρικό προσωπικό

Σύμφωνα με τα ποσοστά που εμφανίζονται στο παραπάνω διάγραμμα, το 52,66% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που έδειξε το Ιατρικό προσωπικό κατά την παραμονή τους στο ακτινολογικό εργαστήριο. Ικανοποιημένοι δήλωσαν το 28,94%, ενώ αρκετά ικανοποιημένοι το 17,28%. Τέλος λίγο ικανοποιημένοι είναι το 1,02% των συμμετεχόντων.

5.2.8 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 8 – ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Στην ερώτηση 8 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη **φροντίδα** που έδειξε το **Παραϊατρικό προσωπικό** (νοσηλεύτες, τεχνολόγοι) κατά την παραμονή σας στο ακτινολογικό εργαστήριο παρατηρούμε τα εξής :

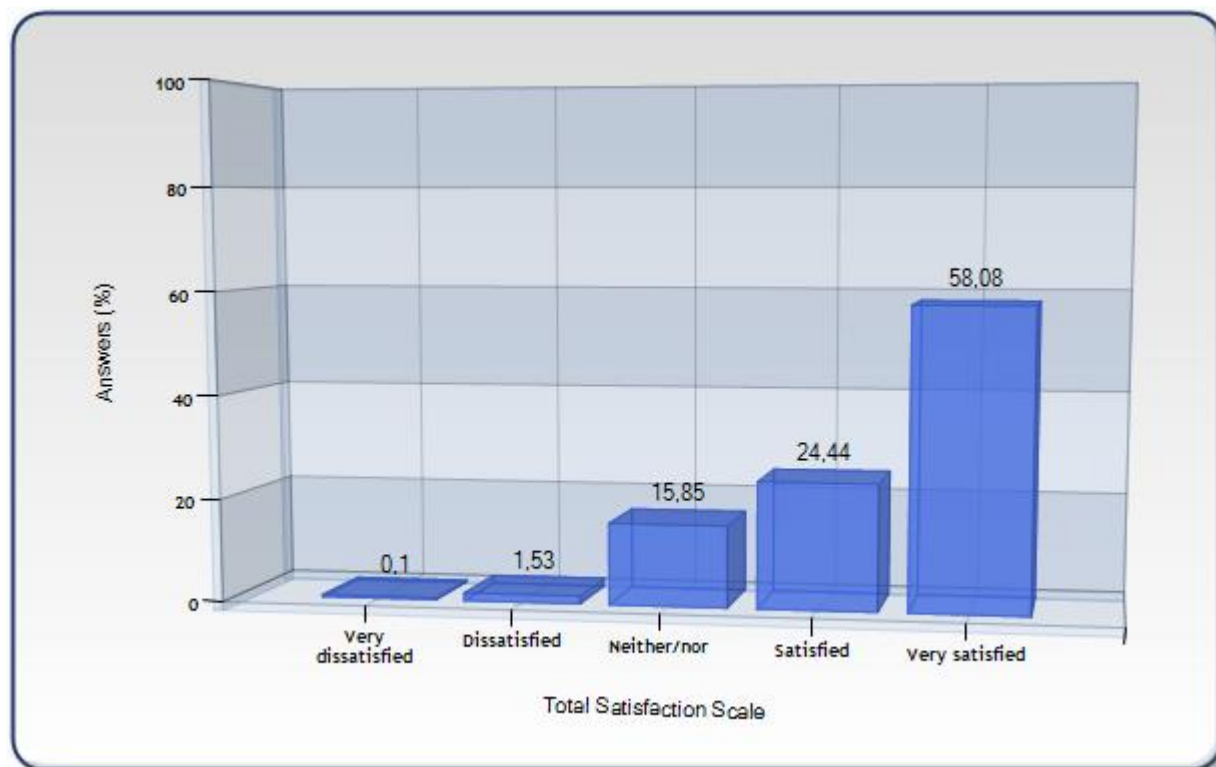


Διάγραμμα 15: Ικανοποίηση από τη φροντίδα που έδειξε το Παραϊατρικό προσωπικό

Παρατηρώντας τα ποσοστά του παραπάνω διαγράμματος, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζονται ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που έδειξε Παραϊατρικό προσωπικό με ποσοστό 65,54%. Αρκετά ικανοποιημένοι εμφανίζονται το 19,94%, ικανοποιημένοι το 13,09%, λίγο ικανοποιημένοι το 1,23% και καθόλου ικανοποιημένοι μόλις το 0,2%.

5.2.9 ΚΡΙΤΗΡΙΟ 9 – ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Στην ερώτηση 9 πόσο ικανοποιημένος/η είστε **συνολικά** από το ακτινολογικό εργαστήριο παρατηρούμε τα εξής :

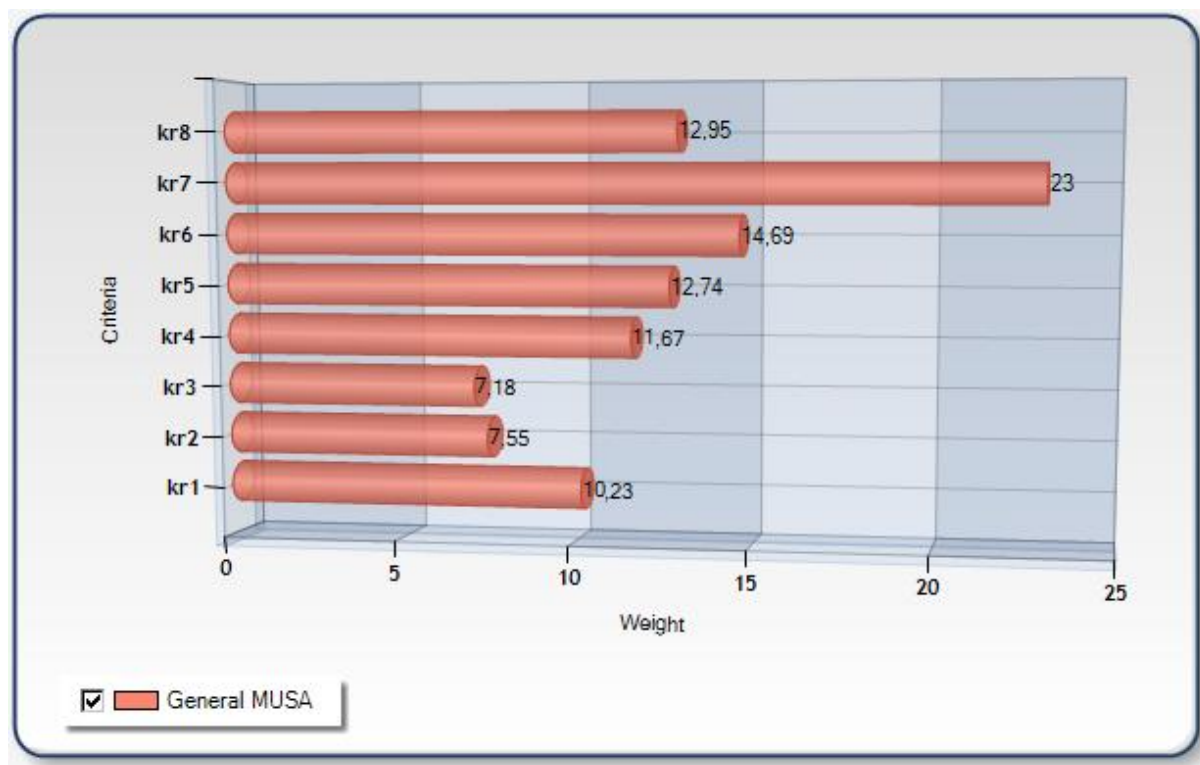


Διάγραμμα 16: Ικανοποίηση συνολικά από το ακτινολογικό εργαστήριο

Όπως φαίνεται στον πίνακα το ποσοστό των πολύ ικανοποιημένων ανέρχεται στο 58,08%. Το ποσοστό των ερωτηθέντων που είναι αρκετά ικανοποιημένοι είναι 24,44%. Το ποσοστό των ερωτηθέντων που είναι ικανοποιημένοι ανέρχεται στο 15,85%. Ένα πολύ μικρό ποσοστό 1,53% είναι λίγο ικανοποιημένοι και αντίστοιχα το 0,1% είναι καθόλου ικανοποιημένοι.

5.2.10 ΒΑΡΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

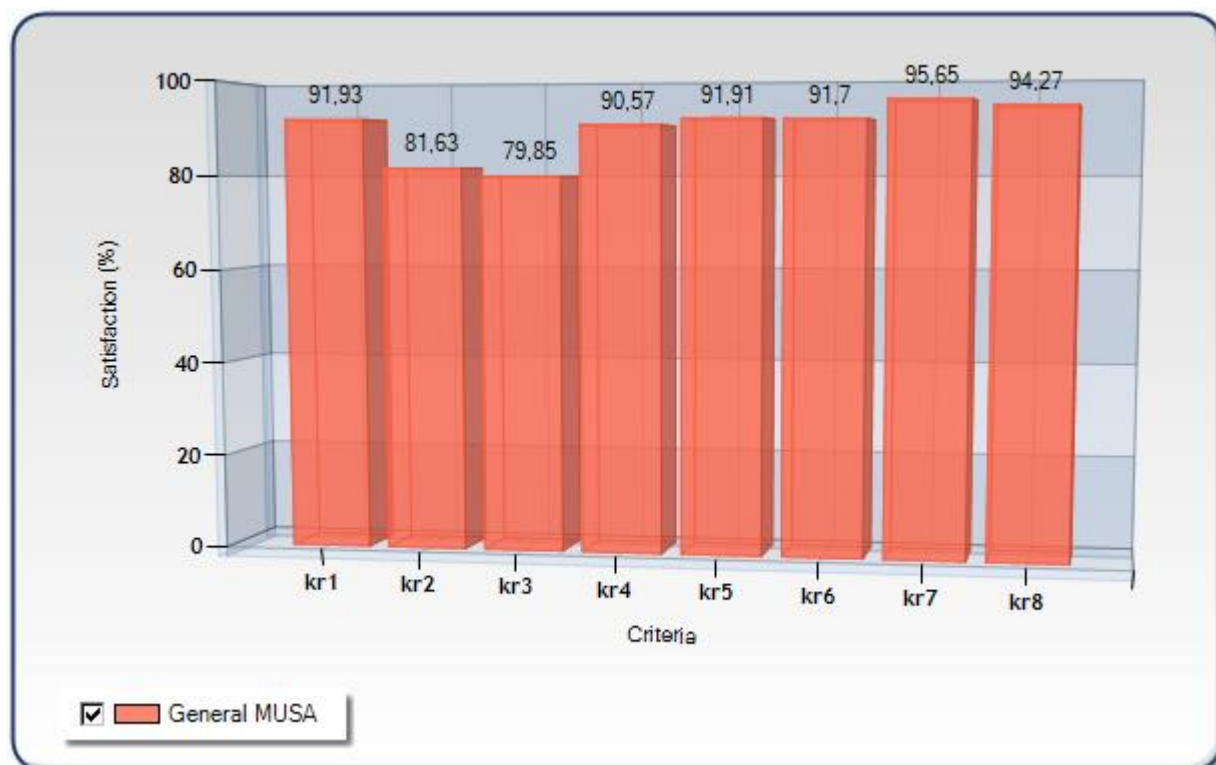
Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται το βάρος ή η σημαντικότητα των κριτηρίων, έτσι όπως έχει διαμορφωθεί από σύνολο των απαντήσεων των ερωτηθέντων. Επιλέξτε ποιο από τα δύο διαγράμματα επιθυμείτε να παρουσιάσετε



Διάγραμμα 17: Βάρη κριτηρίων

Παρατηρείται πως το σημαντικότερο κριτήριο για τους συμμετέχοντες στην έρευνα είναι η φροντίδα που έδειξε το ιατρικό προσωπικό, με ποσοστό 23%. Στη συνέχεια συναντάται οι πληροφορίες που έλαβαν σχετικά με τις εξετάσεις που διενεργήθηκαν με ποσοστό 14,69%. Ακολουθούν με μικρή διαφορά μεταξύ τους η φροντίδα που έδειξε το παραϊατρικό προσωπικό, ο συνολικός χρόνος που μεσολάβησε και η προτεραιότητα των περιστατικών, με ποσοστά 12,95%, 12,74% και 11,67% αντίστοιχα. Τέλος, τη μικρότερη βαρύτητα, χωρίς όμως μεγάλη απόκλιση από τα προηγούμενα, παρουσιάζουν η διαθεσιμότητα των ραντεβού, η άνεση στον χώρο αναμονής και η καθαριότητα, με ποσοστά 10,23%, 7,55% και 7,18% αντίστοιχα.

5.2.11 ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

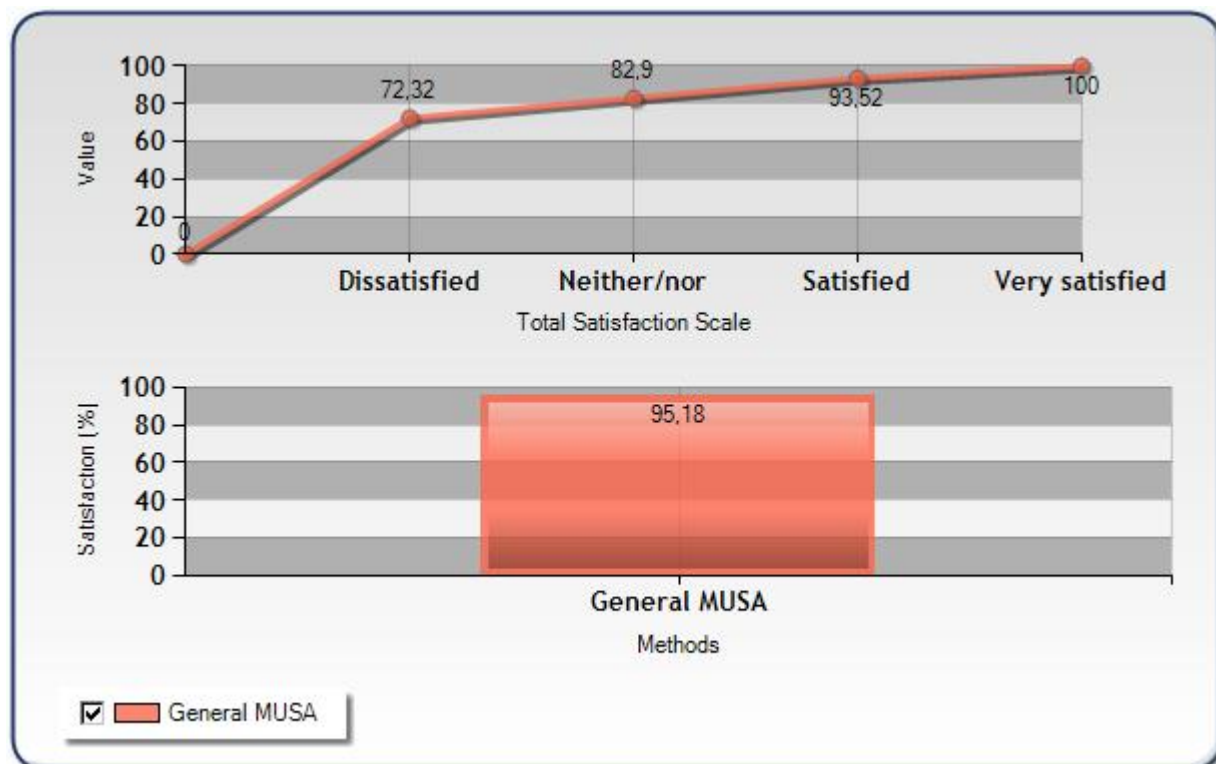


Διάγραμμα 18: Βαθμός Ικανοποίησης

Από την μελέτη των οχτώ κριτηρίων, διαπιστώνεται ότι το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο από τη φροντίδα που έδειξε το Ιατρικό προσωπικό και από τη φροντίδα που έδειξε το Παραϊατρικό προσωπικό με ποσοστό 95,65% και 94,67% αντίστοιχα. Ακολουθούν με πολύ μικρές διαφορές μεταξύ τους η ικανοποίηση από την διαθεσιμότητα των ραντεβού (91,93%), η ικανοποίηση από τον συνολικό χρόνο που μεσολάβησε από την ολοκλήρωση της εξέτασης ως την παραλαβή των αποτελεσμάτων (91,91%), η ικανοποίηση από τις πληροφορίες που έλαβαν σχετικά με τις εξετάσεις που έκαναν στο ακτινολογικό εργαστήριο (91,7%) και η ικανοποίηση από την προτεραιότητα των περιστατικών που εξυπηρετούνται στο ακτινολογικό εργαστήριο (90,57%). Μικρότερη ικανοποίηση παρουσιάζουν η άνεση στο χώρο αναμονής (θέσεις – θέρμανση) του ακτινολογικού εργαστηρίου (81,63%) και η καθαριότητα και η τήρηση των κανόνων υγιεινής κατά τη διαδικασία της εξέτασης (79,85%).

5.2.12 ΜΕΣΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

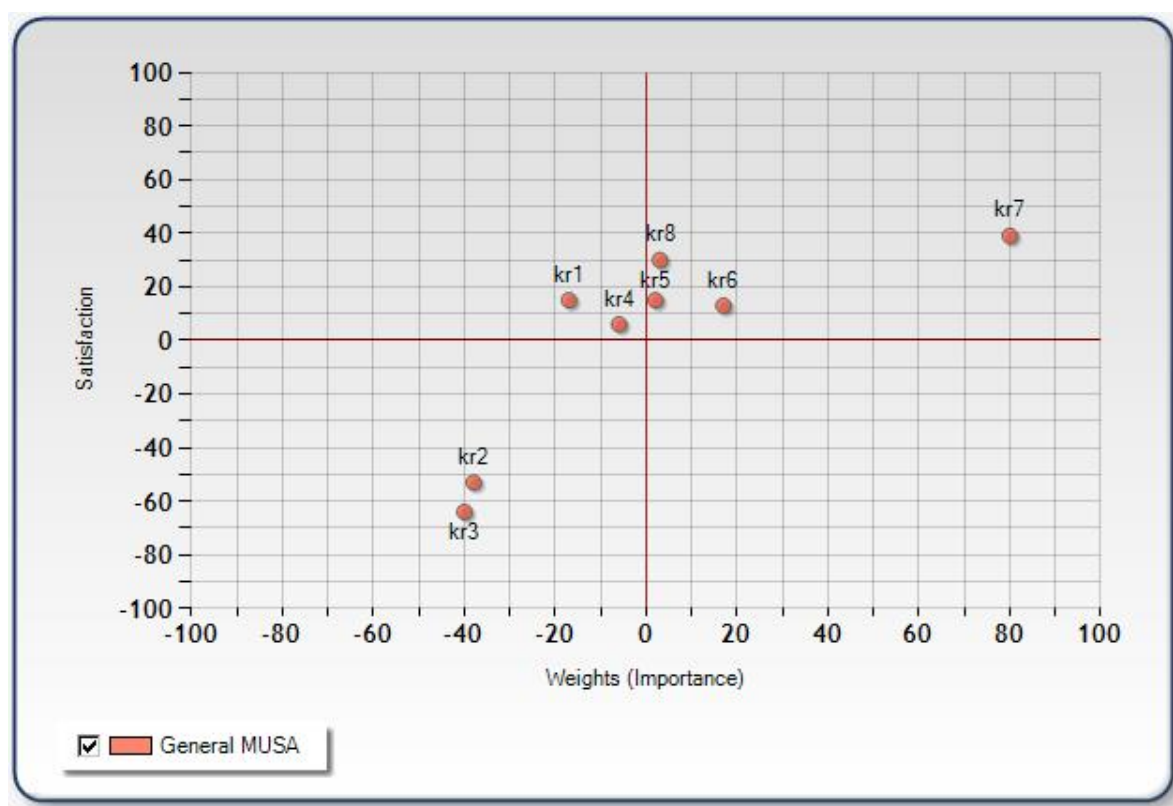
Ο μέσος δείκτης ολικής ικανοποίησης υποδηλώνει το επίπεδο ικανοποίησης από την γενικότερη εικόνα του ακτινολογικού εργαστηρίου της μονάδας υγείας



Διάγραμμα 19: Συνάρτηση ολικής ικανοποίησης, δείκτης ικανοποίησης

Με μια πρώτη ανάλυση του δείγματος, με βάση την μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής, προκύπτει ότι πολλοί ερωτηθέντες εμφανίζονται πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του ακτινολογικού εργαστηρίου. Με την εφαρμογή του μοντέλου προσδιορίζεται, πιο συγκεκριμένα, ότι το σκόρ του δείκτη ολικής ικανοποίησης των ατόμων είναι 95,18 σε μια κλίμακα 0-100.

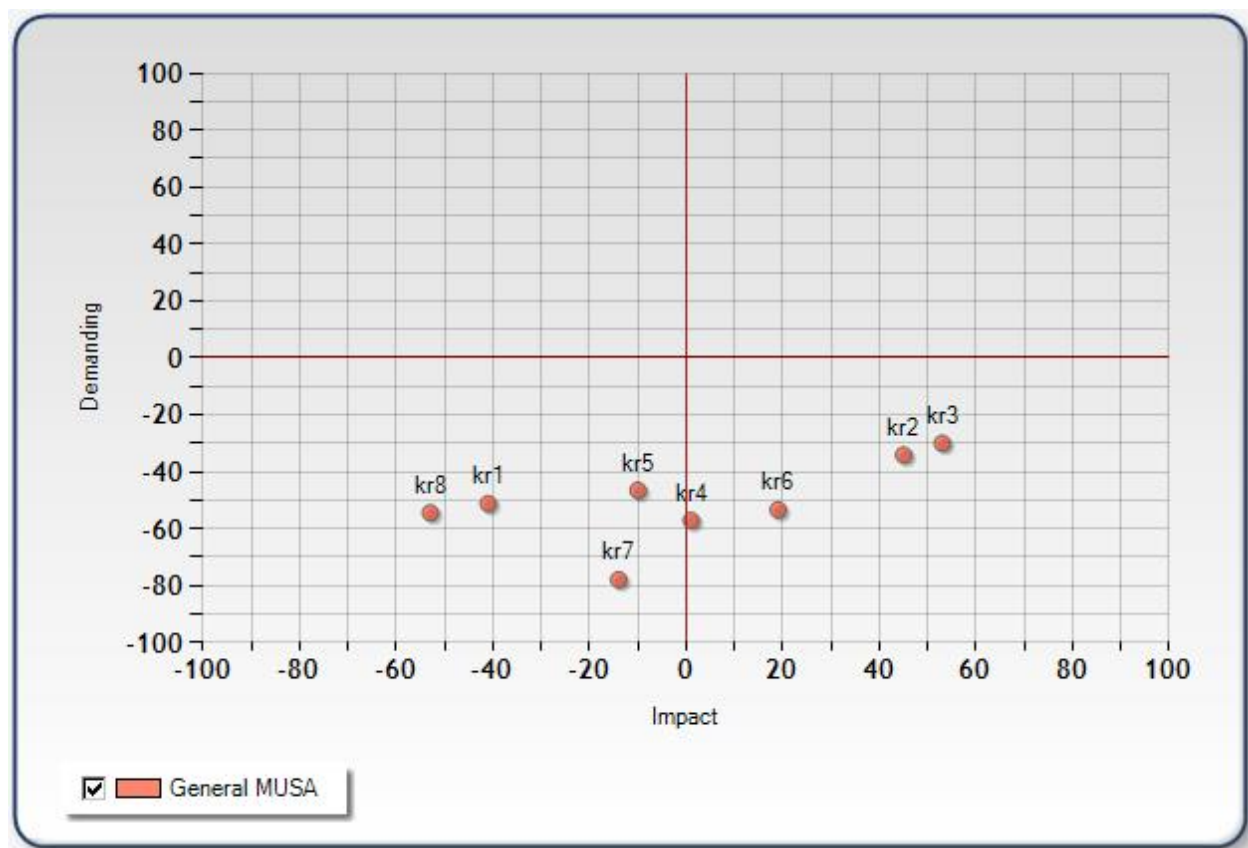
5.2.13 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ



Διάγραμμα 20 :Διάγραμμα Δράσης

Μελετώντας το διάγραμμα δράσης συμπεραίνουμε πως κανένα από τα κριτήρια δεν βρίσκεται στην περιοχή δράσης. Στην περιοχή ισχύος συναντάμε το κριτήριο φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό έχοντας υψηλό βαθμό απόδοσης και υψηλή σημαντικότητα, γεγονός που αποδεικνύει πως υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και πρέπει να δοθεί πρώτη προτεραιότητα σε αυτό. Στην ίδια περιοχή εμφανίζεται το κριτήριο φροντίδα από το παραϊατρικό προσωπικό και το κριτήριο πληροφορίες στα οποία θα πρέπει να δοθεί δεύτερη προτεραιότητα. Στη περιοχή ισχύουσας κατάστασης βρίσκονται τα κριτήρια άνεση και καθαριότητα που παρουσιάζουν χαμηλή απόδοση και σημαντικότητα. Σε αυτό το τμήμα δεν απαιτείται καμία πρόσθετη ενέργεια αφού η συγκεκριμένη διάσταση ικανοποίησης δεν είναι κρίσιμη την περίοδο της ανάλυσης, όμως δεν πρέπει να λησμονείται πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι σχετικά χαμηλή για το συγκεκριμένο κριτήριο και αυτό ενδέχεται να δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα στο μέλλον. Στην περιοχή μεταφοράς πόρων βρίσκεται το κριτήριο διαθεσιμότητα των ραντεβού που παρουσιάζει υψηλή απόδοση και χαμηλή σημαντικότητα επομένως δεν επηρεάζει αρκετά την ικανοποίηση των ερωτηθέντων και αποτελεί την τελευταία προτεραιότητα των υπηρεσιών. Τέλος, τα κριτήρια προτεραιότητα και χρόνος βρίσκονται αρκετά κοντά στο σημείο μηδέν, συνεπώς ή δεν κάνουμε καμία ενέργεια ή πράττουμε σε συνδυασμό με το διάγραμμα βελτίωσης.

5.2.14 ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ



Διάγραμμα 21: Διάγραμμα Βελτίωσης

Στο διάγραμμα βελτίωσης των κριτηρίων παρατηρείται ότι στην περιοχή 1ης προτεραιότητας βρίσκονται τα κριτήρια καθαριότητα, άνεση, πληροφορίες και προτεραιότητα όπου θα πρέπει να επικεντρωθούν και οι προσπάθειες βελτίωσης γιατί παρουσιάζουν υψηλή αποτελεσματικότητα και μικρή απαιτητικότητα. Δηλαδή, η απαίτηση των ατόμων για τα συγκεκριμένα κριτήρια είναι σχετικά μικρή γεγονός που σημαίνει ότι οι ενέργειες βελτίωσης θα έχουν άμεση αποτελεσματικότητα. Στην περιοχή 2ης προτεραιότητας ενεργειών βελτίωσης βρίσκονται τα υπόλοιπα κριτήρια φροντίδα από το παραϊατρικό προσωπικό, διαθεσιμότητα, φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό και χρόνος που εμφανίζουν χαμηλή αποτελεσματικότητα και μικρή απαιτητικότητα. Τέλος στη περιοχή 3ης προτεραιότητας ενεργειών βελτίωσης δεν βρίσκεται κανένα κριτήριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΕΞΑΓΩΓΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ

6.1 ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το μεγαλύτερο ποσοστό των εξεταζόμενων 62% είναι γυναίκες και πάνω από το 50% του δείγματος έχει ηλικία 46 ετών και άνω. Αξίζει επίσης να αναφέρουμε πως μόλις το 20.3% του δείγματος είναι απόφοιτοι κάποιου ανώτατου εκπαιδευτικού ιδρύματος. Εντύπωση προκαλούν και τα αποτελέσματα όσων αφορά το εισόδημα, με μόλις το 26.9% του δείγματος να δηλώνει οικογενειακό εισόδημα πάνω από 1000 euro.

Όπως φαίνεται από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων, οι ανάγκες των ανθρώπων για εξετάσεις σχετικά με την υγεία τους αυξάνονται όσο μεγαλώνουν, ενώ παρατηρείται επίσης πως η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Ξεκάθαρα είναι ακόμα και τα δυσμενή αποτελέσματα της κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής των τελευταίων ετών, με σαφή αντίκτυπο στο εισόδημα των νοικοκυριών, αλλά και στην εύρεση εργασίας.

Σύμφωνα με την έρευνα, το σύνολο των χρηστών των υπηρεσιών του ακτινολογικού εργαστηρίου εμφανίζεται ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δεδομένου ότι και ο δείκτης ολικής ικανοποίησης άγγιξε την τιμή 95,18. Επιπρόσθετα, κρίνοντας από την συνάρτηση ολικής ικανοποίησης των ερωτηθέντων, όπου παρουσιάζει κοίλη μορφή και από τους επιμέρους δείκτες απαιτητικότητας, όπου όλοι έχουν αρνητικές τιμές με το μέσο δείκτη απαιτητικότητας να φθάνει την τιμή -65,82, τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα δεν εμφανίζονται ιδιαίτερα απαιτητικά από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που καθιστά το έργο των οργανισμών πιο εύκολο.

Πιο αναλυτικά, τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένα από τη φροντίδα που έδειξε το Ιατρικό προσωπικό και από τη φροντίδα που έδειξε το Παραϊατρικό προσωπικό με ποσοστό 95,65% και 94,67% αντίστοιχα, ενώ τη μικρότερη ικανοποίηση παρουσιάζουν η άνεση στο χώρο αναμονής (θέσεις – θέρμανση) του ακτινολογικού εργαστηρίου (81,63%) και η καθαριότητα και η τήρηση των κανόνων υγιεινής κατά τη διαδικασία της εξέτασης (79,85%).

Οι χρήστες δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο κριτήριο που αφορά τη φροντίδα που έδειξε το ιατρικό προσωπικό. Μετά ακολουθούν οι πληροφορίες, η φροντίδα που έδειξε το παραϊατρικό προσωπικό, ο συνολικός χρόνος που μεσολάβησε και η προτεραιότητα των περιστατικών. Τη μικρότερη βαρύτητα για τους χρήστες έχουν τα

κριτήρια που αφορούν στη διαθεσιμότητα των ραντεβού, την άνεση στον χώρο αναμονής και τη καθαριότητα.

Επιπλέον το διάγραμμα δράσης υπέδειξε ποιες διαστάσεις ικανοποίησης πρέπει να βελτιωθούν. Από αυτές η πιο σημαντική με υψηλή απόδοση και σημαντικότητα είναι η φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό και στη συνέχεια η φροντίδα από το παραϊατρικό προσωπικό και οι πληροφορίες. Στην συνέχεια το διάγραμμα βελτίωσης προσδιόρισε ότι μπορούμε να αυξήσουμε τα επίπεδα ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, βελτιώνοντας τους τομείς που σχετίζονται με τη καθαριότητα, την άνεση, τις πληροφορίες και την προτεραιότητα, καθώς η απαίτηση των ατόμων για τα συγκεκριμένα κριτήρια είναι σχετικά μικρή γεγονός που σημαίνει ότι οι ενέργειες βελτίωσης θα έχουν άμεση αποτελεσματικότητα.

Δυστυχώς στην Ελλάδα υπάρχει ο όρος «ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό». Με αυτό τον τρόπο δίνεται περισσότερη αξία στο ιατρικό προσωπικό και λιγότερη στις υπόλοιπες ειδικότητες, μέσα στις οποίες ανήκει το προσωπικό των εργαστηρίων. Λόγω αυτής της αντίληψης, ενώ στην συντριπτική πλειοψηφία των εξετάσεων του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου η ορθότητά τους εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το παραϊατρικό προσωπικό, εντούτοις τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως η πιο σημαντική διάσταση ικανοποίησης είναι αυτή που αναφέρεται στην φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό.

Από την ανάλυση των παραπάνω αποτελεσμάτων προκύπτει ότι τελικά οι υπηρεσίες του ακτινολογικού εργαστηρίου αξιολογούνται από τους εξεταζόμενους ή τους συνοδούς ως πολύ καλές. Οι ασφαλισμένοι προσέρχονται στη T.M.Y. κάπως επιφυλακτικοί, αλλά στη συνέχεια η εικόνα αυτή βελτιώνεται, όταν λάβουν τις υπηρεσίες του ακτινολογικού εργαστηρίου. Είναι προφανές ότι οι υποδομές του ΠΕΔΥ Πειραιά αποτελούν και το αδύνατο σημείο στη διαμόρφωση της τελικής εικόνας από τους εξεταζόμενους λόγω καθαριότητας και χώρων, ενώ, αντίθετα, το προσωπικό αποτελεί ένα από τα δυνατά σημεία, καθώς θεωρείται από τους χρήστες ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι πολύ καλές.

Επίσης, οι εξεταζόμενοι αξιολόγησαν με υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης τη φροντίδα από το ιατρικό προσωπικό, απ' ό,τι το κριτήριο της ενημέρωσης – πληροφόρησης που έλαβαν. Η σχέση ιατρού-ασθενούς, είτε αφορά στην ενημέρωση για την πορεία της νόσου είτε για μετα-νοσοκομειακή φροντίδα του ασθενούς, έχει αναδειχθεί ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την τελική ικανοποίηση του χρήστη (SNELL J., 1996). Σύμφωνα άλλωστε με τους Steven και Douglas (1988), η επικοινωνία ασθενούς-ιατρού και η πληροφόρηση για την ασθένεια αποτελούν εξίσου σημαντικούς παράγοντες καθορισμού της ικανοποίησης, όσο και η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών.

6.2 ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών του ακτινολογικού εργαστηρίου μπορεί να θεωρηθεί ως η πιο αξιόπιστη προσέγγιση της απόδοσης του τμήματος αλλά και γενικά της μονάδας υγείας. Μέσα από αυτές τις έρευνες ο οργανισμός έχει τη δυνατότητα να μελετήσει πως οι ασθενείς αξιολογούν την μονάδα υγείας και ποιες

είναι οι διαστάσεις ικανοποίησης οι οποίες πρέπει να βελτιωθούν. Μέσω των διαγραμμάτων δράσης και βελτίωσης της μεθόδου MUSA, η διοίκηση αποκτά ένα εργαλείο ώστε να πάρει σωστές αποφάσεις με σκοπό την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να δείξουν αν υπάρχει διαφορά στα επίπεδα ικανοποίησης μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών, όπως είναι οι συνταξιούχοι, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, ασφαλισμένοι με διαφορετικό οικονομικομορφωτικό επίπεδο και φύλο.

Πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν τεχνικές προσομοίωσης προκειμένου να εκτιμηθεί η αντίδραση του συστήματος λαμβάνοντας υπόψη διάφορους παράγοντες όπως το κόστος, ο αριθμός των γιατρών και νοσηλευτών. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να ενισχύσει τους φορείς που χαράζουν την πολιτική υγείας προκειμένου να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα των νέων αποφάσεων. Από την άλλη πλευρά, πρέπει να σημειωθεί ότι οι αποφάσεις που έχουν εφαρμοστεί στο μοντέλο προσομοίωσης δεν μπορούν να προβλέψουν και τις τυχόν μεταβολές των επιπέδων ικανοποίησης. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτό το πρόβλημα, θα πρέπει οι φορείς που είναι υπεύθυνοι για την πολιτική υγείας, να συνδυάσουν τις τεχνικές προσομοίωσης με άλλες μεθόδους. Μια τέτοια μέθοδος, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών και να λειτουργήσει συνδυαστικά με τις τεχνικές προσομοίωσης, είναι η MUSA.

Ακόμα προτείνεται να εφαρμοστεί ένα μόνιμο βαρόμετρο ικανοποίησης για της υπηρεσίες υγείας των ακτινολογικών εργαστηρίων. Μέσα από αυτό το βαρόμετρο ο εκάστοτε οργανισμός θα έχει τη δυνατότητα να μετρά τον αντίκτυπο των πιθανών δράσεων βελτίωσης και αλλαγών στα επίπεδα ικανοποίησης.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdellah, F., G., Levine, E., (1965), «Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care», *Nursing Research*, /5(3), 100-108.

Athanasakis, K., Souliotis, K., Kyriopoulos, E.J., Loukidou, E., Kritikou, P., Kyriopoulos, J. (2012), Inequalities in access to cancer treatment: an analysis of crossregional patient mobility in Greece, *Supportive Care in Cancer*, 20(3): 455-460.

Atkins, P., M., Marshall, B., S., Javalgi, R., G., (1996), Happy employees lead to loyal patients. *Journal of Health Care Marketing*, 16: 14-23.

Azzolini M. , Shillader J. (1993), Internal service quality: winning from the inside out.

Backhouse, S., Brown, Y., (2000). Using a patient satisfaction survey to close the theory-practice gap. *Nursing Standard*, 14 (38): 32-38.

Baker, T., L., Steven. A., T., (1997), Patient satisfaction and service quality in the formation of customers' future purchase intentions in competitive health service setting. *Health Marketing Quarterly*, 15(1): 1–15.

Bendall-Lyon, D., Powers, T., L., Swan, J., E., (2001), Time does not heal all wounds. *Marketing Health Services*, 21 (3): 10-14.

Bodil Wilde-Larsson Gerry Larsson, (2009), Patients' views on quality of care and attitudes towards revisiting providers, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 22 Iss 6 :600 – 611.

Bounds, G., Yorks, L., Adams, M., & Ranney, G. (1994). *Beyond TQM: Toward the Emerging Paradigm*. New York: McGraw-Hill:60-61.

Charny, M.C., Lewis, P.A. and Farrow, S.C. (1989), Choosing who shall not be treated in the NHS, *Social Science and Medicine*, Vol. 28 : 1331-8.

Cleary D. Paul and Barbara J McNeil, 1988, Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care, 25-36 (3-4):185–210.

Carol P. Somkin, Stephen J. McPhee, Tung Nguyen, Susan Stewart, Sarah J. Shema, Bang Nguyen and Rena Pasick,(2004), The Effect of Access and Satisfaction on Regular Mammogram and Papanicolaou Test Screening in a Multiethnic Population, *Medical Care*, Vol. 42: 914-926.

Crosby L. A. and J. R. Taylor (1983). Psychological commitment and its effects on post – decision evaluation and preference stability among voters, *Journal of Customer Research*, 9: 413 – 431.

Deming W. E. (1981). *Management of statistical techniques for quality and productivity*, New York University Press.

Donabedian, A., (1980), *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Health Administration Press.

Evans R. James, Lindsay M. William (1996),*The Management and Control of Quality*, West Pub. Co. in Minneapolis/St. Paul.

Elvira V. Lang, William T. C. Yuh, Amna Ajam, Ronda Kelly, Luke MacAdam, Richard Potts, Nina A. Mayr, (2013), *Understanding Patient Satisfaction Ratings for Radiology Services*, *AJR* ,201:1190–1196.

Frédéric Bielen Nathalie Demoulin, (2007), *Waiting time influence on the satisfaction-loyalty relationship in services*, *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 17 Iss 2 : 174 – 193,

Fowler, F.J., Berwick, D.M., Roman, A. and Massagli, M.P. (1994), *Measuring public priorities for insurable health care*, *Medical Care*, Vol. 32: 625-39.

Fowler F. J. Jr (1993), *Survey research methods*, Sage Publications, Newbury Park, CA.

Fox JG, Storms DM. (1981) *A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care*. *Soc Sci Med*, 15: 557-564.

Grigoroudis, E. & Y. Siskos, (2002). *Preference disaggregation for measuring and analysing customer satisfaction: The MUSA method*. *European Journal of Operational Research*, 143(1):148–70.

Hall JA, Dornan MC., (1988), *What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature*, *Soc Sci Med*. :27

Hill, C., Jeanne, S., J., Garner, (1991), Factors influencing physician choice. *Hospital and Health Services Administration*, 36(4): 491–503.

Hinshaw, A.S. and Atwood, J.R. (1982), A patient satisfaction instrument: precision by replication, *Nursing Research*, Vol. 31 No. 3 : 170-5.

Hospitals & Health Networks, (2006), Patient Satisfaction and the New Consumer. *Hospitals & Health Networks* 80 (12): 57-61.

Jacquet-Lagrèze, E. and J. Siskos, (1982), Assessing a set of additive utility functions for multicriteria decision-making: The UTA method, *European Journal of Operational Research*, 10 (2): 151-164.

Johnston, R. (1995). The zone of tolerance: Exploring the relationship between service transactions and satisfaction with the overall service. *International Journal of Service Industry Management*, 6(2): 46–61.

Joy, L., Malay, M., (1992), Evaluation instruments to measure professional nursing practice , *Nursing Management*, 23(7) :73-77.

Juran, J.M. (1988). *Juran on Planning for Quality*. The Free Press.

Khayat, K. and B. Salter, (1994), Patient Satisfaction Surveys as a Market Research' Tool for General Practices, *British Journal of General Practice*, 215-19. (9):935–939.

Kirsti Loeken, Siri Steine, Leiv Sandvik, Even Laerum, (1997), A New Instrument to Measure Patient Satisfaction with Mammography Validity, Reliability, and Discriminatory Power *MEDICAL CARE* Volume 35 :731-741 , Lippincott-Raven Publisher.

Licata, J. W., J., C., Mowen, G., Chakraborty., (1995), Diagnosing perceived quality in the medical service channel. *Journal of Health Care Marketing*, 15 (4): 42.

Linder-Pelz S.,(1982), Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*.

Lisa E. Harris, Ralph W. Swindle, Simon M. Mungai,. Morris Weinberger, William M. Tierney, (1999), Measuring Patient Satisfaction for Quality Improvement , *MEDICAL CARE* Volume 37 : 1207-1213 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

M.A. Zolaly, (2012), Satisfaction of parents of paediatric patients with physicians' communication skills in Almadinah, Taibah University.

Mark D. Mangano Arifeen Rahman1 Garry Choy Dushyant V. Sahani Giles W. Boland Andrew J. Gunn1, (2014), Radiologists' Role in the Communication of Imaging Examination Results to Patients: Perceptions and Preferences of Patients, *AJR*, 203:1034–1039.

Markku Myllykangas, Olli-Pekka Ryyanen, Johanna Lammintakanen, Veli-Pekka Isomaki, Juha Kinnunen and Pirjo Halonen, (2003), Clinical management and prioritisation criteria, *Journal of Health Organization and Management* Vol. 17 No. 5 :338-348, MCB UP Limited.

Mohammad Arab Arash Rashidian Abolghasem Pourreza Maryam Tajvar Roghayeh Khabiri Nemati Ali Akbari Sari Abbas Rahimi Forooshani , (2014), Developing a Persian inpatient satisfaction questionnaire, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 27 Iss 1 : 4 – 14

Moliner, M., A., et al, (2006), Hospital Perceived Value. *Health Care Management Review*, Vol. 31(4): 328-336.

Mossialos, E., Allin, S., Davaki, K. (2005), Analysing the greek health system: a tale offragmentation and inertia, *Health Economics*, 14: 151-168.

Neuberger, J., Adams, D., MacMaster, P., Maidment, A. and Speed, M. (1998), Assessing priorities for allocation of donor liver grafts: survey of public and clinicians, *British Medical Journal*, Vol. 317 :172-5.

Nitse, Philip, S., Van Rushing. (1996), Patient satisfaction: The new area of focus for the physician's office. *Health Marketing Quarterly*, 14(2): 73–85.

Nord, E. (1993), The relevance of health state after treatment in prioritising between different patients, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 19 :37-42.

Nowak, Linda, I., Judith, H., Washburn, (1998), Patient sources of information and decision factors in selecting cosmetic surgeons. *Health Marketing Quarterly*, 15(4): 45–54.

Oermann, M., H., T., Templin., (2000), Important attributes of quality health care: Consumer perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 32 (2): 167.

Oliver, R. (1981), Measurement and evaluation of satisfaction process in retail settings, *Journal of Retailing*, Vol. 57: 25-48.

Pall Biering, Heather Becker, Amy Calvin, Susan J. Grobe, (2006), Casting light on the concept of patient satisfaction by studying the construct validity and the sensitivity of a questionnaire, *International Journal of Health Care Quality Assurance* Vol. 19 : 246-258, Emerald Group Publishing Limited.

Parasuraman A., V. A. Zeithaml and L. L. Berry, (1985), A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, 49: 41 - 50.

Pascoe GC., (1983), Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis, *Eval Program Plann.*

Peltier, James, W., John A. Schibrowsky, and Christopher R. Cochran, (2002), *Marketing Health Services*, 22(2): 29–33.

Perucca, R. (2001). Consumers with options. *Nursing Management* 32 (9): 20-24.

Philip O. Alderson, (2000), Noninterpretive Skills for Radiology Residents, Customer Service and Satisfaction in Radiology, *AJR*,175.

Risser, H., L., (1975), Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings, *Nurs. Res.*, 24 :45-52.

Ryynanen, O.-P., Myllykangas, M., Kinnunen, J., Halonen, P. and Takala, J. (2000), Prioritization attitudes among doctors and nurses examined by a scenario method, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 16: 92-9.

Silvia Ondategui-Parra, Sukru M. Erturk Pablo R. Ros, (2006), Survey of the Use of Quality Indicators in Academic Radiology Departments, *AJR*, 187:451–455.

Skordi, A., Tsiotras G., Bochoris, G., Skordi, A., (1998), Quality and Health – Basic Significances and Historic Retrospection for Greece, *Conference Quality in the field of Health*, Athens.

- Snell J., (1996), Patients' assessment of medical care quality. *Hosp Top*, 74:38–43.
- Spake, D., F., Sharon, E., B., Beverly, K., B., Crutchfield, T., N., (2003), Consumer comfort in service relationships: Measurement and importance. *Journal of Service Research*, 5(4): 316–32.
- Steven .I, Douglas R., (1988), Dissatisfaction in general practice: What do patients really want? *Med J*, 148:280–282.
- Stichler, J., F., M., E., Weiss, (2000), Through the eye of the beholder: Multiple perspectives on quality in women's health care. *Quality Management in Health Care*, 8 (4): 1-12.
- Tavana M., Mohebbi, M., B., Kennedy, D., T., (2003), Total quality index: a benchmarking tool for total quality management, *Benchmarking, An International Journal*, 10(6): 507- 527.
- Thomson, D., P. Yarnold, S. Adams, A. Spacone, (1996), How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 28(6): 6.
- Tucker, J., L., (2002), The moderators of patient satisfaction. *Journal of Management in Medicine*, 16 (1): 48-66.
- Turner, P., D., Pol, L., G.. (1995), Beyond patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing* 15 (3): 45.
- Ventura, M.R., Fox, R.N., Corley, M.C. and Mercurio, S.M. (1982), A patient satisfaction measure as a criterion to evaluate primary nursing, *Nursing Research*, Vol. 31 No. 4, 226-30.
- Ware, J.,E., Snyder, M.,K., Wright, R., Davies, A., (1983), Defining and measuring patient satisfaction with medical care , *Evaluation and Program Planning*, 6: 247- 263.
- Williams, S., A., (1998), Quality and care: Patients' perceptions. *Journal of Nursing Care Quality*, 12 (6): 18-25.
- World Health Organization (1978), *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*, WHO, Geneva.
- (1981), *Global strategy for health for all by the year 2000*, Geneva.

————— (1997), Highlights on health in the Netherlands, WHO Regional Office for Europe, European Commission, Denmark.

————— (1998), Health Promotion Glossary, Geneva.

————— (1999), Health care systems in transition, European Observatory on Health Care Systems, United Kingdom.

Yucelt, Ugur, (1994), An investigation of causes of patient satisfaction – dissatisfaction with physician services. *Health Marketing Quarterly*, 12 (2): 11–28.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξιάδης, Δ., Σιγάλας, Ι., (1999), Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 103-110.

Γείτονα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., (2000), Ισότητα και Αποδοτικότητα στην Υγεία: Θεωρητική Ανάλυση και Εμπειρικές Προσεγγίσεις, Θεμέλιο, Αθήνα, 35-5.

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

Γρηγορούδης Β., Σίσκος Γ., (2005), Ποιότητα Υπηρεσιών Και Μέτρηση Ικανοποίησης του Πελάτη – το Σύστημα MUSA, β' έκδοση, Αθήνα, εκδόσεις ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ.

Γρηγορούδης. Ε., ΣΙΣΚΟΣ, Γ., (2000), Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ικανοποίησης του πελάτη, Αθήνα, Εκδόσεις ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ.

Έλληνας, Δ. (2005), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*, 94: 42-46.

Εμβαλωτής, Α., Κατσή, Α., Σιδερίδης, Γ., (2006), Στατιστική Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας, Ιωάννινα, 8.

ΕΣΔΥ (2013α), Η Πρωτοβάθμια φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, Αθήνα, διαθέσιμο στο: http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias, Η ΠΦΥ ως πύλη εισόδου.pdf, 136-15.

Ζαβλανός Μ., (2006), Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα, Εκδόσεις Σταμούλη ΑΕ, Αθήνα.

Ζωγράφος, Κ., (2003), Μαθήματα Πιθανοτήτων και Στατιστικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 7-15.

Καλογεροπούλου, Ι., (2011), Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών, Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων, Αρχ. Ελλ. Ιατρ., 28(5):667673.

Κοντός, Δ., Αθανασάκης, Κ., Βαφειάδης, Γ., Γαρύφαλλος, Α. και συν. (2013), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, 4 βήματα για τη μεταρρύθμιση, Αθήνα.

Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., Φιλαλήθης, Α., (2006), Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα : Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, Διοικητική Ενημέρωση, 52.

Κυριαζόπουλος, Π. και Σαμαντά, Ε., (2009), Εισαγωγή στην Έρευνα Αγοράς,. Αθήνα, Σύγχρονη Εκδοτική.

Μάρδας, Γ., (1993), Οργανωτική και Οικονομική του συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης, Οικονομικό, Αθήνα.

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

Νόμος 3527/2007, Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 25Α/2007

Νόμος 3918/2011, Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 31Α/2011.

Νόμος 4238/2014, πρωτοβάθμιο εθνικό δίκτυο υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 38Α/2014.

Νόμος 3846/2010, εγγυήσεις για την εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 66Α/2010.

Νόμος 1397/1983, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ 143Α/1983.

Οικονόμου, Χ., (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού συστήματος Υγείας, Επιστημονικές Εκθέσεις, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα, 73.

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

Σίσκος Ι., (1981), Μεθοδολογία ποιοτικού marketing: Η ανάλυση αγοράς, ΣΠΟΥΔΑΙ, τόμος ΛΔ', Α.Β.Σ.Π., Πειραιάς, 361 – 385.

Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., Λιαρόπουλος, Λ., (2008), Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: το ελληνικό παράδοξο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25: 663-672

Σιώμοκος Γ., (2002), Συμπεριφορά Καταναλωτή & Στρατηγική Μάρκετινγκ, Εκδόσεις Σταμούλη

Σπυριδάκος Α., (1996), Ένα ολοκληρωμένο ευφύες και αλληλεπιδραστικό πολυκριτήριο σύστημα υποστήριξης αποφάσεων, Διδακτορική Διατριβή, Πολυτεχνείο Κρήτης, Χανιά.

Σταθακοπούλου, Χ. (2014), Η ενδυνάμωση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής συγκριτική ανάλυση με φορείς του εξωτερικού, ΑΠΚ, Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Τούντας Γ., (2003), Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20, (5) :532-546.

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

Τσιότρας, Γ. (1995), Βελτίωση της Ποιότητας, Εκδόσεις Ε.Μπένου.

Φιλαλήθης, Α. (2008), 30 Χρόνια μετά την Alma-Ata: ένα νέο ξεκίνημα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 20: 108-110

ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<http://www.voria.gr/article/tritobathmia-nosokomeia>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψή σας για τις υπηρεσίες της κλινικής μας, σημειώνοντας **x** στα τετραγωνάκια, ανάλογα με την απάντησή σας. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι πληροφορίες που περιλαμβάνει θα μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες της κλινικής μας

ΗΛΙΚΙΑ: 0-17 18-25 26-35 36-45 46-55 56-65

66 ετών και άνω

ΦΥΛΟ:

Άνδρας

Γυναίκα

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Ελλάδα

Ευρώπη

Ασία

Άλλού

ΜΟΡΦΩΣΗ:

Απόφοιτος Π.Ε Απόφοιτος Τ.Ε Απόφοιτος Μεταλυκειακής Εκπαίδευσης Απόφοιτος Λυκείου Απόφοιτος Γυμνασίου Απόφοιτος Δημοτικού Δεν πήγα καθόλου σχολείο

ΑΣΦΑΛΙΣΗ:

Δημόσιο ΙΚΑ ΟΓΑ ΟΑΕΕ Ιδιωτική Ασφάλιση

Ανασφάλιστος Άλλη

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ:

< 500 € 500 -800 € 800 -1000 € 1000 -1500 € >1500 €

ΕΡΓΑΣΙΑ:

Πλήρης απασχόληση Μερική απασχόληση Άνεργος Φοιτητής

Συνταξιούχος

Προσχολική ηλικία

ΕΞΕΤΑΣΗ:

Ακτινογραφία Πανοραμική Μαστογραφία Μέτρηση οστικής πυκνότητας

Βαριούχο γέυμα Βαριούχος υποκλυσμός Υπερηχογράφημα

TRIPLEX αγγείων σώματος

TRIPLEX καρδιάς

ΩΡΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ:

Πρωινή βάρδια

Απογευματινή βάρδια

Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: Ασθενής Συγγενής ή συνοδός

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

1. Την διαθεσιμότητα των ραντεβού για την πραγματοποίηση της εξέτασης

<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>		<i>Αρκετά</i>	
<i>Πολύ Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	
<i>Ικανοποιημένος</i>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Την άνεση στο χώρο αναμονής (θέσεις – θέρμανση) του ακτινολογικού εργαστηρίου

<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>		<i>Αρκετά</i>	
<i>Πολύ Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	
<i>Ικανοποιημένος</i>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Την καθαριότητα και την τήρηση των κανόνων υγιεινής κατά τη διαδικασία της εξέτασής σας

<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>		<i>Αρκετά</i>	
<i>Πολύ Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	
<i>Ικανοποιημένος</i>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Την προτεραιότητα των περιστατικών που εξυπηρετούνται στο ακτινολογικό εργαστήριο

<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>		<i>Αρκετά</i>	
<i>Πολύ Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	
<i>Ικανοποιημένος</i>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Τον συνολικό χρόνο που μεσολάβησε από την ολοκλήρωση της εξέτασης ως την παραλαβή των αποτελεσμάτων

<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>		<i>Αρκετά</i>	
<i>Πολύ Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	
<i>Ικανοποιημένος</i>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Τις πληροφορίες που λάβατε σχετικά με τις εξετάσεις που κάνατε στο ακτινολογικό εργαστήριο

<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>		<i>Αρκετά</i>	
<i>Πολύ Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	
<i>Ικανοποιημένος</i>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Τη φροντίδα που έδειξε το **Ιατρικό προσωπικό** κατά την παραμονή σας στο ακτινολογικό εργαστήριο

<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>		<i>Αρκετά</i>	
<i>Πολύ Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	
<i>Ικανοποιημένος</i>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Τη φροντίδα που έδειξε το **Παραϊατρικό προσωπικό** (νοσηλεύτες, τεχνολόγοι) κατά την παραμονή σας στο ακτινολογικό εργαστήριο

<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>		<i>Αρκετά</i>	
<i>Πολύ Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	
<i>Ικανοποιημένος</i>				

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Συνολικά από το ακτινολογικό εργαστήριο				
<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>		<i>Αρκετά</i>	
<i>Πολύ Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	<i>Ικανοποιημένος</i>	
<i>Ικανοποιημένος</i>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>