



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών**

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΜΠΣ «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

Διπλωματική Εργασία

**«Μέτρηση ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας του Ταμείου Υγείας Προσωπικού της Εθνικής Τράπεζας
(Τ.Υ.Π.Ε.Τ.)»**

Ονοματεπώνυμο φοιτήτριας : Ιωάννα Μπουραζά

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

Κυριάκος Σουλιώτης

Αν. Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Αναπληρωτής Διευθυντής, LSE Enterprise - Ομάδα Έρευνας Τεχνολογιών Υγείας

Βασιλική Καπάκη

Δρ. Πολιτικής Υγείας
Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Οικονομικών της Υγείας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Μέλος της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης

Αθήνα, 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία συντάχθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών με τίτλο «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Αφορμή ενασχόλησης μου με το συγκεκριμένο αντικείμενο αποτέλεσε η συνεχής και καθημερινή παρουσία μου στο χώρο της υγείας μέσω της επαγγελματικής μου δραστηριότητας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τους επιβλέποντες καθηγητές μου. Τον κ. Κυριάκο Σουλιώτη - Αν. Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου/ Αναπληρωτής Διευθυντής, LSE Enterprise - Ομάδα Έρευνας Τεχνολογιών, για την ευκαιρία που μου έδωσε να αναπτύξω και να ερευνήσω ένα θέμα που τα τελευταία χρόνια μου κέντριζε το ενδιαφέρον. Η στήριξη του και η εμπιστοσύνη που μου έδειξε, συνέβαλαν σημαντικά στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Την κα. Βασιλική Καπάκη - Δρ. Πολιτικής Υγείας/ Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Οικονομικών της Υγείας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου/ Μέλος της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης. Η συμβολή της, η καθοδήγηση και οι καθοριστικές συμβουλές της σε συνδυασμό με την άσογη συνεργασία που αναπτύχθηκε μεταξύ μας καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας συνέβαλαν σημαντικά στην επίτευξη του επιδιωκόμενου στόχου. Επιπλέον, την ευχαριστώ για τη σύμφωνη γνώμη της στη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου στην έρευνα, καθώς αυτό έχει σχεδιαστεί και σταθμιστεί ως προς την εγκυρότητα και αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό από την ίδια.

Επιπροσθέτως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Κωνσταντίνο Μπουραζά, Υποψήφιο Διδάκτορα του τμήματος Στατιστικής του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών για τις χρήσιμες συμβουλές του στη στατιστική ανάλυση και επεξήγηση των ευρημάτων. Η καθοδήγησή του στη χρήση των κατάλληλων στατιστικών μεθόδων συνέβαλε σημαντικά στην σωστή και έγκυρη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Σημαντικό ρόλο για την πραγματοποίηση της έρευνας είχε και το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. Χωρίς την άδεια διεξαγωγής της στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής «Υγείας Μέλαθρον» και στις υπηρεσίες Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η εργασία δεν θα είχε αυτή τη σύσταση. Συνεπώς, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το διοικητικό και επιστημονικό συμβούλιο του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. καθώς και τους χρήστες των υπηρεσιών που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή.

Εξίσου καθοριστικό ρόλο συνέβαλε και η στήριξη των δικών μου ανθρώπων, της οικογένειας και των φίλων μου, που με ενθαρρύνουν σε κάθε μου προσπάθεια. Η συμπαράστασή τους, υλική και ηθική, σε κάθε μου επιλογή αποτελεί σημαντική βοήθεια για μένα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	10
ABSTRACT	11
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14

Α. ΜΕΡΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	16
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	17
1.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	18
1.4 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	22
1.5 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	23
1.6 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	24
1.7 ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ	27
2.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ/ ΑΣΘΕΝΩΝ	28
2.3 ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ / ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.	29
2.4 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	31
2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ / ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Π.Φ.Υ.	32
2.6 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

3.1 ΑΣΘΕΝΗΣ – ΝΟΣΟΣ	36
3.2 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ / ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	36
3.3 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	37
3.4 Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ/ ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	38
3.5 Η ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ.)

4.1 ΕΝΝΟΙΑ – ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	43
4.2 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	44
4.3 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	45

4.4 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	46
4.5 ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	50
4.6 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΔΙΑΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ : ΑΠΟ ΤΗΝ ALMA – ΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΣΤΑΝΑ	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Τ.Υ.Π.Ε.Τ. – ΤΑΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ

5.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ Τ.Υ.Π.Ε.Τ	55
5.2 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ Τ.Υ.Π.Ε.Τ.....	56
5.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ».....	58
5.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»	58
5.5 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»	60
5.6 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»	61
5.7 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Τ.Υ.Π.Ε.Τ.....	62

Β. ΜΕΡΟΣ – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	64
6.2 ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ	64
6.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	66
7.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	67
7.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	79
7.4 ΕΚΤΙΜΗΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	109
8.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΤΟΥ Τ.Υ.Π.Ε.Τ.	110
8.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	112

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι (ερωτηματολόγιο)

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Αριθμός Πίνακα	Τίτλος Πίνακα	Σελίδα
1	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΦΥΛΟ	67
2	Περιγραφικός πίνακας για τη μεταβλητή ΗΛΙΚΙΑ	68
3	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	68
4	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΕΠΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	69
5	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	70
6	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	71
7	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	72
8	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	73
9	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	74
10	Περιγραφικός πίνακας για τη μεταβλητή ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ ΤΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΠΟΥ ΔΟΘΗΚΕ	75
11	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΠΟΤΕ ΗΤΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	76
12	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	77
13	Περιγραφικός πίνακας για τη μεταβλητή ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΑΓΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΥΠΟΔΟΧΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	78
14	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	79
15	Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	80

16	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	81
17	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	82
18	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	82
19	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	83
20	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ/ ΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	84
21	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ / ΧΡΗΣΤΗ	85
22	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	86
23	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΟΙ ΧΡΗΣΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΥΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	87
24	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	88
25	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ	89
26	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ	90
27	Πίνακας Αρνητικών Σχολίων	91
28	Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ	92
29	Πίνακας Προτάσεων Βελτίωσης	92
30	Πίνακας με τα στατιστικά και τα p-values από τα τεστ κανονικότητας	93

31	Πίνακας στατιστικής επίδρασης των μεταβλητών (συνεχών και κατηγορικών) με την συνολική ικανοποίηση	94
32	Πίνακας συνάφειας των μεταβλητών Εκπαίδευση και Συνολική Ικανοποίηση	95
33	Πίνακας συνάφειας των μεταβλητών Κατάσταση Υγείας και Συνολική Ικανοποίηση	97
34	Πίνακας καλής προσαρμογής του τελικού μοντέλου	99
35	Omnibus Test	99
36	Η στατιστική σημαντικότητα των μεταβλητών του τελικού μοντέλου	99
37	Πίνακας με τις παραμέτρους του τελικού μοντέλου	100
38	Πίνακας με την αναμενόμενη πιθανότητα υψηλής ικανοποίησης (%) για διάφορες τιμές των επεξηγηματικών μεταβλητών	101
39	Πίνακας στατιστικής επίδρασης των μεταβλητών ανά ζεύγη	102
40	Πίνακας Συνολικής Ικανοποίησης / Πρότασης του συγκεκριμένου ιατρού σε άλλους	103
41	Πίνακας Αρνητικού Σχολίου / Σχολίου Βελτίωσης	104

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Αριθμός Διαγράμματος	Τίτλος Διαγράμματος	Σελίδα
1	Πυραμίδα Ιεράρχησης των Βασικών Ανθρώπινων Αναγκών κατά τον Maslow	29
2	Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΦΥΛΟ	67
3	Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΗΛΙΚΙΑ	68
4	Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	69
5	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	70
6	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	71
7	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	72
8	Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	72
9	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	73
10	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	74
11	Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ ΤΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΠΟΥ ΔΟΘΗΚΕ	75
12	Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΠΟΤΕ ΗΤΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	76
13	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	78
14	Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΑΓΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΥΠΟΔΟΧΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	78
15	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	79
16	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	80
17	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	81

18	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	82
19	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	83
20	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	84
21	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ/ ΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	85
22	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ / ΧΡΗΣΤΗ	86
23	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	87
24	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΟΙ ΧΡΗΣΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΥΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ	88
25	Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	89
26	Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ	90
27	Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ	91
28	Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ	92
29	Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα της Εκπαίδευσης ανά την Συνολική Ικανοποίηση	96
30	Θηκογράμματα (Boxplots) του Χρονικού Διαστήματος μεταξύ χρονικής επικοινωνίας και πραγματοποίησης του ραντεβού με την Συνολική Ικανοποίηση	96
31	Θηκογράμματα (Boxplots) του Χρόνου Αναμονής στο χώρο του ιατρείου με την Συνολική Ικανοποίηση	97
32	Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα της Κατάστασης της Υγείας ανά την Συνολική Ικανοποίηση	98

33	Διάγραμμα με την αναμενόμενη πιθανότητα υψηλής ικανοποίησης (%) για διάφορες τιμές των επεξηγηματικών μεταβλητών	101
34	Διάγραμμα Συνολικής Ικανοποίησης / Πρότασης του συγκεκριμένου ιατρού σε άλλους	103
35	Διάγραμμα Αρνητικού Σχολίου / Σχολίου Βελτίωσης	104

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεωρητικό υπόβαθρο : Η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από την υγειονομική φροντίδα που λαμβάνουν αποτελεί έναν από τους βασικότερους δείκτες μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών ενός οργανισμού. Είναι αλληλένδετες έννοιες καθώς η ικανοποίηση, το κατά πόσο δηλαδή ο χρήστης είναι ευχαριστημένος ή δυσαρεστημένος από τις υπηρεσίες που λαμβάνει, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Σκοπός : Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τ.Υ.Π.Ε.Τ.

Υλικό – Μέθοδος : Το υλικό της έρευνας προήλθε από δείγμα 186 χρηστών των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Τ.Υ.Π.Ε.Τ Η μέθοδος δειγματοληψίας ήταν η τυχαία δειγματοληψία και η μέθοδος συμπλήρωσης ήταν η αυτοσυμπλήρωση. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με 16 κλειστού τύπου ερωτήσεις και 2 ανοιχτού τύπου.

Αποτελέσματα: Η συνολική ικανοποίηση επηρεάζεται κυρίως από την εκπαίδευση, τον χρόνο αναμονής από την τηλεφωνική επικοινωνία μέχρι την πραγματοποίηση του ραντεβού, την αναμονή στο χώρο της εξέτασης και την εκτιμώμενη κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα, η συνολική ικανοποίηση έχει υψηλή συσχέτιση με την εκτιμώμενη κατάσταση της υγείας του συμμετέχοντος και τον χρόνο αναμονής μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και πραγματοποίησης του ραντεβού.

Συμπεράσματα : Η ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τις υγειονομικές υπηρεσίες του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. είναι υψηλή.

Λέξεις –Κλειδιά : Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Ικανοποίηση, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ασθενής.

ABSTRACT

Theoretical background : The investigation of the level of satisfaction which users receive from the healthcare constitutes one of the most important indicators of measuring the quality of an organization's services. They are interconnected concepts as well as satisfaction, whether the user is satisfied or dissatisfied with the services he/she receives, plays an important role in the continuous improvement of quality.

Aim : Measuring the degree of user satisfaction with the Primary Health Care Services of T.Y.P.E.T.

Material – Method : The research material came from a sample of 186 users of primary health care services of T.Y.P.E.T. The sampling method was random sampling and the filling method was self-filling. A questionnaire with 16 closed-ended questions and 2 open-ended questions was used.

Results : Overall satisfaction is mainly affected by the education, the waiting time from telephone to appointment, the waiting time in the examination room and the estimated health status of respondents. More specifically, overall satisfaction is highly correlated with the estimated health status of the participant and the waiting time between telephone communication and appointment.

Conclusions : The satisfaction of the respondents with the health services of the T.Y.P.E.T. is high.

Keywords : Quality of health services, Satisfaction, Primary Care Systems, Patient.

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

Ελληνικά

Δ.Σ.	Διοικητικό Συμβούλιο
Δ.Υ.Πε.	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Ε.Ε	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Ι.	Εξωτερικά Ιατρεία
ΕΛΟΤ	Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ε.Ο.Φ.	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
Ε.Π.Π.Ε.Ν.	Εθνικό Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών
ΕΣΔΝΕ	Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Τ.Ε	Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος
ΙΑ.ΔΙ.ΚΑ.	Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος
Μ.Κ.Ο	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΜΜΕ	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Ο.Α.Τ.Υ.Ε.	Ομοσπονδία Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας Ελλάδος
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Π.Ε.Δ.Υ.	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
Πε.Σ.Υ.Π	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΔΠ	Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας
Το.Μ.Υ.	Τοπικές Μονάδες Υγείας
Το.Π.Φ.Υ.	Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Τ.Υ.Π.Ε.Τ.	Ταμείο Υγείας Προσωπικού της Εθνικής Τράπεζας
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
Χ.Υ.Α.	Χώρος Υποδοχής Ασθενών
ΩΡΛ	Ωτορινολαρυγγολόγος

Λεθνή

AECMA	Association Europeene des Constructeurs de Materiel Aerospacial
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
A.I.M.	Association Internationale de la Mutualite
CCTV	Closed Circuit TV
CEN	European Committee for standardization
DPO	Data Protection Officer
ETSI	European Telecommunication Standards Institute
I.C.F	International Camping fellowship
IEC	International Electrotechnical Committee
IPCHS	Integrated People-Centered Health Services
ISO	International Organization for Standardization
ITU	International Telecommunication Union
SIMPATIE	Safety Improvement for Patients in Europe
SPSS	Statistical Package for Social Science
T.Y.P.E.T.	Mutual Health Fund of National Bank of Greece Personnel
W.H.O.	World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε όλες τις οικονομικές και μη μονάδες (βιομηχανίες, υπηρεσίες τουρισμού, κτλ) που προσφέρουν υπηρεσίες – αγαθά, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί έναν από τους βασικότερους δείκτες μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών - αγαθών. Ο τομέας της υγείας, όμως είναι αρκετά πιο σύνθετος από οποιονδήποτε άλλο τομέα. Είναι ιδιαίτερος και πολύπλοκος καθώς ασχολείται με την υγεία, που είναι ανθρώπινο δικαίωμα και κοινωνικό αγαθό αλλά και οι υπηρεσίες που την παρέχουν δεν παύουν να είναι μία οικονομική μονάδα. Συνεπώς, η διοικητική επιστήμη και οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί δεν μπορούν να εφαρμοστούν απευθείας σε αυτό τον τομέα. Ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας, που δημιουργεί ένα νέο μοντέλο διοίκησης των υπηρεσιών υγείας τα τελευταία χρόνια, τείνει να κατευθύνει τους επαγγελματίες υγείας στην εξεύρεση νέων μεθόδων με σκοπό την ικανοποίηση των χρηστών. Ο σεβασμός στον εκάστοτε χρήστη / ασθενή και στο οικείο του περιβάλλον αποτελεί πρωταρχικής σημασίας ζήτημα. Με την πάροδο του χρόνου οι χρήστες / ασθενείς είναι περισσότερο ενημερωμένοι με υψηλές προσδοκίες όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Το να νιώσει ο ασθενής δυσαρεστημένος και ότι δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες του ούτε οι προσδοκίες του αποτελεί σημάδι χαμηλής ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Βέβαια κάθε άνθρωπος έχει διαφορετικά κριτήρια ικανοποίησης και αυτό είναι που κάνουν πιο σύνθετο και πολυεπίπεδο αυτόν τον τομέα.

Συνεπώς, η ερευνητική προσέγγιση της ικανοποίησης των χρηστών/ ασθενών από την φροντίδα υγείας που λαμβάνουν εξαρτώμενη και με την ποιότητα των υπηρεσιών, συγκεντρώνει έντονο ενδιαφέρον και συνεχώς εμπλουτίζεται με νέα στοιχεία από μελέτες και έρευνες που πραγματοποιούνται στις σύγχρονες κοινωνίες.

Η ανάλυση αυτού του θέματος, μέσω του συνδυασμού της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της ερευνητικής διεργασίας, έχει στόχο να διερευνήσει αν η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί όντως έναν από τους βασικότερους δείκτες μέτρησης της ποιότητας ή αν η ποιότητα εξαρτάται καθαρά από επιστημονικές και τεκμηριωμένες μεθόδους διοίκησης που δεν παρεκκλίνουν από τα πρότυπα. Θα φανεί σε ποιον τομέα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση οι ασθενείς – χρήστες υπηρεσιών υγείας ώστε να νιώθουν ικανοποιημένοι καθώς και το κατά πόσο η ανθρώπινη επαφή παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίησή τους. Επιπλέον θα φανεί αν αποτελεί το μέσο που μπορεί να οδηγήσει σε έναν πιο γρήγορο τρόπο εντόπισης των προβλημάτων, που κάποιες φορές είναι περισσότερο εμφανή από το μέρος των αποδεκτών των υπηρεσιών.

Στο πρώτο μέρος (γενικό μέρος) της εργασίας θα μελετούν, θα αναλυθούν και θα διασαφηνισθούν οι όροι σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών- χρηστών από τις υγειονομικές υπηρεσίες που λαμβάνουν, τον ασθενή ως επίκεντρο της ιατρικής φροντίδας καθώς εν συντομία η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Επίσης θα παρουσιαστεί ο ασφαλιστικός φορέας, το Τ.Υ.Π.Ε.Τ., στον οποίο θα λάβει χώρα η έρευνα.

Στο δεύτερο μέρος (ειδικό μέρος) θα προβληθεί και θα αναλυθεί η έρευνα που διεξήχθη στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ. αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών - χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρικών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Με το πέρας της συγκεκριμένης έρευνας θα διασαφηνισθεί κατά πόσο η θεωρητική-επιστημονική προσέγγιση μπορεί να λάβει χώρα σε μία υγειονομική μονάδα, τί αντίκτυπο έχει όλο αυτό στον άμεσο αποδέκτη – χρήστη υπηρεσιών υγείας καθώς και το κατά πόσο η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

A. ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ποιότητα αποτελεί έννοια σύνθετη και πολυδιάστατη και είναι στενά συνδεδεμένη με διάφορες πτυχές της ανθρώπινης ζωής. Από απλές καθημερινές δραστηριότητες μέχρι παροχή υπηρεσιών, παραγωγή αγαθών, εκπόνηση σημαντικών δράσεων ακόμα και χάραξη πολιτικής, η επίτευξη της άριστης ποιότητας είναι πρωταρχικής σημασίας ζήτημα.

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας εμφανίστηκε στη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανίας και άρχισε να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγική διαδικασία. Πολλοί μάλιστα υποστηρίζουν ως «κοιτίδα» της ποιότητας την Ιαπωνία (Τούντας Γ., 2003).

Με την πάροδο του χρόνου έγιναν εκτενείς μελέτες αναφορικά με την έννοια αλλά και το περιεχόμενο αυτού του νέου όρου, ο οποίος από την αρχή σηματοδότησε την σημαντικότητά του στην παραγωγική διαδικασία και στο αποτέλεσμα αυτής.

Αναφορικά με το περιεχόμενο, ο ορισμός της ποιότητας έχει τουλάχιστον δύο όψεις, αυτή του πελάτη – χρήστη και αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Από την οπτική του πελάτη, η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές. Συνεπώς, ο παραγωγός κατά την παραγωγική διαδικασία διασφαλίζει την ύπαρξη των χαρακτηριστικών, τα οποία σχεδιάζονται σύμφωνα με τις ανάγκες του πελάτη και για αυτό τον λόγο η ποιότητα ετεροπροσδιορίζεται από τον πελάτη (Καϊτελίδου Δ. και συν, 2008).

Όσον αφορά τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας ενός προϊόντος/ υπηρεσίας, κάποιοι γνωστοί, έγκυροι και κοινώς αποδεκτοί ορισμοί, που αποτελούν και τη βάση πάνω στους οποίους στηρίχθηκαν οι νεότεροι ορισμοί, είναι οι ακόλουθοι:

Ποιότητα είναι η συμμόρφωση προς τις απαιτήσεις (Crosby, 1984).

Ποιότητα είναι η καταλληλότητα προς χρήση (Juran, 1986).

Η ποιότητα είναι ένα μοντέλο με δύο διαστάσεις. Η μία διάσταση αναφέρεται στην καταλληλότητα για χρήση ενώ η άλλη αναφέρεται στις προσδοκίες του πελάτη (Kano, 1984).

Ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας που έχει την ικανότητα να ικανοποιεί δηλωμένες ή μη ανάγκες (International Standards Organization, 1986).

Από τα παραπάνω προκύπτουν αρκετές ομοιότητες. Το χαρακτηριστικό στοιχείο τους είναι το ότι συνδέουν την ποιότητα του προϊόντος / της υπηρεσίας με την ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη. Αυτό όμως είναι αρκετά δύσκολο και πολύπλοκο να προσδιορισθεί δεδομένου ότι η μέτρηση της ικανοποίησης του πελάτη είναι καθαρά υποκειμενικός παράγοντας. Συνεπώς, ο κάθε πάροχος θα πρέπει να διερευνεί κάθε φορά ποιες είναι οι ανάγκες τη δεδομένη χρονική στιγμή και να τις προσαρμόζει στο σχεδιασμό της παραγωγικής διαδικασίας.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών θεωρείται αρκετά δύσκολο και πολύπλοκο θέμα σε σχέση με την παραγωγή ποιοτικών προϊόντων καθώς οι υπηρεσίες είναι άυλα αγαθά και καταναλώνονται την ίδια ακριβώς στιγμή κατά την οποία δημιουργούνται. Αρκετά πιο σύνθετη όμως είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς ασχολείται με την υγεία, που είναι ανθρώπινο δικαίωμα και κοινωνικό αγαθό αλλά και οι υπηρεσίες που την παρέχουν δεν παύουν να αποτελούν μία οικονομική μονάδα που σκοπό έχει να είναι ανταγωνιστική, κερδοφόρα και αποδοτική.

Ο όρος «ποιότητα» στις υπηρεσίες υγείας δεν εμφανίστηκε τις τελευταίες δεκαετίες. Από την αρχαιότητα κιόλας, στα κείμενα του Ιπποκράτη περί Ιατρικής Δεοντολογίας η έκφραση «ωφελείν ή μη βλάπτειν» αποτελούσε τη βάση για την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος (Osterfeld, 1994).

Με την πάροδο του χρόνου μελετητές και επιστήμονες, τόσο από την Ελλάδα όσο και από το εξωτερικό, συνέχισαν να ασχολούνται με τον καθοριστικό ρόλο της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, την σχέση και την εξάρτησή της από την ικανοποίηση των ασθενών και αρκετοί από αυτούς προσπάθησαν την ορίσουν.

Πρωτοπόρος στα θέματα της ποιότητας στον τομέα της υγείας ήταν ο Avedis Donabedian, ο οποίος ήταν ιατρός – καθηγητής στη σχολή Δημόσιας Υγείας του πανεπιστημίου του Michigan και δημιουργός του Donabedian Model of Care, και όρισε την ποιότητα ως το είδος της φροντίδας που αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ικανοποίηση του ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που εντοπίζονται σε αυτή την διαδικασία (Donabedian A., 1980).

Εξίσου καθοριστικός είναι και ο ορισμός που δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1993, που διατυπώθηκε ως εξής «Η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής».

Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας εκφράστηκε φανερά στη Διακήρυξη της Alma – Ata το 1978, στην οποία αναφέρονταν ότι τα συστήματα υγείας πρέπει να έχουν συγκεκριμένες προδιαγραφές για την σωστή λειτουργία τους και την παροχή φροντίδας (Alma-Ata, 1978).

Οι παραπάνω ορισμοί αποτέλεσαν τη βάση στη διατύπωση νέων θεωριών αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, που με την πάροδο του χρόνου εμπλουτίζονταν με νέα στοιχεία.

Συμπληρωματικό και εξίσου σημαντικό σημείο είναι η αναφορά των δύο διαστάσεων που διαμορφώνουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τον Donabedian A. οι δύο διαστάσεις είναι οι εξής: α) τεχνική ποιότητα (technical quality) και β) διαπροσωπική ποιότητα (interpersonal). Η τεχνική ποιότητα εξαρτάται από την γνώση και την κρίση που χρησιμοποιείται στην επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας και από την ικανότητα εφαρμογής αυτών των στρατηγικών. Αυτό σημαίνει τη δυνατότητα να επιτευχθούν

οι μέγιστες δυνατές βελτιώσεις στο επίπεδο της υγείας με βάση τις νέες τεχνολογικές εξελίξεις και την πρόοδο της επιστήμης. Η διαχείριση της διαπροσωπικής σχέσης είναι ζωτικής σημασίας στοιχείο καθώς μέσω αυτής ο ασθενής μεταδίδει πληροφορίες απαραίτητες για τις προτιμήσεις του, κάτι που θεωρείται αναγκαίο για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας. Η μέτρηση δηλαδή της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας στις απαιτήσεις των ασθενών ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες που λαμβάνει (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η ποιότητα είναι άμεσα συνδεδεμένη με το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Είναι μία σχέση αλληλένδετη που ανατροφοδοτείται διαρκώς. Εξίσου καθοριστικά για την ποιότητα είναι η παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών και ο έλεγχος του κόστους. Συνεπώς για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας ενός οργανισμού και την συνεχή βελτίωση της ποιότητας είναι απαραίτητη η μέτρηση των παραπάνω με τα κατάλληλα εργαλεία σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τέλος, ένας συνοπτικός αλλά πολύπλευρος και ολοκληρωμένος ορισμός αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας διατυπώνεται από τον Πολύζο Ν. (2014), σύμφωνα με τον οποίο «Ποιότητα δεν είναι απλώς α) η βελτίωση της ικανοποίησης του ασθενούς, β) ο εσωτερικός/ ποιοτικός έλεγχος και γ) η αποδοτικότητα / ισότητα. Ποιότητα είναι α) όλα τα ανωτέρω, β) η συνεχιζόμενη διαδικασία βελτίωσης της δομής, της οργάνωσης, του προσωπικού, γ) η έμφαση στην εξειδίκευση και τη μέτρηση, δ) η καλή συμπεριφορά, οι ανθρώπινες σχέσεις, ε) η δημιουργία σωστών διαδικασιών και καλών πρακτικών και στ) ο συνδυασμός ικανοποίησης και παραγωγικότητας».

1.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας κρίνεται απαραίτητη για ανάπτυξη και συνέχεια λειτουργίας ενός οργανισμού με κύριο στόχο τη συνεχή βελτίωση της απόδοσης.

Η «μέτρηση» παραπέμπει συνήθως στη «σύγκριση». Για να γίνει περισσότερο κατανοητή και τεκμηριωμένη αυτή η έννοια θα δοθεί ο ορισμός της. Σύμφωνα με τον Palmer «Μέτρηση είναι η απόδοση μίας ποσότητας σε μία ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια» (Τούντας Γ., 2003).

Δεδομένου ότι η παραγωγή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας είναι κάτι που για να ορισθεί πρέπει να ληφθούν υπόψη διάφορες παράμετροι, έτσι και η μέτρηση της ποιότητας αυτών των υπηρεσιών περιλαμβάνει διάφορα επιμέρους στοιχεία. Οι δείκτες είναι ένα βασικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας, καθώς αποτελούν κριτήριο συγκεκριμένο και αντικειμενικό. «Η ποιότητα ενός δείκτη εξαρτάται κυρίως από την ποιότητα των στοιχείων που τον αποτελούν. Η ποιότητα των πληροφοριακών δεδομένων, η ύπαρξη παλαιών δεδομένων και το σύστημα καταγραφής παίζουν σπουδαίο ρόλο. Καθορίζεται από εγκυρότητα και αξιοπιστία» (Πολύζος Ν., 2014).

Συνεπώς, οι πληροφορίες από τις οποίες εξάγονται συμπεράσματα κατά την διάρκεια παραγωγής υπηρεσιών υγείας, χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Αυτές οι κατηγορίες έχουν προκύψει από τις διαστάσεις της ποιότητας στο μοντέλο του Donabedian.

Σύμφωνα με τον Donabedian, οι τρεις κύριες διαστάσεις είναι (Καϊτελίδου Δ. και συν, 2008):

(α) Δείκτες Δομής

(β) Δείκτες Διαδικασίας

(γ) Δείκτες Αποτελέσματος

Αναλυτικά:

(α) *Δείκτες Δομής (structure measures)*: Η δομή συμπεριλαμβάνει τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, τα οποία συμβάλουν στην παραγωγή και παροχή της φροντίδας υγείας. Οι πόροι - υλικοί και ανθρωπίνους - δηλαδή ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, ο αριθμός και τα προσόντα του προσωπικού, καθώς και η δομή του οργανισμού – δηλαδή η οργάνωση του προσωπικού, οι μέθοδοι αξιολόγησης και αποζημίωσης τους, είναι τα χαρακτηριστικά εκείνα που βρίσκονται στην συγκεκριμένη κατηγορία. Η μέτρηση των δεικτών δομής δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από αρκετές χώρες της ΕΕ και του ΟΟΣΑ καθώς από μόνη της η κατάλληλη δομή δεν κρίνεται επαρκής για την συνολική αποτίμηση απόδοσης της ποιότητας (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

(β) *Δείκτες Διαδικασίας (process measures)* : Η διαδικασία περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που γίνονται κατά την παροχή και λήψη φροντίδας υγείας. Αυτοί οι δείκτες δίνουν πληροφορίες σχετικά με τις ενέργειες περίθαλψης, πρόληψης και διάγνωσης, τη μέση διάρκεια νοσηλείας, τη χρήση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, κ.α. Και αυτή η κατηγορία από μόνη της δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη μέτρησης της ποιότητας καθώς οι δείκτες αυτοί είναι δύσκολα μετρήσιμοι και η ελλιπής καταγραφή των στοιχείων οδηγεί σε λάθος συμπεράσματα (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

(γ) *Δείκτες Αποτελέσματος (outcome measures)* : Το αποτέλεσμα περιλαμβάνει την έκβαση της φροντίδας υγείας στον ασθενή, την μεταβολή στο επίπεδο της υγείας του, την ικανοποίησή του καθώς και τον βαθμό ενημέρωσης και συμμόρφωσης του (Τούντας Γ., 2003). Αναφέρεται δηλαδή στην αλλαγή της παρούσας κατάστασης της υγείας του ασθενούς μετά την αντιμετώπιση του προβλήματός του από το σύστημα (Κεφαλοπούλου Ζ., 2006). Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ένας δείκτης αποτελέσματος μπορεί να επηρεαστεί και από άλλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα την ηλικία του ασθενούς ή κοινωνικο-οικονομικά κριτήρια, τα οποία μπορούν να καθορίσουν το τελικό αποτέλεσμα.

Συνεπώς, ο συνδυασμός των παραπάνω κατηγοριών θα δώσει μία πιο σφαιρική εικόνα αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών .

Για να γίνουν οι κατάλληλες μετρήσεις, χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία. Τα επτά (7) βασικά εργαλεία ποιότητας είναι τα ακόλουθα (Παπανικολάου Β, 2007) :

1) Ιστόγραμμα (histogram) : Γραφική αναπαράσταση (υπό την μορφή ράβδων) για ένα συγκεκριμένο σύνολο δεδομένων. Χρησιμοποιείται για την οπτική παρουσίαση αυτών των δεδομένων.

2) Διάγραμμα αιτίου – αποτελέσματος (cause and effect diagram) : Γραφική αναπαράσταση που παρουσιάζει τη σχέση αιτίας – αποτελέσματος και η οποία βοηθά στον καθορισμό των αιτιών και των προβλημάτων.

3) Ανάλυση Pareto (pareto analysis) : Παρουσιάζει σχηματικά και ποσοτικά τα αίτια που ευθύνονται στην εμφάνιση ενός προβλήματος.

4) Φύλλο ελέγχου (check sheet) : Έντυπο συλλογής δεδομένων που δείχνει την συχνότητα ορισμένων συμβάντων.

5) Διάγραμμα ροής (flow chart) : Παρουσιάζει μία οπτική αναπαράσταση όλων των βημάτων μιας διαδικασίας ώστε να γίνει κατανοητός ο τρόπος λειτουργίας των παραγόντων που επιδρούν σ' αυτή την διαδικασία.

6) Διάγραμμα διασποράς (scatter diagram) : Γραφική ανάλυση που δείχνει τη συσχέτιση δύο μεταβλητών.

7) Διάγραμμα ελέγχου (control chart) : Εργαλείο που παρακολουθεί μία διαδικασία στην πορεία της στο χρόνο και μελετά την τάση για μεταβολή και απόκλιση της, στην ουσία προβλέπει το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας .

Συμπληρωματικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι τα ακόλουθα (Παπανικολάου Β., 2007) :

1) Καταιγισμός ερωτήσεων (Brainstorming) : Απλό και γρήγορο εργαλείο, όπου μέσω της ομαδικής συμμετοχής «γεννά» πληθώρα ιδεών σε μικρή χρονική περίοδο για τη δημιουργία αποφάσεων βελτίωσης. Δεν επιτρέπεται η κριτική στις ιδέες έως ότου λήξει η συνεδρίαση.

2) Καταιγισμός Ιδεών (Brainwriting) : Παρόμοια τεχνική με το Brainstorming. Σε αυτή την περίπτωση όμως οι ιδέες οι οποίες παράγονται χρησιμοποιούνται επιθετικά από τα υπόλοιπα μέλη της για να επεκτείνουν τις δικές τους λίστες ιδεών.

3) Τεχνική ονομαστικής λειτουργίας της ομάδας (Nominal group Technique): Τεχνική ομαδικού καταιγισμού ιδεών που χρησιμοποιείται για την αποφυγή κυριαρχίας συγκεκριμένων ατόμων. Συνδέει τις δύο παραπάνω κατηγορίες για κοινή συναίνεση της ομάδας.

4) Multiple voting technique: Σύντομος τρόπος αξιολόγησης, ανάλυσης και κατηγοριοποίησης μιας μεγάλης λίστας ιδεών.

5) Διάγραμμα συνάφειας (Affinity diagram): Χρησιμοποιούνται για θέματα που η κατανόησή τους είναι δύσκολη εξαιτίας της πολυπλοκότητάς τους. Με αυτή την τεχνική μειώνεται ο όγκος δύσχρηστων πληροφοριών σε μικρότερες ομοιογενείς ομάδες και η κατάταξή τους σε σειρά σπουδαιότητας.

6) Ανάλυση πεδίου δυνάμεων (Force Field Analysis): Τεχνική για τον προσδιορισμό δυνάμεων που δείχνουν τις αποκλίσεις μεταξύ επιθυμητής και πραγματικής κατάστασης.

7) Ανάλυση κινδύνων (Risk analysis) : Εντοπισμός, ποσοτικοποίηση και κατηγοριοποίηση όλων των προβλημάτων, τα οποία θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την ολοκλήρωση ενός προγράμματος.

8) Ανάλυση αποφάσεων (Decision making matrices) : Τεχνική η οποία βοηθά στην επιλογή μιας πορείας από την άποψη των στόχων, των εναλλακτικών λύσεων και κινδύνων.

9) Διάγραμμα πίτας (Pie chart): Γραφική αναπαράσταση στοιχείων δεδομένων (υπό την μορφή πίτας) , τα τμήματα της οποίας θα πρέπει να σχηματίζουν το 100% το συνόλου και ο αριθμός των τμημάτων να μην υπερβαίνει τα 6.

10) Διάγραμμα GANTT : Πίνακας που παρουσιάζει τη χρονική εξέλιξη διαφόρων γεγονότων. Δίνει πληροφορίες απαντώντας στα αντίστοιχα ερωτήματα: τί θα γίνει; , ποιος θα το κάνει; , πότε θα ολοκληρωθεί;

Τέλος οι στατιστικές συσχετίσεις βοηθούν σημαντικά στην έκβαση των αποτελεσμάτων (Τούντας Γ., 2003).

Ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας που έχει χρησιμοποιηθεί και στις υπηρεσίες υγείας είναι το μοντέλο SERVQUAL. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο «η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (service quality, SERVQUAL) μετριέται συγκρίνοντας τις αντιλήψεις (perceptions) με τις προσδοκίες (expectations) και ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών των χρηστών» (Κωσταγίολας Π.Α., 2006).

Το μοντέλο περιλαμβάνει δύο ενότητες μετρήσεων για 22 χαρακτηριστικά της υπηρεσίας που χωρίζονται σε πέντε βασικές διαστάσεις (Κωσταγίολας Π.Α., 2006) :

(α) Υποδομές (Tangibles) : Πάγιος εξοπλισμός, χώροι, κ.α.

(β) Αξιοπιστία (Reability) : Εκτέλεση της υπηρεσίας με αξιόπιστο τρόπο και όπως έχει συμφωνηθεί

(γ) Ανταπόκριση (Responsiveness) : Ανταπόκριση στις ανάγκες των χρηστών

(δ) Διασφάλιση (Assurance) : Εμπιστοσύνη των ικανοτήτων του προσωπικού για την διασφάλιση της ποιότητας

(ε) Συναισθηματική Κατανόηση (Empathy) : Ενσυναίσθηση

Το SERVQUAL μπορεί να προσαρμόζεται κάθε φορά ανάλογα με την υπηρεσία που πρόκειται να αξιολογηθεί. Προσδιορίζει τη διαφορά ανάμεσα στην αντιλαμβανόμενη με την προσδοκώμενη ποιότητα. Έτσι είναι ένας τρόπος εντοπισμού των προβλημάτων που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης (Καϊτελίδου Δ. et al, 2008).

Το βασικό χαρακτηριστικό του υποδείγματος αυτού είναι η παροχή εντός σταθερού αριθμού διαστάσεων ικανοποίησης, έτσι ώστε να είναι εφικτή τόσο η συγκριτική ανάλυση των επιδόσεων του οργανισμού , όσο και η παρακολούθηση των μεταβολών της ποιότητας κατά την πάροδο του χρόνου. Βασίζεται σε πληροφορίες, οι οποίες προέρχονται από την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών όπως γίνεται αντιληπτή από τους χρήστες (Παπανικολάου Β., 2007).

Η μέτρηση της ποιότητας και η συνεχής βελτίωσή της αποτελεί επιτακτική ανάγκη στις υπηρεσίες υγείας για όλους όσους εμπλέκονται με αυτή. Πιο αναλυτικά (Peppas C., 2013) :

α) οφέλη για τον ασθενή (υγειονομικά, ψυχολογικά, οικονομικά)

β) οφέλη για τον επαγγελματία υγείας (επαγγελματική ικανοποίηση, νομική κατοχύρωση, ασφάλεια, κτλ)

γ) οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (οικονομικά / λειτουργικά οφέλη, φήμη)

1.4 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια η ανάγκη για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας είναι επιτακτική και αυτό έχει συντελέσει στην επαναδιαμόρφωση των υπηρεσιών, τόσο στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας τους όσο και στο τελικό αποτέλεσμα – έκβαση των διαδικασιών.

Οι παράγοντες που καθιστούν απαραίτητο τον προσανατολισμό προς την «ποιότητα» είναι οι ακόλουθοι (Κεφαλοπούλου Ζ., 2006) :

- *Οικονομικοί παράγοντες* : Το κόστος παροχής ιατρικών υπηρεσιών συνεχώς αυξάνεται. Αυτό οφείλεται κυρίως στις απαιτήσεις του τρόπου ζωής και της σύγχρονης κοινωνίας στην οποία ζούμε. Η πολυνοσηρότητα, η πολυφαρμακία, η αύξηση των χρόνιων παθήσεων, έντονα σημεία της εποχής μας στον τομέα της υγείας, προκύπτουν κυρίως από την αύξηση των ορίων ηλικίας του γενικού πληθυσμού. Επίσης η κακή οργάνωση και η άσκοπη κατανάλωση των οικονομικών πόρων συμβάλουν στην ένταση του προβλήματος. Συμπληρωματικά, η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας προκύπτει και από την αύξηση των ψυχιατρικών παθήσεων που στις μέρες μας είναι εμφανής λόγω άσχημων κοινωνικο-οικονομικών σε συνδυασμό με κάθε είδους ρατσισμό και διακρίσεις.
- *Απόκλιση μεταξύ υπηρεσιών που προσφέρονται με αυτές που θα έπρεπε να λαμβάνει ο ασθενής / χρήστης* : Η υπερχρησιμοποίηση των υπηρεσιών, δηλαδή η αυξημένη ζήτηση διαγνωστικών εξετάσεων και η υπερσυνταγογράφηση φαρμάκων είναι κάτι που παρατηρείται στις σύγχρονες κοινωνίες και αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, την ταλαιπωρία του ασθενούς και το χάσιμο πολύτιμου χρόνου χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα. Η υποχρησιμοποίηση των υπηρεσιών αφορά έλλειψη προληπτικών εξετάσεων για πρόωπη διάγνωση νοσημάτων. Τέλος, η λανθασμένη χρήση των υπηρεσιών αναφέρεται στα ιατρικά λάθη και στις δυνητικά θεραπεύσιμες καταστάσεις οι οποίες δεν διαγιγνώσκονται αλλά αν αυτά εξαλειφθούν το όφελος θα είναι άμεσο τόσο για τον ασθενή / χρήστη όσο και για την υπηρεσία. Άρα σκόπιμο είναι να γεφυρωθεί αυτό το χάσμα, να αναζητούνται συνεχώς τρόποι βελτίωσης της αποδοτικότητας και να δοθεί έμφαση στην πρόληψη – πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- *Τεχνολογικοί παράγοντες* : Η εξέλιξη της τεχνολογίας και των πολυμέσων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αλλά συνδέεται άμεσα και με την αύξηση των δαπανών για την απόκτηση και χρήση σύγχρονων μέσων. Επιπλέον ο σύγχρονος ιατρός καλείται να αντιμετωπίσει αρκετά ενημερωμένους ασθενείς / χρήστες, οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα άντλησης πληροφοριών από διάφορες πηγές ενημέρωσης που τους προσφέρει η τεχνολογία, όπως το διαδίκτυο και τα ΜΜΕ.

1.5 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Για να γίνει πιο απτή η σημασία της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, σκόπιμο είναι να αναφερθούν και να αναλυθούν οι διαστάσεις χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της υγειονομικής φροντίδας από τις πιο σημαντικές και διεθνώς αποδεκτές προσεγγίσεις.

Σύμφωνα με τον Donabedian στο άρθρο «The seven pillars of quality» τα επτά (7) χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης είναι τα εξής :

- 1) Κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy): η καλύτερη δυνατή παροχή φροντίδας υγείας με στόχο τη βελτίωση της υγείας.
- 2) Αποτελεσματικότητα (effectiveness): ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται οι βελτιώσεις στην υγεία.
- 3) Αποδοτικότητα (efficiency): η ικανότητα να επιτυγχάνεται το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα με το χαμηλότερο κόστος.
- 4) Βελτιστότητα (optimality): η πλέον συμφέρουσα εξισορρόπηση κόστους – οφέλους.
- 5) Αποδοχή (acceptability): συμμόρφωση με τις προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά την προσβασιμότητα, τη σχέση ασθενούς – επαγγελματία υγείας, τις παροχές, τις συνέπειες και το κόστος περίθαλψης.
- 6) Νομιμότητα (legitimacy): συμμόρφωση ως προς τα νόμιμα, η οποία σχετίζεται με όλα τα παραπάνω
- 7) Δικαιοσύνη (equity): δίκαιη κατανομή της περίθαλψης και οι επιπτώσεις στην υγεία.

Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών / χρηστών και τις κοινωνικές προτιμήσεις με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας (Arch Pathol Lab Med, 1990).

Ο Maxwell R. στο άρθρο με τίτλο «Quality assessment in health» προσδιορίζει έξι (6) διαστάσεις αναφορικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (Maxwell R., 1984) :

- 1) Προσβασιμότητα (access to services): πρόσβαση στη χρήση υπηρεσιών υγείας ανεξαρτήτου γλωσσικών, γεωγραφικών ή άλλων εμποδίων.
- 2) Συνάφεια με την ανάγκη (relevance to need): συμφωνία μεταξύ ανάγκης (ασθένεια) αναφορικά με την υπηρεσία η οποία παρέχεται.
- 3) Αποτελεσματικότητα (effectiveness): οι υγειονομικές μονάδες προσφέρουν υπηρεσίες με τον σωστό τρόπο με σκοπό να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον ασθενή / χρήστη.
- 4) Ισότητα (equality): παροχή υπηρεσιών υγείας για όλους, ανεξαρτήτως κοινωνικών στρωμάτων.
- 5) Κοινωνική αποδοχή (social acceptability): οι υγειονομικές υπηρεσίες καλύπτουν τις προσδοκίες των ασθενών / χρηστών που τις λαμβάνουν.
- 6) Αποδοτικότητα (efficiency): η ικανότητα να επιτευχθεί το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.

Ο Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2000) καθορίζει εννέα (9) χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υγειονομικές υπηρεσίες (Παπανικολάου Β., 2007):

- 1) Καταλληλότητα (appropriateness): η φροντίδα που παρέχεται είναι αρμόζουσα – κατάλληλη με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς.

- 2) Διαθεσιμότητα (availability): η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ως προς τις ανάγκες του ασθενούς.
- 3) Συνέχεια (continuity): συνέχεια στη φροντίδα υγείας για τον ασθενή μέσω το συντονισμού των επαγγελματιών υγείας σε κάθε χρονική στιγμή.
- 4) Αποτελεσματικότητα (effectiveness): παροχή κατάλληλης φροντίδας με το σωστό τρόπο ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.
- 5) Δραστητικότητα (efficacy): ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα φάνηκε να πραγματοποιεί τα επιθυμητά αποτελέσματα στον ασθενή.
- 6) Αποδοτικότητα (efficiency): επίτευξη του μέγιστου δυνατού αποτελέσματος για τον ασθενή με το χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- 7) Σεβασμός και φροντίδα (respect and caring): η εμπλοκή του ασθενούς στις αποφάσεις αναφορικά με τη δική του φροντίδα υγείας και ο σεβασμός στις ανάγκες και προσδοκίες του από τους παρόχους των υπηρεσιών.
- 8) Ασφάλεια (safety): ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μίας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον υγείας μειώνεται για τον ασθενή και τους εμπλεκόμενους.
- 9) Επικαιρότητα (timeliness): η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που την έχει ανάγκη.

Όλες οι παραπάνω θεωρίες είναι κοινά αποδεκτές για την εγκυρότητα τους. Αποτελούν βασικό εργαλείο για τη σωστή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, αφού προσδιορίζοντας τα βασικά χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υγειονομικές υπηρεσίες εστιάζουν προς τις αντίστοιχες κατευθύνσεις. Το κοινό γνώρισμα από τις θεωρίες αυτές η παροχή φροντίδας υγείας, η οποία επικεντρώνεται στις ανάγκες του ασθενούς / χρήστη και η επίτευξη της φροντίδας με το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

1.6 ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η διασφάλιση της ποιότητας είναι ο απώτερος σκοπός των παρόχων στις υπηρεσίες υγείας. Συχνά η έννοια της «διασφάλισης» συγχέεται με την «συνεχή βελτίωση». Αυτές οι έννοιες είναι απόλυτα διαχωρισμένες μεταξύ τους, ως προς την σημασία και τις δραστηριότητες της κάθε μία, αλλά συνήθως συνδυάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται.

«Η διασφάλιση της ποιότητας είναι ένα ολοκληρωμένο κομμάτι των δραστηριοτήτων όλων των υπηρεσιών υγείας. Ο αντικειμενικός σκοπός της είναι να βελτιώσει τη φροντίδα που παρέχεται στους πελάτες μέσω της αποτελεσματικής εκτέλεσης όλων των δραστηριοτήτων» (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Στην ουσία είναι ένας μηχανισμός, που έχοντας ως βάση τις ανάγκες του ασθενούς θέτοντας ως μείζον ζήτημα την εξάλειψη των κινδύνων αλλά την επιδίωξη της ασφάλειας, μετρά τις δραστηριότητες που γίνονται στην παροχή φροντίδας υγείας αναφορικά με τις προδιαγραφές με στόχο τη μείωση των αποκλίσεων. Δηλαδή «*αναζητά τις αποκλίσεις από το καθιερωμένο για να διορθώσει τις μη αποδεκτές διακυμάνσεις*» (Παπανικολάου Β., 2007).

Σύμφωνα με τον Πολύζο Ν. (2014) « Η διασφάλιση της ποιότητας είναι έννοια συνυφασμένη με την αποτελεσματική διοίκηση. Στόχος δεν αποτελεί μόνο η πιστοποίηση ή η διαπίστευση αλλά "ο κύκλος διαχείρισης της ποιότητας", ο οποίος περιλαμβάνει τη δημιουργία προγράμματος ποιότητας, τη στρατηγική, τα συστήματα / τις δομές ποιότητας, την ετοιμασία

για ποιότητα, την εφαρμογή συστημάτων και διαδικασιών ποιότητας και την επανεξέταση συστημάτων στρατηγικής».

Από την άλλη πλευρά, η βελτίωση της ποιότητας ασχολείται με το σύνολο των διεργασιών και δεν επικεντρώνεται μόνο στις μη αποδεκτές. Ένα σύστημα συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας δημιουργεί προκλήσεις για τους οργανισμούς με απώτερο στόχο την βέλτιστη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

Τέλος, βασικό σημείο για τη διασφάλιση της ποιότητας είναι ο «έλεγχος». Ο έλεγχος αποτελεί το τελευταίο στάδιο της διοίκησης, μετά δηλαδή τον προγραμματισμό, την οργάνωση, την στελέχωση και την διεύθυνση – ηγεσία. Στην ουσία συγκρίνει τα τελικά αποτελέσματα με βάση τα κριτήρια που είχαν τεθεί στο στάδιο του προγραμματισμού και λαμβάνει διαρθρωτικά μέτρα, όταν παρατηρούνται αποκλίσεις (Λιαρόπουλος Λ., 2007).

1.7 ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν πολλά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαχειριστούν σωστά όλοι όσοι εμπλέκονται με αυτές. Επειδή όμως το αντικείμενο με το οποίο καταπιάνονται οι συγκεκριμένες υπηρεσίες είναι ιδιαίτερο - αφορά την υγεία που σημαίνει ότι η κάθε περίπτωση είναι διαφορετική και πολλές φορές σύνθεση αφού εξαρτάται από αρκετές παραμέτρους - η διαχείρισή τους πρέπει να βασίζεται σε συστήματα που να εξασφαλίζουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Και αυτό δεν είναι άλλο από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συνεπώς τα συστήματα πιστοποίησης αποτελούν την λύση σε αυτή την περίπτωση.

Η πιστοποίηση είναι μία μορφή παρέμβασης. Συγκεκριμένα είναι η αναγνώριση – αξιολόγηση από ειδικό εξωτερικό φορέα πιστοποίησης ότι ένας οργανισμός πληροί ορισμένα κριτήρια ή ακολουθεί συγκεκριμένα πρότυπα που έχει θέσει ο ίδιος ο φορέας πιστοποίησης (Τούντας Γ., 2008).

Οι οργανισμοί - φορείς που ασχολούνται με την πιστοποίηση διακρίνονται σε τρία επίπεδα: α) εθνικό, β) ευρωπαϊκό και γ) διεθνές επίπεδο.

Α) *Εθνικό επίπεδο*: Ο πρώτος ελληνικός φορέας πιστοποίησης ήταν η Ελληνική Επιτροπή Προτυποποίησης, που ιδρύθηκε το 1933 και λειτούργησε μέχρι το 1968. Μετά ανέλαβε αυτόν τον ρόλο το Υπουργείο Βιομηχανίας και το 1976 ίδρυσε τον Ελληνικό Οργανισμό Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) που είναι μέχρι και σήμερα ο αρμόδιος εθνικός φορέας (Καϊτελίδου Δ. και συν, 2008).

Β) *Ευρωπαϊκό επίπεδο*: Ευρωπαϊκοί οργανισμοί – φορείς που ασχολούνται με την πιστοποίηση έχει ως στόχο κυρίως την δημιουργία προτύπων ενιαίων για τον ευρωπαϊκό χώρο. Κάποιοι από αυτούς τους οργανισμούς είναι (Καϊτελίδου Δ. και συν, 2008) :

Ευρωπαϊκή Επιτροπή Τυποποίησης (CEN – European Committee for standardization)

Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Τηλεπικοινωνιακών Προτύπων (ETSI – European Telecommunication Standards Institute)

Ευρωπαϊκή Ένωση Κατασκευαστών Αεροδιαστημικών υλικών (AECMA – Association Europeene des Constructeurs de Materiel Aerospatial)

Γ) *Διεθνές επίπεδο*: Οι κυριότεροι διεθνείς οργανισμοί τυποποίησης είναι:

Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO- International Organization for Standardization)

Διεθνής Ηλεκτροτεχνική Επιτροπή (IEC – International Electrotechnical Committee)

Διεθνής Ένωση για Τηλεπικοινωνίες (ITU – International Telecommunication Union)

Οι διεθνείς οργανισμοί ISO και IEC περιλαμβάνουν ως μέλη τους περισσότερους από 146 εθνικούς φορείς τυποποίησης από όλο τον κόσμο, μεταξύ των οποίων είναι και ο ΕΛΟΤ. Έχουν ως έργο κυρίως την παραγωγή τυποποιημένων κειμένων υπό την μορφή διεθνών προτύπων (Καϊτελίδου Δ. και συν, 2008).

Τα παραπάνω πρότυπα είναι γενικά και εφαρμόζονται σε διάφορους τομείς. Αυτά πάντως που έχουν μεγαλύτερη απήχηση και εφαρμόζονται διεθνώς είναι τα ISO-9000. Αυτά χρησιμοποιούνται τόσο ως «οδηγός» από τις επιχειρήσεις όσο και ως «μέτρο» με βάση το οποίο οι εθνικοί οργανισμοί τυποποίησης ελέγχουν τους οργανισμούς και τους χορηγούν πιστοποιητικά (Τούντας Γ., 2008).

Συγκεκριμένα το ISO-9001 ασχολείται με την ποιοτική διαχείριση των επιχειρήσεων. Παρέχει μεθόδους και συστηματικό έλεγχο στις επιχειρήσεις όσον αφορά την παραγωγή προϊόντων ή παροχή υπηρεσιών. Αυτό το πρότυπο χρησιμοποιούνταν και στον τομέα της υγείας αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών μέχρι που εμφανίστηκε η οδηγία CEN/TS 15224: 2005 , η οποία υποδεικνύει τον τρόπο εφαρμογής του ISO-9001:2000 στις υπηρεσίες υγείας. Οι αρχές ποιότητας της συγκεκριμένης οδηγίας εστιάζουν στην ικανοποίηση των χρηστών/ αποδεκτών των υπηρεσιών υγείας. Για τον σκοπό αυτό έχει δοθεί κατάλληλη καθοδήγηση στο προσωπικό μέσω πρωτοκόλλων, κατευθυντήριων οδηγιών και γενικότερα συγκεκριμένων διεργασιών που προσφέρει το πρότυπο ώστε όταν εφαρμοστεί να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αυτό βέβαια επιτυγχάνεται καλύτερα μέσω της παρακολούθησης και της μέτρησης των τυποποιημένων διεργασιών ώστε να μην παρεκκλίνουν από το πρότυπο. Συνεπώς, αυτό αποβλέπει στο ότι η εκτίμηση της ποιότητας στη βάση ενός κοινά αποδεκτού προτύπου προάγει την αμοιβαία αναγνώριση μεταξύ των οργανισμών (Μουρτζίκου Α. και συν , 2015) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των επιστημών που σχετίζονται με τον τομέα της υγείας στρέφεται στην ικανοποίηση των χρηστών από τις υγειονομικές υπηρεσίες που λαμβάνουν. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η συνεχής πληροφόρηση – ενημέρωση των πολιτών καθώς και η αυξημένη δυνατότητα επιλογής τρόπων και μέσων λήψης υπηρεσιών υγείας έχουν μεγεθύνει τις απαιτήσεις των χρηστών. Το να νοιώθει ο χρήστης ευχαριστημένος και να αισθάνεται ότι οι υπηρεσίες που λαμβάνει ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του και καλύπτουν τις ανάγκες του αποτελεί σημαντικό δείκτη ποιοτικής φροντίδας υγείας. Φαίνεται, δηλαδή, ότι η μέτρηση ικανοποίησής τους είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπλέον, λόγω του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος που παρατηρείται στον τομέα της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, η ικανοποίηση των χρηστών αποτελεί επιτακτική ανάγκη. Ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας στη λειτουργία του εκάστοτε οργανισμού, ο οποίος είναι περίπλοκος και πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης, είναι το «κλειδί» για το επιθυμητό αποτέλεσμα. Την κάλυψη δηλαδή των προσδοκιών των χρηστών και κατ'έκταση την ικανοποίησή τους.

Η αποτύπωση της γνώμης των χρηστών, η οποία συνίσταται στην αξιολόγηση της κρίσης τους σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας και τη διαδικασία παραγωγής και παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελεί δείκτη αξιολόγησης ως προς την ικανοποίησή τους. Αυτός ο δείκτης έχει ιδιαίτερη σημασία διότι μέσω της σύγκρισης των προσδοκιών των χρηστών με την αντιλαμβανόμενη επίδοση των υπηρεσιών συμβάλλει στον εντοπισμό των κρίσιμων διαστάσεων που χρήζουν βελτίωσης και οδηγεί στην ανεύρεση των αναγκαίων λύσεων (Πίνη Α. και συν, 2011).

Με αυτό τον τρόπο δηλαδή η δυνατότητα που έχουν οι ασθενείς να εκφράσουν τα παράπονά τους και τις προτάσεις τους, δίνει μια δεύτερη ευκαιρία να γίνουν τα πράγματα καλύτερα. Εφόσον αξιοποιηθούν σωστά αυτές οι πληροφορίες, μπορούν να συνεισφέρουν στη ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών (Αντεριώτη Π. και συν, 2014).

Κάθε ασθενής μεμονωμένα μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες, οι οποίες πολλές φορές δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές από την διοίκηση του εκάστοτε οργανισμού. Ο ασθενής αρκετά συχνά βρίσκει προβληματικές περιοχές, τις οποίες άλλοτε τα μέλη της διοίκησης δεν μπορούν να εντοπίσουν ή αν τις έχουν εντοπίσει να μην είναι αντιληπτό το βάθος ή η έκταση του προβλήματος (Παπανικολάου Β., 2007).

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η ικανοποίηση των χρηστών είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Είναι αλληλένδετες έννοιες καθώς η ικανοποίηση, το κατά πόσο δηλαδή ο χρήστης είναι ευχαριστημένος ή δυσαρεστημένος από τις υπηρεσίες που λαμβάνει, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

2.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ / ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση των χρηστών είναι μία έννοια που συνεχώς μεταβάλλεται καθώς το υποκειμενικό στοιχείο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση αυτού του όρου. Ο βαθμός ικανοποίησης των αναγκών και κάλυψης των προσδοκιών του καθενός είναι διαφορετικός. Όμως από τις μελέτες που έχουν γίνει τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε ότι υπάρχουν κοινά σημεία ώστε σε προσδιορισθεί μέσα σε λίγες γραμμές ο όρος «ικανοποίηση ασθενούς» και να γίνει κατανοητός ως ευρύτερη έννοια.

Κάποιοι αντιπροσωπευτικοί ορισμοί είναι οι ακόλουθοι :

- Ο Donabedian A., πρωτοπόρος στα θέματα της υγείας, αναφέρει ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που έχουν σχέση κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς (Donabedian, A., 1980).
- Ο Wriglesworth J.M. και ο Williams J.T. αναφέρουν ότι η ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για κάθε άνθρωπο και για αυτόν τον λόγο θεωρείται πολύ υποκειμενική (Wriglesworth, J. M., & Williams, J. T. , 1975).
- Ο Pascoe προσεγγίζει την ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας ως μία αντίδραση από την προσωπική του εμπειρία σε υπηρεσίες υγείας (Pascoe , 1983).
- Οι Bond S. και Thomas L.H.θέλοντας να εξηγήσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες διατύπωσαν ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες» (Bond S, Thomas L.H., 1992).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η ικανοποίηση είναι έννοια υποκειμενική, με αρκετά βέβαια κοινά σημεία που έχουν παρατηρηθεί σε πολλούς ανθρώπους από μελέτες πάνω σε αυτό το αντικείμενο. Αυτό σημαίνει ότι η ικανοποίηση εξαρτάται κατά ένα βαθμό και από τις προσωπικές εμπειρίες του καθενός, οι οποίες έρχονται σε άμεση σχέση με τις ανάγκες του. Η ανάγκη είναι μεταβαλλόμενη έννοια, η οποία με την πάροδο του χρόνου και επηρεαζόμενη από διάφορους παράγοντες δεν παραμένει σταθερή.

Ο Abraham Maslow ανέπτυξε τη θεωρία ιεράρχησης των βασικών ανθρωπίνων αναγκών. Αυτή η θεωρία περιλαμβάνει τις βασικές ανάγκες (π.χ. βιολογικές ανάγκες, την ανάγκη για ασφάλεια, προστασία, αγάπη και εκτίμηση) και τις ανάγκες ανάπτυξης (αυτοπραγμάτωση). Κάθε άτομο πρέπει να ικανοποιεί τις βασικές ανάγκες προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες "υψηλότερου επιπέδου". Η αξιολόγηση και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών αποτελούν προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας (Πολυκανδριώτη Μ., Κουτελέκος Ι., 2013).

Παρακάτω παρατίθεται η πυραμίδα ιεράρχησης των βασικών ανθρωπίνων αναγκών κατά τον Α. Maslow. Στη βάση της παρουσιάζονται οι ανάγκες, οι οποίες είναι σημαντικές για την ζωή- επιβίωση του ατόμου και φτάνοντας προς την κορυφή οι ανάγκες αφορούν την ολοκλήρωση του ανθρώπου μέσω της πλήρους δυνατής ανάπτυξης των προσωπικών του δεξιοτήτων (Πολυκανδριώτη Μ., Κουτελέκος Ι., 2013).

Διάγραμμα 1: Πυραμίδα Ιεράρχησης των Βασικών Ανθρώπινων Αναγκών κατά τον Maslow



2.3 ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ / ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.

Οι διαστάσεις της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν καθορίζονται από διάφορα στοιχεία, τα οποία άλλοτε ο χρήστης είναι σε θέση να κρίνει και άλλοτε όχι. Η διαφορετικότητα, όμως του κάθε ατόμου καθώς και οι προσδοκίες και οι ανάγκες του καθιστούν δύσκολο τον προσδιορισμό αυτών των διαστάσεων στον ιδιαίτερο τομέα της υγείας.

Ωστόσο, μετά από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχουν διαμορφωθεί ορισμένα αντικειμενικά κριτήρια, τα οποία είναι κοινώς αποδεκτά.

Οι πρώτες που ασχολήθηκαν με την κατηγοριοποίηση των συστατικών διαστάσεων της ικανοποίησης ήταν οι Abdellah και Levine το 1965. Οι διαστάσεις χωρίζονται με βάση την (Abdellah F.G et al, 1965) :

- Αποτελεσματικότητα της δομής της φροντίδας
- Επαγγελματικές δεξιότητες
- Ανταπόκριση του προσωπικού
- Αποτέλεσμα της φροντίδας στον ασθενή

Ο Abramowitz και οι συνεργάτες του, το 1987, διατύπωσαν τις παρακάτω διαστάσεις ικανοποίησης (Abramowitz S. et al, 1987) :

- Ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα
- Ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα
- Ικανοποίηση από το βοηθητικό προσωπικό
- Ικανοποίηση από την επάρκεια ενημέρωσης του προσωπικού σχετικά με την ιατρική φροντίδα και θεραπεία

- Ικανοποίηση από την καθαριότητα
- Ικανοποίηση από την ποιότητα του φαγητού
- Ικανοποίηση από το επίπεδο θορύβου
- Ικανοποίηση από το επίπεδο ασφάλειας
- Ικανοποίηση από την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών

Ο Carr-Hill, το 1992, παρουσιάζει επτά διαστάσεις της ικανοποίησης όσον αφορά τον τομέα της υγείας. Ικανοποίηση αναφορικά με την (Carr-Hill, R. A. , 1992) :

- Πρόσβαση
- Επιλογή
- Πληροφόρηση
- Ετοιμότητα
- Ασφάλεια
- Αξία χρημάτων
- Ισότητα

Ο ορισμός των Carey και Seibert, που διαμορφώθηκε το 1993, αναφέρει οκτώ διαστάσεις σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών / ασθενών, που είναι οι παρακάτω (Carey RG et al, 1993) :

- Ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό
- Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό
- Ικανοποίηση αναφορικά με την ευγένεια
- Ικανοποίηση από την ποιότητα του φαγητού
- Ικανοποίηση σχετικά με την καθαριότητα και από το άνετο περιβάλλον
- Ικανοποίηση από τις διαδικασίες εισαγωγής και τον τρόπο χρέωσης
- Ικανοποίηση με βάση τις θρησκευτικές ανάγκες
- Ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της ιατρικής φροντίδας

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα, πραγματοποιήθηκε έρευνα σε ένα δείγμα 100 ασθενών από 14 εξωτερικά ιατρεία 6 νοσοκομείων της Αττικής, από 2 Κέντρα Υγείας, 1 Συμβουλευτικό Σταθμό και 1 υπηρεσία παροχής νοσηλείας στο σπίτι, καλύπτοντας όλο το φάσμα της Π.Φ.Υ., με θέμα «Αξιολόγηση της ποιότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» και παρουσιάστηκε στο 28^ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. Από αυτή την έρευνα διατυπώθηκαν επτά διαστάσεις της ικανοποίησης των χρηστών από την ποιότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. , που είναι οι ακόλουθοι (Ραφτόπουλος Β., 2002) :

- Το ενδιαφέρον του ιατρού και της νοσηλεύτριας
- Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενούς από τον ιατρό και την νοσηλεύτρια
- Φιλικότητα του χώρου του ιατρείου και του προσωπικού απέναντι στον ασθενή
- Τεχνικές δεξιότητες του γιατρού
- Ενσυναίσθηση από τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια
- Εμπιστοσύνη στον γιατρό και τη νοσηλεύτρια
- Αποτελεσματική οργάνωση του ιατρείου

Από τις παραπάνω θεωρίες, οι οποίες είναι ενδεικτικές καθώς αρκετοί μελετητές έχουν ασχοληθεί με αυτό το αντικείμενο έρευνας, προκύπτουν αρκετά κοινά σημεία. Η έννοια

αναφορικά με τις διαστάσεις της ικανοποίησης του χρήστη είναι πολυδιάστατη καθώς ο κάθε αποδέκτης των υπηρεσιών δεν ενδιαφέρεται μονάχα για άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό (ιατρικό- νοσηλευτικό) με κατάλληλες επιστημονικές γνώσεις αλλά δίνει έμφαση και στην συμπεριφορά, προσδοκώντας σεβασμό, εμπιστοσύνη και ενσυναίσθηση. Επίσης μεγάλη σημασία δίνει στις υποδομές, ασφάλεια, εύκολη πρόσβαση και στην αποτελεσματική οργάνωση. Συνεπώς, ο τομέας της υγείας είναι αρκετά σύνθετος και απαιτητικός, χρειάζεται την αμέριστη προσοχή όλων των εμπλεκόμενων και συνεχείς βελτιώσεις .

2.4 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών είναι μία μέτρηση κρίσης. Για να γίνει, όμως μία έρευνα σωστά και η συλλογή των πληροφοριών να είναι επαρκής θα πρέπει να κινείται σε ορισμένα όρια. Αυτά τα όρια διακρίνονται σε (Παπανικολάου Β. , 2007) :

Α) Χρονικά όρια (ο χρόνος που απαιτείται για την υλοποίηση της έρευνας είναι ανάλογος με το εύρος, τις απαιτήσεις, την οργάνωση, κ.α.)

Β) Επιστημονικές μέθοδοι και τεχνικές (κάθε έρευνα πρέπει να γίνεται με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια και μεθόδους)

Γ) Σκοπούς (κάθε έρευνα είναι ένα μέσο για την επίτευξη ενός σκοπού – βοήθεια για τη λήψη μίας απόφασης)

Για τη μέτρηση της ικανοποίησης συνιστάται η χρήση σύνθετα δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις, καθώς και ανοικτές ερωτήσεις που δίνουν τη δυνατότητα στον ερωτηθέντα να αναφέρει χωρίς περιορισμό την άποψή του. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται είτε με τη διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων, είτε τηλεφωνικά, είτε αποστέλλονται ηλεκτρονικά (e-mail). Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες, οι προσωπικές και οι διαμέσου τηλεφώνου συνεντεύξεις επιφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης (Παπαγιαννοπούλου Β. και συν, 2008).

Οι ερωτήσεις θα πρέπει να είναι συγκεκριμένες, απλές και κατανοητές. Με αυτό τον τρόπο θα διευκολύνουν τους συμμετέχοντες και τα αποτελέσματα που θα εξαχθούν θα είναι σαφώς πιο έγκυρα.

Τέλος, χρήσιμο είναι να γίνει ο διαχωρισμός μεταξύ ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων για την μέτρηση ικανοποίησης.

Η ποσοτική μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ορίζεται ως η μέτρηση των ερεθισμάτων, των κρίσεων αξιών και των αντιδράσεων των ασθενών στη εμπειρία της φροντίδας υγείας τους μέσω αριθμητικών αναπαραστάσεων. Η μέτρηση γίνεται μέσω μίας κλίμακας, η οποία κυμαίνεται από το αρνητικό προς το θετικό, από την έντονη διαφωνία στην έντονη συμφωνία. Οι αριθμητικές αξίες αποδίδονται σε κάθε σημείο της κλίμακας. Αυτή είναι η πιο συχνή χρησιμοποιημένη μέθοδος μέτρησης της ικανοποίησης (Παπανικολάου Β., 2007) .

Στην ποιοτική μέτρηση, ο ερευνητής συλλέγει πληροφορίες ζητώντας από τους ασθενείς να διατυπώσουν γραπτά ή να εκφράσουν προφορικά (όπως σε συνεντεύξεις) την άποψή τους για

τα ερεθίσματα, τις κρίσεις αξιών και τις αντιδράσεις τους σε αυτές. Αναπτύσσονται μηχανισμοί σύνθεσης και συστηματικής κωδικοποίησης για την ανάλυση αυτών των δεδομένων. Τα κύρια χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων ερευνών είναι : α) οι απαντήσεις δεν έχουν προκαθορισμένη μορφή, β) τα αποτελέσματα βασίζονται κυρίως στην παρατήρηση, γ) το δείγμα παρόλο που είναι μικρό χρησιμοποιεί μία σε βάθος ανάλυση της συμπεριφοράς των ερωτηθέντων και δ) συνήθως δεν είναι δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων (Παπανικολάου Β., 2007).

2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ / ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Π.Φ.Υ.

Οι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την ικανοποίηση των αποδεκτών των υπηρεσιών Π.Φ.Υ., είναι οι ακόλουθοι (Carr-Hill, R. A. , 1992):

- Η ασθένεια
- Η ηλικία
- Το φύλο
- Οι προσδοκίες των χρηστών
- Το επίπεδο εκπαίδευσης
- Η οικονομική κατάσταση
- Η οικογενειακή κατάσταση
- Η προηγούμενη εμπειρία του χρήστη
- Η σχέση μεταξύ ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού (επαγγελματιών υγείας) με χρήστη των υπηρεσιών υγείας
- Οργανωτικά – λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού
- Περιβάλλον διενέργειας της εξέτασης

Αναλυτικά :

Το *είδος της ασθένειας* αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ικανοποίησης του χρήστη. Όσο σοβαρότερη είναι η ασθένεια τόσο χαμηλότερος είναι ο βαθμός ικανοποίησης. Οι άνθρωποι που αντιλαμβάνονται ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι φτωχή είναι περισσότερο δυσαρεστημένοι από τις υγειονομικές υπηρεσίες διότι συνδέουν την κακή τους υγεία με την υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνουν (Xiao H. et al, 2008). Βέβαια αυτό δεν είναι αντικειμενικό κριτήριο καθώς ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει πρωταρχικό ρόλο.

Όσον αφορά την *ηλικία*, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης σε σχέση με τους νεότερους καθώς με το πέρασμα του χρόνου η ανάγκη των ανθρώπων για ιατρική φροντίδα αυξάνεται, η γνώση πάνω στα ιατρικά θέματα είναι περιορισμένη και έτσι η προσήλωση στις συμβουλές του ιατρού είναι απαραίτητη (Geitona M. et al, 2008).

Αναφορικά με το *φύλο*, από διαπιστώσεις ερευνών, προκύπτει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν τις περισσότερες φορές υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σχέση με τους άντρες (Γεωργούση Ε. και συν, 1994).

Η *σχέση μεταξύ των προσδοκιών του χρήστη και του βαθμού ικανοποίησης* είναι εξίσου σημαντικός και συμπληρωματικός παράγοντας στην συνολική εκτίμηση της κατάστασης. Η

διάγνωση των προσδοκιών των χρηστών οδηγεί σε μη ικανοποιημένους χρήστες (Καϊτελίδου Δ. και συν, 2008)

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι το *επίπεδο εκπαίδευσης*, η *οικονομική κατάσταση* των χρηστών, η *οικογενειακή τους κατάσταση* και γενικότερα η κοινωνικο-οικονομική τους θέση επηρεάζει την άποψή τους σχετικά με την ικανοποίηση. Από έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα το 2009, επιβεβαιώθηκε ότι άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού προφίλ τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Αναγνωστοπούλου Ι. και συν, 2012). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το συγκεκριμένο προφίλ ατόμων έχουν λιγότερες προσδοκίες / απαιτήσεις. Επίσης το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συμβάλει στην μειωμένη γνώση για ιατρικά ζητήματα και κατ' επέκταση σε μειωμένες προσδοκίες από τις υπηρεσίες υγείας.

Η *προηγούμενη εμπειρία του χρήστη* αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ικανοποίησης. Λειτουργεί ως μία «τράπεζα μνήμης» όλων των εμπειριών πάνω σε ένα προϊόν ή υπηρεσία (Παπανικολάου Β., 2007)

Η *σχέση μεταξύ ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού (επαγγελματιών υγείας) με τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας*, το επικοινωνιακό προφίλ που αναπτύσσεται, η από πρόσωπο με πρόσωπο επαφή συμβάλουν σημαντικά στην ικανοποίησή του. Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η γλώσσα του σώματος, ο περιβάλλον χώρος και ο τρόπος ομιλίας προκειμένου να επιτευχθεί ο επιθυμητός στόχος (Βενιού Α. και συν, 2013).

Ένας ακόμα αξιοσημείωτος παράγοντας που σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης του χρήστη από τις υγειονομικές υπηρεσίες είναι τα *οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του κάθε οργανισμού*. Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και τα προβλήματα στην οργάνωση έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη χαμηλότερη αξιολόγηση της διοικητικής υπηρεσίας. Έτσι, η πολυπλοκότητα των διαδικασιών και οι ελλείψεις στον συντονισμό επηρεάζουν τη γνώμη των χρηστών για τις διοικητικές υπηρεσίες και γενικότερα στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών (Πιερράκος Γ. και συν, 2013).

Το *περιβάλλον διενέργειας της εξέτασης* (η καθαριότητα και η διαμόρφωση των χώρων, η ποιότητα και διαθεσιμότητα του τεχνολογικού και του ξενοδοχειακού εξοπλισμού, η ησυχία, ο αερισμός, η θερμοκρασία, η άνεση) καθώς και ο χρόνος αναμονής, ο σεβασμός της προσωπικότητας, η διασφάλιση του απορρήτου, η παροχή κατάλληλων και εξειδικευμένων υπηρεσιών αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας (Καλογεροπούλου Μ., 2011).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η ικανοποίηση των χρηστών είναι έννοια σύνθεση και πολύπλευρη και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι αλληλοσυνδέονται και αλληλοσυμπληρώνονται διαμορφώνοντας άλλοτε θετική και άλλοτε αρνητική εικόνα του χρήστη προς τις υγειονομικές υπηρεσίες. Συνεπώς αυτοί οι παράγοντες, στο σύνολο τους, καθορίζουν το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών.

2.6 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αποζητούν ποιοτικές υπηρεσίες. Οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει με τη σειρά τους να το επιδιώκουν. Με αυτό τον τρόπο

ωφελείται τόσο ο χρήστης, καθώς βελτιώνεται η υγεία του και ικανοποιούνται οι ανάγκες του, όσο και ο ίδιος ο οργανισμός, ο οποίος βελτιώνεται συνεχώς και γίνεται περισσότερο ανταγωνιστικός.

Αρκετές μελέτες που έχουν γίνουν, τονίζουν ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών επιφέρει σημαντικά οφέλη. Τα κοινά χαρακτηριστικά αυτών των μελετών είναι τα κάτωθι :

Τα πιο σημαντικά πλεονεκτήματα που αφορούν τους ίδιους τους χρήστες είναι τα υγειονομικά και ψυχολογικά οφέλη. Τα υγειονομικά οφέλη προκύπτουν από τη γρήγορη διάγνωση, γρήγορη ανάρρωση και αποφυγή επιπλοκών που οδηγούν σε αυξημένο κόστος. Αυτά με τη σειρά τους δημιουργούν ψυχολογικά οφέλη, τα οποία είναι απαραίτητα για μία επιτυχή θεραπεία (Μπαλάσκα Δ. και συν, 2015).

Οι πληροφορίες που αποκομίζει κάθε οργανισμός από την μέτρηση ικανοποίησης και η σωστή χρήση τους δημιουργεί αρκετά οφέλη για τον ίδιο τον πάροχο υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την Παπανικολάου Β. στο βιβλίο της με τίτλο *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας – Αρχές – Μέθοδοι και Εφαρμογές* «η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει το ηθικό των εργαζόμενων, να διακρίνει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας, να διευκολύνει τη διαδικασία αξιολόγησης των δραστηριοτήτων, να βελτιώσει την ποιότητα περίθαλψης και εάν χρησιμοποιηθεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να γίνει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής μάνατζμεντ για τους οργανισμούς της φροντίδας υγείας».

Τέλος και συμπληρωματικά με τα παραπάνω, ο Μερκούρης Α. στη διδακτορική του διατριβή με τίτλο *Η ικανοποίηση του αρρώστου- κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών σχετικά με τα οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης* αναφέρει τα εξής :

- ✓ Η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και μειωμένο χρόνο νοσηλείας. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα της καλύτερης αλληλεπίδρασης ασθενούς – λειτουργού υγείας σε πολλά επίπεδα. Μπορεί επίσης να οφείλεται στο αίσθημα εμπιστοσύνης και απορρέουσας συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες που πηγάζει από την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης, λόγω της συμμετοχής των ασθενών με την έκφραση της άποψής τους.
- ✓ Η ικανοποίηση των ασθενών δίνει στο προσωπικό πληροφορίες για τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους, για προβληματικές περιοχές της φροντίδας ή ακόμα για την επιτυχία ή όχι των συστημάτων οργάνωσης της φροντίδας. Έτσι το προσωπικό αξιοποιώντας αυτές τις πληροφορίες κάνει διαρθρωτικές παρεμβάσεις που βελτιώνουν τη φροντίδα υγείας και την κατάσταση των ασθενών αυξάνοντας την ικανοποίησή τους.
- ✓ Η μέτρηση της ικανοποίησης είναι εξίσου σημαντική για τους διευθυντές, τα διοικητικά συμβούλια και όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω του έντονου ανταγωνισμού. Έτσι αξιοποιώντας τις πληροφορίες από τις απόψεις των ασθενών και τα παράπονά τους, τους δίνεται μία δεύτερη ευκαιρία να κάνουν τα πράγματα σωστά. Αξιολογούν, επιβραβεύουν και ενισχύουν το ηθικό του προσωπικού.
- ✓ Η μέτρηση της ικανοποίησης, στον ιδιωτικό τομέα, μπορεί να προσελκύσει περισσότερους «πελάτες».

Συνεπώς, η γνώση της άποψης των χρηστών είναι σημαντική τόσο για την πορεία της υγείας του ίδιου του χρήστη και όσο και για την ορθή λειτουργία του οργανισμού αλλά όχι

καθοριστική. Η μέτρηση της ικανοποίησης συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας, αποτελεί συμπληρωματικό όμως στοιχείο καθώς η υποκειμενικότητα που έχει η ικανοποίηση, δεν μπορεί να επηρεάσει απόλυτα την λήψη αποφάσεων, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικές και τεκμηριωμένες μεθόδους, και εν συνεχεία τον προσδιορισμό της ποιότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

3.1 ΑΣΘΕΝΗΣ - ΝΟΣΟΣ

Ο ρόλος του ασθενούς σε μία μονάδα υγείας αποτελεί σημαντικό σημείο ενδιαφέροντος και αξίζει να μελετηθεί για διάφορους λόγους.

Για να γίνει, όμως, κατανοητός ο ρόλος του είναι απαραίτητο αρχικά να διασαφηνισθεί ο όρος «ασθενής – νόσημα».

Το «νόσημα» αποτελεί διαταραχή της υγείας που οφείλεται σε παροδική κυτταρική βλάβη και εκφράζει τη νοσηρή διαδικασία, έχει δηλαδή έναρξη, διάρκεια και πέρασ (Σπάρος Λ., 2001).

Η αναγνώριση της νόσου από το άτομο βασίζεται στην εμπειρία των συμπτωμάτων. Δηλαδή στις πεποιθήσεις και τις ιδέες που το άτομο έχει σχηματίσει για τα συμπτώματα αυτά, ενώ πολιτιστικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν ένα σύμπλεγμα που επιδρά πάνω στο άτομο και διαμορφώνει τις πεποιθήσεις του όσον αφορά τα συμπτώματα και τις αντιλήψεις του για την υγεία και τη νόσο (Λιονής Χ και συν, 2015).

Ο ασθενής, το υποκείμενο, είναι ο άνθρωπος εκείνος όπου μετά την αναγνώριση των συμπτωμάτων αποδέχεται τον συγκεκριμένο ρόλο. Είναι ένας παροδικός ρόλος κατά τον οποίο το άτομο αναζητά λύσεις για να ξεπεράσει αυτήν την κατάσταση (Λιονής Χ και συν, 2015).

Από την εξέταση αυτού του ρόλου απορρέουν και επιπλέον θέματα αναφορικά με τον ασθενή. Τα δικαιώματα και υποχρεώσεις που ο ίδιος έχει, τα οποία σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του. Επιπλέον, προσδιορίζεται η σχέση του με τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, ο ασθενής, στο επίκεντρο μίας μονάδας υγείας μπορεί να διαμορφώσει και ένα νέο μοντέλο διαχείρισης και να καθορίσει τον χαρακτήρα της.

3.2 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ / ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγεία θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Έχει κατοχυρωθεί σε σύμφωνα και συμβάσεις των διεθνών οργανισμών, στον χάρτη θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο Σύνταγμα της Ελλάδας και στην ελληνική νομοθεσία. Συνεπώς, όλοι ανεξαρτήτως οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα στην υγεία (www.moh.gov.gr).

Σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία, τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο σύστημα υγείας (ισχύουν βέβαια και στον ιδιωτικό τομέα) είναι τα ακόλουθα (Νόμος 2071/1992 άρθρο 47, ΦΕΚ 123Α , www.moh.gov.gr) :

- Δικαίωμα πρόσβασης σε ποιοτικές και ασφαλείς υπηρεσίες υγείας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του.
- Δικαίωμα παροχής υπηρεσιών υγείας με σεβασμό στην αξιοπρέπεια, την ελευθερία και στην ασφάλεια του. Αυτό δεν αναφέρεται μόνο στην εν γένει άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής, αλλά αφορά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση καθώς και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

- Δικαίωμα συναίνεσης. Ο ασθενής/ λήπτης υπηρεσιών υγείας έχει δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν.
- Δικαίωμα πλήρους ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας του και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της κατάστασης του ώστε να μπορέσει να πάρει αποφάσεις για την μετέπειτα ζωή του.
- Δικαίωμα πλήρους ενημέρωσης για τυχόν κινδύνους που ενδέχεται να προκύψουν από διαγνωστικές ή θεραπευτικές πρακτικές. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών πραγματοποιείται ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ασθενούς, η οποία μπορεί να ανακληθεί από τον ίδιο ανά πάσα στιγμή.
- Δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικότητας. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, είναι απαραίτητα.
- Δικαίωμα σεβασμού στις θρησκευτικές και ιδεολογικές πεποιθήσεις του ασθενούς.
- Δικαίωμα διαμαρτυρίας για οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη που πραγματοποιείται σε μονάδα παροχής υγείας.

3.3 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και η διασφάλιση της ιδιωτικότητας αποτελούν θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Νόμοι, αρχές, κανονισμοί και οδηγίες έχουν θεσπιστεί τόσο σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο όσο και σε διεθνές με σκοπό να υποστηρίξουν και να προστατεύσουν πλήρως αυτό το δικαίωμα.

Αρχικά, χρήσιμο είναι να δοθούν οι ορισμοί που αφορούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και τη διάκρισή τους στα ευαίσθητα δεδομένα.

Ως «Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα» ορίζεται κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο υποκείμενο των δεδομένων. (Νόμος 2472/1997, ΦΕΚ 50Α)

«Ευαίσθητα δεδομένα» ορίζονται τα δεδομένα εκείνα που αφορούν στη φυλετική ή εθνική προέλευση, στα πολιτικά φρονήματα, στις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, στη συμμετοχή σε συνδικαλιστική οργάνωση, στην υγεία, στην κοινωνική πρόνοια και στην ερωτική ζωή, στα σχετικά με ποινικές διώξεις ή καταδίκες, καθώς και στη συμμετοχή σε συναφείς με τα ανωτέρω ενώσεις προσώπων. (Νόμος 2472/1997, ΦΕΚ 50Α)

Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας και η παγκοσμιοποίηση δημιούργησαν επιτακτική ανάγκη την αναθεώρηση του Γενικού Κανονισμού για την προστασία δεδομένων με σκοπό την αυστηρή εφαρμογή του .

Για τον παραπάνω λόγο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης εξέδωσαν τον κανονισμό 2016/679 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών καθώς και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/EK (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων). Τα κυριότερα σημεία αυτού του κανονισμού είναι τα κάτωθι (Κανονισμός 2016/679, 95/46ΕΚ) :

- Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν. Οι αρχές και οι κανόνες για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα τους θα πρέπει, ανεξάρτητα από την ιθαγένεια ή τον τόπο διαμονής τους, να σέβονται τα θεμελιώδη δικαιώματα και τις ελευθερίες τους, ιδίως το δικαίωμά τους στην προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (Κανονισμός 2016/679, 95/46ΕΚ).
- Δίδεται έμφαση στην ελεύθερη κυκλοφορία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Η κυκλοφορία των δεδομένων δεν απαγορεύεται ούτε περιορίζεται όταν αφορά την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Επίσης δεν περιορίζεται η έρευνα, οι ανώνυμες στατιστικές δημοσιεύσεις και μελέτες (Τσαντίλας Π. και συν, 2019).
- Υποχρεωτικός είναι ο ρόλος και η εγκατάσταση του υπευθύνου επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων (DPO) σε επιχειρήσεις και αρχές που κατά κύριο λόγο διαχειρίζονται και επεξεργάζονται προσωπικά δεδομένα. Υποχρεωτικός είναι και ο ρόλος αυτού του υπευθύνου στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία (Κανονισμός 2016/679, 95/46ΕΚ).
- Ο ρόλος του υποκειμένου ενδυναμώνεται. Το δικαίωμα της συγκατάθεσης, πρόσβασης του υποκειμένου στα δεδομένα του, το δικαίωμα φορητότητας και λήθης καθώς και η ειδική προστασία των ανηλίκων αποτελούν νέα σημεία αυτού του κανονισμού (Τσαντίλας Π. και συν, 2019).
- Κατάργηση γνωστοποιήσεων στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Τσαντίλας Π. και συν, 2019).
- Κώδικες Δεοντολογίας και Μηχανισμοί Πιστοποίησης αποτελούν σημαντικά σημεία στην προστασία των προσωπικών δεδομένων. (Τσαντίλας Π. et al, 2019)
- Διεύρυνση των ευαίσθητων δεδομένων με γενετικά και βιομετρικά δεδομένα (Τσαντίλας Π. και συν, 2019).
- Αρχείο καταγραφής δραστηριοτήτων (Τσαντίλας Π. και συν, 2019).

Τέλος, όσον αφορά την προστασία της υγείας του ασθενούς / χρήστη υπηρεσιών υγείας το άρθρο 5 – παράγραφος 5 του Συντάγματος ορίζει :

«Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων».

Για επιτευχθεί αυτό χρειάζεται πλήρης ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.

3.4 Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ / ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ασφάλεια των ληπτών υπηρεσιών υγείας είναι μία βασική διάσταση των ποιοτικών χαρακτηριστικών ενός οργανισμού, δηλαδή για θεωρηθεί ότι ένας οργανισμός προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες θα πρέπει να δίνει έμφαση και στην ασφάλεια του ασθενούς/ χρήστη. Στις μέρες μας η ασφάλεια στην παρεχόμενη φροντίδα αποτελεί πρόκληση όλων των οργανισμών, αφού η παρουσία σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων είναι συχνή.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως «ασφάλεια των ασθενών ορίζεται η πρόληψη των σφαλμάτων και των δυσμενών επιδράσεων στους ασθενείς που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη».

Τα νοσοκομεία σήμερα παρόλο που συνδυάζουν υπερσύγχρονες τεχνολογίες, με τη βοήθεια των οποίων σώζονται ζωές, παράλληλα αποτελούν και απειλή για τη ζωή λόγω δυνητικών σφαλμάτων που προκύπτουν. Ως σφάλμα ορίζεται η αποτυχημένη ολοκλήρωση μιας σχεδιασμένης πράξης ή η χρήση ενός λανθασμένου σχεδίου για την πραγματοποίηση ενός στόχου. Σημαντικές έρευνες σε διάφορες χώρες έδειξαν ότι η φροντίδα υγείας δεν είναι ούτε όσο ασφαλής θα έπρεπε, αλλά ούτε και όσο θα μπορούσε (Μοιρασγεντή Μ. και συν, 2018).

Μερικά αίτια πρόκλησης ιατρικών λαθών είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων, η ελλιπής έρευνα και εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού καθώς και η ανασφάλεια και απροσεξία των ιατρών. Αυτά με τη σειρά τους έχουν αρνητικές επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς όσο και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε κάθε επίπεδο (ηθικό, επαγγελματικό, οικονομικό). Επιπλέον επηρεάζουν κατ'επέκταση αρνητικά και τα συστήματα υγείας (Παναγιώτου Α., 2015).

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε κομμάτι παροχής υγειονομικής περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, φροντίδας της κοινότητας, στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα καθώς και σε έκτακτη ή χρόνια φροντίδα). Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες προκαλούν ταλαιπωρία και δυσχέρεια στον ίδιο τον ασθενή/ χρήστη των υπηρεσιών καθώς και στην οικογένειά του αλλά ταυτόχρονα επιβαρύνεται με υψηλό οικονομικό κόστος και ο εκάστοτε οργανισμός παροχής φροντίδας (www.euro.who.int).

Τα ιατρικά σφάλματα θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής (Leape LL et al, 1993) :

- Διαγνωστικά λάθη : Αναφέρονται κυρίως στην λάθος διάγνωση, η μη εφαρμογή των οδηγιών του πρωτοκόλλου καθώς και η χρήση ξεπερασμένων μεθόδων.
- Θεραπευτικά λάθη : Παρατηρούνται κατά την φροντίδα υγείας του ασθενούς όπως είναι τα σφάλματα κατά την χορήγηση μίας θεραπείας ή καθυστέρηση της, σφάλμα στη δόση ή χορήγηση ενός φαρμάκου και ακατάλληλη φροντίδα.
- Λάθη κατά την πρόληψη : Σε αυτή την κατηγορία θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν η απουσία προληπτικής θεραπείας ή η ανεπαρκής παρακολούθηση κατά την θεραπεία.
- Άλλα : Αυτή είναι μια κατηγορία στην οποία τοποθετούνται οι εξωτερικοί παράγοντες, αυτοί δηλαδή που δεν σχετίζονται μόνο με τον ιατρό αλλά συμβάλουν στην ιατρική πράξη. Τα λάθη δηλαδή οφείλονται από τον ακατάλληλο ή ανεπαρκή εξοπλισμό, από την αστοχία του συστήματος, κτλ

Σύμφωνα με το μοντέλο του Donabedian, η μη ασφαλής παροχή φροντίδας υγείας μπορεί να οφείλεται στα κάτωθι (www.who.int) :

- Δομικοί Παράγοντες : Όλα αυτά που σχετίζονται με την οργάνωση και διοίκηση μίας μονάδας υγειονομικής φροντίδας, με το ανθρώπινο δυναμικό (ελλιπής εκπαίδευση, στρες, κόπωση) καθώς και με τον τεχνολογικό εξοπλισμό.

- Διαδικασίες : Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα ιατρικά λάθη που αναλύθηκαν παραπάνω, όπως λάθος διάγνωση, μερική ή ανύπαρκτη θεραπευτική παρακολούθηση, η λάθος χορήγηση θεραπείας ή φαρμάκου.
- Αποτελέσματα : Παρατηρούνται όσα σχετίζονται από το αποτέλεσμα μίας θεραπείας, αυτά δηλαδή που προκαλούν αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία του θεραπευμένου, όπως λοιμώξεις, ανεπιθύμητα αποτελέσματα λόγω ιατρικών λαθών ή τεχνικών μέσων.

Η υγεία, όμως, είναι ένας τομέας ευαίσθητος όπου τα λάθη δεν συγχωρούνται και η αιτιολογία ότι τα λάθη είναι «ανθρώπινα» δεν μετρά καθόλου. Για το λόγο αυτό η κουλτούρα ασφαλείας κάθε οργανισμού παροχής φροντίδας υγείας θα πρέπει να είναι πρωταρχικής σημασίας ζήτημα.

Τα σφάλματα είναι δαπανηρά τόσο για τον ίδιο λήπτη φροντίδας υγείας όσο και για τους ίδιους τους επαγγελματίες. Οι μεν έχουν βλάβες στην υγεία τους με σκοπό να μην είναι ικανοποιημένοι και να χάνουν την εμπιστοσύνη τους και προς τον ίδιο τον ιατρό και προς το σύστημα υγείας. Οι δε είναι λήπτες αυτών των επιπτώσεων, έτσι ώστε να γίνονται αναξιόπιστοι (Kohn LT et al, 1999).

Λόγω αυτών των προβλημάτων που είχαν παρατηρηθεί σε πολλές χώρες της Ευρώπης, στο πλαίσιο του προγράμματος για την Δημόσια Υγεία στην Ευρώπη και αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών δημιουργήθηκε το πρόγραμμα SIMPATIE (Safety Improvement for Patients in Europe). Για το έργο αυτό συστάθηκε ομάδα εμπειρογνομόνων, επαγγελματιών υγείας, πανευρωπαϊκά δίκτυα οργανώσεων καθώς και άλλοι εμπλεκόμενοι φορείς με σκοπό τη δημιουργία κοινού ευρωπαϊκού λεξιλογίου – ορολογίας, δεικτών, εσωτερικών και εξωτερικών μέσων ώστε να βελτιωθεί η ασφάλεια στην υγειονομική περίθαλψη. Με τη δημιουργία αυτού του έργου συγκεντρώνονται πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών και εφαρμόζονται κοινά εργαλεία και στρατηγικές για την επίτευξη του στόχου, για πρώτη φορά δηλαδή καθορίστηκε ένα πλαίσιο για την ασφάλεια των ασθενών. Το σχέδιο SIMPATIE στοχεύει στη διευκόλυνση της ελεύθερης κυκλοφορίας προσώπων και υπηρεσιών με την ανάπτυξη κοινής προσέγγισης σε επίπεδο ΕΕ και διαφάνειας στη μεθοδολογία σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό βέβαια αποτελεί πρόκληση και για κάθε μεμονωμένο οργανισμό παροχής υγειονομικής φροντίδας, καθώς τον κάνει πιο ανταγωνιστικό αλλά του δίνει και την δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες αυτές για να βελτιώσει τις υπηρεσίες που παρέχει με κύριο στόχο την ασφάλεια του ασθενούς/ χρήστη (SIMPATIE, 2006).

Για την αντιμετώπιση των ιδίων προβλημάτων η κυβέρνηση Κλίντον το 2000 διέθεσε 50εκ.δολάρια στην Υπηρεσία Έρευνας και Ποιότητας της Υγείας - AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) , με σκοπό την εξεύρεση νέων στρατηγικών για την μείωση των ιατρικών σφαλμάτων. Κάποια από τα επιτεύγματα της, τα οποία εξελίσσονται συνεχώς, είναι τα ακόλουθα (Kohn LT et al, 1999) :

- ✓ Ανάπτυξη νέων τεχνολογιών για την μείωση των ιατρικών σφαλμάτων.
- ✓ Υποστήριξη πολυεπιστημονικών ερευνητικών, που θα καθορίσουν τις αιτίες των ιατρικών λαθών και θα αναπτύξουν νέες γνώσεις για την επίτευξη του στόχου.
- ✓ Σχέση περιβάλλοντος περίθαλψης και παρόχων με σκοπό την ελαχιστοποίηση των λαθών.

- ✓ Χρηματοδότηση ερευνητών και οργανισμών για την ανάπτυξη νέων εφαρμογών για την βελτίωση της εκπαίδευσης των παρόχων.

Ως λύσεις αυτού του προβλήματος θα μπορούσαν να θεωρηθούν η σωστή και συνάμα κατάλληλη ηγεσία, η υψηλή προτεραιότητα και οι απαιτούμενοι πόροι. Η εφαρμογή ασφαλών πρακτικών συμβάλουν με τη σειρά τους στην μείωση της πιθανότητας των ανεπιθύμητων ενεργειών. Η εκπαίδευση, όμως αποτελεί, ίσως τον σημαντικότερο παράγοντα στην λύση αυτού του προβλήματος. Η αλλαγή κουλτούρας των παρόχων υγείας με την εστίασή τους στην ασφάλεια του ασθενούς απαιτεί κατάλληλες δεξιότητες και γνώσεις μέσω μίας συστηματικής εκπαίδευσης. Αυτή η εκπαίδευση περιλαμβάνει αναγνώριση όλων όσων σχετίζονται με την ασφάλεια του ασθενούς με σκοπό οι επαγγελματίες υγείας να έχουν την πρόποσα κουλτούρα ασφάλειας και τη δημιουργία των κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης. Δεν αρκεί μόνο η σωστή επιστημονική γνώση των παρόχων υγείας. Η εκπαίδευση τους θα πρέπει να περιλαμβάνει την ανάπτυξη δομών συνεχούς συστηματικής αξιολόγησης και θετικής ανάδρασης, τη διεπαγγελματική συνεργασία και ομαδική λειτουργία. (Μοιρασγεντή Μ. και συν, 2018)

Τέλος, οι ίδιοι οι οργανισμοί παροχής υγειονομικής φροντίδας θα πρέπει πρώτα να εντοπίζουν τα ιατρικά σφάλματα που συμβαίνουν, να κατηγοριοποιούν αυτά τα λάθη, να εξετάζουν τις διαδικασίες που σχετίζονται με αυτά ώστε να επαναληφθούν αυτές οι κακές πρακτικές (Leape LL et al, 1998).

3.5 Η ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας, με την πάροδο του χρόνου και παρατηρώντας τις ανάγκες των ασθενών / χρηστών, αναζητούν συνεχώς λύσεις και νέες μεθόδους ώστε να βελτιώσουν τις υπηρεσίες τους. Ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ένας νέος τρόπος για ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που στο επίκεντρό της βρίσκεται ο άνθρωπος.

Πιο συγκεκριμένα, τον Μάιο του 2016 στην Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας εγκρίθηκε το πλαίσιο για ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας έχοντας στο επίκεντρο τον άνθρωπο, IPCHS – Integrated People-Centered Health Services. Αυτό το πλαίσιο έχει τη δυνατότητα να εφαρμοστεί παγκοσμίως. Δίνει την δυνατότητα σε όλους τους ανθρώπους να λαμβάνουν υπηρεσίες οι οποίες συντονίζονται γύρω από τις ανάγκες τους με σεβασμό, είναι ασφαλείς, έγκυρες προσιτές και ποιοτικές (www.who.int)

Έτσι, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών υγείας σημαίνει ότι «οι άνθρωποι και οι κοινότητες, όχι οι ασθένειες, βρίσκονται στο επίκεντρο των συστημάτων υγείας και ενδυναμώνουν τους ανθρώπους να έχουν ενεργό ρόλο στη δική τους υγείας αντί να είναι παθητικοί αποδέκτες των υπηρεσιών».

Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην υγεία είναι απαραίτητη για τους παρακάτω λόγους (www.who.int) :

- ✓ Ισονομία στην πρόσβαση : Δυνατότητα πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για όλους ανεξαρτήτως, όποτε και όπου τις χρειάζονται.

- ✓ Ποιότητα : Ασφαλής, αποτελεσματική και έγκαιρη φροντίδα που ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ανθρώπων και βρίσκεται στα υψηλότερα δυνατά ποιοτικά πρότυπα.
- ✓ Ανταπόκριση και συμμετοχή : Η φροντίδα καθορίζεται από τις ανάγκες των ανθρώπων, σέβεται τις προτιμήσεις τους και επιτρέπει την συμμετοχή τους στα θέματα υγείας που τους απασχολούν.
- ✓ Αποδοτικότητα : Οι υπηρεσίες παρέχονται στο οικονομικά αποδοτικότερο περιβάλλον, με τη σωστή ισορροπία μεταξύ της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης και φροντίδας των ασθενών αποφεύγοντας της επικάλυψη και την κατασπατάληση πόρων.
- ✓ Ανθεκτικότητα : Ενίσχυση της ικανότητας των φορέων, των θεσμών και των πληθυσμών στον τομέα της υγείας ώστε να είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν αποτελεσματικά σε κρίσεις της δημόσιας υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ.)

4.1 ΕΝΝΟΙΑ – ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η παλαιότερη μορφή ιατρικής φροντίδας, ακόμα και πριν την δημιουργία των νοσοκομειακών μονάδων, ήταν η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Από την αρχαιότητα κιόλας ο ιατρός παρείχε τις υπηρεσίες του στους πολίτες είτε δωρεάν είτε αμειβόμενος από ειδικό τέλος το οποίο κατέβαλλαν οι πολίτες, αναλόγως με τους θεσμούς που είχε η κάθε πολιτεία. Ως εξωνοσοκομειακός τομέας παροχής υγειονομικής φροντίδας αποτέλεσε την κύρια συνιστώσα των συστημάτων υγείας κατά το μεγαλύτερο μέρος της ιστορίας της ιατρικής (Τούντας Γ., 2008).

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) καθιερώθηκε για πρώτη φορά και επίσημα στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978 στην διεθνής διάσκεψη στην Alma – Ata, που διοργανώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO). Το διεθνές συνέδριο που συνήλθε εξέφρασε την επιτακτική ανάγκη δράσης για προώθηση της υγείας σε όλους ανεξαρτήτως τους ανθρώπους του κόσμου. Στην διάσκεψη επιβεβαιώθηκε αρχικά ότι η *Υγεία*, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, θεωρείται θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη ενός υψηλού επιπέδου υγείας αποτελούσε τον σημαντικότερο κοινωνικό στόχο. Η καθολική πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες υγείας ήταν μείζον θέμα, καθώς η μεγάλη ανισότητα σχετικά με την υγειονομική φροντίδα μεταξύ των αναπτυγμένων και των αναπτυσσόμενων χωρών αλλά και των έντονων οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων που υπήρχαν έκανε πιο έντονο αυτό το χάσμα. Με αυτό τον τρόπο η προαγωγή και η προστασία της υγείας του λαού θεωρήθηκε υψίστης σημασίας ζήτημα (Alma–Ata, 1978).

Ως εκ τούτου, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη ήταν το κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου. Έτσι λοιπόν, σε αυτή την συνδιάσκεψη διατυπώνεται και ο ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με βάση αυτόν η *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* είναι η βασική υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε επιστημονικά ορθές πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες είναι καθολική για τα άτομα και τις οικογένειές τους. Η φροντίδα παρέχεται με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της διατηρώντας την αυτοδυναμία και την αυτοδιάθεσή της. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας της κάθε χώρας και είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας αυτό το σύστημα όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μία συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας (Alma–Ata, 1978).

Η συνδιάσκεψη στην Alma –Ata το 1978 σηματοδότησε την έναρξη για μια σειρά συζητήσεων που σχετίζονταν με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την περαιτέρω ανάπτυξη της. Σημαντική εξέλιξη είναι οι στόχοι που τέθηκαν στην 34^η Σύνοδο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1981, στην οποία αναπτύσσεται ο φιλόδοξος στόχος «Υγεία για όλους έως το 2000». Εδώ δίνεται έμφαση στην προαγωγή, πρόληψη της υγείας, στις συμπεριφορές των ατόμων και το εξωτερικό περιβάλλον. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται ο ρόλος της Π.Φ.Υ. Το 2008 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνεχίζει να ενδυναμώνει το ρόλο της Π.Φ.Υ. με την αναμόρφωση των συστημάτων υγείας υποδεικνύοντας παρεμβάσεις προς την καθολική κάλυψη του πληθυσμού και της ανθρωποκεντρικής οργάνωσης των

υπηρεσιών. Με την πάροδο του χρόνου φαίνεται ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την Π.Φ.Υ. Στηρίζεται στην αποκέντρωση των οργανωτικών δομών του συστήματος, στην ενεργητική συμμετοχή του ίδιου του πολίτη στην πρόσβαση σε υπηρεσίες και στην απόφαση, τελικά, για την υγεία του. Βασίζεται ακόμα και στην συντονισμένη δράση πολλών ακόμα τομέων της κοινωνικής οργάνωσης προωθώντας την «συνέχεια» στη φροντίδα υγείας (Σουλιώτης Κ., 2014).

4.2 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα σύστημα για να είναι αξιόπιστο, αποτελεσματικό και να έχει διάρκεια στο χρόνο θα πρέπει να διέπεται από κάποιες βασικές και γενικά αποδεκτές αρχές.

Η Π.Φ.Υ., ανεξαρτήτως συστήματος, στηρίζεται στις κάτωθι αρχές (Τούντας Γ., 2008) :

- Να είναι προσβάσιμη: Χρήση των υπηρεσιών από όλους χωρίς εμπόδια.
- Να είναι συνεχής : Συνέχεια και συνέπεια στην παροχή φροντίδας υγείας και όχι αποσπασματική παροχή.
- Να είναι διαθέσιμη: Όλο το 24ωρο
- Να είναι αποδεκτή: Να είναι σύμφωνη με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται, να συνάδει δηλαδή με τα ήθη και τα έθιμα καθώς και με τις προσδοκίες των χρηστών.
- Να είναι ολική: Να περιλαμβάνει, δηλαδή, δράσεις σχετιζόμενες τόσο με την σωματική όσο και με την ψυχική και κοινωνική διάσταση της υγείας. Να παρέχει ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών συμπεριλαμβανόμενων των τομέων πρόληψης, περίθαλψης και φροντίδας.

Για να μπορέσουν όμως να εφαρμοστούν οι παραπάνω αρχές προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στην οργάνωση – χωροθέτηση των δομών - υπηρεσιών ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας των πολιτών. Οι δομές Π.Φ.Υ. προσανατολίζονται στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ευθύνη τους, στην ανάπτυξη παρεμβάσεων για αλλαγή στην συμπεριφορά των ασθενών (αύξηση φυσικής δραστηριότητας, διακοπή καπνίσματος, κτλ), στην ενδυνάμωση της ευαισθητοποίησης των πολιτών σε θέματα σχετικά με την υγεία και την ανάπτυξη συμμαχιών με άλλες δομές (Σουλιώτης Κ., 2014).

Ο ρόλος, όμως, της ΠΦΥ ως «πρώτου σημείου» επαφής με την επαγγελματική φροντίδα, που εκτός από γιατρός μπορεί είναι οποιοσδήποτε άλλος επαγγελματίας υγείας, είναι το βασικό χαρακτηριστικό της (Τούντας Γ., 2008). Η σωστή εφαρμογή του θεσμού της ΠΦΥ θέτει ισχυρούς φραγμούς ως προς την πρόσβαση στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, δηλαδή τα νοσοκομεία. Ο γενικός ιατρός είναι ο «φύλακας» που κάνει αυτό τον διαχωρισμό και η θέση του στους φορείς της ΠΦΥ είναι καθορισμός διότι: α) παρέχει σε πρώτο βαθμό τις αναγκαίες υπηρεσίες που τις περισσότερες φορές είναι επαρκείς (καλύπτοντας περίπου το 80% των ασθενών) και έτσι «προστατεύει» το σύστημα από άσκοπες και δαπανηρές νοσοκομειακές υπηρεσίες, καθώς και β) διαμορφώνει, όταν κρίνεται απαραίτητο, το ενδεδειγμένο προφίλ περίθαλψης που θα ακολουθήσει ο ασθενής στις επόμενες βαθμίδες και μονάδες υγείας (Τούντας Γ., 2008).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ο ρόλος της ΠΦΥ είναι καθοριστικής σημασίας ζήτημα στον υγειονομικό τομέα. Ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας προς αυτήν την κατεύθυνση και η αναγκαιότητα εφαρμογής της σχετίζεται με τις ανάγκες που εμφανίζονται στις

σύγχρονες κοινωνίες. Η ΠΦΥ καλύπτει ένα σύνολο χαρακτηριστικών: «χαμηλές δαπάνες για την φροντίδα, υψηλή ικανοποίηση από τον πληθυσμό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων» (Σουλιώτης Κ. και συν, 2013) . Με αυτό τον τρόπο παρατηρούνται οφέλη οικονομικά (περιορισμός στην χρήση των πόρων – χαμηλές δαπάνες), κοινωνικά (καλύτερο επίπεδο υγείας) και ατομικά (ικανοποίηση τόσο από την πλευρά των παρόχων όσο και από την πλευρά των αποδεκτών των υπηρεσιών υγείας).

4.3 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας θεωρείται μεικτό, ανήκει στα συστήματα υγείας της Νότιας Ευρώπης. Πιο συγκεκριμένα, «μετά την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ) το 1983, εντάχθηκε στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge» (Τούντας Γ.,2008), όπου σύμφωνα με αυτό το μοντέλο το σύστημα υγείας είναι ενιαίο, δημόσιο, η χρηματοδότηση είναι κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και η Π.Φ.Υ. είναι ενταγμένη στο Ε.Σ.Υ. Εκτός όμως από το Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα σημαντικό ρόλο παίζει τόσο ο ιδιωτικός τομέας όσο και η κοινωνική ασφάλιση. Συνεπώς, το μεικτό σύστημα θεωρείται περισσότερο αντιπροσωπευτικό για την Ελλάδα.

Η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα είναι κατακερματισμένη, παρέχεται δηλαδή από διάφορες δομές, οι οποίες με την πάροδο του χρόνου και με τις νομοθετικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τακτά χρονικά διαστήματα, αλλάζουν μορφή χωρίς να μπορεί να επιτευχθεί όμως μία μόνο δομή πρόσβασης.

Μέχρι την δημιουργία του Π.Ε.Δ.Υ. και την ενοποίηση των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης σε Ε.Ο.Π.Υ.Υ., η Π.Φ.Υ παρέχονταν μέσω των ακόλουθων δομών (Altanis P., 2008):

- Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.): κέντρα υγείας σε αγροτικές περιοχές, κέντρα υγείας αστικού – ημιαστικού τύπου, εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και σε μικρότερο βαθμό από τους ασφαλιστικούς φορείς.
- Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης: Πολυϊατρεία και πολυκλινικές, τα οποία λειτουργούν και χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των ασφαλισμένων του εκάστοτε ταμείου.
- Υπηρεσίες Τοπικής Αυτοδιοίκησης: δημοτικά ιατρεία, τα οποία χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Ιδιωτικός Τομέας: ιδιώτες γιατροί, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών, διαγνωστικά κέντρα, τα οποία χρηματοδοτούνται κυρίως από εισφορές ιδιωτών ή άλλα μέσα που αφορούν την ιδιωτική ασφάλιση.

Ο νόμος 3918/2011 συγχώνευσε τα 4 βασικά Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης σε έναν Οργανισμό, ο οποίος ονομάζεται Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) και στην συνέχεια ενσωματώθηκαν και τα υπόλοιπα μικρότερα ταμεία. (Athanasiadis A, et al, 2015). Με τον νόμο 4238/2014 εμφανίζεται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας - Π.Ε.Δ.Υ (Νόμος 4238/2014, ΦΕΚ 38Α/2014). Το Π.Ε.Δ.Υ. είναι υπεύθυνο για το Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα και συντονίζεται από τις 7 Υ.Π.Ε. (Δομάγερ Φ.-Ρ. και συν, 2016)

Συνεπώς, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από τις ακόλουθες δομές (Δομάγερ Φ.-Ρ. και συν, 2016) :

- Πολυϊατρεία και μονάδες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Περιφερειακά αγροτικά ιατρεία και κέντρα υγείας αγροτικού τύπου.
- Εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.
- Συμβαλλόμενοι ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι.
- Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Συμπληρωματικά, παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης προσφέρουν οι Μ.Κ.Ο. (Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις), οι κοινωνικές δομές των δήμων (ιατρεία και φαρμακεία), τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». (Δομάγερ Φ.-Ρ. και συν, 2016)

Το 2017 εμφανίζεται μία βασική καινοτομία στην παροχή Π.Φ.Υ. με την δημιουργία των ΤοΜΥ, η οποία θα αναλυθεί παρακάτω.

4.4 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ελλάδα εμφανίζεται επίσημα με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Με την πάροδο του χρόνου γίνονται συνεχώς νομοθετικές ρυθμίσεις που σκοπό έχουν την αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Στο νόμο 1397/1983, άρθρα 5, 14-19 (ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ) θεσπίζεται για πρώτη φορά στη χώρα μας η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η περίθαλψη, που χρηματοδοτείται από το Δημόσιο και τους Ασφαλιστικούς οργανισμούς και διακρίνεται σε Εξωνοσοκομειακή Πρωτοβάθμια και σε Νοσοκομειακή Δευτεροβάθμια Περίθαλψη. Σημαντικά σημεία του νόμου είναι η πρόβλεψη για σύσταση Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων νοσοκομείων του νομού και των Περιφερειακών Ιατρείων ως αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων των Κέντρων Υγείας, η διάκριση των Κέντρων Υγείας σε αστικών και μη αστικών περιοχών, η διασύνδεσή τους με τα νοσοκομεία, κ.α. (Μητροσύλη Μ., 2009). Αυτός ο νόμος στηρίζονταν στις αρχές της διακήρυξης της Alma-Ata έχοντας ως βασικούς στόχους την καθολικότητα στην ασφαλιστική κάλυψη, την ισότητα των πολιτών στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης από το ΕΣΥ καθώς και την ποιοτική και ποσοτική αύξηση των επενδύσεων και του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο τομέα (Αδαμακίδου Θ. και συν, 2008).

Στο νόμο 1597/1985, άρθρο 12, παρ.1 καθορίζεται η χρήση των όρων «Κέντρο Υγείας» και «Ιατρικό Κέντρο» σε συνδυασμό ή όχι με οποιοδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία και γίνεται αποκλειστικά για τις υπηρεσίες που παρέχονται από την πολιτεία με ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στο άρθρο 13, παρ.4, του ίδιου νόμου, αναφέρεται η σύσταση στα νοσοκομεία και ο τρόπος λειτουργίας των μονάδων, που κρίνονται αναγκαίες για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, νοσηλείας, εκπαίδευσης, έρευνας και αξιολόγησης, καθώς και προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης ατόμων με ειδικά προβλήματα και ρυθμίζονται με υπουργικές αποφάσεις (ΦΕΚ 217Α /1985).

Ακολουθεί ο νόμος 2071/1992, άρθρο 12, παρ. 1, στον οποίο τονίζεται ότι στην ΠΦΥ υπάγονται ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και την αποκατάσταση βλαβών της υγείας που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Για το σκοπό αυτό λειτουργούν ειδικές μονάδες, ως επιστημονικά τμήματα παροχής ΠΦΥ από ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. Επίσης στην παρ 2, αναφέρεται για πρώτη φορά ότι η ΠΦΥ μπορεί να παρέχεται εκτός από τους ιατρούς και από το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και από επισκέπτριες που υπηρετούν αντίστοιχα σε επιστημονικά τμήματα παροχής ΠΦΥ. Τέλος σε αυτόν τον νόμο για πρώτη φορά επισημαίνεται ότι η παροχή ΠΦΥ μπορεί να γίνει και από φορείς του ιδιωτικού τομέα, ως προς κάποιες μορφές βέβαια, που αναλύονται στο άρθρο 13 του συγκεκριμένου νόμου (ΦΕΚ 123Α/1992).

Ο νόμος 2519/1997 αναφέρεται στην αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αγροτικές περιοχές της χώρας. Τα μέτρα που καθορίστηκαν είναι τα εξής: α) καταργείται σταδιακά, με υπουργικές αποφάσεις, η υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου και μέρος της εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών για την απόκτηση ειδικότητας θα μπορεί να γίνεται στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία. β) τα περιφερειακά ιατρεία για τα νησιά που δεν λειτουργεί Κέντρο Υγείας μπορούν να χαρακτηρίζονται ως Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, ένα είδος μικρών Κέντρων Υγείας, και να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των κατοίκων λόγω των ιδιαίτερων γεωγραφικών περιορισμών και γ) τα δίκτυα ΠΦΥ που οργανώνονται από μονάδες ΠΦΥ δημόσιων νομικών προσώπων μπορούν να διασυνδέονται με νοσοκομεία του ΕΣΥ (Μητροσύλη Μ., 2009).

Σημαντικό σημείο στην ΠΦΥ συνετέλεσε ο νόμος 3235/2004. Ο εν λόγω νόμος αποτελεί μία αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση που αναφέρεται εξ ολοκλήρου στην Π.Φ.Υ. Αρχικά αποσαφηνίζεται η έννοια της Π.Φ.Υ. ορίζοντάς την ως εξής: «Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου αυτού, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας» (ΦΕΚ 53Α/2004, άρθρο 1 παρ. 1). Σε αυτό τον νόμο διευκρινίζεται ότι η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας της χώρας. Τονίζονται, ακόμα, οι αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται το συγκεκριμένο υγειονομικό σύστημα και οι οποίες αποτελούν πρωταρχικό σημείο αναφοράς για την ορθή λειτουργία του θεσμού.

Αυτές είναι οι ακόλουθες (ΦΕΚ 53Α/2004, άρθρο 1, παρ. 5) :

- Ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους του κατοίκους της χώρας.
- Ισότητα στην φροντίδα από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου.
- Ολοκληρωμένη φροντίδα στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερόμενου.
- Προσανατολισμό του συστήματος στο άτομο και στην οικογένειά του μέσω μίας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδας.
- Άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας αλλά και την εμπιστευτικότητα τους.
- Δικαίωμα ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

Επιπροσθέτως, στον νόμο παρατίθενται αναλυτικά οι υπηρεσίες παροχής Π.Φ.Υ. και για πρώτη φορά θεσμοθετείται η τομεοποίηση των μονάδων Π.Φ.Υ. και ο θεσμός του οικογενειακού - προσωπικού ιατρού. Η Π.Φ.Υ. οργανώνεται στη βάση ενός τομεοποιημένου γεωγραφικά συστήματος, μέσα στα όρια του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. Πιο συγκεκριμένα η τομεοποίηση σχεδιάζεται και αποφασίζεται από το Διοικητικό

Συμβούλιο του κάθε Πε.Σ.Υ.Π και βασίζεται σε κριτήρια που συνδέονται με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, τη διάρθρωση των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τη μορφολογία της κάθε περιοχής και τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες. Ο θεσμός του οικογενειακού - προσωπικού ιατρού δίνει το δικαίωμα στον ίδιο τον πολίτη να επιλέξει τον ιατρό της αρεσκείας του, ανάμεσα στους ιατρούς που εργάζονται στην υπηρεσία παροχής Π.Φ.Υ. της περιοχής τους. Ο αρμοδιότητές του είναι οι εξής: α) παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της ειδικότητάς του, β) διαχείριση του τμήματος του ιατρικού φακέλου που διατηρείται στην εκάστοτε υπηρεσία και γ) παραπομπή σε άλλο ιατρό καθώς και νοσηλευτική μονάδα (ΦΕΚ 53Α/2004, άρθρο 6, παρ. 1,2 και άρθρο 7, παρ.1,2,8).

Εξ ίσου σημαντικά μέτρα που νομοθετούνται είναι ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται γι' αυτόν σε οποιονδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη συμβάλλει στη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την άμεση εξασφάλιση παροχής αναγκαίων πληροφοριών σχετικών με την υγεία που αφορούν στον κάτοχο της κάρτας (Νόμος 3235/2004, ΦΕΚ 53Α, άρθρο 9, παρ. 1,4). Προβλέπονται ποινικές κυρώσεις σε οποιαδήποτε παράνομη πρόσβαση στις πληροφορίες του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας. Τέλος, σ' αυτόν τον νόμο αναφέρεται και η πιστοποίηση των κέντρων υγείας (ΦΕΚ 53Α/2004, άρθρα 11-12).

Το 2008, στο Γ' Αναθεωρημένο Σχέδιο Νόμου για την οργάνωση και την λειτουργία του συστήματος ΠΦΥ αναφέρονται τα εξής σημαντικά σημεία. Αρχικά ορίζεται η Π.Φ.Υ. ως «το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία» (www.moh.gov.gr, άρθρο 1 παρ.1). Βασικά σημεία αυτού του ορισμού είναι η εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας και η εφαρμογή κοινών κανόνων παροχής υγειονομικής φροντίδας με τη χρήση πρωτοκόλλων.

Σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες ως νέο στοιχείο εισάγεται η επείγουσα προνοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της μεταφοράς ασθενών από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) ή άλλους πιστοποιημένους για τον σκοπό αυτό, από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οργανισμούς. Επιπροσθέτως νέο σημείο αυτού του αναθεωρημένου σχεδίου νόμου είναι ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται πλέον και από δημόσιους αλλά και από ιδιωτικούς φορείς που εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται στον παρόντα νόμο (www.moh.gov.gr, άρθρο 1, παρ. 2-3). Οι εντασσόμενοι ιδιωτικοί φορείς στο γενικό σύστημα Π.Φ.Υ. υποχρεούνται να πιστοποιούνται ως προς την επάρκεια την ποιότητα της επαγγελματικής τους εγκατάστασης σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, να εφαρμόζουν τα εκάστοτε ισχύοντα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων καθώς και να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε όλους τους ασφαλισμένους, χωρίς διάκριση ασφαλιστικού οργανισμού, εφόσον ο Ασφαλιστικός Οργανισμός έχει ενταχθεί στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (www.moh.gov.gr, άρθρο 4, παρ. 6).

Με το πέρασμα του χρόνου οι μεταρρυθμίσεις στην Π.Φ.Υ. συνεχίστηκαν. Ο νόμος 4238/2014 εισάγει το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Αρχικά, και σε αυτόν τον νόμο ο κύριος σκοπός του κράτους, μέσω της Π.Φ.Υ., συνεχίζει να είναι ο ίδιος και εμπλουτίζεται συνεχώς με νέα δεδομένα. Δηλαδή μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες με σκοπό την διασφάλιση της υγείας τους και την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας. Ως νέο στοιχείο αυτού του νόμου είναι η αλλαγή στη δομή των υπηρεσιών παροχής Π.Φ.Υ. Πιο συγκεκριμένα, «στο εθνικό σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ.) συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος». (ΦΕΚ 38Α/2014, άρθρο 1, παρ.2-3). Ο ρόλος αυτών των υπηρεσιών συνεχίζει να είναι ο ίδιος, δηλαδή αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, αποσκοπεί στην πρόληψη/ διάγνωση/ θεραπεία/ προαγωγή και φροντίδα της υγείας των πολιτών καθώς και τη συνέχεια της φροντίδας στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας (ΦΕΚ 38Α/2014, άρθρο 1, παρ. 4).

Όσον αφορά τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Π.Ε.Δ.Υ., όπου παρατηρούνται οι αλλαγές, αυτές είναι οι κάτωθι (ΦΕΚ 38Α/2014, άρθρο 2) :

1. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.
2. Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.
3. Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των Φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό.
4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο τρόπος και οι λεπτομέρειες της άμεσης επιστημονικής, νοσηλευτικής και εκπαιδευτικής διασύνδεσης όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ., με τα Νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάγονται και τα οποία αποτελούν Νοσοκομεία Αναφοράς.

Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας διαμορφώνεται από την Δ.Υ.Πε. σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, την ύπαρξη άλλων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τη μορφολογία της κάθε περιοχής και τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες. Ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε. και σε αυτόν υπάγονται οι δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι οικογενειακοί ιατροί, καθώς και οι συμβεβλημένοι ιατροί (ΦΕΚ 38Α/2014, άρθρο 3, παρ. 4-5).

Επιπροσθέτως, ένα στοιχείο που τονίζεται σε αυτόν τον νόμο είναι ο βασικός σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών, ο οποίος συνίσταται στον καθορισμό των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και

η τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται (ΦΕΚ 38Α/2014, άρθρο 8, παρ. 3)

Τέλος, στον παρόντα νόμο παρατίθενται διατάξεις για συμπληρωματικές μορφές παροχής Π.Φ.Υ., όπως είναι: α) οι κινητές μονάδες για την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, β) η ανάπτυξη και η επικαιροποίηση Εθνικού Προγράμματος Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών (Ε.Π.Π.Ε.Ν.), γ) Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος (ΙΑ.ΔΙ.ΚΑ.) που λειτουργούν σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, δ) Μονάδες ιαματικής θεραπείας, κέντρα ιαματικού τουρισμού–θερμαλισμού και κέντρα θαλασσοθεραπείας λειτουργού ως μονάδες Π.Φ.Υ. και ε) προγράμματα και δράσεις πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης προβλημάτων σωματικής, ψυχικής και νοητικής υγείας σε επίπεδο παροχής Π.Φ.Υ., δύναται να αξιοποιούνται ζώα συντροφιάς και κατοικίδια ζώα, καθώς και σκύλοι βοήθειας (ΦΕΚ 38Α/2014 , άρθρα 27, 29, 30, 31, 33).

4.5 ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο ισχύοντας νόμος για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο υπ' αριθμόν 4486/2017. Ο κύριος σκοπός της συνεχίζει να είναι ακριβώς ο ίδιος που ίσχυε και στους προηγούμενους νόμους.

Στην παρούσα νομοθεσία έχουμε μία καινοτόμα μεταρρύθμιση σχετικά με την Π.Φ.Υ. καθώς η εισαγωγή των Το.Μ.Υ. διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο.

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) εντασσόμενο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Πιο συγκεκριμένα όμως, υπάρχουν δύο επίπεδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο πρώτο επίπεδο λειτουργούν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ), ενώ στο δεύτερο επίπεδο τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες ΠΦΥ. Το πρώτο επίπεδο περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και ως συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ ενώ στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας (ΦΕΚ 115Α /2017, άρθρο 3).

Για να γίνουν όμως κατανοητά τα νέα στοιχεία που προβλέπει η ισχύουσα νομοθεσία αναφορικά με τις μεταρρυθμίσεις στην Π.Φ.Υ. παρακάτω ορίζονται οι νέες έννοιες :

Ομάδα Υγείας: Η ομάδα που αποτελείται από ιατρούς ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, από νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, έναν νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο. Ως Ομάδα Υγείας θεωρείται και η «Τοπική Ομάδα Υγείας» (ΦΕΚ 115Α /2017, άρθρο 2, παρ. 1).

Υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας: Υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και εξειδικευμένης φροντίδας υγείας που παρέχονται στους λήπτες υπηρεσιών υγείας από τα Κέντρα Υγείας και τις άλλες δημόσιες δομές της Π.Φ.Υ. (ΦΕΚ 115Α /2017, άρθρο 2, παρ. 2).

Τοπική Μονάδα Υγείας: Δημόσια μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που αποτελεί το εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και λειτουργεί στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας της Π.Φ.Υ. και στελεχώνεται από μία (1) Ομάδα Υγείας (ΦΕΚ 115Α /2017, άρθρο 2, παρ. 3).

Περιφερειακός Συντονιστής Τομέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.): Το πρόσωπο που ορίζεται συντονιστής των Το.Π.Φ.Υ. που βρίσκονται εντός της εκάστοτε περιφερειακής ενότητας και λειτουργεί ανά την αυτή περιφερειακή ενότητα ή τομέα, με κριτήρια ιδίως τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας εξαιτίας γεωμορφολογικών ιδιαιτεροτήτων, νησιωτικότητας ή άλλων γεωγραφικών περιορισμών, καθώς και τις ιδιαιτερότητες του κάθε Τομέα (ΦΕΚ 115Α/2017, άρθρο 2, παρ. 4).

Τα Κέντρα Υγείας είναι αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Δ.Υ.Πε. και έχουν σκοπό την παροχή υπηρεσιών που σχετίζονται με την ειδικευμένη περιπατητική φροντίδα, με έκτακτα και επείγοντα περιστατικά, με εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, με την εξειδικευμένη πρόληψη, με φυσικοθεραπεία- εργοθεραπεία και λογοθεραπεία καθώς και με κοινωνική ιατρική και προαγωγή της υγείας. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε.. Εντός του Το.Π.Φ.Υ. οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ., τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, καθώς και τα δημοτικά ιατρεία συνιστούν το Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ.. Η περιοχή ευθύνης των Δ.Υ.Πε. διαιρείται σε Το.Π.Φ.Υ.. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ. ή άλλη δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ.. Τα Κέντρα Υγείας στελεχώνονται από ιατρικό – παραϊατρικό προσωπικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό (ΦΕΚ 115Α /2017, άρθρο 4).

Όσον αφορά τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) αυτές συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας με απόφαση του Υπουργού Υγείας ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε.. Οι Το.Μ.Υ. λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Στελεχώνονται από μία Ομάδα Υγείας, η οποία σκοπό έχει τη συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας του πληθυσμού ευθύνης της και την αξιολόγηση και βελτίωση των υπηρεσιών της, την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής της υγείας σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης, την πρόληψη-εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα στον πληθυσμό ευθύνης τους, την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και την κατά προτεραιότητα αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και παραπομπή τους, εφόσον αυτό απαιτείται, στα Κέντρα Υγείας ή στα Νοσοκομεία καθώς και τη συλλογή - αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης, επιδημιολογικών στοιχείων και δεικτών υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους. (ΦΕΚ 115Α /2017, άρθρο 5)

Βασικός στόχος των Το.Μ.Υ. είναι η ολιστική και ποιοτική ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας. Η διασφάλιση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, η συνέχεια της φροντίδας, η πρόληψη και προαγωγή υγείας του πληθυσμού ευθύνη τους, η ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών με έμφαση στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων καθώς και η παροχή υπηρεσιών που άπτονται της δημόσιας υγείας αποτελούν τις κύριες αρμοδιότητές τους (www.tomy.moh.gov.gr).

Ο ρόλος του γενικού – οικογενειακού ιατρού αποτελεί το «κλειδί» στην είσοδο του ατόμου στο σύστημα υγείας και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις Το.Μ.Υ. Βασική αρμοδιότητά του είναι να διαγιγνώσκει θέματα υγείας του ατόμου, να συνδιαχειρίζεται τα χρόνια νοσήματα, να μεριμνά για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία, να συμβάλει στο συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας υγείας, στην παραπομπή στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας και σε εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας καθώς και

να λαμβάνει-διατηρεί και ανανεώνει το ατομικό ιστορικό υγείας και τις συνήθειες ζωής του ατόμου καταχωρώντας τα στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) (ΦΕΚ 115Α /2017 , άρθρο 7).

Πιο συγκεκριμένα, οι Το.Μ.Υ. στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα έως 12 μελών που θα αποτελείται από (www.tomy.moh.gov.gr) :

- Τέσσερις (4) Γενικούς Γιατρούς ή Παθολόγους
- Ένα (1) Παιδίατρο
- Δύο (2) Νοσηλεύτές/-τριες
- Δύο (2) Επισκέπτες/-τριες Υγείας
- Ένα (1) Κοινωνικό/-ή Λειτουργό
- Δύο (2) Διοικητικούς/-ές Υπαλλήλους

Το κάθε μέλος αυτής της ομάδας έχει συγκεκριμένες αρμοδιότητες αλλά η φροντίδα που παρέχεται στο άτομο είναι ολιστική. Η σημαντικότητα της Ομάδας Υγείας έναντι των μεμονωμένων ιατρών έγκειται στο ότι η αποτελεσματική φροντίδα υγείας του πληθυσμού δε βασίζεται αποκλειστικά στην ιατρική επιστήμη αλλά απαιτεί γνώσεις που αφορούν την δημόσια υγεία, το βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο, τον οικογενειακό προγραμματισμό κ.ά. Και αυτό επιτυγχάνεται μέσω των καλά συντονισμένων ομάδων επαγγελματιών υγείας (www.tomy.moh.gov.gr).

Τέλος όσον αφορά το διαδικαστικό μέρος, ο πληθυσμός ενός Το.Π.Φ.Υ. εγγράφεται υποχρεωτικά στον οικογενειακό ιατρό. Οι Το.Μ.Υ. διασυνδέονται άμεσα, λειτουργικά και επιστημονικά με το Κέντρο Υγείας και παραπέμπουν κατά προτεραιότητα σε αυτά, τους λήπτες υπηρεσιών υγείας για περαιτέρω διάγνωση, παρακολούθηση, θεραπεία ή νοσηλεία. Ο οικογενειακός ιατρός διατηρεί την υποχρέωση ενημέρωσης του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.), ο οποίος περιέχει το συνοπτικό ατομικό ιστορικό υγείας (ΦΕΚ 115Α /2017 , άρθρα 19 , 21).

4.6 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΔΙΑΣΚΕΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ : ΑΠΟ ΤΗΝ ALMA – ΑΤΑ ΣΤΗΝ ASTANA

Με αφορμή την 40^η επέτειο από την διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) της Alma-Ata, που καθιερώθηκε η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τον Οκτώβριο του 2018 πραγματοποιήθηκε η παγκόσμια διάσκεψη του Π.Ο.Υ. στην Αστάνα του Καζακστάν με θέμα «Από την Alma-Ata προς την καθολική κάλυψη της υγείας και τους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης». Αρχηγοί κρατών και κυβερνήσεων, υπουργοί και εκπρόσωποι κρατών, που συμμετείχαν στην εν λόγω διάσκεψη για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, επιβεβαίωσαν τις δεσμεύσεις από την διατύπωση της Alma-Ata του 1978 και παρουσίασαν την ατζέντα για βιώσιμη ανάπτυξη του 2030 επιδιώκοντας το «Υγεία για όλους» (www.who.int).

Έχοντας ως βάση όσα διατυπώθηκαν στην διακήρυξη της Alma-Ata αλλά και στις ακόλουθες τα επόμενα χρόνια, το όραμα στην παρούσα διάσκεψη είναι η δημιουργία ενός ισχυρού συστήματος υγείας που θα δίνει προτεραιότητα στην υγεία και ευημερία των ανθρώπων. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη θα ενισχυθεί με σκοπό να είναι προσιτή, υψηλής ποιότητας, ασφαλής και διαθέσιμη για όλους χωρίς καμία διάκριση (παρόλο τις προσπάθειες που γίνονται οι ανισότητες εξακολουθούν να υφίστανται). Θα γίνει προσπάθεια στην αντιμετώπιση των μη μεταδοτικών νοσημάτων (π.χ. ανθυγιεινού τρόπου ζωής, καπνίσματος, ανεπαρκούς σωματικής άσκησης) μέσω σωστής ενημέρωσης και πρόληψης καθώς και των

μεταδοτικών νοσημάτων μέσω εμβολιασμών και άλλων επιστημονικών τρόπων. Έτσι, οι προληπτικές, θεραπευτικές υπηρεσίες καθώς και η παρηγορητική φροντίδα θα είναι προσιτές για όλους. Επίσης, θα υπάρξει ισοκατανομή των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας και να μειωθεί το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, των φαρμάκων και εμβολίων (www.who.int).

Στη διακήρυξη της Astana, έχοντας ως βασικό στόχο την αντιμετώπιση των σημερινών προκλήσεων και την ενίσχυση της υγειονομικής φροντίδας για όλους, έγιναν οι ακόλουθες δεσμεύσεις (www.who.int):

A) Να γίνουν τολμηρές πολιτικές επιλογές για την υγεία. Βασικό μέλημα των κυβερνήσεων είναι η παροχή υψηλών υπηρεσιών υγείας. Η πολυτομεακή δράση με την εμπλοκή συναφών φορέων καθώς και των τοπικών κοινοτήτων θα συμβάλουν στην ενίσχυση της Π.Φ.Υ. προάγοντας τη διαφάνεια και την συμμετοχική διακυβέρνηση. Η Π.Φ.Υ. θα πρέπει να γίνει πρωταρχικής σημασίας ζήτημα εξασφαλίζοντας της συνέχεια της περίθαλψης και την παροχή βασικών υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανθρωπιστικές αρχές.

B) Να δημιουργηθεί μία βιώσιμη πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία, τα συστήματα υγείας θα πρέπει να ενισχύσουν τον ρόλο της Π.Φ.Υ δίνοντας προτεραιότητα στην πρόληψη των ασθενειών, την προαγωγή της υγείας καλύπτοντας τις ανάγκες των ανθρώπων καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής τους μέσω ολοκληρωμένων προληπτικών, θεραπευτικών, αποκαταστατικών υπηρεσιών και παρηγορητικής φροντίδας. Η Π.Φ.Υ. θα είναι προσβάσιμη, δίκαιη, ασφαλής, υψηλής ποιότητας, ολοκληρωμένη, αποδοτική, αποδεκτή, διαθέσιμη και οικονομικά προσιτή και θα προσφέρει ολοκληρωμένες υπηρεσίες προσανατολισμένες στον άνθρωπο. Θα δοθεί έμφαση στη συνέχεια της φροντίδας, αποφεύγοντας τον κατακερματισμό και εξασφαλίζοντας ένα λειτουργικό σύστημα παραπομπής μεταξύ πρωτοβάθμιων και άλλων επιπέδων φροντίδας.

Έχοντας ως βάση τα παραπάνω, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα στηρίζεται (www.who.int):

A) Στη γνώση και τη δημιουργία ικανοτήτων. Εφαρμόζοντας επιστημονικές και παραδοσιακές γνώσεις με στόχο τη βελτίωση της υγείας, τη διασφάλιση της πρόσβασης όλων των ανθρώπων στην υγειονομική φροντίδα την κατάλληλη στιγμή, με την αρμόζουσα φροντίδα και με σεβασμό στην αξιοπρέπεια των ανθρώπων.

B) Στην αύξηση των ανθρώπινων πόρων αναφορικά με την υγεία. Με την δημιουργία αξιοπρεπούς εργασίας και αποζημίωσης των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας, με την επένδυση στην εκπαίδευση και δημιουργία κινήτρων καθώς και με την διαθεσιμότητα του εργατικού δυναμικού σε απομακρυσμένες περιοχές, η παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης θα είναι διαθέσιμη σε όλους και αποτελεσματική από καταρτισμένο προσωπικό.

Γ) Στην ανάπτυξη της τεχνολογίας. Εξασφαλίζοντας την χρήση αποτελεσματικών και οικονομικά προσιτών φαρμάκων. Επίσης μέσω της προόδου των πληροφοριακών συστημάτων η προστασία των προσωπικών δεδομένων καθώς και η συνέχεια της υγείας μέσω της πληροφόρησης και επιτήρησης των ασθενειών και η παραπομπή τους στα επόμενα επίπεδα υγειονομικής φροντίδας θα βελτιώσει το επίπεδο υγείας των πολιτών και θα επιτευχθεί ο στόχος.

Δ) Στην δίκαιη χρηματοδότηση. Με την δίκαιη κατανομή των πόρων, την επαρκή χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και τα κατάλληλα συστήματα αποζημίωσης θα βελτιωθεί η πρόσβαση και θα επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία.

Ε) Στην ενδυνάμωση ανθρώπων και κοινοτήτων. Η συμμετοχή ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων, μέσω της ανάπτυξης πολιτικών και σχεδίων, στοχεύουν στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων για την διατήρηση της καλής υγείας.

ΣΤ) Στην ευθυγράμμιση των κοινωνικών εταίρων με τις εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια. Μέσω κοινών δράσεων θα δημιουργηθεί μία ισχυρότερη και βιώσιμη Π.Φ.Υ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Τ.Υ.Π.Ε.Τ. - ΤΑΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ

5.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ Τ.Υ.Π.Ε.Τ.

Το Ταμείο Υγείας Προσωπικού της Εθνικής Τράπεζας (Τ.Υ.Π.Ε.Τ.) είναι ο ασφαλιστικός φορέας των εργαζομένων και συνταξιούχων της Εθνικής Τράπεζας (άμεσα μέλη) καθώς και των οικογενειών τους (έμμεσα μέλη). Σκοπό έχει την παροχή ιατροφαρμακευτικής/νοσοκομειακής περίθαλψης και κοινωνικής μέριμνας στα μέλη του (www.typet.gr).

Θεωρείται Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) με κύριο χαρακτηριστικό την αυτοδιοικούμενη και αυτοδιαχειριζόμενη διοίκηση του. Ιδρύθηκε το 1930. Λόγω της συνεχούς βελτίωσης των παροχών προς τα μέλη του και της αυξημένης προσήλωσης του σε αυτά κατάφερε να θεωρείται ένα από τα πιο σύγχρονα και πρωτοπόρα Ευρωπαϊκά Ταμεία Υγείας. Πέραν όμως της παροχής προς τα μέλη του χαρακτηριστικό ρόλο διαδραματίζει και το κοινωνικό έργο που προσφέρει (www.typet.gr).

Επιπροσθέτως, εξαιτίας των υψηλών παροχών υγείας, της πολυδιάστατης δράσης του και της συνεχόμενης προόδου με επίκεντρο τις ανάγκες των ασφαλισμένων του, θεωρείται πρότυπο στο χώρο των ταμείων υγείας. Συγκεκριμένα είναι ιδρυτικό μέλος της Ομοσπονδίας Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας Ελλάδος (Ο.Α.Τ.Υ.Ε.), μέλος της Διεθνούς Ένωσης Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας (Α.Ι.Μ.) καθώς και της Διεθνούς Κατασκηνωτικής Ένωσης (Ι.Σ.Ε.) (www.typet.gr).

Στις μέρες μας ο αριθμός των ασφαλισμένων που λαμβάνουν τις παροχές του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. είναι περίπου 50.000. Εκτός από την ιατροφαρμακευτική κάλυψη που προσφέρει στα μέλη του, βασικές δραστηριότητες του είναι οι ακόλουθες (www.typet.gr) :

- Λειτουργία Γενικής Κλινικής δυναμικότητας 90 κλινών στην Αθήνα.
- Λειτουργία Πολυϊατρείων – Εξωτερικών ιατρείων σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πάτρα.
- Λειτουργία σύγχρονου Μικροβιολογικού και Παθολογοανατομικού εργαστηρίου.
- Λειτουργία σύγχρονου Εργαστηρίου Ιατρικών Απεικονίσεων, εξοπλισμένου με μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας.
- Λειτουργία Φυσικοθεραπευτηρίου.
- Λειτουργία Πρότυπου Οδοντιατρικού Κέντρου στην Αθήνα.
- Λειτουργία Οδοντιατρικού Τμήματος στη Θεσσαλονίκη.
- Λειτουργία τριών πρότυπων κατασκηνώσεων στο Διόνυσο, τη Χαλκιδική και τη Λούτσα Πρέβεζας.
- Λειτουργία θερέτρου για αναψυχή των μελών του στη Ραψάνη Ολύμπου.
- Διοργάνωση ανταλλαγών με άλλους Οργανισμούς του εξωτερικού, για θερινές διακοπές παιδιών και ενηλίκων (Γαλλία, Μαρόκο, Τυνησία, Κύπρος, Γερμανία).
- Φροντίδα για τη βρεφονηπιακή μέριμνα.
- Προγράμματα Προληπτικής Ιατρικής παιδιών και εφήβων, τα οποία ξεκίνησαν το 1945, καθώς και Προγράμματα Προληπτικής Ενηλίκων.
- Διοργανώσεις προγραμμάτων εθελοντικής αιμοδοσίας σε συνεργασία με μεγάλα δημόσια νοσοκομεία.

- Ειδικά Προγράμματα Παιδιών με Αναπηρία.

5.2 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ Τ.Υ.Π.Ε.Τ.

Το Τ.Υ.Π.Ε.Τ., όπως προαναφέρθηκε, είναι ο ασφαλιστικός φορέας των εργαζομένων και συνταξιούχων της Εθνικής Τράπεζας καθώς και των οικογενειών τους. Ο αριθμός προσέλευσης ιδιωτών είναι αρκετά περιορισμένος.

Πιο αναλυτικά όμως, όπως παρουσιάζεται στον Κανονισμό Ασφάλισης και Παροχών του Τ.Υ.Π.Ε.Τ., τα μέλη του διακρίνονται σε τακτικά, έκτακτα, έμμεσα και επίτιμα (www.typet.gr) .

Α) Τακτικά μέλη :

Όλοι οι εν ενεργεία μόνιμοι εργαζόμενοι της τράπεζας. Ασφαλίζονται στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ. από την ημέρα που διορίζονται στην τράπεζα κατόπιν έγγραφης αίτησης τους.

Β) Έκτακτα μέλη :

- Όλοι οι συνταξιούχοι, οι οποίοι προέρχονται από τακτικά μέλη. Η ασφάλισή τους, με την έξοδο από την ενεργό υπηρεσία, συνεχίζεται με την αναγγελία στην υπηρεσία του Τ.Υ.Π.Ε.Τ.
- Ο Πρόεδρος, ο Διευθύνων Σύμβουλος, οι αναπληρωτές Σύμβουλοι της τράπεζας στην διάρκεια της θητείας τους και μετά από αυτήν εφόσον πάρουν σύνταξη.
- Οι τακτικοί δικηγόροι της Ε.Τ.Ε. που παρέχουν τις υπηρεσίες τους με πάγια μηνιαία αντιμισθία.
- Όλο το μόνιμο προσωπικό του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. από την ημερομηνία πρόσληψης.
- Εργαζόμενοι στις θυγατρικές εταιρείες της Ε.Τ.Ε. (Τράπεζες, Ασφαλιστικές Εταιρείες, Χρηματοπιστωτικές Εταιρείες, Αμοιβαίου Κεφαλαίου, κτλ.) καθώς και στους φορείς του προσωπικού της Ε.Τ.Ε. , εν ενεργεία και συνταξιούχων.
- Οι Ειδικοί Συνεργάτες – Σύμβουλοι Ε.Τ.Ε., εφόσον δεν έχουν ασφαλισθεί στους λοιπούς οργανισμούς της Ε.Τ.Ε και δεν έχουν υπερβεί το 48^ο έτος της ηλικίας τους.
- Το ιατρικό προσωπικό του Τ.Υ.Π.Ε.Τ μερικής απασχόλησης με συμπληρωματική ασφάλιση, εφόσον δεν έχουν υπερβεί το 48^ο έτος της ηλικίας τους. Οι ίδιοι μπορούν να ασφαλίσουν και μέλη ατομικής οικογένειας με συμπληρωματική ασφάλιση.
- Οι εργαζόμενοι στην τράπεζα, οι οποίοι προέρχονται από εταιρείες του ομίλου που συγχωνεύτηκαν.

Γ) Έμμεσα μέλη :

- Τα πρόσωπα που συνταξιοδοτούνται από το τέως Ταμείο Συντάξεων Ε.Τ.Ε όχι «ιδίω δικαίω» αλλά ως δικαιούχοι ασφαλισμένου ή συνταξιούχου του Τ.Υ.Π.Ε.Τ, εφόσον δικαιούνται και ασφάλισης στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ.
- Μέλη ατομικής οικογένειας, ασφαλίζονται στο ταμείο μετά από αίτηση του τακτικού ή έκτακτου μέλους : ο/η σύζυγος (ανεξαρτήτως αν εργάζεται ή όχι εφόσον δεν έχει υπερβεί το 48^ο έτος της ηλικίας και δεν πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα) , τα τέκνα (μέχρι το 38^ο έτος της ηλικίας τους, εφόσον είναι άγαμα και δεν έχουν δική τους κύρια ασφάλιση), τα εγγόνια (εφόσον είναι ορφανά από πατέρα και μητέρα, δεν έχουν δικό τους εισόδημα ή περιουσία, είναι άγαμα και δεν είναι ασφαλισμένα σε

άλλο ασφαλιστικό φορέα. Η ασφάλιση τους ισχύει μέχρι το 38^ο έτος της ηλικίας τους).

Δ) *Επίτιμα μέλη* : Απόκτηση της ιδιότητας του επίτιμου μέλους, μετά από πρόταση του Δ.Σ. του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. και απόφασης της Γενικής Συνέλευσης των μελών του, λαμβάνουν πρόσωπα που έχουν προσφέρει εξαιρετικές υπηρεσίες στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ. Τα μέλη αυτού δεν έχουν δικαίωμα περίθαλψης ή ασφάλισης, εκτός αν αυτό αποφασιστεί από τη Γενική Συνέλευση.

Η έναρξη προστασίας του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. σε όλες τις παραπάνω κατηγορίες αρχίζει άμεσα. Για τον ίδιο τον εργαζόμενο αρχίζει από την ημερομηνία που αναλαμβάνει υπηρεσία, για τη/τον σύζυγο τακτικού ή έκτακτου μέλους από την ημερομηνία γάμου ή σύναψης συμβόλου συμβίωσης, για τα τέκνα τακτικού ή έκτακτου μέλους η αρωγή αρχίζει από την ημερομηνία της γέννησής τους. Για τα υπόλοιπα μέλη, η προστασία αρχίζει δώδεκα (12) μήνες μετά την έγκριση της σχετικής αίτησης από το Δ.Σ. του Τ.Υ.Π.Ε.Τ.

Όσον αφορά την παρεχόμενη προς τα μέλη του ασφάλιση, αυτή διακρίνεται σε πλήρη και συμπληρωματική.

- *Πλήρης Ασφάλιση* : Είναι αυτή που ορίζεται από το Καταστατικό του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. και τον Κανονισμό του.
- *Συμπληρωματική Ασφάλιση*: Είναι αυτή που παρέχεται στα μέλη της οικογένειας των ασφαλισμένων μελών, τακτικών και έκτακτων, τα οποία έχουν άλλο κύριο φορέα ασφάλισης υγείας και περιλαμβάνει την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη.

Σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα περίθαλψης, αυτή διακρίνεται στους επιμέρους κλάδους :

- *Ιατρική Περίθαλψη – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* : Παρέχεται σε όλα τα μέλη από ιατρούς όλων των αναγνωρισμένων ειδικοτήτων στην Ελλάδα με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία νοσημάτων.
- *Φαρμακευτική Περίθαλψη* : Χορηγούνται στα ασφαλισμένα μέλη του, με εξαίρεση τα έμμεσα μέλη με συμπληρωματική ασφάλιση, όλα τα εγκεκριμένα από τον Ε.Ο.Φ. φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα, τα οποία περιλαμβάνονται στον ενιαίο κατάλογο των συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων. Χορηγούνται μόνο με βάση τις ιατρικές συνταγές που έχουν εκδοθεί ηλεκτρονικώς και έχουν συνταχθεί από τους θεράποντες ιατρούς της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας.
- *Νοσοκομειακή Περίθαλψη* : Όλα τα μέλη, με κύριο ασφαλιστικό φορέα το Τ.Υ.Π.Ε.Τ., έχουν δικαίωμα νοσηλείας σε ΒΑ θέση σε δημόσια και ιδιωτικά, συμβεβλημένα και μη νοσηλευτικά ιδρύματα, σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο ή τις κατά περιπτώσεις συμβάσεις τις οποίες συνάπτει το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. με ιδιωτικές κλινικές. Επίσης, η κλινική «Υγείας Μέλαθρον» καλύπτει αρκετές εκ των περιπτώσεων για νοσοκομειακή περίθαλψη.
- *Νοσηλεία στο Εξωτερικό* : Τα μέλη που έχουν κύριο φορέα το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. δικαιούνται νοσηλείας στο εξωτερικό μετά από αίτημα, εφόσον η διάγνωση ή η θεραπεία σοβαρής νόσου δεν μπορεί να γίνει στην Ελλάδα, σε δημόσιο ή ιδιωτικό θεραπευτήριο λόγω έλλειψης κατάλληλων επιστημονικών μέσων ή ιατρών που διαθέτουν γνώση και εμπειρία και η αντίστοιχη διάγνωση ή θεραπεία γίνεται στο εξωτερικό και δεν αποτελεί πειραματική μέθοδο.

- *Προληπτική Ιατρική* : Το Τ.Υ.Π.Ε.Τ έχοντας ως στόχο τη διαφύλαξη της υγείας των μελών του μπορεί να εφαρμόζει την «ιατρική προληπτική εξέταση» για έγκαιρη διάγνωση ασθενειών. Η προληπτική ιατρική εφαρμόζεται στα παιδιά ηλικίας 0-15 ετών και είναι δυνατόν να επεκταθεί και στους ενήλικες με εμβολιασμούς, τσεκ-απ, ανάλογα με την αναγκαιότητα και τις υπάρχουσες συνθήκες.
- *Οδοντιατρική Περίθαλψη* : Παρέχεται στο Οδοντιατρικό Κέντρο του Τ.Υ.Π.Ε.Τ (Αθήνα), στα πολυ-οδοντιατρεία (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) και στα περιφερειακά οδοντιατρεία της Αθήνας και όπου αλλού δημιουργηθούν με συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος των εργασιών και υλικών.
- *Εργαστήρια* : Ακτινοδιαγνωστικό / Μικροβιολογικό – Αιματολογικό – Κυτταρολογικό και Φυσικοθεραπευτήριο. Τα μέλη πραγματοποιούν τις παραπάνω εξετάσεις στα αντίστοιχα εργαστηριακά τμήματα του Τ.Υ.Π.Ε.Τ., εκτός ιδιαίτερων περιπτώσεων που παραπέμπονται σε συμβεβλημένα με το Ταμείο διαγνωστικά κέντρα.

5.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»

Η κλινική «Υγείας Μέλαθρον» ανήκει στο Ταμείο Υγείας Προσωπικού της Εθνικής Τράπεζας (Τ.Υ.Π.Ε.Τ.) και ιδρύθηκε το 1968. Με την πάροδο των χρόνων έχει καταφέρει, λόγω των υψηλών ποιοτικά παροχών υγειονομικής φροντίδας και με τον ανθρωποκεντρικό της χαρακτήρα, να καθιερωθεί στο χώρο της Υγείας (www.typed.gr).

Στόχος της είναι η αναβάθμιση και ο εκσυγχρονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων της. Ετησίως την κλινική επιλέγουν για την νοσηλεία τους περισσότεροι από 5.500 μέλη του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. ενώ τα Εξωτερικά Ιατρεία, τα Διαγνωστικά Τμήματα και τον Χώρο Υποδοχής Ασθενών επιλέγουν περισσότεροι των 110.000 ασφαλισμένων (www.typed.gr).

Όσον αφορά τις εγκαταστάσεις του «Υγείας Μέλαθρον», τα ιατρικά τμήματα και τα εργαστήρια έχουν εξοπλιστεί με τελευταίας τεχνολογίας εξοπλισμό ώστε να παρέχονται υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Η ιατροτεχνική υποδομή παρέχει υψηλές ξενοδοχειακές ανέσεις και το διαιτολογικό τμήμα κατάλληλη διατροφή στους ασθενείς (www.typed.gr).

5.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»

Η παροχή Π.Φ.Υ. από το «Υγείας Μέλαθρον» παρέχεται από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία που στεγάζονται επί της οδού Θερεϊανού 6-4^α καθώς και από τα εργαστήρια που βρίσκονται στα ίδια κτίρια. Επί 24ωρου βάσεως λειτουργεί και ο χώρος υποδοχής ασθενών, όπου με την παρουσία γενικού ιατρού προσφέρει άμεση φροντίδα για έκτακτα περιστατικά.

Το τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (Ε.Ι.) λειτουργεί από το 1999. Στελεχώνεται από ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, εξοπλισμένο με σύγχρονα μηχανήματα. Εξυπηρετούν διαφόρου είδους περιστατικά όπως παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων, συνταγογράφηση, εξετάσεις ρουτίνας, προληπτική ιατρική, κ.α. Λειτουργούν από Δευτέρα έως και Παρασκευή (πρωί – απόγευμα) κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού, μέσω αρμόδιου τηλεφωνικού

κέντρου διαχείρισης ιατρικών επισκέψεων. Τα τμήματα αυτά είναι τα ακόλουθα (Μαγγίτα Α., 2019) :

- Αιματολογικό
- Γαστρεντερολογικό
- Γυναικολογικό
- Δερματολογικό
- Διαιτολογία
- Ενδοκρινολογικό
- Καρδιολογικό
- Νευρολογικό
- Ορθοπεδικό
- Ουρολογικό
- Οφθαλμολογικό
- Παθολογικό
- Πνευμονολογικό
- Ρευματολογικό
- Χειρουργικό
- Ψυχολογικής Υποστήριξης
- ΩΡΛ

Κάποια από τα παραπάνω τμήματα έχουν δημιουργήσει ειδικά ιατρεία προληπτικής υγείας με συγκεκριμένη εξειδίκευση. Αυτά είναι τα εξής (Μαγγίτα Α., 2019):

Καρδιολογικό Τμήμα

- Ιατρείο αθλητικής καρδιολογίας και κληρονομικών παθήσεων καρδιάς
- Ιατρείο γυναικείας καρδιάς
- Καρδιογκολογικό ιατρείο
- Ιατρείο πρόληψης καρδιαγγειακών νόσων και διακοπής καπνίσματος

Νευρολογικό Τμήμα

- Ειδικό ιατρείο άνοιας – μνήμης

Ουρολογικό Τμήμα

- Ουρογυναικολογικό

Χειρουργικό Τμήμα

- Αγγειοχειρουργικό

Στα εργαστήρια συμπεριλαμβάνονται το Εργαστήριο Ιατρικών Απεικονίσεων (όπου παραπέμπονται οι ασθενείς μετά την επίσκεψή σε κλινικό ιατρείο), τα Διαγνωστικά Εργαστήρια, το Καρδιολογικό Τμήμα (έπεται της καρδιολογικής εξέτασης όταν το κρίνει απαραίτητο ο ιατρός καρδιολόγος) και το Νευρολογικό Τμήμα (μετά την νευρολογική εξέταση και κρίνοντας το απαραίτητο ο ιατρός νευρολόγος). Πιο αναλυτικά (www.typet.gr) :

Εργαστήριο Ιατρικών Απεικονίσεων

- Ακτινοδιαγνωστικό
- Μαστογραφία
- Μέτρηση
Οστικής Πυκνότητας
- Υπέρηχοι Σώματος
- Υπέρηχοι Αγγείων (triplex)
- Αξονικός Τομογράφος
- Επεμβατική Ακτινολογία

Διαγνωστικά Εργαστήρια

- Μικροβιολογικό – Βιοχημικό
- Κυτταρολογικό
- Αιματολογικό
- Ανοσολογικό
- Εργαστήριο με επαγωγό εστία

Καρδιολογικό Τμήμα

- Εργαστήριο Καρδιολογικού Τμήματος και Υπερηχοκαρδιογραφίας

Νευρολογικό Τμήμα

- Εργαστήριο Νευροφυσιολογίας

Το τμήμα Χώρου Υποδοχής Ασθενών (Χ.Υ.Α.) λειτουργεί όλο το 24ωρο και όλες τις ημέρες της εβδομάδας αντιμετωπίζοντας επείγουσα περιστατικά. Η παρουσία του γενικού ιατρού συμβάλλει στην ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του τμήματος στο πρωινό ωράριο. Τέλος η ύπαρξη πλήρως εξοπλισμένου ασθενοφόρου συμβάλει στην άμεση αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών εντός του λεκανοπεδίου Αττικής (www.typet.gr).

5.5 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»

Ο ανθρωποκεντρικός τρόπος λειτουργίας του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. είναι ένα από τα χαρακτηριστικά που τον κάνει να ξεχωρίζει στον πολυδιάστατο και συνάμα ανταγωνιστικό τομέα της υγείας. Η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας εστιάζει στις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών της.

Συγκεκριμένα η κλινική «Υγείας Μέλαθρον» επιδιώκει την συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών της με σκοπό την πλήρη ικανοποίηση των ασφαλισμένων της και γενικότερα όσων αποδέχονται τη φροντίδα υγείας της. Για τον λόγο

αυτό ακολουθεί την ισχύουσα Νομοθεσία, τους κανονισμούς, τα διαχειριστικά πρότυπα ISO καθώς και τους κανόνες Καλής Επαγγελματικής Πρακτικής που διέπουν την λειτουργία της (www.typet.gr)

Στο «Υγείας Μέλαθρον» εφαρμόζονται διαδικασίες που στηρίζονται σε διεθνή πρότυπα. Το Εργαστήριο Ιατρικών Απεικονίσεων του «Υγείας Μέλαθρον» (Ακτινολογικό, Αξονικός Τομογράφος, Ψηφιακός Μαστογράφος, Ακτινολογικοί Υπέρηχοι) έχει πιστοποιηθεί από τον Φεβρουάριο του 2014, σύμφωνα με το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2008. Επίσης η παρασκευή και διάθεση των τροφίμων της κλινικής έχει πιστοποιηθεί από τον Ιούνιο του 2013, σύμφωνα με το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 22000:2005 (www.typet.gr).

Βασικός λόγος εφαρμογής και συμμόρφωσης σε ένα Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας (ΣΔΠ), σύμφωνα με το διεθνές πρότυπο EN ISO9001:2015, στο Εργαστήριο Ιατρικών Απεικονίσεων της κλινικής είναι ότι αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο σωστής λειτουργίας με αποτέλεσμα την υψηλού επιπέδου παροχή υπηρεσιών. Πιο αναλυτικά, είναι ένα μέσο πρόληψης και αντιμετώπισης των προβλημάτων, ποσοτικοποίησης των στόχων, μέτρηση του αποτελέσματος της συνεχούς βελτίωσης με αντικειμενικούς δείκτες καθώς και αύξησης της παραγωγικότητας (www.typet.gr).

Όσον αφορά την πιστοποίηση που αφορά την παρασκευή και διάθεση των τροφίμων, τηρείται αυστηρά το Σύστημα Διαχείρισης Ασφάλειας Τροφίμων που έχει αναπτυχθεί σύμφωνα με το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 22000:2005. Βασικός σκοπός εφαρμογής αυτού του συστήματος είναι ότι η ασφάλεια και η υγιεινή των εδεσμάτων και των ροφημάτων που παρασκευάζουμε και προσφέρουμε στον χώρο της Κλινικής επιδιώκεται με τον σωστό χειρισμό τους σε όλα τα στάδια, από την παραλαβή και την αποθήκευση μέχρι την επεξεργασία και το σερβίρισμα (www.typet.gr).

Στόχος του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. είναι η πιστοποίηση και των υπόλοιπων δομών και τμημάτων (www.typet.gr).

5.6 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ «ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΛΑΘΡΟΝ»

Στην κλινική «Υγείας Μέλαθρον» διανέμεται ενημερωτικό στους χρήστες/ ασθενείς των υπηρεσιών υγείας σχετικά με την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Το έντυπο τονίζει την συμμόρφωση του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. με το ισχύοντα νομοθετικό πλαίσιο για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών, των συνοδών/ συγγενών τους καθώς των επισκεπτών, με τη συλλογή και διατήρησή τους για αναγκαίο χρονικό διάστημα για καθορισμένους και νόμιμους σκοπούς με ασφάλεια και κατά σύννομο και διαφανή τρόπο.

Πιο συγκεκριμένα (έντυπο δήλωσης προστασίας «Υγείας Μέλαθρον», 2019) :

Συλλογή και επεξεργασία των ακόλουθων προσωπικών δεδομένων :

- Στοιχεία ταυτοποίησης, όπως ονοματεπώνυμο, ημερομηνία γέννησης, αριθμός μητρώου Τ.Υ.Π.Ε.Τ., οικογενειακή κατάσταση, κ.α.
- Στοιχεία επικοινωνίας, όπως ταχυδρομική διεύθυνση, αριθμός τηλεφώνου, κ.α.

- Δεδομένα ειδικών κατηγοριών που σχετίζονται με την υγεία του ασθενούς/ χρήστη, όπως ιατρικό ιστορικό, ιατρικές εξετάσεις και γνωματεύσεις, φαρμακευτική αγωγή, κ.α.
- Στοιχεία σχετικά με την παραμονή στους χώρους παροχής υπηρεσιών, όπως ημερομηνία εξέτασης ή άλλης ιατρικής πράξης, κ.α.
- Οικονομικά στοιχεία που αφορούν την πληρωμή, όπως πληροφορίες τραπεζικού λογαριασμού, πιστωτικής/ χρεωστικής κάρτας κ.α.
- Δεδομένα εικόνας και οπτικού υλικού από κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης (CCTV).

Άτομα που επεξεργάζονται αυτά τα δεδομένα :

Τα προσωπικά δεδομένα γίνονται αντικείμενο περαιτέρω επεξεργασίας από το ιατρικό και διοικητικό προσωπικό του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. Το προσωπικό, λοιπόν, δεσμεύεται από ρήτρες τήρησης εχεμύθειας, εμπιστευτικότητας και απορρήτου των πληροφοριών που λαμβάνει γνώση καθώς επίσης δεσμεύονται και από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

Χρονικό διάστημα διατήρησης αυτών των δεδομένων :

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, τα ιατρικά αρχεία τηρούνται στα ιδιωτικά ιατρεία και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα για δέκα (10) έτη από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή, ενώ σε κάθε άλλη περίπτωση για είκοσι (20) έτη από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή.

Συνεπώς, με βάση όλα τα παραπάνω το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. εγγυάται ότι έχει λάβει όλα τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέσα, σύμφωνα με τα τεχνολογικά πρότυπα και τους ισχύοντες νόμους και κανονισμούς, προκειμένου να διασφαλίσει ότι η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων, είτε από το ίδιο το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. είτε από τρίτα μέλη για λογαριασμό του, είναι σύννομη, ενδεδειγμένη και διαθέτει το κατάλληλο επίπεδο ασφαλείας για να αποτρέψει κάθε μη εξουσιοδοτημένο ή τυχαία πρόσβαση, επεξεργασία, αλλοίωση ή άλλη χρήση αυτών.

Όπως και σε κάθε οργανισμό υγείας, έτσι και στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ. υπάρχει υπεύθυνος προστασίας προσωπικών δεδομένων, στον οποίο μπορούν να απευθύνονται όσοι χρειάζονται κάποια περαιτέρω διευκρίνιση ή αίτημα σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων.

5.7 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Τ.Υ.Π.Ε.Τ.

Η Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. στεγάζεται στο κτήριο διοίκησης του Ταμείου Υγείας, επί της οδού Σοφοκλέους 15 στο κέντρο της Αθήνας.

Οι υπηρεσίες που υπάγονται σε αυτή την Διεύθυνση είναι τα κάτωθι (www.typet.gr) :

- Σταθμός Αιμοληψίας
- Ακτινολογικό Εργαστήριο
- Γραφείο Ψυχολογικής Υποστήριξης
- Διαιτολογικό Γραφείο
- Εξωτερικά Ιατρεία
- Νοσηλευτική Υπηρεσία

- Φυσικοθεραπευτήριο

Αναλυτικά (www.typed.gr) :

Ο Σταθμός Αιμοληψίας και το Ακτινολογικό Εργαστήριο λειτουργούν καθημερινά, πρωινές ώρες και χωρίς προγραμματισμένα ραντεβού, με σειρά προτεραιότητας.

Το Γραφείο Ψυχολογικής Υποστήριξης και το Διαιτολογικό Γραφείο λειτουργούν καθημερινά κατόπιν ραντεβού.

Τα Εξωτερικά Ιατρεία λειτουργούν κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού πρωινές και απογευματινές ώρες. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται τα ακόλουθα τμήματα:

- Γαστρεντερολογικό
- Γυναικολογικό
- Δερματολογικό
- Ενδοκρινολογικό
- Καρδιολογικό
- Νευρολογικό
- Ορθοπαιδικό
- Οφθαλμολογικό
- Παθολογικό
- Ω.Ρ.Λ.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία παρέχει υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, όπως ενέσεις, εμβολιασμούς, αλλαγές και περιποιήσεις τραυμάτων, κατά τη διάρκεια του πρωινού αλλά και απογευματινού ωραρίου.

Στο Φυσικοθεραπευτήριο, το οποίο λειτουργεί και αυτό πρωινές και απογευματινές ώρες, υπάρχει πλήρως εξοπλισμένο εργαστήριο και γυμναστήριο για την φυσική αποκατάσταση μυοσκελετικών και νευρολογικών προβλημάτων.

B. ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των εξωτερικών ιατρείων του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. (εξωτερικά ιατρεία κλινικής «Υγείας Μέλαθρον» και Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Τ.Υ.Π.Ε.Τ.).

6.2 ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Για την εκπόνηση της έρευνας πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε διάστημα τριών μηνών, (22/03/2019 έως 21/06/2019). Το υλικό της έρευνας αποτελείται από 186 χρήστες των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Τ.Υ.Π.Ε.Τ (κλινική «Υγείας Μέλαθρον» - Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Τ.Υ.Π.Ε.Τ.). Υπολογίζεται ότι σε αυτό το χρονικό διάστημα ο αριθμός των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία ήταν περίπου 15.850 άτομα. Ο εξεταζόμενος πληθυσμός ήταν ενήλικοι χρήστες των υπηρεσιών, η συμμετοχή των οποίων ήταν ανώνυμη και προαιρετική. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους χώρους αναμονής των εξωτερικών ιατρείων καθώς και στο γραφείο κινήσεως και συλλέγονταν σε ειδικό κυτίο. Η γραμματεία του εκάστοτε τμήματος ενημέρωνε τους χρήστες σχετικά με το σκοπό της έρευνας και η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική. Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε για την συγκεκριμένη μελέτη ήταν δειγματοληψία ευκολίας. Η μέθοδος συμπλήρωσής του ήταν η αυτοσυμπλήρωση και σε περίπτωση διευκρινιστικών ερωτήσεων οι συμμετέχοντες απευθύνονταν στην αντίστοιχη γραμματεία των ιατρείων.

Επιπροσθέτως, η ηθική και δεοντολογία αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι για της διεξαγωγής οποιασδήποτε έρευνας αφορά τη συμμετοχή ατόμων. Συνεπώς, τα βασικότερα ζητήματα που προστατεύονται είναι η συνειδητή συγκατάθεση όσων εμπλέκονται στην έρευνα καθώς και η προστασία των προσωπικών δεδομένων (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, www.ekt.gr).

Η "συνειδητή συγκατάθεση" σημαίνει πως όσοι συμμετέχουν σε ερευνητικά έργα θα πρέπει να είναι ενήμεροι σχετικά με τους στόχους της έρευνας, τη δυνατότητα άρνησης συμμετοχής χωρίς καμία συνέπεια, κλπ. Καμία παρότρυνση για συμμετοχή σε ερευνητικά έργα δεν δικαιολογείται (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, www.ekt.gr).

Αυτό σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες ήταν ενήμεροι για τον λόγο διεξαγωγής της συγκεκριμένης έρευνας (με υποσημείωση επάνω στο έντυπο του ερωτηματολογίου ή αν χρειάζονταν κάποια διευκρίνιση από την γραμματεία του εκάστοτε τμήματος). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και κατ'έπекταση η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική.

Η "προστασία των προσωπικών δεδομένων" αφορά το νόμιμο δικαίωμα, αλλά και την κοινή προσδοκία, για προστασία (του απόρρητου) της ιδιωτικής ζωής. Θέματα απορρήτου τίθενται σε όλες τις περιπτώσεις που συλλέγονται και αποθηκεύονται δεδομένα που προσδιορίζουν μοναδικά ένα ή περισσότερα άτομα. Τα δεδομένα αυτά αφορούν συνήθως θέματα υγείας, ποινικού μητρώου, γενετικές, οικονομικές, γεωγραφικές ή πολιτισμικές πληροφορίες. Σύμφωνα με καλές πρακτικές, η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πρέπει να γίνεται με νόμιμο και δίκαιο τρόπο, για συγκεκριμένους και περιορισμένους λόγους, με ακρίβεια, ασφάλεια και σεβασμό στα δικαιώματα του ατόμου, ενώ δεν πρέπει να διατηρούνται για

μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από όσο χρειάζεται, ούτε και να μεταφέρονται σε άλλες χώρες χωρίς επαρκή προστασία (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης, www.ekt.gr).

Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τη συλλογή των δεδομένων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης.

6.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα ξεκίνησε μόλις ελήφθησαν οι απαραίτητες εγκρίσεις από το επιστημονικό και διοικητικό συμβούλιο του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. για την διεξαγωγή της στους χώρους όπου είχε ζητηθεί έγγραφη άδεια μέσω πρωτοκόλλου.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο σταθμισμένο ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Το συγκεκριμένο έχει σχεδιαστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από την κα Βασιλική Καπάκη, Δρ. Πολιτικής Υγείας, μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Οικονομικών της Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου καθώς και μέλος της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης. Για την χρήση του υπάρχει η σύμφωνη γνώμη και άδεια της κας Καπάκη.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει κλειστού τύπου ερωτήσεις που αναφέρονται στην ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από το γενικό σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών, τόσο από την ανθρώπινη επαφή και εκτίμηση από τις ιατρικές – διοικητικές υπηρεσίες όσο από τις διαδικασίες και υποδομές. Στο τέλος υπάρχουν και δύο ερωτήσεις ανοιχτού τύπου αναφορικά με την δυσαρέσκεια σε κάτι και πιθανές προτάσεις βελτίωσης, τα οποία είναι απαραίτητα για την διατύπωση μίας ολοκληρωμένης εικόνας σχετικά με την ικανοποίηση. Περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις μαζί με τα δημογραφικά στοιχεία. Το στοιχείο που κάνει το εν λόγω ερωτηματολόγιο να διαφέρει από τα υπόλοιπα του είδους του είναι ότι μπορεί να συμπληρωθεί σε δύο φάσεις. Στο πρώτο στάδιο, πριν την είσοδο στο εξεταστήριο / ιατρείο, που αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού καθώς και διευκρινιστικές ερωτήσεις αναφορικά με το τμήμα του ιατρείου που επισκέφθηκε ο χρήστης, το λόγο επίσκεψης και το χρόνο αναμονής. Στο δεύτερο στάδιο, με το πέρας της εξέτασης, ο χρήστης συμπληρώνει έναν πίνακα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτός ο πίνακας περιλαμβάνει κλειστές ερωτήσεις με τη μορφή πεντάβαθμης κλίμακας Likert (ποσοστό ικανοποίησης : καθόλου / λίγο / μέτρια / πολύ / πάρα πολύ).

Η επιλογή αυτού του ερωτηματολογίου έγινε διότι περιλαμβάνει όλα τα απαραίτητα σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη ώστε να σχηματιστεί μια σφαιρική εικόνα – εκτίμηση ικανοποίησης, είναι σύντομο ώστε να μην κουράζει τους συμμετέχοντες και εύκολα κατανοητό από τον οποιοδήποτε.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. παρέχει δωρεάν φροντίδα υγείας στα ασφαλιζόμενα μέλη του. Η παροχή υγειονομικής φροντίδας σε ιδιώτες είναι αρκετά περιορισμένη.

Τέλος, η καταχώρηση των στοιχείων του ερωτηματολογίου, η ανάλυση του δείγματος και η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη μέθοδο της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής μέσω του Στατιστικού Προγράμματος Ανάλυσης Δεδομένων IBM SPSS (Statistical Package for Social Science).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η διαχείριση και στατιστική ανάλυση του δείγματος χωρίζεται σε δύο μέρη. Αρχικά είναι η περιγραφική στατιστική, όπου παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των μεταβλητών της έρευνας και ακολουθεί η εκτιμητική στατιστική, όπου ο στόχος είναι να διερευνηθούν και να ερμηνευθούν πιθανές αιτιακές σχέσεις για τις μεταβλητές του ενδιαφέροντος.

Συγκεκριμένα, στην περιγραφική στατιστική παρέχονται οι πίνακες συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων επί τοις εκατό για τις κατηγορικές μεταβλητές. Επιπρόσθετα, παρέχονται και οι αθροιστικές σχετικές συχνότητες επί τοις εκατό για τις διατεταγμένες κατηγορικές μεταβλητές. Για τις συνεχείς ποσοτικές μεταβλητές δίνονται τα δειγματικά μέτρα για τη θέση (μέση τιμή), για τη διασπορά (τυπική απόκλιση) και το σχήμα (ασυμμετρία). Συμπληρωματικά με τους περιγραφικούς πίνακες, παρέχεται και η γραφική αναπαράσταση των μεταβλητών. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται με ραβδόγραμμα ή κυκλικό διάγραμμα, ενώ οι συνεχείς με ιστόγραμμα.

Σχετικά με την εκτιμητική στατιστική η κύρια μεταβλητή του ενδιαφέροντος είναι η συνολική ικανοποίηση, η οποία είναι διατεταγμένη κατηγορική. Για τη διερεύνηση ύπαρξης εξάρτησης δύο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιείται ο στατιστικός έλεγχος χ^2 . Σχετικά με τη ύπαρξη σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής και μιας συνεχούς μεταβλητής, ελέγχεται αν οι μέσες τιμές της συνεχούς σε κάθε διαφορετικό επίπεδο της κατηγορικής είναι στατιστικά ίσες μεταξύ τους. Αν οι συνεχείς μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή τότε χρησιμοποιείται το ANOVA test, ενώ αν απορρίπτεται η κανονικότητα τότε χρησιμοποιείται το μη παραμετρικό Kruskal-Wallis test. Πριν από τον έλεγχο για τις μέσες τιμές, προηγείται ένας έλεγχος κανονικότητας για κάθε συνεχή μεταβλητή.

Με βάση τα ευρήματα για τις μεταβλητές, οι οποίες φαίνεται να επιδρούν στην συνολική ικανοποίηση, επιλέγονται οι επεξηγηματικές μεταβλητές που εισάγονται σε ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την προαναφερθείσα. Η επιλογή του τελικού μοντέλου γίνεται με τη μέθοδο αποκλεισμού μεταβλητών (backward elimination). Παρουσιάζονται τα στοιχεία του τελικού μοντέλου, καθώς και η προβλεπόμενη πιθανότητα ικανοποίησης για διάφορες τιμές των επεξηγηματικών μεταβλητών. Γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων συμπληρώνει την έρευνα.

Επιπλέον, πραγματοποιούνται έλεγχοι ανεξαρτησίας χ^2 μεταξύ των ερωτήσεων ανάπτυξης, της πρότασης σε τρίτους και της συνολικής ικανοποίησης, για την πιθανή εξαγωγή

συμπληρωματικών συμπερασμάτων. Τέλος, για την ανάλυση χρησιμοποιείται το στατιστικό πακέτο IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

7.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σε αυτήν την ενότητα δίνεται η απεικόνιση του υπό μελέτη δείγματος, στο πλαίσιο της περιγραφικής στατιστικής. Το μελετώμενο δείγμα περιελάμβανε 186 ερωτηματολόγια. Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε 18 ερωτήσεις, οι οποίες αποτελούν τις τυχαίες μεταβλητές της έρευνας. Αναφέρουμε ότι δεν είχαμε καμία ελλείπουσα τιμή (missing value). Συνοπτικά, οι τύποι των μεταβλητών είναι :

- 3 ποσοτικές συνεχείς μεταβλητές
- 13 ποιοτικές (κατηγορικές) μεταβλητές, διατεταγμένες ή μη
- 2 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, οι οποίες μετασχηματίστηκαν για την ανάλυση σε δίτιμες κατηγορικές

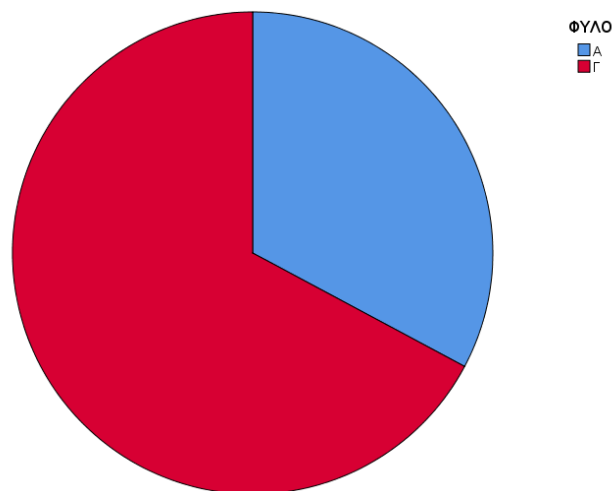
Παρακάτω παρέχονται αναλυτικά τα περιγραφικά στοιχεία και η γραφική αναπαράσταση της κάθε μεταβλητής ξεχωριστά. Σε όλους τους επόμενους πίνακες τα ποσοστά και οι αναμενόμενες συχνότητες έχουν στρογγυλοποιηθεί στο πρώτο δεκαδικό ψηφίο.

Συγκεκριμένα στον Πίνακα 1, που αναφέρεται στο φύλο, διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν γυναίκες με ποσοστό 67,2% έναντι 32,8% που ήταν οι άντρες. Αυτό το αποτέλεσμα αποτυπώνεται και στο Διάγραμμα 2 με τη μορφή κυκλικού διαγράμματος (το κόκκινο τμήμα αναφέρεται στις γυναίκες και το μπλε κομμάτι στους άνδρες).

Πίνακας 1 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΦΥΛΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ανδρας	61	32,8
Γυναίκα	125	67,2
Σύνολο	186	100,0

Διάγραμμα 2 : Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΦΥΛΟ

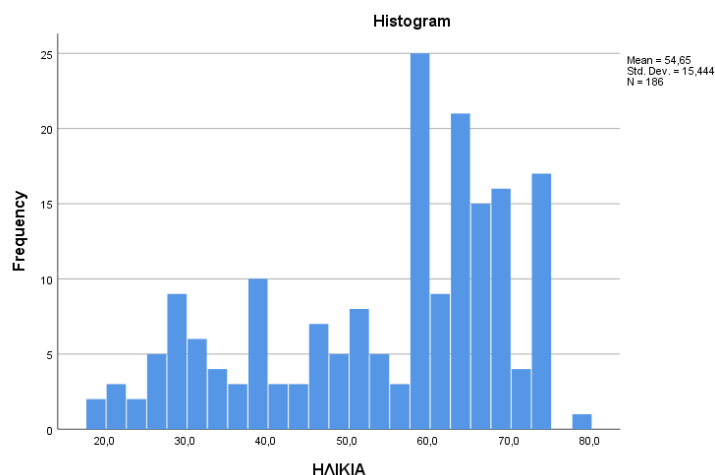


Στον Πίνακα 2 παρέχεται η περιγραφή της δειγματικής κατανομής της συνεχούς ποσοτικής μεταβλητής ηλικία. Συγκεκριμένα, ο πίνακας περιέχει το μέγεθος του δείγματος, την ελάχιστη και τη μέγιστη τιμή, το δειγματικό μέσο, την τυπική απόκλιση και την ασυμμετρία. Όπως παρατηρούμε το εύρος του δείγματος (ελάχιστη και μέγιστη τιμή) είναι 19-88 έτη, ενώ ο δειγματικός μέσος και η τυπική απόκλιση ισούνται με 54,65 και 15,444 αντίστοιχα. Επιπλέον, η ασυμμετρία είναι αρνητική και συγκεκριμένα -0,659, το οποίο σημαίνει ότι οι περισσότερες παρατηρήσεις του δείγματος είναι μεγαλύτερες από τη μέση τιμή. Η γραφική αναπαράσταση της κατανομής της μεταβλητής μέσω ενός ιστογράμματος συχνοτήτων παρέχεται στο Διάγραμμα 3.

Πίνακας 2 : Περιγραφικός πίνακας για τη μεταβλητή ΗΛΙΚΙΑ

	Μέγεθος Δείγματος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ασυμμετρία
ΗΛΙΚΙΑ	186	19,0	80,0	54,653	15,4435	-0,659

Διάγραμμα 3: Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΗΛΙΚΙΑ

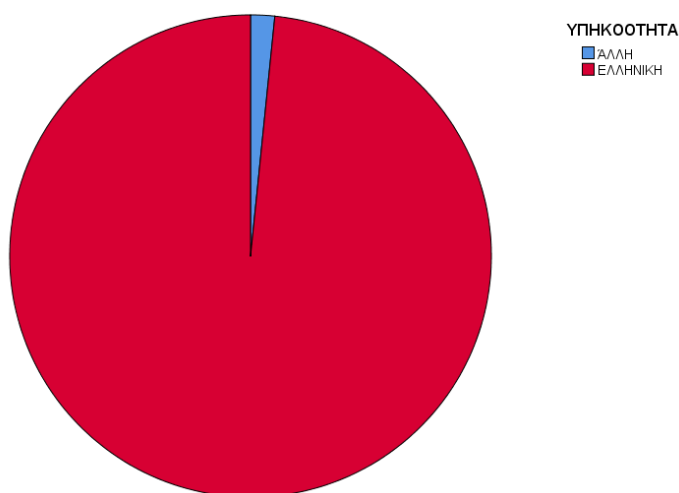


Ο Πίνακας 3 δείχνει ότι η υπηκοότητα των χρηστών ήταν ως επί το πλείστον ελληνική με ποσοστό 98,4% . Ένα πολύ μικρό ποσοστό, μόλις το 1,6% που αντιστοιχεί σε 3 από τους 186 χρήστες δήλωσε άλλη υπηκοότητα. Αυτό το μεγάλο ποσοστό αποτυπώνεται ξεκάθαρα στο Διάγραμμα 4 με τη μορφή κυκλικού διαγράμματος (το κόκκινο τμήμα αναφέρεται στην ελληνική υπηκοότητα και το μπλε στην άλλη εθνικότητα).

Πίνακας 3 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άλλη	3	1,6
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	183	98,4
Σύνολο	186	100,0

Διάγραμμα 4: Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ



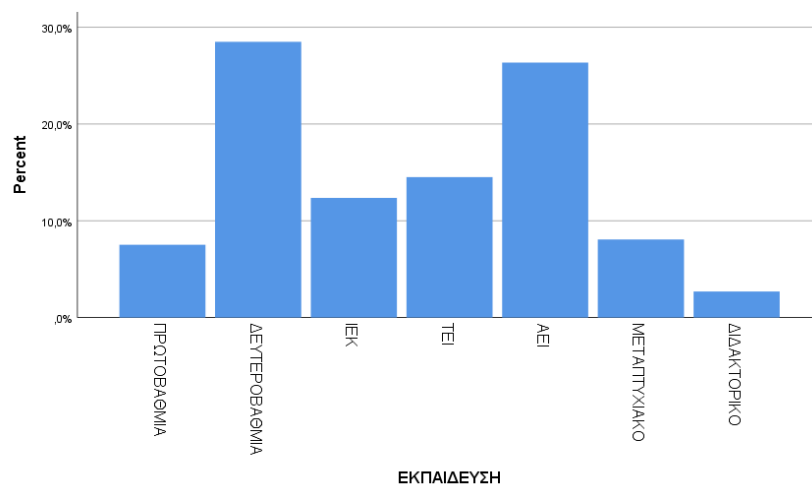
Από τον Πίνακα 4, όπως αποτυπώνεται και στο Διάγραμμα 5 με τη μορφή ραβδογράμματος, διαπιστώνεται ότι το επίπεδο εκπαίδευσης των περισσότερων χρηστών ανήκει στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση με ποσοστό 28,5% και με μικρή διαφορά ακολουθεί με ποσοστό 26,3% η ανώτατη εκπαίδευση (ΑΕΙ). Ένα μικρό ποσοστό μόλις 2,7% και με συχνότητα 5 χρήστες από το σύνολο των 186 συμμετεχόντων δήλωσε ότι κατέχει διδακτορικό τίτλο. Από την στήλη του πίνακα με τα αθροιστικά ποσοστά % παρατηρούμε ότι το 48,4% έχει ολοκληρώσει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή επαγγελματική εκπαίδευση, ενώ πάνω από το μισό δείγμα, και συγκεκριμένα 51,6%, κατέχει τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ, ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ και ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ).

Πίνακας 4 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων %για τη μεταβλητή ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	14	7,5	7,5

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	53	28,5	36,0
ΙΕΚ	23	12,4	48,4
ΤΕΙ	27	14,5	62,9
ΑΕΙ	49	26,3	89,2
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	15	8,1	97,3
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	5	2,7	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 5: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

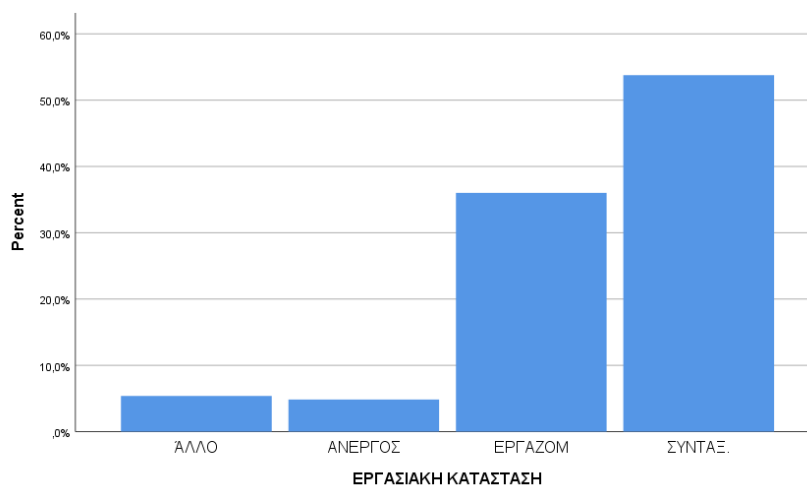


Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 5 και όπως παρουσιάζεται με το ραβδόγραμμα στο Διάγραμμα 6, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό – λίγο παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες – το 53,8% είναι συνταξιούχοι. Ακολουθούν οι εργαζόμενοι με ποσοστό 36%. Ένα πολύ μικρό ποσοστό μόλις 4,8% είναι οι άνεργοι, οι οποίοι είναι έμμεσα ασφαλισμένοι, όπως επίσης και οι χρήστες που ανήκουν στην κατηγορία άλλο με ποσοστό 5,4%, οι οποίοι μπορεί να είναι νοικοκυρές, φοιτητές, κ.α. Από την στήλη του πίνακα με τα αθροιστικά ποσοστά % παρατηρούμε ότι το 89,8% των ερωτηθέντων είναι εργαζόμενοι και συνταξιούχοι.

Πίνακας 5 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
ΑΛΛΟ	10	5,4	5,4
ΑΝΕΡΓΟΣ	9	4,8	10,2
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	67	36,0	46,2
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	100	53,8	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 6: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

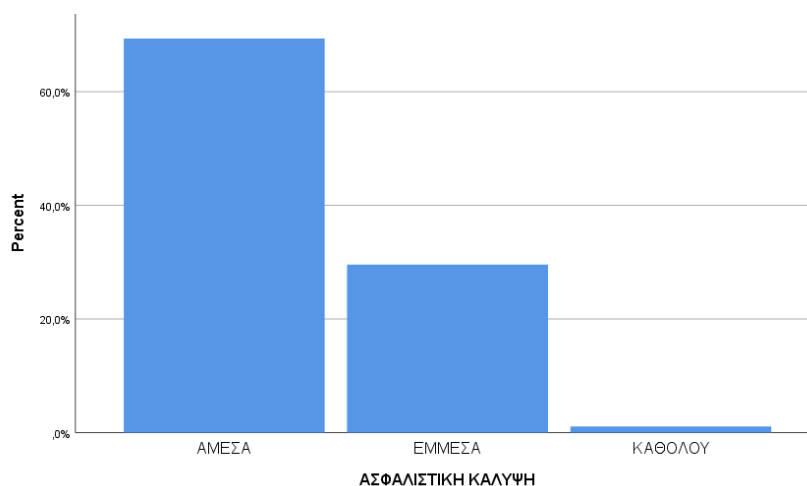


Από τον επόμενο πίνακα (Πίνακας 6), όπως επίσης και από το ραβδόγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 7), διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, το 69,4% και με συχνότητα 129 από τους 186 χρήστες στο σύνολο των συμμετεχόντων, είναι άμεσα ασφαλισμένοι. Στα άμεσα μέλη ανήκουν τα τακτικά μέλη (όλοι οι εν ενεργεία μόνιμοι υπάλληλοι της Εθνικής Τράπεζας) καθώς και τα έκτακτα μέλη (όπως οι συνταξιούχοι που προέρχονται από τα τακτικά μέλη, το μόνιμο προσωπικό – διοικητικό/ ιατρικό/ νοσηλευτικό- του Τ.Υ.Π.Ε.Τ., οι εργαζόμενοι στις θυγατρικές εταιρείες της Ε.Τ.Ε., κ.α.). Μικρότερο ποσοστό, 29,6% είναι τα έμμεσα μέλη (όπως μέλη ατομικής οικογένειας- σύζυγοι, τέκνα, κ.α). Τέλος στην κατηγορία ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ το ποσοστό είναι πάρα πολύ μικρό, μόλις 1,1%. Σε αυτή την κατηγορία μπορεί να ανήκουν ιδιώτες ή από άλλα ταμεία ασφάλισης που πάλι έρχονται στο Ταμείο ως ιδιώτες. Αξίζει να αναφέρουμε ότι το πρόγραμμα SPSS δεν εμφανίζει τις τιμές των μεταβλητών για τις οποίες δεν είχαμε καμία παρατήρηση. Αυτός είναι και ο λόγος που δεν φαίνεται η απάντηση ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ.

Πίνακας 6 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
ΑΜΕΣΑ	129	69,4	69,4
ΕΜΜΕΣΑ	55	29,6	98,9
ΚΑΘΟΛΟΥ	2	1,1	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 7: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

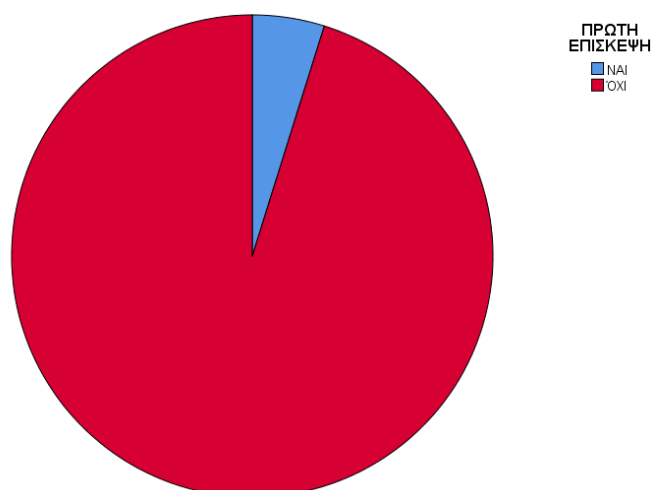


Από την παρακάτω ανάλυση (Πίνακας 7 – Διάγραμμα 8) διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών, 95,2%, δήλωσε ότι δεν είναι η πρώτη φορά που επισκέπτεται το ιατρείο. Μόλις το 4,8% δήλωσε ότι είναι η πρώτη του επίσκεψη.

Πίνακας 7 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	9	4,8
ΌΧΙ	177	95,2
Σύνολο	186	100,0

Διάγραμμα 8: Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

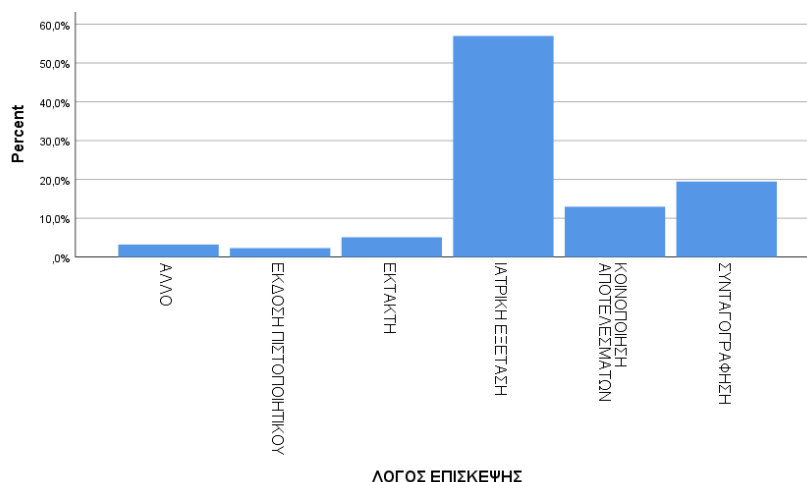


Από τον Πίνακα 8 φαίνεται ότι οι περισσότεροι χρήστες, το 56,9%, επισκέπτονται το ιατρείο για ιατρική εξέταση. Αυτό αποτυπώνεται ξεκάθαρα και στο ραβδόγραμμα, Διάγραμμα 9. Με πολύ μικρότερο ποσοστό δηλαδή 19,4% και 13% επισκέπτονται το ιατρείο για συνταγογράφηση και κοινοποίηση αποτελεσμάτων αντίστοιχα. Πολλοί βέβαια έρχονται και για συνδυαστικούς λόγους, όπως να για ιατρική εξέταση και κοινοποίηση εξετάσεων ή συνταγογράφηση και κοινοποίηση αποτελεσμάτων. Αυτός είναι και ο λόγος που το σύνολο στον πίνακα συχνотήτων είναι 216 καθώς πολλοί ερωτηθέντες έδωσαν περισσότερες από μία απαντήσεις.

Πίνακας 8 : Πίνακας συχνотήτων και σχετικών συχνотήτων % για τη μεταβλητή ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

	Συχνотήτητα	Ποσοστό %
ΑΛΛΟ	7	3,2
ΕΚΔΟΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ	5	2,3
ΕΚΤΑΚΤΗ	11	5,1
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	123	56,9
ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	28	13,0
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ	42	19,4
Σύνολο	216	100,0

Διάγραμμα 9: Ραβδόγραμμα συχνотήτων για τη μεταβλητή ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

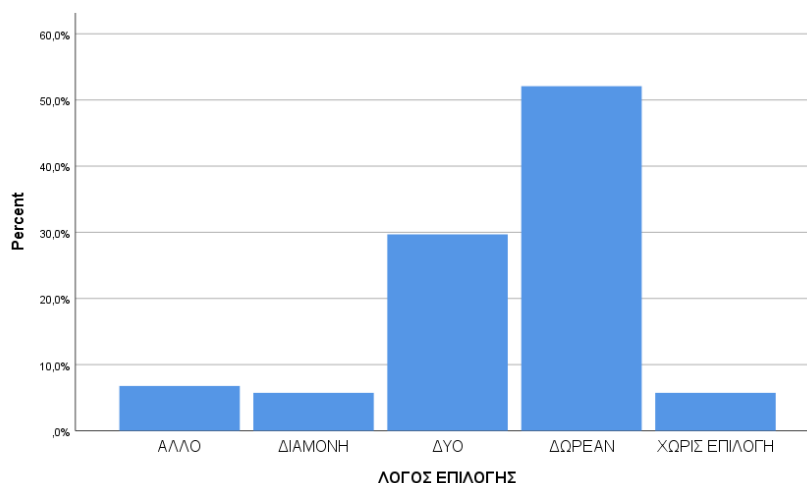


Από τον Πίνακα 9, όπως απεικονίζεται και στο ραβδόγραμμα στο Διάγραμμα 10, διαπιστώνεται ότι ο λόγος που οι περισσότεροι χρήστες επισκέπτονται το ιατρείο, με ποσοστό 52,1% , είναι ότι οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι είναι ο ασφαλιστικός φορέας τους. Ακολουθεί με ποσοστό 29,7% η επιλογή και τα δύο, δηλαδή οι χρήστες το επιλέγουν και γιατί οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν αλλά και επειδή είναι κοντά στον τόπο διαμονής τους. Η επιλογή άλλο με ποσοστό 6,8%, μπορεί να δείχνει ως λόγο επιλογής του συγκεκριμένου ιατρείου το ότι για παράδειγμα το επισκέπτονται επειδή τους παρακολουθεί ένας συγκεκριμένος ιατρός. Και σε αυτή την κατηγορία παρατηρείται συνδυασμός απαντήσεων, ότι δηλαδή κάποιοι το επιλέγουν και ότι είναι δωρεάν και κοντά στον τόπο διαμονής τους (δύο) αλλά και επειδή δεν έχουν άλλη δυνατότητα επιλογής, με ποσοστό 1,1%. Και εδώ, αυτός είναι ο λόγος όπου το σύνολο στον πίνακα συχνοτήτων είναι 192 (λόγω δηλαδή των πολλαπλών απαντήσεων). Το ότι δεν έχουν άλλη δυνατότητα επιλογής, που παρατηρείται στο 4,8% στις απαντήσεις των χρηστών ίσως δείχνει και κάποια μορφή δυσaráσκειας.

Πίνακας 9 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΓΓΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΛΛΟ	13	6,8
ΔΙΑΜΟΝΗ	11	5,7
ΔΥΟ	57	29,7
ΔΩΡΕΑΝ	100	52,1
ΧΩΡΙΣ ΕΠΙΛΟΓΗ	11	5,7
Σύνολο	192	100,0

Διάγραμμα 10: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΛΟΓΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

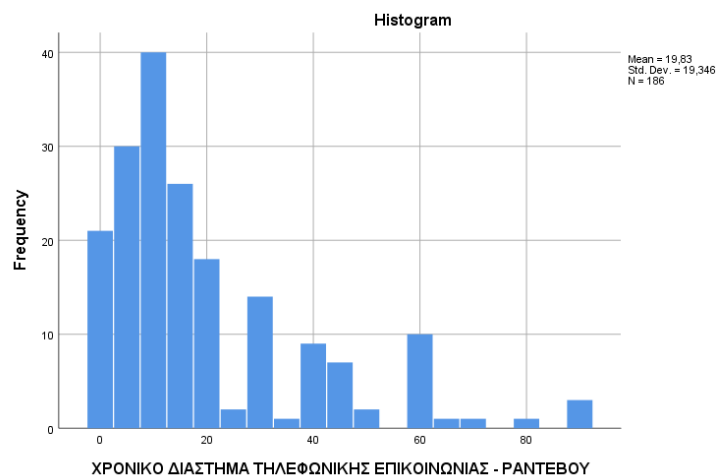


Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 10, στον οποίο παρέχεται η περιγραφή της δειγματικής κατανομής της συνεχούς ποσοτικής μεταβλητής χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και πραγματοποίησης του ραντεβού και η αντίστοιχη αποτύπωσή του στο Διάγραμμα 11, με τη μορφή του ιστογράμματος συχνοτήτων, ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε από την τηλεφωνική επικοινωνία για το κλείσιμο του ραντεβού μέχρι την ημερομηνία πραγματοποίησής του ήταν 19,83 ημέρες. Πιο συγκεκριμένα, ο πίνακας περιέχει το μέγεθος του δείγματος, την ελάχιστη και τη μέγιστη τιμή, το δειγματικό μέσο, την τυπική απόκλιση και την ασυμμετρία. Συνεπώς, το εύρος του δείγματος (ελάχιστη και μέγιστη τιμή) είναι 0-90 ημέρες, ενώ ο δειγματικός μέσος και η τυπική απόκλιση ισούνται με 19,83 και 19,346 αντίστοιχα. Επιπλέον η ασυμμετρία είναι θετική και συγκεκριμένα 1,581, το οποίο σημαίνει ότι οι περισσότερες παρατηρήσεις του δείγματος είναι μικρότερες από τη μέση τιμή.

Πίνακας 10 : Περιγραφικός πίνακας για τη μεταβλητή ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ ΤΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΠΟΥ ΔΟΘΗΚΕ

	Μέγεθος Δείγματος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ασυμμετρία
ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΡΑΝΤΕΒΟΥ	186	0	90	19,83	19,346	1,581

Διάγραμμα 11: Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ ΤΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΠΟΥ ΔΟΘΗΚΕ

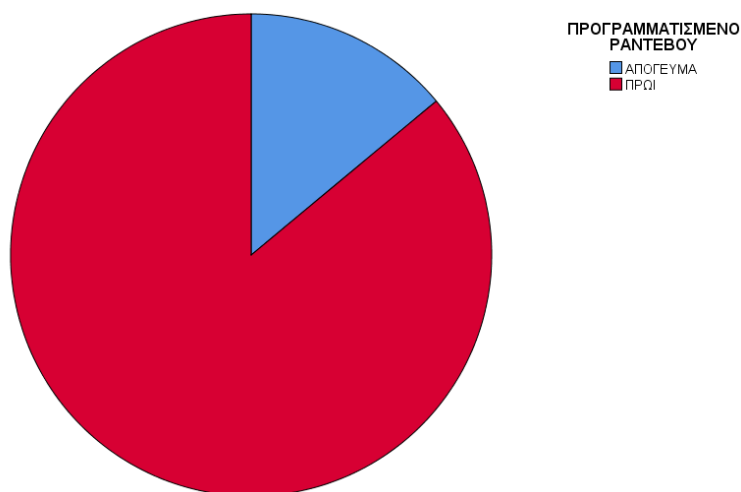


Στον Πίνακα 11 και αντίστοιχα στο Διάγραμμα 12 φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα είχαν προγραμματίσει το ραντεβού τους στο πρωινό ωράριο. Συγκεκριμένα το 86% των ερωτηθέντων επισκέφτηκαν το Ταμείο το πρωί. Με ποσοστό 14% φαίνεται ότι ήταν το ραντεβού τους το απόγευμα.

Πίνακας 11 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΠΟΤΕ ΗΤΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΠΟΓΕΥΜΑ	26	14,0
ΠΡΩΙ	160	86,0
Σύνολο	186	100,0

Διάγραμμα 12: Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΠΟΤΕ ΗΤΑΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ



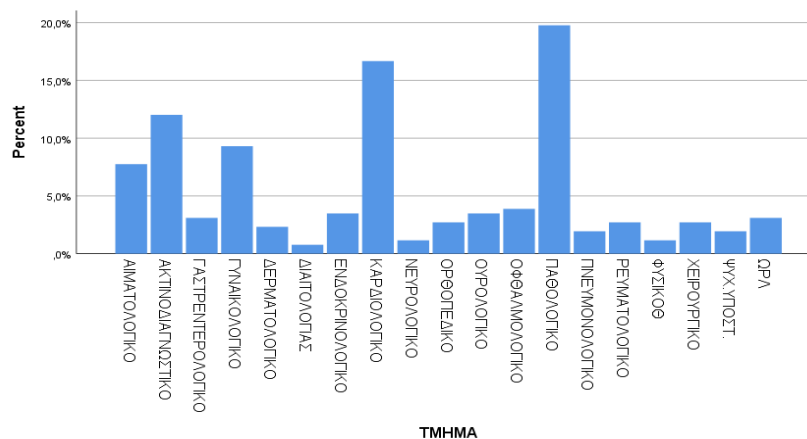
Όπως προκύπτει από τα παρακάτω (Πίνακας 12 – Διάγραμμα 13), τα τμήματα που είχαν την μεγαλύτερη επισκεψιμότητα ήταν το παθολογικό και ακολούθως το καρδιολογικό με ποσοστό 19,8% και 16,7%. Και εδώ φαίνεται ότι πολλοί χρήστες αυτών των υπηρεσιών έκαναν συνδυασμό επισκέψεων πέραν του ενός τμήματος, δηλαδή μέσα σε μία ημέρα μπορεί να επισκέφτηκαν 2 ή 3 ή παραπάνω ειδικότητες. Και αυτός είναι και ο λόγος, που το σύνολο στη στήλη συχνοτήτων του Πίνακα 12 είναι 258. Αυτή η κατηγορία μας δίνει απλώς μία πληροφορία σχετικά με την επίσκεψη των ερωτηθέντων. Παρατηρούμε ότι κανένα τμήμα δεν έχει υπερβολικά μεγάλο ποσοστό επισκεψιμότητας (πάνω ή κοντά δηλαδή στο 50%) και αυτό βοηθά καλύτερα στην έρευνα διότι οι ερωτηθέντες δεν ανήκουν σε μία συγκεκριμένη κατηγορία πάθησης που θα μπορούσε να κατευθύνει διαφορετικά την ανάλυση της έρευνας αλλά σε μεγαλύτερη κλίμακα επιλογών.

Πίνακας 12 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	20	7,8
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ	31	12,0
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	8	3,1
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	24	9,3
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	6	2,3
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ	2	0,8
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	9	3,5
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	43	16,7
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	3	1,2
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	7	2,7
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	9	3,5
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	10	3,9

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	51	19,8
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	5	1,9
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	7	2,7
ΦΥΣΙΚΟΘ	3	1,2
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	7	2,7
ΨΥΧ.ΥΠΟΣΤ.	5	1,9
ΩΡΛ	8	3,1
Σύνολο	258	100,0

Διάγραμμα 13: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

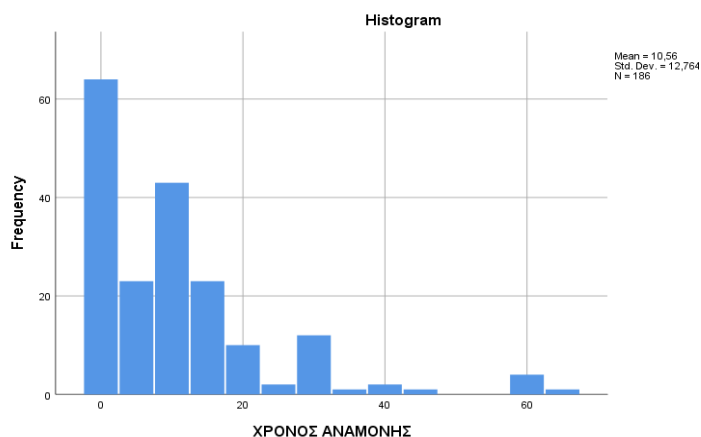


Στον Πίνακα 13 παρέχεται η περιγραφή της δειγματικής κατανομής της συνεχούς ποσοτικής μεταβλητής χρόνος αναμονής από το προγραμματισμένο ραντεβού μέχρι την υποδοχή από το στέλεχος του ιατρείου. Αναλυτικά, ο πίνακας περιέχει το μέγεθος του δείγματος, την ελάχιστη και τη μέγιστη τιμή, το δειγματικό μέσο, την τυπική απόκλιση και την ασυμμετρία. Το εύρος του δείγματος (ελάχιστη και μέγιστη τιμή) είναι 0-63 λεπτά της ώρας, ενώ ο δειγματικός μέσος και η τυπική απόκλιση ισούνται με 10,56 και 12,764 αντίστοιχα. Όσον αφορά την ασυμμετρία, αυτή είναι θετική και συγκεκριμένα 1,997, το οποίο σημαίνει ότι οι περισσότερες παρατηρήσεις του δείγματος είναι μικρότερες από τη μέση τιμή. Η γραφική αναπαράσταση της κατανομής της μεταβλητής μέσω ενός ιστογράμματος συχνοτήτων προβάλλεται στο Διάγραμμα 14.

Πίνακας 13 : Περιγραφικός πίνακας για τη μεταβλητή ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΑΓΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΥΠΟΔΟΧΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

	Μέγεθος Δείγματος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ασυμμετρία
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	186	0	63	10,56	12,764	1,997

Διάγραμμα 14: Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΑΓΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΥΠΟΔΟΧΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

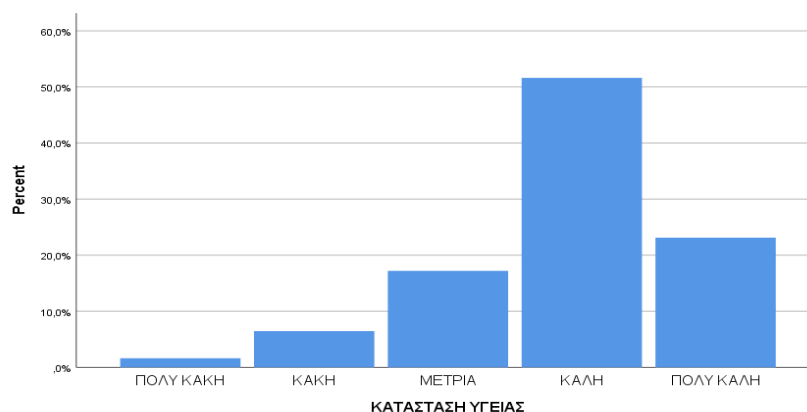


Ο Πίνακας 14 και αντίστοιχα η αναπαράστασή του στο Διάγραμμα 15 με τη μορφή ραβδογράμματος παρουσιάζουν το πως αξιολογούν οι ίδιοι οι χρήστες των υπηρεσιών την κατάσταση της υγείας. Λίγο περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες, με ποσοστό 51,6%, έκριναν την κατάσταση της υγείας τους καλή. Από την στήλη του πίνακα με τα αθροιστικά ποσοστά % παρατηρούμε ότι μόλις το 8,1% δήλωσε ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι κακή ή πολύ κακή.

Πίνακας 14 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	3	1,6	1,6
ΚΑΚΗ	12	6,5	8,1
ΜΕΤΡΙΑ	32	17,2	25,3
ΚΑΛΗ	96	51,6	76,9
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	43	23,1	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 15: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



7.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

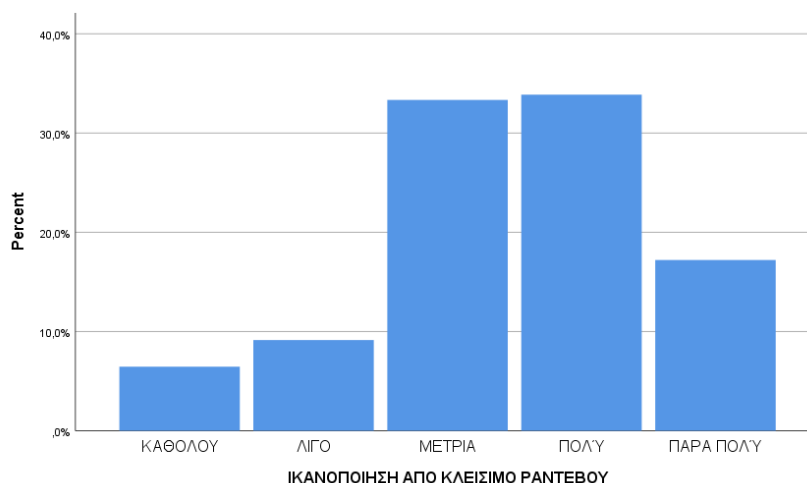
Με το πέρας της εξέτασης, οι συμμετέχοντες στην έρευνα απαντούσαν στο β' μέρος του ερωτηματολογίου που αφορούσε το βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Σε αυτή, λοιπόν, την ενότητα θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της ικανοποίησης. Στο ερωτηματολόγιο, απεικονίζονται σε έναν πίνακα οι παράμετροι αξιολόγησης με την συνολική εκτίμηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτοί οι παράμετροι δείχνουν το βαθμό ικανοποίησης με κλειστές ερωτήσεις και με τη μορφή πεντάβαθμης κλίμακας Likert. Στο τέλος υπάρχουν και δύο ερωτήσεις ανάπτυξης που αφορούν τη δυσαρέσκεια από κάτι που αντιμετώπισαν και προτάσεις βελτίωσης. Πιο αναλυτικά :

Ο Πίνακας 15 και η αποτύπωσή του στο Διάγραμμα 16 με τη μορφή του ραβδογράμματος δείχνουν ότι σχεδόν το ίδιο ποσοστό είναι μέτρια έως πολύ ικανοποιημένοι από τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού. Πιο συγκεκριμένα, μόλις το 33,9% δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι. Αντιθέτως, από το αθροιστικό ποσοστό φαίνεται ότι το 15,6% δήλωσαν ότι είναι καθόλου ή λίγο. Το 33,3% είναι μέτρια ικανοποιημένοι. Φαίνεται, λοιπόν, ότι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες δηλώνουν κάποια δυσαρέσκεια από την διαδικασία κλεισίματος ραντεβού (καθόλου-λίγοο ικανοποιημένοι / μέτρια – πιο ουδέτερη στάση).

Πίνακας 15 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
ΚΑΘΟΛΟΥ	12	6,5	6,5
ΛΙΓΟ	17	9,1	15,6
ΜΕΤΡΙΑ	62	33,3	48,9
ΠΟΛΥ	63	33,9	82,8
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	32	17,2	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 16: : Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

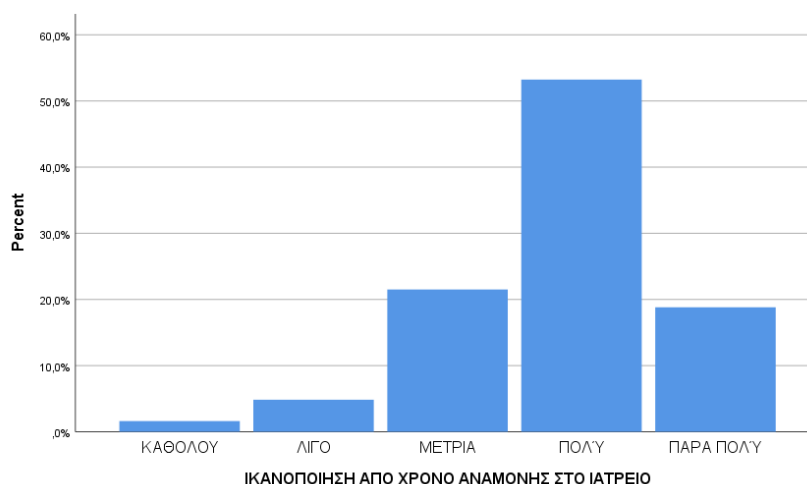


Από τα παρακάτω (Πίνακας 16- Διάγραμμα 17) διαπιστώνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό, το 53,2% των ερωτηθέντων είναι πολύ ικανοποιημένοι από τον χρόνο αναμονής στο ιατρείο. Συσχετιζόμενο με τα παραπάνω στοιχεία του Πίνακα 13 και του αντίστοιχου Διαγράμματος 14, τα οποία αφορούν το χρόνο αναμονής από την ώρα του προγραμματισμένου ραντεβού μέχρι την ώρα πραγματοποίησής του, ο μέσος χρόνος αναμονής είναι 10,56 λεπτά, χρόνος δηλαδή αρκετά ικανοποιητικός - χωρίς μεγάλη καθυστέρηση.

Πίνακας 16 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό%
ΚΑΘΟΛΟΥ	3	1,6	1,6
ΛΙΓΟ	9	4,8	6,5
ΜΕΤΡΙΑ	40	21,5	28,0
ΠΟΛΥ	99	53,2	81,2
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	35	18,8	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 17: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

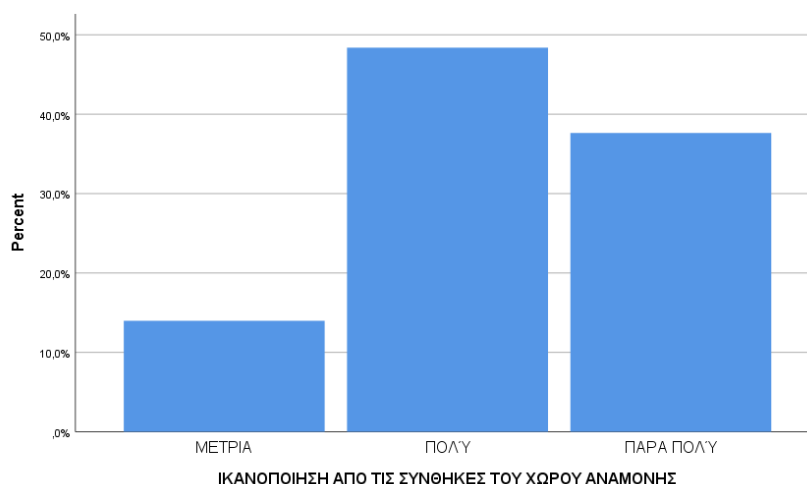


Ο Πίνακας 17 και κατ' ακολουθία η ανάλυσή του με ραβδόγραμμα στο Διάγραμμα 18, δείχνουν ότι το 48,4% των ερωτηθέντων είναι πολύ ικανοποιημένοι από τις συνθήκες στο χώρο αναμονής, ακολουθεί με ποσοστό 37,6% η πάρα πολύ ικανοποίηση και μέτρια ικανοποιημένοι είναι μόλις το 14% (όπως κατάλληλα διαμορφωμένοι χώροι με ιδανικές συνθήκες εξαερισμού και θερμοκρασίας, θέσεις αναμονής, κ.α.), ενώ μηδενικό είναι το ποσοστό αναφορικά με τις κλίμακες βαθμολογίας λίγο ή καθόλου. Και σε αυτήν την περίπτωση, η SPSS δεν εμφανίζει τις τιμές των μεταβλητών που δεν υπήρξε καμία παρατήρηση.

Πίνακας 17 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό%
ΜΕΤΡΙΑ	26	14,0	14,0
ΠΟΛΥ	90	48,4	62,4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	70	37,6	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 18: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

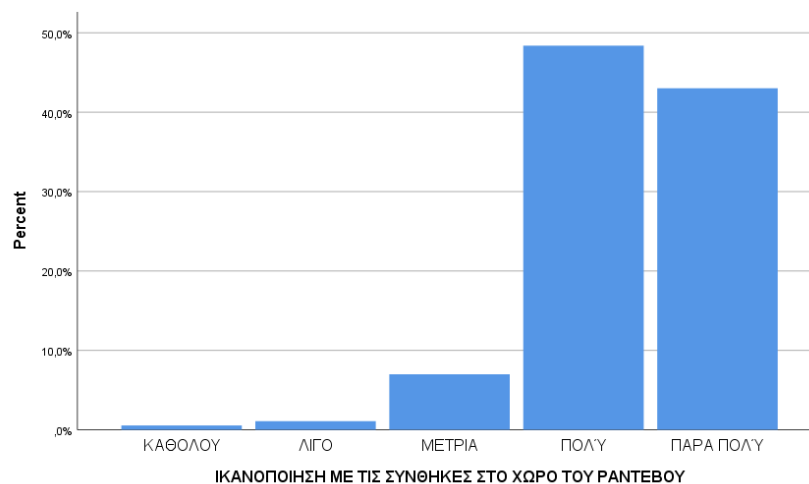


Από τα παρακάτω (Πίνακας 18 – Διάγραμμα 19) διαπιστώνεται ότι και εδώ οι χρήστες των υπηρεσιών είναι πολύ, με μεγαλύτερο ποσοστό – 48,4%, έως και πάρα πολύ- με ποσοστό 43%, από τις συνθήκες στο χώρο του ραντεβού (όπως τον χώρο του εξεταστηρίου, την καθαριότητα, κα.). Μόνο το 0,5% δηλαδή ο 1 από τους 186 ερωτηθέντες απάντησε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένος. Αυτό φαίνεται και από το αθροιστικό ποσοστό, ότι δηλαδή ένα πολύ μικρό ποσοστό το 8,6% απάντησε στην κατηγορία ΚΑΘΟΛΟΥ ή ΛΙΓΟ ή ΜΕΤΡΙΑ.

Πίνακας 18 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό%
ΚΑΘΟΛΟΥ	1	0,5	0,5
ΛΙΓΟ	2	1,1	1,6
ΜΕΤΡΙΑ	13	7,0	8,6
ΠΟΛΥ	90	48,4	57,0
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	80	43,0	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 19: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ

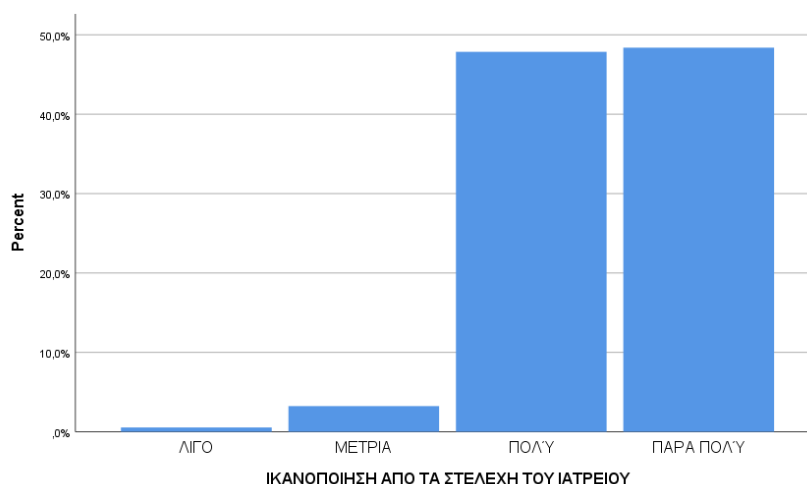


Σε αυτή την κατηγορία (Πίνακας 19 – Διάγραμμα 20) που αφορά τα στελέχη του ιατρείου, δηλαδή το ιατρικό/ νοσηλευτικό/ διοικητικό προσωπικό, και πάλι η διαφορά είναι αρκετά μικρή όσον αφορά την ικανοποίηση. Συγκεκριμένα το 48,4% δήλωσε ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι και το 47,8% ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι. Και πάλι σε αυτή την κατηγορία το ποσοστό που δήλωσε καθόλου και λίγο ικανοποιημένοι είναι μηδαμινό (0% καθόλου – 0,5% λίγο). Σημειώνεται ότι και εδώ η SPSS δεν εμφάνισε τις τιμές των μεταβλητών που δεν είχαμε καμία παρατήρηση.

Πίνακας 19 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό%
ΛΙΓΟ	1	0,5	0,5
ΜΕΤΡΙΑ	6	3,2	3,8
ΠΟΛΥ	89	47,8	51,6
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	90	48,4	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 20: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

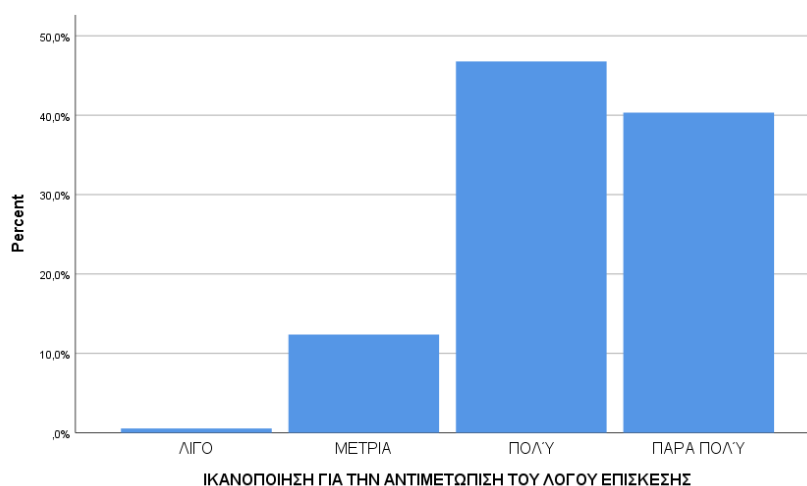


Από την παρατήρηση των παρακάτω, όπως φαίνονται στον Πίνακα 20 και αντίστοιχα στο Διάγραμμα 21, διαπιστώνεται ότι περίπου οι μισοί ερωτηθέντες, με ποσοστό 46,8% δείχνουν πολύ ικανοποιημένοι με την αντιμετώπιση από το λόγο της επίσκεψής τους και με μικρή διαφορά, με ποσοστό δηλαδή 40,3%, δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Αντιθέτως το 0,5% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι λίγο ή καθόλου ικανοποιημένοι, όπως προκύπτει από το αθροιστικό ποσοστό. Και εδώ η SPSS δεν εμφάνισε καμία παρατήρηση για την κατηγορία Καθόλου καθώς δεν είχαμε καμία απάντηση.

Πίνακας 20 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ/ ΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό%
ΛΙΓΟ	1	0,5	0,5
ΜΕΤΡΙΑ	23	12,4	12,9
ΠΟΛΥ	87	46,8	59,7
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	75	40,3	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 21: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ/ ΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ

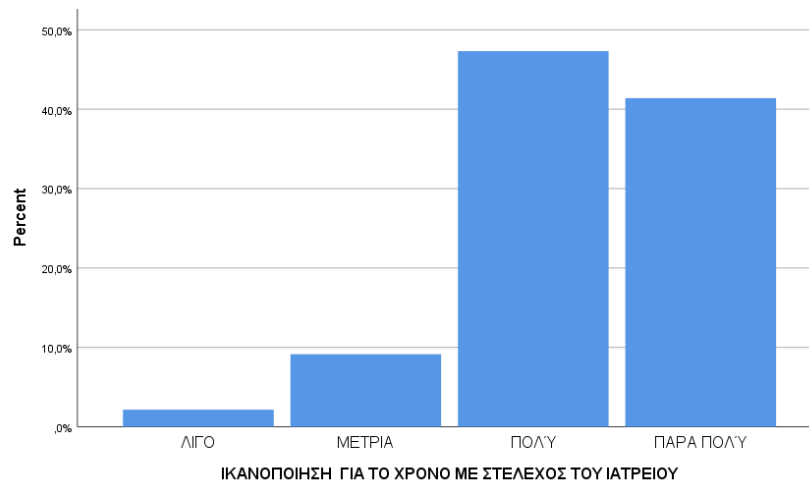


Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 21 αλλά και από την αποτύπωσή του στο Διάγραμμα 22, και πάλι η διαφορά μεταξύ των πολύ ικανοποιημένων με τους πάρα πολύ ικανοποιημένους από τον χρόνο που διέθεσε το στέλεχος με τον ασθενή είναι μικρή. Συγκεκριμένα με ποσοστό 47,3% από τους ερωτηθέντες, δηλαδή 88 από τα 186 άτομα, δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι ενώ με μόλις 41,4%, δηλαδή 77 από τους 186, είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Και σε αυτή την κατηγορία το ποσοστό που δήλωσαν καθόλου ικανοποιημένοι είναι 0% και κατά συνέπεια δεν μπορεί να το εμφανίσει η SPSS.

Πίνακας 21 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ / ΧΡΗΣΤΗ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό%
ΛΙΓΟ	4	2,2	2,2
ΜΕΤΡΙΑ	17	9,1	11,3
ΠΟΛΥ	88	47,3	58,6
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	77	41,4	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 22: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ / ΧΡΗΣΤΗ

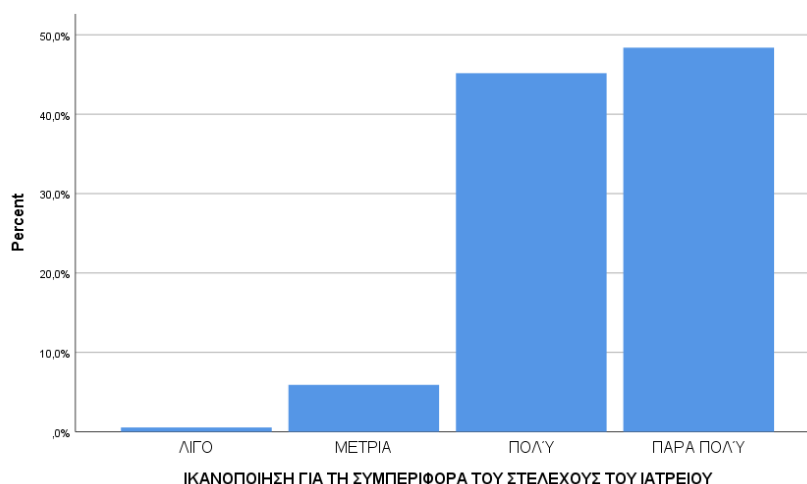


Ο Πίνακας 22 και αντίστοιχα το ραβδόγραμμα στο Διάγραμμα 23 φανερώνουν ότι το 48,4% των χρηστών, δηλαδή οι 90 από τους 186 χρήστες που συμμετείχαν στην έρευνα είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του στελέχους του ιατρείου. Από το αθροιστικό ποσοστό φαίνεται ότι είναι αρκετά μεγάλο το ποσοστό που δήλωσαν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι, το 93,5%. Επίσης και σε αυτή την κατηγορία με 0,5% και 0% δήλωσαν λίγο ή καθόλου ικανοποιημένοι αντίστοιχα, με την τελευταία κατηγορία να μην εμφανίζεται στην SPSS καθώς δεν είχαμε καμία απάντηση.

Πίνακας 22 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό%
ΛΙΓΟ	1	0,5	0,5
ΜΕΤΡΙΑ	11	5,9	6,5
ΠΟΛΥ	84	45,2	51,6
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	90	48,4	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 23: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

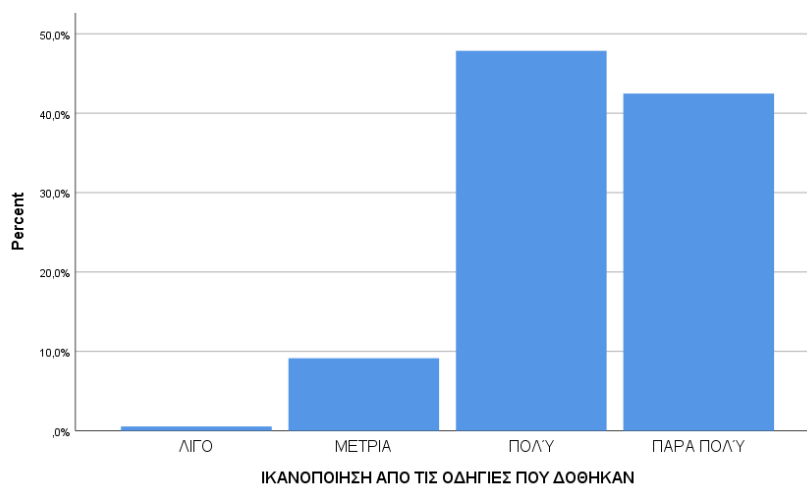


Και σε αυτή την κατηγορία (Πίνακας 23 – Διάγραμμα 24) το ποσοστό ικανοποίησης των χρηστών που δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από τις οδηγίες που έλαβαν για τη διεύθυνση του ζητήματός τους είναι 47,8% και ακολουθεί με ποσοστό 42,5% ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Αντιθέτως μηδενικό είναι και πάλι το ποσοστό που δήλωσαν καθόλου ικανοποιημένοι ενώ μόλις το 0,5%, δηλαδή 1 από τους 186 ερωτηθέντες απάντησε λίγο ικανοποιημένος. Η SPSS δεν εμφάνισε την κατηγορία ΚΑΘΟΛΟΥ καθώς δεν είχαμε καμία απάντηση σε αυτή.

Πίνακας 23 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΟΙ ΧΡΗΣΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΥΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό%
ΛΙΓΟ	1	0,5	0,5
ΜΕΤΡΙΑ	17	9,1	9,7
ΠΟΛΥ	89	47,8	57,5
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	79	42,5	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 24: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΟΙ ΧΡΗΣΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΥΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

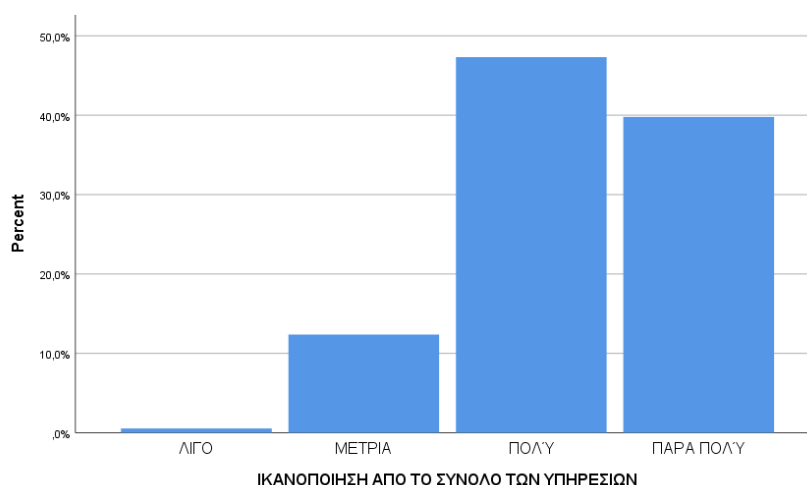


Αυτή η κατηγορία, στον Πίνακα 24 και η αποτύπωσή του στο Διάγραμμα 25, είναι αθροιστική όλων των παραπάνω, καθώς παρουσιάζει μία συνολική εικόνα ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 24 το 47,3% των ερωτηθέντων είναι πολύ ικανοποιημένοι από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών και ακολούθως με ποσοστό 39,8% από αυτούς να δηλώνουν πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Μόλις το 0,5% από τους χρήστες είναι λίγο ικανοποιημένοι, δηλαδή μόνο 1 από τους 186, ενώ κανένας από αυτούς (0% σε ποσοστό που δεν εμφανίζεται και στο διάγραμμα) δεν είναι καθόλου ικανοποιημένος (και για αυτό τον λόγο δεν εμφανίζει τη στήλη ΚΑΘΟΛΟΥ στον Πίνακα 24 και στο Διάγραμμα 25 η SPSS). Έτσι, όπως προκύπτει από το αθροιστικό ποσοστό, το 12,9% δήλωσε ότι είναι μέτρια, λίγο ή καθόλου ικανοποιημένοι από το σύνολο των υπηρεσιών που έλαβαν ενώ ένα μεγάλο ποσοστό, το 87,1% είναι πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι.

Πίνακας 24 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % και αθροιστικών σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

	Συχνότητα	Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
ΛΙΓΟ	1	,5	,5
ΜΕΤΡΙΑ	23	12,4	12,9
ΠΟΛΥ	88	47,3	60,2
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	74	39,8	100,0
Σύνολο	186	100,0	

Διάγραμμα 25: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

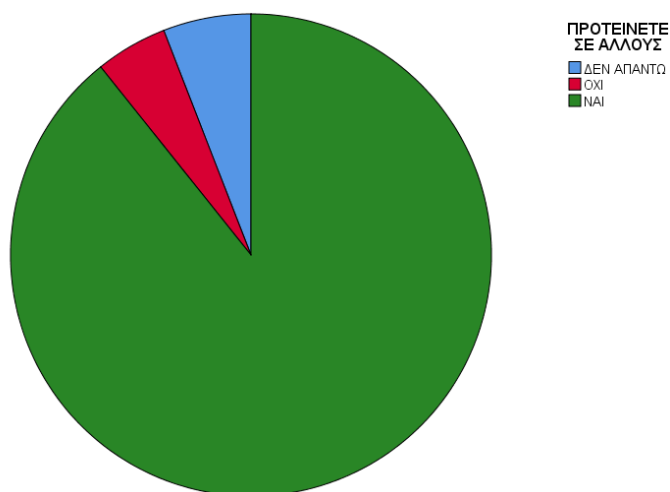


Ο Πίνακας 25 δείχνει ότι ένα αρκετό μεγάλο μέρος των απαντήσεων με ποσοστό 89,2%, δηλαδή 166 από τους 186 ερωτηθέντες, θα πρότεινε το συγκεκριμένο ιατρείο σε άλλους χρήστες. Πιο ξεκάθαρα αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 26 (το χρώμα πράσινο δείχνει την θετική πρόταση του συγκεκριμένου ιατρείου σε άλλους χρήστες). Αντιθέτως το 4,8% δήλωσε ότι δεν θα το πρότεινε σε άλλους ενώ αυτοί που δεν έδωσαν καθόλου απάντηση ήταν το 5,9%. Από αυτά λοιπόν διαπιστώνεται ότι η θετική πρόταση των χρηστών σε άλλους χρήστες είναι ένας δείκτης ικανοποίησης.

Πίνακας 25 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	5,9
ΟΧΙ	9	4,8
ΝΑΙ	166	89,2
Σύνολο	186	100,0

Διάγραμμα 26: Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ

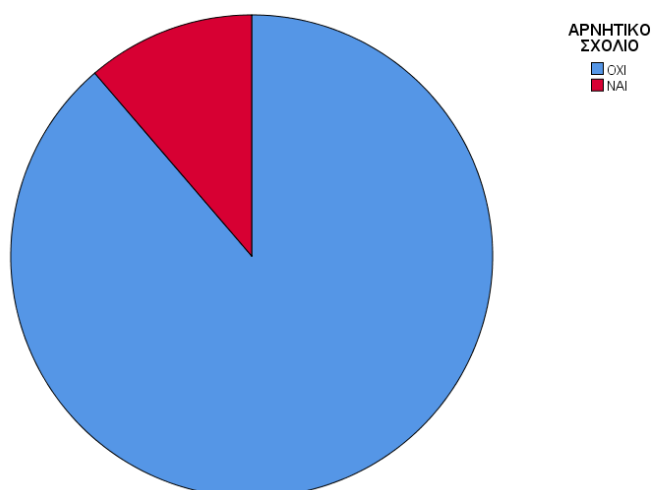


Οι επόμενες μεταβλητές (ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ και ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ) ήταν ανοιχτού τύπου. Για να μπορέσουμε να τις διαχειριστούμε τις μετασχηματίσαμε σε δίτιμες, μετρώντας την ύπαρξη αρνητικού σχολίου ή πρόταση βελτίωσης αντίστοιχα. Ο Πίνακας 26, και αντίστοιχα το Διάγραμμα 27, αποτυπώνει αποτυπώνει πόσοι χρήστες δήλωσαν ότι τους ενόχλησε κάτι κατά την επίσκεψη στο συγκεκριμένο ιατρείο. Το 88,7% από τους χρήστες δεν απάντησε καθόλου σε αυτό το ερώτημα ή η απάντηση που έδωσαν ήταν ότι δεν τους ενόχλησε κάτι. Αντιθέτως οι περισσότερες απαντήσεις αυτών που έδωσαν ένα αρνητικό σχόλιο, ποσοστό δηλαδή 11,3%, αφορούσαν την καθυστέρηση στο χρόνο αναμονής μεταξύ κλεισίματος και πραγματοποίησης του ραντεβού τους. Σε κάποιους άλλους τους ενόχλησε η πίεση που ένιωθαν τα στελέχη, όσον αφορά το φόρτο εργασίας τους και η πιθανή περίπτωση λάθους λόγω αυτής της κατάστασης. Αυτή η πίεση μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στη συμπεριφορά του στελέχους ή ποιότητας του αποτελέσματος της εξέτασης / διάγνωσης.

Πίνακας 26 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ

	Συχνότητα	Ποσοστό%
ΟΧΙ	165	88,7
ΝΑΙ	21	11,3
Σύνολο	186	100,0

Διάγραμμα 27: Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ



Ο παρακάτω Πίνακας (Πίνακας 27) αποτυπώνει κάποιες από τις απόψεις των ερωτηθέντων σχετιζόμενες με αρνητικές παρατηρήσεις κατά την επίσκεψή τους στο χώρο του ιατρείου. Λόγω του ότι δεν απάντησαν όλοι οι χρήστες (μόνο το 11,3% αυτών απάντησαν) αναφέρονται ενδεικτικά τα σχόλια τους και κατά συνέπεια δεν παρουσιάζονται και οι συχνότητες (%).

Πίνακας 27 : Πίνακας Αρνητικών Σχολίων

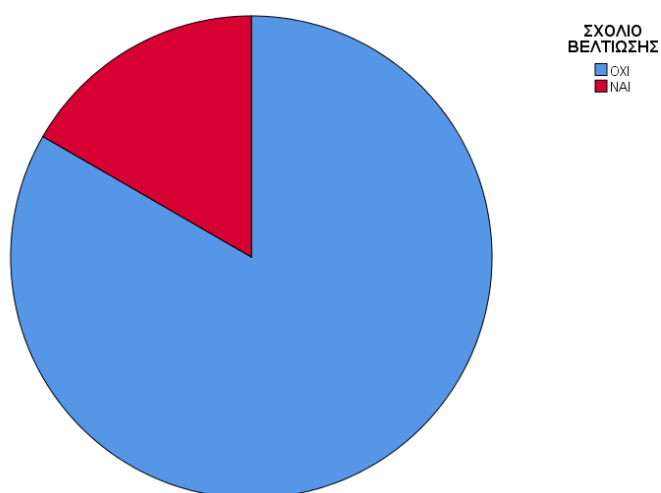
• ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΕΥΡΕΣΗΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ – ΜΕΓΑΛΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ
• ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ
• ΠΙΕΣΜΕΝΟΥ ΧΡΟΝΙΚΑ ΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΜΕΓΑΛΟ ΟΓΚΟ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
• ΜΕΓΑΛΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΡΑΝΤΕΒΟΥ
• ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΛΟΓΩ ΠΙΕΣΗΣ

Στον Πίνακα 28 και στο Διάγραμμα 28, φαίνεται ότι 83,3% δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση ή ότι δεν είχαν για δώσουν κάποια πρόταση αναφορικά με τη βελτίωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες, η οποία ήταν επίσης ανοιχτού τύπου ερώτηση. Το 16,7% που απάντησε, ανέφερε ως προτάσεις βελτίωσης τα εξής : Περισσότεροι ιατροί ώστε να μειωθεί ο χρόνος αναμονής των ραντεβού, βελτίωση στην υπηρεσία διαχείρισης των ραντεβού, περισσότερος χρόνος ανά εξέταση, ραντεβού μέσω internet.

Πίνακας 28 : Πίνακας συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων % για τη μεταβλητή ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ

	Συχνότητα	Ποσοστό%
OXI	155	83,3
NAI	31	16,7
Σύνολο	186	100,0

Διάγραμμα 28: Κυκλικό διάγραμμα για τη μεταβλητή ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ



Όπως σχολιάστηκε και παραπάνω, στο κάτωθι Πίνακα (Πίνακας 29) δεν αποτυπώνονται τα ποσοστά (%) των απαντήσεων, καθώς οι απαντήσεις ήταν μεμονωμένες και το ποσοστό όσων έδωσαν κάποιο σχόλιο βελτίωσης ήταν μικρό (μόνο το 16,7% απάντησε σε αυτή την ερώτηση)

Πίνακας 29 : Πίνακας Προτάσεων Βελτίωσης

• ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΡΑΝΤΕΒΟΥ
• ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΙΑΤΡΟΙ
• ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΚΛΕΙΣΙΜΑΤΟΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΜΕ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
• ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΤΙΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

7.4 ΕΚΤΙΜΗΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Σκοπός αυτής της ενότητας είναι η διερεύνηση των δυνητικών εξαρτήσεων μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας και η αποτύπωση των τελικών συμπερασμάτων. Με την προσαρμογή του κατάλληλου περιγραφικού μοντέλου για την κύρια μεταβλητή του ενδιαφέροντος (συνολική ικανοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών) θα εξαχθούν συμπεράσματα για το ποιές μεταβλητές επιδρούν σε αυτή. Επιπλέον, θα διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των ερωτήσεων ανάπτυξης με την συνολική ικανοποίηση και το κατά πόσο η πρόταση του συγκεκριμένου ιατρείου σε άλλους σχετίζεται με το κατά πόσο ικανοποιημένοι ήταν οι ερωτηθέντες. Με αυτόν τον τρόπο θα εξαχθούν αποτελέσματα αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν.

Για τη διερεύνηση της σχέσης μια κατηγορικής και μιας συνεχούς μεταβλητής εξετάζουμε αν οι μέσες τιμές της συνεχούς στα διαφορετικά επίπεδα της κατηγορικής είναι στατιστικά ίσες μεταξύ τους ή όχι. Η μηδενική υπόθεση για το ANalysis Of VAriance (ANOVA) test είναι ότι όλοι οι μέσοι είναι στατιστικά ίσοι μεταξύ τους, έναντι της εναλλακτικής που υποστηρίζει ότι ένας τουλάχιστον διαφέρει. Το ANOVA test έχει μεγάλη διαγνωστική ικανότητα, όμως προϋποθέτει ότι η συνεχής μεταβλητή κατανέμεται κανονικά. Γι' αυτό το λόγο πραγματοποιούμε έναν έλεγχο κανονικότητας στις συνεχείς μεταβλητές εφαρμόζοντας δύο στατιστικά τεστ, το Kolmogorov-Smirnov και το Shapiro-Wilk. Η μηδενική υπόθεση και στα δύο τεστ είναι ότι τα δεδομένα προέρχονται από μια κανονική κατανομή και η εναλλακτική υπόθεση απορρίπτει την κανονικότητα. Βλέποντας τα αποτελέσματα του Πίνακα 30, όπου όλα τα p-value είναι $<0,001$ (στρογγυλοποιημένα στο τρίτο δεκαδικό ψηφίο), απορρίπτουμε την κανονικότητα για όλες τις μεταβλητές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Άρα, δεν ισχύουν οι αρχικές υποθέσεις του ANOVA test και θα εφαρμόσουμε το μη παραμετρικό Kruskal-Wallis test που εφαρμόζει τον ίδιο έλεγχο, αλλά δεν θέτει ως περιορισμό την κατανομή των δεδομένων.

Πίνακας 30: Πίνακας με τα στατιστικά και τα p-values από τα τεστ κανονικότητας

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΗΛΙΚΙΑ	0,175	186	0,000	0,918	186	0,000
ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - PANTEBOY	0,212	186	0,000	0,822	186	0,000
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	0,217	186	0,000	0,767	186	0,000

Για να ελέγξουμε τη σχέση της συνολικής ικανοποίησης με τις βοηθητικές μεταβλητές της έρευνας, πραγματοποιήσαμε στατιστικούς ελέγχους κατά ζεύγη. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, με τις συνεχείς μεταβλητές εφαρμόζουμε το μη παραμετρικό Kruskal-Wallis test ελέγχοντας την στατιστική ισότητα των μέσων ανά επίπεδο της κατηγορικής, ενώ με τις κατηγορικές ένας έλεγχο χ^2 . Η μηδενική υπόθεση εδώ είναι ότι οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες, δηλαδή ότι η τιμή της μιας μεταβλητής δεν επηρεάζει την αναμενόμενη τιμή της άλλης μεταβλητής, ενώ η εναλλακτική υποστηρίζει ότι οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

Ο επόμενος συγκεντρωτικός πίνακας (Πίνακας 31) παρουσιάζει τα p-values από τους αντίστοιχους στατιστικούς ελέγχους.

Σε κάθε στατιστικό έλεγχο το p-value αντιπροσωπεύει το πόσο ακραίο είναι αυτό που παρατηρήσαμε κάτω από τη μηδενική υπόθεση. Λαμβάνοντας υπόψη αυτή τη συνθήκη, αντιλαμβανόμαστε ότι όσο μικρότερο είναι το p-value ενός ελέγχου, τόσο ισχυρότερες είναι οι ενδείξεις για απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης και σύγκλιση προς την εναλλακτική. Στην προκειμένη περίπτωση η εναλλακτική υπόθεση υποστηρίζει ότι υπάρχει κάποιου είδους σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών. Σε αυτό το σημείο, ο σκοπός είναι η επιλογή των μεταβλητών που έχουν μια δυνητική σχέση με τη μεταβλητή του ενδιαφέροντος, ώστε να τις εισάγουμε ως επεξηγηματικές μεταβλητές στο αρχικό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης. Είναι εύλογο ότι η εξαρτημένη μεταβλητή σε αυτό το μοντέλο είναι η συνολική ικανοποίηση. Οπότε επιλέγουμε τις μεταβλητές για τις οποίες το p-value είναι μικρότερο του 0.2 (κίτρινα κελιά) ώστε να έχουμε μια πρώτη «μαγιά» για το τελικό μοντέλο. Από μια διαφορετική οπτική θα μπορούσαμε να πούμε ότι δεν επιλέγουμε εκείνες τις μεταβλητές που φαίνεται να μην έχουν καμία στατιστική επίδραση στην συνολική ικανοποίηση.

Πίνακας 31: Πίνακας στατιστικής επίδρασης των μεταβλητών (συνεχών και κατηγορικών) με την συνολική ικανοποίηση

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	p-value στατιστικού ελέγχου
ΦΥΛΟ	0.693 ^b
ΗΛΙΚΙΑ	0.748 ^a
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ	0.881 ^b
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	0.104 ^b
ΕΡΓΑΣ.ΚΑΤΑΣΤ.	0.950 ^b
ΑΣΦΑΛ.ΚΑΛΥΨΗ	0.431 ^b
ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚ.	0.960 ^b
ΧΡΟΝ.ΤΗΛ.ΡΑΝΤ.	0.000 ^a
ΠΡΩΙ/ΑΠΟΓΕΥΜΑ	0.888 ^b
ΑΝΑΜΟΝΗ	0.094 ^a
ΚΑΤΑΣΤ.ΥΓΕΙΑΣ	0.006 ^b

Υποσημείωση:
a: Kruskal–Wallis test
b: χ^2 test

Από τα παραπάνω, διαπιστώνεται ότι η συνολική ικανοποίηση φαίνεται να επηρεάζεται από τις μεταβλητές:

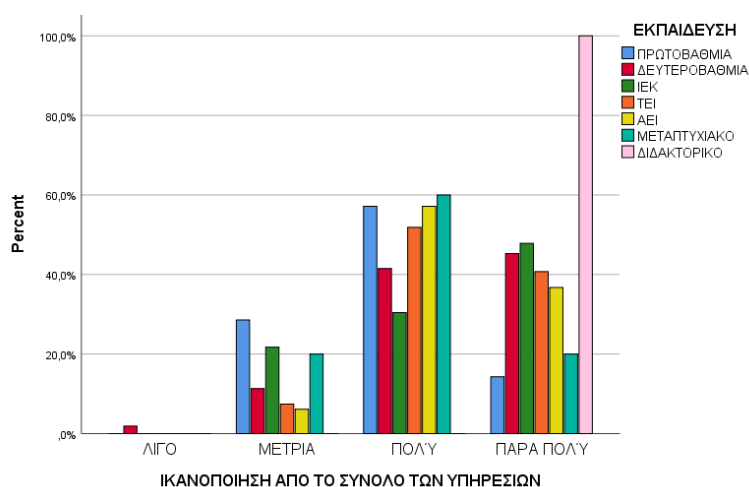
- Εκπαίδευση
- Χρόνος αναμονής από την τηλεφωνική επικοινωνία μέχρι την πραγματοποίηση του ραντεβού
- Αναμονή στο χώρο της εξέτασης
- Εκτιμώμενη κατάσταση της υγείας του ασθενούς-χρήστη των υπηρεσιών.

Οι παραπάνω μεταβλητές θα είναι οι επεξηγηματικές μεταβλητές του αρχικού μοντέλου. Για αυτό το λόγο, θα παραθέσουμε μία σύντομη περιγραφική ανάλυση και γραφική αναπαράσταση της εξαρτημένης μεταβλητής (συνολική ικανοποίηση) με αυτές. Ο Πίνακας 32 και η πιο εμφανής του αποτύπωση στο Διάγραμμα 29, δείχνουν την συνάφεια των μεταβλητών ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ και ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ. Πιο συγκεκριμένα, ο Πίνακας 32 περιέχει τις συχνότητες ανά κάθε ζεύγος περιπτώσεων και τις αναμενόμενες συχνότητες κάτω από την υπόθεση της ανεξαρτησίας. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε, αποκλίσεις των παρατηρούμενων συχνοτήτων από τις αναμενόμενες δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλες, πλην κάποιων συγκεκριμένων περιπτώσεων.

Πίνακας 32: Πίνακας συνάφειας των μεταβλητών Εκπαίδευση και Συνολική Ικανοποίηση

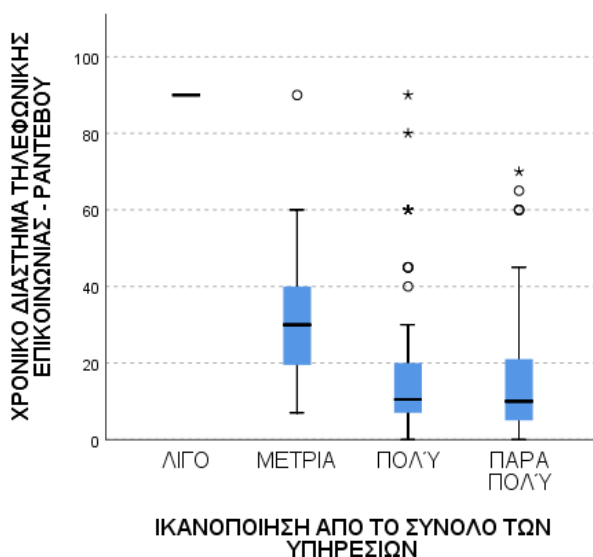
			ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ				
			ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	Σύνολο
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	Συχνότητα	0	4	8	2	14
		Αναμενόμενη Συχνότητα	0,1	1,7	6,6	5,6	14,0
	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	Συχνότητα	1	6	22	24	53
		Αναμενόμενη Συχνότητα	0,3	6,6	25,1	21,1	53,0
	ΙΕΚ	Συχνότητα	0	5	7	11	23
		Αναμενόμενη Συχνότητα	0,1	2,8	10,9	9,2	23,0
	ΤΕΙ	Συχνότητα	0	2	14	11	27
		Αναμενόμενη Συχνότητα	0,1	3,3	12,8	10,7	27,0
	ΑΕΙ	Συχνότητα	0	3	28	18	49
		Αναμενόμενη Συχνότητα	0,3	6,1	23,2	19,5	49,0
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	Συχνότητα	0	3	9	3	15
		Αναμενόμενη Συχνότητα	0,1	1,9	7,1	6,0	15,0
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	Συχνότητα	0	0	0	5	5
		Αναμενόμενη Συχνότητα	0,0	0,6	2,4	2,0	5,0
Σύνολο	Συχνότητα	1	23	88	74	186	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,0	23,0	88,0	74,0	186,0	

Διάγραμμα 29: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα της Εκπαίδευσης ανά την Συνολική Ικανοποίηση



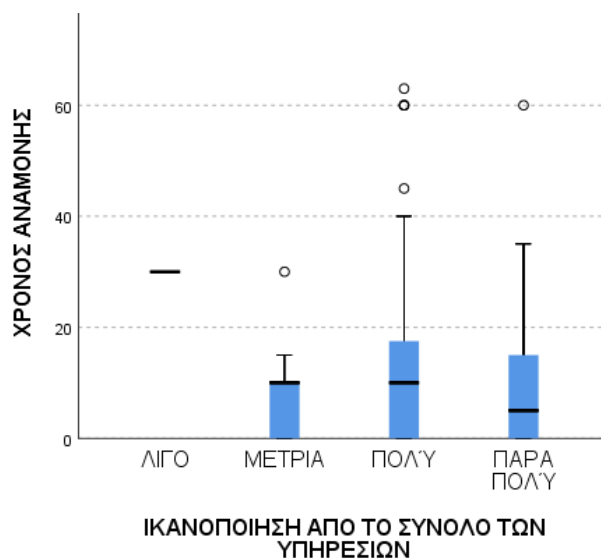
Το Διάγραμμα 30 παρουσιάζει ένα θηκόγραμμα (boxplot) του χρονικού διαστήματος που τηλεφωνικής επικοινωνίας και ραντεβού για το κάθε διαφορετικό επίπεδο της συνολικής ικανοποίησης. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η κατανομή των χρόνων εκείνων που απάντησαν πολύ ή πάρα πολύ είναι αισθητά χαμηλότερα σε σχέση με εκείνους/ες που απάντησαν μέτρια.

Διάγραμμα 30: Θηκογράμματα (Boxplots) του Χρονικού Διαστήματος μεταξύ χρονικής επικοινωνίας και πραγματοποίησης του ραντεβού με την Συνολική Ικανοποίηση



Παρακάτω (Διάγραμμα 31) είναι το αντίστοιχο γράφημα για το χρόνο που μεσολάβησε μεταξύ της προγραμματισμένης ώρας του ραντεβού μέχρι την επαφή με το στέλεχος με τη συνολική ικανοποίηση. Παρατηρούμε, ότι οι κατανομές των χρόνων αναμονής σε κάθε διαφορετικό επίπεδο δεν έχουν ιδιαίτερες διαφορές εκτός από κάποιες ακραίες υψηλές τιμές για τα επίπεδα ΠΟΛΥ ή ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ.

Διάγραμμα 31: Θηκογράμματα (Boxplots) του Χρόνου Αναμονής στο χώρο του ιατρείου με την Συνολική Ικανοποίηση

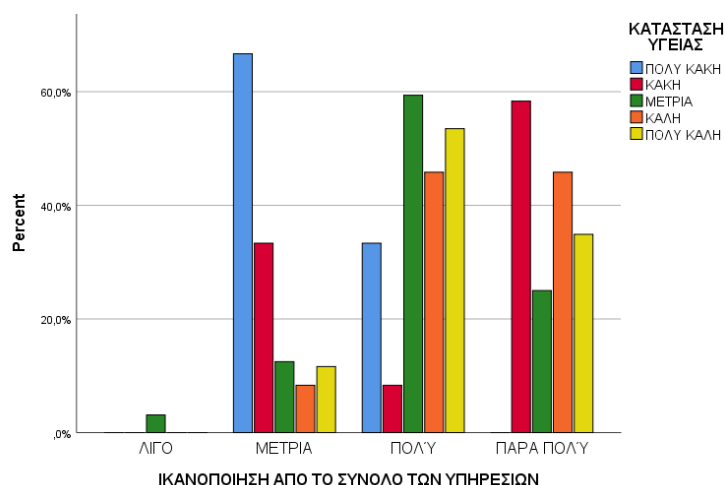


Ο Πίνακας 33 και αντίστοιχα το Διάγραμμα 32, δείχνουν την συνάφεια των μεταβλητών ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ του ερωτηθέντος και της ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ. Πιο συγκεκριμένα από τον Πίνακα 31, ο οποίος περιέχει τις συχνότητες ανά κάθε ζεύγος περιπτώσεων και τις αναμενόμενες συχνότητες κάτω από την υπόθεση της ανεξαρτησίας, φαίνεται ότι οι αναμενόμενες συχνότητες με τις αντίστοιχες παρατηρούμενες έχουν ελαφρές αποκλίσεις. Συγκεκριμένα, οι μεγαλύτερες απόλυτες διαφορές παρατηρούνται για τα επίπεδα ΠΟΛΥ ή ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ της συνολικής ικανοποίησης.

Πίνακας 33: Πίνακας συνάφειας των μεταβλητών Κατάσταση Υγείας και Συνολική Ικανοποίηση

			ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ				Σύνολο
			ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΟΛΥ	Συχνότητα	0	2	1	0	3
	ΚΑΚΗ	Αναμενόμενη Συχνότητα	0,0	0,4	1,4	1,2	3,0
	ΚΑΚΗ	Συχνότητα	0	4	1	7	12
		Αναμενόμενη Συχνότητα	0,1	1,5	5,7	4,8	12,0
	ΜΕΤΡΙΑ	Συχνότητα	1	4	19	8	32
		Αναμενόμενη Συχνότητα	0,2	4,0	15,1	12,7	32,0
	ΚΑΛΗ	Συχνότητα	0	8	44	44	96
		Αναμενόμενη Συχνότητα	0,5	11,9	45,4	38,2	96,0
	ΠΟΛΥ	Συχνότητα	0	5	23	15	43
	ΚΑΛΗ	Αναμενόμενη Συχνότητα	0,2	5,3	20,3	17,1	43,0
Σύνολο	Συχνότητα	1	23	88	74	186	
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,0	23,0	88,0	74,0	186,0	

Διάγραμμα 32: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα της Κατάστασης της Υγείας ανά την Συνολική Ικανοποίηση



Όπως αναφέραμε και προηγουμένως, το επίπεδο ΚΑΘΟΛΟΥ της συνολικής ικανοποίησης δεν έχει καμία παρατήρηση, ενώ το ΛΙΓΟ μόλις μία. Σε ένα δείγμα με αυτά τα χαρακτηριστικά, ένα μοντέλο πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης (multinomial logistic regression model) a priori δεν θα είχε καλή εφαρμογή. Γι' αυτό το λόγο ομαδοποιήσαμε τις κατηγορίες ως εξής:

- ΚΑΘΟΛΟΥ, ΛΙΓΟ και ΜΕΤΡΙΑ → ΧΑΜΗΛΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
- ΠΟΛΥ και ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ → ΥΨΗΛΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Εφαρμόζουμε ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης για την πιθανότητα της ΥΨΗΛΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ. Ο στόχος μας είναι καταλήξουμε σε ένα μοντέλο που να περιγράφει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα δεδομένα, ώστε η τελική συμπερασματολογία να βασιστεί σε αυτό. Η επιλογή του τελικού μοντέλου έγινε με τη μέθοδο αποκλεισμού μεταβλητών (backward elimination) ξεκινώντας από το πλήρες, ήτοι το μοντέλο που περιέχει όλες τις επεξηγηματικές μεταβλητές. Το κριτήριο επιλογής ήταν το Akaike's Information Criterion (AIC), το οποίο είναι μέτρο καλής προσαρμογής. Το τελικό μοντέλο παρουσιάζεται αναλυτικά παρακάτω και ως επεξηγηματικές μεταβλητές περιλαμβάνει την εκτιμώμενη κατάσταση της υγείας τους και το χρόνο που μεσολάβησε από την τηλεφωνική επικοινωνία για εύρεση ραντεβού μέχρι τον χρόνο πραγματοποίησής του.

Οι Πίνακες 34 και 35 είναι καθαρά στατιστικού περιεχομένου και αφορούν την καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα. Συγκεκριμένα στον πρώτο πίνακα βλέπουμε ότι ο λόγος της Deviance, που δείχνει την απόσταση του μοντέλου μας από το κορεσμένο (saturated), με τους βαθμούς ελευθερίας (degrees of freedom) είναι κοντά στη μονάδα και συγκεκριμένα 0,906. Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο επεξηγεί επαρκώς τα δεδομένα. Επιπρόσθετα, η τιμή του AIC είναι 95,765.

Πίνακας 34: Πίνακας καλής προσαρμογής του τελικού μοντέλου

	Value	df	Value/df
Deviance	67,977	75	0,906
Akaike's Information Criterion (AIC)	95,765		

Στον Πίνακα 35 παρέχεται ένας στατιστικός έλεγχος, όπου η μηδενική υπόθεση είναι ότι το μοντέλο μας είναι στατιστικά ίσο με το σταθερό, το οποίο σημαίνει ότι καμία μεταβλητή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Το p-value είναι μικρότερο από 0,001 και άρα απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και συγκλίνουμε προς την εναλλακτική. Δηλαδή, το μοντέλο μας είναι στατιστικά διαφορετικό από το σταθερό ή με άλλα λόγια τουλάχιστον μια από τις επεξηγηματικές μεταβλητές έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην συνολική ικανοποίηση.

Πίνακας 35: Omnibus Test

Omnibus Test		
Likelihood Ratio Chi-Square	df	Sig.
29,558	5	0,000

Ο Πίνακας που ακολουθεί (Πίνακας 36) δείχνει ότι και η σταθερά (intercept) και οι δύο μεταβλητές (κατάσταση υγείας / χρονικό διάστημα μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας μέχρι περάτωση του ραντεβού) είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Τα p-values βρίσκονται στην τρίτη στήλη του πίνακα.

Πίνακας 36: Η στατιστική σημαντικότητα των μεταβλητών του τελικού μοντέλου

Tests of Model Effects			
Source	Type III		
	WaldChi-Square	df	Sig.
(Intercept)	27,230	1	0,000
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	13,267	4	0,010
ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - PANTEBOY	18,108	1	0,000

Με βάση τους παραπάνω διαγνωστικούς ελέγχους, συμπεραίνουμε την καλή προσαρμογή του μοντέλου. Ο επόμενος πίνακας (Πίνακας 37) παραθέτει αναλυτικές πληροφορίες για τις παραμέτρους του τελικού μοντέλου. Σημειώνουμε ότι το επίπεδο αναφοράς (reference level) για την κατηγορική μεταβλητή ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ είναι η ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ.

Πίνακας 37: Πίνακας με τις παραμέτρους του τελικού μοντέλου

Parameter	B	Parameter Estimates			Hypothesis Test		
		Std. Error	95% Wald Confidence Interval Lower	95% Wald Confidence Interval Upper	Wald Chi-Square	df	Sig.
(Intercept)	-3,366	0,6440	-4,629	-2,104	27,323	1	0,000
[ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ = ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ]	3,307	1,3745	0,613	6,001	5,789	1	0,016
[ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ = ΚΑΚΗ]	1,904	0,8571	0,224	3,583	4,933	1	0,026
[ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ = ΜΕΤΡΙΑ]	0,586	0,7475	-0,879	2,051	0,615	1	0,433
[ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ = ΚΑΛΗ]	-0,310	0,6473	-1,578	0,959	0,229	1	0,632
ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΡΑΝΤΕΒΟΥ	0,046	0,0107	,025	0,067	18,108	1	0,000

Λόγω της φύσης του μοντέλου, η απευθείας ερμηνεία των παραμέτρων του B είναι στριφνή και αρκετά τεχνική. Όμως σε πρώτο επίπεδο μπορούμε να δηλώσουμε ότι το χρονικό διάστημα τηλεφωνικής επικοινωνίας και ραντεβού έχει αρνητική συνεισφορά στην πιθανότητα υψηλής ικανοποίησης, το οποίο σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η καθυστέρηση για το ραντεβού τόσο μειώνεται η πιθανότητα κάποιος/α να έχει δηλώσει ΠΟΛΥ ή ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ για τη συνολική ικανοποίηση. Σχετικά με την κατάσταση της υγείας, φαίνεται ότι η πιθανότητα υψηλής ικανοποίησης για έναν ασθενή μειώνεται όσο η υγεία του είναι χειρότερη στα επίπεδα της κλίμακας, ιδιαίτερα για τα επίπεδα ΚΑΚΗ και ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ. Από την άλλη πλευρά, για τα επίπεδα ΚΑΛΗ και ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ, η πιθανότητα για υψηλής ικανοποίησης είναι διατηρείται σε υψηλά επίπεδα.

Τα επόμενα στοιχεία βοηθούν στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Εύλογα, ένα σημείο κατώφλι για την αναμενόμενη πιθανότητα υψηλής ικανοποίησης είναι το 50%. Μια πιθανότητα πάνω από το 50% σημαίνει ότι ένας χρήστης είναι πιο πιθανό κατά μέσο όρο να έχει απαντήσει ΠΟΛΥ ή ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ στην συνολική ικανοποίηση, ενώ ένα ποσοστό μικρότερο του 50% σημαίνει το ανάποδο. Στην επόμενη λίστα παραθέτουμε τις μέρες μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ραντεβού ανά κάθε επίπεδο της κατάσταση της υγείας για τις οποίες η αναμενόμενη πιθανότητα υψηλής ικανοποίησης είναι ακριβώς 50%. Μετά από αυτόν τον αριθμό ημερών καθυστέρησης για κάθε διαφορετικό επίπεδο υγείας, οι ασθενείς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν χαμηλή ικανοποίηση (ΚΑΘΟΛΟΥ, ΛΙΓΟ ή ΜΕΤΡΙΑ), παρά υψηλή. Βλέποντες τη λίστα, αντιλαμβανόμαστε και την επίδραση της κατάστασης υγείας.

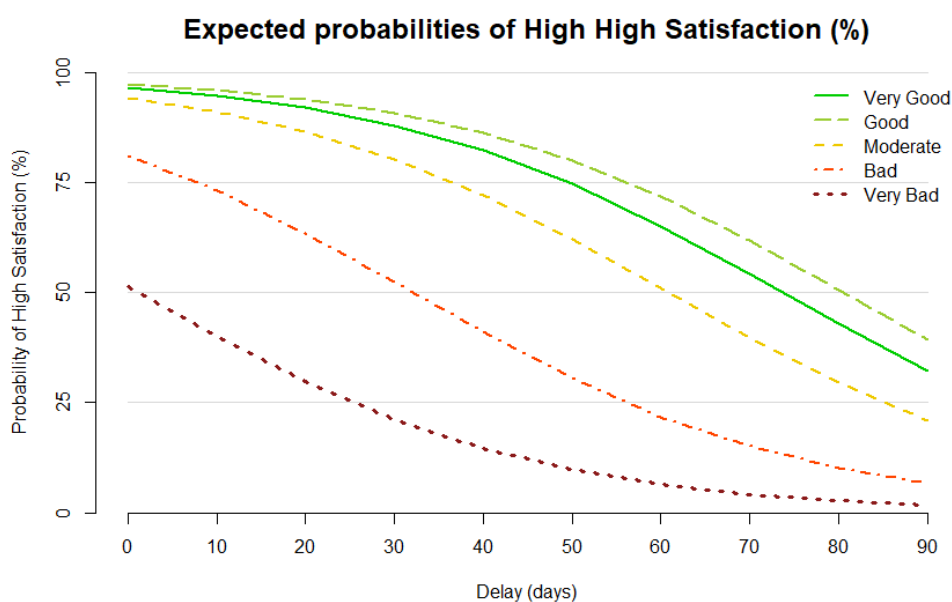
- Πολύ κακή → 1,30 μέρες
- Κακή → 30,06 μέρες
- Μέτρια → 60,93 μέρες
- Καλή → 80,56 μέρες
- Πολύ καλή → 73,77 μέρες

Συγκεντρωτικά η αναμενόμενη πιθανότητα επί τοις εκατό για διάφορες τιμές των επεξηγηματικών παρουσιάζονται στον Πίνακα 38, ενώ το Διάγραμμα 33 αποτελεί την γραφική αναπαράσταση του πίνακα. Παρατηρούμε ότι ο χρόνος έχει αρνητική επίδραση και οι αναμενόμενες πιθανότητες υψηλής ικανοποίησης για την ΚΑΚΗ και ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ κατάσταση είναι αρκετά χαμηλότερες σε σχέση με τα υπόλοιπα επίπεδα (κόκκινη και σκούρα κόκκινη γραμμή στο γράφημα). Ενδεικτικά, αν κάποιος από τους ερωτηθέντες με εκτιμώμενη κατάσταση υγείας μέτρια και ο χρόνος εύρεσης ενός ραντεβού ήταν 40 μέρες, η αναμενόμενη πιθανότητα να δηλώσει πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένος είναι 72,21%. Αν πάλι κάποιος με εκτιμώμενη κατάσταση υγείας πολύ καλή και εύρεση ραντεβού σε 10 μέρες η πιθανότητα να απαντήσει ότι έμεινε πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένος είναι 94,83%. Αντιθέτως αν κάποιος με κακή κατάσταση υγείας και μεγάλη αναμονή εύρεσης ραντεβού, δηλαδή 90 μέρες, η αναμενόμενη πιθανότητα να δηλώσει πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένος είναι μόλις 6,64%.

Πίνακας 38: Πίνακας με την αναμενόμενη πιθανότητα υψηλής ικανοποίησης (%) για διάφορες τιμές των επεξηγηματικών μεταβλητών

ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ				
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	ΚΑΚΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ
0	51,48	81,2	94,16	97,53	96,66
10	40,2	73,23	91,08	96,16	94,83
20	29,87	63,42	86,62	94,07	92,08
30	21,26	52,34	80,4	90,95	88,05
40	14,61	41,04	72,21	86,42	82,36
50	9,78	30,6	62,22	80,13	74,74
60	6,43	21,84	51,06	71,87	65,22
70	4,17	15,04	39,8	61,82	54,3
80	2,68	10,09	29,52	50,64	42,95
90	1,72	6,64	20,97	39,39	32,29

Διάγραμμα 33: Διάγραμμα με την αναμενόμενη πιθανότητα υψηλής ικανοποίησης (%) για διάφορες τιμές των επεξηγηματικών μεταβλητών



Επιπροσθέτως, από τις δύο ερωτήσεις ανάπτυξης που υπάρχουν στο τέλος του ερωτηματολογίου (αναφορά προτάσεων βελτίωσης και αρνητικών σχολίων) καθώς και της μίας ερώτησης κλειστού τύπου (πρόταση του συγκεκριμένου ιατρού σε άλλους) προκύπτουν κάποια συμπληρωματικά συμπεράσματα, τα οποία είναι ιδιαίτερου ενδιαφέροντος.

Παρακάτω, διερευνούμε τη δυνητική εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών, όπως για παράδειγμα όσοι έδωσαν σαν απάντηση κάποιο αρνητικό σχόλιο έδωσαν και κάποια πρόταση βελτίωσης (δείχνει δηλαδή αν υπάρχει κάποια σχέση επίδρασης αυτών των δύο μεταβλητών) ή ότι η συνολική ικανοποίηση σχετίζεται με την πρόταση του συγκεκριμένου ιατρού σε άλλους. Ο Πίνακας 39 είναι ένας συγκεντρωτικός πίνακας των p-value, ο οποίος έχει προκύψει από τους στατιστικούς ελέγχους με το χ^2 test ανά ζεύγη. Για τους ελέγχους όπου το p-value πολύ κοντά στο 0 απορρίπτουμε την ανεξαρτησία των μεταβλητών (κίτρινα κελιά). Συνεπώς, οι μεταβλητές αυτές που διαφαίνεται ότι έχουν εξάρτηση (ανά ζεύγη) είναι: α) Συνολική Ικανοποίηση / Πρόταση του συγκεκριμένου ιατρού σε άλλους, και β) Αρνητικό Σχόλιο / Σχόλιο Βελτίωσης. Αυτά τα ζεύγη που προέκυψαν αναλύονται και πιο κάτω με πίνακες, αλλά και γραφικά.

Πίνακας 39: Πίνακας στατιστικής επίδρασης των μεταβλητών ανά ζεύγη.

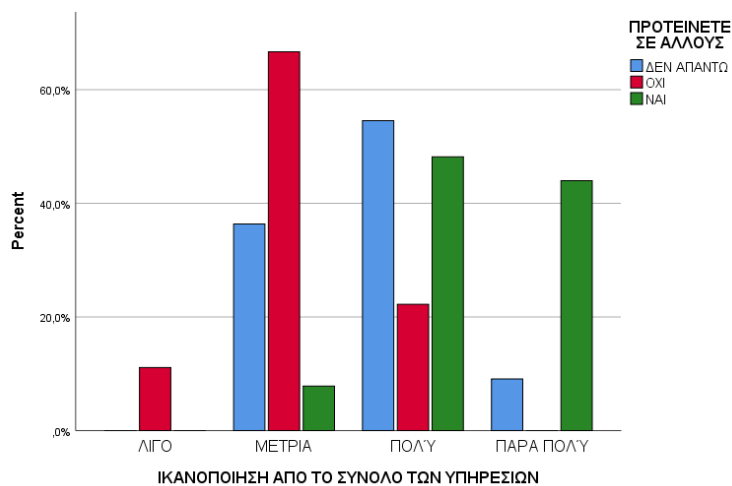
ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	p-value
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ/ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ	0,298
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ/ ΣΧΟΛΙΟ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ	0,925
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ/ ΠΡΟΤΑΣΗ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ	0,000
ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ/ ΣΧΟΛΙΟ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ	0,000
ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ/ ΠΡΟΤΑΣΗ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ	0,560
ΣΧΟΛΙΟ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ/ ΠΡΟΤΑΣΗ ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ	0,388

Από τον Πίνακα 40, και όπως διαφαίνεται και στο Διάγραμμα 34, προκύπτει ότι όσοι από τους ερωτηθέντες είναι πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι είναι και αυτοί που θα πρότειναν το συγκεκριμένο ιατρείο σε άλλους πιο εύκολα σε σχέση με τις αναμενόμενες τιμές κάτω από την υπόθεση της ανεξαρτησίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι όσοι έμειναν λίγο ικανοποιημένοι δεν θα πρότειναν το συγκεκριμένο ιατρείο σε άλλους (το ποσοστό είναι μηδενικό – 0%).

Πίνακας 40: Πίνακας Συνολικής Ικανοποίησης / Πρότασης του συγκεκριμένου ιατρού σε άλλους

			ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ				Σύνολο
			ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΕ	ΔΕΝ	Συχνότητα	0	4	6	1	11
ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ	ΑΠΑΝΤΩ	Αναμενόμενη συχνότητα	0,1	1,4	5,2	4,4	11,0
	ΟΧΙ	Συχνότητα	1	6	2	0	9
		Αναμενόμενη συχνότητα	0,0	1,1	4,3	3,6	9,0
	ΝΑΙ	Συχνότητα	0	13	80	73	166
		Αναμενόμενη συχνότητα	0,9	20,5	78,5	66,0	166,0
	Σύνολο	Συχνότητα	1	23	88	74	186
		Αναμενόμενη συχνότητα	1,0	23,0	88,0	74,0	186,0

Διάγραμμα 34: Διάγραμμα Συνολικής Ικανοποίησης / Πρότασης του συγκεκριμένου ιατρού σε άλλους

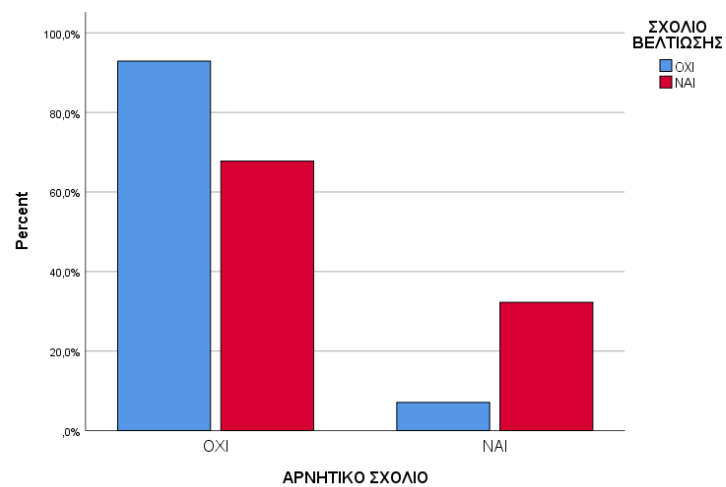


Τέλος, από τα παρακάτω (Πίνακας 41 – Διάγραμμα 35) διαπιστώνεται από αυτούς που έδωσαν κάποιο αρνητικό σχόλιο, οι περισσότεροι έδωσαν παράλληλα και κάποιο σχόλιο βελτίωσης, γεγονός αρκετά δηλωτικό για τη φύση της εξάρτησης των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 41: Πίνακας Αρνητικού Σχολίου / Σχολίου Βελτίωσης

			ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΧΟΛΙΟ		
			ΟΧΙ	ΝΑΙ	Σύνολο
ΣΧΟΛΙΟ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ	ΟΧΙ	Συχνότητα	144	11	155
		Αναμενόμενη συχνότητα	137,5	17,5	155,0
	ΝΑΙ	Συχνότητα	21	10	31
		Αναμενόμενη συχνότητα	27,5	3,5	31,0
Σύνολο		Συχνότητα	165	21	186
		Αναμενόμενη συχνότητα	165,0	21,0	186,0

Διάγραμμα 35: Διάγραμμα Αρνητικού Σχολίου / Σχολίου Βελτίωσης



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε και αναλύθηκε προκύπτουν αρκετά ενδιαφέροντα σημεία προς αναφορά και διερεύνηση. Αξιοσημείωτο είναι ότι με βάση τόσο την βιβλιογραφία (εθνική και διεθνής) όσο και τις μελέτες που έχουν γίνει αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών διαφαίνονται αρκετά κοινά χαρακτηριστικά. Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν καθορίζει αρκετούς παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται άμεσα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τις μελέτες που έχουν αποτυπωθεί στη βιβλιογραφία, ότι δηλαδή η ικανοποίηση είναι ένας βασικός δείκτης μέτρησης της ποιότητας. Όπως αναφέρεται αναλυτικά σε παραπάνω κεφάλαιο, ο αντιπροσωπευτικός ορισμός αναφορικά με την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών από τον Π.Ο.Υ το 1993 είναι: «Η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής». Έτσι λοιπόν, όπως προκύπτει από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ., η συνολική ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί την κύρια μεταβλητή στον καθορισμό συμπερασμάτων.

Αρχικά, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι γυναίκες με ποσοστό 67,2%. Έχει παρατηρηθεί και σε άλλες, παρόμοιου είδους έρευνες ότι οι γυναίκες υπερτερούν σε σχέση με τους άντρες, όπως στην ερευνητική εργασία που πραγματοποιήθηκε στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ το 2009 με ποσοστό γυναικείας συμμετοχής το 87% (Πίνη Α. και συν, 2011). Σε αντίστοιχη έρευνα του εξωτερικού και συγκεκριμένα του Hoberg D. το 2011 η συμμετοχή των γυναικών ήταν 51%. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγεία τους και εκμεταλλεύονται περισσότερο τις ιατρικές υπηρεσίες προκειμένου πραγματοποιούν προληπτικές εξετάσεις, κάτι στο οποίο το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. έχει δώσει έμφαση, όπως προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις (μαστογραφία, test PAP, ιατρείο γυναικείας καρδιάς).

Σχετικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, το εύρος κυμαίνεται μεταξύ 19-88 ετών, με μέση ηλικία τα 54,65 έτη. Προφανώς η ανάγκη των ανθρώπων για ιατρική φροντίδα αυξάνεται σε μεγαλύτερη ηλικία και έτσι η προσήλωση στις συμβουλές του ιατρού είναι απαραίτητη (Geitona M. et al, 2008)

Όσον αφορά την υπηκοότητα, η πλειονότητα των ερωτηθέντων είναι Έλληνες (98,4%). Επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό είναι και εκείνων που η επίσκεψη στο ιατρείο δεν είναι η πρώτη (95,2%). Αυτό εξηγείται διότι το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. εξυπηρετεί κυρίως τους υπαλλήλους της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος και των οικογενειών τους. Οπότε αυτό το αποτέλεσμα ήταν αναμενόμενο και μειωμένου ενδιαφέροντος προς ανάλυση.

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το 48,4% έχει ολοκληρώσει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή επαγγελματική εκπαίδευση, ενώ πάνω από το μισό του δείγματος, και συγκεκριμένα 51,6%, κατέχει τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ, ΑΕΙ, ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ και ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ). Αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με αρκετές μελέτες. Στις περισσότερες το επίπεδο εκπαίδευσης των περισσότερων ερωτηθέντων είναι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Όπως στην ερευνητική εργασία που πραγματοποιήθηκε σε

Κέντρο Ψυχικής Υγείας στην Βόρεια Ελλάδα, οι απόφοιτοι της μέσης εκπαίδευσης ήταν 48,0% και της τριτοβάθμιας το 17,6% (Kabadai M. et al, 2004) ή σε άλλη έρευνα που έγινε το 2014 το ποσοστό των αποφοίτων πρωτοβάθμιας ή καμίας εκπαίδευσης ήταν 39,4% (Pini A., 2014).

Επιπλέον, πιο συγκεντρωτικά και χωρίς άξια λόγου ανάλυση, αναφέρονται τα ακόλουθα ποσοστά της έρευνας : το 53,8% των συμμετεχόντων είναι συνταξιούχοι και με ποσοστό 69,4% άμεσα ασφαλισμένοι (τακτικά και έκτακτα μέλη). Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι οι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες είναι συνταξιούχοι, το οποίο έρχεται σε άμεση σχέση την μέση ηλικία (τα 54,65 έτη) και το ποσοστό του 69,4% των άμεσα ασφαλισμένων συνδέεται στο ότι τα τακτικά και τα έκτακτα μέλη είναι συνολικά περισσότεροι από τους έμμεσα ασφαλισμένους (καθώς υπάρχει όριο ηλικίας σε αυτούς) και τους ιδιώτες που είναι περιορισμένοι. Επίσης το 52,1% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ο λόγος που επισκέπτονται το συγκεκριμένο ιατρείο είναι οι δωρεάν υπηρεσίες που προσφέρει. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι είναι ο ασφαλιστικός φορέας τους.

Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων επισκέπτονται το ιατρείο για ιατρική εξέταση (56,9%) και δεύτερος λόγος επίσκεψης με ποσοστό 19,4% για συνταγογράφηση. Πολλοί είναι αυτοί που προσέρχονται για συνδυαστικούς λόγους. Από ανάλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα Εξωτερικά Ιατρεία του ΙΚΑ φαίνεται ότι και εκεί το ποσοστό συνταγογράφησης είναι χαμηλό (25,6%). Αυτό είναι ενθαρρυντικό διότι φαίνονται κάποια σημάδια αλλαγής της νοοτροπίας των Ελλήνων ασθενών- συνταγογράφηση γίνεται μόνο όταν το κρίνει ο ιατρός και όχι μετά από απαίτηση των ασθενών (Τούντας Γ. και συν, 2003). Η επίσκεψη τους γίνεται κυρίως τις πρωινές ώρες (86%). Αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι τις πρωινές ώρες υπάρχουν όλες οι ειδικότητες των ιατρών και λειτουργούν πλήρως όλα τα εργαστήρια, οπότε ο χρήστης έχει την ευχέρεια να παραπέμπεται οπουδήποτε χρειαστεί άμεσα και χωρίς ταλαιπωρία.

Ενδιαφέρον παρατηρείται στις απαντήσεις που αναφέρονται στο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και πραγματοποίησης του ραντεβού καθώς και στο χρόνο αναμονής μεταξύ του προγραμματισμένου ραντεβού και πραγματοποίησής του (19,83 ημέρες είναι ο μέσος χρόνος εύρεσης ραντεβού και ο μέσος χρόνος αναμονής μέχρι την πραγματοποίηση του ραντεβού είναι τα 10,56 λεπτά της ώρας). Αυτές οι δύο κατηγορίες προκαλούν ενδιαφέρον καθώς, είναι κάποιοι από τους βασικούς λόγους που επηρεάζουν την συνολική ικανοποίηση των χρηστών. Αυτό έχει παρατηρηθεί και σε άλλες έρευνες , όπου το 45% δήλωσε ότι το χρονικό διάστημα μεταξύ κλεισίματος ενός ραντεβού μέχρι την πραγματοποίησή του ήταν αρκετά μεγάλο (Pini et al, 2009).

Όσον αφορά την εκτιμώμενη κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων, περισσότεροι από τους μισούς (51,6%) κρίνουν την κατάσταση της υγείας τους καλή. Έχει παρατηρηθεί ότι οι άνθρωποι που αντιλαμβάνονται ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι φτωχή είναι περισσότερο δυσαρεστημένοι από τις υγειονομικές υπηρεσίες διότι συνδέουν την κακή τους υγεία με την υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνουν (Xiao H. et al, 2008).

Μεγάλο ενδιαφέρον αποτελεί ο συγκεντρωτικός πίνακας ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας του Τ.Υ.Π.Ε.Τ., ο οποίος περιλαμβάνει επιμέρους κατηγορίες ικανοποίησης και μία συμπερασματική κατηγορία συνολικής ικανοποίησης από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όπως προκύπτει λοιπόν, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, το 87,1%, είναι πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το σύνολο των υπηρεσιών που

λαμβάνουν. Αυτό είναι άξιο λόγου αναφοράς καθώς αποτέλεσε την κύρια μεταβλητή πάνω στην οποία στηρίχθηκε η έρευνα και την επιρροή που είχαν οι υπόλοιπες μεταβλητές στον καθορισμό του αποτελέσματος. Το αποτέλεσμα έδειξε ποιες μεταβλητές (ή ποιοι παράγοντες) είναι αυτές που επηρεάζουν την ικανοποίηση των συμμετεχόντων.

Από τον αναλυτικό πίνακα ικανοποίησης διαπιστώνεται λοιπόν, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες είναι πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς/χρήστη, είναι η κατηγορία που απέσπασε τις περισσότερες θετικές απαντήσεις με τα μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης. Σε αυτή εντάσσονται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με συμπεριφορά του ιατρού (με αθροιστικό ποσοστό 93,5% δήλωσαν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι οι ερωτηθέντες), τον χρόνο που πέρασε ο ιατρός με τον ασθενή/ χρήστη (το 47,3% είναι πολύ ικανοποιημένοι ενώ με μόλις το 41,4%, είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι), τις οδηγίες που έλαβαν από τον ιατρό (το 47,8% είναι πολύ ικανοποιημένοι και ακολουθεί με ποσοστό 42,5% οι πάρα πολύ ικανοποιημένοι) καθώς και από τον λόγο επίσκεψης (το 46,8% δήλωσε ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι και με μικρή διαφορά, με ποσοστό δηλαδή 40,3%, δήλωσαν πάρα πολύ ικανοποιημένοι). Ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας και η αφοσίωση του ιατρού προς τον ασθενή/ χρήστη είναι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν σημαντικά το ποσοστό ικανοποίησης των ερωτηθέντων. Αυτοί οι παράγοντες επιβεβαιώνονται και από τις θεωρίες διαφόρων μελετητών που έχουν ασχοληθεί με τις διαστάσεις που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών. Όπως ο Abramowitz και οι συνεργάτες του, το 1987, διατύπωσαν ότι κάποιες από τις διαστάσεις της ικανοποίησης είναι η ιατρική φροντίδα και η επάρκεια ενημέρωσης σχετικά με την ιατρική φροντίδα και θεραπεία (Abramowitz S. et al, 1987). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της μελέτης «Ποιότητα και Κόστος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ευρώπη» (QUALICOPC) ερευνώντας τις εμπειρίες των ασθενών. Στις ερωτήσεις που αφορούσαν την συμπεριφορά του ιατρού και τον τρόπο που αντιμετώπισε τον ασθενή τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν : το 95% δήλωσε ότι οι γιατροί ήταν ευγενικοί , το 93% ότι οι ιατροί άκουσαν προσεκτικά όσα είχαν να τους πουν και το 81% τους φάνηκαν πολύ χρήσιμες οι συμβουλές τους (Lionis C. et al, 2017). Αντίστοιχη έρευνα του εξωτερικού έδειξε ότι το 95% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τον χρόνο που διέθεσε ο ιατρός μαζί τους (Sebo P. et al, 2015).

Η επόμενη κατηγορία που κεντρίζει το ενδιαφέρον αφορά τις συνθήκες στο χώρο του ιατρείου και στην αίθουσα αναμονής. Τα ποσοστά σε αυτές τις κατηγορίες είναι πολύ κοντά μεταξύ τους και οι διαφορές τους μηδαμινές. Πιο συγκεκριμένα το 53,2% των ερωτηθέντων είναι πολύ ικανοποιημένοι με τον χρόνο αναμονής στο ιατρείο (όπως φαίνεται και από τα παραπάνω, ο μέσος χρόνος αναμονής είναι τα 10,56 λεπτά της ώρας), το 48,4% από αυτούς είναι πολύ ικανοποιημένοι με τις συνθήκες στο χώρο αναμονής (όπως καθαριότητα, κατάλληλη θερμοκρασία, κα.) και το 48,4% δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι με τις συνθήκες στο χώρο του ιατρείου (καθαριότητα, κατάλληλος εξοπλισμός, κα). Αυτό διαφαίνεται και από την θεωρία των Carey και Seibert, το 1993, οι οποίοι όρισαν τις 8 διαστάσεις αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών, και μία από αυτές είναι η ικανοποίηση σχετικά με την καθαριότητα και το άνετο περιβάλλον. Σε αντίθεση με αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» τα ποσοστά ικανοποίησης όσον αφορά το περιβάλλον (καθαριότητα, ησυχία, εξοπλισμός) είναι σε αρκετά χαμηλά ποσοστά, μόνο το 5,4% (Georgoudi A. et al, 2017).

Σχετικά με την συμπεριφορά των στελεχών του ιατρείου (νοσηλευτικό/ διοικητικό προσωπικό) το 48,4% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι και το 47,8% ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι. Η ανθρώπινη επαφή και η ενσυναίσθηση είναι σημαντικοί παράγοντες που συμβάλουν στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Με βάση την έρευνα που παρουσιάστηκε στο 28^ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ με θέμα «Αξιολόγηση της ποιότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» διαπιστώνεται ότι ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενούς, η ενσυναίσθηση και η εμπιστοσύνη είναι βασικά σημεία που προσέχουν οι χρήστες των υπηρεσιών και λαμβάνουν υπόψη τους (Ραφτόπουλος Β., 2002). Από μελέτες του εξωτερικού φαίνεται ότι γενική ικανοποίηση των ασθενών αυξάνεται όσο αυξάνεται η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεών τους με το προσωπικό (Vivanti A. et. al., 2007, Kleeberg U.R., et. al., 2005).

Η τελευταία κατηγορία ικανοποίησης αναφέρεται στη διαδικασία σχετικά με το κλείσιμο του ραντεβού. Το 48,9% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι καθόλου ή λίγο ή μέτρια ικανοποιημένοι. Αυτό το αρνητικό ποσοστό συνδέεται άμεσα με την παραπάνω ερώτηση που αφορά το χρόνο αναμονής μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας εύρεσης ραντεβού μέχρι την πραγματοποίηση αυτού του ραντεβού, που η μέση τιμή είναι 19,83 ημέρες). Αναφορικά και με τα αρνητικά σχόλια όσων συμπλήρωσαν αυτή την ερώτηση, οι περισσότεροι δήλωσαν την δυσaréσκειά τους στην εύρεση ραντεβού καθώς και στον τρόπο κλεισίματος ραντεβού (επισήμαναν η τηλεφωνική επικοινωνία ήταν δύσκολο και χρονοβόρα). Αίτια αυτής της δυσaréσκειας μπορεί να είναι ο μεγάλος όγκος των ασθενών σε αντιστοιχία με τους λίγους τηλεφωνικούς υπαλλήλους ή το γεγονός ότι οι ασφαλιζόμενοι του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. εξυπηρετούνται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής «Υγείας Μέλαθρον» και τα ιατρεία Π.Φ.Υ. του Τ.Υ.Π.Ε.Τ.

Η ανάλυση των παραπάνω αφορούσε την κάθε μία μεταβλητή χωριστά. Με βάση την στατιστική ανάλυση τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι ότι η συνολική ικανοποίηση (ως κύρια μεταβλητή) καθορίζεται από την εκτιμώμενη κατάσταση της υγείας του ασθενούς/ χρήστη και τον χρόνο αναμονής μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας για εύρεση ραντεβού μέχρι την πραγματοποίηση αυτού του ραντεβού. Από ανάλογη έρευνα, που προκύπτουν παρόμοια αποτελέσματα με την παρούσα μελέτη, που διεξήχθη στα Εξωτερικά Ιατρεία Δημοσίων Νοσοκομείων της Κύπρου διαφαίνεται η ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδου υγείας και ικανοποίησης. Ενδεικτικά παρατηρείται ότι οι ασθενείς που αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους πολύ καλή φαίνεται να έχουν χαμηλά επίπεδα δυσaréσκειας από τα εξωτερικά ιατρεία (δηλαδή είναι περισσότερο ικανοποιημένοι). Από την ίδια μελέτη τα αντίστοιχα αποτελέσματα αναφορικά με την συσχέτιση του χρόνου αναμονής μεταξύ της επιθυμίας για επίσκεψη και της πραγματοποίησης της επίσκεψης, διαπιστώθηκε ότι όσο αυξάνει ο χρόνος αναμονής ενισχύεται η δυσaréσκεια του ασθενούς (Γαβριήλ Ε. και συν, 2012). Επιπλέον από αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο εξωτερικό, οι ασθενείς με αισθητά καλύτερη κατάσταση υγείας ήταν περισσότεροι ικανοποιημένοι από το σύνολο των υπηρεσιών που έλαβαν σε σχέση με αυτούς που είχαν φτωχότερα επίπεδα υγείας (Rahmqvist M. et al, 2010).

Επιπλέον ως συμπληρωματική παρατήρηση είναι η συσχέτιση που διαφαίνεται μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης με την πρόταση του συγκριμένου ιατρείου σε άλλους. Φαίνεται ότι όσο πιο ικανοποιημένοι δηλώνουν οι συμμετέχοντες τόσο πιο πρόθυμοι είναι να το προτείνουν και σε άλλους. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα των Παπαγιαννόπουλου Β. και συν, σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Στην ερώτηση αν

θα συνέστηναν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε άλλους η πλειονότητα αυτών απάντησε θετικά.

Τέλος όσον αφορά τις δύο ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, μεγάλο ήταν το ποσοστό όσων δεν απάντησαν. Αλλά η συσχέτιση που παρατηρείται είναι ότι όσοι έδωσαν αρνητικό σχόλιο, οι περισσότεροι από αυτούς έδωσαν και κάποιο σχόλιο βελτίωσης, δηλαδή φαίνεται ότι υπάρχει κάποια σχέση επίδρασης αυτών των δύο μεταβλητών.

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμο υλικό για την ανάδυση πληροφοριών που θα συμβάλουν στην καλύτερη οργάνωση και διαχείριση των προβληματικών σημείων με σκοπό την επίτευξη άρτιας ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπροσθέτως φαίνεται ότι οι μελέτες που έχουν γίνει και έχουν αποτυπωθεί τόσο στην ελληνική όσο και στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία επιβεβαιώνονται σε πολλά σημεία. Οπότε ο συνδυασμός (βιβλιογραφικής αναφοράς και έρευνας του κοινού) φανερώνει ότι μπορεί να επιτευχθεί υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

8.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Σκόπιμο κρίνεται να αναφερθούν κάποιες δυσκολίες που προέκυψαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Όσον αφορά την συλλογή των ερωτηματολογίων, αρκετοί χρήστες έδειξαν ιδιαίτερη προθυμία για την συμμετοχή τους στην παρούσα έρευνα. Κυρίως πρόθυμοι ήταν να απαντήσουν όσοι είχαν προγραμματισμένο ραντεβού και περίμεναν στο χώρο αναμονής όπου υπήρχαν διαθέσιμες θέσεις. Τα τμήματα, τα οποία λειτουργούν με σειρά προτεραιότητας και όχι μετά από καθορισμένο ραντεβού (όπως το αιματολογικό, το ακτινολογικό για τη διενέργεια ακτινογραφιών), οι ερωτηθέντες έδειξαν αρνητισμό στη συμμετοχή στην έρευνα καθώς κάποιοι αναγκάζονταν να περιμένουν όρθιοι, καθώς είναι απρόβλεπτος ο όγκος προσέλευσης τους, ή ήταν ανυπόμονοι ώστε να πραγματοποιήσουν την εξέταση. Επιπλέον πολύ μικρός ήταν και ο αριθμός των συμμετεχόντων που προσήλθαν στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ. για επείγουσα ανάγκη, ως έκτακτο περιστατικό. Λόγω της ψυχολογικής κατάστασης που βρίσκονταν εξαιτίας της κατάστασης της υγείας τους αδυνατούσαν να απαντήσουν ή οι λίγοι που συμμετείχαν ήταν σε θέση να απαντήσουν.

Για μελλοντική παρόμοια έρευνα θα πρότεινα την ύπαρξη ειδικών διαμορφωμένων χώρων σε διάσπαρτα τμήματα ενός οργανισμού με σκοπό την διευκόλυνση των συμμετεχόντων στην έρευνα. Πιο συγκεκριμένα σε αυτούς τους χώρους να υπάρχουν θέσεις καθήμενων ώστε η συλλογή των δεδομένων να γίνεται από όλα τα τμήματα ενός οργανισμού και όχι κυρίως από αυτά όπου οι χώροι αναμονής προσφέρουν τη δυνατότητα στους χρήστες να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η ορθοστασία και η πίεση αναφορικά με την σειρά προτεραιότητας σε κάποια τμήματα είναι αφορμή αποτροπής από οποιαδήποτε συμμετοχή σε έρευνα.

8.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΤΟΥ Τ.Υ.Π.Ε.Τ.

Από την ανάλυση της έρευνας προκύπτουν κάποια σημεία που υστερούν ικανοποίησης και η βελτίωση τους θα επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Γενικότερα η ικανοποίηση από όλες τις κατηγορίες ήταν υψηλή. Η μόνη κατηγορία, που απέσπασε τα χαμηλότερα ποσοστά και αποτελεί την κατηγορία «κλειδί» από την οποία καθορίζεται ο βαθμός συνολικής ικανοποίησης είναι ο μεγάλος χρόνος αναμονής μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας μέχρι την πραγματοποίηση του ραντεβού, που συνδέεται άμεσα και με τη διαδικασία κλεισίματος του ραντεβού. Από τον τελικό Πίνακα (Πίνακας 36) διαπιστώνεται ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος αναμονής για εύρεση ραντεβού τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να εκφράσουν οι χρήστες μεγαλύτερη δυσαρέσκεια. Η αιτία αυτού του προβλήματος πιθανότατα οφείλεται στην μη ικανοποιητική αναλογία μεταξύ διοικητικού και ιατρικού προσωπικού σε αντιστοιχία με το μέγεθος των ασφαλιζόμενων μελών του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. Έτσι για να παρέχονται αποδοτικές και αποτελεσματικές υπηρεσίες μία λύση είναι η αύξηση του αριθμού του προσωπικού ή η εύρεση πιο σύγχρονων μεθόδων.

Όσον αφορά στη διαδικασία εύρεσης ραντεβού μία λύση, η οποία είναι πιο δαπανηρή για τον οργανισμό, είναι η αύξηση των γραμμών επικοινωνίας μέσω νέων θέσεων εργασίας ώστε οι χρήστες να μην σπαταλούν πολύ χρόνο αναμονής στο τηλέφωνο προκειμένου να κλείσουν ραντεβού. Άλλη λύση είναι η βελτίωση του πληροφοριακού συστήματος, να δίνεται δηλαδή η δυνατότητα στους ίδιους τους χρήστες να κλείνουν ηλεκτρονικά το ραντεβού τους μέσω μίας ειδικής πλατφόρμας. Αυτό θα είναι πιο λειτουργικό για τους ίδιους τους χρήστες διότι δεν θα καθυστερούν στην γραμμή αναμονής μέχρι να έρθουν σε επικοινωνία με κάποιον υπάλληλο και θα μπορούν να κλείσουν ραντεβού οποιασδήποτε στιγμή της ημέρας και όχι μόνο πρωινές ώρες που λειτουργεί σήμερα το τηλεφωνικό κέντρο. Και ο ίδιος ο οργανισμός θα ωφεληθεί από αυτή την εφαρμογή καθώς το προσωπικό που απασχολεί στο τηλεφωνικό κέντρο θα μπορούσε να το απασχολήσει σε άλλες θέσεις εργασίας, όπου παρίσταται ανάγκη. Όσον αφορά τον μεγάλο χρόνο αναμονής μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας μέχρι την πραγματοποίηση του ραντεβού μία λύση που θα μπορούσε να δοθεί είναι η αύξηση του αριθμού των ιατρών στις ειδικότητες που οι λίστες αναμονής είναι μεγαλύτερες. Ακόμα και τώρα σε αυτές τις ειδικότερες λειτουργούν και απογευματινά τμήματα προκειμένου να εξυπηρετούνται οι χρήστες, όμως το πρόβλημα συνεχίζει να υφίσταται. Επειδή όμως οι χώροι των ιατρείων είναι περιορισμένοι σε αριθμό για τον όγκο των εξυπηρετούμενων μία λύση είναι η διεύρυνση των παρεχόμενων υπηρεσιών και σε άλλα παραρτήματα – πολυϊατρεία του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. κυρίως στην περιοχή της Αττικής, όπως σε αυτά των περιοχών του Ψυχικού ή του Γέρακα.

Επιπλέον η υποχρεωτική προληπτική ιατρική σε όλους τους χρήστες και η παρουσία του οικογενειακού ιατρού θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Η προληπτική ιατρική, με έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη, θα αλλάξει σημαντικά όλο το προφίλ της φροντίδας υγείας. Οι ίδιοι οι χρήστες κατά ένα βαθμό θα είναι υπεύθυνοι για την υγεία τους μέσω των σωστών οδηγιών που θα λαμβάνουν. Με βάση το ιστορικό και τον τρόπο ζωής τους θα ακολουθούν μία σειρά εξετάσεων με σκοπό την πρόληψη από σοβαρές συνέπειες αυτών. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. κύριες αιτίες θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, τα εγκεφαλικά – αίτια που προέρχονται από το κάπνισμα, την απουσία άσκησης, την παχυσαρκία και γενικότερα τον μη ενδεδειγμένο τρόπο ζωής. Ως εκ τούτου, η προληπτική ιατρική σε πρακτικό επίπεδο θα είναι ωφέλιμη τόσο για τον ίδιο τον χρήστη των υπηρεσιών όσο και για τον ίδιο τον οργανισμό. Για τους χρήστες θα βελτιωθεί ο τρόπος ζωής τους και θα προληφθούν αρνητικές μελλοντικές καταστάσεις

αναφορικά με την υγεία τους. Ο οργανισμός θα προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες, το κόστος των υπηρεσιών θα μειωθεί σημαντικά καθώς η κατασπατάληση των περιττών εξετάσεων θα εξαλειφθεί με συνέπεια να επιλυθεί και το πρόβλημα της αναμονής των ραντεβού. Όλα αυτά θα γίνουν με τη βοήθεια του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος θα γνωρίζει το ιστορικό του κάθε χρήστη και με τις κατάλληλες κατευθύνσεις θα συμβάλει στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του καθενός ατομικά.

Αναφορικά με το ατομικό ιστορικό, η δημιουργία ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου/ αρχείου του κάθε ασφαλιζόμενου μέλους, στον οποίο θα έχουν πρόσβαση όλοι οι εργαζόμενοι και κυρίως το ιατρικό προσωπικό θα συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και θα διευκολύνει την όλη διαδικασία. Σε αυτό τον φάκελο θα υπάρχει όλο το ιατρικό ιστορικό του μέλους, οι θεραπείες και η φαρμακευτική αγωγή που του έχει χορηγηθεί καθώς και όλες οι γνωματεύσεις από τις εργαστηριακές εξετάσεις. Με αυτό τον τρόπο όλοι οι γιατροί θα έχουν πλήρη εικόνα της κατάστασης υγείας του ασφαλιζόμενου μέλους ανά πάσα στιγμή και έτσι θα αποφευχθεί το φαινόμενο των περιττών εξετάσεων ή συνταγογράφησης καθώς και η επανάληψη των ίδιων εξετάσεων μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, εφόσον δεν είναι αναγκαία. Έτσι, ο χρόνος εύρεσης ραντεβού θα είναι πιο σύντομος, καθώς θα κλείνουν ραντεβού όσοι πραγματικά έχουν ανάγκη. Αυτός ο τρόπος θα επιφέρει οφέλη στον οργανισμό, τόσο οικονομικά όσο και ηθικά.

Τέλος, μία παρέμβαση συμπληρωματική αλλά η οποία θα συμβάλει σημαντικά στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η συνεχόμενη επιμόρφωση όλου του προσωπικού, η οποία έχει καθιερωθεί τα τελευταία χρόνια στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ. σε πιο θεωρητικό επίπεδο. Η εφαρμογή της σε πιο πρακτικά θέματα θα βοηθήσει στη σωστή διαχείριση όλων των καταστάσεων παρέχοντας την καλύτερη δυνατή φροντίδα στον ασθενή/χρήστη των υπηρεσιών, θα βελτιώσει τις επαγγελματικές δεξιότητες και γνώσεις του προσωπικού, που συνεχώς εμπλουτίζονται με νέα δεδομένα για τα οποία σκόπιμο είναι να ενημερώνονται όλοι, καθώς και στη συνειδητοποίηση όλων των εργαζόμενων ότι η ποιοτική παροχή υπηρεσιών επιφέρει οφέλη σε όλους, τόσο στους παρόχους των υπηρεσιών όσο και στους αποδέκτες αυτών.

8.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνολικά, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων/ χρηστών των υπηρεσιών του Τ.Υ.Π.Ε.Τ. (87,1%) δήλωσε ότι ήταν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το σύνολο των υπηρεσιών που έλαβαν. Επίσης αρκετά μεγάλο ήταν και το ποσοστό (89,2%) που θα πρότειναν το συγκεκριμένο ιατρείο σε άλλους.

Σε όλες τις κατηγορίες ικανοποίησης, το ποσοστό ήταν αρκετά μεγάλο για το θετικό βαθμό ικανοποίησης και η ποσοστιαία διαφορά μεταξύ του «πολύ ικανοποιημένοι» και «πάρα πολύ ικανοποιημένοι» ήταν ελάχιστη.

Μεγάλο ποσοστό δυσαρέσκειας παρατηρήθηκε στη διαδικασία κλείσιματος ραντεβού. Το 48,9% των συμμετεχόντων δήλωσαν καθόλου / λίγο / μέτρια ικανοποιημένοι από αυτή την κατηγορία. Ως συμπληρωματικό σε αυτό είναι ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε από την τηλεφωνική επικοινωνία για το κλείσιμο του ραντεβού μέχρι την ημερομηνία πραγματοποίησής του, που ήταν οι 19,83 ημέρες.

Όπως φαίνεται, το Τ.Υ.Π.Ε.Τ. είναι ένας οργανισμός τον οποίο στηρίζουν και εμπιστεύονται τα μέλη του στα τόσα χρόνια λειτουργίας του, από το 1930. Παρόλο που οι ερωτηθέντες στην έρευνα, με ποσοστό 52,1%, δήλωσαν ότι ο λόγος επίσκεψης στο ιατρείο είναι ότι οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, αν δεν ήταν ευχαριστημένοι δεν θα το προτιμούσαν. Η αφοσίωση του όμως στις ανάγκες των μελών του, ο ανθρωποκεντρικός δηλαδή χαρακτήρας του, σε συνδυασμό με τις παροχές υψηλής ποιότητας τον καθιστά πρότυπο στο χώρο των ταμείων υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνής

Abdellah F.G. & Levine E., 1965, Better patient care through nursing research. Macmillan, New York.

Abramowitz S., Cote A. & Berry E., 1987, Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. Quality Review Bulletin, 13(4): 122-130.

Altanis P., Economou C., Geitona M., Gregory S., Mestheneos E., Triantafillou J., Petsetaki E., Kyriopoulos J., 2008, Quality in and Equality of Access to Healthcare Services, Country Report for Greece

Arch Pathol Lab Med, 1990, The seven pillars of quality, 114(11): 1115-8

Athanasiadis A, Kostopoulou S, Philalithis A., 2015, Regional Decentralisation in the Greek Health Care System: Rhetoric and Reality. Glob J Health Sci,7: 55-67.

Bond S, Thomas L.H., 1992, Measuring patients' satisfaction with nursing care. Journal of advanced Nursing, 17: 52-56.

Carey RG, Seibert JH., 1993, A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. MedCare; 31: 834-845

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

Crosby, P.B., 1984, Quality Without Tears, McGraw-Hill

Declaration of Alma Ata, 6–12 September 1978, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR

Donabedian, A.K., 1980, Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Geitona M., Kyriopoulos J., Zavras D., Theodoratou T., Alexopoulos E., 2008, Medication use and patient satisfaction: a population – based survey. Family Practice, 25: 362-369

Georgoudi E., Kyriazis S., Mihalache A., Kourkouta L., 2017, Measurement of Patient Satisfaction as a Quality Indicator of Hospital Health Services: The Case of Outpatient Clinics in General Hospital, Science Journal of Public Health, 5(2): 128-135

Hoberg D., 2011, «Patient satisfaction in the ambulatory oncology setting: Are patients' needs being met? », The University of Adelaide

International Standards Organization, 1986, Quality Vocabulary: Part 1, International Terms, ISO

Juran, J.M., 1986, The quality trilogy, Quality Progress

- Kabadaï M., Niakas D., 2004, Patient satisfaction with services provided by a Community Mental Health Center in northern Greece, *Archives of Hellenic Medicine*, 21(4): 354–362
- Kano N., Nobuhiku S., Fumio T., Shinichi T., 1984, Attractive quality and must-be quality, *Journal of the Japanese Society for Quality*
- Kleeberg, U.R., Tews, J.T., Ruprecht, T., Hoing, M., Kuhlmann, A., Runge, C., 2005, Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatient. Results of the PASQOC study, *Supportive care in cancer*, 13 (5): 303 - 310.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, 1999, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine
- Leape LL., Lawthers AG., Brennan TA., Johnson WG., 1993, Preventing Medical Injury, *Qual Rev Bull*, 19(5): 144–149
- Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD., 1998, Promoting Patient Safety by Preventing Medical Error. *JAMA*.:280: 1444-1447.
- Lionis et al., 2017, Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study) *BMC Health Services Research* , 17: 255
- Maxwell R., 1984, Quality assessment in health, *British Medical Journal*, 288: 1471
- Osterfeld E. Aristotle on the good life and quality of life. In Nordenfelt L (ed.), 1994, *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Amsterdam: Kluwer 19–34.
- Palmer Hr. Considerations in defining quality of health care. In: Palmer HR, Donabedian A, Povar GJ (eds), 1991, *Striving for quality in health care. An inquiry into policy and practice*. Health Administration Press, Ann Arbor
- Pascoe G.C., 1983, Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. 6: 185-210
- Peppas C, MD, LM, MBA, MS, A. Koraki, MD 2013, *Quality in Health Services and Evidence-based Medicine: A challenge or a tornado?*, p. 27
- Pini, A., Sarafis, P., Malliarou, M., Bamidis, P., Niakas, D., 2009, Measurement Of Patient Satisfaction Of The Quality Of Health Services Provided In Outpatient Units, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, τόμος 4, τεύχος 4
- Pini, A., Sarafis, P., Malliarou, M., Tsounis, A., Igoumenidis, M., Bamidis, P., Niakas, D. 2014, Assessment of Patient Satisfaction of the Quality of Health Care Provided by Outpatient Services of an Oncology Hospital. *Global Journal of Health Science*, 6(5): 196-203
- Rahmqvist, M., Bara, A.C., 2010, Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction, *International Journal for Quality in Health Care*, 22 (2): 86 – 92.
- Sebo P, Heremann F., Bovier P., Haller D., 2015, What are patients' expectations about the organization of the primary care physicians' practices?, *BMC health services research*, England, 15: 328.

SIMPATIE, 2006, Interim Report SIMPATIE Project - Safety Improvement for Patients in Europe reporting period Feb 2005 - Feb2006 - MAY 2006, Public Health.

Vivanti, A., Ash, S., Hulcombe, J., 2007, Validation of a satisfaction survey for rural and urban outpatient dietetic services, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20 (1): 41 - 49.

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

Wriglesworth, J. M., & Williams, J. T. , 1975, The construction of an objective test to measure patient satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 12: 123-132.

Xiao Hong, Janet P. Barber, 2008, The Effect of Perceived Health Status on Patient Satisfaction, College of Pharmacy and Pharmaceutical Science, Florida A&M University, Tallahassee, FL, USA, 11: 4

Ελληνική

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

Αναγνωστοπούλου Ι., Σίσκου Ο., Γαλάνης Π., 2012, Αξιολόγηση και διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης. *Νοσηλευτική* , 51: 216–226

Αντεριώτη Π., Αντωνίου Γ., 2014, Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας, *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1): 62-68.

Βενιού Α., Τεντολούρης Ν., 2013, Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού–ασθενούς, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5): 613-318

Γαβριήλ Ε., Θεοδώρου Μ., Middleton Ν., 2012, Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6): 720-730

Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Α., Κυριόπουλος Α., 1994, Η ικανοποίηση των χρηστών στις Υπηρεσίες Ανοιχτής Φροντίδας Υγείας, *Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας*

Δομάγερ Φ.-Ρ., Πετρέλης Μ., 2016, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 15 (4).

Έντυπο δήλωσης προστασίας προσωπικών δεδομένων «Υγείας Μέλαθρον», 2019.

Καϊτελίδου Δ., Κωσταγίολας Π, Χατζοπούλου Μ.,(Επιστημονική Επιμέλεια: Λιαρόπουλος Α.), 2008, Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, *Εκδόσεις Παπασωτηρίου*.

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

Κεφαλοπούλου Ζ., Παπανικόλα Γ., Τσάκαλη Α., Χασάπη Α., Μπονίκος Δ., 2006, Η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, *Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.*

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

Λιαρόπουλος Λ., 2007, Ανατύπωση 2010, Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α' Τόμος, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Λιονής Χ, Πιτέλου Ε., 2015, Σχέση Ιατρού –Ασθενή / θεωρητική και πρακτική προσέγγιση, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα (www.kallipos.gr)

Μαγγίτα Α., 2019, Κανονισμός Εξωτερικών Ιατρείων – Γενική Κλινική «Υγείας Μέλαθρον»

Μερκούρης Α., , 1996, Η ικανοποίηση του αρρώστου Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών, Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ

Μητροσύλη Μ., 2009, Δίκαιο της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση

Μοιρασγεντή Μ., Σμυρνάκης Ε., Παναγοπούλου Ε., Μπένος Α., 2018, Η ασφάλεια των ασθενών και ο ρόλος της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 33(5): 665-670

Μουρτζίκου Α., Σταμούλη Μ., Πουλιάκης Α., ISO 9001:2000, η οδηγία CEN/TS 15224:2005 στις υπηρεσίες υγείας και η συμβολή των επαγγελματιών υγείας και της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης στην εφαρμογή της, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(2): 230-235

Μπαλάσκα Δ., Μπιτσώρη Ζ., 2015, Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική

Παναγιώτου Α., 2015, Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(3): 354-363

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

Παπανικολάου Βίκυ, 2007, Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας –Αρχές, Μέθοδοι-Εφαρμογές, Εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ.

Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Γούλα Α., Λατσού Δ., Πατέρας Ι., Βουρλιώτου Κ., Γιαννουλάτος Π., 2013, Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(3): 316-324

Πινη Α, Σαράφης Π, Μ Μαλλιαρού, Μπαμίδης Π, Νιάκας Δ., 2011, Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία., Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(4): 42-52

Πολύζος Ν., 2014, Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Κριτική.

Πολυκανδριώτη Μ, Κουτελέκος Ι., Ανάγκες ασθενών, 2013, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2(2): 73-83

Ραφτόπουλος Β., 2002, Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, Διδακτορική Διατριβή, ΕΚΠΑ.

Σουλιώτης Κ., 2014, Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων – Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31 (1): 7-12

Σουλιώτης Κ., Θηραίος Ε., Καϊτελίδου Δ., Παπαδακάκη Μ., Τσαντίλας Π., Τσιρώνη Μ. και Συν., 2013, Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ). Επιστημονική Επιτροπή για την Υποστήριξη της Μεταρρύθμισης της ΠΦΥ.

Σπάρος Λ., 2001, Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα-Η έννοια της νοσηρότητας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 303-311

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

Τούντας Γ., 2008, Υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Οδυσσέας.

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

Τσαντίλας Π. και Συνεργάτες, 2019, Ακαδημαϊκές Σημειώσεις – Οι επιπτώσεις του Κανονισμού 2016/679 (GDPR) στο χώρο της υγείας.

Νομοθεσία

Κανονισμός 2016/679, Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων)

Κανονισμός Ασφάλισης και Παροχών του Τ.Υ.Π.Ε.Τ, 2018

Νόμος 1579/1985 (ΦΕΚ 217Α), Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123Α), Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας.

Νόμος 2472/1997 (ΦΕΚ 50Α), Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα με ενσωματωμένες τις τροποποιήσεις.

Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53Α), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38Α), Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115Α), Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

Σύνταγμα της Ελλάδος, άρθρο 5/παράγραφος 5

Ιστότοποι

www.dpa.gr

www.euro.who.int

www.moh.gov.gr

www.tomy.moh.gov.gr

www.typed.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι (ερωτηματολόγιο)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν

Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

Ιατρική Σχολή Αθηνών

Τμήμα Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής

ΠΜΣ «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ

Σας παρακαλούμε όπως διαθέσετε λίγο από τον χρόνο σας για να συμβάλετε στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο. Σημειώνετε με ✓ την απάντησή σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Ηλικία:

3. Υπηκοότητα: Ελληνική ☐

Άλλη:

4. Επίπεδο εκπαίδευσης: Καμία εκπαίδευση

Απόφοιτος,-η πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Δημοτικό)

Απόφοιτος,-η δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο)

Απόφοιτος,-η ΙΕΚ, Επαγγελματικής Σχολής κ.λπ.

Απόφοιτος,-η ανώτερης εκπαίδευσης (ΤΕΙ)

Απόφοιτος,-η ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ)

Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου

Κάτοχος διδακτορικού τίτλου

5. Εργασιακή κατάσταση: Εργαζόμενος,-η

Συνανταξιούχος

Άνεργος,-η

Άλλη (π.χ. οικιακά, εισοδηματίας κ.λπ.):

6. Ασφαλιστική κάλυψη: Άμεσα ασφαλισμένος,-η ☐ Έμμεσα ασφαλισμένος,-η ☐
Καθόλου ασφαλισμένος,-η ☐ Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ ☐

7. Είναι η πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο; Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ ☐

8. Λόγος της επίσκεψης στο ιατρείο:

Συνταγογράφηση φαρμάκων

☐

Περίπτωση έκτακτης ανάγκης

☐

Έκδοση πιστοποιητικού

☐

Ιατρική εξέταση

☐

Κοινοποίηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών – διαγνωστικών εξετάσεων

☐

Άλλο:.....

9. Λόγος επιλογής του συγκεκριμένου ιατρού:

Κοντά στον τόπο διαμονής

☐

Δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας

☐

Και τα δύο παραπάνω

☐

Δεν υπάρχει άλλη επιλογή

☐

Άλλο:.....

10. Αναφέρετε το χρονικό διάστημα μεταξύ της τηλεφωνικής σας επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού που σας δόθηκε (ημέρες):.....

11. Το προγραμματισμένο ραντεβού σας ήταν κατά την:

Πρωινή βάρδια (8:00 – 14:00) ☐ Απογευματινή βάρδια (14:01 – 20:00) ☐

12. Σε ποιο τμήμα ήταν το προγραμματισμένο ραντεβού σας;

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ		ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ		ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ		ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ		ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ		ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ		ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ		ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ		ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ		ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ		ΩΡΛ	
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ		ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ			
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ		ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ			

13. Αναφέρετε το χρόνο αναμονής από την προγραμματισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να σας δεχτεί το στέλεχος του ιατρείου (λεπτά):.....

14. Αξιολογήστε τη συνολική κατάσταση της υγείας σας:

Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Μέτρια ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή ☐

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΑΣ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ)

15. Παρακαλούμε απαντήστε πόσο ικανοποιημένος/-η είστε με τα παρακάτω:

Παράμετρος Αξιολόγησης	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Με τη διαδικασία για να κλείσετε ραντεβού					
Με το χρόνο αναμονής στο ιατρείο					
Με τις συνθήκες στο χώρο αναμονής του ιατρείου					
Με τις συνθήκες στο χώρο του ραντεβού (εξεταστήριο, γραφείο κ.λπ.)					
Με τα στελέχη του ιατρείου					
Με την αντιμετώπιση του λόγου / αιτίας της επίσκεψής σας					
Με το χρόνο που πέρασε το στέλεχος του ιατρείου μαζί σας					
Με τη συμπεριφορά του στελέχους του ιατρείου					
Με τις οδηγίες που λάβατε για τη διεύθυνση του ζητήματός σας από το στέλεχος του ιατρείου					
Με το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών του ιατρείου					

16. Θα προτείνατε το συγκεκριμένο ιατρείο και σε άλλους;

Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν γνωρίζω / Δεν απαντώ ☐

17. Παρακαλούμε περιγράψτε αν σας ενόχλησε κάτι κατά την επίσκεψή σας

.....
.....
.....
.....
.....

18. Προτάσεις βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών:

.....
.....
.....
.....

Ημ/νία

.....

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία!