

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
**Σχολή Οικονομίας και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών *Διοίκηση Επιχειρήσεων (MBA)***

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**



Παράγοντες που επηρεάζουν τις Προτιμήσεις και το Βαθμό Ικανοποίησης των χρηστών από τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο.

**Χαρά Καλογήρου**

**Επιβλέπον Καθηγητής**  
**Σωκράτους Μιχάλης**

**Μάιος 2022**

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου  
Σχολή Οικονομίας και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών *Διοίκηση Επιχειρήσεων (MBA)***

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**

Παράγοντες που επηρεάζουν τις Προτιμήσεις και το Βαθμό Ικανοποίησης των χρηστών από τους παροχείς του Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο.

**Χαρά Καλογήρου**

**Επιβλέπον Καθηγήτης  
Σωκράτους Μιχάλης**

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

**Μάιος 2022**

,

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Στις ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας του σήμερα, η διασφάλιση της υγείας αποτελεί θεμελιώδη αρχή και προτεραιότητα για την ευημερία κάθε ατόμου και κατ' επέκταση του κοινωνικού συνόλου. Η παρούσα εργασία, μελετά την έννοια της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και της ικανοποίησης των χρηστών από το Γενικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο. Μέσα από τη μελέτη διερευνώνται και προσδιορίζονται οι προσδοκίες που επιδεικνύουν οι χρήστες ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες, έναντι των αντιλήψεων τους μέσα από προηγούμενες εμπειρίες και υπηρεσίες που έλαβαν.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι να μελετηθούν και να αξιολογηθούν οι προτιμήσεις και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από τους παροχείς του Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για ποσοτική περιγραφική μελέτη, βασισμένη σε ένα δομημένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε σε χρήστες του ΓΕΣΥ, Παγκύπρια μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας (google forms). Το δείγμα αποτελέσαν 246 συμμετέχοντες, εκ των οποίων 232 συμπλήρωσαν επιτυχώς στο ερωτηματολόγιο. Πρόκειται για τυχαίο δείγμα ευκολίας. Για τη διεξαγωγή της έρευνας γίνεται χρήση του μοντέλου SERVQUAL που εξετάζει πέντε διαστάσεις (υποδομές/ εξοπλισμός, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση/ εξατομίκευση). Συγκεκριμένα όλοι οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν ένα ερωτηματολόγιο που θα παραμείνει ανώνυμο. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται συλλογή δημογραφικών δεδομένων. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αναφέρεται στις προσδοκίες έναντι των αντιλήψεων των ασθενών μέσα από πρόσφατες εμπειρίες τους σε συμβεβλημένες νοσοκομειακές μονάδες του ΓΕΣΥ και στους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του ΓΕΣΥ.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν αρνητικό χάσμα στις προσδοκίες των συμμετεχόντων έναντι των αντιλήψεων τους και στις

πέντε διαστάσεις που εξετάστηκαν μέσα από το μοντέλο SERVQUAL, με μοναδική εξαίρεση τη διάσταση των υποδομών/ εξοπλισμού. Παρατηρείται σε γενικό σύνολο ότι οι συμμετέχοντες δεν είναι πλήρως ικανοποιημένοι από τις προσφερόμενες υπηρεσίες του ΓΕΣΥ και ότι έχουν υψηλότερες προσδοκίες για το τι θα περίμεναν ή επιθυμούν να λαμβάνουν από τις υπηρεσίες υγείας του ΓΕΣΥ. Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων στη σύγκριση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, παρατηρήθηκε ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων της έρευνας, τόσο υψηλότερες φάνηκε να είναι και η προσδοκίες τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες του ΓΕΣΥ, στη διάσταση της αξιοπιστίας ( $p=0.01<0.05$ ). Επιπλέον, όσοι από τους συμμετέχοντες είναι ιδιωτικά ασφαλισμένοι, παρουσιάζουν εξίσου υψηλότερες βαθμολογίες ως προς τις προσδοκίες στη διάσταση της αξιοπιστίας ( $p=0.04<0.05$ ). Εξίσου, στατιστικά σημαντικά είναι και τα αποτελέσματα κατά την σύγκριση των νοσοκομείων μεταξύ τους, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων και στις πέντε διαστάσεις αξιολόγησης ( $p<0.05$ ). Τέλος, κατά την ανάλυση και μελέτη του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα σε όλες τις διαστάσεις αξιολόγησης, εξαιρουμένου της διάστασης των υποδομών/ εξοπλισμού ( $p= 0.1>0.05$ ).

**Συμπεράσματα:** Η έρευνα καταλήγει λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται από το ΓΕΣΥ, χρήζει βελτίωσης και θα πρέπει να επαναξιολογείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, να μεταβαίνουν οι αρμόδιοι στις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις για την βελτίωση των υπηρεσιών τους. Επιπλέον, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι προσδοκίες των χρηστών, έτσι ώστε να μπορούν οι παροχείς να μεταβάλλονται εξασφαλίζοντας υψηλά επίπεδα ικανοποίησης για τους ασθενείς.

## Summary

**Introduction:** Nowadays, in the needs of modern society, ensuring health is the top priority for the welfare. In this study, the quality of health and the satisfaction of users from the General Health system (GHS) in Cyprus is examined. In addition, the research identifies the expectations of users, regarding the services offered and compares them with their previous experiences and services received from hospitals.

**Purpose:** The aim of this study is to examine and assess the preferences and satisfaction of users from services provided by the GHS in Cyprus.

**Methodology:** This is a descriptive study, based on anonymous questionnaires, distributed to GHS users via electronic platform. 246 people participated but only 232 of them completed the questionnaire successfully, and hence included in the study. This is a random convenience sample. For the research, the SERVQUAL model was used, which examines five dimensions (tangibility, reliability, responsiveness, assurance, empathy). This was achieved by inviting all the participants to answer an anonymous questionnaire. The questionnaire included two parts; the first one, consist the demographics and the second part refers to the expectations that users have, and compares them with their recent experiences from GHS's hospitals in Cyprus.

**Results:** The results showed a gap between the expectations and experiences of the participants, in all dimensions, except from the dimension of tangibility. Additionally, it was noticed that participants aren't completely satisfied with the services of the GHS and have higher scores of expectations than what they received from the health services of GESY. In the statistical analysis a comparison of the results with the demographics demonstrated that; the higher educational level of participants- the higher it seemed to be their expectations from the services in the dimension of reliability ( $p: 0.01 < 0.05$ ). At the same analysis, the participants who are privately insured, had higher scores for their expectations regarding reliability ( $p: 0.04 < 0.05$ ). The results comparing hospitals are, according to the participants, of important statistical significance

in all five dimensions ( $p < 0.05$ ). Finally, there is a gap between expectations and perceptions in all dimensions of the study, except tangibility ( $p: 0.1 > 0.05$ ).

**Conclusion:** The research determined that the quality of health services offered by the GHS in Cyprus, need improvement and they should be re-evaluated in order to proceed with the necessary reforms to improve their services. In conclusion, the expectations of GESY users should be the centre of attention, and GHS providers should adjust their services to ensure the highest level of satisfaction for their patients.

## Ευχαριστίες

Στους γονείς μου.....



# Περιεχόμενα

Περίληψη .....	4
Summary .....	6
Εισαγωγή.....	11
ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ- ΣΗΜΑΣΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
Θεωρητικό Πλαίσιο .....	18
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΑΠΟΔΟΣΗ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΟΡΙΣΜΩΝ.....	18
Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας- Ρόλος, Αρμοδιότητες, Όραμα.....	18
Ιστορική αναδρομή Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας .....	18
Παροχές Υπηρεσιών Υγείας προς δικαιούχους .....	20
Οφέλη ΓΕΣΥ .....	21
Διαχείριση Γενικού Συστήματος Υγείας Κύπρος.....	22
Αδυναμίες- Εισηγήσεις λειτουργίας ΓΕΣΥ .....	23
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ- ΑΠΟΔΟΣΗ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΟΡΙΣΜΩΝ.....	24
Ορισμός- Χαρακτηριστικά ποιότητας υπηρεσιών υγείας.....	24
Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα υπηρεσιών υγείας.....	25
Βελτίωση ποιότητας υγείας .....	26
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ- ΑΠΟΔΟΣΗ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΟΡΙΣΜΩΝ .....	29
Παράγοντες για την αύξηση της ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	29
ΣΥΝΟΨΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ.....	31
ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ- SERVQUAL .....	32
Μοντέλο ποιότητας υπηρεσιών- SERVQUAL στον τομέα της Υγείας .....	36
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	40
Μεθοδολογία.....	45
ΣΚΟΠΟΣ: .....	45
Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:.....	45
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: .....	45
Μεθοδολογική προσέγγιση έρευνας: .....	45
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:.....	46
Δείγμα έρευνας:.....	46
ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ: .....	47
ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ- ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ: .....	48

Αποτελέσματα.....	50
ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	50
Δημογραφικά στοιχεία: .....	50
Ηλικιακή ομάδα: .....	51
Μορφωτικό επίπεδο: .....	52
Καταγωγή- Πόλη Κατοικίας: .....	53
Ιδιωτική ασφάλιση: .....	54
Νοσοκομείο που επισκέφθηκε πιο πρόσφατα το δείγμα: .....	55
Υπηρεσίες που έλαβε και τμήμα που επισκέφθηκε το δείγμα: .....	58
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ- ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ SERVQUAL: .....	59
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: .....	65
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: .....	73
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΠΡΟΣΔΟΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ: .....	77
Συμπεράσματα- Συζήτηση: .....	79
Βιβλιογραφία .....	81
Παράρτημα: .....	84

## Εισαγωγή

Στις ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας που ζούμε, η διασφάλιση της υγείας αποτελεί θεμελιώδη αρχή και προτεραιότητα για την ευημερία κάθε ατόμου και κατ' επέκταση του κοινωνικού συνόλου. (World Health Organization, 2006).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2003, η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση κατά την οποία το άτομο βρίσκεται σε απόλυτη ψυχοσωματική και κοινωνική ευεξία. (World Health Organization, 2003).

Σε καμία αναπτυσσόμενη και εξελισσόμενη χώρα δεν μπορεί να υπάρχει υψηλό επίπεδο ευημερίας όταν ο πληθυσμός της νοσεί και το σύστημα υγείας την ίδια στιγμή αδυνατεί να ανταποκριθεί με αποτελεσματικότητα στα προβλήματα υγείας. (World Health Organization, 2006).

Από την αρχαιότητα, ο τομέας της υγείας απασχολούσε τον άνθρωπο που στόχευε και συνεχίζει να στοχεύει στην εξέλιξη των υπηρεσιών παρεχόμενης φροντίδας και στη βελτίωση της ποιότητας αυτών. (World Health Organization, 2006).

Η εξασφάλιση της υγείας είναι ζωτικής σημασίας για κάθε άνθρωπο ανεξαιρέτως και θα πρέπει να προσφέρεται χωρίς κοινωνικοοικονομικούς φραγμούς. Αποτελεί βασικό ζήτημα όπου το κάθε κράτος επιβάλλεται να εξασφαλίζει ως κράτος πρόνοιας και ευημερίας, ικανοποιητικά συστήματα δημόσιας υγείας για κάθε πολίτη. (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Η συνεχής εξέλιξη στις διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι σαφώς από τις σημαντικότερες εξελίξεις στον τομέα της υγείας. Παρ' όλα αυτά η καθιέρωση και η εφαρμογή εθνικών συστημάτων υγείας, απαιτούν παράλληλα τη διασφάλιση ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών, με πλήρη οικονομική κάλυψη κάθε δικαιούχου πολίτη του κράτους. (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Ως προς αυτό οι Οργανισμοί Υγείας των χωρών, αξιολογούν, μελετούν και υιοθετούν συστήματα αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την υψηλή προτίμηση και την αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών, που θα αποδώσει τελικά ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στον Οργανισμό έναντι άλλων.

Συνεπώς, τα συστήματα υγείας παγκοσμίως, αλλά και σε εθνικό επίπεδο, καλούνται να εξασφαλίσουν τη μέγιστη αποδοτικότητα τους, ώστε να καλύψουν άμεσα και έμμεσα τις ανάγκες του πληθυσμού.

Στην κατεύθυνση αυτή, το 2001 κατάφερε να συσταθεί μετά από χρόνια διαβουλεύσεων και συνομιλιών ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας στην Κύπρο με σκοπό την υιοθέτηση και εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος υγείας- Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ). (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας; Κύπρος, 2016).

Ευρύτερα, οι Οργανισμοί Υγείας διεθνώς, σκοπό έχουν την οργανωτική δομή, έλεγχο και τη διαχείριση του συστήματος υγείας, εξασφαλίζοντας έτσι, το υπέρτατο αγαθό για τον άνθρωπο: την υγεία. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας, κάτω από την ομπρέλα ενός συστήματος διαχείρισης τους, εξασφαλίζει σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία κατά Λιαρόπουλο Λ., το 2007, «συνδυασμό οικονομικών πόρων, πόρων διαθεσιμότητας, συστημάτων και διοικητικών μεθόδων που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό». Κατά συνέπεια, ο στρατηγικός σχεδιασμός του εθνικού συστήματος υγείας για κάθε χώρα, αποτελεί τον βασικότερο πυλώνα στην προαγωγή της υγείας. (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Αναφορικά στα δεδομένα της Κύπρου, ο Οργανισμός σε συνδυασμό με τους αρμόδιους φορείς, Υπουργείο Υγείας, Επαγγελματίες Υγείας, κρατικούς φορείς και κάθε άλλο δημόσιο ή ιδιωτικό εμπλεκόμενο, διαβουλευτήκαν και σχεδίασαν το Γενικό Σύστημα Υγείας, βάσει πρότυπων εθνικών συστημάτων που εξωτερικού όπως της Σουηδίας και άλλων υποδειγματικών, επιτυχημένων μοντέλων συστημάτων διεθνώς. Η εφαρμογή του και η ένταξη του ΓΕΣΥ στις ζωές των πολιτών της Κυπριακής δημοκρατίας ξεκίνησε το 2019 με μερική κάλυψη των αναγκών και από το 2020 και έπειτα έγινε η πλήρης εφαρμογή του συστήματος και των προσφερόμενων υπηρεσιών. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας; Κύπρος, 2016).

Παρά τις δυσκολίες και τις αντιξοότητες που δημιουργήθηκαν εξαιτίας της Παγκόσμιας Οικονομικής Κρίσης και αργότερα της Πανδημίας (Covid-19), η εφαρμογή του ΓΕΣΥ κατάφερε να διαμορφώσει χαρακτήρα και διατηρεί υψηλό επίπεδο προτίμησης από τους δικαιούχους και αυτό είναι ένα σπουδαίο επίτευγμα του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας στην Κύπρο. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας; Κύπρος, 2019).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η εφαρμογή του ΓΕΣΥ στην Κύπρο, δεν μπορεί να αποτελέσει παράγοντα εφησυχασμού για τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας αλλά και για τον ευρύτερο τομέα υγείας στην Κυπριακή Δημοκρατία. Η ανάγκη συνεχούς εξέλιξης και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μέσω αποτελεσματικών μεθόδων σχεδιασμού και διοίκησης, η εφαρμογή των νέων καινοτόμων τεχνολογιών υγείας και η ορθή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, αποτελούν μέρος των συνεχών μεταρρυθμίσεων που δέχεται το σύστημα υγείας. Η αδιάληπτη προσπάθεια βελτίωσης, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος για κάθε οργανισμό, ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας, που εξελίσσεται συνεχώς, δημιουργώντας νέες ανάγκες και προκλήσεις στις προσφερόμενες και μη υπηρεσίες. Στην προσπάθεια αυτή, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, για τη διατήρηση του υψηλού επιπέδου προτίμησης του ΓΕΣΥ, πέραν από την ανάγκη για συνεχή εξέλιξη στα δρόμους της υγείας, ιδιαίτερη σημασία για την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών κάθε νόμιμου λήπτη των υπηρεσιών, αποτελεί και η ανατροφοδότηση από τους ίδιους τους χρήστες. Η ανατροφοδότηση μέσα από τους ίδιους τους δικαιούχους αν και θεωρείται εξίσου σημαντική με κάθε άλλο παράγοντα για τη διατήρηση ενός επιτυχημένου συστήματος, εντούτοις πέραν του θεωρητικού πλαισίου αναφοράς του, δεν έχει δοκιμαστεί ως μέρος της συστηματικής έρευνας που γίνεται μέσω του Οργανισμού ή άλλων φορέων για χάριν του ΓΕΣΥ.

Από την άλλη πλευρά, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τυγχάνει πολυδιάστατης ερμηνείας με αποτέλεσμα να δυσχεραίνει την απόδοση ενός κοινού πλαισίου κατά τον ορισμό, καθώς διέπτετε από την υποκειμενικότητα και την προσέγγιση του κάθε ερευνητή ξεχωριστά. (Υφαντόπουλος Γ., 2001). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες όπως η οικονομία, η κοινωνία, το περιβάλλον, που συμβάλλουν η κάθε μία ξεχωριστά στη ευημερία και ευεξία του ατόμου. (World Health Organization, 2000). Επιπλέον, άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την σύσταση της ποιότητας, σύμφωνα με άλλες διεθνείς βιβλιογραφίες είναι: το εργασιακό περιβάλλον, η ικανοποίηση από άλλους παράγοντες διαβίωσης όπως η οικογενειακή κατάσταση, το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού που μελετάτε, η πολιτική ζωής της χώρας και η προσβασιμότητα σε αγαθά και υπηρεσίες. Υπάρχουν επίσης άλλοι

πολυάριθμοι παράγοντες που αναφέρονται κατά τη βιβλιογραφία σε μικρότερη όμως συχνότητα. (Υφαντόπουλος Γ., 2001).

Στην κατεύθυνση του προσδιορισμού μετρήσιμων τιμών της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αλλά και σε συνδυασμό με την εξασφάλιση αποδοτικών Συστημάτων Υγείας για την ικανοποίηση των χρηστών, τα τελευταία χρόνια παρατηρείτε έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον από την ιατρική κοινότητα.

Για να επίτευξη των στόχων αυτών, θα πρέπει πρωτίστως να αποδοθεί η ερμηνεία των ορισμών Ποιότητας Υγείας και Ικανοποίησης των Χρηστών. Η μελέτη της βιβλιογραφίας διαχρονικά, δεν επιτρέπει την αντίληψη και τον προσδιορισμό των ορισμών αυτούσια, των παραγόντων που τους επηρεάζουν και τους τρόπους βελτίωσης τους. Επιπλέον, με την πάροδο των χρόνων, πρέπει να εξετάζεται και η μεταβλητότητα των παραγόντων που τις επηρεάζουν την ποιότητα και την ικανοποίηση των χρηστών και τις βελτιώνουν, σε σχέση με τον σύγχρονο τρόπο ζωής των χρηστών. Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, υπάρχει πληθώρα δεδομένων που αφορούν τη δομή, την σύσταση και τα πρότυπα που ακολουθούνται για την εφαρμογή του Συστήματος Υγείας στην Κύπρο. Επίσης, μπορεί να μελετηθούν οι στόχοι και τα επιτεύγματα της πορείας του ΓΕΣΥ, από την έναρξη των συνομιλιών, την σημερινή κατάσταση και τις άμεσες ή έμμεσες τροποποιήσεις που δύναται να πραγματοποιηθούν βραχυπρόθεσμα ή/ και μακροπρόθεσμα.

Αυτό που δεν φαίνεται να απαντάται από τα όσα προαναφέρονται, είναι οι τάσεις καθώς και τα κριτήρια με τα οποία οι δικαιούχοι επιλέγουν- από το εύρος επιλογών που διατίθενται στη λίστα παρόχων του ΓΕΣΥ- τους ιατρούς ή/ και τα νοσοκομεία για τις ανάγκες τους. Για σκοπούς της παρούσας μελέτης και στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής διατριβής, το θέμα έχει επιλεγεί λόγω παρουσίας βιβλιογραφικού κενού στο συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα για τα δεδομένα της Κύπρου.

Σκοπό έχει αρχικά να προσδιορίσει το θεωρητικό πλαίσιο κατά το οποίο αλληλοεπιδρούν οι διαστάσεις της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, συγκριτικά με τους παράγοντες που την επηρεάζουν, την ικανοποίηση των χρηστών και στους τρόπους βελτίωσης τους σε μια προσπάθεια ολιστικής

προσέγγισης στα δεδομένα του πρόσφατα εφαρμοσμένου Συστήματος Υγείας στην Κύπρο.

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε παρατηρήθηκε ότι, αν και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι ένα μείζον θέμα μελέτης, καθώς και η αλληλεπίδρασή του με τις προτιμήσεις των ασθενών, εντούτοις, δεν φαίνεται να έχει μελετηθεί σε εθνικό επίπεδο μετά την εφαρμογή του ΓΕΣΥ στην Κύπρο. Είναι πολύ σημαντικό, να υπάρχουν δεδομένα και πληροφορίες που θα αντλούν την πηγή για περαιτέρω βελτίωση και ανάπτυξη, ενός νεοσύστατου συστήματος υγείας, που βρίσκεται υπό δοκιμασία. Ως εκ τούτου, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι η κοινωνία, έχει στραφεί και επιδεικνύει υψηλές προσδοκίες ως προς τη λειτουργία του ΓΕΣΥ, λόγω και των συνεισφορών που καταβάλλει για τη λειτουργία του.

Κατά το πρώτο μέρος της παρούσας μελέτης, πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση στο Γενικό Σύστημα Υγείας της Κύπρου και παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη και καθιέρωση του ΓΕΣΥ στην Κύπρο. Εν συνεχεία, αποδίδονται οι έννοιες των ορισμών της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, των χαρακτηριστικών που την πλαισιώνουν και τους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, παρουσιάζονται οι παράμετροι βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσα από βιβλιογραφικές αναφορές. Ακολούθως, επεξηγείται η έννοια της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, τα χαρακτηριστικά που αποδίδουν υψηλό δείκτη ικανοποίησης στους χρήστες και οι προϋποθέσεις που θα αναπτύξουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης.

Στο δεύτερο μέρος της έρευνας, που αποτελεί το μεθοδολογικό μέρος πρωτογενούς έρευνας, διεξάγεται ποσοτική έρευνα, στα πλαίσια διανομής δομημένου ερωτηματολογίου στους δικαιούχους χρήστες του ΓΕΣΥ και μέσα από την λήψη ικανοποιητικού και αντιπροσωπευτικού δείγματος γίνεται η στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Κατά το ερευνητικό πλαίσιο αναμένεται να αξιολογηθούν οι τάσεις και οι προτιμήσεις των δικαιούχων χρηστών του Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο, ως προς τους παροχείς των υπηρεσιών υγείας με απώτερο σκοπό να μελετηθούν και να αξιολογηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των δικαιούχων στην Κύπρο, και ποια

χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τους παροχείς, ώστε να επιλέγονται από τους χρήστες- δικαιούχους.

Ακολουθείτε η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συλλέχτηκαν για χάριν της έρευνας. Από την ανάλυση των δεδομένων και την έκβαση των αποτελεσμάτων, αναμένεται να αποσαφηνιστούν και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα και δοθούν χρήσιμες πληροφορίες τόσο στους παροχείς, όσο και στον ΟΑΥ για μεταρρυθμιστικές αλλαγές που θα βοηθήσουν στην εξέλιξη και βελτίωση του συστήματος.

Όλα τα πιο πάνω ερωτήματα, αναμένονται να προσφέρουν πληροφορίες που αφορούν τις προτιμήσεις των δικαιούχων και κυρίως να βοηθήσουν στην βελτίωση των παρόχων και στη διασφάλιση υψηλών προδιαγραφών των προσφερόμενων υπηρεσιών, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των δικαιούχων.

### **Σπουδαιότητα μελέτης- σημασία μελέτης στον Τομέα της Υγείας**

Με την πάροδο του χρόνου και της χρήσης του ΓΕΣΥ στην Κύπρο, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η πλειοψηφία των δικαιούχων, τείνει να χρησιμοποιεί και να αξιοποιεί το Σύστημα Υγείας που προσφέρεται, ολοένα και περισσότερο. Αυτό, όμως δεν πρέπει να προκαλεί εφησυχασμό του συμβουλίου ΟΑΥ, καθ' ότι η περαιτέρω εξέλιξη και βελτίωση αποτελεί πρόκληση στη διατήρηση του υψηλού επιπέδου προτίμησης.

Κάθε δικαιούχος πολίτης της Κυπριακής Δημοκρατίας, φαίνεται να αγκάλιασε ή τουλάχιστον να επέδειξε ενδιαφέρον στις προσφερόμενες υπηρεσίες (ιατρούς/ νοσοκομεία/ επαγγελματίες υγείας), τόσο λόγω της κάλυψης αναγκών σε ένα οικονομικό πλαίσιο που σαφώς με γνώμονα το κόστος και μόνο αποτελεί συγκριτικά πιο επιθυμητή από οποιαδήποτε άλλη ιδιωτική επιλογή.

Αυτό που μπορεί να παρατηρηθεί από τη λειτουργία του Συστήματος, είναι το γεγονός ότι οι δικαιούχοι τείνουν να επιλέγουν επαναλαμβανόμενα συγκεκριμένους ιατρούς/ νοσοκομεία ή άλλους επαγγελματίες υγείας για τις ανάγκες τους. Με άλλα λόγια, δεν παρατηρείτε ισάριθμη κατανομή των δικαιούχων ως προς το συνολικό αριθμό των επαγγελματιών παρόχων που προσφέρουν την ίδια υπηρεσία. Το γεγονός αυτό, αποτελεί πόλο ενδιαφέροντος μιας και δεν έχει απαντηθεί ερευνητικά με ποια κριτήρια



υπάρχουν αυτές οι προτιμήσεις των δικαιούχων ή/ και με ποιο τρόπο θα μπορούσαν να βελτιωθούν οι παροχές σε σχέση με την ικανοποίηση που αναζητούν οι δικαιούχοι.

Με την παρούσα μελέτη αναμένεται να διερευνηθούν, αξιολογηθούν και να συγκριθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των δικαιούχων και ποια χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τους παροχές σε σχέση με την ικανοποίηση των χρηστών. Επιπρόσθετα, μέσα από την έκβαση των αποτελεσμάτων, θα βοηθήσει τους παροχές να κατανοήσουν με ποιο τρόπο επιλέγουν οι δικαιούχοι τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τι θα πρέπει να αλλάξουν ώστε να βελτιωθούν και να συναγωνιστούν αντίστοιχους Παροχές Υπηρεσιών Υγείας.

Με το τέλος της μελέτης, αναμένεται να αποσαφηνιστεί και να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα και τα επιμέρους ερωτήματα που προκύπτουν μέσα από την έρευνα αναφορικά με τη λειτουργία του ΓΕΣΥ, και των μεταρρυθμίσεων για την περαιτέρω εξέλιξη που στοχεύει ο ΟΑΥ.

## **Θεωρητικό Πλαίσιο**

### **Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας - Απόδοση εννοιολογικών ορισμών Βιβλιογραφική ανασκόπηση**

#### **Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας- Ρόλος, Αρμοδιότητες, Όραμα**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), έχει συσταθεί με βάση το Νόμο 89(I)/2001. Από το 2001, ο ΟΑΥ ως πλέον νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, λειτουργεί για την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓΕΣΥ) στην Κύπρο. Με βάση τον πιο πάνω υποφαινόμενο ο οργανισμός ορίζεται ως: «η αρμόδια αρχή για την εφαρμογή του ΓΕΣΥ». (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2016).

Εκτός από την εφαρμογή του ΓΕΣΥ, ο ΟΑΥ ορίζεται ως υπεύθυνος για τη διαχείριση του ταμείου- οικονομικού πλαισίου του Συστήματος Υγείας, εξασφαλίζει την απόλυτη πρόσβαση και παροχή στις υπηρεσίες υγείας, χωρίς διακρίσεις στους συμβεβλημένους δικαιούχους. Επιπλέον, συμβάλει στη παροχή των υπηρεσιών από τους αρμόδιους παροχείς υπηρεσιών υγείας. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2019).

Όραμα του ΓΕΣΥ είναι ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα, που θα βασίζεται στις αρχές της αλληλεγγύης και της δικαιοσύνης, ενώ παράλληλα θα καλύπτει απόλυτα και θα παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας υγείας από κάθε διαθέσιμο συμβεβλημένο παροχεά, με τον καλύτερο διαθέσιμο οικονομικό πόρο. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας; Κύπρος. 2016).

#### **Ιστορική αναδρομή Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας**

Από το 2006, ο Οργανισμός ξεκίνησε και ανέπτυξε διάλογο με κάθε εμπλεκόμενο φορέα- νοσοκομεία, ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό τόσο σε κρατικό επίπεδο, όσο και με ιδιωτικούς φορείς. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2012).

Το Συμβούλιο του ΓΕΣΥ, συζήτησε και προχώρησε στην έκδοση προσφορών για την «Ανάπτυξη, Υλοποίηση, Λειτουργία και Υποστήριξη μιας Συλλογικής

λύσης για το Σύστημα Πληροφορικής και άλλων Επιχειρηματικών Διαδικασιών του Γενικού Συστήματος Ασφάλισης Υγείας στην Κύπρο». (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2016). Μετά την υποβολή των προσφορών, θεσπίστηκε νομοθετικό πλαίσιο και σε συνεργασία με αρμόδιους συμβουλευτικούς φορείς, ετοιμάστηκε η στρατηγική εφαρμογή του συστήματος υγείας, καθώς και των αρχών που θα διέπονται στη βάση της νομοθεσίας, καθώς και στην ανάλυση υφιστάμενων συστημάτων υγείας από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες ή μη. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2017)

Από το 2006 έως και το 2016, έγιναν διάφορες και πολλαπλές τροποποιήσεις του Νομοσχεδίου, όπου προστέθηκαν νομοτεχνικές αλλαγές όπως την παράμετρο των εισοδηματικών κριτηρίων στις συνεισφορές των δικαιούχων, για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή, και με την επικαιροποίηση και την τελική έγκριση του, το 2016. Έτσι, μετά και την κατάθεση του στην Βουλή των Αντιπροσώπων και την ταυτόχρονη εξέταση από την Κοινοβουλευτική Επιτροπή, αναθεωρήθηκε το Νομοσχέδιο λαμβάνοντας υπόψιν την Υπηρεσία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Τμήμα Φορολογίας, το Γενικό Λογιστήριο και την Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Οι τροποποιήσεις του Νομοσχεδίου βάση των πιο πάνω αναφερομένων, κρίθηκαν αναγκαίες, έτσι ώστε να ανταποκριθούν στο όραμα του Οργανισμού για ένα καθολικά, κοινωνικά αλληλέγγυο και βιώσιμο Σύστημα Υγείας. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2017)

Εν συνεχεία, και στη βάση των όσων είχαν προηγηθεί, ο Οργανισμός σε συνεργασία πάντοτε με τους αρμόδιους φορείς συνέχισαν στην δημιουργία των κανονισμών βάση του νομοθετικού πλαισίου. Παράλληλα τέθηκε σε ισχύ διαγωνισμός για την κάλυψη των αναγκών του συστήματος πληροφορικής.

Με όλες τις διαδικαστικές εφαρμογές να τρέχουν για τον καλύτερο δυνατό σχεδιασμό του ΓΕΣΥ αλλά και για την εξασφάλιση της βέλτιστης παροχής Υπηρεσιών Υγείας, την ίδια χρονιά και σε συνεννόηση με την Προεδρία της Κυπριακής Δημοκρατίας, τέθηκε χρονοδιάγραμμα μέχρι και την εφαρμογή του Συστήματος που προνοούσε την αυτονόμηση των δημοσίων νοσηλευτηρίων (από 01/06/2017), την εισαγωγή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης-προσωπικοί και ειδικοί ιατροί, τα φάρμακα και το εργαστήριο (από 01/06/2019)

και τέλος την πλήρη εφαρμογή του σε όλα τα επίπεδα διάγνωσης και νοσηλείας (από 01/06/2020). (Σχέδιο Δημοσίευσης, 2017, Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας; Κύπρος)

Συνοψίζοντας την αναδρομική περιγραφή της πορείας του ΟΑΥ, καθώς και της εφαρμογής του ΓΕΣΥ, παρατηρείτε μια μεγάλη καθυστέρηση από την σύσταση του ως Νομικό φορέα το 2001, μέχρι και την πλήρη εφαρμογή με κάθε υπηρεσία παροχής υγείας το 2020. Παρ' όλα αυτά, η πρόσβαση πλέον στο ΓΕΣΥ είναι υπαρκτή και εφικτή για κάθε εμπλεκόμενο (δικαιούχους και παροχείς) και θέτει ως πρώτιστο στόχο την διασφάλιση σε κάθε δικαιούχο πολίτη της Κυπριακής Δημοκρατίας, και το δικαίωμα του στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών χωρίς προϋποθέσεις. (Υπουργείο Υγείας, 2019)

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι με την εφαρμογή του ΓΕΣΥ, ο Οργανισμός δεν μπορεί να επαναπαυθεί και να σταματήσει την οποιαδήποτε δράση του. Αντιθέτως, παραμένει ως ρυθμιστικό εργαλείο στη συνεχή εξέλιξη, αναβάθμιση, βελτίωση και τροποποίηση του Συστήματος. Συνεπώς το Σύστημα θα καθίσταται ολοένα και περισσότερο αποτελεσματικό και θα διατηρεί την υψηλή προτίμηση των δικαιούχων, έτσι ώστε να αποκτήσει προβάδισμα έναντι των άλλων παρόχων.

### **Παροχείς Υπηρεσιών Υγείας προς δικαιούχους**

Οι παροχείς των υπηρεσιών υγείας διαχωρίζονται σε κατηγορίες ανάλογα με το είδος της υπηρεσίας που προσφέρουν. Οι δυο ευρύτερες κατηγορίες παρεχόμενων υπηρεσιών είναι: Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες και Ενδονοσοκομειακές Υπηρεσίες. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2016).

Στις Εξωνοσοκομειακές Υπηρεσίες περιλαμβάνονται: οι Προσωπικοί και Ειδικοί Ιατροί, Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Εργαστήρια, Επαγγελματίες Υγείας (Νοσηλευτικό και Μαιευτικό Προσωπικό, Φυσιοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Λογοπαθολόγους, Κλινικούς Ψυχολόγους και Διαιτολόγους), Τμήμα Ατυχημάτων και Επείγοντων Περιστατικών, Υπηρεσία Ασθενοφόρων, Ιατρική

αποκατάσταση και Ανακουφιστική φροντίδα. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2016). Στις Ενδονοσοκομειακές Υπηρεσίες, περιλαμβάνονται νοσήλεια ασθενών, που απαιτούν την παραμονή τους σε νοσοκομειακό περιβάλλον παραδείγματος χάριν: χειρουργεία, θεραπείες σε ογκολογικούς ασθενείς κ.ο.κ. (Σχέδιο Δημοσίευσης, 2017, Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας; Κύπρος).

### **Οφέλη ΓΕΣΥ**

Τα οφέλη από την εφαρμογή του ΓΕΣΥ είναι πολυάριθμα στο πρίσμα της συνεχούς ανάπτυξης και εξέλιξης.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό τα οφέλη του ΓΕΣΥ είναι η καθολική δια βίου κάλυψη κάθε πολίτη της Κυπριακής Δημοκρατίας, η ελεύθερη επιλογή παροχέα για την κάλυψη αναγκών των δικαιούχων, η ισοτιμία για εξασφάλιση πρόσβασης σε κάθε παροχέα χωρίς διακρίσεις, η εξασφάλιση οικονομικής προστασίας από τυχόν υπέρογκες δαπάνες στις υπηρεσίες υγείας και η έμφαση στην πρόληψη μέσω ολιστικής πρωτοβάθμιας φροντίδας από τους Προσωπικούς Ιατρούς. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2012). Επιπλέον, ένα ακόμα σημαντικό όφελος από την εφαρμογή του ΓΕΣΥ είναι η εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες για χρόνιους ασθενείς, μέσω παραπεμπτικών για χρόνιες επισκέψεις και επαναλαμβανόμενες ιατρικές συνταγές. (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, 2019). Σημαντικό όφελος αποτελεί η δυνατότητα για ηλεκτρονική πρόσβαση μέσω της ηλεκτρονικής πύλης δικαιούχων διαδικτυακά στα ιατρικά δεδομένα των ιδίων. Κατ' επέκταση την πρόσβαση στο ιατρικό ιστορικό, στις προηγούμενες διαγνώσεις ή νοσηλείες, στα φάρμακα και τα αποτελέσματα του κάθε δικαιούχου, έχουν αποκλειστικά ο ίδιος ο δικαιούχος αλλά και οι προσωπικοί ή ειδικοί ιατροί που τον παρακολουθούν, μόνο με την σύμφωνη γνώση και συγκατάθεσή από τον ίδιο το δικαιούχο. Πλεονέκτημα από την εφαρμογή του ΓΕΣΥ, αποτελεί το γεγονός ότι έχει τεθεί οικονομικό όριο στις συνεισφορές των δικαιούχων ανάλογα με την πληθυσμιακή ομάδα όπου ανήκουν- δηλαδή γενικός πληθυσμός, χαμηλοσυνταξιούχους, λήπτες Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος, και παιδιά ως το 21<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους. (Σχέδιο Δημοσίευσης, 2017, Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας; Κύπρος).

Τέλος, το ΓΕΣΥ προσφέρει υπηρεσίες φροντίδας υγείας και σε άλλες χώρες τις Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφόσον κριθεί αναγκαία η μεταφορά δικαιούχου ασθενή στο εξωτερικό, καλύπτοντας τα έξοδα μεταφοράς και νοσηλείας. (Υπουργείο Υγείας, 2019)

### **Διαχείριση Γενικού Συστήματος Υγείας Κύπρος**

Για τη διαχείριση του ΓΕΣΥ, υπάρχει συνεχής επικοινωνία και διαβουλεύσεις με τους εμπλεκόμενους παροχείς. Ο ΟΑΥ και το Διοικητικό Συμβούλιο αυτού, οργανώνει σεμινάρια υποστήριξης προς τους φορείς παρεχόμενων υπηρεσιών, συμμετέχοντας σε προγράμματα εκπαίδευσης του πληροφοριακού και του γενικού συστήματος. Επιπλέον, μέσω των διαδικασιών κωδικοποίησης από τους καταλόγους δραστηριοτήτων, επιβάλλεται κάθε δραστηριότητα να κωδικοποιείται βάσει του διεθνούς συστήματος κωδικοποίησης «Current procedural Terminology». Μέσω της τεχνικής βοήθειας από την Υπηρεσία Στήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Structural Reforms Support Services), έγιναν διαβουλεύσεις ως προς την ορθή λειτουργία του συστήματος. Ο Οργανισμός κατάφερε να προβεί στο σχεδιασμό του συστήματος, αλλά και στην οργάνωση εκπαιδεύσεων με ειδικούς εμπειρογνώμονες και από το εξωτερικό αλλά και από το Συμβούλιο αυτού στην εκπαίδευση κάθε φορέα συμμετοχής από την πλευρά των παρόχων. (Υπουργείο Υγείας, 2019)

Επιπλέον, κάθε εμπλεκόμενος φορέας παροχής υπηρεσιών -Ιατροί, Παραϊατρικό προσωπικό, Υπηρεσία ασθενοφόρων αλλά και το ίδιο το Υπουργείο Υγείας συνέβαλε μέσω σχόλιων, παρατηρήσεων και εμπειριστατωμένων τοποθετήσεων, ώστε να συλλεχθούν στοιχεία και να διενεργηθούν συγκρίσεις μεταξύ τους αλλά και με Εθνικά Συστήματα Υγείας του εξωτερικού. (Κωνσταντίνου Ε., Υφαντόπουλος Γ., 2020)

Στα πλαίσια για καλύτερη ενημέρωση ο Οργανισμός, διενέργησε τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις και αναβαθμίσεις της ηλεκτρονικής σελίδας του ΓΕΣΥ, με πρόσθετο υλικό ενημέρωσης που αφορά τις βασικές αρχές του ΓΕΣΥ, αλλά και πληροφορίες σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους δικαιούχους, τους όρους και τις προϋποθέσεις. Επιπρόσθετη παράθεση πληροφοριών σχετικά με το κόστος συμπληρωμών καθώς και τον προϋπολογισμό και τις αμοιβές των παρόχων. (Κωνσταντίνου Ε., Υφαντόπουλος Γ., 2020).

Επιπλέον στην ηλεκτρονική σελίδα ο επισκέπτης έχει πρόσβαση στους τρόπους διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στις δικλίδες ασφαλείας που έχουν θεσπιστεί για την προστασία προσωπικών

δεδομένων. Σημαντικό μέρος στην ανατροφοδότηση του Οργανισμού, αποτελεί η πλατφόρμα σχολίων και παραπόνων που εμπεριέχεται στην επίσημη ιστοσελίδα του ΓΕΣΥ και τέλος επιτρέπεται η ανάρτηση ερωτήσεων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των δικαιούχων και για την επίλυση αποριών.

Η ανατροφοδότηση αυτή, στα πλαίσια της συνεχούς προσπάθειας για εξέλιξη και βελτιστοποίηση του ΓΕΣΥ, αποτελεί από τους σημαντικότερους παράγοντες αξιολόγησης και τροποποίησης που παραμένουν στοχευμένοι στην αποστολή και το όραμα του ΟΑΥ.

#### **Αδυναμίες- Εισηγήσεις λειτουργίας ΓΕΣΥ**

Η οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας μιας χώρας, κάτω από την ομπρέλα ενός συστήματος διαχείρισης τους, εξασφαλίζει σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία κατά Λιαρόπουλο το 2007, *«συνδυασμό οικονομικών πόρων, πόρων διαθεσιμότητας, συστημάτων και διοικητικών μεθόδων που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό»*. Κατά συνέπεια, ο στρατηγικός σχεδιασμός του εθνικού Συστήματος Υγείας για κάθε χώρα, αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα στη προαγωγή της υγείας. (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Με την πάροδο του χρόνου και της εφαρμογής του ΓΕΣΥ, έχουν παρατηρηθεί διάφορες αδυναμίες ή/ και παραλήψεις στη λειτουργία του Συστήματος. Για χάριν, της εύρυθμης και καλύτερης λειτουργίας του ΓΕΣΥ, γίνονται συνεχώς οι εύλογες και ανάλογες τροποποιήσεις. Ως εκ τούτου, έχουν συσταθεί αρμόδιες ομάδες από ειδικούς λειτουργούς, οι οποίοι φροντίζουν μέσω ειδικών συμβούλων να εντοπίζονται οποιασδήποτε μορφής προβλήματα και προτείνουν τις ιδανικότερες λύσεις. (Κωνσταντίνου Ε., Υφαντόπουλος Γ., 2020).

Σο στάδιο αυτό, θα μπορούσε να γίνει απαρίθμηση σωρείας αδυναμιών που έχουν εντοπισθεί τα τελευταία δυο και πλέον χρόνια από τη χρήση του ΓΕΣΥ τόσο από την πλευρά των παρόχων, όσο και από την πλευρά των δικαιούχων. Πολλές από τις αδυναμίες που έχουν καταγραφεί, μελετώνται ώστε να εξευρεθούν οι καλύτεροι δυνατοί τρόποι για την επίλυση τους, βασισμένοι σε

πρότυπα εθνικά Συστήματα Υγείας του εξωτερικού όπως η Ελβετία, η Σουηδία κ.α. (Κωνσταντίνου Ε., Υφαντόπουλος Γ., 2020)

Σε αντίθεση με τα επιτεύγματα, τις επιτυχίες και οφέλη του ΓΕΣΥ, οι αδυναμίες του συστήματος δεν φαίνεται να αναφέρονται επιγραμματικά στη βιβλιογραφία. Πέραν του Κρατικού Προϋπολογισμού, των αποζημιώσεων στους παροχείς και της συνεισφοράς των δικαιούχων που συνεχώς λόγω των οικονομικών κριτηρίων αναφέρονται στα προβλήματα του Συστήματος, οποιεσδήποτε άλλες αδυναμίες ή/και παραλήψεις δεν φαίνονται να τεκμηριώνονται ή να αναφέρονται σε συγκεκριμένα σημεία βιβλιογραφικά, παρά μόνο σε ένα ευρύτερο πλαίσιο προσπάθειας για επίλυση και διόρθωση των γενικών αδυναμιών.

### **Ποιότητα υπηρεσιών υγείας- Απόδοση εννοιολογικών ορισμών**

#### **Ορισμός- Χαρακτηριστικά ποιότητας υπηρεσιών υγείας**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας ορίζεται ως: *«η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων, που είναι ικανές να εξασφαλίζουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για την υγεία, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με τον ελάχιστο κίνδυνο και την μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή»* (W.H.O., 1993).

Με τον όρο ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας εννοούμε, *«την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να παρέχεται στο άτομο που το έχει ανάγκη αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο και με τον σωστό τρόπο, εξασφαλίζοντας το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα»* (Department of health, UK, 2003).

Αναφορικά με τους παροχείς υγείας, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, σημαίνει την παροχή της αποτελεσματικότερης διαθέσιμης φροντίδας υγείας, σε συνδυασμό με τους διαθέσιμους πόρους. Αντιθέτως, από την πλευρά των ίδιων των ασθενών η ποιότητα υπηρεσιών υγείας σημαίνει, να υπάρχει η δυνατότητα επιλογής της επιθυμητής υπηρεσίας, στον συντομότερο δυνατό χρόνο, με την εύκολη προσβασιμότητα και έχοντας το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. (Santerre R.E & Neun, S.P., 2013)



Κατά τους Onretveit και των συνεργατών του, το 2009, μαζί με την απόδοση του εννοιολογικού ορισμού για την ποιότητα υπηρεσιών υγείας, απέδωσε τρεις διαστάσεις αναφορικά στην ποιότητα υγείας. Οι τρεις διαστάσεις της ποιότητας υγείας περιλαμβάνουν την **ποιότητα πελάτη**: δηλαδή στο εάν και σε ποιο βαθμό λαμβάνονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Με απλά λόγια εάν ο γενικός πληθυσμός/ ασθενείς λαμβάνουν αυτό που οι ίδιοι θέλουν. Ακολούθως στην **επαγγελματική ποιότητα**: δηλαδή στο εάν και σε ποιο βαθμό, οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες διαδικασίες και τεχνικές, έτσι που να ανταποκρίνονται έναντι των προσδοκιών των πελατών. Και τέλος στη **διοικητική ποιότητα**: κατά πόσο οι παρεχόμενες υπηρεσίες λειτουργούν με το μέγιστο αποδοτικό τρόπο σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους. Δηλαδή, αμφίδρομη σχέση μεταξύ αποτελεσματικής και παραγωγικής χρήσης των διαθέσιμων πόρων. (Onretveit J., 2009).

### **Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα υπηρεσιών υγείας**

Βιβλιογραφικά οι Santerre RE & Neun SP το 2013, σε μελέτη τους αναφέρουν ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι εξαιρετικά δύσκολο να μετρηθεί συγκριτικά με άλλους τομείς, λόγω των διακριτών χαρακτηριστικών στην ιατρική περίθαλψη.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της ιατρικής περίθαλψης, στην ίδια βιβλιογραφία, διακρίνονται τα ακόλουθα πέντε σημεία:

- I. Αμετάβλητο: δεν μπορεί να αξιολογηθεί η υπηρεσία με τις πέντε αισθήσεις. Η υγειονομική περίθαλψη και η παροχή των υπηρεσιών αποτελεί άυλο προϊόν που μπορεί να μετρηθεί, παρά μόνο να εξαρτηθεί ανάμεσα στην αλληλεπίδραση των χρηστών.
- II. Αδιάσπαστο: η παραγωγή και η κατανάλωση γίνονται στον ίδιο χρόνο
- III. Απογραφή: ως συνέχεια του αδιάσπαστου, οι ιατρικές υπηρεσίες δεν αποθεματοποιούνται. Έτσι, η υγειονομική περίθαλψη και οι υπηρεσίες που προσφέρονται στην υγεία δεν μπορούν να καταναλωθούν/ αξιοποιηθούν σε μεταγενέστερο χρόνο και σαφώς δεν μπορεί να εγγηθηί προκαταβολικά το αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας.

- IV. Ασυνέπεια: η σύνθεση και παρεχόμενη υπηρεσία μεταβάλλεται αναλόγως ανάγκης του κάθε ασθενή, λόγω των κατευθυντήριων οδηγιών που πρέπει να ακολουθηθούν στα πλαίσια της εξατομικευμένης παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο κάθε ασθενής αποτελεί ξεχωριστή οντότητα, που πρέπει να αξιολογείται ξεχωριστά και να παρέχεται υγειονομική περίθαλψη ανάλογη των αναγκών του.
- V. Διαφορές μεταξύ δομής- εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, διαδικασίας- χρόνος αναμονής, θεραπεία, αποτελέσματος- η επίπτωση στην υγεία του ασθενή από την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Το γεγονός αυτό προκύπτει και λόγω της ετερογένειας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, λόγω του γνωστικού υπόβαθρου, της επαγγελματικής εμπειρίας και των ικανοτήτων τους, και τέλος των διαθέσιμων πόρων που μπορούν να αξιοποιηθούν. (Santerre R.E & Neun, S.P., 2013)

#### **Βελτίωση ποιότητας υγείας**

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η επιλογή κατάλληλων στρατηγικών σχεδιασμών για την αποδοτικότερη λειτουργία των συστημάτων υγείας είναι μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις που καλούνται όλα τα συστήματα υγείας να αξιολογούν και να λαμβάνουν τις ανάλογες παραμέτρους για τη βελτίωση τους διαχρονικά.

Σε μελέτη των Arah και των συνεργατών του, το 2003, αναφέρονται οι στόχοι στις στρατηγικές βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ίδιοι στόχοι φαίνεται να παρουσιάζονται και από τον Π.Ο.Υ και αναφέρονται στα πιο κάτω σημεία:

- Βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης
- Αποτελεσματική παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας
- Αποδοτικότητα στο καλύτερο οικονομικό επίπεδο και στον ελάχιστο χρόνο
- Ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ ασθενών και παρόχων
- Ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Βελτίωση των επιπτώσεων από την παροχή υπηρεσιών υγείας
- Αποδοχή του υγειονομικού συστήματος και των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους χρήστες

- Ασφάλεια και συνέχεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας
- Ενδυνάμωση του συστήματος υγείας
- Βιωσιμότητα και ανταπόκριση στις νέες προκλήσεις
- Επικέντρωση στον ασθενή

Αν και εύκολα μπορεί να γίνουν αντιληπτοί, οι λόγοι της σημαντικότητας των παραπάνω στόχων στη βελτίωση της ποιότητας υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών, εντούτοις αξίζει να σημειωθεί ότι για την επίτευξη των ανωτέρω, θα πρέπει να ακολουθηθούν ορθολογικά προγράμματα στρατηγικού σχεδιασμού που να βασίζονται στους ακόλουθους πέντε παράγοντες κατά Agarh και των συνεργατών του, το 2003.

Αρχικά η **ηγεσία** είναι ο βασικός πυρήνας στην εφαρμογή των στρατηγικών σχεδιασμών ποιοτικών συστημάτων υγείας, καθώς και ο ρυθμιστικός παράγοντας για τη συνεχή παρακολούθηση των επιδόσεων τους και την βελτίωση αυτών όταν και εφόσον χρειάζεται. Επιπλέον, θα πρέπει κάθε διοικητικός οργανισμός στην προκειμένη να μην παρεκκλίνει από το όραμα και τους στόχους του, ενθαρρύνοντας τους εργαζομένους για αποτελεσματική συμμετοχή τους στις βασικές αρχές και στις προσπάθειες του ίδιου του οργανισμού. Ακόλουθος παράγοντας είναι η **εκπλήρωση αναγκών των χρηστών** υπηρεσιών υγείας που αναφέρεται στην η εστίαση στις ανάγκες και στους τρόπους με τους οποίους ο οργανισμός θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες των χρηστών, ούτως ώστε να δίνει αυτόματα υψηλό επίπεδο προτίμησης και συγκριτικό πλεονέκτημα. Θα πρέπει να γίνεται συνεχής αξιολόγηση των σχολίων, των παραπόνων, των καταγγελιών, του βαθμού ικανοποίησης και των τάσεων και των προτιμήσεων των ασθενών ως προ τις υπηρεσίες υγείας. Η ανατροφοδότηση μέσα από τα σχόλια και τις εμπειρίες των χρηστών είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες μελέτης για την βελτίωση του συστήματος υγείας. Ως μέρος των παραγόντων για στρατηγικό σχεδιασμό αποτελεί και η **συνεχής βελτίωση διαδικασιών** μέσα από μελέτη διεθνών διαδικασιών και η υιοθέτηση αποτελεσματικών προτύπων που ακολουθούνται στο εξωτερικό, είναι μέρος της συνεχούς μελέτης για τροποποίηση των μη αποδοτικών διαδικασιών του εγχώριου συστήματος υγείας. Εφόσον, ακολουθούνται οι κατάλληλες διαδικασίες, τότε επιτυγχάνονται και τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Επιπλέον, η εξέλιξη της ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας συνεχώς μεταβάλλεται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα και θα πρέπει οι διαδικασίες να τροποποιούνται αντίστοιχα για την αποτελεσματικότερη παροχή των υπηρεσιών υγείας μέσω των διαδικασιών που ακολουθούνται. Ο τέταρτος παράγοντας που βασίζεται ο σχεδιασμός αφορά τα **προληπτικά μέτρα δράσης**, όπου ο Οργανισμός θα πρέπει να προβαίνει σε μεταρρυθμίσεις, όχι μόνο στην περίπτωση που εντοπισθούν αδυναμίες. Ένας αποδοτικός οργανισμός, θα πρέπει να είναι σε θέση να προλαμβάνει και να αποφεύγει τυχόν δυνητικούς κινδύνους και απειλές. Πρακτικές δημιουργίας καινοτόμων και νέων ευκαιριών, λειτουργούν αποδοτικά και αποτελεσματικά για τα συστήματα υγείας. Τελικός παράγοντας που πλαισιώνει τον στρατηγικό σχεδιασμό είναι η ορθολογιστική και τεκμηριωμένη **λήψη αποφάσεων**. Πριν από τη λήψη οποιασδήποτε απόφασης που επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα τη δομή και τη λειτουργία του συστήματος, θα πρέπει να γίνει η ανάλογη διαχείριση και αιτιολόγηση που οδηγεί στην απόφαση αυτή. Για τη λήψη των αποφάσεων θα πρέπει να υπάρχει επικοινωνία και συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων φορέων, υπό προϋποθέσεις για την εξασφάλιση ορθολογιστικών αποφάσεων που θα αυξήσουν την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα. (Arah OA, et al., 2003)

Αξίζει να σημειωθεί ότι επιπλέον κομβικό σημείο στα προγράμματα στρατηγικού σχεδιασμού για τη βελτίωση της ποιότητας υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ο οικονομικός παράγοντας. Η οικονομία μιας χώρας, οι δαπάνες στην υγεία και η διανομή των πόρων αποτελούν αν όχι το σημαντικότερο, ένα από τους σημαντικότερους παράγοντες κάθε συστήματος υγείας. Ο εκάστοτε ρυθμιστικός οργανισμός υγείας σε συνεργασία με το κράτος κάθε χώρας, θα πρέπει κατά την δημιουργία προϋπολογισμού στον τομέα της υγείας να λαμβάνουν υπόψιν τις δαπάνες για την αύξηση των διαθέσιμων πόρων, την αύξηση χρηματοδότησης για τις μισθολογικές ανάγκες του προσωπικού και την κάλυψη αναγκών σε εξοπλισμό ή εγκαταστάσεις. (Κωνσταντίνου Ε., Υφαντόπουλος Γ., 2020)

Ορισμένες βιβλιογραφικές αναφορές, παρουσιάζοντας τα ιδανικά πρότυπα για την βέλτιστη παροχή υπηρεσιών υγείας, δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην ενδυνάμωση της «φωνής» των ασθενών. Για την ενδυνάμωση αυτής, θα

πρέπει να δημιουργηθεί πλαίσιο ανοικτού διαλόγου μέσω εργαλείων όπως για παράδειγμα μέσω ερωτηματολογίων, έντυπα παραπόνων κ.ο.κ. Κάθε τρόπος που στοχεύει στην άντλησης πληροφοριών από τις εμπειρίες των χρηστών, είναι ιδιαίτερα σημαντικός, αφού δίνει χρήσιμες αναφορές στους Οργανισμούς για τις τροποποιήσεις.

### **Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας- Απόδοση εννοιολογικών ορισμών**

Η ικανοποίηση των ασθενών από την χρήση των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται. Η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών είναι απαραίτητη για την μεταρρύθμιση αποτελεσματικών συστημάτων υγείας. (Γείτονα Μ., 2004).

Η απόδοση της έννοιας «ικανοποίησης καταναλωτή», δεν μπορεί να προσδιοριστεί λόγω της πολυπλοκότητάς της, καθ' ότι διέπτετε από την υποκειμενικότητα του ατόμου που την περιγράφει. Όπως και στον ορισμό της ποιότητας, έτσι και στον ορισμό της ικανοποίησης, η επιστημονική κοινότητα αδυνατεί να αποδώσει έναν και μόνο ορισμό ο οποίος να είναι κοινά αποδεκτός.

Ο βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι άμεσα συσχετισμένος με την ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού που τις λαμβάνει. Όσο πιο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν τόσο πιο αποδοτικό παρουσιάζουν ότι είναι και στο Σύστημα Υγείας. (Αντεριώτη Π. & Αντωνίου Γ., 2014).

### **Παράγοντες για την αύξηση της ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας**

Αρχικά με βάση τη βιβλιογραφία, η ικανοποίηση των χρηστών στο τομέα της υγείας δεν μπορεί να προβλεφθεί. Αντίθετα, στην προσπάθεια για να εξασφαλιστεί, απαιτείται ορθός σχεδιασμός, βάσει των κανόνων που ακολουθεί και διασφάλιση της τήρησης των διαδικασιών που έχουν δεσμευτεί. (Παπανικολάου, 2007).

Η διοίκηση ενός οργανισμού υγείας θα πρέπει να διέπτετε από τις εξής αναφερόμενες αρχές: συνέπεια, πειθαρχία, συνεχή εκπαίδευση και καθοδήγηση των εργαζομένων, απλοποίηση διαδικασιών, αντιληπτές και

ξεκάθαρες οδηγίες προς όλους (εργαζόμενους και χρήστες), έλεγχο βαθμού επιτυχίας ή σημείων απόκλισης από το επιθυμητό αποτέλεσμα και συνεχή βελτίωση στη δράση του οργανισμού. Αυτό αποσκοπεί στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών. (Παπανικολάου, 2007).

Αξίζει να σημειωθεί, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι αποφάσεις που λαμβάνει η διοίκηση ενός οργανισμού, πρέπει να βασίζονται σε ακριβή και μετρήσιμα δεδομένα, ως αποτέλεσμα στατιστικών αναλύσεων από την έκβαση αποτελεσμάτων έρευνας με εγκυρότητα και αξιοπιστία. Η αναφορά και περιγραφή ενός προβλήματος/ παραπόνου από έναν ασθενή, μπορεί να αξιοποιηθεί και να μετατραπεί σε μια ευκαιρία περαιτέρω εξέλιξης για εξασφάλιση υψηλότερου βαθμού ικανοποίησης των χρηστών. (Παπανικολάου, 2007).

Στόχος των συστημάτων υγείας, θα πρέπει να είναι η «απόλυτη ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, είτε αφορά εγχώριους χρήστε είτε εξωτερικούς, μέσω ποιοτικών κριτηρίων: αποδοτικότητας, ασφάλειας, προσβασιμότητας, επικοινωνίας και επέκταση της φροντίδας μετά την ίαση». (Leonard L. B., 2007).

Σύμφωνα με την ίδια βιβλιογραφία του Leonard L.B. και των συνεργατών του, το 2007, η αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα αλλά και η γενική τεχνική αποτελούν μέρος για την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και με ορθολογιστική χρήση επιτυγχάνεται και η εξοικονόμηση πόρων. Σε αντίθετη περίπτωση η αλόγιστη χρήση των υγειονομικών πόρων, μπορεί να αποβεί ζημιογόνα, εξαντλώντας του διαθέσιμους πόρους που εν συνεχεία δεν θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες του μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος υγείας. Στην ίδια κατεύθυνση, θα πρέπει να επενδύεται και η εκπαίδευση του προσωπικού, έτσι ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στα πλαίσια της διαθεσιμότητας πόρων και να ανταποκρίνονται στις προκλήσεις-προσδοκίες των χρηστών- δικαιούχων. (Leonard L. B., 2007). Στον ίδιο άξονα, η ασφάλεια και η προσβασιμότητα είναι εξίσου πολύ σημαντικές καθ' ότι καθορίζοντας ένα ασφαλές περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας με εύκολη πρόσβαση, οι χρήστες βιώνουν την εμπειρία τους ως λιγότερο τραυματική. (Leonard L. B., 2007). Τέλος, μέσω τεχνικών επικοινωνίας, επιτυγχάνονται οι

καλές διαπροσωπικές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με τους δικαιούχους-χρήστες, γεγονός που αποπνέει το αίσθημα της ικανοποίηση στους δεύτερους, ενώ η ικανοποίηση αυτών φτάνει το μέγιστο όταν η επέκταση της φροντίδας συνεχίζεται και μετά την ίαση. (Leonard L. B., 2007).

Από την άλλη πλευρά, σε έρευνα που διεξήχθη το 2008, από τους Καρασσαβίδου Ε., Glaveli Η., και Παπαδόπουλο Τ., ως προς τις προσδοκίες των ασθενών που οδηγούν στην ικανοποίηση τους από το σύστημα υγείας, παρατηρήθηκαν κατά σειρά οι ακόλουθοι παράμετροι:

- Αμεσότητα- προσβασιμότητα.
- Μείωση χρονοβόρων γραφειοκρατικών διαδικασιών.
- Αποδοτική ανταπόκριση (διαγνωστικά και θεραπευτικά) στις ανάγκες του ασθενή.
- Αξιοποίηση νέων- καινοτόμων τεχνολογιών ως προς τη διάγνωση και θεραπεία.
- Παροχή τεκμηριωμένης πληροφόρησης του ασθενή.
- Παροχή δικαιώματος επιλογής ή/ και παρέμβασης του ασθενή, σε αποφάσεις που αφορούν την υγεία του.
- Μείωση κόστους στις υπηρεσίες υγείας.
- Διατήρηση ηθικών αξιών, σεβασμού κάθε ασθενή ως προς τις απόψεις και τα πιστεύω του.
- Εξασφάλιση ιδανικών συνθηκών- περιβάλλον- εγκαταστάσεις για την περίθαλψη των ασθενών.

### **Σύνοψη βιβλιογραφικής ανασκόπησης**

Εν κατακλείδι, συνοψίζοντας την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση, περιγράφεται η σημαντικότητα της ύπαρξης ενός υγιούς συστήματος υγείας καθώς και η αναγνώριση των μελών που εργάζονται στο σχεδιασμό, υποστήριξη και μεταρρύθμιση αυτού, για βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αναλυθήκαν οι ορισμοί των υπηρεσιών υγείας στο ΓΕΣΥ, οι ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των χρηστών στα πλαίσια βιβλιογραφικών

αναφορών. Είναι πολύ σημαντικό επίσης, να σημειωθεί ότι οι ορισμοί της ποιότητας υγείας καθώς και της ικανοποίησης των χρηστών είναι δυο πολύπλοκες και πολυδιάστατες έννοιες που λόγω της υποκειμενικότητας που διέπονται, δεν μπορούν οριστούν με κοινά αποδεκτούς ορισμούς.

Παρ' όλα αυτά έχει παρατηρηθεί ότι κατά την πορεία των χρόνων έχουν διεξαχθεί έρευνες που παρουσιάζουν παράγοντες που συμβάλουν στην προαγωγή ποιότητας και της ικανοποίησης των χρηστών. Επιγραμματικά αναφέρθηκαν οι αδυναμίες καθώς και οι εισηγήσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενώ ταυτόχρονα επισημάνθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών.

Το επιστημονικό ενδιαφέρον παραμένει μεγάλο καθ' ότι πέραν τις μεταβλητότητας που παρουσιάζουν οι παράγοντες αυτοί λόγω της πορείας και την εξέλιξης στο χρόνο, εντούτοις δεν μπορούν να ανταποκριθούν σε κάθε περιβάλλον- εθνικό επίπεδο.

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρξαν περιορισμοί στην εξεύρεση πληροφοριών ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών στο εθνικό σύστημα υγείας της Κύπρου. Αυτό αποτελεί το έναυσμα της μελέτης που ακολουθεί ώστε να διερευνηθούν, αξιολογηθούν και να συγκριθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των δικαιούχων- χρηστών του ΓΕΣΥ, ποια χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τους παροχείς σε σχέση με την ικανοποίηση των χρηστών και τέλος μέσα από την έκβαση των αποτελεσμάτων, να βοηθήσει τους παροχείς να κατανοήσουν με ποιο τρόπο επιλέγουν οι δικαιούχοι τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τι θα πρέπει να αλλάξουν ώστε να βελτιωθούν και να συναγωνιστούν αντίστοιχους Παροχείς Υπηρεσιών Υγείας.

### **Μοντέλο ποιότητας υπηρεσιών- SERVQUAL**

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και όπως προαναφέρεται, ο ορισμός της ποιότητας των υπηρεσιών, αποτελεί πολυδιάστατη έννοια, με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλά μοντέλα μέτρησης και αξιολόγησης της. Ένα από τα πιο δημοφιλή και χρήσιμα εργαλεία που φαίνεται να επιλέγουν οι ερευνητές στη προσπάθεια εντοπισμού μετρήσιμων τιμών των υπηρεσιών είναι το μοντέλο



Service Quality Model. Αξίζει να σημειωθεί ότι το εργαλείο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί και προτιμηθεί διαχρονικά από τους ερευνητές, αφού η πορεία του αρχίζει από 1988, όπου σχεδιάστηκε, αναπτύχθηκε και υλοποιήθηκε από τους Zeithaml V., Parasuraman A. και Berry L. (Chakraborty R., Majumdar A., 2011).

Για τη δημιουργία του μοντέλου, οι ερευνητές όρισαν την ποιότητα υπηρεσιών ως την απόκλιση μεταξύ των προσδοκιών των χρηστών έναντι της αποδοτικότητας των πραγματικών προσφερόμενων υπηρεσιών. Επίσης έλαβαν υπόψιν το συμφέρον του χρήστη, συμπεραίνοντας ότι η ποιότητα των υπηρεσιών για τον καταναλωτή είναι ανάλογη από το χάσμα που δημιουργείται από το τι ανέμενε να λάβει έως το τι αντιλαμβάνεται ότι έλαβε τελικά. Η ανάλυση του μοντέλου επιτυγχάνεται συγκρίνοντας τις προσδοκίες των καταναλωτών-χρηστών έναντι των αποδόσεων των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι εάν οι προσδοκίες είναι υψηλότερες από την απόδοση της παρεχόμενης υπηρεσίας τότε οι καταναλωτές δυσαρεστούνται με αποτέλεσμα να έχουν και μικρότερο βαθμό ικανοποίησης και αντίστροφα. (Roshnee R., Fowdar R., 2006). Οι προσδοκίες των καταναλωτών προκύπτουν από τις προσωπικές ανάγκες ή προηγούμενες εμπειρίες του κάθε χρήστη σχετικά με τις υπηρεσίες και αποτελούν σημείο αναφοράς για την κριτική της ποιότητας και της ικανοποίησης τους. (Butt M.M, Run E.C., 2010).

Το μοντέλο SERVQUAL, περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις- μεταβλητές: την αξιοπιστία όπου η επιχείρηση ανταποκρίνεται στις υποχρεώσεις της απέναντι στους πελάτες της και συνέπεια στο χρόνο. Δεύτερη διάσταση- μεταβλητή είναι η διασφάλιση, όπου διατηρείται το αίσθημα της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης μεταξύ του προσωπικού και των πελατών. Ακολούθως ο υλικός εξοπλισμός αποτελεί μέρος των διαστάσεων του μοντέλου και αναφέρεται στις εγκαταστάσεις- υποδομές και οποιοδήποτε άλλο εξοπλισμό της επιχείρησης. Επιπλέον, η εξατομίκευση περιλαμβάνεται στις πέντε διαστάσεις του μοντέλου και αναφέρεται στη διαχείριση κάθε πελάτη με μοναδικό τρόπο κατά τον οποίο να επιτυγχάνεται το μέγιστο δυνατό όφελος. Τέλος, η ανταπόκριση αφορά την προθυμία του προσωπικού να καλύψει άμεσα τις ανάγκες των πελατών της επιχείρησης. (Chakraborty R., Majumdar A., 2011). Ως εργαλείο, αποτελείται από 22 προσδιοριστικούς παράγοντες, για τους οποίους χρησιμοποιείται κλίμακα

διαβάθμισης- Likert- από το 1 έως το 7. Το 1 αντιστοιχεί στην απόλυτη διαφωνία, ενώ το 7 στην απόλυτη συμφωνία. (Καμπούτα Δ., 2002).

Πέραν των πέντε διαστάσεων που αξιολογεί το μοντέλο ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που εξετάζει, διερευνά και πέντε χάσματα, των οποίων η ανάλυση και αξιολόγηση μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη ποιοτικότερων υπηρεσιών και στη βελτιστοποίηση του βαθμού ικανοποίησης των πελατών. Κατά τη διεθνή βιβλιογραφία τα χάσματα αυτά, καλούνται ως «gaps» και απαριθμούνται από το ένα έως το πέντε. Το «gap1», αναφέρεται στο κενό που δημιουργείται μεταξύ των προσδοκιών του πελάτη και της αντίληψης που έχει η εκάστοτε διοίκηση της επιχείρησης για τις προσδοκίες των πελατών της. Το κενό αυτό παρουσιάζεται κυρίως όταν η διοίκηση της επιχείρησης παρουσιάζει ελλείψεις σε θέματα επικοινωνίας προσωπικού και πελατών και υπάρχει απουσία συστηματικών ερευνών ή/ και χρήση εργαλείων για έκβαση τεκμηριωμένων αποτελεσμάτων ως προς τις προσδοκίες των πελατών της. Το «gap2» αφορά το κενό μεταξύ της αντίληψης της διοίκησης και των προδιαγραφών ποιότητας υπηρεσιών. Το χάσμα αυτό δημιουργείται λόγω ανεπάρκειας στη δέσμευση της ποιότητας των υπηρεσιών και στην αδυναμία τυποποίησης για χειρισμό παραπόνων ή δυσαρέσκειας από τους πελάτες. Το τρίτο κενό- «gap3», αναφέρεται στις προδιαγραφές ποιότητας και παράδοσης της υπηρεσίας. Υπάρχει πληθώρα αιτιών στις οποίες αποδίδεται το κενό αυτό, με επικρατέστερα το μειωμένο γνωστικό υπόβαθρο των εργαζομένων σχετικά με την υπηρεσία που προσφέρουν, τους συγκρουόμενους ρόλους των εργαζομένων ή το γεγονός ότι βρίσκονται σε ακατάλληλες θέσεις εργασίας και η έλλειψη διαθεσιμότητας του κατάλληλου εξοπλισμού και συστήματος στην προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών που θα ικανοποιεί τους πελάτες. Το «gap4», δημιουργείται από την ασυμφωνία μεταξύ της υπηρεσίας που προσφέρεται, σε σχέση με τις προηγούμενες υποσχέσεις που δίνονται στους πελάτες μέσω διαφημιστικών μηνμάτων, πωλητών ή/ και άλλων μέσων που χρησιμοποιούν οι επιχειρήσεις και για την προώθηση των υπηρεσιών τους. Τέλος το τελευταίο κενό- «gap5», είναι η ακολουθία των προαναφερθέντων κενών (1-4). Εάν δηλαδή υπάρχει μεγάλο χάσμα στα προηγούμενα τέσσερα σημεία, τότε το «gap5» επηρεάζεται ούτως ή αλλιώς αρνητικά διότι είναι το μοναδικό κενό που βρίσκεται από τη πλευρά του καταναλωτή και αφορά το πως ο ίδιος

αντιλαμβάνεται την υπηρεσία που τελικά λαμβάνει, έναντι στο τι προσδοκούσε να λάβει. (Chakraborty R., Majumdar A., 2011).

Οι δημιουργοί του μοντέλου SERVQUAL, παρατήρησαν ότι ανεξάρτητα από το είδος της υπηρεσίας που μελετάται, οι χρήστες τείνουν να χρησιμοποιούν παρόμοια κριτήρια για την αξιολόγηση τους. Έτσι, δημιούργησαν δέκα κατηγορίες για την ευκολότερη αξιολόγηση των μεταβλητών- υπηρεσιών, οι οποίες είναι: η σταθερότητα, η ανταπόκριση, η ικανότητα, η πρόσβαση, η ευγένεια, η επικοινωνία, η αξιοπιστία, η ασφάλεια, η κατανόηση και τα πάγια χαρακτηριστικά της εταιρείας. Πιο συγκεκριμένα, η μεταβλητή της σταθερότητας περιλαμβάνει την αξιοπιστία και την συνέπεια με την οποία παρέχεται η υπηρεσία σε οποιοδήποτε χρόνο. Η ανταπόκριση αναφέρεται στην ετοιμότητα και στο χρόνο ανταπόκρισης παροχής μιας υπηρεσίας. Ακολουθως, η ικανότητα απευθύνεται στις γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για την εκτέλεση και παροχή υπηρεσιών. Η πρόσβαση αφορά την ευκολία λήψης της υπηρεσίας που ζητείτε. Εν συνεχεία, η ευγένεια αναφέρεται στους κανόνες ευγένειας και σεβασμού, τόσο του προσωπικού που εργάζεται, όσο και της ίδιας της προσφερόμενης υπηρεσίας. Στον ίδιο άξονα η μεταβλητή της επικοινωνίας εξετάζεται και αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις του προσωπικού με τον εκάστοτε πελάτη, ώστε να παρέχονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες και αντιστοίχως να μπορεί ο πελάτης να εκφράζει ερωτήσεις ή/ και παράπονα. Η αξιοπιστία που εξασφαλίζεται μέσω της εργασίας ως προς το συμφέρον του πελάτη και εφόσον δημιουργεί ενός κλίματος εμπιστοσύνης. Η ασφάλεια, αναφέρεται στην πρόληψη κατά των δυνητικών κινδύνων και η μείωση οποιουδήποτε πιθανού ρίσκου ή λάθους. Επιπλέον είναι πολύ σημαντικό, να λαμβάνονται υπόψιν οι απαιτήσεις που επιδεικνύουν οι πελάτες, στην προσπάθεια κατανόησης των αναγκών του. Η τελευταία μεταβλητή που διακρίνεται και αξιολογείται εξίσου είναι τα πάγια χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που πλαισιώνουν το περιβάλλον, το χώρο, τις εγκαταστάσεις και το προσωπικό εργασίας στη παροχή των υπηρεσιών. (Chakraborty R., Majumdar A., 2011).

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, το μοντέλο SERVQUAL έχει δεχτεί αρκετές κριτικές διαχρονικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι, εάν και πολλοί από τους επικριτές του μοντέλου προσπάθησαν να υποδείξουν σοβαρές αδυναμίες από

τη χρήση τους, εντούτοις το όφελος από την έκβαση των αποτελεσμάτων μέσω της χρήσης του εργαλείου, φάνηκαν να είναι πολύ περισσότερες από οποιεσδήποτε ελλείψεις ή αδυναμίες. Έτσι, η καθιέρωση και η χρήση του μοντέλου κατέληξε να είναι περισσότερη χρήσιμη και αποτελεσματική στην έκβαση αποτελεσμάτων που αφορούν την ικανοποίηση, αλλά και για τον προσδιορισμό των αντιλήψεων των καταναλωτών σε σχέση με τις αποδόσεις των υπηρεσιών.

### **Μοντέλο ποιότητας υπηρεσιών- SERVQUAL στον τομέα της Υγείας**

Η χρήση του μοντέλου SERVQUAL, παρατηρείται σε πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί στα υγειονομικά συστήματα. Κατά κύριο λόγο οι μελέτες σκοπό είχαν την διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών καθώς και του βαθμού ικανοποίησης, έτσι όπως την αντιλαμβάνονται και την αξιολογούν οι ασθενείς. Σε μικρότερο βαθμό, αλλά εξίσου σημαντικός αριθμός μελετών φαίνεται να επικεντρώθηκαν και στη συσχέτιση της ποιότητας των υπηρεσιών και του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών συγκριτικά με άλλες μεταβλητές όπως τα δημογραφικά στοιχεία, το εργατικό δυναμικό των υγειονομικών συστημάτων και των προσδοκιών που φαίνεται να επιδεικνυαν οι ασθενείς.

Κατά τη βιβλιογραφία η χρήση του μοντέλου SERVQUAL στο τομέα της υγείας φαίνεται να παρουσιάζεται από το 1990 σε μελέτη των Reidenbach R.E., Sandifer- Smallwood B.. Οι ερευνητές αξιοποιώντας το μοντέλο μελέτησαν και σύγκριναν τρία διαφορετικά τμήματα- εξωνοσοκομεικά, ενδονοσοκομεικά και τμήμα επειγόντων- νοσοκομείων ως προς το βαθμό ικανοποίησης για τις υπηρεσίες που έλαβαν οι ασθενείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν αφενός πολύ σημαντικά για την επιστημονική κοινότητα και αφετέρου επέδειξαν μεταβλητές που θα έδιναν τροφή για περαιτέρω μελέτη. (Reidenbach R.E., Sandifer- Smallwood B., 1990)

Έξι χρόνια αργότερα, η χρήση του μοντέλου για χάριν ερευνών στα συστήματα υγείας γίνεται αρκετά συχνότερα. Μερικές από τις πιο σημαντικές μελέτες που παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία είναι η έρευνα των Vartiainen P., Hart M., (1996) που διεξαχθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Φιλανδία αντιστοίχως. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς των

δου χωρών έδειξαν διαφορετική βαρύτητα ως προς τις μεταβλητές τους προσφέρουν ικανοποίηση. (Vartiainen P., Hart M., 1996). Το στατιστικό αποτέλεσμα της έρευνας, έδωσε έναυσμα στην επιστημονική κοινότητα για μελέτη και σε άλλες χώρες ως προς την αντίληψη και τον προσδιορισμό των μεταβλητών που αποδίδουν μεγαλύτερη βαρύτητα οι ασθενείς των άλλων χωρών. Την ίδια χρονιά μελέτη των Anderson E.A., Zwelling L.A., σε ογκολογικές κλινικές κατέδειξε ότι οι προσδοκίες των ογκολογικών ασθενών διαφοροποιούνται σημαντικά, κυρίως ως προς το μεγάλο χρόνο αναμονής και το υψηλό κόστος υγειονομικής περίθαλψής λόγω της νόσου. (Anderson E.A., Zwelling L.A., 1996)

Αξιοσημείωτη είναι και η μελέτη των Lim P.C., Tang N., το 2000, στην Σιγκαπούρη που κατέδειξε πολύ μεγάλο χάσμα μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων που επιδεικνύουν οι ασθενείς, και συμπέραναν ότι υπάρχει μεγάλη αναγκαιότητα βελτίωσης όλων των μεταβλητών με σημαντικότερες μεταβλητές την ανταπόκριση και την ασφάλεια. (Lim P.C., Tang N., 2000). Κατά το 2001, παρουσιάζονται βιβλιογραφικά δυο μελέτες που έγιναν με τη χρήση του μοντέλου SERVQUAL. Αρχικά η μελέτη των Smith M., Engelbrecht B., στη Νότιο Αφρική κατέδειξε θετικό πρόσημο ικανοποίησης των ασθενών με εξαίρεση τη μεταβλητή της προσβασιμότητας. (Smith M., Engelbrecht B., 2001) Εν συνεχεία, η δεύτερη βιβλιογραφική αναφορά του μοντέλου στον τομέα της υγείας, παρουσιάζεται στη μελέτη του Huei-Ming M. και των συνεργατών του, σε νοσοκομείο της Ταϊβάν, που παρουσιάζει χάσμα των αντιλήψεων και των προσδοκιών ειδικότερα στις μεταβλητές της ασφάλειας και της επικοινωνίας. Αντίθετα στην μελέτη δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντικό χάσμα στη μεταβλητή της αξιοπιστίας. Στην ίδια μελέτη, το ενδιαφέρον κεντρίζει το γεγονός ότι παράμετροι όπως το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, η ηλικία και η εμπειρία των εργαζομένων επηρέαζαν στατιστικά το χάσμα που δημιουργείτο, ενώ διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων υπήρχε και ανάμεσα στα κεντρικά νοσοκομεία συγκριτικά με τα περιφερειακά. (Huei-Ming M., Chung K., Shih C, Hsueh A., Jin J., Chen W., 2001). Αργότερα, το 2003, οι Chan C., Entrekin L., Anderson C., μελετώντας τις ψυχομετρικές ιδιότητες του μοντέλου SERVQUAL στην Αυστραλία, δεν παρουσίασαν αποτελεσματικά τις προσδοκίες των ασθενών, αλλά παρ' όλα αυτά κατάφεραν να καταλήξουν σε

συμπεράσματα που θα βοηθήσουν στη βελτιστοποίηση της ποιότητας από τις διοικήσεις των νοσοκομείων. (Chan C., Entreakin L., Anderson C., 2003).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στη γειτονική χώρα Ελλάδα, ο τομέας της υγείας παρουσιάζει εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό ερευνών που αποδίδεται σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα, στη καθυστέρηση έναρξης του εθνικού συστήματος υγείας (1983), συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του δυτικού κόσμου. Επιπλέον, για αρκετά χρόνια από έναρξη του εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδος, παρατηρείται έλλειψη επιστημονικού ενδιαφέροντος στην αξιολόγηση της ποιότητας του υγειονομικού τομέα και της ικανοποίησης των χρηστών, που συνεπάγεται με απουσία ερευνητικών δεδομένων. Οι πρώτες μελέτες που αφορούσαν την ποιότητα του υγειονομικού συστήματος μέσα από της αντιλήψεις των χρηστών- ασθενών παρουσιάζονται μετά το 2002. (Karassavidou E., Glaveli N., Papadopoulos C.T., 2008). Το 2005, διεξήχθη έρευνα-Κ. Χριστόγλου, με τη χρήση του μοντέλου SERVQUAL, σε ογκολογικό νοσοκομείο της Ελλάδος. Τα αποτελέσματα από την μελέτη φανέρωσαν το χάσμα μεταξύ προσδοκιών ανιλήψεων των ερωτηθέντων σε όλες τις μεταβλητές, με εξαίρεση τη διάσταση της ανταπόκρισης. (Papanikolaou V., Zygiaris S., 2014).

Διαφοροποίηση αποτελεσμάτων παρουσιάζεται σε έρευνα που έγινε με τη χρήση του μοντέλου SERVQUAL, το 2006 στην Ουκρανία. Μέσα από την έρευνα οι μεταβλητές της ασφάλειας και της αξιοπιστίας απέδωσαν σημαντικότητα στην ικανοποίηση των χρηστών. Εντούτοις, οι υπόλοιπες διαστάσεις που αξιολογούνται κατά τη χρήση του μοντέλου δε κατέστη δυνατό να προσφέρουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα λόγω περιορισμών που παρουσιάστηκαν όπως οι περιορισμένες επιλογές και η αδυναμία ικανοποίησης των αναγκών από ιδιωτικά μέσα λόγω εισοδηματικών κριτηρίων του πληθυσμού. Έτσι, η συγκεκριμένη έρευνα, μέσα από την αποτυχία να αποδώσει αποτελέσματα σε όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές, κατάφερε να καταλήξει το συμπέρασμα ότι η κουλτούρα του κάθε λαού αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα στην ποιότητα των υπηρεσιών και κατ' επέκταση στην ικανοποίηση των χρηστών. (Lee J. 2006).

Η δυναμικότητα, η αξιοπιστία και η σημαντικότητα του μοντέλου SERVQUAL, παρατηρείτε και σε λιγότερο ισχυρά υγειονομικά συστήματα με περιορισμένους πόρους, τόσο υγειονομικούς όσο και οικονομικούς. Αυτό φαίνεται μέσα από τη μελέτη των Butt M.M., Run E.C., (2010), που πραγματοποιήθηκε στην Μαλαισία. Η έρευνα κατάφερε να συλλέξει με επιτυχία τα δεδομένα που παρουσίασαν αρνητικό πρόσημο και στις πέντε μεταβλητές αξιολόγησης. Το μεγαλύτερο χάσμα φάνηκε στις μεταβλητές της ανταπόκρισης και αξιοπιστίας. (Butt M.M., Run E.C., 2010).

Οι Papanikolaou V. και Zygariis S., (2014), χρησιμοποίησαν το μοντέλο SERVQUAL, για χάριν έρευνας που έλαβε χώρα στα πρωτοβάθμια υγεία, Ελλάδος. Οι ερευνητές μελέτησαν τις προσδοκίες των Ελλήνων ασθενών συγκριτικά με τους παρόχους πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Μέσα από την μελέτη, διαφάνηκε ο προβληματισμός ως προς τις πέντε διαστάσεις του μοντέλου, θέτοντας ερωτηματικά στο κατά πόσο θα έπρεπε να προστεθούν νέες μεταβλητές αξιολόγησης πέραν των υφισταμένων. Το μεγαλύτερο χάσμα παρατηρήθηκε στη διάσταση της ενσυναίσθησης, ενώ το μικρότερο στις μεταβλητές της αξιοπιστίας και της ανταπόκρισης. Σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν οι παράγοντες στη διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων που αφορούσαν την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι οι συμμετέχοντες με μικρότερο μορφωτικό υπόβαθρο, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης. (Papanikolaou V., Zygariis S., 2014),

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Ινδία το 2016, από τους Kansra P., Jha A.K., οι πέντε μεταβλητές του μοντέλου SERVQUAL, παρουσίασαν αμφισβητούμενα αποτελέσματα, γεγονός που οφείλεται στη διαφορετική κουλτούρα της Ινδίας. Παρ' όλα αυτά οι ερευνητές υποστήριξαν ότι για την ικανοποίηση των ασθενών, θα πρέπει οι διοικήσεις των υγειονομικών συστημάτων οφείλουν να μελετούν και να βελτιώνουν τις αδυναμίες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. (Kansra P., Jha A.K., 2016).

Αναφορικά με πιο πρόσφατες βιβλιογραφικές αναφορές χρήσης του μοντέλου SERVQUAL στο τομέα της υγείας αποτελεί η μελέτη του 2017, από τους Ojo

I.A., Owolabi R.O., στη Νιγηρία. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται περισσότερο από τα υλικά και λιγότερο σε υπηρεσίες που προσφέρουν οι εργαζόμενοι. Αξιοσημείωτο εύρημα της έρευνας αποτελεί η ανάδειξη για εξασφάλιση και διατήρηση της εμπιστευτικότητας, κυρίως από το εργατικό δυναμικό. (Ojo I.A., Owolabi R.O., 2017).

Εν κατακλείδι, υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες στο τομέα της υγείας με τη χρήση του μοντέλου SERVQUAL. Από όλες τις έρευνες υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αλλά και στην ικανοποίηση των χρηστών. Αν και τα ευρήματα της κάθε έρευνας, παρέθεταν διαφοροποιημένα αποτελέσματα, εντούτοις η χρησιμότητα του μοντέλου για τη διεξαγωγή των μελετών είναι καθοριστική. Ακόμα, αξίζει να σημειωθεί ότι και στις περιπτώσεις όπου οι μελέτες αμφισβήτησαν τη αξιοπιστία και λειτουργικότητα χρήσης του μοντέλου, έδωσαν σημαντικά στοιχεία ως προς τις διαστάσεις που μελετώνται και το χάσμα που υπάρχει μεταξύ των προσδοκιών των χρηστών από το τι πραγματικά αντιλαμβάνονται ότι λαμβάνουν. Επιπρόσθετα, ένα πολύ σημαντικό συμπέρασμα από το σύνολο των ερευνών, είναι το γεγονός ότι τα αποτελέσματα επηρεάζονται από το δείγμα των συμμετεχόντων λόγω κουλτούρας, ηλικίας, οικονομικών πόρων και μορφωτικού επιπέδου.

### **Ερευνητικά δεδομένα της Κύπρου στο τομέα υγείας**

Σύμφωνα με τη στατιστική υπηρεσία Κύπρου, ο τομέας της υγείας παρουσιάζει υψηλά επίπεδα καταγραφής στατιστικών δεδομένων. Με βάση τα στατιστικά στοιχεία για το 2010, παρουσιάζονται ποσοστιαία καταγραφές δεδομένων που αφορούν την προσέλευση του πληθυσμού σε δημοσία και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, ο αριθμός των κλινών που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη νοσηλεία ασθενών, ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στις νοσηλευτικές δομές, ο αριθμός εξυπηρέτησης κατά τμήμα νοσοκομείου (τμήμα επειγόντων, παιδιατρικό τμήμα κ.ο.κ). Επιπλέον, αναφέρονται τα χρηματικά ποσά που έχουν δαπανηθεί στο τομέα της υγείας. Μέσα από τη συλλογή δεδομένων και τη στατιστική ανάλυση, αναφέρεται ο μέσος αριθμός ασθενών



κατανέμεται ανά γιατρό και νοσηλευτή αντίστοιχα, ενώ οι μέσες αυτές τιμές διακρίνονται σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, υπάρχει μετριασμένος αριθμός ερευνών που να αφορούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών στην Κύπρο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε στα πλαίσια εκπόνησης της παρούσας διατριβής, οι έρευνες που έγιναν στα πλαίσια διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ικανοποίησης των ασθενών από το τομέα της υγείας είναι από το 2009 και έπειτα.

Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, το 2009, εκτελείται μελέτη σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών υγείας στον ιδιωτικό τομέα της Κύπρου. Στην έρευνα συμμετείχε εξαιρετικά μικρό δείγμα πληθυσμού, μόλις 50 ατόμων. Τα υποκείμενα της μελέτης, κλήθηκαν να απαντήσουν ερωτηματολόγιο, δομημένο στο μοντέλο SERVQUAL. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, παρατηρείτε ότι οι συμμετέχοντες τείνουν να επιλέγουν τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, ως προς την άμεσα εξυπηρέτησή τους, παρ' όλα αυτά θεωρούν περισσότερο καταρτισμένα και εξοπλισμένα τα νοσοκομεία του δημοσίου τομέα. Σημαντικό ποσοστό της έρευνας 88%, κατέδειξε ότι στην περίπτωση που τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα γίνονταν ιδιωτικού δικαίου τότε θα υπήρχε και υψηλότερος βαθμός ικανοποίησης στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Παναγιώτου Μ., 2009).

Το 2010, διεξήχθη έρευνα από την Τσίτση Θ., για την ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Στη μελέτη συμμετείχαν 741 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στα γενικά νοσοκομεία της Κύπρου. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που είχε δοκιμαστεί στο παρελθόν στην Ελλάδα και την Πολωνία με διαβαθμισμένες απαντήσεις σε κλίμακα (Expectations- Perceived Quality- Satisfaction with Primary Care Services Scale). Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες έδειξαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των γενικών νοσοκομείων Κύπρου, με εξαίρεση το γενικό νοσοκομείο Λάρνακας. Επιπλέον, μέσα από τη μελέτη φάνηκε ότι η παρεχόμενη υπηρεσία ανταποκρίθηκαν στις προσδοκίες των

ασθενών σε ποσοστό 83,4% και η συνολική ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που έλεβαν, κατέγραψε θετικό πρόσημο με το ποσοστό να ανέρχεται στο 88,3%. (Τσίση Θ., 2010).

Δύο χρόνια αργότερα, οι Κωνσταντίνου Ε. και Μητρόπουλος Ι., (2012), διεξήγαγαν Παγκύπρια έρευνα για των προσδιορισμό του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών στη πρωτοβάθμια υγεία των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου. Το δείγμα αποτέλεσαν 438 ασθενείς, με εργαλείο μέτρησης δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστού και ανοικτού τύπου ερωτήσεις, ελεγμένο για εγκυρότητα και αξιοπιστία στην Ελλάδα. Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό συνολικής ικανοποίησης των ασθενών (70%). Παράλληλα υπήρξε διαφοροποίηση αποτελέσματος ικανοποίησης μεταξύ των αστικών (84,2%) και αγροτικών (66,2%) κέντρων πρωτοβάθμιας υγείας. (Κωνσταντίνου Ε., Μητρόπουλος Ι., (2012).

Την ίδια χρονιά, δεύτερη μελέτη του Ελευθερίου Α., (2012) στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής, διερευνήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών Κυπριακής και Βρετανικής καταγωγής από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων ενός Δημόσιου Νοσοκομείου στην Κύπρο. Στην έρευνα συμμετείχαν 295 ασθενείς (Κύπριοι και Βρετανοί), όπου συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο με κλίμακα απαντήσεων- με διαβαθμισμένες απαντήσεις σε κλίμακα Expectations- Perceived Quality- Satisfaction with Primary Care Services Scale. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν υψηλό βαθμό ικανοποίησης προς το ιατρικό προσωπικό τόσο από τους Κύπριους, όσο και από τους Βρετανούς συμμετέχοντες (93,5%). Χαμηλότερο σημειώθηκε το ποσοστό ικανοποίησης των Κύπριων συμμετεχόντων από το νοσηλευτικό προσωπικό (68,1%). Επίσης σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι το γεγονός ότι οι Κύπριοι ασθενείς έχουν λιγότερες προσδοκίες συγκριτικά με τους Βρετανούς. (Ελευθερίου Α., 2012)

Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση το 2012, προστέθηκε επίσης η μελέτη των Γαβριήλ Ε., Θεοδώρου Μ. και Μίτλετον Ν., όπου διερευνούσε το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων Κύπρου. Η έρευνα βασίστηκε σε δομημένο ερωτηματολόγιο 58 ερωτήσεων ανοικτού και κλειστού τύπου και το δείγμα

αποτελέσαν 761 ασθενείς, τυχαίας δειγματοληψίας. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, αναφέρει ότι ποσοστό 61,8% ήταν ικανοποιημένο από την υπηρεσία που έλαβε, ενώ παρατηρήθηκε ότι την μεγαλύτερη ικανοποίηση επέδειχναν οι μεγαλύτερες ηλικίες συμμετεχόντων. Σε αυτή τη μελέτη, εξίσου σημαντικό είναι ότι μελετώνται οι προσδιοριστικοί παράγοντες που αφήνουν ικανοποιημένους τους ασθενείς με πιο συχνή αναφορά στον σεβασμό του γιατρού προς τον ασθενή. Αντίθετα, οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση των ασθενών είναι ο χρόνος αναμονής και η προσβασιμότητα. (Γαβριήλ Ε., Θεοδώρου Μ. και Μίτλετον Ν., 2012).

Το 2013, η μελέτη του Βορκά Π., σκοπό είχε να διερευνήσει το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών που επιδεικνύουν οι ασθενείς συγκριτικά με τις αντιλήψεις τους για τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομεία της Κύπρου. Στη έρευνα, συμμετείχαν τρία νοσοκομεία- δυο δημόσια και ένα ιδιωτικό, με 300 συμμετέχοντες. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο SERVQUAL. Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν χαμηλές προσδοκίες και στις πέντε διαστάσεις αξιολόγησης, όπως και σημαντικά κενά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μικρότερα κενά εντοπίστηκαν στην ποιότητα των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέσα από την έρευνα, επιδεικνύεται η επιτακτική ανάγκη για στροφή στη μελέτη των προσδοκιών καθώς και στις αυξανόμενες απαιτήσεις των ασθενών, αναφορικά με την ποιότητα των υφιστάμενων παροχών στα νοσοκομεία της Κύπρου. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα είναι χρήσιμα για τη διαμόρφωση στρατηγικών διαχείρισης της ποιότητας, προκειμένου να βελτιωθεί η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στο τομέα υγείας της Κύπρου. (Βορκάς Π., 2013).

Επιπρόσθετα, το 2014, έρευνα από τον Παναγίδης Ν., σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών πρωτοβάθμιας φροντίδας από τους γενικούς ιατρούς του δημόσιου νοσοκομείου Πάφου στην Κύπρο, παρουσίασε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Η έρευνα, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση σταθμισμένου εργαλείου EUROPEP- European Project on Patient Evaluation of General Practice Care, με συμμετοχή 345 ατόμων. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε η δυσαρέσκεια στη προσβασιμότητα των ασθενών. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε ότι ανάλογα από την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την κατάσταση υγείας των ασθενών επηρεάζεται

σημαντικά και το ποσοστό ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες. (Παναγίδης Ν., 2014).

Συνοψίζοντας τις παραπάνω βιβλιογραφικές αναφορές, μπορούμε να παρατηρήσουμε το ερευνητικό ενδιαφέρον στο τομέα της υγείας στην Κύπρο. Οι συστηματικές έρευνες, είναι χρήσιμες για την αξιολόγηση παραγόντων που επηρεάζουν θετικά ή/ και αρνητικά το υγειονομικό τμήμα της Κύπρου. Πολλές από τις μελέτες έδωσαν το έναυσμα για περαιτέρω μελέτη, όπως για παράδειγμα μελετώντας τα ευρήματα παλαιότερων ερευνών ή και της διεθνούς βιβλιογραφίας να μελετηθούν και να προταθούν οι ανάλογες μεταρρυθμίσεις για τη βελτιστοποίηση των νοσοκομείων της χώρας. Αξίζει να σημειωθεί ότι, μέχρι σήμερα δεν έχει διεξαχθεί καμία έρευνα που να αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης των χρηστών μετά την έναρξη λειτουργίας του Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο.

## **Μεθοδολογία**

### **Σκοπός:**

Σκοπός της μελέτης είναι να μελετηθούν και να αξιολογηθούν οι προτιμήσεις και ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών από τους παροχείς του Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο.

### **Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:**

1. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών του ΓΕΣΥ;
2. Ποια χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τους παροχείς σε σχέση με την ικανοποίηση των χρηστών;
3. Με ποιους τρόπους μπορούν να βελτιωθούν οι παροχείς σε σχέση με την ικανοποίηση που αναζητούν οι χρήστες;

### **Υλικό και Μέθοδος:**

Πρόκειται για ποσοτική περιγραφική μελέτη, βασισμένη σε ένα δομημένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε σε χρήστες του ΓΕΣΥ, Παγκύπρια μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας (google forms).

### **Μεθοδολογική προσέγγιση έρευνας:**

Για την παρούσα ερευνητική εργασία επιλέχθηκε ποσοτική μέθοδος. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στη έρευνα μέσω τυποποιημένων ερωτηματολογίων και προσδίδει αποτελέσματα σε σχετικό σύντομο χρονικό διάστημα. Η ποσοτική μελέτη επιτρέπει στον ερευνητή να προσεγγίσει μεγάλο εύρος πληθυσμού για τον έλεγχο της θεωρίας που διατυπώνει. (Μερκούρης Α., 2008).

Για την παρούσα μελέτη, επιλέχθηκε η χρήση του μοντέλου SERVQUAL, ως το καταλληλότερο εργαλείο για την μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών του ΓΕΣΥ. Το μοντέλο, έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν με μεγάλη επιτυχία σε θέματα εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Παράλληλα μέσω των απόψεων των συμμετεχόντων αποδίδεται και η ερμηνεία για το ποιες είναι οι προσδοκίες, έναντι του Συστήματος Υγείας, βάση των πέντε διαστάσεων, όπου μελετά το μοντέλο SERVQUAL και πιο συγκεκριμένα την αξιοπιστία, τη διασφάλιση, τον υλικό εξοπλισμό, την εξατομίκευση και την ανταπόκριση.

### **Σχεδιασμός μελέτης:**

Στην έρευνα υπάρχει διαχωρισμός των ασθενών που έλαβαν υπηρεσίες υγείας ως εξωτερικοί ασθενείς για διαγνωστικούς ή άλλους σκοπούς και στους ασθενείς οι οποίοι για τον οποιοδήποτε λόγο χρειάστηκαν να νοσηλευτούν είτε σε ιδιωτικά είτε σε κρατικά νοσοκομεία συμβεβλημένα στο ΓΕΣΥ. Παρ' όλα αυτά δεν αλλάζει η δομή του περιεχομένου στο εργαλείο μέτρησης ή τα ερευνητικά και επιμέρους ερωτήματα. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν έτυχε διαφοροποιημένης αξιολόγησης.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε σε Παγκύπρια βάση, μετά από ηλεκτρονική υποβολή στην πλατφόρμα της google. Το ερωτηματολόγιο, απαντάτε με το τέλος ιατρικών επισκέψεων, διαγνωστικών εξετάσεων ή και των εξιτηρίων από νοσηλείες ασθενών.

### **Δείγμα έρευνας:**

Πρόκειται για τυχαία δειγματοληψία- δείγματος ευκολίας. Στην έρευνα μπορεί να συμμετέχει οποιοσδήποτε δικαιούχος του ΓΕΣΥ που έχει συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του και έχει επισκεφθεί τουλάχιστον μια φορά οποιοδήποτε νοσηλευτικό ίδρυμα συμβεβλημένο στο ΓΕΣΥ ως ασθενής- χρήστης. Η απλή τυχαία δειγματοληψία επιτρέπει τη συμμετοχή όλων όσων επιθυμούν να αποτελέσουν μέρος αυτής και πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής. Επιπλέον, η τυχαία δειγματοληψία επιλέγεται από τους ερευνητές και για σκοπούς αξιοπιστίας στη συλλογή δεδομένων. (Μερκούρης Α., 2008).

### *Κριτήρια επιλογής του δείγματος:*

1. Δικαιούχοι χρήστες του ΓΕΣΥ ανεξαρτήτου φύλου.
2. Ασθενείς που έχουν λάβει υπηρεσίες φροντίδας από οποιοδήποτε συμβεβλημένο παροχέα του ΓΕΣΥ.
3. Ασθενείς που έχουν λάβει ενδονοσοκομειακή φροντίδα από οποιοδήποτε συμβεβλημένο παροχέα του ΓΕΣΥ.
4. Απαραίτητο κριτήριο εισαγωγής για όλους τους συμμετέχοντες είναι η γραπτή συναίνεση συμμετοχής στη μελέτη και η συναίνεση για την προστασία προσωπικών δεδομένων (GDPR).

### *Κριτήρια αποκλεισμού του δείγματος:*

1. Ασθενείς που δεν έχουν συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους.

2. Μη δικαιούχοι χρήστες τους ΓΕΣΥ.
3. Ασθενείς που δεν επιθυμούν να υποβάλουν γραπτή συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα.

### **Εργαλείο Μέτρησης- Αξιολόγησης:**

Για τη διεξαγωγή της έρευνας γίνεται χρήση του μοντέλου SERVQUAL. Συγκεκριμένα όλοι οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν ένα ερωτηματολόγιο που θα παραμείνει ανώνυμο.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται συλλογή δημογραφικών δεδομένων (φύλο, ηλικιακό εύρος, μορφωτικό επίπεδο, πόλη διαμονής, νοσηλευτικό ίδρυμα και τμήμα που επισκέφθηκαν, ιδιωτική ασφάλιση). Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αναφέρεται στις στάσεις, αντιλήψεις, προτιμήσεις των ασθενών και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του ΓΕΣΥ, μέσα από 44 ερωτήσεις- 22 αναφορικά με τις προσδοκίες και 22 ως προς τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Οι ερωτήσεις, του ερωτηματολογίου ανταποκρίνονται στις πέντε διαστάσεις που εξετάζει το μοντέλο SERVQUAL, δηλαδή ως προς τις υποδομές/ εξοπλισμό, την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, τη διασφάλιση και την ενσυναίσθηση/ εξατομίκευση. Αναλυτικότερα οι πρώτες πέντε ερωτήσεις (πέντε για προσδοκία και πέντε για την αντίληψη), αναφέρονται στη διάσταση των υποδομών και εξοπλισμού. Ακολούθως οι επόμενες πέντε ερωτήσεις αναφέρονται στη διάσταση της αξιοπιστίας και διαδοχικά οι επόμενες τέσσερις στη διάσταση της ανταπόκρισης. Εν συνεχεία, τρεις ερωτήσεις ως προς τη διασφάλιση και οι τελευταίες πέντε ως προς την ενσυναίσθηση/ εξατομίκευση. Οι συμμετέχοντες μπορούν να εκφράσουν τις προσδοκίες τους έναντι στις υπηρεσίες που έλαβαν και να εντοπιστούν κενά- χάσμα (gap), μεταξύ του προσδοκώμενου αποτελέσματος, και του τι πραγματικά αντιλαμβάνονται ότι έλαβαν. Κατά το δεύτερο μέρος της μελέτης, εξετάζει τις προσδοκίες των ασθενών σε ως προς το ιδανικό για αυτούς νοσοκομείο. Όλες οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου, ή βασισμένες σε κλίμακα (Likert) πέντε βαθμίδων, για καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η μορφή τέτοιου είδους ερωτήσεων είναι περισσότερο κατανοητές για τους συμμετέχοντες και πιο γρήγορες στις απαντήσεις τους.

## **Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων- Στατιστική Ανάλυση:**

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα εφαρμοστεί το εργαλείο SPSS (Statistical Package for Social Sciences), όπου θα γίνει περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων μέσω διαγραμμάτων. Ακολούθως, με επαγωγική μέθοδο θα παρατεθεί η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Για τη σύγκριση των ποσοτικών δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί ο συντελεστής συσχέτισης Pearson.

Επιπλέον, εντοπίζονται οι μέσες τιμές από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση προσδοκίας- αντίληψης, αλλά και για κάθε διάσταση αντίστοιχα. Από τις μέσες τιμές, υπολογίζεται η διαφορά μεταξύ προσδοκίας και αντίληψης, έτσι ώστε να γίνει προσδιορισμός και περιγραφή στο χάσμα μέσω πινάκων και διαγραμμάτων. Αντιστοίχως, το χάσμα, υπολογίζεται και περιγράφεται ως προς τις υπό εξέταση διαστάσεις.

Για τον έλεγχο χάσματος μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων από το δείγμα της έρευνας, γίνεται έλεγχος μηδενικών υποθέσεων με χρήση t- test και ANOVA, στο πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης SPSS. Το t- test, επιτρέπει την διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών. Παραδειγματικά μέσω της χρήσης του t- test, θα διευκρινιστεί κατά πόσον οι παράγοντες φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και η ιδιωτική ασφάλιση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις προσδοκίες των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Από την άλλη πλευρά η ανάλυση ANOVA, εφαρμόζεται για ελέγχους πέραν από δύο ομάδες σύγκρισης. Στην παρούσα μελέτη ως ανεξάρτητη μεταβλητή ορίζεται το χάσμα στις αντιλήψεις για κάθε μια από τις πέντε διαστάσεις του μοντέλου και ως εξαρτημένες μεταβλητές ο έλεγχος των δημογραφικών στοιχείων.

Τέλος, γίνεται ανάλυση ANOVA, για τον έλεγχο της διαφοροποίησης των παρέχων ως προς τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων, συγκριτικά με το κάθε νοσοκομείο που επισκέφθηκαν ξεχωριστά. Για σκοπούς εγκυρότητας και αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων στην ανάλυση συμπεριελήφθησαν μόνο όσα νοσοκομεία επισκέφθηκαν πέραν των επτά συμμετεχόντων, λόγω αυξημένης αβεβαιότητας αποτελεσμάτων σε νοσοκομεία με μικρότερο δείγμα.



Η στατιστική σημαντικότητα ορίζεται στο 0,05. (Μερκούρης Α., 2008).

## **Αποτελέσματα**

### **Παράθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας**

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 246 άτομα, εκ των οποίων 14 ερωτηματολόγια κρίθηκαν άκυρα και δεν χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση αποτελεσμάτων για σκοπούς εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Τα 14 αυτά ερωτηματολόγια αφορούσαν δείγμα το οποίο δεν πληρούσε κριτήρια επιλογής για συμμετοχή στην έρευνα, είτε δεν απαντήθηκαν σωστά ως προς τη δομή ή/ και στην έκταση των ερωτημάτων. Συμπληρωθήκαν επιτυχώς και συμμετείχαν τελικά στην έρευνα 232 ερωτηματολόγια.

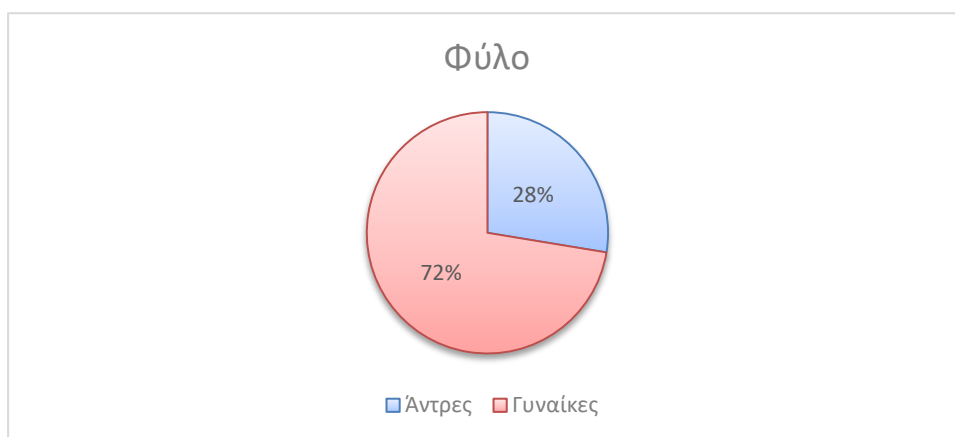
Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε έντυπα και ηλεκτρονικά (μέσω Google Forms), από την ίδια την ερευνήτρια σε τυχαίο δείγμα ευκολίας. Η συλλογή των ερωτηματολογίων διήρκησε από 30 Μαρτίου έως 8 Απριλίου.

Αφού συγκεντρώθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια, απορρίφθηκαν τα μη έγκυρα. Αναλύθηκε το δείγμα τόσο δημογραφικά, άλλα και ως προς το περιεχόμενων των ερευνητικών ερωτημάτων και παρατίθενται εν συνεχεία τα αποτελέσματα ως προς το σύνολο των ερωτηθέντων, περιγραφικά και διαγραμματικά.

### **Δημογραφικά στοιχεία:**

Αναφορικά με το φύλο, από τους 232 τελικούς συμμετέχοντες, οι 168 ήταν γυναίκες σε ποσοστό συμμετοχής 72,4% και 64 άντρες σε ποσοστό 27,6%. Το υψηλότερο ποσοστό συμμετοχής από γυναίκες οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν κατά πολύ περισσότερο το Γενικό Σύστημα Υγείας συγκριτικά με τους άντρες και να αξιολογούν την εμπειρία τους ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Διάγραμμα 1



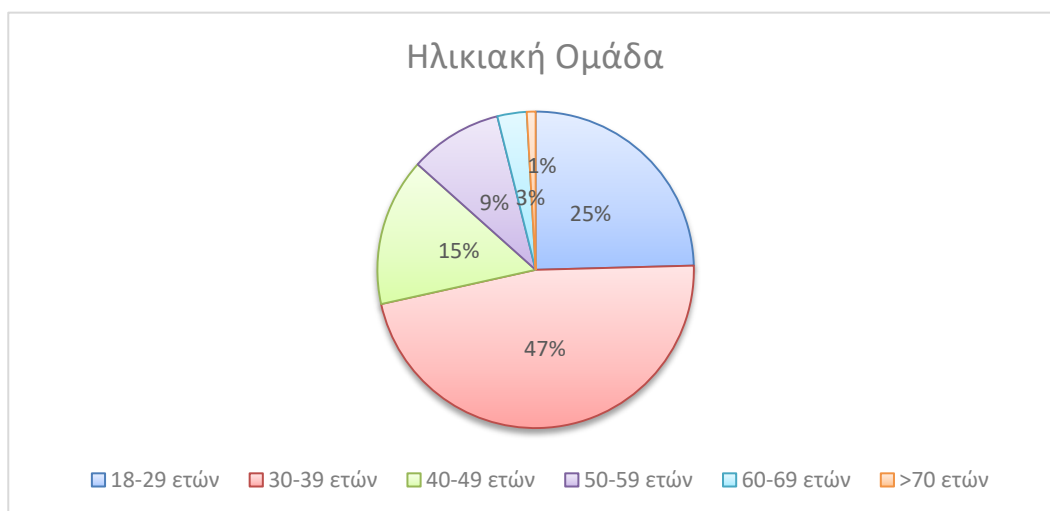
### Ηλικιακή ομάδα:

Κατά το δεύτερο ερώτημα των δημογραφικών στοιχείων που αφορά την ηλικιακή ομάδα, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 30-39 ετών, ενώ ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 18-29 ετών με ποσοστό 24,6% και 40-49 ετών με ποσοστό 15,1%. Μικρότερο ποσοστό συμμετοχής παρουσιάζουν οι ηλικιακές ομάδες 50-59 ετών, 60-69 ετών, άνω των 70 ετών με ποσοστά συμμετοχής 9,5%, 3% και 0,9% αντίστοιχα. Ο λόγος της μικρού ποσοστού συμμετοχής σε μικρότερες ηλικίες αφορά το γεγονός ότι από αυτές τις ηλικιακές ομάδες η συμμετοχή σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης αλλά και σε ηλεκτρονικές φόρμες συμμετοχής είναι συγκριτικά μικρότερες έναντι των νεαρότερων ηλικιακών ομάδων.

Πίνακας 1

Ηλικιακή Ομάδα	Συχνότητα (%)
18-29 ετών	57 (24,6%)
30-39 ετών	109 (47%)
40-49 ετών	35 (15,1%)
50-59 ετών	22 (9,5%)
60-69 ετών	7 (3%)
>70 ετών	2 (0,9%)

Διάγραμμα 2



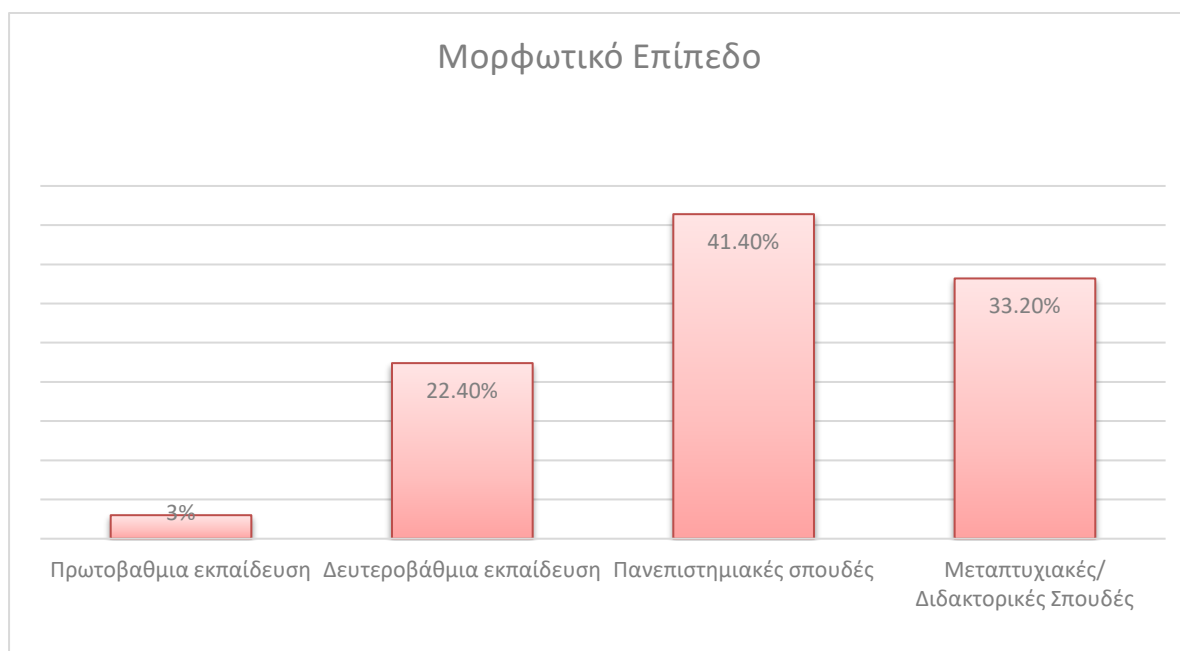
**Μορφωτικό επίπεδο:**

Το μορφωτικό επίπεδο αποτελείται κυρίως από άτομα που κατέχουν πανεπιστημιακό τίτλο, μεταπτυχιακές ή/ και διδακτορικές σπουδές με το σύνολο του ποσοστού να ανέρχεται στο 74,6%. Χαμηλότερο ποσοστό συμμετεχόντων αποτελούν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε ποσοστό 3% και 22,4% αντίστοιχα, γεγονός που οφείλεται κατά κύριο λόγο και στην ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, οι νέοι σήμερα που αποτελούν και την πλειοψηφία των συμμετεχόντων της έρευνας τείνουν να ολοκληρώνουν τις σπουδές τους και πολλοί εξ αυτών να συνεχίζουν με μεταπτυχιακές και διδακτορικές σπουδές, γεγονός που δεν παρατηρείται τόσο σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Πίνακας 2

Μορφωτικό Επίπεδο	Συχνότητα (%)
Απόφοιτος/η πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης	7 (3%)
Απόφοιτος/η δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	52 (22,4%)
Απόφοιτος πανεπιστημίου/ κολλεγίου	96 (41,4%)
Μεταπτυχιακές/ Διδακτορικές σπουδές	77 (33,2%)

Διάγραμμα 3



#### **Καταγωγή- Πόλη Κατοικίας:**

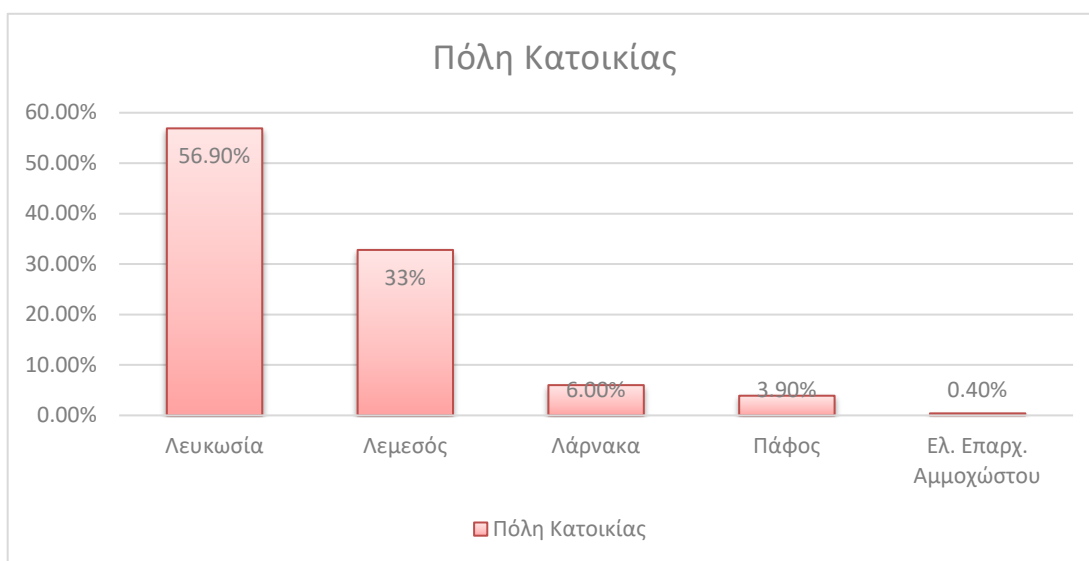
Οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων κατάγονται από την Κύπρο σε ποσοστό 96,1%, ενώ μόλις το 3,9% του συνόλου των συμμετεχόντων από άλλες εθνικότητες όπως Ελλάδα 3%, Αμερική 1% και Αγγλία 1%. Η κατανομή που ποσοστού συμμετεχόντων ως προς της καταγωγή είναι αναμενόμενη καθ' ότι η έρευνα διεξάγεται σε τοπικό επίπεδο, όμως δεν αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού συμμετεχόντων από άλλες χώρες καταγωγής, αφού κάθε νόμιμος πολίτης της Κυπριακής Δημοκρατίας, μπορεί να λαμβάνει υπηρεσίες του Γενικού Σχέδιου Υγείας.

Ως προς τη πόλη κατοικίας των συμμετεχόντων παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κατοικεί στην επαρχία Λευκωσίας 132 συμμετέχοντες σε ποσοστό 56,9%, ακολουθεί η Λεμεσός με 76 συμμετέχοντες- 32,8% και σε μικρότερα ποσοστά συμμετοχής η Λάρνακα 14- 6%, η Πάφος 9- 3,9% και τέλος η ελεύθερη επαρχία Αμμοχώστου 1- 0,4%.

Πίνακας 3

Καταγωγή	Συχνότητα (%)
Κύπρος	223 (96,1%)
Ελλάδα	7 (3%)
Αμερική	1 (0,4%)
Αγγλία	1 (0,4%)

Διάγραμμα 4

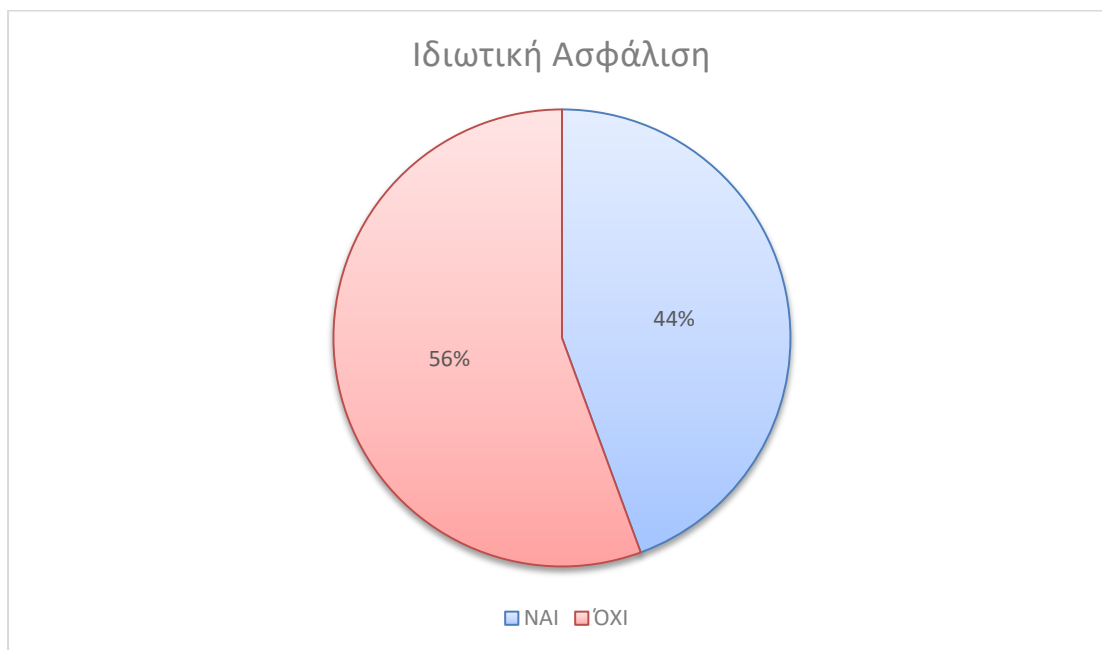


### Ιδιωτική ασφάλιση:

Όλοι οι συμμετέχοντες πρέπει να είναι συμβεβλημένοι στο ΓΕΣΥ, ως απαραίτητο κριτήριο επιλογής του δείγματος. Αναφορικά όμως με την ιδιωτική ασφάλιση που δεν προαπαιτείτε ως κριτήριο επιλογής ή αποκλεισμού του δείγματος, παρατηρείται μια σχετική ομοιόμορφη κατανομή σε ιδιωτικά ασφαλισμένους συμμετέχοντες και μη. Πιο συγκεκριμένα ποσοστό 44,4%, 103 δηλαδή από τους συμμετέχοντες επιλέγουν να διατηρούν κα ιδιωτική ασφάλιση πέραν της συμβολής τους στο ΓΕΣΥ, ενώ ποσοστό 55,6% δεν καλύπτεται από κανένα άλλο ιδιωτικό φορέα υγείας. Συμπερασματικά, μια σημαντική μερίδα του δείγματος σε ποσοστό 44,4%, ενδεχομένως να διατηρεί την ιδιωτική του ασφάλιση, αφού το ΓΕΣΥ είναι ένας σχετικά πρόσφατος φορέας που ακόμη δεν μπορούν να εμπιστευτούν εξ ολοκλήρου την ασφάλιση τους. Από την άλλη πλευρά η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 55,6%, δεν καλύπτεται

από κανένα άλλο ιδιωτικό φορέα υγείας γεγονός που πηγάζει από δύο κύριους λόφους. Αφενός γιατί εμπιστεύονται τις καλύψεις που παρέχει το ΓΕΣΥ και αφετέρου διότι σε οικονομικό πλαίσιο βρίσκουν πολυέξοδοι την συμπληρωμή δυο παρόχων.

Διάγραμμα 5



**Νοσοκομείο που επισκέφθηκε πιο πρόσφατα το δείγμα:**

Σύμφωνα με τον πίνακα 4 που παρατίθεται ως ακολούθως, παρατηρείται ότι το δείγμα επισκέφθηκε συχνότερα το Γ.Ν. Λευκωσίας σε ποσοστό 21,6% και 50 συμμετέχοντες. Ακολουθεί το Γ.Ν. Λεμεσού με ποσοστό 13,8% και 32 συμμετέχοντες, ενώ τρίτο στη σειρά κατάταξης νοσοκομείο που επισκέφθηκε το δείγμα είναι το Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο με ποσοστό 12,1% και 28 συμμετέχοντες. Το Απολλώνειο Νοσοκομείο βρίσκεται τέταρτο στη σειρά κατάταξης των συμμετεχόντων με ποσοστό 9,1% και 21 συμμετέχοντες. Ακολουθούν το Mediterranean Hospital σε ποσοστό 7,8% και 18 συμμετέχοντες και το Αρεταίειο Νοσοκομείο με ποσοστό 6,5% και 15 συμμετέχοντες, ενώ η Πολυκλινική Λευκωσίας παρουσιάζει ποσοστό 3,9% με 9 συμμετέχοντες, το Γ.Ν Λάρνακας με ποσοστό 3,4% και 8 συμμετέχοντες και το Μακάρειο Νοσοκομείο με ποσοστό 3% και 7 συμμετέχοντες. Με ποσοστό 2,2% και 5 συμμετέχοντες παρουσιάζεται το Γ.Ν. Πάφου. Τα υπόλοιπα νοσηλευτικά ιδρύματα που παρουσιάζονται στο πίνακα ακολούθως, φαίνεται

να έχει επισκεφθεί η μειοψηφία των συμμετεχόντων με τα ποσοστά επίσκεψης να κυμαίνονται από 0,4% (1 συμμετέχοντας) έως 1,3% (3 συμμετέχοντες). Για σκοπούς καλύτερης γραφικής απεικόνισης των αποτελεσμάτων (διάγραμμα 6), τα νοσοκομεία με μικρότερη επισκεψιμότητα σύμφωνα με το δείγμα της έρευνας, παρουσιάζονται συνολικά και ονομάζονται ως «άλλα νοσοκομεία».

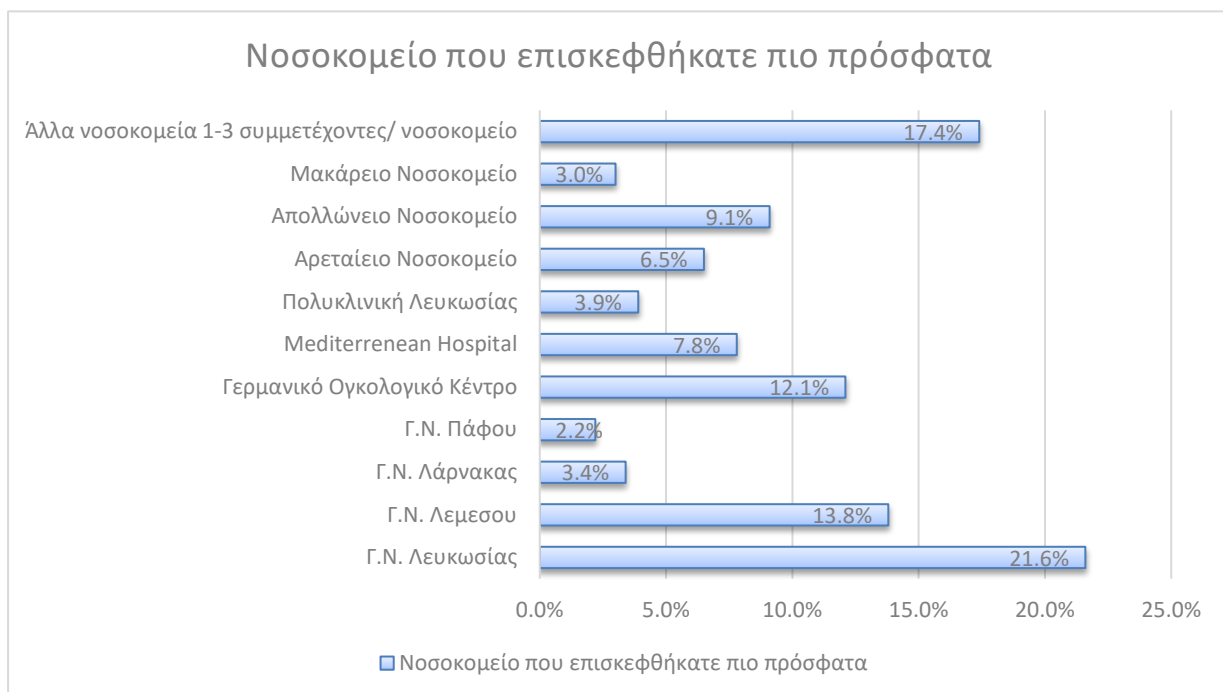
Πίνακας 4

Νοσοκομείο που επισκέφθηκε πιο πρόσφατα το δείγμα	Συχνότητα (%)
Γ.Ν. Λευκωσίας	50 (21,6%)
Γ.Ν. Λεμεσού	32 (13,8%)
Γ.Ν. Λάρνακας	8 (3,4%)
Γ.Ν. Πάφου	5 (2,2%)
Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο	28 (12,1%)
Mediterranean Hospital	18 (7,8%)
Πολυκλινική Λευκωσίας	9 (3,9%)
Αρεταίειο Νοσοκομείου	15 (6,5%)
Κλινική Οικονόμου	1 (0,4%)
IASIS Hospital	3 (1,3%)
Νοσοκομείο Κυπερούντας	1 (0,4%)
Συνέσειο	2 (0,9%)
Ινστιτούτο Νευρολογίας και Γενετικής	3 (1,3%)
Απολλώνειο Νοσοκομείο	21 (9,1%)
Ιπποκράτειο	2 (0,9%)
Άγιος Θέρισσος	1 (0,4%)
Κλινική Ζωοδόχου Πηγής	3 (1,3%)
Μητέρα και Παιδί	1 (0,4%)
Ιατρικό Κέντρο Λεμεσού	2 (0,9%)
Ευαγγελισμός	3 (1,3%)
Τίμιος Σταυρός	1 (0,4%)



Μακάρειο Νοσοκομείο	7 (3%)
Δικταίον	2 (0,9%)
Ιδιωτικό Νοσοκ. Αγ. Ραφαήλ	2 (0,9%)
KIMΩΝ	1 (0,4%)
American Heart	3 (1,3%)
Κλινική Αποστόλου Λουκά Λευκωσίας	1 (0,4%)
Imperial clinic	1 (0,4%)
Πολυκλινική Φανερωμένης	1 (0,4%)
Παλαιό Νοσοκομείο Λάρνακας	1 (0,4%)
Άλφα Ευρέσεως Διαγνωστικό Κέντρο	1 (0,4%)
The breast center of Cyprus	1 (0,4%)
Άγιος Αναστάσιος	1 (0,4%)
Λητώ	1 (0,4%)

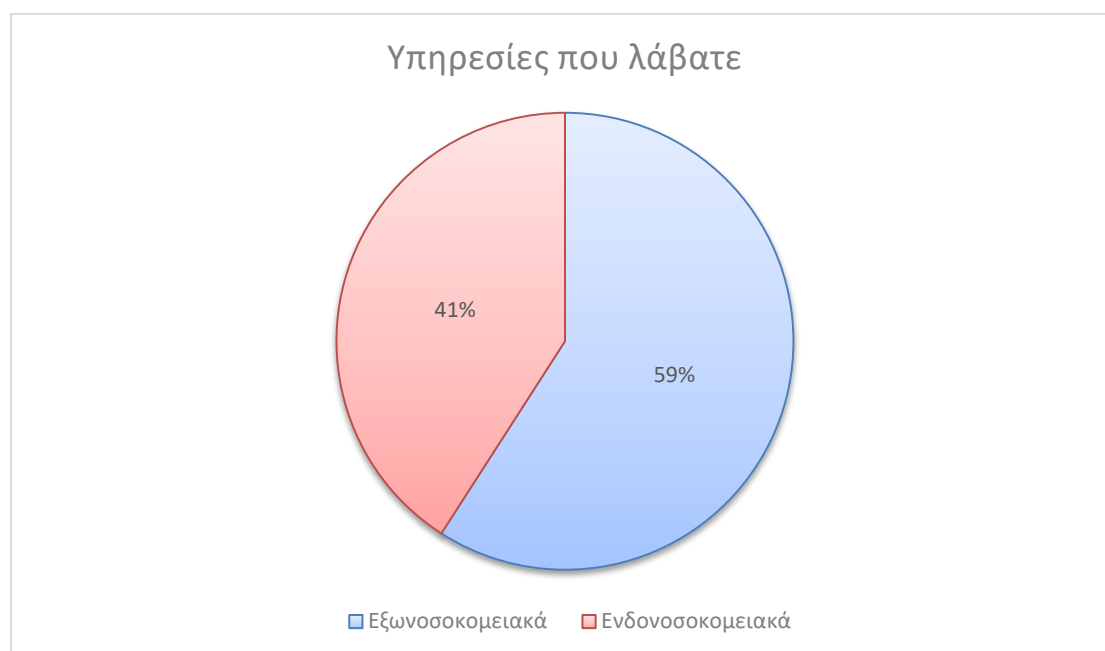
Διάγραμμα 6



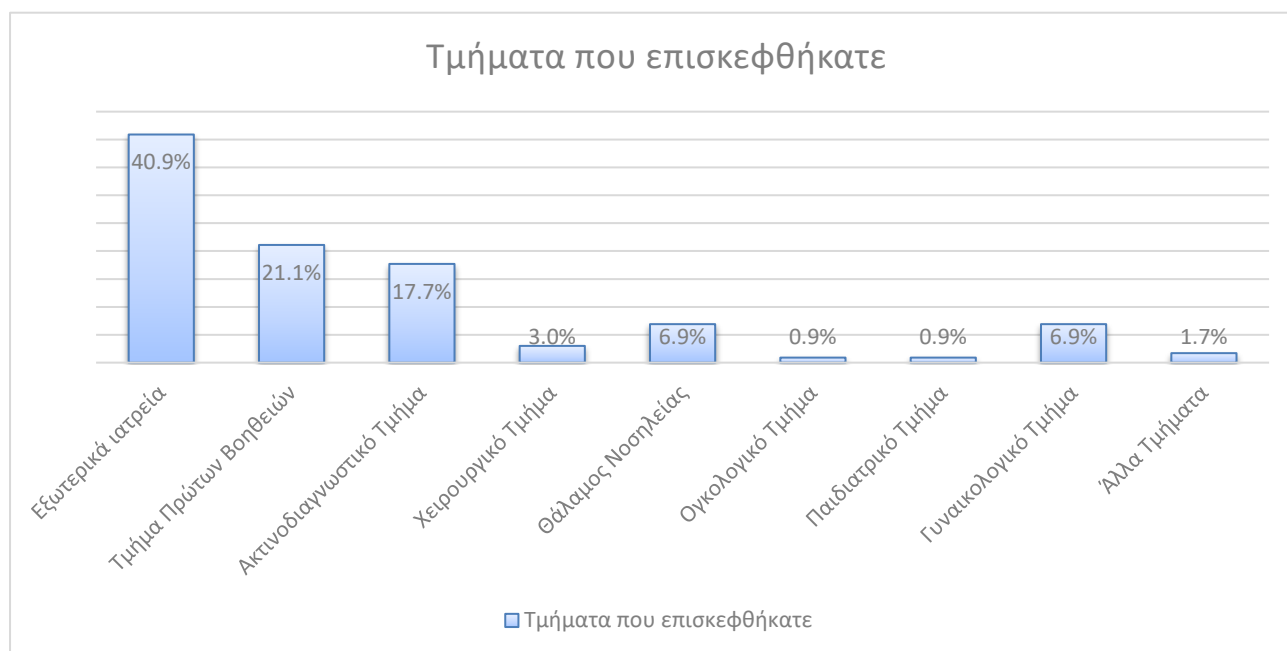
### Υπηρεσίες που έλαβε και τμήμα που επισκέφθηκε το δείγμα:

Το δείγμα φαίνεται να χρησιμοποίησε τόσο τις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες του νοσηλευτηρίου που επισκέφθηκε, όσο και τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα 137 από τους συμμετέχοντες φαίνεται να έχουν λάβει υπηρεσίες ως εξωτερικοί ασθενείς σε ποσοστό 59,1%, ενώ ποσοστό 40,9%- 95 συμμετέχοντες έχουν νοσηλευτεί στο νοσηλευτήριο που επισκέφθηκαν. Αναφορικά με τα τμήματα που φαίνεται να έχουν λάβει υπηρεσίες υγείας οι συμμετέχοντες, η πλειοψηφία αυτών 95 συμμετέχοντες επισκέφθηκαν τα εξωτερικά σε ποσοστό 40,9%. Ακολουθεί το τμήμα πρώτων βοηθειών με συχνότητα 49 συμμετεχόντων και ποσοστό 21,1%. Αξιοσημείωτη είναι και η προσέλευση στα ακτινοδιαγνωστικά τμήματα με 41 συμμετέχοντες και το ποσοστό να ανέρχεται στο 17,7%. Με μικρότερα ποσοστά το δείγμα δηλώνει να έλαβε υπηρεσίες από χειρουργικά τμήματα 3%, θαλάμους νοσηλείας 6,9%, ογκολογικά τμήματα 0,9%, παιδιατρικά τμήματα 0,9%, γυναικολογικά τμήματα 6,9% και άλλα τμήματα σε ποσοστό 1,7% αντίστοιχα.

Διάγραμμα 7



Διάγραμμα 8



**Ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών- Χρήση μοντέλου SERVQUAL:**

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι μέσες τιμές από τις βαθμολογίες που επέδωσαν οι συμμετέχοντες στις ερωτήσεις από κάθε διάσταση του μοντέλου SERVQUAL καθώς και το αντίστοιχο GAP SCORE (η διαφορά μεταξύ της αντίληψης από την εμπειρία των συμμετεχόντων, έναντι τις προσδοκίας που επιδεικνύουν ως προς τις ίδιες προσφερόμενες υπηρεσίες). Αρνητικές τιμές, υποδηλώνουν ότι η προσδοκώμενη υπηρεσία υγείας ήταν υψηλότερη, συγκριτικά με την εμπειρία που έτυχαν οι συμμετέχοντες στα νοσηλευτήρια που επισκέφθηκαν.

Πίνακας 6

Διάσταση	Ερώτηση	Αντίληψη (Mean)	Προσδοκία (Mean)	Gap
Υποδομές- Εξοπλισμός	1	3.66	4.81	-1.15
	2	3.41	4.64	-1.23
	3	3.62	4.87	<b>-1.25</b>
	4	4.12	4.59	<b>-0.47</b>
	5	4	4.88	-0.88
Αξιοπιστία	6	3.84	4.76	-0.92
	7	4.12	4.88	-0.76
	8	4.02	4.89	-0.87

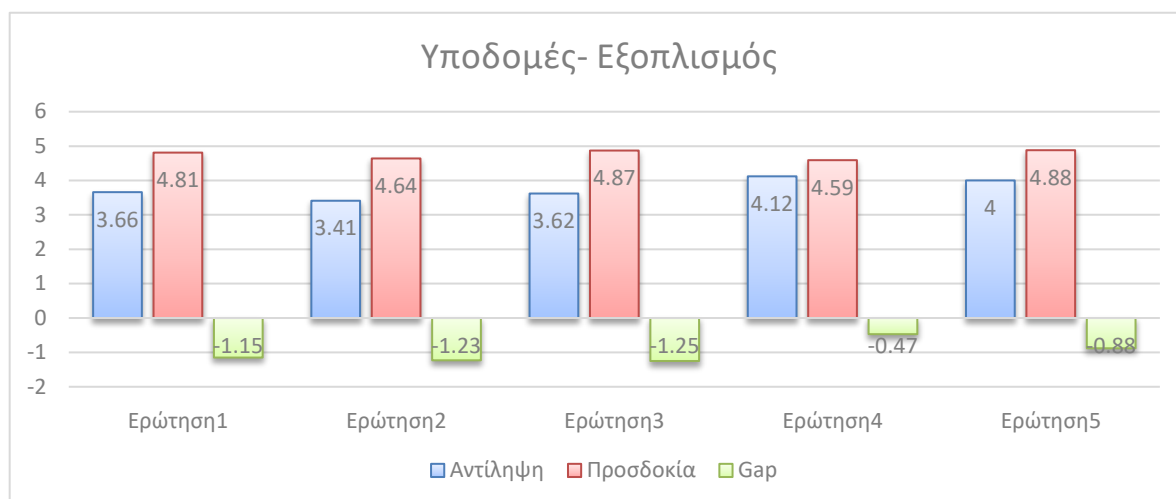
	9	3.81	4.49	-0.68
	10	4.1	4.86	-0.76
<b>Ανταπόκριση</b>	11	4.18	4.84	-0.66
	12	3.72	4.8	-1.08
	13	4.16	4.84	-0.68
	14	3.89	4.42	-0.53
<b>Διασφάλιση</b>	15	4.09	4.87	-0.78
	16	4.16	4.85	-0.69
	17	3.53	4.63	-1.1
<b>Ενσυναίσθηση- Εξατομίκευση</b>	18	3.92	4.83	-0.91
	19	3.5	4.13	-0.63
	20	3.93	4.72	-0.79
	21	3.73	4.72	-0.99
	22	3.93	4.75	-0.82

Όπως παρατηρείται στον παραπάνω πίνακα οι προσδοκίες του δείγματος ήταν υψηλότερες από τις αντιλήψεις τους και έτσι το gap score που προέκυψε είναι αρνητικό, σε όλες τις διαστάσεις αξιολόγησης. Αναλυτικότερα, το υψηλότερο αρνητικό gap εντοπίζεται στη διάσταση των υποδομών και του εξοπλισμού. Συγκεκριμένα στην ερώτηση 3 (βλ. παράρτημα1), που αφορούσε την εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο (π.χ ράμπα εισόδου, θέσεις στάθμευσης κ.ο.κ), οι συμμετέχοντες απέδωσαν το υψηλότερο αρνητικό σκορ συγκριτικά με όλες τις διαστάσεις. Οι συμμετέχοντες θεωρούν πολύ σημαντική την εύκολη και άμεση πρόσβαση στα νοσοκομεία, εντούτοις η προσδοκία αυτή ήταν κατά πολύ μεγαλύτερη, έναντι της αντίληψης από την εμπειρία που είχαν στα ιδρύματα όπου επισκέφθηκαν, δημιουργώντας και το μεγαλύτερο χάσμα- gap score: -1,25. Παρ' όλο που όπως περιγράφεται ανωτέρω τα μεγαλύτερα αρνητικά σκορ συνολικά παρατηρούνται στη διάσταση των υποδομών και του εξοπλισμού, στην ερώτηση 4 (βλ. παράρτημα1), που απευθύνεται στην εικόνα των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζεται το μικρότερο αρνητικό σκορ, σε όλες τις διαστάσεις, με τιμή -0,47. Στην πραγματικότητα, η παράμετρος αυτή αναμένεται να έχει το μικρότερο χάσμα, καθ' ότι οι επαγγελματίες υγείας υποχρεούνται να τηρούν και να φορούν την στολή τους κατά το χρόνο εργασίας τους. Αξιοσημείωτο στην ερώτηση αυτή είναι το γεγονός ότι, ενώ ήταν αναμενόμενο το μικρό ή/ και καθόλου χάσμα μεταξύ αντίληψης και προσδοκίας στην ερώτηση αυτή, εντούτοις έστω και στο μικρότερο βαθμό υπάρχει σκορ είναι επίσης αρνητικό.

Επιπλέον, εάν εξετάσουμε την κάθε διάσταση ξεχωριστά, παρατηρείται ότι στη διάσταση των υποδομών και του εξοπλισμού το μεγαλύτερο χάσμα εντοπίζεται στην ερώτηση 3 (βλ. παράρτημα1), και το μικρότερο στην ερώτηση 4 (βλ. παράρτημα1), που όπως προαναφέρεται είναι οι τιμές αυτές αποδίδουν την μεγαλύτερη και την μικρότερη τιμή χάσματος σε όλες τις διαστάσεις.

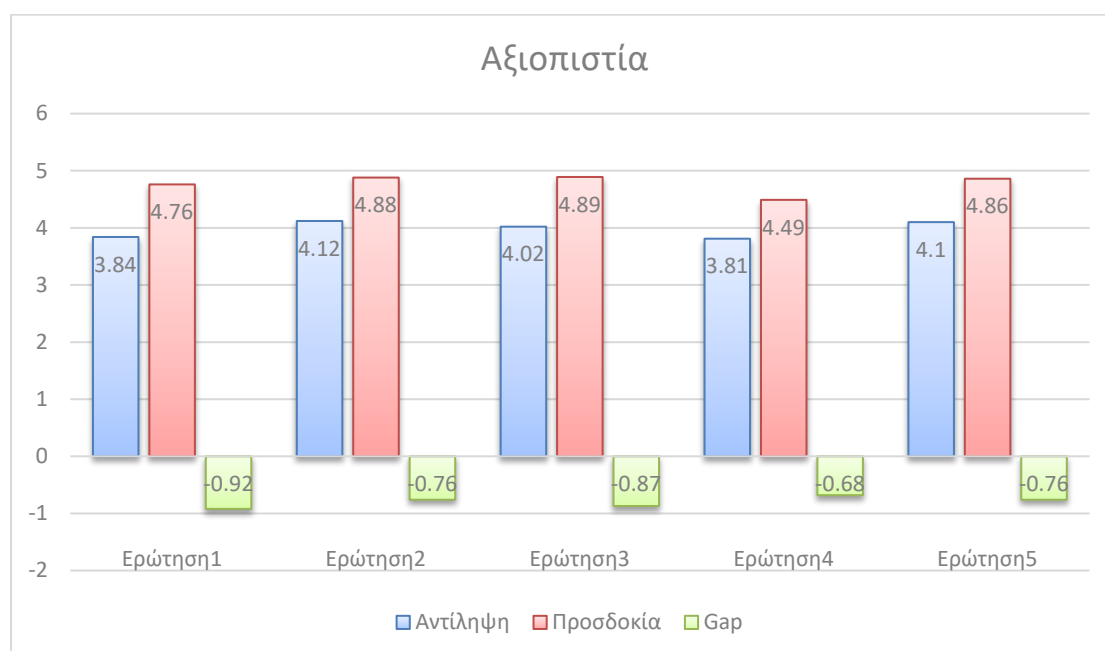
Στα διαγράμματα που ακολουθούν, παρουσιάζονται οι μέσες τιμές από τις βαθμολογίες που επέδωσαν οι συμμετέχοντες ως προς τις αντιλήψεις, τις προσδοκίες και το χάσμα (gap score) από τη διαφορά που προκύπτει τελικά μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων για κάθε διάσταση ξεχωριστά.

Διάγραμμα 9



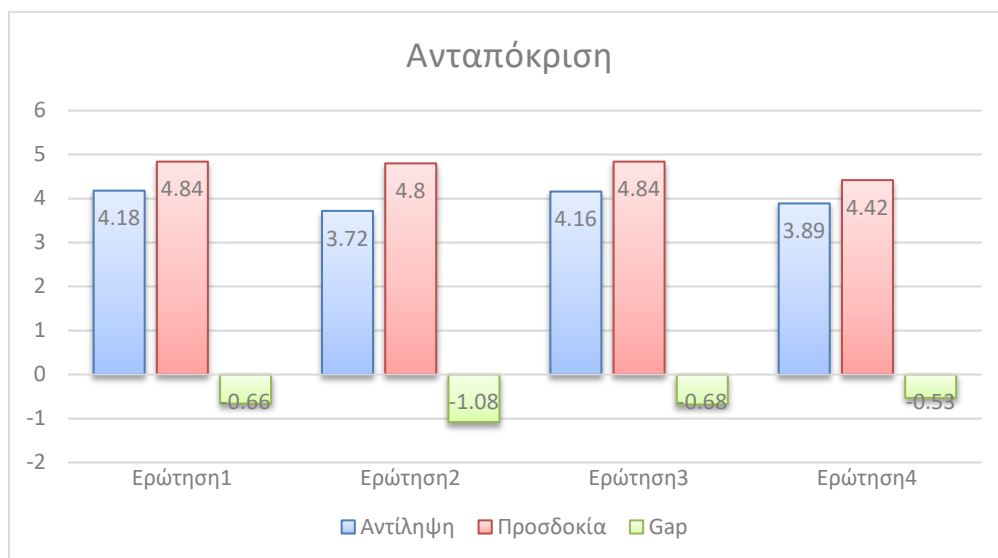
Αναφορικά με τη διάσταση της αξιοπιστίας, το μεγαλύτερο αρνητικό χάσμα παρατηρείται στην ερώτηση 6 (βλ. παράρτημα1), που αφορά την αμεσότητα στο χρόνο που υπόσχονται οι επαγγελματίες υγείας, με αρνητικό σκορ -0,92. Η διάσταση της αξιοπιστίας αν και παρουσιάζει επίσης μόνο αρνητικές τιμές (gap score), εντούτοις και οι πέντε ερωτήσεις που αφορούν την διάσταση αυτή τυγχάνουν μικρής διαφοροποίησης μεταξύ τους, συγκριτικά με το εύρος των υπόλοιπων διαστάσεων. Το εύρος του χάσματος στη διάσταση της αξιοπιστίας κυμαίνεται από -0,68 έως -0,92. Επιπρόσθετα, οι μέσες τιμές των αντιλήψεων σύμφωνα με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων για τη διάσταση της αξιοπιστίας είναι υψηλότερες, έναντι των αντιλήψεων στις υπόλοιπες διαστάσεις.

Διάγραμμα 10



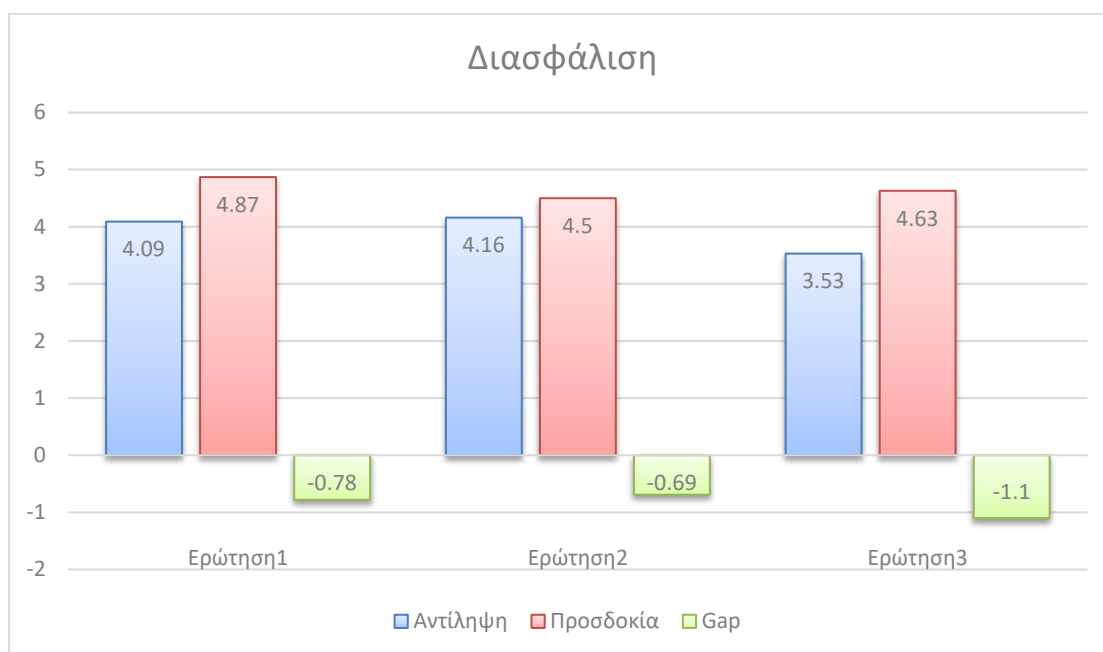
Συνεχίζοντας στη τρίτη διάσταση αξιολόγησης μοντέλου SERVQUAL, που απευθύνεται στην ανταπόκριση, παρατηρείται ότι με διαφορά έναντι των άλλων ερωτήσεων (στην ίδια διάσταση), η ερώτηση 12 (βλ. παράρτημα1), που αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε σύντομο χρόνο, χωρίς καθυστερήσεις, έχει καταγράψει το μεγαλύτερο αρνητικό χάσμα -1,08. Όπως σημειώνεται και στον πίνακα οι χρήστες του ΓΕΣΥ, επιθυμούν την γρήγορη εξυπηρέτηση τους σε θέματα υγείας, χωρίς καθυστερήσεις, γεγονός που δεν φαίνεται να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους, σύμφωνα με τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των συμμετεχόντων. Επιπλέον, παρατηρώντας τον συνολικό πίνακα (πίνακας 6), στο πλαίσιο και τον πέντε διαστάσεων αξιολόγησης, η ερώτηση 14 (βλ. παράρτημα1), που αφορά στην προθυμία των επαγγελματιών υγείας να βοηθήσουν σε κάθε απαίτηση όσο απασχολημένοι και αν είναι, το χάσμα είναι το δεύτερο μικρότερο σε σειρά του συνόλου των σκορ, μετά την ερώτηση 4 (όπως αναφέρεται πιο πάνω), με τιμή σκορ -0,53. Στην ερώτηση αυτή το μικρό αρνητικό χάσμα προκύπτει για τον εξής λόγο: διότι σύμφωνα με τους συμμετέχοντες δεν θα πρέπει όλες οι απαιτήσεις των ασθενών να αντιμετωπίζονται με την ίδια προθυμία από τους επαγγελματίες υγείας, οπότε και ο μέσος βαθμός των προσδοκιών είναι ο μικρότερος (mean: 4.42) από κάθε άλλη βαθμολογία του γενικού συνόλου ερωτήσεων.

Διάγραμμα 11



Ακολουθως η διασφάλιση, σημειώνει ένα ακόμα σημαντικό αρνητικό σκορ, με τιμή -1,1 στην ερώτηση 17 (βλ. παράρτημα1), αναφορικά με την υποστήριξη που θα έπρεπε να λαμβάνουν τα νοσηλευτικά ιδρύματα από το ΓΕΣΥ, ώστε να ανταποκρίνονται αποτελεσματικότερα ανάγκες των χρηστών.

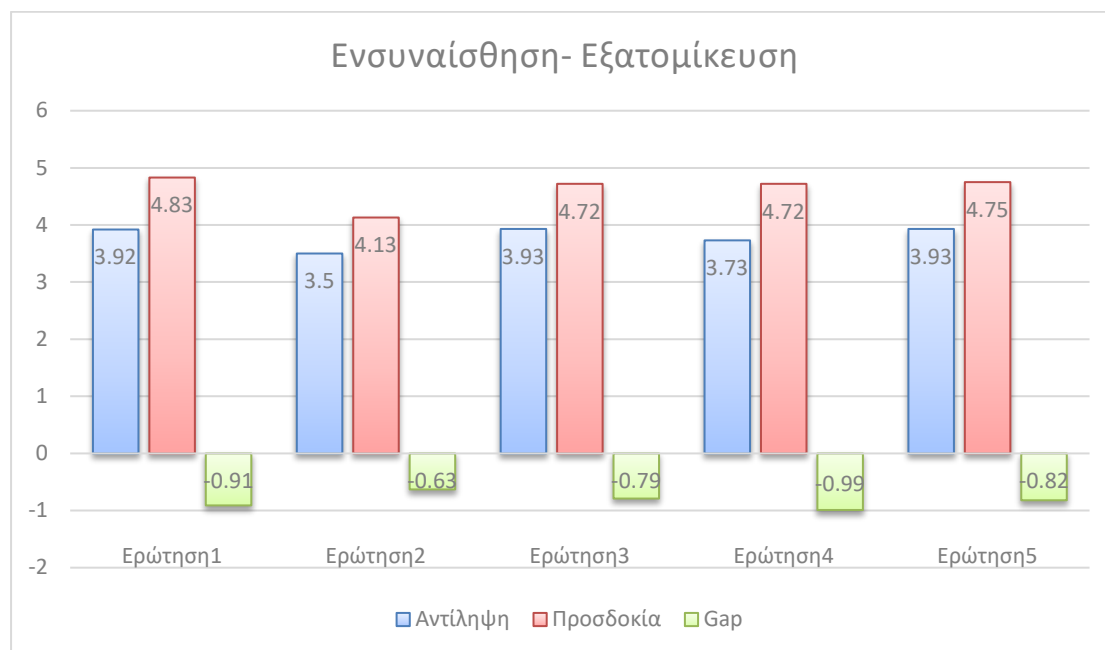
Διάγραμμα 12



Τέλος, μελετώντας και την πέμπτη διάσταση του μοντέλου SERVQUAL, που αναφέρεται στην ενσυναίσθηση και εξατομίκευση το μεγαλύτερο αρνητικό σκορ παρατηρείται στην ερώτηση 21 (βλ. παράρτημα1), που αφορά τη λειτουργία

των νοσηλευτικών μονάδων ως προς το συμφέρον των ασθενών. Στην ερώτηση 21, σημειώνεται αρνητικό σκορ -0,99.

Διάγραμμα 13



Όπως διαπιστώνεται από τον παραπάνω πίνακα (πίνακας 6) και τα διαγράμματα 9-13, σε όλες τις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν, υπάρχει αριθμητική διαφορά- με όλες τις τιμές να είναι αρνητικές- μεταξύ προσδοκώμενης και αντιλαμβανόμενης πραγματικής εμπειρίας από τις μέσες τιμές των βαθμολογιών των συμμετεχόντων. Έτσι, προκύπτει το αρνητικό χάσμα, γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι συμμετέχοντες επιδεικνύουν πολύ υψηλές προσδοκίες ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας του ΓΕΣΥ, και ότι αντικειμενικά οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας χρήζουν άμεσα επαναξιολόγησης και βελτίωσης.

Εν συνεχεία, στον πίνακα και το διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των βαθμολογιών από κάθε διάσταση ξεχωριστά καθώς και το gap που δημιουργείται μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών. Προφανώς για άλλη μια φορά από τη διαφορά που προκύπτει μεταξύ των δυο μεταβλητών το χάσμα παρουσιάζει αρνητικές τιμές, αφού αποτελεί αποτέλεσμα και όλων όσων προαναφέρονται. Το μεγαλύτερο αρνητικό χάσμα παρουσιάζεται στην διάσταση των υποδομών και του εξοπλισμού με gap score: -0.99, ενώ τη

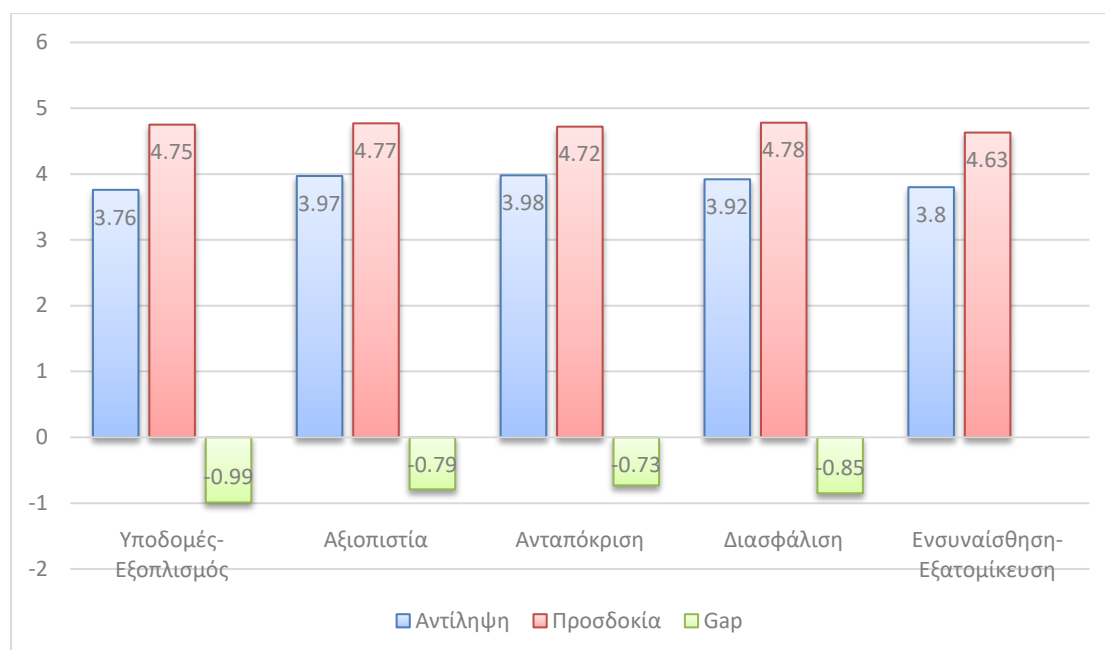


μικρότερη διαφορά εντοπίζουμε στη διάσταση της ανταπόκρισης με gap score: -0.73.

Πίνακας 7

Διάσταση	Συχν. Ερωτήσεων	Αντίληψη	Προσδοκία	Gap
Υποδομές-Εξοπλισμός	5	3.76	4.75	-0.99
Αξιοπιστία	5	3.97	4.77	-0.79
Ανταπόκριση	4	3.98	4.72	-0.73
Διασφάλιση	3	3.92	4.78	-0.85
Ενσυναίσθηση-Εξατομίκευση	5	3.8	4.63	0.82

Διάγραμμα 14



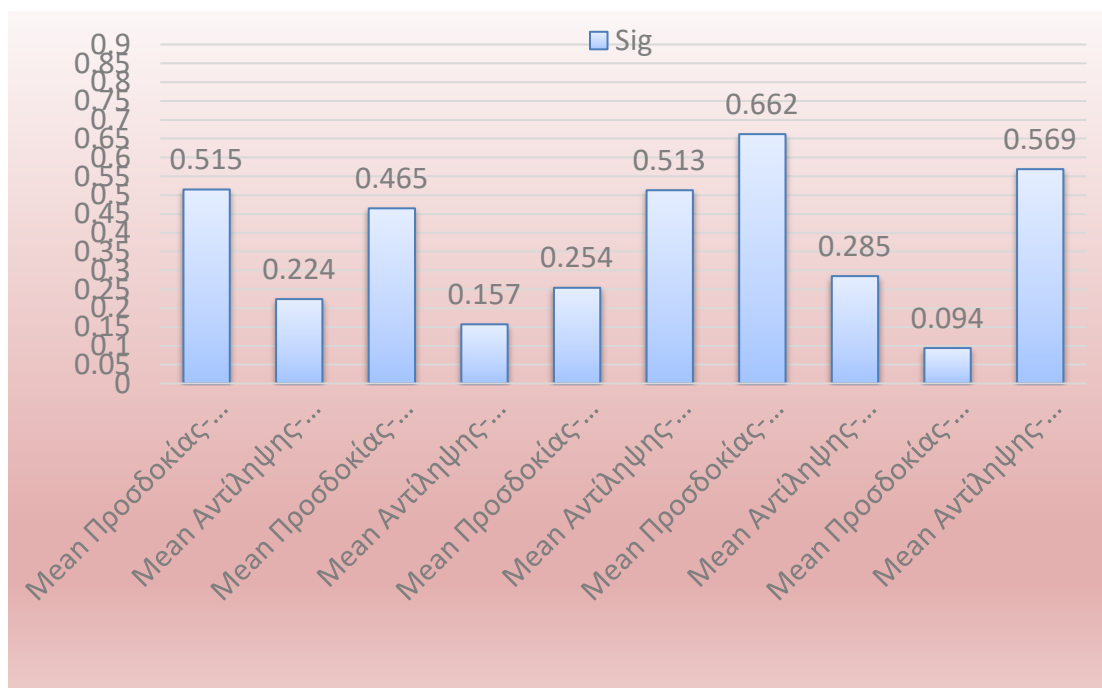
### Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών:

Για την σύγκριση και συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων με αυτά των προσφερόμενων υπηρεσιών που αξιολογούνται στο μοντέλο SERVQUAL, γίνεται αξιολόγηση των πέντε διαστάσεων ξεχωριστά. Η ανάλυση έγινε με χρήση ANOVA.

Πίνακας 8

		ANOVA Table				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Mean Προσδοκίας-Υποδομές/ Εξοπλισμός * Φύλο	Between Groups (Combined)	.116	1	.116	.425	.515
	Within Groups	62.775	230	.273		
	Total	62.891	231			
Mean Αντίληψης-Υποδομές/ Εξοπλισμός * Φύλο	Between Groups (Combined)	1.280	1	1.280	1.488	.224
	Within Groups	197.911	230	.860		
	Total	199.191	231			
Mean Προσδοκίας-Αξιοπιστία * Φύλο	Between Groups (Combined)	.129	1	.129	.535	.465
	Within Groups	55.553	230	.242		
	Total	55.683	231			
Mean Αντίληψης-Αξιοπιστία * Φύλο	Between Groups (Combined)	1.923	1	1.923	2.013	.157
	Within Groups	219.721	230	.955		
	Total	221.644	231			
Mean Προσδοκίας-Ανταπόκριση * Φύλο	Between Groups (Combined)	.347	1	.347	1.309	.254
	Within Groups	60.941	230	.265		
	Total	61.288	231			
Mean Αντίληψης-Ανταπόκριση * Φύλο	Between Groups (Combined)	.393	1	.393	.430	.513
	Within Groups	210.031	230	.913		
	Total	210.424	231			
Mean Προσδοκίας-Διασφάλιση * Φύλο	Between Groups (Combined)	.042	1	.042	.191	.662
	Within Groups	50.135	230	.218		
	Total	50.176	231			
Mean Αντίληψης-Διασφάλιση * Φύλο	Between Groups (Combined)	1.006	1	1.006	1.151	.285
	Within Groups	201.066	230	.874		
	Total	202.072	231			
Mean Προσδοκίας-Εξατομίκευση * Φύλο	Between Groups (Combined)	.871	1	.871	2.837	.094
	Within Groups	70.587	230	.307		
	Total	71.458	231			
Mean Αντίληψης-Εξατομίκευση * Φύλο	Between Groups (Combined)	.304	1	.304	.326	.569
	Within Groups	214.479	230	.933		
	Total	214.783	231			

Διάγραμμα 15



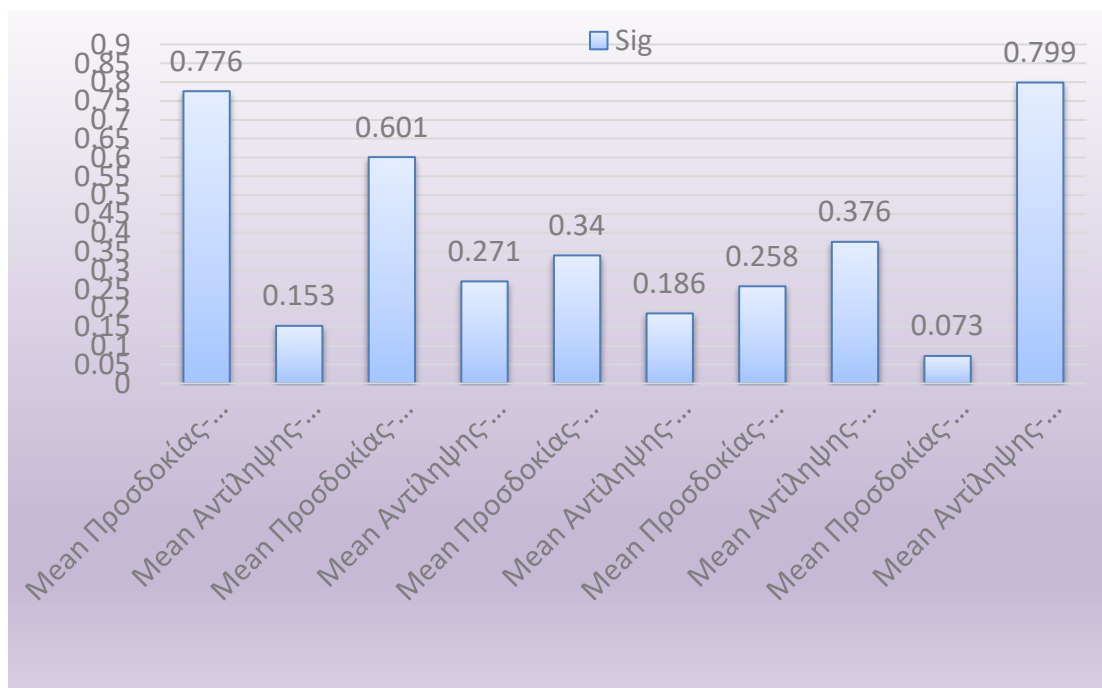
Κατά την αξιολόγηση παραγόντων που επηρεάζουν τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των χρηστών του ΓΕΣΥ, και στη σύγκριση τυχόν συσχέτισης των αποτελεσμάτων δεν παρατηρείτε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας σε μία υπό εξέταση διάσταση ούτε ως προς τις προσδοκίες αλλά ούτε και ως προς τις αντιλήψεις μεταξύ αντρών και γυναικών. Συνεπώς, οι απαντήσεις που λήφθηκαν δεν επηρεάζονται από τον παράγοντα φύλο.

Πίνακας 9

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Mean Προσδοκίας-Υποδομές/Εξοπλισμός * Ηλικία	Between Groups	(Combine)	.689	5	.138	.500	.776
	Within Groups		62.202	226	.275		
	Total		62.891	231			
Mean Αντίληψης-Υποδομές/Εξοπλισμός * Ηλικία	Between Groups	(Combine)	6.933	5	1.387	1.630	.153
	Within Groups		192.258	226	.851		
	Total		199.191	231			
Mean Προσδοκίας-Αξιοπιστία * Ηλικία	Between Groups	(Combine)	.886	5	.177	.731	.601

	Within Groups		54.796	226	.242		
	Total		55.683	231			
Mean Αντίληψης-Αξιοπιστία * Ηλικία	Between Groups	(Combine)	6.131	5	1.226	1.286	.271
	Within Groups		215.513	226	.954		
	Total		221.644	231			
Mean Προσδοκίας-Ανταπόκριση * Ηλικία	Between Groups	(Combine)	1.508	5	.302	1.140	.340
	Within Groups		59.780	226	.265		
	Total		61.288	231			
Mean Αντίληψης-Ανταπόκριση * Ηλικία	Between Groups	(Combine)	6.819	5	1.364	1.514	.186
	Within Groups		203.605	226	.901		
	Total		210.424	231			
Mean Προσδοκίας-Διασφάλιση * Ηλικία	Between Groups	(Combine)	1.420	5	.284	1.317	.258
	Within Groups		48.756	226	.216		
	Total		50.176	231			
Mean Αντίληψης-Διασφάλιση * Ηλικία	Between Groups	(Combine)	4.683	5	.937	1.072	.376
	Within Groups		197.389	226	.873		
	Total		202.072	231			
Mean Προσδοκίας-Εξατομίκευση * Ηλικία	Between Groups	(Combine)	3.093	5	.619	2.045	.073
	Within Groups		68.365	226	.302		
	Total		71.458	231			
Mean Αντίληψης-Εξατομίκευση * Ηλικία	Between Groups	(Combine)	2.208	5	.442	.469	.799
	Within Groups		212.575	226	.941		
	Total		214.783	231			

Διάγραμμα 16



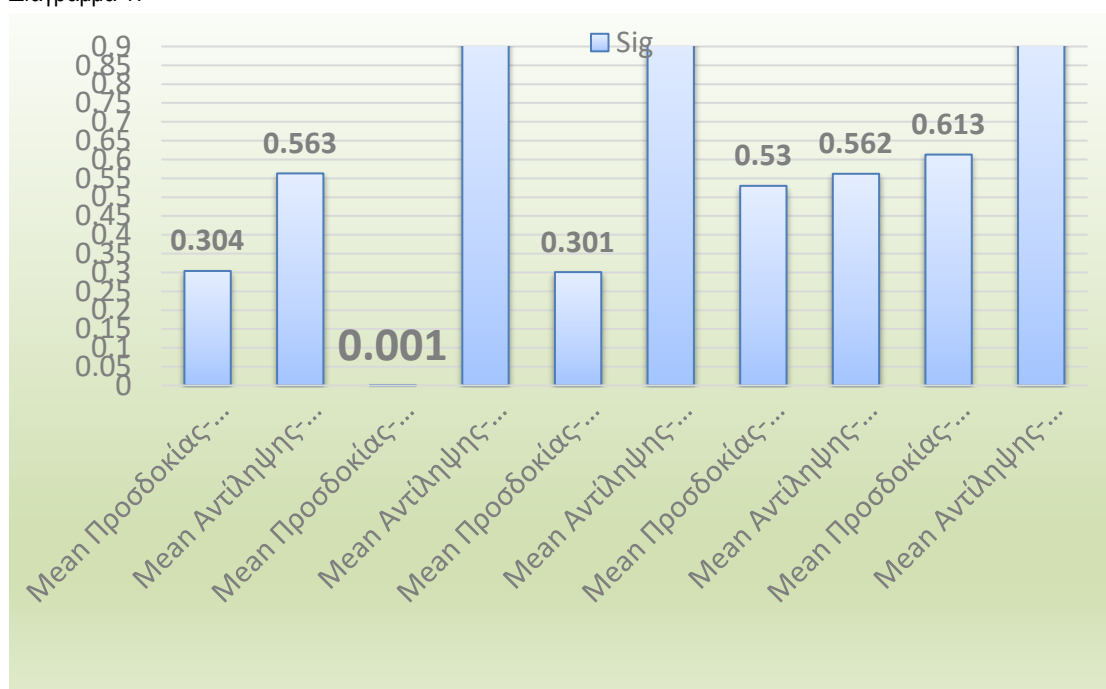
Ο παράγοντας της ηλικίας, δεν παρατηρείται να επηρεάζει τη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων σε καμία από τις πέντε διαστάσεις. Εξίσου, μη στατιστικά σημαντικά είναι τα αποτελέσματα σύγκρισής της ηλικίας με τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Παρ' όλα αυτά σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ανεξαιρέτως, παρατηρείται υψηλό επίπεδο βαθμολόγησης προσδοκιών, έναντι των χαμηλών επιπέδων βαθμολόγησης αντιλήψεων που επέδωσαν οι συμμετέχοντες.

Πίνακας 10

ANOVA Table						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Mean Προσδοκίας-Υποδομές/ Εξοπλισμός *	Between Groups (Combined)	.992	3	.331	1.219	.304
Μορφωτικό Επίπεδο	Within Groups	61.898	228	.271		
	Total	62.891	231			
Mean Αντίληψης-Υποδομές/ Εξοπλισμός *	Between Groups (Combined)	1.776	3	.592	.684	.563
Μορφωτικό Επίπεδο	Within Groups	197.415	228	.866		
	Total	199.191	231			
	Between Groups (Combined)	3.747	3	1.249	5.483	.001

Mean Προσδοκίας-	Within Groups	51.936	228	.228		
Αξιοπιστία * Μορφωτικό	Total	55.683	231			
Επίπεδο						
Mean Αντίληψης-	Between Groups (Combined)	.100	3	.033	.034	.992
Αξιοπιστία * Μορφωτικό	Within Groups	221.544	228	.972		
Επίπεδο	Total	221.644	231			
Mean Προσδοκίας-	Between Groups (Combined)	.972	3	.324	1.225	.301
Ανταπόκριση *	Within Groups	60.316	228	.265		
Μορφωτικό Επίπεδο	Total	61.288	231			
Mean Αντίληψης-	Between Groups (Combined)	.065	3	.022	.023	.995
Ανταπόκριση *	Within Groups	210.360	228	.923		
Μορφωτικό Επίπεδο	Total	210.424	231			
Mean Προσδοκίας-	Between Groups (Combined)	.483	3	.161	.739	.530
Διασφάλιση * Μορφωτικό	Within Groups	49.693	228	.218		
Επίπεδο	Total	50.176	231			
Mean Αντίληψης-	Between Groups (Combined)	1.806	3	.602	.686	.562
Διασφάλιση * Μορφωτικό	Within Groups	200.266	228	.878		
Επίπεδο	Total	202.072	231			
Mean Προσδοκίας-	Between Groups (Combined)	.563	3	.188	.603	.613
Εξατομίκευση *	Within Groups	70.895	228	.311		
Μορφωτικό Επίπεδο	Total	71.458	231			
Mean Αντίληψης-	Between Groups (Combined)	.138	3	.046	.049	.986
Εξατομίκευση *	Within Groups	214.645	228	.941		
Μορφωτικό Επίπεδο	Total	214.783	231			

Διάγραμμα 17



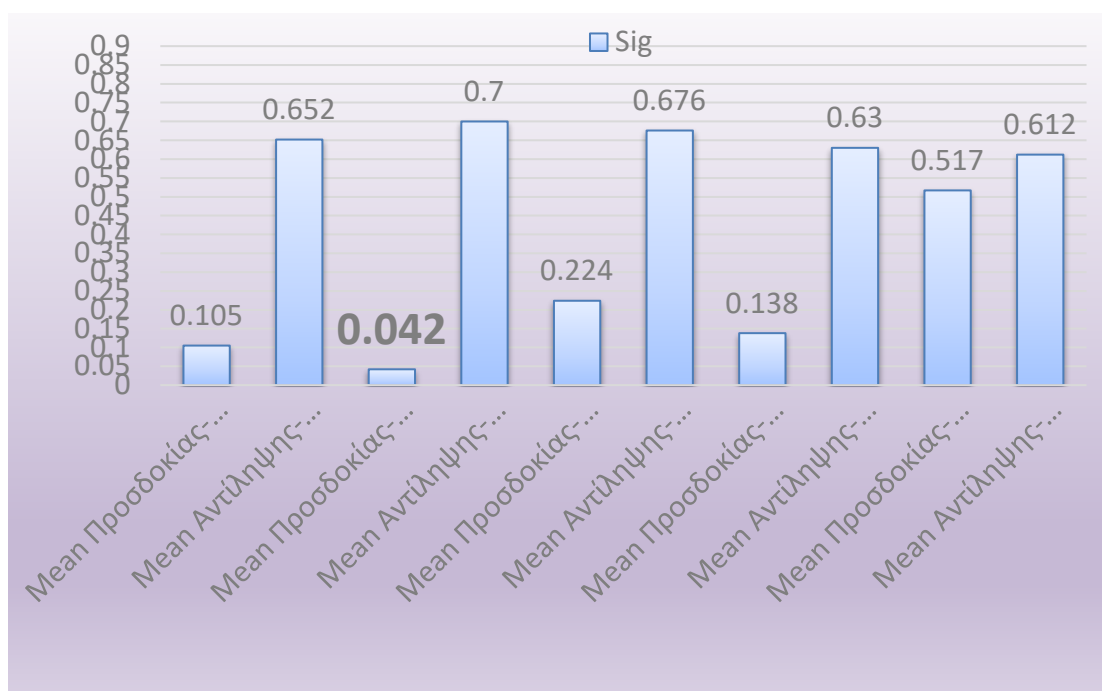
Από την άλλη πλευρά στον παραπάνω πίνακα, παρατηρείται ότι, το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να διαφοροποιεί το αποτέλεσμα ως προς τις προσδοκίες του δείγματος, στην διάσταση της αξιοπιστίας, με στατιστική σημαντικότητα 0,01 ( $p < 0.05$ ). Επιπλέον, παρατηρώντας τον συγκεντρωτικό πίνακα, φαίνεται ότι όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο, τόσο αυξάνονται και οι προσδοκίες ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες του ΓΕΣΥ.

Πίνακας 11

		ANOVA Table					
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Mean Προσδοκίας-Υποδομές/Εξοπλισμός *	Between Groups	(Combi ned)	.714	1	.714	2.642	.105
	Within Groups		62.177	230	.270		
	Total		62.891	231			
Mean Αντίληψης-Υποδομές/Εξοπλισμός *	Between Groups	(Combi ned)	.176	1	.176	.203	.652
	Within Groups		199.015	230	.865		
	Total		199.191	231			
Mean Προσδοκίας-Αξιοπιστία *	Between Groups	(Combi ned)	.992	1	.992	4.172	<b>.042</b>
	Within Groups		54.691	230	.238		
	Total		55.683	231			
Mean Αντίληψης-Αξιοπιστία *	Between Groups	(Combi ned)	.143	1	.143	.149	.700
	Within Groups		221.501	230	.963		
	Total		221.644	231			
Mean Προσδοκίας-Ανταπόκριση *	Between Groups	(Combi ned)	.394	1	.394	1.487	.224
	Within Groups		60.894	230	.265		
	Total		61.288	231			
Mean Αντίληψης-Ανταπόκριση *	Between Groups	(Combi ned)	.160	1	.160	.175	.676
	Within Groups		210.264	230	.914		
	Total		210.424	231			

Mean Προσδοκίας-Διασφάλιση *	Between Groups	(Combi ned)	.479	1	.479	2.215	.138
Ιδιωτική Ασφάλιση	Within Groups		49.698	230	.216		
	Total		50.176	231			
Mean Αντίληψης-Διασφάλιση *	Between Groups	(Combi ned)	.204	1	.204	.232	.630
Ιδιωτική Ασφάλιση	Within Groups		201.869	230	.878		
	Total		202.072	231			
Mean Προσδοκίας-Εξατομίκευση *	Between Groups	(Combi ned)	.131	1	.131	.422	.517
Ιδιωτική Ασφάλιση	Within Groups		71.327	230	.310		
	Total		71.458	231			
Mean Αντίληψης-Εξατομίκευση *	Between Groups	(Combi ned)	.241	1	.241	.258	.612
Ιδιωτική Ασφάλιση	Within Groups		214.542	230	.933		
	Total		214.783	231			

Διάγραμμα 18



Αξίζει να σημειωθεί ότι στον έλεγχο συσχέτισης των παραγόντων που επηρεάζουν τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων μετά από πρόσφατη επίσκεψή τους σε συμβεβλημένους παροχείς του ΓΕΣΥ, η ιδιωτική ασφάλιση παρουσιάζει στατιστική σημαντικότητα 0,04 αναφορικά με τις



προσδοκίες των ιδιωτικά ασφαλισμένων συμμετεχόντων ως προς τη διάσταση της αξιοπιστίας. Στις υπόλοιπες διαστάσεις, τόσο οι προσδοκίες, όσο και οι αντιλήψεις παρουσιάζουν διαφοροποίηση αποτελεσμάτων, χωρίς κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα μεταξύ των ιδιωτικά ασφαλισμένων ή μη συμμετεχόντων.

Στη συνέχεια παρατίθεται ο συγκεντρωτικός πίνακας συσχέτισης των παραγόντων, μέσα από τις προαναφερόμενες αναλύσεις ANOVA. Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι κανένας δημογραφικός παράγοντας δεν συσχετίζεται με την έκβαση των αποτελεσμάτων του δεύτερου μέρους του ερωτηματολογίου. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν το μορφωτικό επίπεδο αναφορικά με τις προσδοκίες στη διάσταση της αξιοπιστίας με στατιστική σημαντικότητα 0,01 και η ιδιωτικά ασφαλισμένοι συμμετέχοντες επίσης ως προς τις προσδοκίες αξιοπιστίας με επίπεδο σημαντικότητας 0,04 ( $p < 0.05$ ).

Πίνακας 12

Συγκεντρωτικός Πίνακας Συσχέτισης Παραγόντων (Sg.)					
		Φύλο	Ηλικία	Μορφωτικό Επίπεδο	Ιδιωτική Ασφάλιση
Υποδομές/ εξοπλισμός	Προσδοκία	ns	ns	ns	ns
	Αντίληψη	ns	ns	ns	ns
Αξιοπιστία	Προσδοκία	ns	ns	<b>0.01</b>	<b>0.04</b>
	Αντίληψη	ns	ns	ns	ns
Αναπόκριση	Προσδοκία	ns	ns	ns	ns
	Αντίληψη	ns	ns	ns	ns
Διασφάλιση	Προσδοκία	ns	ns	ns	ns
	Αντίληψη	ns	ns	ns	ns
Ενσυναίσθηση/ εξατομίκευση	Προσδοκία	ns	ns	ns	ns
	Αντίληψη	ns	ns	ns	ns

### Σύγκριση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τις αντιλήψεις των ασθενών:

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται και συγκρίνονται τα αποτελέσματα μεταξύ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που επισκέφθηκαν οι ασθενείς και των

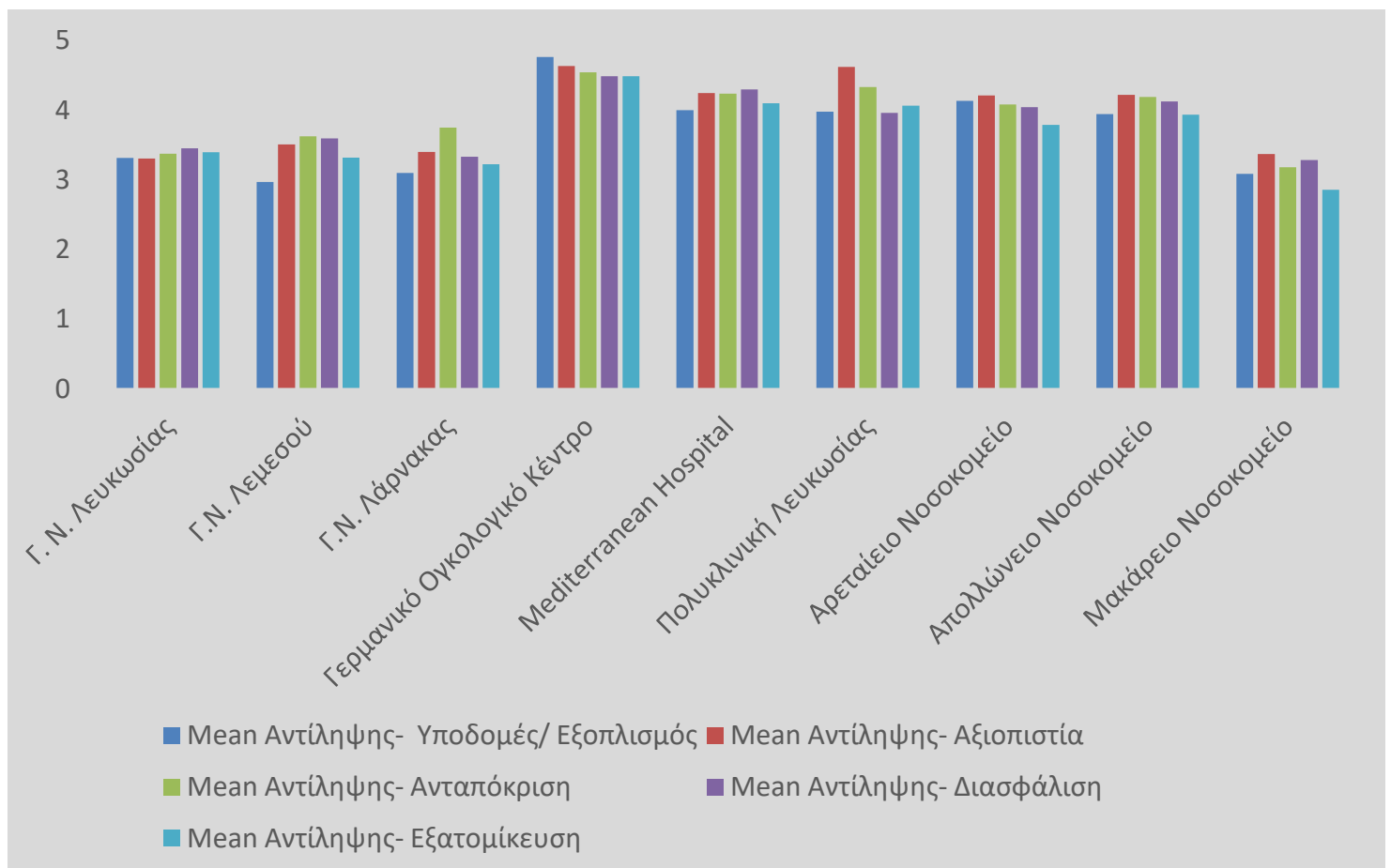
αντιλήψεων τους σύμφωνα με τις υπηρεσίες που έλαβαν. Αξίζει να σημειωθεί ότι νοσοκομεία που επισκέφθηκαν λιγότερο από 7 συμμετέχοντες δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση και σύγκριση των αποτελεσμάτων λόγω αυξημένης αβεβαιότητας της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων. Τα νοσοκομεία που συμπεριελήφθησαν στην στατιστική ανάλυση σύμφωνα με το δείγμα είναι το Γ.Ν Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας, Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο, Mediterranean Hospital, Πολυκλινική Λευκωσίας, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Απολλώνειο Νοσοκομείο και Μακάρειο Νοσοκομείο. Όλα τα νοσοκομεία υπό εξέταση παρουσιάζουν διαφοροποιημένα αποτελέσματα μεταξύ τους. Παρ' όλα αυτά το κάθε ένα από αυτά παρουσιάζει μικρότερη διαφοροποίηση σε σχέση με τις πέντε διαστάσεις αξιολόγησης του μοντέλου. Συνολικά καλύτερη βαθμολόγηση επέδωσαν οι συμμετέχοντες στο Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο σε όλες τις διαστάσεις.

Πίνακας 13

Νοσοκομείο που επισκεφθήκατε πιο πρόσφατα		Report				
		Mean Αντίληψης-Υποδομές/Εξοπλισμός	Mean Αντίληψης-Αξιοπιστία	Mean Αντίληψης-Ανταπόκριση	Mean Αντίληψης-Διασφάλιση	Mean Αντίληψης-Εξατομίκευση
Γ. Ν. Λευκωσίας	Mean	3.3160	3.3040	3.3750	3.4533	3.3960
	N	50	50	50	50	50
	Std. Deviation	.85437	1.09189	1.04522	1.05142	1.11501
Γ.Ν. Λεμεσού	Mean	2.9688	3.5063	3.6250	3.5937	3.3188
	N	32	32	32	32	32
	Std. Deviation	.86376	.96384	.92239	.80203	.78512
Γ.Ν. Λάρνακας	Mean	3.1000	3.4000	3.7500	3.3333	3.2250
	N	8	8	8	8	8
	Std. Deviation	1.04198	.78558	.86603	.85449	1.06603
Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο	Mean	4.7643	4.6357	4.5446	4.4881	4.4857
	N	28	28	28	28	28
	Std. Deviation	.49307	.70354	.86349	1.03630	.84578
Mediterranean Hospital	Mean	4.0000	4.2444	4.2361	4.2963	4.1000
	N	18	18	18	18	18
	Std. Deviation	.50875	.40325	.55883	.61452	.60682
Πολυκλινική Λευκωσίας	Mean	3.9778	4.6222	4.3333	3.9630	4.0667
	N	9	9	9	9	9
	Std. Deviation	.35277	.42947	.71807	.48432	.91652
Αρεταίειο Νοσοκομείο	Mean	4.1333	4.2133	4.0833	4.0444	3.7867

	N	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	.62183	.60694	.62440	.64077	.73082
Απολλώνειο Νοσοκομείο	Mean	3.9429	4.2190	4.1905	4.1270	3.9333
	N	21	21	21	21	21
	Std. Deviation	.58015	.64778	.61189	.51073	.63034
Μακάρειο Νοσοκομείο	Mean	3.0857	3.3714	3.1786	3.2857	2.8571
	N	7	7	7	7	7
	Std. Deviation	1.15388	1.25660	1.28058	1.22366	.97101
Total	Mean	3.6872	3.8713	3.8763	3.8475	3.7085
	N	188	188	188	188	188
	Std. Deviation	.94402	.99271	.96755	.94804	.98118

Διάγραμμα 19



Στον πίνακα 14 παρατίθενται η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ αντιλήψεων των συμμετεχόντων ως προς τις πέντε διαστάσεις αξιολόγησης. Σε

όλες τις υπό μελέτη διαστάσεις- υποδομές/ εξοπλισμός, αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση/ εξατομίκευση- παρουσιάζεται στατιστική σημαντικότητα ( $p < 0.05$ ). Η στατιστική αυτή σημαντικότητα υποδηλώνει την έντονη διαφοροποίηση μεταξύ των αντιλήψεων των ασθενών από τις εμπειρίες τους σε σχέση με τις υπηρεσίες που έλαβαν σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα.

Πίνακας 14

ANOVA Table			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Mean Αντίληψης-Υποδομές/ Εξοπλισμός * Νοσοκομείο που επισκεφθήκατε πιο πρόσφατα	Between Groups (Combined)		68.060	8	8.508	15.446	.000
	Within Groups		98.589	179	.551		
	Total		166.649	187			
Mean Αντίληψης-Αξιοπιστία * Νοσοκομείο που επισκεφθήκατε πιο πρόσφατα	Between Groups (Combined)		52.119	8	6.515	8.823	.000
	Within Groups		132.166	179	.738		
	Total		184.285	187			
Mean Αντίληψης-Ανταπόκριση * Νοσοκομείο που επισκεφθήκατε πιο πρόσφατα	Between Groups (Combined)		37.554	8	4.694	6.111	.000
	Within Groups		137.508	179	.768		
	Total		175.062	187			
Mean Αντίληψης-Διασφάλιση * Νοσοκομείο που επισκεφθήκατε πιο πρόσφατα	Between Groups (Combined)		31.611	8	3.951	5.183	.000
	Within Groups		136.463	179	.762		
	Total		168.073	187			
Mean Αντίληψης-Εξατομίκευση * Νοσοκομείο που επισκεφθήκατε πιο πρόσφατα	Between Groups (Combined)		38.668	8	4.834	6.121	.000
	Within Groups		141.358	179	.790		
	Total		180.026	187			

## Σύγκριση αποτελεσμάτων μεταξύ προσδοκίας και αντίληψης:

Πίνακας 15

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Mean Προσδοκίας-Υποδομές/ Εξοπλισμός & Mean Αντίληψης-Υποδομές/ Εξοπλισμός	232	.108	.101
Pair 2	Mean Προσδοκίας-Αξιοπιστία & Mean Αντίληψης- Αξιοπιστία	232	.159	.016
Pair 3	Mean Προσδοκίας-Ανταπόκριση & Mean Αντίληψης- Ανταπόκριση	232	.147	.025
Pair 4	Mean Προσδοκίας-Διασφάλιση & Mean Αντίληψης- Διασφάλιση	232	.198	.002
Pair 5	Mean Προσδοκίας-Εξατομίκευση & Mean Αντίληψης- Εξατομίκευση	232	.163	.013

Στον πίνακα 15, πιο πάνω, παρουσιάζεται η διαφοροποίηση και η σύγκριση των αποτελεσμάτων σύμφωνα με τις βαθμολογήσεις των συμμετεχόντων μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων τους στα νοσοκομεία που επισκέφθηκαν πρόσφατα. Στην ανάλυση αυτή, υπάρχει στατιστική σημαντικότητα σε όλες τις διαστάσεις με εξαίρεση τις υποδομές/ εξοπλισμό ( $p=0.1 > 0.05$ ). Συνεπώς, οι συμμετέχοντες στη μελέτη, έχουν πολύ υψηλότερες προσδοκίες, συγκριτικά με τις αντιλήψεις τους, από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, μέσα από πρόσφατες εμπειρίες τους, στα συμβεβλημένα νοσοκομεία του ΓΕΣΥ. Καταληχτικά, όλες οι παράμετροι αξιολόγησης και πιο συγκεκριμένα οι υποδομές/ εξοπλισμός, η αξιοπιστία, η ανταπόκριση, η διασφάλιση και η ενσυναίσθηση/ εξατομίκευση χρήζουν βελτίωσης σύμφωνα με το βαθμό ικανοποίησης. Σε μικρότερο βαθμό, οι υποδομές/ εξοπλισμός είναι η μοναδική παράμετρος που ναι μεν χρήζει επιπλέον βελτίωσης, παρ' όλα αυτά

είναι και η μοναδική διάσταση που παρουσιάζει την μικρότερη διαφοροποίηση αποτελέσματος προσδοκίας- αντίληψης αντίστοιχα.

### **Συμπεράσματα- Συζήτηση:**

Όπως είναι γνωστό, τόσο μέσα από τη διεθνή και τοπική βιβλιογραφία, αλλά μέσα και από την καθημερινότητα, οι δαπάνες στον τομέα της υγείας ολοένα και αυξάνονται. Η αναγκαιότητα για αποτελεσματικά και αποδοτικά συστήματα υγείας είναι αδιαπραγμάτευτη. Το Γενικό Σύστημα Υγείας της Κύπρου, ως νέος φορέας στη κουλτούρα των υπηρεσιών υγείας, συνεχώς δοκιμάζεται και επιδιώκει την μόνιμη καθιέρωση του.

Το ερώτημα που γεννιέται στην προσπάθεια καθιέρωσης ενός υγιούς και αποδοτικού συστήματος υγείας σε τοπικό επίπεδο είναι οι παράγοντες που το επηρεάζουν και συμβάλλουν με οποιοδήποτε τρόπο στη διαμόρφωση του με θετικό ή/ και αρνητικό πρόσημο.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος, και για σκοπούς εκπόνησης μελέτης, να αξιολογηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις προτιμήσεις και το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών από τους παροχείς του Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, στο νεοσύστατο Γενικό Σύστημα Υγείας της Κύπρου, προκαλεί έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον, καθ' ότι βιβλιογραφικά υστερεί σε τοπικό επίπεδο καθ' ότι το ΓΕΣΥ είναι σχετικά πρόσφατα ενταγμένο στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Πέραν του επιστημονικού και βιβλιογραφικού κενού, η έρευνα σκοπό είχε την να αποσαφηνίσει ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών του ΓΕΣΥ; ποια χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τους παροχείς σε σχέση με την ικανοποίηση των χρηστών; και τέλος με ποιους τρόπους μπορούν να βελτιωθούν οι παροχείς σε σχέση με την ικανοποίηση που αναζητούν οι χρήστες;

Στη παρούσα μελέτη, προτάθηκε μια μεθοδολογία αξιολόγησης των παροχών υπηρεσιών υγείας του ΓΕΣΥ, μέσα από τη σκοπιά των ίδιων των χρηστών με μετρήσιμες παραμέτρους και πιθανές μεταβλητές συσχέτισης όπως δημογραφικά δεδομένα. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στη παρούσα ποσοτική περιγραφική μελέτη είναι ανώνυμο ερωτηματολόγιο δυο σκελών. Στο πρώτο μέρος της μελέτης οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν δημογραφικά στοιχεία που αργότερα συσχετίστηκαν με το δεύτερο σκέλος του

ερωτηματολογίου που έγινε με τη χρήση του μοντέλου SERVQUAL. Στο δεύτερο σκέλος της μελέτης μέσα από το μοντέλο των πέντε διαστάσεων-υποδομών, αξιοπιστία, ανταπόκρισης, διασφάλισης και εξατομίκευσης, απαντήθηκαν ερωτήσεις κλειστού τύπου αναφορικά με τις προσδοκίες των χρηστών έναντι των προσωπικών τους αντιλήψεων και εμπειριών από μια πρόσφατη εμπειρία σε νοσηλευτικά ιδρύματα του ΓΕΣΥ.

Μέσα από την έκβαση των αποτελεσμάτων παρατηρήθηκε έντονα και σε όλες τις διαστάσεις αρνητικό χάσμα μεταξύ των προσδοκιών που επιδεικνύουν οι χρήστες έναντι των προσδοκιών. Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες φαίνεται να επιθυμούν πολύ περισσότερα από τις παρούσες προσφερόμενες υπηρεσίες κυρίως σε θέματα υποδομών και εξοπλισμού. Παράλληλα παρατηρήθηκε ότι σε μεγαλύτερο βαθμό το χάσμα προέκυψε από τους άντρες που αξιολογούν ως μέτρια και σε κάποιες περιπτώσεις ανεπαρκή τα συμβεβλημένα νοσηλευτήρια.

Θα πρέπει λοιπόν η παρούσα μελέτη να αποτελέσει πηγή περαιτέρω ενδιαφέροντος για συνέχιση της μελέτης σε μεγαλύτερο πληθυσμό και σε όλες τις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας του ΓΕΣΥ, έτσι ώστε να αποδοθεί και η αιτιολογία του χάσματος, αλλά κυρίως ώστε να προβούν οι αρμόδιοι στις ρυθμιστικές αλλαγές που απαιτούνται για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με τον τρόπο αυτό, θα επιτευχθεί και η μεγαλύτερη ικανοποίηση των χρηστών που μέσα από την παρούσα μελέτη παρουσιάζεται μετριασμένη.



## Βιβλιογραφία

1. World Health Organization, (2006), Quality of care: a process for making strategic choices in health systems, Paris: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
2. Λιαρόπουλος Λ., (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Τόμος: 1, Εκδ; Βήτα, Αθήνα.
3. Υφαντόπουλος Γ., (2001), Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής; Μεθοδολογία μέτρησης. Αθήνα.
4. World Health Organization, (2000), The World Health Report, Geneva: WHO.
5. Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας; Κύπρος, (2019), Οικονομικές Καταστάσεις; URL: [https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el\\_GR&lookuphost=/el-gr/&lookuppage=hioauditedfinancialstatements-information](https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el_GR&lookuphost=/el-gr/&lookuppage=hioauditedfinancialstatements-information)
6. Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας; Κύπρος., (2016), Ετήσια έκθεσή ΓΕΣΥ; URL: [https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el\\_GR&lookuphost=/el-gr/&lookuppage=hioannualreportspage](https://www.gesy.org.cy/sites/Sites?d=Desktop&locale=el_GR&lookuphost=/el-gr/&lookuppage=hioannualreportspage)
7. Γενικές Πληροφορίες ΓΕΣΥ. URL: <https://diekdiko.org.cy/gesy/%ce%b3%ce%b5%cf%83%cf%85-%ce%bf%ce%b1%cf%85-%ce%bf%ce%ba%cf%85%cf%80%cf%85/>
8. Σχέδιο Δημοσίευσης, (2017), Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας; Κύπρος
8. Department of Health; UK, (2003), Health and social care professionals. London; UK.
9. Κωνσταντίνου Ε., Υφαντόπουλος Γ., (2020), «Η οικονομική κρίση, το μνημόνιο και οι μεταρρυθμίσεις στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου», Κύπρος.
10. Ovretveit J., (2009), Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London; UK: The health foundation.
11. Santerre R.E & Neun, S.P., (2013), Οικονομία της Υγείας: Θεωρία, Πρακτική και Συστηματική Μελέτη, Εκδ; Πασχαλίδης, Αθήνα.
12. Arah OA, et al., (2003), Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. International Journal of Quality in Health Care, pg; 15.
13. Γείτονα Μ., Καρόκης, Α., Κυριόπουλος Φ., Λιονής Χ., Σισσούρας, Α., Υφαντόπουλος, Γ. (2004) Η Αναζήτηση της Ποιότητας στην Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας: Κείμενο Ομοφωνίας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
14. Αντεριώτη Π. & Αντωνίου Γ., (2014) «ΙΚανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας», Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 1, Τεύχος 1, σελ: 62-68.
15. Leonard L. B., Neeli B., (2007), 'Health Care: A Fertile Field for Service Research', Journal of Servise Research, Vol: 10, pg; 111-112.
16. Karassavidou, E., Glaveli, N. & Papadopoulos, C.T., (2008), Health Care Quality in Greek NHS Hospitals: No one knows better than patients, 11th QMOD Conference. Quality Management and Organizational Development Attaining Sustainability From Organizational Excellence to Sustainable Excellence, 20-22 August 2008 in Helsingborg, Sweden.
17. Chakraborty R., Majumdar A., (2011), 'Measuring consumer satisfaction in health care sector: The applicability of SERVQUAL', International Refereed Research Journal, Vol: 11 Oct, pg; 149-160.
18. Roshnee R., Fowdar R., (2006), 'The relative importance of service dimensions in healthcare setting', International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol: 21, pg; 104-124.
19. Butt, M.M., Run E.C., (2010). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model, International Journal of Health Care Quality Assurance 23(7): 658-673.

20. Καμπούτα, Δ., (2002). Ποιότητα Προσφερόμενων Υπηρεσιών Υγείας σύμφωνα με τις Προσδοκίες και Αντιλήψεις των Ασθενών. Διπλωματική Εργασία, Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων
21. Reidenbach R.E., Sandifer- Smallwood B., (1990). 'Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVIQUAL Approach', *Journal of Health Care Marketing* . Dec90, Vol. 10 Issue 4, p47-55. 9p. 11 Charts.
22. Vartiainen P., Hart M., (1996). 'Outpatient Satisfaction in the UK and Finland- a comparative study using the SRVIQUAL methodology', *International Nursing and Midwifery Conference; 'Developing Professional Roles in Practice'*; Heriot- Watt University, Edinburgh 10-12 April 1996.
23. Anderson E.A., Zwelling L.A., (1996). 'Strategic Service Quality Management for Health Care'. *American Journal of Medical Quality*; Volume: 11 issue: 1, page(s): 3-10
24. Lim P.C., Tang N. (2000). 'A study of patients' expectations and satisfactions in Singapore hospitals'. *Internationals journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*; Volume: 13, 6-7; page(s): 290-299.
25. Smith M and Engelbrecht B., (2001). *Guide to assessing client satisfaction at district hospitals*. National Department of Health and the Health Systems Trust, South Africa.
26. Huei-Ming M., Chung K., Shih C, Hsueh A., Jin J., Chen W., (2001). *Assessing the Quality of Emergency Department Care Using the Gap Model of Service Quality*. Society for Academic Emergency Medicine Annual Meeting, Atlanta, May 2001 *Acad Emerg med* 2001; 8(5): 481.
27. Chan C., Entrekin L., Anderson C., (2003). *Psychometric Assessment of the Perception of Service Quality*, *Research and Practice in Human Resource Management*, Vol; 11(1), pg; 65-74.
28. Karassavidou E., Glaveli N., Papadopoulos C.T., (2008). *Health Care Quality in Greek NHS Hospitals: No one knows better than patients*, 11th QMOD Conference. *Quality Management and Organizational Development Attaining Sustainability From Organizational Excellence to Sustainable Excellence*; 20-22 August; 2008 in Helsingborg; Sweden
29. Papanikolaou V., Zygiaris S., (2014). 'Service quality perceptions in primary health care centres in Greece'. Professor Research Assistant, National School of Public Health, Athens, Greece.
30. Lee J. (2006). 'Measuring Service Quality in Medical Setting Developing Country', *The applicability of SERVQUAL*. *Service Marketing Quarterly*, Vol: 27; issue: (2); page(s): 1-14.
31. Butt M.M., Run E.C., (2010), "Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 23 No. 7, pp. 658-673.
32. Kansra P., Jha A.K., (2016), 'Measuring service quality in Indian hospitals: an analysis of SERVQUAL model', *International Journal of Services and Operation Management*, Vol: 24; No: 1, pp1-17.
33. Ojo I.A., Owolabi R.O., (2017). 'Health Information Management Personnel Service Quality and Patient Satisfaction in Nigerian Tertiary Hospitals', *Global Journal of Health Science*; Vol: 9, No. 9; 2017 pg: 25-33.
34. Cyprus Statistical Service. (2010), "Economic Statistics on Health", Printing Office of the Republic of Cyprus [Online]. Available from: [http://www.mof.gov.cy/mof/cystatistics.nsf/index\\_en/index\\_en](http://www.mof.gov.cy/mof/cystatistics.nsf/index_en/index_en) [Accessed 10th August 2013]
35. Παναγιώτου Ν., (2009). «Ικανοποίηση χρηστών υγείας στον ιδιωτικό τομέα στην Κύπρο», Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτα, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Καλαμάτα.

36. Τσίτση Θ., (2010). «Ικανοποίηση εσωτερικών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου». Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Διοίκηση Μονάδων Υγείας (MET), Κύπρος.
37. Κωνσταντίνου Ε., Μητρόπουλος Ι., (2012). «Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο». Υπουργείο Υγείας Κύπρος, Τμήμα Επιχειρηματικού Σχεδιασμού και Πληροφοριακών Συστημάτων, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας, Πάτρα.
38. Γαβριήλ Ε., Θεοδώρου Μ. και Μίτλετον Ν., (2012). 'Patients satisfaction from the services provided by the outpatient clinics in the public hospitals of Cyprus'. Archives of Hellenic Medicine/ Arheia Ellenikes Iatrikes. Nov/Dec2012, Vol. 29 Issue 6, p720-730. 11p.
39. Βορκάς Π., (2013). 'Measuring quality and assessing customer satisfaction in Cyprus hospitals'. Business Administration Program, School of Economics Sciences and Business, Neapolis University Paphos.
40. Παναγίδης Ν., (2014). «Η ικανοποίηση των χρηστών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τους γενικούς γιατρούς του δημόσιου νοσοκομείου Πάφου στην Κύπρο», Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφος.
41. Μερκούρης Β. Α., (2008). «Μεθοδολογία της Νοσηλευτικής Έρευνας». Εκδότης Έλλην-ΙΩΝ, Πρώτη έκδοση; 2008, Αθήνα.

## Παράρτημα:

<b>Δημογραφικά στοιχεία</b>		
	Άρρεν	Θηλή
<b>Φύλο</b>		
<b>Ηλικία</b>		
18-29 ετών		
30-39 ετών		
40-49 ετών		
50-59 ετών		
60-69 ετών		
>70 ετών		
<b>Οικογεν. Κατάσταση</b>		
Άγαμος/η		
Σε συμβιωτική σχέση		
Έγγαμος/η		
Διαζευγμένος/η		
Χήρος/α		
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>		
Απόφοιτος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης		
Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης		
Απόφοιτος Πανεπιστημίου		
Μεταπτυχιακές/ Διδακτορικές Σπουδές		
<b>Πόλη κατοικίας</b>		

Λευκωσία		
Λεμεσός		
Λάρνακα		
Πάφος		
Ελεύθ. Επαρχ. Αμμοχώστου		
<b>Καταγωγή</b>		
Κυπριακή		
Άλλη εθνικότητα		
Παρακαλώ σημειώστε την εθνικότητα		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΌΧΙ</b>
<b>Δικαιούχος ΓΕΣΥ</b>		
<b>Ιδιωτική Ασφάλιση</b>		
<b>Νοσοκομείο που Επισκεφθήκατε</b>		
Γ. Ν. Λευκωσίας		
Γ. Ν. Λεμεσού		
Γ. Ν. Λάρνακας		
Γ. Ν. Πάφου		
Γ. Ν. Αμμοχώστου		
Αρεταίειο		
Απολλώνειο		
Μητέρα και Παιδί		
Πολυκλινική Λευκωσίας		
Ευρωπαϊκή Κλινική		
Mediterranean Hospital		

Limassol Clinic		
Κλινική Ζωοδόχου Πηγής		
Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο		
Ιδ. Νοσοκ. Αποστόλων Πέτρου κ Παύλου		
Τίμιος Σταυρός		
Κλινική Ευγενίου		
Ιδ. Νοσοκ. Αγ. Ραφαήλ		
Κλινική Σωτήρως		
Νοσοκ. Ευαγγελισμός		
Iasis Hospital		
Royal Artemis Clinic		
Πολυκλινική Λητώ		
Πολυκλινική Santa Marina		
Πολυκλινική Olympic Nara		
Άλλο (παρακαλώ σημειώστε)		
<b>Υπηρεσίες που λάβατε</b>		
Ενδονοσοκομειακά		
Εξωνοσοκομειακά		
<b>Τμήμα που επισκεφθήκατε</b>		
Εξωτερικά Ιατρεία		
Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα		
Τμήμα επειγόντων		
Θάλαμο Νοσηλείας (παρακαλώ διευκρινίστε):		
Άλλο τμήμα (παρακαλώ διευκρινίστε):		

Ερωτηματολόγιο αντιλήψεων- προσδοκιών υπηρεσιών υγείας, σε νοσηλευτικά ιδρύματα συμβεβλημένα στο ΓΕΣΥ.

Με βάση τη κλίμακα από 1-5 (1= καθόλου/ απόλυτη διαφωνία και 5= πάρα πολύ/ απόλυτη συμφωνία) εκφράστε πόσο πολύ συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τα πιο κάτω, αναφορικά με το ΤΙ ΠΡΟΣΔΟΚΑΤΕ (δηλαδή τι αναμένετε) από ένα νοσηλευτικό ίδρυμα συμβεβλημένο στο ΓΕΣΥ:					
	1	2	3	4	5
Το νοσοκομείο θα πρέπει να έχει σύγχρονο εξοπλισμό					
Το νοσοκομείο που επισκέφθηκα έχει σύγχρονο εξοπλισμό					
Το νοσοκομείο θα πρέπει να έχει οπτικά ελκυστικές εγκαταστάσεις (π.χ. χώρος αναμονής, θαλάμοι νοσηλείας, τουαλέτες, ιατρεία)					
Το νοσοκομείο που επισκέφθηκα, έχει οπτικά ελκυστικές εγκαταστάσεις (π.χ. χώρος αναμονής, θαλάμοι νοσηλείας, τουαλέτες, ιατρεία)					
Η πρόσβαση στο νοσοκομείο θα πρέπει να είναι εύκολη (θέσεις παρκινγκ, ράμπα εισόδου κ.ο.κ)					
Η πρόσβαση στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα ήταν εύκολη (θέσεις πάρκινγκ, ράμπα εισόδου κ.ο.κ)					
Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ομοιόμορφα ντυμένοι (π.χ. στολές, ρόμπες)					
Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα είναι ομοιόμορφα ντυμένοι (π.χ. στολές, ρόμπες)					
Ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται πρέπει να είναι τακτοποιημένος και καθαρός					

Ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα είναι τακτοποιημένος και καθαρός						
Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λειτουργούν άμεσα και στο χρόνο που υπόσχονται						
Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα, λειτούργησαν άμεσα και στο χρόνο που είχαν υποσχεθεί						
Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επιδεικνύουν ενδιαφέρον στους ασθενείς						
Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα, επέδειξαν ενδιαφέρον						
Το νοσοκομείο θα πρέπει να είναι αξιόπιστο και να παρέχει τις σωστές υπηρεσίες						
Το νοσοκομείο που επισκέφθηκα είναι αξιόπιστο και μου παρέχει τις σωστές υπηρεσίες						
Το νοσοκομείο θα πρέπει να παρέχει υπηρεσίες στο χρόνο που υπόσχεται						
Το νοσοκομείο που επισκέφθηκα παρέχει υπηρεσίες στο χρόνο που υποσχέθηκε						
Το νοσοκομείο θα πρέπει να διατηρεί σωστά και ασφαλή ιατρικά δεδομένα (π.χ. φακέλους ασθενών)						
Το νοσοκομείο που επισκέφθηκα διατηρεί σωστά και ασφαλή ιατρικά δεδομένα (π.χ. φακέλους ασθενών)						
Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τον ασθενή						



Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα με ενημέρωσαν κατάλληλα						
Το νοσοκομείο θα πρέπει να παρέχει υπηρεσίες σε σύντομο χρόνο χωρίς καθυστερήσεις						
Το νοσοκομείο που επισκέφθηκα μου παρείχε υπηρεσίες σε σύντομο χρόνο χωρίς καθυστερήσεις						
Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι πάντα πρόθυμοι να βοηθήσουν τους ασθενείς						
Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα ήταν πρόθυμοι να βοηθήσουν						
Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται πάντα στις απαιτήσεις των ασθενών, όσο απασχολημένοι και να είναι						
Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα, ήταν πρόθυμοι να βοηθήσουν σε κάθε απαίτηση, όσο απασχολημένοι και να ήταν						
Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς						

Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκαν ενέπνεε εμπιστοσύνη						
Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι πάντοτε συνεπείς και ευγενικοί						
Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκαν ήταν συνεπείς και ευγενικοί						
Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υποστήριξη από το ΓΕΣΥ, ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους						
Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα λαμβάνουν υποστήριξη από το ΓΕΣΥ, ώστε να κάνουν καλά τη δουλειά τους						
Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δίνουν ξεχωριστή προσοχή σε κάθε ασθενή- εξατομικευμένη προσέγγιση						
Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα δίνουν ξεχωριστή προσοχή σε κάθε ασθενή- εξατομικευμένη προσέγγιση						
Το νοσοκομείο θα πρέπει να λειτουργεί στο ωράριο που επιθυμούν οι ασθενείς (εξωτερικά ιατρεία, διαγνωστικά τμήματα)						
Το νοσοκομείο που επισκέφθηκα λειτουργεί σε ωράριο που επιθυμούν οι ασθενείς (εξωτερικά ιατρεία, διαγνωστικά τμήματα)						
Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε θέση να καταλαβαίνουν και να γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών						

Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα καταλαβαίνουν και γνωρίζουν τις ανάγκες των ασθενών						
Το νοσοκομείο θα πρέπει να λειτουργεί ως προς το συμφέρον των ασθενών						
Το νοσοκομείο που επισκέφθηκα λειτουργεί ως προς το συμφέρον των ασθενών						
Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών						
Οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομείο που επισκέφθηκα αντιλαμβάνονται τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών						