



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση
Υπηρεσιών Υγείας**

Διπλωματική εργασία

“Ικανοποίηση και προσδοκίες ασθενών από δομές Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας - Μελέτη περίπτωσης μιας ιδιωτικής
διαγνωστικής μονάδας”



Της

Μπράμε Βίλμα

Επιβλέπων καθηγητής: Χατζηθωμάς Λεωνίδας

Θεσσαλονίκη, 2023



**SCHOOL OF BUSINESS ADMINISTRATION
DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION**

Master in Health Care Management

Master's thesis

**“Patient Satisfaction and Expectations of Primary Health Care
Structures – Case Study of a Private Diagnostic Unit”**



of

Brame Vilma

Supervisor teacher: Chatzithomas Leonidas

Thessaloniki, 2023

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια της ολοκλήρωσης του μεταπτυχιακού προγράμματος «Οργάνωσης και Διοίκησης Μονάδων Υγείας» του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Η εργασία αυτή αποσκοπεί στην ανάδειξη της σημαντικότητας του τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και στον καθορισμό των προσδοκιών των ασθενών και των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίησή τους.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Χατζηθωμά Λεωνίδα, ο οποίος μέσα από τις συμβουλές του, την ορθή καθοδήγησή του και τις πολύτιμες γνώσεις του βοήθησε στην επιτυχή ολοκλήρωση της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους τους ανθρώπους που με στήριξαν και μου συμπαραστάθηκαν στην προσπάθειά μου αυτή.

Περίληψη

Η παρούσα ερευνητική εργασία με τίτλο “Ίκανοποίηση και προσδοκίες ασθενών από δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Μελέτη περίπτωσης μιας ιδιωτικής διαγνωστικής μονάδας”, εκπονήθηκε στο πλαίσιο απόκτησης μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Σε πρώτη φάση, μέσω της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας που προϋπάρχει και μετέπειτα μέσω διεξαγωγής της έρευνας κάνοντας χρήση ανώνυμων δομημένων ερωτηματολογίων, εξετάστηκε ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέσα στο σύστημα υγείας, καθώς επίσης οι προσδοκίες που έχουν οι ασθενείς από τις δομές αυτές και οι βασικότεροι παράγοντες επηρεασμού της ικανοποίησής τους.

Αν παρομοιάσουμε το σύστημα υγείας ως ένα κάστρο, η δομές της Πρωτοβάθμιας Υγείας θα ήταν τα τείχη, τα οποία υποδέχονται τους ασθενείς, φέρνοντας τους σε μια πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας και στην συνέχεια τους παραπέμπει στο κατάλληλο για αυτούς τμήμα. Διαπιστώνουμε λοιπόν, μέσω αυτού, την σπουδαιότητα που φέρει η ενασχόληση και η εκτέλεση της εργασίας αυτής. Η μελέτη και έρευνα του κλάδου, ο οποίος αποτελεί βασικό πυλώνα του συστήματος υγείας. Επιπλέον, η διατριβή αυτή, σκοπεύει και στην ανάδειξη των μείζων προβλημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην ελληνική πραγματικότητα.

Για την πραγματοποίηση των παραπάνω σκοπών και για την εξαγωγή συμπερασμάτων διενεργήθηκε δειγματοληψία ευκολίας με 109 ασθενείς του ιδιωτικού διαγνωστικού κέντρου ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ στην περιοχή της Καλαμαριάς, σε διάστημα μιας εργάσιμης εβδομάδας, από 16 Ιανουαρίου έως 23 Ιανουαρίου 2023. Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε καταμερίζεται σε τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα εμπεριέχει το δημογραφικό πλαίσιο, στη δεύτερη και τρίτη ενότητα γίνεται προσπάθεια, να σκιαγραφηθούν οι προσδοκίες των ασθενών, να διερευνηθούν οι παράγοντες και τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών.

Από το συνολικό δείγμα το 68% ήταν γυναίκες με μέση ηλικία ανάμεσα στα 18-30 χρόνια, με το 51% του δείγματος να αναφέρει ότι η υγεία του είναι πολύ καλή. Το πιο επισκέψιμο τμήμα αναδείχθηκε το εργαστηριακό, το οποίο δόθηκε ως απάντηση από το 79,82% με επικρατέστερο λόγο επίσκεψης την επιθυμία για προληπτικές εξετάσεις. Όσον αφορά τις προσδοκίες, η γειννίαση της μονάδας με το περιβάλλον που κινείται στην καθημερινότητα του ο ασθενής, η εξασφάλιση ευκολίας στην πρόσβαση σε ΑΜΕΑ, οι επάρκεια και η καθαριότητα των χώρων αλλά και του προσωπικού, η χρήση μέσων και εξοπλισμού τελευταίας τεχνολογίας, η αξιοπιστία, η συνέπεια, η ταχύτητα και η ευελιξία αναδείχθηκαν βασικοί παράμετροι επιλογής ενός διαγνωστικού από τον ασθενή.

Σχετικά με την ικανοποίηση από την εν λόγω διαγνωστική μονάδα, το 56,9% δήλωσε αρκετά ευχαριστημένο με την ποιότητα των υπηρεσιών που έλαβε. Το 63,3% υποστηρίζει πως ο χρόνος αναμονής του ήταν ελάχιστος, με την συνολική εμπειρία να διαρκεί 4-10 λεπτά κατά μέσο όρο. Σχεδόν κατά το ήμισυ του δείγματος (55,9%) το συμπέρασμα που εξάγεται είναι πως παρέμειναν αρκετά ευχαριστημένοι τόσο από το διοικητικό όσο και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενώ σε σχέση με την προηγούμενη επίσκεψη στη μονάδα το 56,9% δήλωσαν παρόμοια εμπειρία.

Λέξεις κλειδιά: υγεία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, συστήματα υγείας, προσδοκίες ασθενών, ικανοποίηση ασθενών

Abstract

The present research paper entitled “Patient Satisfaction and Expectations of Primary Health Care Structures – Case Study of a Private Diagnostic Unit”, was prepared in order to obtain the master’s degree in Health Care Management.

Initially, through a review of the existing literature and later through conducting a survey, using anonymous structured questionnaires, the important role of Primary Health Care within the health system was examined as well as the expectations that patient have from structures like these and the main factors that influence their satisfaction.

If we liken the health system to a castle, the structures of Primary Health would be the walls, which welcome patients, bringing them into first contact with the health system and then lead them to the right department. So we assume by this, the importance of the occupation and execution of this thesis. The study and the research of a sector, which is a key pillar of the health system. Furthermore, this thesis aims to highlight the major problems that Primary Health Care has to face in Greek reality.

In order to reach the above purposes and to draw conclusions, a convenience sampling was conducted with 109 patients of the private diagnostic center BIOIATRIKI in the area of Kalamaria, during one working week, from January 16 to January 23, 2023. The questionnaire given is divided into three sections. The first section contains the demographic framework, in the second and third sections an attempt is made to outline the expectations of the patients, to investigate the factors and the patient satisfaction rates.

Of the total sample, 68% were women with an average age between 18-30 years, with 51% of the sample reporting that their health is very good. The most visited department was the laboratory, which was given as an answer by 79.82% with the predominant visiting reason the desire for preventive examinations.

In terms of expectations, the proximity of the unit to the environment in which the patient moves in his daily life, ensuring ease of access for the disabled, the adequacy and cleanliness of the premises as well as the staffs, the use of state-of-the-art equipment, the reliability, consistency, speed and flexibility emerged as key parameters for choosing a diagnostic center by the patient.

Regarding satisfaction of the diagnostic unit in question, 56.9% stated that they were quite satisfied with the quality of the services they received. 63.3% claimed that their wait time was minimal, with the overall experience lasting 4-10 minutes on average. Almost half of the sample (55.9%) concluded that they remained quite satisfied with both the administrative and nursing staff, while in relation to the previous visit to the unit, 56.9% stated a similar experience.

Key words: health, Primary Health Care, health systems, patient expectations, patient satisfaction

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
Εισαγωγή.....	7
Κεφάλαιο 1. Εννοιολογική προσέγγιση της «υγείας».....	9
1.1. Επίπεδα ιατρικής περίθαλψης.....	9
1.2. Συστήματα υγείας.....	11
Κεφάλαιο 2. Έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	14
2.1. Ο σημαντικός σκοπός και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	16
2.2. Λειτουργία και φορείς υπηρεσιών ΠΦΥ.....	16
2.2.1 Ιδιωτικές διαγνωστικές μονάδες και εργαστήρια.....	17
Κεφάλαιο 3. Σύντομη ιστορική αναδρομή.....	18
3.1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα.....	18
3.2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	20
3.3. Ολοκληρωμένη και ανθρωποκεντρική ΠΦΥ.....	21
3.4. Προβλήματα που αντιμετωπίζει η ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	22
Κεφάλαιο 4. Ικανοποίηση.....	27
4.1. Ικανοποίηση ασθενών.....	27
4.2. Παράγοντες επηρεασμού ικανοποίησης.....	28
4.3. Ποιότητα και ικανοποίηση.....	29
4.4. Οφέλη από μέτρηση ικανοποίησης και εργαλεία.....	31
4.5. Ενέργειες προώθησης και ενίσχυσης της ικανοποίησης.....	32
Κεφάλαιο 5. Προσδοκίες.....	35
5.1 Εννοιολογική προσέγγιση των προσδοκιών στον τομέα της υγείας.....	35
5.2 Προσδοκίες ασθενών.....	36
Κεφάλαιο 6. Μεθοδολογία έρευνας.....	38
6.1 Ερευνητικά ερωτήματα.....	39
6.2 Μέθοδος έρευνας.....	39
6.3 Δειγματοληψία και εργαλεία έρευνας.....	40
6.4 Τρόπος συλλογής δεδομένων και ανάλυση.....	44
Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα έρευνας.....	46
7.1 Προσδοκίες ασθενών.....	46
7.2 Βαθμός ικανοποίησης από την επίσκεψη σας στο ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο “ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ”.....	54
7.4 Συμπεράσματα.....	61
7.5 Περιορισμοί έρευνας και πρόταση για μελλοντική έρευνα.....	62
Βιβλιογραφία.....	63
Ελληνική βιβλιογραφία.....	63

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....	67
Παράρτημα	71

Εισαγωγή

Το Σύστημα Υγείας συνιστά έναν κύριο θεσμό/πυρήνα ενός κράτους πρόνοιας, ενώ χαρακτηρίζεται ως το πολυπλοκότερο σύστημα μιας κοινωνίας. Μέσω του συστήματος υγείας διασφαλίζεται η βελτίωση, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας του συνόλου (Θεοδώρου, 2001). Με τις ολοένα και αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες και απαιτήσεις για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, κρίνεται απαραίτητο τόσο για την αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας όσο και για την ενίσχυση της προσβασιμότητας, ο σχεδιασμός υπηρεσιών ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα, η γενική καλυτέρευση του περιβάλλοντος που δραστηριοποιείται ο ασθενής αλλά και η βελτίωση του πολιτιστικού και πολιτισμικού επιπέδου της κοινωνίας στην οποία ανήκει. Ως εκ τούτου η ανάπτυξη του Συστήματος Υγείας, με βάση και επίκεντρο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεωρείται καθοριστικής σημασίας (Πιερράκος, 2018).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εξυπηρετεί τις ανάγκες φροντίδας υγείας τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο. Επιπλέον, θεωρείται βασικός πυλώνας του συστήματος υγείας καθώς αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με αυτό (Θεοδώρου, 2001). Εστιάζει στις συνολικές και αλληλεξαρτώμενες πτυχές της ψυχικής, κοινωνικής, σωματικής υγείας και ευμάρειας. Στόχος της ΠΦΥ είναι η ενασχόληση με τα ζητήματα υγείας που αφορούν τη προαγωγή, τη πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και αποκατάσταση. Τέλος, δεσμεύεται για προσφορά υπηρεσιών υπό το πρίσμα της δικαιοσύνης, της ισότητας και της αναγνώρισης του υπέρτατου θεμελιώδους δικαιώματος του ατόμου για όσο το δυνατόν καλύτερα επίπεδα υγείας (Donaldson, et al., 1996), (Λάγιου, 2014), (Σουλιώτης, και συν., 2013).

Σκοπός της διπλωματικής αυτής είναι η ανάδειξη του πλέον σημαντικού έργου που επιτελείται μέσα από τις δομές και τις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και ο προσδιορισμός των προσδοκιών και των σημείων ικανοποίησης των ασθενών από αυτές. Ο καθορισμός των προσδοκιών και των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, αποτελεί βασικό δείκτη ένδειξης του επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα έχει αναδειχτεί με την πάροδο των χρόνων ένα πολύτιμο στρατηγικό εργαλείο στην προσπάθεια βελτιστοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών, με μεγάλο αριθμό ερευνητών να αναλύουν τόσο την ερμηνεία της όσο και τρόπους αξιολόγησης της. Συνεπώς, μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης επιτυγχάνεται η συνειδητοποίηση του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η διαπίστωση των προβλημάτων, η απόκτηση μοναδικών πληροφοριών με σκοπό τη χρησιμοποίησή τους στη χάραξη πολιτικής και στρατηγικής για την ορθή διοίκηση και διαχείριση (Σιώμου, 2015).

Αφορμή για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης στάθηκε η νόσος Covid-19, η οποία προκάλεσε μια τεράστια παγκοσμίου εμβέλειας υγειονομική κρίση, που όλος παραδόξως ανέδειξε τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η ΠΦΥ σε μια κοινωνία σε επείγουσες καταστάσεις υγείας και όχι μόνο. Στο συγγραφικό αυτό έργο επιλέχτηκε η ενασχόληση με τον ιδιωτικό κλάδο παροχής Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας. Τα ερωτήματα που θα διερευνηθούν αφορούν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών τόσο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και από τα διοικητικά στελέχη της ιδιωτικής μονάδας υγείας ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ στην περιοχή της Καλαμαριάς αλλά και ποιες οι προσδοκίες αυτών.

Ως εκ τούτου η διπλωματική χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος, αποτελεί το γενικό πλαίσιο και αφορά την θεωρητική προσέγγιση του θέματος μέσω ανασκόπησης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Δίνονται οι ορισμοί και γίνεται ανάλυση της έννοιας της υγείας, της ΠΦΥ, της ικανοποίησης και των προσδοκιών καθώς επίσης γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή για την εξέλιξη της ΠΦΥ στην χώρα μας καθώς επίσης προσπάθεια για την ανάδειξη των κυριότερων προβλημάτων που αντιμετωπίζει σήμερα.

Το δεύτερο μέρος, αποτελεί το ειδικό πλαίσιο και αφορά την ερευνητική προσέγγιση, περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την συλλογή και μετέπειτα ανάλυσης των δεδομένων της έρευνας. Στο τέλος παρατίθενται τα τελικά συμπεράσματα, αναφέρονται οι περιορισμοί της έρευνας καθώς και το ερωτηματολόγιο αυτούσιο στο τελευταίο παράρτημα.

Κεφάλαιο 1. Εννοιολογική προσέγγιση της «υγείας»

Η υγεία ερμηνεύεται από πολλούς ως το σημαντικότερο στοιχείο για μια πλήρη και ευτυχισμένη ζωή. Ο ορισμός της έννοιας της «υγείας» έχει επαναδιατυπωθεί αρκετές φορές στα χρονικά, με επικρατέστερο και πιο αποδεκτό τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 1946. Ο Π.Ο.Υ. περιέγραψε την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απουσία νόσου ή αναπηρίας». Από τον παραπάνω ορισμό εξάγεται το συμπέρασμα πως η «υγεία» αποτελεί μια ιδανική κατάσταση κατά την οποία ο άνθρωπος υπερβαίνει τις κρίσεις, τα προβλήματα, τις διαταραχές που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του ζωή και σχηματίζει νέες αξίες και συμπεριφορές προκειμένου να βελτιώσει τις συνθήκες διαβίωσής του. Κάθε άνθρωπος, προσπαθεί να εντοπίσει τον πλέον κατάλληλο τρόπο για την επίτευξη της πρόληψης και της αντιμετώπισης μιας πιθανής εκδήλωσης νοσήματος ή αναπηρίας (Πράπα και Φακή, 2008).

Στην πραγματικότητα, μια ικανοποιητική και πλήρης προσέγγιση του όρου θεωρείται σχεδόν αδύνατη καθώς πρόκειται για μια έννοια πολύπλοκη και πολυδιάστατη. Η υγεία αποτελεί ένα φαινόμενο μεγάλης δυναμικότητας και μια κατάσταση η οποία εξαρτάται έντονα από παράγοντες σχετικούς με την καθημερινότητα, το περιβάλλον και τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων (Täljedal, 2004), (Schramme, 2007).

Η διάσταση της σωματικής υγείας συνδέεται με τη φυσική κατάσταση και ευεξία καθώς και τις φυσιολογικές σωματικές λειτουργίες (Scheier and Carver, 2018). Συνεπώς, η σωματική υγεία είναι η εμφανέστερη διάσταση της υγείας, αφορά την μειωμένη εκδήλωση νόσου καθώς και έναν συνδυασμό παραμέτρων που περιλαμβάνουν τις διατροφικές συνήθειες, τις συνθήκες διαβίωσης αλλά και την άσκηση και συμμετοχή σε δραστηριότητες (Holm, 2014).

Η διάσταση της ψυχικής υγείας μπορεί να εξηγηθεί ως μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, όπου ο άνθρωπος έχει αντίληψη των ικανοτήτων του και δύναται να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που προκύπτουν. Επιπλέον, περιλαμβάνει την παραγωγική λειτουργία του ατόμου μέσα στο κοινωνικό του σύνολο (Dixon, 2000). Αφορά την ψυχολογική κατάσταση του ανθρώπου, την προσωπική ευεξία, την αυτό-αποτελεσματικότητα, την αντιληπτή αποδοτικότητα, την αυτονομία, την ανεξαρτησία. Η επίτευξη ψυχικής υγείας, οδηγεί σε πραγμάτωση επιθυμιών, στην αντιμετώπιση του στρες, σε αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας (Ereshfsky, 2009).

1.1. Επίπεδα ιατρικής περίθαλψης

Η περίθαλψη διαφοροποιείται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: την αυτοφροντίδα, την πρωτοβάθμια φροντίδα, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια, όπως μπορούμε να διακρίνουμε και από το παρακάτω σχήμα.



Σχήμα 1.1 Επίπεδα περίθαλψης (Σιγάλας, 2008)

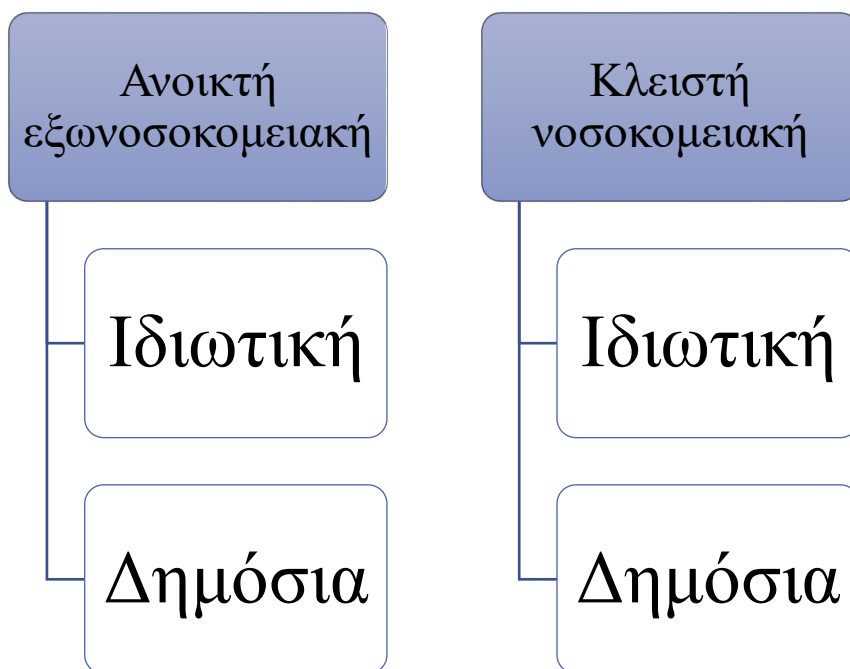
Ως αυτοφροντίδα ορίζονται όλες εκείνες οι ενέργειες που πραγματοποιεί ένα άτομο από μόνο του για τον εαυτό του με απώτερο σκοπό την διατήρηση της υγείας, την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση κάποιας νόσου. Η αυτοφροντίδα αποτελεί έναν ευρύ όρο που περιλαμβάνει την υγιεινή, τη διατροφή, τις καλές συνήθειες και την σωματική δραστηριότητα. Αναπόφευκτα, προκύπτουν διάφορα ζητήματα που αφορούν την υγεία καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου. Η αυτοφροντίδα και η αυτοπερίθαλψη δύναται να επιφέρουν βελτίωση και ανακούφιση (ΕΦΕΧ, 2023).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορά το σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας, στον οποίο προσφέρονται υπηρεσίες υγείας, η οποίες δεν περιλαμβάνουν την νοσηλεία σε νοσοκομειακή δομή για την αντιμετώπιση της κατάστασης του. Στο πλαίσιο αυτό, παρέχονται υπηρεσίες διαγνωστικές, θεραπευτικές, επείγουσες, προληπτικές και κοινωνικές.

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, αφορά την πραγμάτωση περαιτέρω εργαστηριακών ελέγχων κατά την διάρκεια της νοσηλείας, την νοσηλεία αυτή καθ' αυτή καθώς επίσης και την εκτέλεση κάποιων γενικών επεμβάσεων.

Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορά εξειδικευμένες γνώσεις και ιατρικό εξοπλισμό, εξειδικευμένη νοσηλεία και συνεργασία πολλών ειδικοτήτων για την ορθή αντιμετώπιση ενός περιστατικού.

Με κύριο χαρακτηριστικό το επίπεδο περίθαλψης, η υγεία μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε ανοικτή και κλειστή, εξωνοσοκομειακή (αυτοφροντίδα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) και νοσοκομειακή (Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), με παρακλάδια αυτών την ιδιωτική και δημόσια υγεία (Σιγάλας, 2008).



Σχήμα 1.2 Κατηγοριοποίηση της υγείας (Σιγάλας, 2008)

1.2. Συστήματα υγείας

Ως Σύστημα Υγείας νοείται, « η πληθώρα των στοιχείων και υποσυστημάτων, τα οποία βρίσκονται σε συνεχή διάδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, αλλά και με το ίδιο το περιβάλλον, με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού» (Σούλης, Σαρρής και Θεοδώρου, 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), ορίζει ότι ένα σύστημα υγείας, αποτελείται από το σύνολο των οργανώσεων, των ανθρώπων και των δράσεων αυτών, που πρωταρχικός τους στόχος είναι η προώθηση, η αποκατάσταση, καθώς και η διατήρηση της υγείας. Παράλληλα με τον πρωταρχικό στόχο, το σύστημα υγείας βασίζεται σε άλλους τρεις, συνάμα βασικούς στόχους:

- Στην ανταπόκριση των προσδοκιών των πολιτών
- Στην παροχή αρωγής στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας
- Στην παροχή ποιοτικής ιατροφαρμακευτικής θεραπείας για το σύνολο των περιπτώσεων ασθένειας

Τα χαρακτηριστικά που διέπουν ένα Σύστημα Υγείας αναφέρονται παρακάτω: (Σούλης, Σαρρής και Θεοδώρου, 2001).

- i. **Διαθεσιμότητα.** Η ικανότητα να προσφέρει στον πληθυσμό τις κατάλληλες υπηρεσίες άνευ εμποδίων και χρονικών περιορισμών.
- ii. **Προσπελασιμότητα.** Όλοι πρέπει να έχουν το δικαίωμα και την ελευθερία στην χρήση των υπηρεσιών υγείας ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

- iii. **Συνέχεια της προσφοράς.** Υιοθέτηση μέτρων προληπτικής ιατρικής.
- iv. **Ισότητα.** Ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από όλους.
- v. **Αποδοτικότητα.** Βελτιστοποίηση των επιπέδων υγείας με συνεχή επιτήρηση και έλεγχο των διαθέσιμων πόρων.

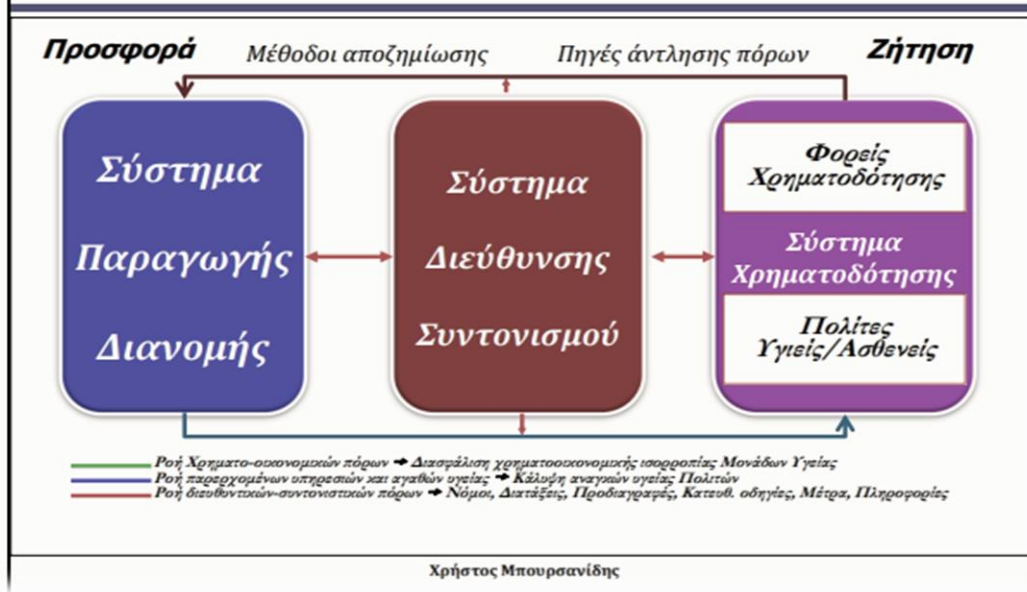
Ένα σύστημα υγείας, θα πρέπει να περιλαμβάνει, τρία λειτουργικά διαφοροποιημένα υποσυστήματα, αυτό της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, της χρηματοδότησης και της διεύθυνσης και του συντονισμού.

Για να μπορεί να επιτευχθεί η κάλυψη των συνολικών αναγκών υγείας ολόκληρου του πληθυσμού απαιτείται η παραγωγή και διανομή όλων των ενδεδειγμένων υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Με σκοπό τον βέλτιστο προγραμματισμό της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών και αγαθών, χρειάζεται να αναπτυχθούν λειτουργικά διαφοροποιημένοι και εξειδικευμένοι φορείς και μονάδες υγείας.

Αποτελεί κοινή γνώση το γεγονός ότι το κόστος (επενδυτικό και λειτουργικό) συνδέεται άρρηκτα με την ζήτηση των υπηρεσιών. Πάραυτα, ισχύει και η παραδοχή που χαρακτηρίζει το αγαθό της υγείας ως ένα δημόσιο και κοινωνικό αγαθό. Για τον λόγο αυτό, η χρηματοδότηση για την κάλυψη του κόστους από την χρήση των υπηρεσιών υγείας, δεν επιβαρύνει άμεσα τους χρήστες/ασθενείς, καθώς στο πλαίσιο ενός συστήματος υγείας ενός κράτους πρόνοιας την αναλαμβάνουν κατά ένα τρόπο κάποιοι τρίτοι φορείς. Βέβαια, ο συγκεκριμένος θεσμός, εξαρτάται και διαφέρει σημαντικά από την πολιτική υγείας που ακολουθεί η κάθε χώρα.

Στο επίκεντρο των λειτουργικών συστημάτων βρίσκεται αυτό της διεύθυνσης και του συντονισμού, μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η συνάρθρωση και ο συντονισμός όλων των προαναφερόμενων λειτουργιών για ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, αναζητούνται οι κατάλληλες δομές, οι μηχανισμοί, τα σύγχρονα εργαλεία μάνατζμεντ καθώς και ο τρόπος ανάπτυξης των δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και όλων των εμπλεκόμενων φορέων και της διοίκησης, που θα οδηγήσουν το σύστημα σε μια υπέρμετρη διακυβερνητική ικανότητα (Μπουρσανίδης, 2009).

Σχήμα 3: Βασική δομή και λειτουργίες συστήματος υγείας



Σχήμα 1.3 Βασική δομή και λειτουργίες ενός συστήματος υγείας (Μπουρσανίδης, 2009)

Σύμφωνα, με την οργάνωση, τη χρηματοδότηση, τη παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας, προκύπτουν τρεις βασικές μορφές συστημάτων υγείας (Κοντούλη, 1997):

- Το Φιλελεύθερο, με αντιπροσωπευτική χώρα τις Η.Π.Α. Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, βασίζεται στο σύστημα τιμών και στους μηχανισμούς της αγοράς. Όσον αφορά τα μέσα παραγωγής, την ιδιοκτησία τους έχουν ιδιώτες ενώ κυβερνητικά προγράμματα (MEDICARE, MEDICAID) περιλαμβάνουν κατά το ήμισυ τους συνολικούς πόρους που σχετίζονται με την υγεία. Επιπροσθέτως, στο φιλελεύθερο σύστημα υγείας, δεν ισχύει η υποχρεωτική ασφάλιση και οι καλύψεις σε θέματα υγείας πηγαίνουν αναλογικά με το εισόδημα του καθενός.
- Το Σύστημα Κοινωνικής ασφάλισης (Μοντέλο Bismark), με χώρες όπως η Γερμανία, η Αυστρία, η Γαλλία και το Βέλγιο. Το μοντέλο αυτό, προϋποθέτει την υποχρεωτική ασφάλιση, με συνεισφορά τόσο εργοδοτών όσο και εργαζομένων και την ελευθερία επιλογής του παρόχου.
- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Μοντέλο Beveridge), αντιπροσωπευτικές χώρες του οποίου είναι η Μεγάλη Βρετανία, η Ιταλία, η Σουηδία και η Ελλάδα. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, προϋποθέτει κρατικές παροχές υπηρεσιών υγείας που η χρηματοδότηση τους συμπεριλαμβάνεται στον κρατικό προϋπολογισμό. Επιπλέον, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ισότιμη και καθολική για όλους.

Κεφάλαιο 2. Έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται ένα σύστημα παροχής βασικής και ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο. Σκοπός της ΠΦΥ είναι να καθιερωθεί ως το πρώτο σημείο επαφής του χρήστη/ ασθενή με το σύστημα υγείας της εκάστοτε χώρας, για το οποίο αποτελεί βασικός πυλώνας του και εξυπηρετεί τις διάφορες ανάγκες του (ΦΕΚ, 2004).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ΠΦΥ ορίζεται ως (WHO, 1983):

- ✚ Μια ιδέα η οποία στηρίζεται σε αρχές όπως είναι η ισότητα, της αυτοδύναμης πραγμάτωσης και ανάπτυξης, της κοινωνικής δικαιοσύνης
- ✚ Ένα στρατηγικό σχέδιο, που φέρει ως βασική πρόταση τις ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας, την κάλυψη των αναγκών των πολιτών και την ενεργό συμμετοχή τους
- ✚ Τις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες παρέχονται πιο κοντά στο άτομο και τους χώρους δραστηριοποίησής του
- ✚ Ένα ολοκληρωμένο σύστημα που πρωτεύον σημασία και ρόλο κατέχει η πρόληψη και προαγωγή της υγείας

Στόχος της ΠΦΥ αποτελεί η ενασχόληση με τα ζητήματα υγείας που προκύπτουν στην κοινότητα καθώς και η παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Η έννοια της δεν αφορά το συμβατικό και παραδοσιακό πλαίσιο υπηρεσιών υγείας, για τον λόγο αυτό εμπλέκεται και με τομείς που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, τη διατροφή και το περιβάλλον (Donaldson, et al., 1996), (Λάγιου, 2014), (Σουλιώτης, και συν.,2013).

Πρόληψη

Όσον αφορά την πρόληψη, είτε αναφερόμαστε σε πρωτογενή είτε σε δευτερογενή ή τριτογενή πρόληψη, οι ενέργειες οι σχετικές με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που μπορεί να γίνουν απευθύνονται (Donaldson, et al., 1996):

- ✚ Στον άνθρωπο ως οντότητα (π.χ. εκπαίδευση σε θέματα διατροφής, προσυμπτωματικοί έλεγχοι, εκπαίδευση των όσων νοσούν με σακχαρώδη διαβήτη, φυσικοθεραπείες μετά από κάποιο επεισόδιο κάκωσης)
- ✚ Στην οικογένεια (π.χ. μέτρα για επαρκή στέγαση, εκπαίδευση για το κάπνισμα και παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών, έλεγχοι Mantoux σε ομάδες αυξημένου κινδύνου, υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας)
- ✚ Σε μια ομάδα του πληθυσμού (π.χ. εκστρατείες ενημέρωσης των μαθητών για θέματα σεξουαλικής αγωγής, οργάνωση κινητών μονάδων για πραγματοποίηση μαστογραφιών και test PAP σε γυναίκες που ζουν σε απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα περιοχές, δημιουργία ομάδων τύπου “ανώνυμοι αλκοολικοί”)
- ✚ Στην κοινότητα (π.χ. συχνός έλεγχος των υδάτων για αποφυγή υδατογενών μολύνσεων, εμβολιασμοί, υπηρεσίες παροχής φροντίδας για την ψυχική υγεία)

Αγωγή υγείας

Σχετίζεται με την αφύπνιση του πληθυσμού για θέματα που αφορούν την βελτίωση των επιπέδων της υγείας του, το πόσο έτοιμος είναι και αποφασισμένος τόσο σαν άτομο όσο και σε συλλογικό επίπεδο για αλλαγές σε στάσεις και συμπεριφορές που περιλαμβάνουν πιο υγιεινές συνήθειες, με σκοπό την πρόληψη. Για την επίτευξη σωστής αγωγής υγείας χρειάζονται τα ορθά επικοινωνιακά μέσα ώστε να μεταδοθούν οι κατάλληλες γνώσεις και οι δεξιότητες. Μερικά από τα θέματα που διδάσκονται στην αγωγή υγείας είναι για συνήθειες σχετικές με το κάπνισμα και το αλκοόλ, για την κυκλοφοριακή αγωγή, τον οικογενειακό προγραμματισμό, την σεξουαλική εκπαίδευση κ.τ.λ. (Λάγιου, 2013).

Προαγωγή υγείας

Είναι η διαδικασία μέσω της οποίας μπορούν τα άτομα να προχωρούν σε έλεγχο και ακολούθως στη βελτίωση της υγείας τους. (WHO, 1986). Αφορά τα επίπεδα υγείας του συνόλου του πληθυσμού μιας κοινότητας, για τον λόγο αυτό απαιτείται ενδελεχής και λεπτομερειακός σχεδιασμός των δράσεων προαγωγής της υγείας, με εναρκτήριο σημείο την μελέτη των αναγκών υγείας του συνόλου. (Αποστολάρα, 2012), (Καλοκαιρινού και Σουρτζή, 2005), (Λάγιου, 2013, 2014). Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της προαγωγής της υγείας διαδραματίζει τόσο η ΠΦΥ όσο και οι εργαζόμενοι σε αυτήν.

Το συνέδριο της Άλμα Άτα, το οποίο διεξήχθη το 1978 αποτέλεσε σημείο αναφοράς για τον επαναπροσδιορισμό και την ανάδειξη της σημαντικότητας του ρόλου της ΠΦΥ. Η τάση για στροφή προς την ΠΦΥ οδηγεί σε λιγότερες δαπάνες υγείας, μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης του ασθενή, βελτιωμένο επίπεδο υγείας του συνόλου και λιγότερη κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων (Donaldson et al., 1996), (Macinko, Starfield and Erinosh, 2009).

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας, αποτελούν τα κέντρα τα οποία υποδέχονται τους ασθενείς, φέρνοντας τους σε μια πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας, στην ουσία με τον επαγγελματία υγείας. Ο χώρος και ο τρόπος με τον οποίο οργανώνονται, παράγονται και παρέχονται τούτες οι υπηρεσίες ενδέχεται να είναι ένα ιατρείο, ένα κέντρο υγείας, μια πολυκλινική ή και τα εξωτερικά ιατρεία.

Το σύστημα παροχής ΠΦΥ πρέπει να πληρεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις και αρχές. Η ισότητα στην πρόσβαση και η ισότητα στη φροντίδα είναι από τις βασικότερες αρχές στον χώρο της υγείας. Επιπλέον, η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, ο προσανατολισμός στον άνθρωπο και στην οικογένειά του, η εμπιστευτικότητα και η διαχείριση των ιατρικών δεδομένων με εχεμύθεια, η ανάδειξη του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής, έρχονται για να συμπληρώσουν το πλαίσιο των βασικών αρχών που χρειάζεται να διέπουν το σύστημα ΠΦΥ (ΦΕΚ, 2004).

2.1. Ο σημαντικός σκοπός και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Οι μονάδες ΠΦΥ, μπορούν δικαίως να θεωρηθούν το κέντρο ενός συστήματος υγείας. Ως επι το πλείστον, τοποθετούνται σε χώρους σχετικούς με την καθημερινότητα των ανθρώπων, επιδιώκοντας την άμεση επαφή και συνεχή σχέση μαζί τους. Αποτελούν το κομβικό σημείο από το οποίο απορρέει ένα ολόκληρο σύστημα φροντίδας της υγείας.

Για την καλύτερη κατανόηση του σκοπού και του ρόλου της ΠΦΥ, θεωρείται πρέπει να γίνει αναφορά σε δύο σημαντικές ιστορικές στιγμές. Αρχικά, στην «Διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978», πρόκειται για μια διεθνή συνδιάσκεψη την οποία οργάνωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την ανάλυση του ζητήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στην συγκεκριμένη διακήρυξη κατάφεραν να προσδιορίσουν εννοιολογικά την έννοια της ΠΦΥ και έγινε προσπάθεια να χτίσουν τα θεμέλια μιας στρατηγικής που αφορούσε όλο τον κόσμο, χρησιμοποιώντας ως σύνθημα «Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000».

Το κλειδί για την πραγμάτωση του παραπάνω σκοπού αποτελεί η ΠΦΥ. Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα ορίζει τη ΠΦΥ ως «ουσιαστική φροντίδα, βασισμένη σε τεκμηριωμένες ιατρικά και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους, με κατάλληλη και ορθή αξιοποίηση και χρήση της τεχνολογίας». Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογένειας ακόμα και της ίδιας της κοινωνίας με το σύστημα υγείας της κάθε χώρας και πρέπει να την παρέχουν σε όλους ολοκληρωμένη και με ένα αναλογικό και λογικό κόστος (Ματσούκης, 2005), (Λιούτα, 2021).

Επιπλέον, η ΠΦΥ, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα κύριο συστατικό όχι μόνο του συστήματος υγείας αλλά και σε γενικότερο επίπεδο, κύριο συστατικό ολόκληρου του κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ μεταφέρει την φροντίδα υγείας κοντά στις τοποθεσίες στις οποίες εργάζονται και ζουν τα άτομα και αποτελεί σημείο αναφοράς για μια δυναμική διαδικασία που παρέχει υπηρεσίες υγείας και συνεισφέρει στην αντιμετώπιση των βασικότερων ζητημάτων υγείας της κοινότητας μέσω της πρόληψης, της προαγωγής της υγείας, της θεραπείας και της αποκατάστασης (WHO, 2023).

Από τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η ΠΦΥ αποτελεί πολύπλευρη και πολυδιάστατη δραστηριότητα η οποία σχηματίζει νέα και διαφορετική αντίληψη για την υγεία ενώ ταυτόχρονα συγκροτεί μια νέα ιδέα για την διαμόρφωση ενός άλλου τρόπου ζωής και μιας άλλης κουλτούρας σχετικά με την υγεία (Βραχνέλη, 2017).

2.2. Λειτουργία και φορείς υπηρεσιών ΠΦΥ

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από (ΦΕΚ, 2004):

- i. Κέντρα Αποκατάστασης και Αποθεραπείας ημερήσιας νοσηλείας
- ii. Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία
- iii. Ιδιωτικά πολυιατρεία και πολυοδοντιατρεία
- iv. Ιδιωτικές διαγνωστικές μονάδες και εργαστήρια
- v. Ιδιωτικά κέντρα φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης

- vi. Σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, σε ολόημερα ιατρεία και στα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών
- vii. Στις υπηρεσίες που παρέχει το ΕΚΑΒ
- viii. Σε Κέντρα Υγείας, σε Περιφερειακά Ιατρεία και σε ΤΟΜΥ
- ix. Σε Αγροτικά Ιατρεία
- x. Σε Ιατρεία και Πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ
- xi. Σε Ιδιωτικές Κλινικές στις οποίες υπάρχει λειτουργία εξωτερικών ιατρείων και διαπιστευμένων Διαγνωστικών Εργαστηρίων
- xii. Σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- xiii. Σε Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης
- xiv. Σε Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας
- xv. Στους Σταθμούς Προστασίας της μητέρας, των παιδιών και των εφήβων
- xvi. Στα Ιδιωτικά εργαστήρια Φυσικοθεραπείας και μέσω των κατ' οικον φυσικοθεραπευτών

2.2.1 Ιδιωτικές διαγνωστικές μονάδες και εργαστήρια

Οι ιδιωτικές διαγνωστικές μονάδες, εξυπηρετούν στη παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών, είτε εργαστηριακής φύσεως και «βιολογικών υλικών» είτε απεικονιστικής φύσεως και πυρηνικής ιατρικής.

Α) Το εργαστήριο «βιολογικών υλικών», πρόκειται για έναν χώρο με ορθό τρόπο διαρρυθμισμένο και εξοπλισμένο όπου παρέχονται υπηρεσίες στους ασθενείς από ιατρούς βιοπαθολόγους ή κυτταρολόγους ή αιματολόγους ή παθολογοανατομικούς στα πλαίσια άσκησης της διαγνωστικής ιατρικής καθώς επίσης εκτελείται η επεξεργασία των βιολογικών δειγμάτων.

Β) Στο εργαστήριο απεικονίσεων, παρέχονται υπηρεσίες στους ασθενείς από ιατρούς ακτινοδιαγνώστες στα πλαίσια άσκησης της διαγνωστικής ιατρικής σύμφωνα πάντα με τους κανόνες που διέπουν την ιατρική επιστήμη.

Γ) Στο εργαστήριο πυρηνικής ιατρικής, παρέχονται υπηρεσίες από ιατρούς ειδικότητας πυρηνικής ιατρικής, στα πλαίσια άσκησης της διαγνωστικής ιατρικής χρησιμοποιώντας «ανοικτή πηγή ιοντίζουσας ακτινοβολίας», τόσο για in vivo μεθόδους, όσο και για in vitro μελέτες (ΦΕΚ, 2009).

Κεφάλαιο 3. Σύντομη ιστορική αναδρομή

3.1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, αποτελεί ένα μεικτό σύστημα υγείας καθώς ενσωματώνει χαρακτηριστικά τόσο από το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης (Bismark) όσο και από το μοντέλο του Beveridge. Πρόκειται δηλαδή για μια μίξη που καταφέρνει να συνενώσει χαρακτηριστικά των υπόλοιπων εθνικών συστημάτων υγείας, των συστημάτων συμβολαιακών ασφαλιστικών και αποζημίωσης. Το Ε.Σ.Υ της Ελλάδος ενσωματώνει επίσης και σε μεγάλη έκταση στοιχεία του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος διαδραματίζει αξιοσημείωτο ρόλο για την παροχή υπηρεσιών σχετικών με την υγεία και χρηματοδοτείται από ασφαλιστικά ταμεία, μέσα από συμβάσεις που πραγματοποιούνται μεταξύ των ταμείων και των ιδιωτών παρόχων.

Αποτελεί κοινή γνώση το γεγονός ότι η ιδιωτική ασφάλιση, δεν θεωρείται ιδιαίτερα διαδεδομένη στην Ελλάδα. Η οικονομική κρίση, τα αυξημένα ποσοστά ανεργίας, η γήρανση του πληθυσμού, οι αντιλήψεις που σχετίζονται με την θεώρηση της υγείας ως δημόσιου αγαθού και ότι θα πρέπει να υπάρχει κοινωνική ασφάλιση των πολιτών αποτελούν κάποιους από τους παράγοντες, οι οποίοι δρουν ανασταλτικά για την άνοδο της ιδιωτικής ασφάλισης.

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας, όπως το γνωρίζουμε σήμερα, γνώρισε την ανάπτυξη του μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Το 1834, ιδρύθηκε το ιατροσυνέδριο με σκοπό την οργάνωση της δημόσιας υγείας και τη διαχείριση των ιατρικών εξετάσεων και αδειών (Polyzos, et al., 2008).

Το 1917 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Φυσικά, το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εκείνη την εποχή ήταν σαφώς φτωχό αναλογικά με τα επίπεδα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών (Economou, 2010). Την ίδια περίοδο ξεκίνησε δειλά δειλά και η ίδρυση των πρώτων ιδιωτικών νοσοκομείων.

Μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα, μόνο το 10% περίπου του πληθυσμού της Ελλάδας κατείχε υγειονομική κάλυψη. Η πρώτη σημαντική απόπειρα κυβερνητικής δράσης σχετικά με την υγεία ήταν η δημιουργία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), το 1934 με σκοπό την κάλυψη περισσότερων ατόμων του πληθυσμού. Στη συνέχεια, από το 1941 και έπειτα ξεκίνησαν να υφίστανται και τα πρώτα δημόσια νοσοκομεία (Economou, 2010), (Polyzos, et al., 2008).

Οι δεκαετίες του 1950 και 1960 χαρακτηρίζονται ως δεκαετίες ραγδαίας ανάπτυξης τόσο του τομέα της κοινωνικής ασφάλισης όσο και του ιδιωτικού τομέα. Αρκετές τράπεζες έφτιαξαν δικά τους ασφαλιστικά ταμεία, που χρηματοδοτούνταν από εργοδοτικές εισφορές. Επιπλέον αυξήθηκαν οι ιδιώτες γιατροί σε όλη την επικράτεια.

Ειδικότερα, το 1961 ιδρύθηκε και ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), με σκοπό την κάλυψη των αναγκών για περίθαλψη τόσο των αγροτών που αποτελούσαν την πλειοψηφία του πληθυσμού τότε, όσο και των οικογενειών τους (Economou, 2010).

Μετά το πέρας της δικτατορίας και την αποκατάσταση της Δημοκρατίας (1974), η

ανάγκη για μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας έγινε επιτακτική. Για τον σκοπό αυτό, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ), ξεκίνησε μια βαθυστόχαστη μελέτη σχετικά με το σύστημα υγείας τονίζοντας τα βασικότερα προβλήματά του και προτείνοντας λύσεις. Τα ζητήματα που αναφέρθηκαν αφορούσαν την ελλιπή εναρμόνιση της χρηματοδότησης με την κάλυψη, οι γεωγραφικές ανισότητες, η μειωμένη ανάπτυξη του κεφαλαίου σε δημόσια νοσοκομεία, η ελλιπής συνεργασία και οργάνωση μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των υπόλοιπων κυβερνητικών οργάνων, οι τρόποι πληρωμής που εντείνουν τις μη αποτελεσματικές και ανήθικες πρακτικές (Economou, 2010).

Την δεκαετία του 1980, ιδρύθηκαν πάνω από 180 Κέντρα Υγείας σε περιοχές κυρίως αγροτικές όπως επίσης και τρία Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία. Το 1983, πραγματοποιήθηκε μια ολοκληρωμένη μεταρρύθμιση, κατά την οποία καθορίστηκαν για πρώτη φορά τα θεμέλια και οι βάσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας. Απώτερος σκοπός του κινήματος αυτού, ήταν η αποκέντρωση, η δημιουργία ενός ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης και λειτουργίας, η ίση κατανομή πόρων, η αναχαίτιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η όσο το δυνατόν καλύτερη παροχή νοσοκομειακής υγείας (Κωνσταντοπούλου, 2006).

Η ψήφιση του νομοσχεδίου αυτού οδήγησε την Ελλάδα σε ένα δρόμο εκσυγχρονισμού και ανάπτυξης του ενδιαφέροντος του δημοσίου για την υγεία (Ελληνας, 2005).

Καταλήγοντας, δεν θα μπορούσε να παραλειφθεί από τα σημαντικότερα ιστορικά γεγονότα που αφορούν το σύστημα υγείας της Ελλάδας, η ίδρυση και η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, πρόκειται για ένα Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, το οποίο κατά κύριο λόγο αγοράζει υπηρεσίες υγείας. Η σύστασή του πραγματοποιήθηκε με βάση τον νόμο Ν.3918/2011 και η λειτουργία του ξεκίνησε στις 01/01/2012. Ο ΕΟΠΥΥ προέρχεται από την ένωση των παρακάτω ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, ΝΑΤ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, ΛΙΜΕΝΙΚΟ) (ΕΟΠΥΥ, 2021).

Ως αποστολή του ορίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας στα μέλη, στους συνταξιούχους και στα εξαρτώμενα από την οικογένεια τους μέλη τα οποία ανήκουν στα παραπάνω Ταμεία Υγείας. Κατά συνέπεια, Ο ΕΟΠΥΥ πλέον καλύπτει πάνω από το 98% του πληθυσμού της Ελλάδος. Ακόμη ένα καθήκον του ΕΟΠΥΥ αποτελεί ο συντονισμός και η διασφάλιση της καλής συνεργασίας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων υγείας και επαγγελματιών υγείας. Το καθήκον αυτό, αναφέρεται επίσης και στη ρύθμιση ζητημάτων σχετικών με την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, τη διοίκηση, την ρύθμιση της χρηματοδότησης και την ορθή χρησιμοποίηση και διάθεση των πόρων. Τέλος, ο ΕΟΠΥΥ παρέχει τα βασικά ποσοτικά στοιχεία και δεδομένα που αναφέρονται στο κόστος, σε δημογραφικά στοιχεία και στην εκτέλεση του προϋπολογισμού (Theodorou, et al., 2020).

3.2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) την χρονιά του 1983, έφερε και μεγαλύτερες προσδοκίες αναφορικά με την ποιότητα και την απόκριση των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού. Την σήμερα ημέρα, ο τομέας της υγείας απαιτεί ολοένα και περισσότερο μερίδιο από τις δαπάνες του ΑΕΠ ενώ ταυτόχρονα χαρακτηρίζεται από έντονο κατακερματισμό, μειωμένη ποιότητα υπηρεσιών, νοσοκομειοκεντρισμό, υποστελέχωση, μειωμένη αποδοτικότητα και αναποτελεσματικότητα (Κομματάς και συν., 2006).

Οι προσπάθειες ανάπτυξης της ΠΦΥ, επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό από τη διακήρυξη της Άλμα Άτα. Μετά τη διακήρυξη, θεσμοθετήθηκε η εγκαθίδρυση των Κέντρων Υγείας τόσο σε περιοχές αγροτικές όσο και σε αστικές με την προϋπόθεση να πληρούν τις προδιαγραφές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Τα κέντρα αυτά αποσκοπούσαν στην παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, θεραπείας, βραχεία νοσηλεία, ενημέρωση, εκπαίδευση και οικογενειακού προγραμματισμού. Ο νόμος αφορούσε την υλοποίηση 190 κέντρων υγείας σε αγροτική ζώνη και 210 σε αστική ζώνη με χρονικό περιθώριο τα 5 χρόνια. Το σχέδιο ήταν να καλύψουν τα κέντρα αυτά γενικοί ιατροί, παιδίατροι, παθολόγοι, γυναικολόγοι, μικροβιολόγοι, ακτινολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτες και λοιποί επαγγελματίες υγείας. Η διοίκηση των κέντρων υπαγόταν στο πιο κοντινό νοσοκομείο και εφαρμοζόταν το σύστημα των παραπομπών (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Έως το 1987 κατάφεραν να δημιουργήσουν 176 κέντρα αγροτικού τύπου, 19 μικρότερα νοσοκομεία ενώ τις ανάγκες κάλυπταν και ιδιώτες ιατροί. Από την άλλη πλευρά, τα κέντρα υγείας στα αστικά περιβάλλοντα δεν υλοποιήθηκαν ποτέ καθώς υπηρεσίες ΠΦΥ πρόσφεραν οι ιδιώτες ιατροί, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του δημόσιου και οι πολυκλινικές κατά βάση του ΙΚΑ. Έως το 1982, σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων λειτουργούσαν χωρίς ραντεβού, με μεγάλη αναμονή, χωρίς να υπάρχει ηλεκτρονικός φάκελος, με μηδαμινό τεχνολογικό εξοπλισμό και υποστελέχωση. Επιπλέον, αρκούσαν σε βραχυχρόνιες θεραπείες αντί προληπτικών παροχών υγείας. Ακόμα, πολύ συχνά ήταν και τα φαινόμενα παραοικονομίας καθώς κάποιοι από τους επαγγελματίες υγείας συνήθιζαν να λαμβάνουν παράνομη μίσθωση σε αντάλλαγμα πιο γρήγορης εξυπηρέτησης (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Το 1992, με στόχο την ενίσχυση της αγοράς, την αύξηση της παραγωγικότητας και την μείωση της γραφειοκρατίας πραγματοποιήθηκαν σημαντικές αλλαγές στον τομέα της υγείας. Έγινε λοιπόν προσπάθεια:

1. Αποκέντρωσης της υγείας με την ίδρυση των ΠεΣΥ (Περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ), το 2001 και ταξινόμηση της χώρας σε 17 υγειονομικές περιφέρειες
2. Οργάνωσης της ΠΦΥ.
3. Ενίσχυσης των μηχανισμών ελέγχου της νοσοκομειακής δραστηριότητας.
4. Ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων.

Όσον αφορά την ΠΦΥ δοκιμάστηκε εκ νέου η εγκατάσταση κέντρων υγείας σε αστικές περιοχές με την εκμετάλλευση των ήδη υπάρχουσών κτιρίων αλλά και με την δημιουργία

νέων. Επίσης, δοκιμάστηκε και η θέσπιση του οικογενειακού ιατρού, βήμα το οποίο όπως έδειξε η ιστορία δεν εφαρμόστηκε.

Επιπροσθέτως, τα κέντρα υγείας υποχρεούνταν να τηρούν το σύστημα παραπομπών πιστά καθώς και να εντάξουν την λειτουργία του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών στην καθημερινότητά τους ενώ ταυτόχρονα έγιναν προσπάθειες αναδιάρθρωσης, στελέχωσης από καταρτισμένο προσωπικό και ένταξης καινοτόμων υπηρεσιών όπως η κατ'οίκον βοήθεια και οι υπηρεσίες αποκατάστασης. Πάραυτα, τίποτα από τα παραπάνω δεν εφαρμόστηκε στο επιθυμητό επίπεδο καθώς συνάντησαν και πάλι έντονες αντιδράσεις (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Η οικονομική κρίση του 2009 και τα μνημόνια που υπογράφηκαν οδήγησαν στην δημιουργία νέων αναγκών και μεγάλων αλλαγών στον τομέα της υγείας. Με γνώμονα την μείωση των δαπανών και την αναδιάρθρωση του ΕΣΥ πάρθηκαν νέα μέτρα, όπως η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ με στόχο την ελάττωση των ανισοτήτων και την εξοικονόμηση αγαθών και πόρων, ενώ από το 2012 εφαρμόστηκε το Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο (ΚΕΝ) που βασίστηκε στα συστήματα DRGs, σύμφωνα με τα οποία κατηγοριοποιούνται οι ασθενείς με βάση την κλινική διάγνωση. Τα συστήματα αυτά ωφελούν κατά κύριο λόγο στη ρύθμιση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων και κλινικών. Τέλος, ακολούθησε η μείωση των μισθών των ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας καθώς και θεσπίστηκε νόμος για αυστηρό έλεγχο των τιμών και το είδος των υπηρεσιών που παρέχονται εντός του ΕΣΥ (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Το 2014, θεσπίστηκε ο νόμος Ν. 4238/2014, ο οποίος αφορούσε τη δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) με στόχο την αναζωπύρωση της ΠΦΥ. Σύμφωνα με τον νόμο, η λειτουργία του ΠΕΔΥ θα ήταν 24ωρη και θα πρόσφερε υπηρεσίες ΠΦΥ όλη την εβδομάδα. Η πρόληψη, η συνταγογράφηση, η θεραπεία οξέων και χρόνιων ασθενειών, η συμβουλευτική, η αποκατάσταση και η μαιευτική φροντίδα, αποτέλεσαν υπηρεσίες οι οποίες προστέθηκαν στο καθηκοντολόγιο των δομών ΠΦΥ. Το 2017 με τον νόμο Ν. 4486/2017 έγινε η κατάργηση του ΠΕΔΥ (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

3.3. Ολοκληρωμένη και ανθρωποκεντρική ΠΦΥ

Χρίζει ιδιαίτερης μέριμνας και σημασίας η αναφορά στην ΠΦΥ ως ολοκληρωμένο και ανθρωποκεντρικό φορέα υγείας, καθότι η ολοκληρωμένη και η σαφώς προσανατολισμένη στον άνθρωπο φροντίδα υγείας αποτελούν θεμελιώδεις αρχές για την επίτευξη των στόχων της.

Ένας γενικά παραδεκτός ορισμός περί της ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ορίζει την ολοκληρωμένη ΠΦΥ ως ένα σύνολο δράσεων για την διαχείριση και παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, με τέτοιο τρόπο ώστε οι χρήστες να απολαμβάνουν μια πληθώρα προληπτικής και θεραπευτικής φύσεως υπηρεσίες οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους διαχρονικά και άνευ σημασίας του επιπέδου του συστήματος υγείας τους (WHO, 2008).

Στο σύνολο των βασικών στόχων για την ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας περιλαμβάνονται, η σύνδεση των φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η

βελτιωμένη και ίση πρόσβαση σε όλους, η βελτιστοποίηση των επιπέδων υγείας του συνόλου, η καλύτερη κατανομή και κατάταξη των επαγγελματιών υγείας, η ανάπτυξη της επικοινωνίας και η ορθή κατανομή των αγαθών και των πόρων (Brown, Oliver-Baxter and Bywood, 2013). Σύμφωνα με την αναφορά των Valentijn et.al.(Valentijn, et al.,2015), η ολοκληρωμένη ΠΦΥ νοείται ως το ολοκληρωμένο δίκτυο φροντίδας υγείας, μέσα στο οποίο παρέχονται ολοκληρωμένες, άριστα συντονισμένες και προσβάσιμες υπηρεσίες φροντίδας και υγείας σε ένα σύνολο, από πολλούς επαγγελματίες υγείας και οργανισμούς υγείας.

Άμεσα συνδεδεμένη με τον όρο της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας είναι η προσανατολισμένη στον άνθρωπο/ασθενή φροντίδα (Lionis and Petelos, 2015). Η εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα αναφέρεται σε μια θεμελιώδη αρχή από τα παλαιότερα χρόνια. Ο όρος «ασθενής», παραπέμπει τόσο στο άτομο όσο και στην οικογένειά του. Όπως έχει ορίσει το Institute of Medicine, η εστιασμένη στον ασθενή παροχή φροντίδας είναι αυτή που λειτουργεί με σεβασμό και ανταποκρίνεται σε προσωπικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες, ασφαρίζοντας έτσι την καθοδήγηση για την λήψη των αποφάσεων από αυτές. Αναλύοντας τα έξι κύρια χαρακτηριστικά των υψηλής ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας, περιλαμβάνονται ανάμεσα σε άλλα, η ασφάλεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η ισότητα και η ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας (Institute of Medicine, 2001).

3.4. Προβλήματα που αντιμετωπίζει η ΠΦΥ στην Ελλάδα

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, οι δομές της ΠΦΥ έχουν κατακερματιστεί παίρνοντας την μορφή Κέντρων Υγείας, Το.Μ.Υ., ιδιωτικών εργαστηρίων και ιατρείων ενώ παράλληλα έχει παρατηρηθεί ενσωμάτωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών σε διάφορους Δήμους και οργανισμούς (Kringos, et al., 2013), (Groenewegen and Jurgutis, 2013), (Souliotis, et al., 2016). Ταυτόχρονα, ο ασθενής δεν αποτελεί το κέντρο και το σημείο αναφοράς της ΠΦΥ στην χώρα μας, και αυτό διότι οι λοιπές υπηρεσίες προγραμματίζονται χωρίς να υπολογίζονται οι προσδοκίες, οι αξίες, οι επιθυμίες, και οι ανάγκες του. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας του Institute Nivel, η οποία αφορούσε τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αποδείχτηκε πως η χώρα μας υστερεί σημαντικά σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, καθώς φαίνεται πως είναι σε χαμηλότερη κλίμακα με βάση τις διαστάσεις που εξετάστηκαν (Kringos, et al., 2013).

Graph 4.7.1: Variation in the overall strength of primary care in Europe



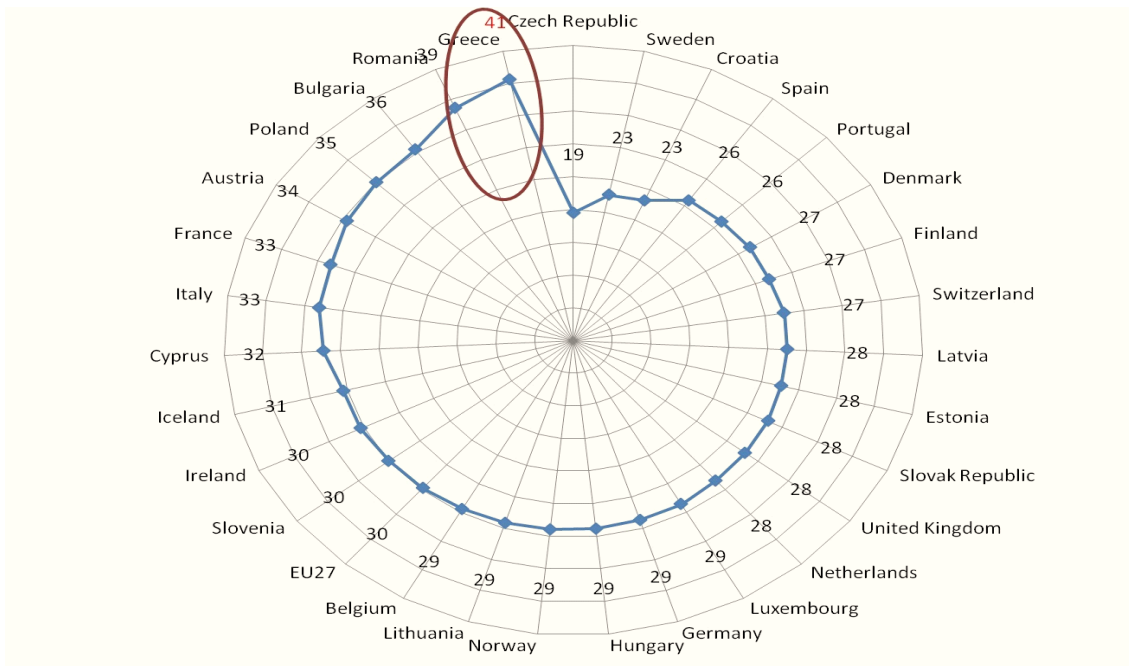
(1) Green = High; Yellow = Medium; Red = Low
Source: WHO (2015).

Εικόνα 3.1 Η διακύμανση στη συνολική ισχύ της ΠΦΥ στην Ευρώπη

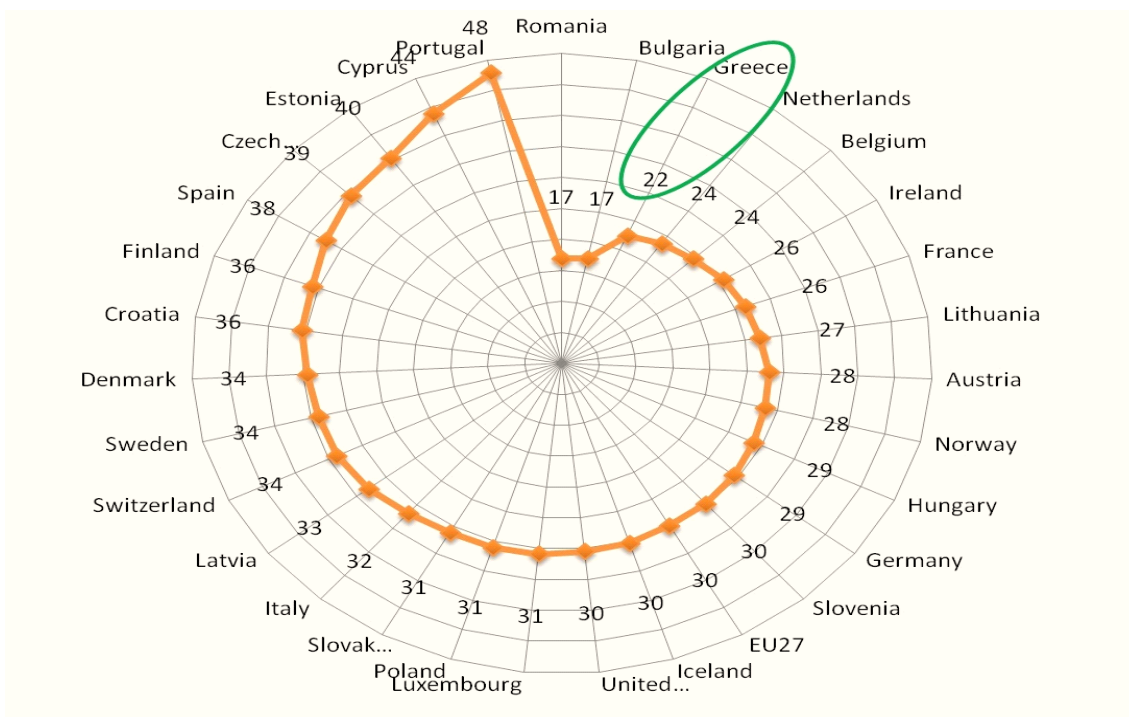
Επιπλέον, σε ακόμη μια αναφορά του ΠΟΥ (2015), η Ελλάδα παρατηρήθηκε πως αδυνατεί να παρέχει καθολική και ισότιμη πρόσβαση του συνόλου στις διάφορες υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και διαχείρισης εκτάκτων αλλά και χρόνιων ασθενειών. Η Ελλάδα ερχόταν σε δεύτερη θέση όσον αφορά τις μη καλυπτόμενες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη, μεταξύ των χωρών της ΕΕ για το έτος 2019. Περίπου το 8,1 % του πληθυσμού υποστήριξε πως δεν λαμβάνει τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας είτε εξαιτίας του κόστους, της απόστασης που πρέπει να καλυφθεί ή των παρατεταμένων χρόνων αναμονής (ΟΟΣΑ, 2019).

Στα χρόνια της οικονομικής κρίσης που έπληττε την Ελλάδα, παρουσιάστηκε μια δραστική μείωση των δαπανών για την υγεία, καταγράφοντας έτσι ένα αρνητικό ιστορικό γεγονός για τη χώρα. Σύμφωνα με τις μελέτες του καθηγητή της Εθνικής Σχολής για τη Δημόσια Υγεία, Κυριόπουλο Ιωάννη, εκτός από τη σημαντική και συνεχόμενη μείωση των δαπανών για την υγεία, παρατηρήθηκε έντονα και το φαινόμενο της

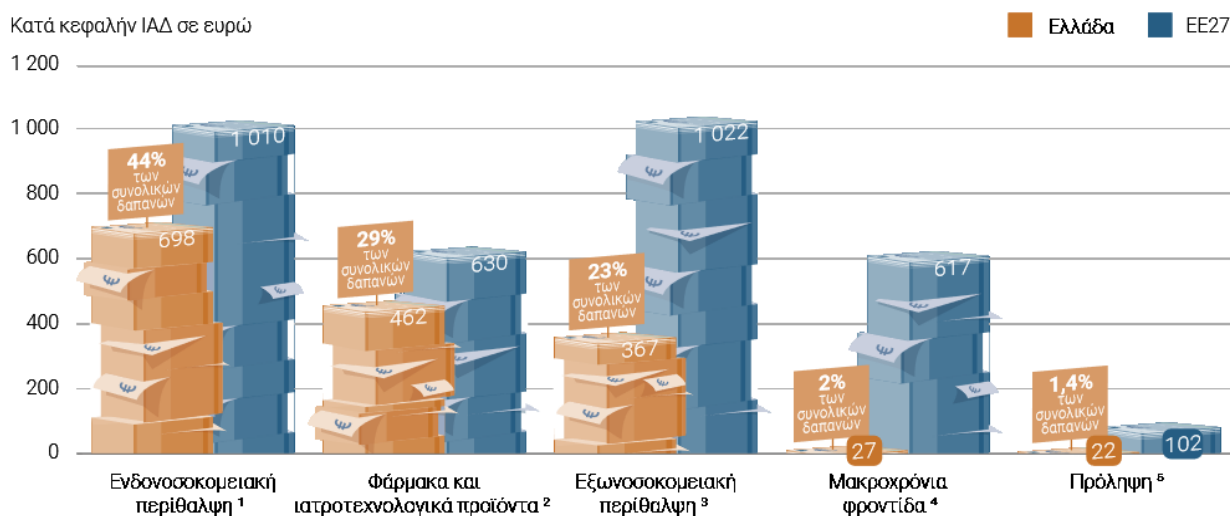
υποχρηματοδότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Από την άλλη πλευρά, μέσω του ζητήματος της «αντιστρόφου υποκατάστασης», δηλαδή της μεγάλης αντιμετώπισης των περιστατικών της ΠΦΥ σε νοσοκομεία, δημιουργήθηκε μια πρωτοπόρα πρωτιά στην υπέρμετρη χρήση κονδυλίων για νοσοκομειακή δαπάνη (ΟΟΣΑ, 2019).



Εικόνα 3.2 Νοσοκομειακές δαπάνες υγείας (Oecd Organisation For Economic Co-operation And Development, 2016)



Εικόνα 3.3 Δαπάνες για ΠΦΥ (Oecd Organisation For Economic Co-Operation And Development, 2016)



Σημείωση: Δεν περιλαμβάνονται οι δαπάνες για τη διοίκηση του συστήματος υγείας. 1. Περιλαμβάνονται η θεραπευτική φροντίδα και η φροντίδα αποκατάστασης σε νοσοκομεία και άλλες δομές. 2. Περιλαμβάνεται μόνον η αγορά εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. 3. Περιλαμβάνονται η κατ' οίκον περίθαλψη και οι επικουρικές υπηρεσίες (π.χ. μεταφορά ασθενών). 4. Περιλαμβάνεται μόνο το σκέλος που αφορά την υγεία. 5. Περιλαμβάνονται μόνο δαπάνες για οργανωμένα προγράμματα πρόληψης. Ο μέσος όρος της ΕΕ είναι σταθμισμένος.

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2021, βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2019).

Εικόνα 3.4 Το έτος 2019 η Ελλάδα σπατάλησε λιγότερα κονδύλια κατά κεφαλήν για όλες τις υπηρεσίες του ΕΣΥ, συγκριτικά με τον μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε. (ΟΟΣΑ, 2019)

Στον Πίνακα 3.1 συνοψίζονται τα βασικότερα προβλήματα που αφορούν τόσο την οργάνωση όσο και την λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ελλάδα.

Πίνακας 3.1 Προβλήματα οργάνωσης και λειτουργίας της ΠΦΥ στην Ελλάδα (Ναούμ, 2020), (Μέγγουλη, 2019), (Σκανδάλη και Μαλλιώτης, 2016), (Economou, et al., 2015)

<i>Η αδυναμία κατανόησης των αληθινών αναγκών υγείας του συνόλου</i>
<i>Η έλλειψη ενός μηχανισμού για την αξιολόγηση των Κέντρων Υγείας</i>
<i>Η έλλειψη ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού</i>
<i>Η αδυναμία εδραίωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε αστικά περιβάλλοντα</i>
<i>Η μειωμένη διαθεσιμότητα στην παροχή υπηρεσιών, για παράδειγμα το απογευματινό και βραδινό ωράριο οδηγώντας σε επιβάρυνση των νοσοκομείων και των ιδιωτών ιατρών.</i>
<i>Η συγκέντρωση ή αντίθετα η έλλειψη χώρων και δομών σε κάποιες γεωγραφικές περιοχές</i>
<i>Η ατελής διασύνδεση μεταξύ των φορέων ΠΦΥ αλλά και μεταξύ των άλλων δομών και οργανισμών</i>
<i>Ο κατακερματισμός του συστήματος της χρηματοδότησης</i>
<i>Το χάσμα μεταξύ των νόμων και της πρακτικής εφαρμογής τους αλλά και η δυσκολία στην ορθή κατανομή των πόρων με βάση τις ανάγκες</i>
<i>Η μη σωστή κατανομή του προσωπικού</i>
<i>Η αδυναμία στην διαχείριση των περιστατικών</i>
<i>Η απουσία των γενικών και οικογενειακών ιατρών</i>
<i>Τα χαμηλά επίπεδα κατάρτισης και εκπαίδευσης των εργαζομένων στον τομέα της ΠΦΥ για την αναγκαιότητα και τον ρόλο που διαδραματίζει σε ένα σύστημα υγείας</i>
<i>Οι μειωμένες ενέργειες για τον σχεδιασμό, την οργάνωση, την ανάπτυξη και την υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης της υγείας</i>
<i>Η αδυναμία καταγραφής των προτύπων του συνόλου των σχετικών με επιδημιολογικά και νοσολογικά στοιχεία</i>

Κεφάλαιο 4. Ικανοποίηση

Ως ικανοποίηση νοείται το συναίσθημα αυτό της μεγάλης ευαρέσκειας και ευχαρίστησης που αισθάνεται το άτομο, όταν πραγματοποιείται μια επιθυμία του, κάποια επιδίωξη ή κάποια ανάγκη του (Τριάντου, 2010).

Η ικανοποίηση, εμφανίζεται ως η διαφορά που προκύπτει ανάμεσα στις προσδοκίες του ατόμου και των βιωμάτων του, όπως ο ίδιος τα αντιλαμβάνεται. Εφόσον τα βιώματα του ανθρώπου είναι ακόμη καλύτερα από αυτά που προσδοκά, η όλη εμπειρία του χαρακτηρίζεται ως ικανοποιητική. Σε αντίθετη περίπτωση, η εμπειρία θεωρείται απογοητευτική (Αλετράς, 2021).

Η ικανοποίηση, αποτελεί έναν ευρύ όρο, ο οποίος συχνά είναι δύσκολος να ερμηνευτεί, για το λόγο ότι ο καθένας μπορεί να αντιληφθεί και να εκφράσει την ικανοποίηση του με τελειώς αλλιώτικο τρόπο (Gerson, 1994). Δεν είναι λίγες οι φορές που έχει επιχειρηθεί στο παρελθόν να δοθεί ένας πιο συγκεκριμένος ορισμός για την ικανοποίηση, πάντοτε όμως βασίζονταν αποκλειστικά στο εκάστοτε προϊόν, στην υπηρεσία ή στα γενικά χαρακτηριστικά τους. Ο Juran, υποστήριξε πως η ικανοποίηση του καταναλωτή εξαρτάται πρώτα από τα χαρακτηριστικά του προϊόντος και σε δεύτερο χρόνο από την τελειότητα αυτού (όχι ελαττωματικά). Σύμφωνα με τους Westbrook και Reilly, η ικανοποίηση είναι η έκφραση των συναισθημάτων του καταναλωτή από την εμπειρία που του προσφέρει η επαφή με το προϊόν ή με την υπηρεσία (Westbrook and Reilly, 1983). Τέλος, η ικανοποίηση αποτελεί την έκρηξη συναισθημάτων είτε θετικών είτε αρνητικών που πυροδοτούνται στον χρήστη εφόσον χρησιμοποιήσει το προϊόν ή την υπηρεσία σύμφωνα με τις θεωρίες του Kotler, (1997). Παρατηρούμε λοιπόν, ότι όλοι οι ορισμοί οδηγούν σε ορισμένα κοινά συμπεράσματα:

- ✚ Όταν αναφερόμαστε στην ικανοποίηση αναφερόμαστε ουσιαστικά σε μια απάντηση του χρήστη/καταναλωτή είτε αυτή είναι συναισθηματική είτε γνωστική.
- ✚ Η απάντηση σχετίζεται με κάτι ειδικό όπως είναι οι προσδοκίες, το προϊόν, η εμπειρία κατανάλωσης κ.τ.λ.
- ✚ Η απάντηση κάνει την εμφάνιση της σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή (μετά τη χρήση/κατανάλωση, κατόπιν επιλογής, με βάση τη συσσωρευμένη εμπειρία κ.τ.λ. (Giese and Cote, 2002).

4.1. Ικανοποίηση ασθενών

Σύμφωνα με τον Donabedian (1966), ο όρος ικανοποίηση του ασθενή, αφορά «την υποκειμενική αντίληψη του εκάστοτε ασθενή, την οποία οι οργανισμοί και οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας χρειάζεται να αντιλαμβάνονται ως πραγματικότητα». Ασχέτως του μεγέθους, της σημαντικότητας και της αλήθειας των παραπόνων τους, το βασικό είναι το πως αισθάνεται ο ασθενής ακόμη και σε περιπτώσεις που η γνώμη της πραγματικότητας σχετικά με τις παροχές που του δίνονται διαφέρει.

Ο Petersen, το 1988, όρισε την ικανοποίηση του ασθενή, ως την αντίληψη που έχουν οι ίδιοι για την παροχή φροντίδας, βγάζοντας από έξω το αποτέλεσμα της θεραπείας καθώς και την καταλληλότητα αυτής.

Ενώ ο Pascoe (1983), υποστήριξε πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι η αντίδραση σε τομείς όπως είναι:

- ✚ Η δομή
- ✚ Οι διαδικασίες
- ✚ Τα αποτελέσματα από την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών

Πάνω στον ορισμό αυτό, πρόσθεσε ο Μερκούρης, (1996), ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι εσωτερική και ξεχωριστή για τον κάθε ασθενή και γίνεται αντιληπτή όταν μεταβάλλεται η συμπεριφορά του.

Ο Bowers et. al. το έτος 1994, έδωσαν βάση στην έννοια των προσδοκιών του ασθενή, επισημαίνοντας ότι η συνολική ικανοποίηση του ασθενή τείνουν να επηρεάζονται πιο πολύ και πιο άμεσα από το αίσθημα της επιβεβαίωσης και πραγματοποίησης των προσδοκιών του (Ντζούφρα και συν., 2015).

4.2. Παράγοντες επηρεασμού ικανοποίησης

Αναλύοντας τους παραπάνω ορισμούς είναι εύκολο να καταλήξει κανείς στο εξής συμπέρασμα. Ο βαθμός της ικανοποίησης του ασθενή στηρίζεται σε τρεις βασικούς παράγοντες:

- ✚ Τις προσδοκίες από τις υπηρεσίες
- ✚ Τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του ασθενή
- ✚ Τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του

Λαμβάνοντας υπόψιν τους τρεις αυτούς παράγοντες και μελετώντας όλες τις πτυχές του τομέα της υγείας, οι οποίες αφορούν και την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα, μπορεί να επιτευχθεί ένα σημαντικό επίπεδο ικανοποίησης του ασθενή.

Αναλυτικότερα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η καθαριότητα και η χωροταξία των χώρων των νοσοκομείων και των λοιπών οργανισμών παροχής φροντίδας, η ποιότητα του προσωπικού, του εξοπλισμού και των διαδικασιών, η διαθεσιμότητα, η ποιότητα της νοσηλείας (λ.χ. εάν επικρατεί ησυχία, σωστός αερισμός, καλή θερμοκρασία, άνεση), το φαγητό, η σωστή και λεπτομερής ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του, οι χρόνοι αναμονής, το ποσοστό της διαγνωστικής επιτυχίας, το πως συμπεριφέρεται το ιατρονοσηλευτικό αλλά και διοικητικό προσωπικό, η εμφάνιση των χώρων και των υπαλλήλων, ο σεβασμός στον άνθρωπο και στην προσωπικότητα, η τήρηση του ιατρικού απορρήτου, η παροχή εξαιρετών και εξειδικευμένων υπηρεσιών, είναι κάποιοι από τους παράγοντες που αξιολογούνται για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας (Καλογεροπούλου, 2011).

Σαφώς, οι προσδοκίες και οι ανάγκες αυτές, γίνονται ευκολότερα αντιληπτές όταν ο επαγγελματίας υγείας, βρεθεί στη θέση του ασθενή. Συγκεκριμένα, αυτό βοηθάει σημαντικά στο να εντοπιστούν προβλήματα και ανάγκες στον χώρο που παρέχουν την εργασία τους, τα οποία πιθανότατα να μην μπορούσαν να γίνουν αντιληπτά διαφορετικά.

Αποτελεί γεγονός πως όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα ικανοποίησης του ασθενή από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τόσο πιο μεγάλη είναι η πιθανότητα να δημιουργηθεί

μια καλή συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, να αποδεχτεί την φροντίδα υγείας και να συμμετέχει πιο ενεργά στην διαδρομή της περίθαλψης της υγείας του. Επιπλέον, να χτιστεί εμπιστοσύνη και να μουν γερά θεμέλια στην συναναστροφή του ιατρού, του νοσηλευτή και του ασθενή (Ξημεράκη και Ρούφας, 2015).

4.3. Ποιότητα και ικανοποίηση

Τι είναι όμως εν τέλει αυτό που ορίζουμε ως επιθυμία του ασθενή; Πόσο καλά καταφέρνουν οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών; Είναι πασιφανές στις μέρες μας, ως πολίτες και συνάμα ως χρήστες/καταναλωτές, να επιζητούμε την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών στο τομέα της υγείας όπως και σε κάθε πτυχή του βίου μας. Επιπλέον, ο κάθε οργανισμός ή επιχείρηση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ζήτηση αυτή, ούτως ώστε να εντάξει την ποιότητα στην θέσπιση της εταιρικής στρατηγικής του, για την επιβίωση του οράματος του αλλά και του ίδιου του οργανισμού, στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Απάντηση στα εν λόγω ερωτήματα προσπαθεί να δώσει το management ολικής ποιότητας, μια επιστήμη η οποία ανέπτυξε την δεκαετία του '90 μια καινούργια φιλοσοφία, για χάρη της οποίας η πραγματοποίηση των προσδοκιών των ασθενών θεωρήθηκε ως κύριος στόχος των σύγχρονων οργανισμών και μονάδων υγείας (Susman, 1994).

Χαρακτηρίζεται ως ένα δύσκολο εγχείρημα ο προσδιορισμός του τι είναι η ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών, καθώς η προσφορά των υπηρεσιών αποτελεί ένα άυλο αγαθό και ως επί το πλείστον, η ποιότητα συνδέεται με την προσωπική αντίληψη των ατόμων που την ορίζουν (Reid and Sanders, 2016). Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, θα ήταν ότι η ποιότητα είναι ένα πλήθος χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας που δύναται να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των καταναλωτών, είτε αυτές είναι δηλωμένες είτε είναι υπονοούμενες, οι οποίοι είναι και οι βασικοί αποδέκτες και κριτές αυτής (Σαρμανιώτης, 2012).

Η διοίκηση ολικής ποιότητας, αποτελεί μια ατέρμονη διαδικασία, για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας, είτε πρόκειται για προϊόν είτε για υπηρεσία, που διαδραματίζεται σε όλες τις ιεραρχικές τάξεις μια επιχείρησης.

Η φιλοσοφία της βασίζεται σε ένα σύνολο χαρακτηριστικών όπως (Reid and Sanders, 2016):

- Η προσήλωση στην ικανοποίηση των αναγκών των πελατών
- Στη φιλοσοφία διαρκούς βελτίωσης
- Στην ανάθεση αρμοδιοτήτων στους εργαζόμενους για έρευνα και τρόπους επίλυσης προβλημάτων ποιότητας
- Συνεχής χρήση των εργαλείων ποιότητας
- Σχεδιασμός προϊόντων/υπηρεσιών με βάση του τι αναμένει ο καταναλωτής
- Στη διοίκηση των λειτουργιών
- Στη διασφάλιση ποιότητας από τους συνεργαζόμενους προμηθευτές

Ο ΠΟΥ υποστηρίζει πως η ποιότητα “επιτυγχάνεται με την χρησιμοποίηση των κατάλληλων πρακτικών, τόσο θεραπευτικών όσο και διαγνωστικών, με γνώμονα τη σύγχρονη ιατρική επιστήμη, με σκοπό την εξασφάλιση της βέλτιστης έκβασης της υγείας

και την ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή των υπηρεσιών υγείας και από την επαφή τους με το υγειονομικό προσωπικό” (Διλίντας και Σεβαστάκης, 2005).

Οι διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών αφορούν τις παρακάτω κατηγορίες (Parasuraman, et al., 1988):

Πίνακας 4.1. Διαστάσεις Ποιότητας

Αξιοπιστία	Συνέπεια και σταθερότητα.
Ανταπόκριση	Διάθεση και πρόθεση για παροχή βοήθειας
Ικανότητες	Προσόντα και δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού
Ευγένεια	Διάθεση φιλική
Ενσυναίσθηση και επικοινωνία	Κατανόηση και σωστή πληροφόρηση
Ασφάλεια	Ανεπτυγμένες γνώσεις και δεξιότητες υπαλλήλων
Καταλληλότητα	Εξατομικευμένες υπηρεσίες
Αποτελεσματικότητα	Υπηρεσίες με γνώμονα την βελτίωση της υγείας και την ευημερία του χρήστη
Δραστηκότητα	Αμεσότητα
Αποδοτικότητα	Αναλογία των επιτυχιών με τους πόρους και τα κόστη που χρησιμοποιήθηκαν
Φυσικό περιβάλλον	Άριστες υποδομές και χωροταξία

Οι έρευνες οι σχετικές με την ικανοποίηση των ασθενών έκαναν την εμφάνιση τους στα τέλη του 1960. Έως και τα τέλη του 1990 παρουσιάστηκαν αρκετές δημοσιεύσεις για το ζήτημα αυτό. Σε πρώτο στάδιο η ικανοποίηση των ασθενών υποστήριζαν πως επιτυγχάνεται αποκλειστικά μέσω των κλινικών αποτελεσμάτων. Σε δεύτερο στάδιο, ξεκίνησε να θεωρείται ως μια ξεχωριστή μεταβλητή, κατά την οποία οι σκέψεις και οι αντιλήψεις των ασθενών και χρηστών απέκτησαν βάση και έγιναν αποτελεσματικό εργαλείο για έλεγχο και για την βελτιστοποίηση της ποιότητας στον υγειονομικό τομέα (Hendriks, et al., 2002). Εξαιτίας αυτού, άρχισε να υιοθετείται μια νέα οπτική η οποία αφορά την εστίαση στην ικανοποίηση του πελάτη/καταναλωτή.

Οι κύριοι παράγοντες οι οποίοι συνέβαλλαν στο να πραγματοποιηθεί αυτή η αλλαγή είναι:

- ✚ Η ικανότητα των ασθενών να κρίνουν την ποιότητα
- ✚ Οι ιδιαίτερες προτιμήσεις τους
- ✚ Η ικανότητα της σύγκρισης

Το 1992 ο ερευνητής Carr-Hill, στην μελέτη του για τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών αναφέρει 7 διαστάσεις. Όπως προέκυψαν και από το Αγγλικό Εθνικό Συμβούλιο Καταναλωτών οι διαστάσεις έχουν ως εξής:

- ✚ Πρόσβαση
- ✚ Επιλογή
- ✚ Πληροφόρηση/Ενημέρωση
- ✚ Ετοιμότητα/Διαθεσιμότητα

- ✚ Ασφάλεια
- ✚ Αξία χρημάτων/Συμφέρουσα
- ✚ Ισότητα

Ενώ οι Hall και Dornan το έτος 1988 ανέλυσαν διαστάσεις όπως:

- ✚ Ανθρωπιά/Ενσυναίσθηση
- ✚ Ολική ποιότητα
- ✚ Η τεχνική ανταγωνιστικότητα
- ✚ Η γραφειοκρατία
- ✚ Η πρόσβαση
- ✚ Το κόστος
- ✚ Οι παροχές (φυσικές και μη)
- ✚ Η συνοχή
- ✚ Τα κλινικά αποτελέσματα
- ✚ Η διαχείριση και των μη ιατρικής φύσης ζητημάτων

Από τα παραπάνω μπορεί να συμπεράνει κανείς, πόσο σημαντική είναι η ικανοποίηση του καταναλωτή και πως αυτή έχει καταφέρει να αποτελέσει βασικό κεφάλαιο στην φιλοσοφία του μάρκετινγκ, κατά την οποία ο καταναλωτής βρίσκεται στο επίκεντρο όλων των δραστηριοτήτων μιας οντότητας (Λιάπη, 2017). Όσον αφορά τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, η ικανοποίηση των ασθενών και η συμπερίληψη των απόψεων τους στις αξιολογήσεις έχει αποκτήσει ολοένα και μεγαλύτερη σημασία. (Van Maanen and Barley, 1984). Οι οργανισμοί, θέλουν να επιτύχουν τα μεγαλύτερα δυνατά επίπεδα ικανοποίησης ασθενών όχι μόνο για την διατήρηση τους αλλά και για την επέκταση και ανάπτυξη των ίδιων.

4.4. Οφέλη από μέτρηση ικανοποίησης και εργαλεία

Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών παρουσιάζει με έμμεσο τρόπο τα λάθη και τις παραλείψεις κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ουσιαστικά, ο βαθμός ικανοποίησης αξιολογεί την ιατρονοσηλευτική φροντίδα, την καταλληλότητα και το πόσο επαρκής είναι μια δομή, το ανθρώπινο δυναμικό, το επίπεδο προσβασιμότητας, το αποτέλεσμα, τις υποδομές και την χωροταξία, τον εξοπλισμό, το πως γίνεται η υποδοχή τους, τις συνθήκες νοσηλείας, τις συμπεριφορές και τέλος τις διαδικασίες που ακολουθούνται για την εισαγωγή, τη χρέωση, το εξιτήριο (Καλογεροπούλου, 2011).

Ανάμεσα στους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση είναι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, κοινωνικοοικονομική τάξη, η καταγωγή, το είδος της ασθένειας, οι εμπειρίες του ασθενή, η προσωπικότητα του, ο χαρακτήρας του και οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες (Risser 1975).

Η ανάγκη για αξιολόγηση της ικανοποίησης, συνίσταται για την βέλτιστη εξυπηρέτηση των πελατών, την καλύτερη κλινική εικόνα τους, την ανάπτυξη τεχνικών και δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού ενώ σε διοικητικό επίπεδο, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον εντοπισμό λαθών, στην γνωστοποίηση της αντίληψης των ασθενών, στην επιβράβευση των υπαλλήλων και στην ανάπτυξη ανταγωνιστικών καινοτομιών (La Monica, et al., 1986).

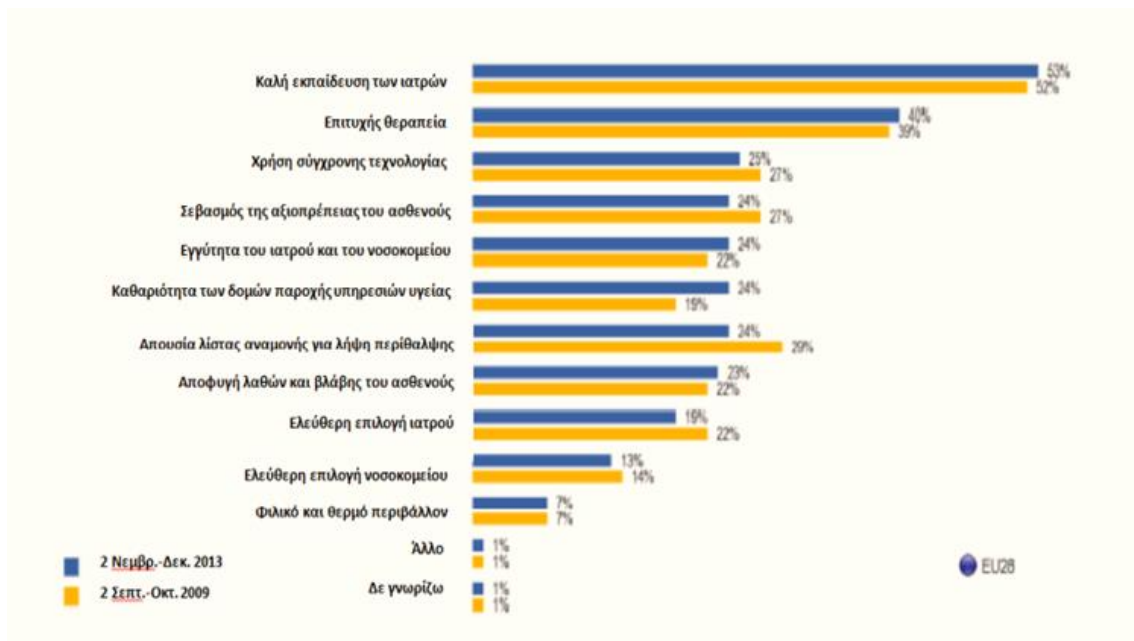
Για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιούνται εργαλεία όπως είναι η συνέντευξη ή τα ερωτηματολόγια. Μέσω της διαδικασίας της συνέντευξης συλλέγονται οι πληροφορίες με άμεσο τρόπο είτε δια ζώσης είτε τηλεφωνικώς. Λόγω της διαπροσωπικής επαφής που δημιουργείται μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενου μειώνονται αισθητά οι παρερμηνείες καθώς δίνεται η δυνατότητα επεξήγησης και περιγραφής. Από την άλλη τα ερωτηματολόγια διασφαλίζουν μια μαζική και ταχύτερη συλλογή δεδομένων καθώς επίσης αντικειμενικότερες απαντήσεις (Θεοδώρου, 1992).

4.5. Ενέργειες προώθησης και ενίσχυσης της ικανοποίησης

Από την παραπάνω ανάλυση καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η ικανοποίηση των ασθενών τόσο από τις υπηρεσίες όσο και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας βασίζεται σε κύριους παράγοντες, όπως είναι η φύση της νόσου, η βαρύτητα της, η χρονιότητα της, το μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο του ασθενούς, η ηλικία κ.α. Επιπροσθέτως, συνδέεται άρρηκτα με την ποιότητα, στην οποία γίνονται ολοένα και μεγαλύτερες προσπάθειες και επενδύσεις από την πλευρά της πολιτείας και των οργανισμών (Di Matteo and Martin, 2011), (Ραφτόπουλος, 2002). Για να υπάρξει ποιότητα θα πρέπει να υπάρχει και ευσυνειδησία/ενσυναίσθηση, ευχάριστο/αρεστό περιβάλλον, αξιοπιστία, ευγενική συμπεριφορά, επαγγελματισμός, ορθή χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων και τέλος όσο το δυνατόν αποφυγή λαθών (Πέππας και Κοράκη, 2013).

Ανάμεσα σε πολλά μοντέλα για τις υπηρεσίες υγείας και αξιολόγησης της ποιότητας, ξεχώρισε το μοντέλο του Avedis Donabedian (1988), το οποίο αναδεικνύει τρεις παραμέτρους:

- ✚ Τη δομή (π.χ. εγκαταστάσεις, χώρους, εξοπλισμούς, εργαζόμενους
- ✚ Τη διαδικασία (π.χ. ενέργειες των ιατρών, νοσηλευτών και του λοιπού προσωπικού)
- ✚ Το αποτέλεσμα (π.χ. η έκβαση της περίθαλψης)



Εικόνα 4.1 Κριτήρια προσδιορισμού της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε δύο χρονικές περιόδους, 2009 και 2013. (Special Eurobarometer 411, 2014)

Σύμφωνα με την παραπάνω εικόνα, η οποία παρουσιάζει τα κριτήρια με τα οποία αξιολογούν οι πολίτες της Ε.Ε. την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, προκύπτει πως η κατάρτιση των ιατρών, η επιτυχημένη θεραπεία και η χρησιμοποίηση της τεχνολογίας ήταν οι απαντήσεις που έλαβαν τις περισσότερες ψήφους.

Επιστρέφοντας λοιπόν στο μοντέλο του Avedis Donabedian και λαμβάνοντας υπόψιν τα κριτήρια ποιότητας από την έρευνα, καταλήγουμε στο ότι η βελτίωση της δομής επιτυγχάνεται με την διευκόλυνση της πρόσβασης, τη σωστή συντήρηση, τη καθαριότητα και τη διακόσμηση του χώρου και του κτιρίου. Εκτός αυτών, με την απόκτηση και τοποθέτηση εφαρμογών και εξοπλισμού σύγχρονης τεχνολογίας καθώς και με τη στελέχωση κατάλληλα εκπαιδευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Μάντη και Τσελέπη, 2000), (Ραφτόπουλος, 2002).

Αναφορικά με τις διαδικασίες, ο επαγγελματισμός στη συμπεριφορά των υπαλλήλων, η καθωσπρέπει εμφάνιση, η ευγένεια, η φιλικότητα, ο σεβασμός στον άνθρωπο και οι ενσυναίσθηση είναι κάποια από τα στοιχεία που σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα στην προσφορά υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι ιατροί θα πρέπει να αφιερώνουν επαρκή και ποιοτικό χρόνο στην ενημέρωση και επικοινωνία με τον ασθενή ώστε να επιτυγχάνεται και μια πιο προσωπική σχέση τόσο με τον πάσχοντα όσο και με την οικογένειά του. Αντιθέτως, όταν γίνονται διακρίσεις (π.χ. φυλετικές, θρησκευτικές) και υπάρχει προκατάληψη, τότε υποβαθμίζονται οι υπηρεσίες υγείας (Πέππας και Κοράκη, 2013), (Renzi, et al., 2001).

Το αποτέλεσμα της περίθαλψης, αφορά την πορεία του νοσήματος και την έκβαση της θεραπείας. Χαρακτηρίζεται ως το κύριο και σημαντικότερο κριτήριο ποιότητας καθώς οι επιτυχία σε κάποια ιατρική παρέμβαση, η γρήγορη ανάρρωση και η ευεξία αποτελούν τον βασικό στόχο όλων των Συστημάτων Υγείας. Το αίσθημα του καθήκοντος, οι συχνές αξιολογήσεις, η οργάνωση, ο κατάλληλος συντονισμός και η σωστή διοίκηση οδηγούν

σε αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να ενθαρρύνεται η συμμετοχή των ασθενών με προτάσεις και ερωτήματα, οι εθελοντικές δράσεις και η καλή συνεργασία μεταξύ των ιδρυμάτων και του προσωπικού με σκοπό την στοχοθέτηση, την αναβάθμιση, την βελτίωση και άρα την ικανοποίηση (Παυλάκης, 2007), (Μάντη και Τσελέπη, 2000).

Κεφάλαιο 5. Προσδοκίες

Μια προσδοκία είναι μια πρόβλεψη ή πεποίθηση ενός γεγονότος που μπορεί να λάβει χώρα στο μέλλον. Είναι μια πιθανή μορφή ψευδός-πραγματικότητας που ανυπομονούμε να εκδηλωθεί στη ζωή μας. Οι προσδοκίες μπορεί να προέρχονται από ανθρώπους ή πράγματα ή οτιδήποτε αποτελεί μια μεταβλητή έξω από τον αναπόσπαστο εαυτό μας. Οι προσδοκίες προκύπτουν ως συνδυασμός ή ως λειτουργία γενετικών προδιαθέσεων, γνωστικών διαδικασιών, προσωπικής στάσης, κοινωνικής ζωής, πολιτιστικών κανόνων σε αλληλεξάρτηση με τη νοοτροπία και τις εμπειρίες της ζωής του ατόμου. Τα ανθρώπινα όντα έχουν την έμφυτη τάση να αποδίδουν τις ελπίδες τους για ευτυχία στο να έχουν προσδοκίες. Και γι' αυτό προσβλέπουμε στον κόσμο γύρω μας να ευθυγραμμιστεί με αυτό που θέλουμε, ώστε να μπορέσουμε να βιώσουμε μια πραγματικότητα σύμφωνα πάντα με τις προσδοκίες μας (Balasubramanian, 2022).

5.1 Εννοιολογική προσέγγιση των προσδοκιών στον τομέα της υγείας

Οι προσδοκίες αποτελούν σημαντική συνιστώσα στην προσπάθεια εύρεσης του κατάλληλου ορισμού για την ικανοποίηση των ασθενών. Με την έννοια προσδοκία, με βάση τον Peterson (Peterson and Trapold, 1982), εκφράζουμε τις «προκατασκευασμένες» σκέψεις που οι χρήστες της υγείας έχουν, τις σχετικές με το είδος της φροντίδας που ενδέχεται να λάβουν. Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, διαφορετικά άτομα ίσως προσλάβουν το επίπεδο ικανοποίησης με διαφορετικό τρόπο, αναλόγως τις προσδοκίες που έχει φτιάξει ο καθένας και ως πραγματοποιούνται κάτω από ίδιες ή παρόμοιες συνθήκες. Για τον λόγο αυτό, η μέτρηση της ικανοποίησης συνδέεται άρρηκτα και με τον καθορισμό των προσδοκιών των ασθενών και στη συνέχεια να γίνεται έλεγχος του βαθμού ικανοποίησης στο κατά πιο επίπεδο επαληθεύτηκαν οι προσδοκίες τους. Υπάρχει δηλαδή άμεση εξάρτηση και αποδίδεται ως η διαφορά μεταξύ αυτού που προσδοκούν και αυτού που εν τέλει απολαμβάνουν (Ντζούφρα και συν., 2015), (Καλογεροπούλου, 2011).

Εξετάζοντας τη προσδοκία μπορεί κανείς να καταλάβει πως έχει μελετηθεί αναλυτικά στις έρευνες ψυχολογικού περιεχομένου και συμπεριλαμβάνεται σε αρκετές θεωρίες ψυχολογίας. Πάραυτα, αποτελεί μια έννοια πολυσύνθετη και δεν είναι λίγες οι φορές που η ερμηνεία της είναι διφορούμενη (Maddux, 1999).

Οι προσδοκίες, εστιάζουν στο μέλλον και σχετίζονται με την εκδήλωση ή μη εμπειριών ή καταστάσεων, τις οποίες πρέπει να αντιμετωπίσει το άτομο (Kube et al., 2017). Οι προσδοκίες μπορούν να εμφανιστούν σαν συνειδητές για το μέλλον κατευθυντήριες αντιλήψεις ή σαν αυτοματοποιημένες διαδικασίες (Kirsch, 2004), (Kirsch et al., 2014). Αναφορικά με το μέλλον, η βιβλιογραφική ανασκόπηση υποστηρίζει την ύπαρξη δύο μορφών σκέψης, οι οποίες επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τις επιδόσεις και τα κίνητρα. Ειδικότερα, τις ταξινομούμε σε προγνωστικές και σε φανταστικές/ιδανικές προσδοκίες. Οι δεύτερες, καθώς ωραιοποιούν μελλοντικές καταστάσεις, αποδεικνύεται πως επιδρούν αντίθετα στα αποτελέσματα της υγείας των χρηστών συγκριτικά με αυτές της πρώτης κατηγορίας, οι οποίες βασίζονται σε συμπεριφορές, κρίνοντας την

πιθανότητα των μελλοντικών καταστάσεων και αντιμετωπίζοντας αυτές με βάση προηγούμενων επιδράσεων (Oettingen and Mayer, 2002), (Oettingen and Wadden, 1991), (Bandura, 1997).

5.2 Προσδοκίες ασθενών

Δεν έχουν περάσει πολλές δεκαετίες από τότε, που το κοινό δεχόταν τις υπηρεσίες (υγειονομικές και άλλες) χωρίς τη δυνατότητα επιλογών και σχολίων, με μια διάθεση ευγνωμοσύνης γι' αυτό που λάμβανε. Στους καιρούς που διανύουμε υπάρχει ριζική αλλαγή. Μεγάλο μέρος του πληθυσμού πλέον διαθέτει την απαραίτητη πληροφόρηση, απαιτεί και αναζητά ισονομία, αξιοπιστία, υπηρεσίες και προϊόντα υψηλής ποιότητας, εξατομικευμένα στις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός και αντιδρά αν θεωρεί ότι οι προσδοκίες του δεν εκπληρώνονται (Newman and Vidler, 2006). Μια τέτοια εποχή, που χαρακτηρίζεται από έντονο καταναλωτισμό στον τομέα παροχής υπηρεσιών και των προϊόντων υγείας, η ποιότητα στην υγεία αποτελεί θέμα υψίστης σημασίας για τις κοινωνίες, τους διάφορους φορείς, τους πολιτικούς, τους επαγγελματίες και τους ασθενείς. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εγείρει το υψηλό κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων που δε συμβαδίζει με το επίπεδο υγείας των πληθυσμών. Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο των κατοίκων των ανεπτυγμένων χωρών, η εύκολη πρόσβαση σε μια πλούσια ιατρική πληροφόρηση μέσω του διαδικτύου, η καλπάζουσα εξέλιξη της βιοϊατρικής γνώσης και η εισαγωγή της σύγχρονης τεχνολογίας σε πολλούς τομείς της υγείας (Παυλάκης, 2007), (Robinson, 2001), (Kizer, 2001). Έντονο φαινόμενο φαίνεται να αποτελεί και η αμφισβήτηση της αυθεντίας του θεράποντα ιατρού καθώς και η κριτική που αφορά γενικότερα τα συστήματα υγείας, επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό τις σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών. Η γήρανση του πληθυσμού η οποία οδηγεί αναπόφευκτα σε αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, ο επιπολασμός των χρόνιων νοσημάτων με ταυτόχρονα χαμηλή ικανοποίηση και οι υψηλές απαιτήσεις των χρηστών, θεμελιώνουν συχνά σχέσεις αντίθετων συμφερόντων και συγκρούσεων μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών (Αλεξιάδης και Σιγάλας, 1999), (Πετσετάκη, 1995). Η άρτια εκπαίδευση του προσωπικού, η θέσπιση και η τήρηση πρωτοκόλλων στην ιατρική και στην εφαρμογή καινοτόμων τεχνολογιών, ο έλεγχος του κόστους αποτελούν ζητήματα μείζονος σημασίας για την βελτίωση της ικανοποίηση των ασθενών και για τη προαγωγή και διατήρηση της ποιότητας (WHO, 2000), (WHO, 1993).

Η εποχή της πληροφορίας, την οποία διανύουμε, προσφέρει ποικίλους τρόπους ενημέρωσης, με αποτέλεσμα να δημιουργεί σε αρκετές περιπτώσεις υπέρμετρες προσδοκίες στους χρήστες υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι όντας επηρεασμένοι από το γενικότερο φαινόμενο του καταναλωτισμού, μένουν ανικανοποίητοι, και επικεντρώνονται συνεχώς στην αναζήτηση μια άλλης ιατρικής γνώμης ή μιας νέας επαναστατικής θεραπείας. Πέρα από την αλόγιστη πρόσβαση σε πληροφορίες, οι ασθενείς της σύγχρονης εποχής έχουν και πλήθος επιλογών ανάμεσα σε ιδιωτικές και δημόσιες υπηρεσίες (Sapir, et al, 2000), (Di Matteo and Martin, 2011).

Οι ασθενείς, όπως είναι λογικό, προσδοκούν σχολαστική ενημέρωση, ευγένεια, ενδιαφέρον, εχεμύθεια, σεβασμό, απόκτηση σχέσεων εμπιστοσύνης. Θεωρούν αυτονόητο ότι θα τους διατεθεί ο χρόνος που θα χρειαστεί και το προσωπικό και τα μέσα που θα απαιτηθούν (κατά το δυνατόν νέας τεχνολογίας) ώστε να ανακουφιστεί ταχύτερα.

Τους απασχολεί να αντιμετωπιστεί ο πόνος ή το πρόβλημα υγείας, να καθυστερήσουν την εξέλιξη κάποιας νόσου και να μειώσουν τυχόν κακές συνέπειες (Τσίμτσιου, 2008), (Buller and Buller, 1987). Τις περισσότερες φορές οι ασθενείς δεν σκέφτονται την ώρα προσέλευσης τους, το πλήθος των ασθενών που ίσως θα συναντήσουν ή τον χρόνο αναμονής που πολύ πιθανόν να αντιμετωπίσουν.

Αντιθέτως, οι υπάλληλοι στον τομέα της υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν τους πολυάριθμους ασθενείς, να παρέχουν τις υπηρεσίες τους ορθά, χωρίς να θέσουν τον ασθενή σε κίνδυνο, να εργάζονται σε κυκλικά ωράρια, να μπορούν να διαχειριστούν την αμφισβήτηση του ρόλου τους, να ανταπεξέλθουν στους γρήγορους ρυθμούς εργασίας, να διαχειρίζονται την απρόβλεπτη έκθεση σε τραύμα και πόνο, ακόμα και στον θάνατο, να εργάζονται με ελλείψεις πόρων και προσωπικού, να υπομένουν την έκθεση σε ακραίες συμπεριφορές, να ανταπεξέλθουν σε προθεσμίες και χρονικές πιέσεις, να ασχοληθούν με γραφειοκρατικές διαδικασίες. Συνεπώς, είναι λογικό και φανερό πως οι συγκρούσεις υπάρχουν και θα υπάρχουν (Πάσχος, 2018).

Κεφάλαιο 6. Μεθοδολογία έρευνας

Ως μεθοδολογία, νοείται η ανάλυση και η περιγραφή μιας σειράς ολοκληρωμένων μεθόδων, μέσων και τεχνικών, τα οποία χρησιμοποιεί ο ερευνητής κατά τη διάρκεια ενός ερευνητικού έργου, και έχουν σαν σκοπό την επίτευξη ενός έγκυρου αποτελέσματος. Οι μέθοδοι, οι τεχνικές, τα μέσα και οι διαδικασίες που ακολουθούνται συνδέονται άμεσα μεταξύ τους και οδηγούν σταδιακά στην απάντηση των ερωτημάτων που προκύπτουν (Ζαφειρόπουλος, 2015).

Από την άλλη πλευρά, ως έρευνα, χαρακτηρίζουμε την επιστημονική, συστηματική και ορθολογική εύρεση των απαραίτητων πληροφοριών για ένα καθορισμένο θέμα. Ουσιαστικά, η έρευνα θεωρείται η «τέχνη της επιστημονικής διερεύνησης». Στο πλαίσιο της έρευνας, πραγματοποιείται η συστηματική επισκόπηση των δεδομένων, με σκοπό την επαλήθευση, τον εμπλουτισμό ή την αποκάλυψη νέας γνώσης καθώς και τη μετάδοσή της. Συνεπώς, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στο υφιστάμενο απόθεμα γνώσης με απώτερο στόχο την εξέλιξη αυτής. Κλείνοντας, τα αποτελέσματα της εκάστοτε έρευνας, φέρουν τεράστια αξία τόσο για την κοινωνία όσο για την κοινότητα των επιστημών αλλά και τον κόσμο των επιχειρήσεων καθώς μέσω των διαφόρων ερευνών, βγαίνουν στο φως προβλήματα και ζητήματα, τα οποία αφού πρώτα αναλυθούν, σε δεύτερο χρόνο μπορούν και να αντιμετωπιστούν (Τσακιρίδου, Σαριαννίδης και Κοντέος, 2020).

Οι κυριότεροι τύποι ερευνών εκχέουν από (Ζαφειρόπουλος, 2015):

1. Τον σκοπό της
2. Τον βαθμό εφαρμογής των μοναδικών πληροφοριών της
3. Τον τρόπο με τον οποίο συλλέγονται τα δεδομένα της
4. Το είδος του ελέγχου και της ανάλυσης
5. Τον χώρο στο οποίο διεξάγεται
6. Το μέγεθος του εκάστοτε δείγματος

Η **περιγραφική** έρευνα ενσωματώνει έρευνες και μελέτες πολλών ειδών. Ο βασικός σκοπός της είναι να περιγράψει την προϋπάρχουσα κατάσταση, το φαινόμενο, το υποκείμενο ή τον πληθυσμό που βρίσκεται υπό μελέτη. Ο ερευνητής, δεν πραγματοποιεί έλεγχο μεταβλητών, δεν προσπαθεί να δώσει εξήγηση, δεν χρησιμοποιεί υποθέσεις ούτε κάνει προβλέψεις.

Η **αναλυτική** έρευνα, αφορά δεδομένα τα οποία είναι ήδη στη διάθεση του ερευνητή, τα οποία θα αναλύσει ώστε να οδηγηθεί σε μια κριτική αξιολόγησή τους.

Η **εφαρμοσμένη** έρευνα, αποσκοπεί στην εύρεση της λύσης σε ένα άμεσο ζήτημα που καλείται να αντιμετωπίσει η κοινωνία ή ένας οργανισμός.

Η **θεμελιώδης** έρευνα, σχετίζεται με τις γενικεύσεις και με τη διατύπωση θεωριών. Η έρευνα αφορά την αναζήτηση πληροφοριών οι οποίες έχουν μια ευρύτερη βάση εφαρμογών και αθροίζεται στις υπάρχουσες επιστημονικές γνώσεις.

Η **ποσοτική** έρευνα, έχει τις βάσεις της στη μέτρηση της ποσότητας και του ποσού. Χρησιμοποιεί τη συστηματική διερεύνηση των φαινομένων τόσο με στατιστικές μεθόδους όσο και με αριθμητικά ποσά. Για την διεξαγωγή της, γίνεται εύρεση ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος παρατηρήσεων με σκοπό τα μοναδικά αποτελέσματα της έρευνας να μπορούν να γενικευτούν για το σύνολο του πληθυσμού. Για την συλλογή των πληροφοριών γίνεται χρήση ερωτηματολογίων, κλιμάκων, προσωπικών συνεντεύξεων κ.τ.λ. (Cears, 2022).

Η **ποιοτική** έρευνα, σκοπεύει στη διερεύνηση και την κατανόηση εις βάθος του εκάστοτε φαινομένου. Με την ποιοτική έρευνα απαντώνται τα ερωτήματα «γιατί» και «πώς» (Cears, 2022).

Η **εμπειρική** έρευνα, βασίζεται αποκλειστικά στην εμπειρία και την παρατήρηση του ερευνητή. Ουσιαστικά, αφορά δεδομένα, τα οποία οδηγούν σε κάποια συμπεράσματα τα οποία με την σειρά τους είτε μπορούν να επαληθευτούν είτε να απορριφθούν (Cears, 2022).

6.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, αποτελεί την δευτερογενή έρευνα και διεξήχθη στο αρχικό μέρος της διπλωματικής. Από την ανασκόπηση των γεγονότων και των θέσεων προκύπτουν και τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα. Τα ερευνητικά μας ερωτήματα είναι:

- Ποια είναι τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που επισκέπτονται κατά κύριο λόγο μια διαγνωστική μονάδα.
- Εάν οι προσδοκίες των ασθενών που έχουν αναδειχτεί από την βιβλιογραφική ανασκόπηση έχουν βάση και ισχύουν και στην πραγματικότητα.
- Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών κατά την επίσκεψη τους σε ένα διαγνωστικό κέντρο.
- Ποιο στοιχείο θεωρούν οι ασθενείς ως το βασικότερο που πρέπει να διέπει όλες τις δομές υγείας.

6.2 Μέθοδος έρευνας

Ο τύπος έρευνας που επιλέχθηκε στην παρούσα διπλωματική εργασία, για την ορθότερη απάντηση του ερευνητικού ζητήματος, είναι της ποσοτικής έρευνας.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, μια έρευνα εκπονείται προκειμένου να γίνει διερεύνηση του φαινομένου και τα αποτελέσματά της να γενικευτούν για τον ευρύτερο πληθυσμό. Παρά την αντίληψη που ίσως επικρατεί ότι τα πιο ορθά αποτελέσματα απορρέουν από την μελέτη όλων των ατόμων του πληθυσμού, υπάρχουν λογικά επιχειρήματα που αποδεικνύουν πως η χρήση ενός μικρότερου αντιπροσωπευτικού δείγματος δίνει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα (Λαγουμιντζής, Βλαχόπουλος και Κουτσογιάννης, 2015).

Φυσικά, ώστε να γίνει εφικτή η γενίκευση των αποτελεσμάτων μιας έρευνας επιβάλλεται να έχει ακολουθήσει ο ερευνητής τις αρχές της δειγματοληψίας. Ως δειγματοληψία ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία γίνεται η επιλογή του δείγματος από τον πληθυσμό με κύρια επιδίωξη να είναι αντιπροσωπευτικό, δηλαδή να έχει ποσοτικά και ποιοτικά ακόμη και στο περίπου χαρακτηριστικά από τον πληθυσμό. Σε αντίθετη περίπτωση βρισκόμαστε αντιμέτωποι με το φαινόμενο της μεροληψίας. Τα στοιχεία που δίνουν τον τίτλο της αντιπροσωπευτικότητας στο δείγμα είναι:

- ✚ Η μέθοδος επιλογής του δείγματος
- ✚ Το μέγεθος του εκάστοτε δείγματος

6.3 Δειγματοληψία και εργαλεία έρευνας

Στην παρούσα διπλωματική, η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η δειγματοληψία ευκολίας. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, η επιλογή του δείγματος γίνεται από ένα μέρος του πληθυσμού στο οποίο μπορεί να υπάρξει πιο εύκολη πρόσβαση. Στην προκειμένη περίπτωση το δείγμα συλλέχτηκε από τον χώρο εργασίας μου. Ως περιορισμός της μεθόδου αυτής θα μπορούσε να αναφερθεί η μη αντιπροσωπευτικότητα του για όλο το σύνολο του πληθυσμού.

Ως εργαλείο έρευνας, έγινε χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο, αποτελεί ένα έντυπο, στις μέρες μας συνήθως είναι ηλεκτρονικής μορφής, το οποίο συμπεριλαμβάνει δομημένες ερωτήσεις, οι οποίες πρέπει να απαντηθούν γραπτά και με συγκεκριμένη ακολουθία. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται η συλλογή δεδομένων μέσω των απαντήσεων που θα δώσουν τα άτομα που έχουν επιλεγεί ως δείγμα. Τα πλεονεκτήματα που χαρακτηρίζουν τα ερωτηματολόγια:

- ✚ Είναι οικονομικά
- ✚ Είναι ευκολότερο να αποσταλούν σε πολλά άτομα (διά ζώσης ή διαδικτυακά)
- ✚ Είναι εύκολα στη δημιουργία και στη χρήση
- ✚ Τα άτομα εκφράζονται ελεύθερα καθώς δεν υπάρχει άμεση επαφή
- ✚ Υπάρχουν τυποποιημένοι τρόποι για την ανάλυση των δεδομένων
- ✚ Πιο γρήγορη μέθοδος και διαδικασία
- ✚ Υπάρχει υποκειμενικότητα

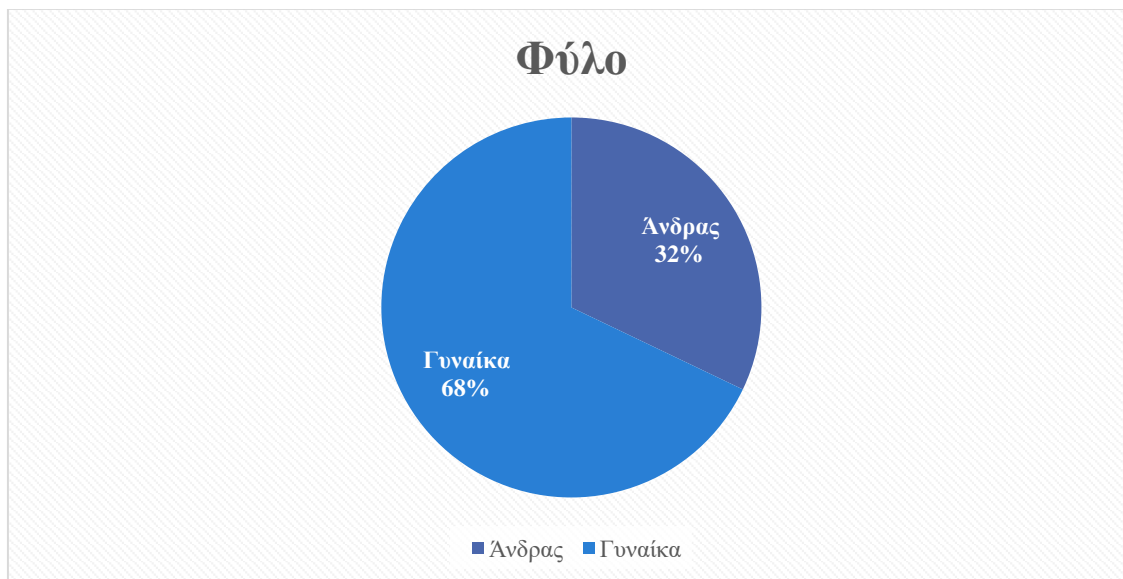
Η τμηματοποίηση στο περιεχόμενο του ερωτηματολογίου που συντάχτηκε στην εν λόγω έρευνα γίνεται σε τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα εμπεριέχει το εισαγωγικό κομμάτι, στο οποίο οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά στοιχεία καθώς επίσης αναφέρεται στον σκοπό της έρευνας και τη διασφάλιση της τήρησης της ανωνυμίας των ερωτώμενων. Στη δεύτερη και τρίτη ενότητα γίνεται προσπάθεια, μέσα από δομημένες ερωτήσεις να σκιαγραφηθούν οι προσδοκίες των ασθενών αρχικά και έπειτα σε σύγκριση με αυτές να διερευνηθούν οι παράγοντες και τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από την ιδιωτική δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας 'ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ'.

Με την βοήθεια των ερωτήσεων κλίμακωτών απαντήσεων επιτυγχάνεται στην εργασία, η μέτρηση των τάσεων και των απόψεων και καταγράφονται με συντομία αλλά και συνάμα με ακρίβεια οι απόψεις του πληθυσμού του δείγματος. Ορισμένες από τις ερωτήσεις κλίμακας, χρησιμοποιούν τον τύπο των διχοτομικών ερωτήσεων ώστε να μετρήσουν περισσότερο συμπεριφορές και λιγότερο απόψεις. Αυτές θα είναι τύπου κλίμακες Likert, για διαβάθμιση του φαινομένου που διερευνάται (Ζαφειρόπουλος, 2015). Το κύριο άρθρο το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την σύνταξη των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου είναι το άρθρο με τίτλο «Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» (Γούλα, και συν., 2019). Οι ερωτήσεις στο σύνολο τους είναι 30.

Πρωταρχικό κομμάτι της έρευνας χαρακτηρίζεται η ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων για την αποτύπωση του υπόβαθρου των ασθενών της δομής που μελετάει η εργασία. Στο σύνολο των 109 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα το 68% (74 άτομα)

το κατέχουν οι γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 32% (35 άτομα) του δείγματος αποτελούν τον ανδρικό πληθυσμό.

Πίνακας 6.1 Φύλο συμμετεχόντων



Οι ηλικίες των ασθενών, χωρίζονται σε 3 ηλικιακές ομάδες: 18-30, 31-50, >50. Η πλειοψηφία αυτών (68 άτομα) βρίσκεται ηλικιακά ανάμεσα στα 18-30 χρόνια ζωής, αποτελώντας το 62% των ερωτηθέντων. Στη δεύτερη κατηγορία των ασθενών που είναι μεταξύ 31-50 ετών συναντάμε το ποσοστό 32% (35 απαντήσεις). Τέλος, έχουμε τους ασθενείς που έχουν ξεπεράσει τα 50 χρόνια βίου με ποσοστό 6% (6 άτομα).

Πίνακας 6.2 Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων



Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, η συνηθέστερη απάντηση που δόθηκε, είναι η αποφοίτηση των υποψηφίων από την Τριτοβάθμια εκπαίδευση με 61% (66 άτομα), ενώ οι απόφοιτοι της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης καταλαμβάνουν το 17%

(19 άτομα) σε σύνολο των απαντήσεων. Παράλληλα οι κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων ανέρχονται στο 19% (21 άτομα) του συνόλου και υπάρχει ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 3% (3 άτομα) που δηλώνει ότι το επίπεδο σπουδών του, διαφέρει από τις παραπάνω βασικές κατηγορίες.

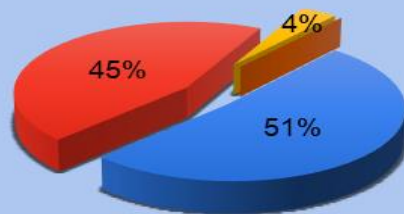
Πίνακας 6.3 Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων



Αισιόδοξο μήνυμα, εκπέμπουν οι απαντήσεις στην ερώτηση σχετικά με το επίπεδο υγείας των επισκεπτών του διαγνωστικού κέντρου, καθότι οι απαντήσεις σε συντριπτική πλειοψηφία είναι θετικές, Πιο συγκεκριμένα το 51% (56 άτομα) του δείγματος αναφέρει ότι η υγεία του είναι πολύ καλή, το 45% (49 απαντήσεις) των ερωτώμενων υποστηρίζει ότι έχει καλή υγεία και το υπόλοιπο 4% του πλήθους μόλις 4 άτομα δηλαδή αναφέρουν ότι η υγεία τους είναι μέτρια. Ενώ κανένας από τους ερωτώμενους δεν έδωσε ως απάντηση την κακή και πολύ κακή υγεία.

Πίνακας 6.4 Γενική υγεία συμμετεχόντων

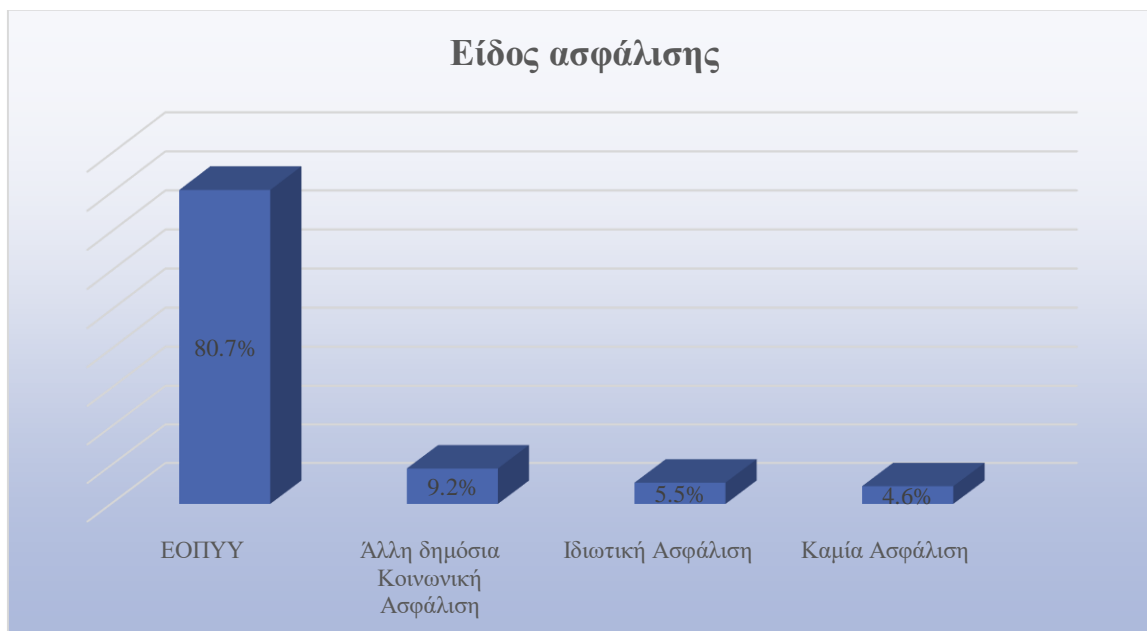
Πως χαρακτηρίζετε την γενική σας υγεία;



■ Πολύ καλή ■ Καλή ■ Μέτρια ■ Κακή ■ Πολύ κακή

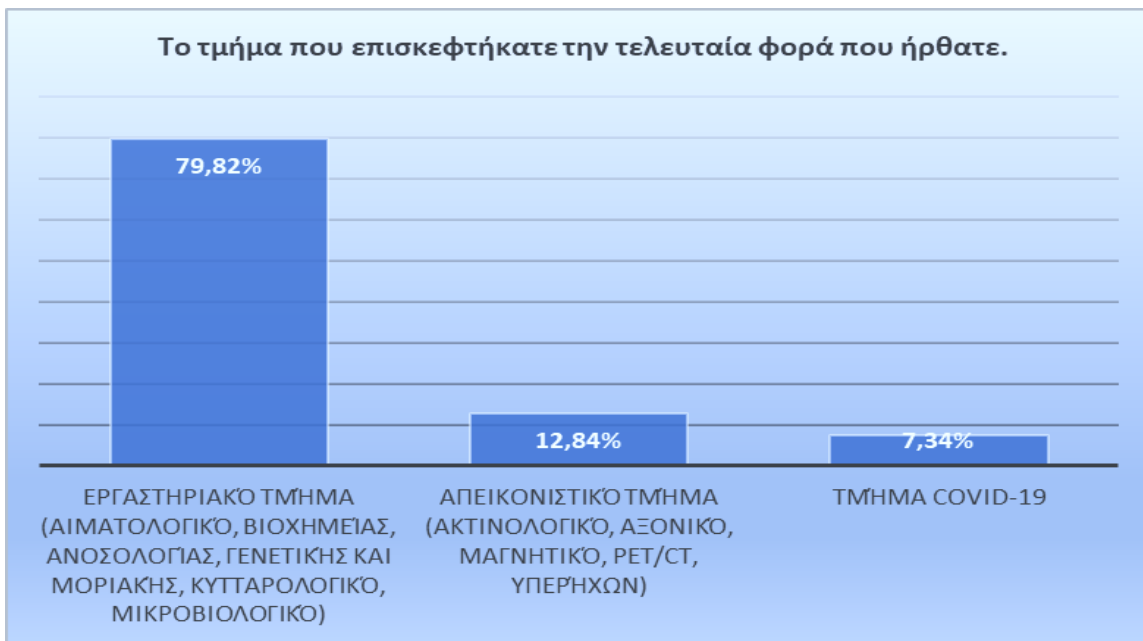
Στην ερώτηση περί του είδους ασφάλισης που έχουν οι ερωτώμενοι, 88 απαντήσεις σημειώθηκαν στην ασφάλιση μέσω ΕΟΠΥΥ (80,7%). Άλλη δημόσια Κοινωνική Ασφάλιση δήλωσε ότι έχει το 9,2% (10 άτομα). Το 5,5% (6 απαντήσεις) ανέφερε ότι καλύπτεται από ιδιωτικό φορέα και τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 4,6% υποστηρίζει ότι μένει ανασφάλιστο 5(ερωτώμενοι).

Πίνακας 6.5 Είδος ασφάλισης συμμετεχόντων



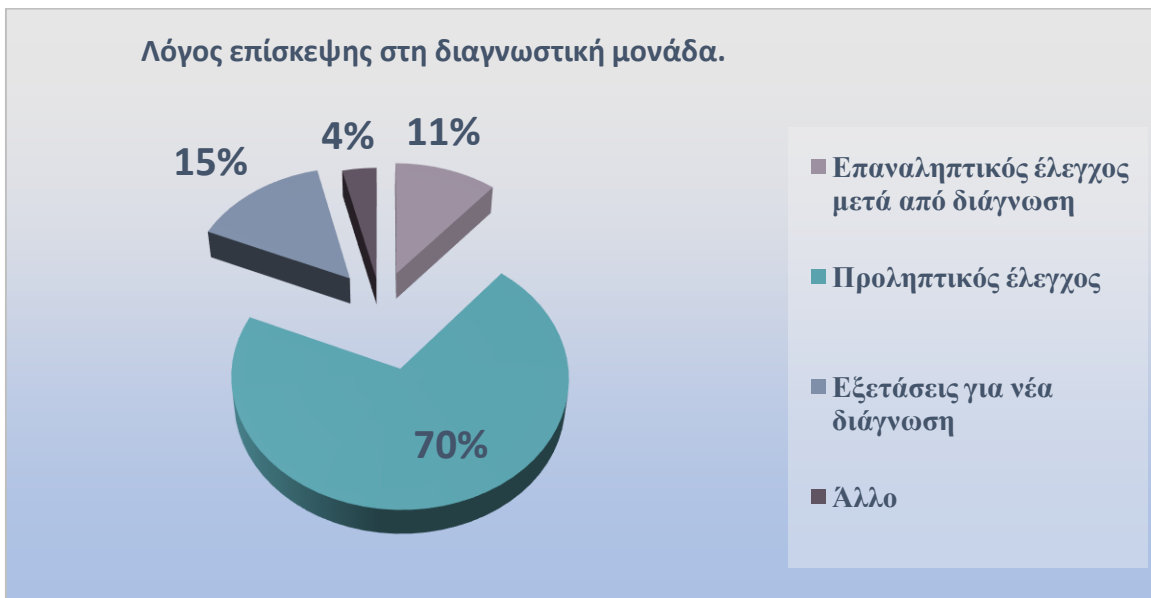
Το τμήμα που επισκέφτηκαν την τελευταία φορά οι συμμετέχοντες στην έρευνα ως πιο επισκέψιμο ήταν το εργαστηριακό, το οποίο δόθηκε ως απάντηση από το 79,82% (87 άτομα), ενώ αντίστοιχα ακολουθούν το απεικονιστικό τμήμα με ποσοστό 12,84% (14 άτομα) και το τμήμα COVID-19 με 7,34% (8 άτομα).

Πίνακας 6.6 Το τμήμα που επισκέφτηκαν οι συμμετέχοντες



Ως επικρατέστερος λόγος επίσκεψης στην διαγνωστική μονάδα ήταν η επιθυμία για προληπτικές εξετάσεις καταλαμβάνοντας το 70 % επί του συνόλου των απαντήσεων (77 απαντήσεις). Δεύτερος πιο σημαντικός λόγος επίσκεψης αποτελούν οι διαγνωστικές εξετάσεις με ποσοστό 15% επί των συνολικών απαντήσεων (16 άτομα). Για επαναληπτικό έλεγχο έπειτα από μια πρώτη διάγνωση επισκέφτηκε την μονάδα το 11% (12 άτομα). Τέλος για άλλους λόγους επίσκεψης υποστηρίζει το 4% (4 άτομα) που υπολείπεται.

Πίνακας 6.7 Λόγος επίσκεψης συμμετεχόντων



6.4 Τρόπος συλλογής δεδομένων και ανάλυση

Η πλατφόρμα Google Forms, ήταν αυτή που χρησιμοποιήθηκε για τη κατασκευή και προσαρμογή του ερωτηματολογίου. Κατόπιν, ακολούθησε ο διαμοιρασμός του στους ερωτώμενους. Το ερωτηματολόγιο απάντησαν 109 ασθενείς του ιδιωτικού διαγνωστικού

κέντρου ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ στην περιοχή της Καλαμαριάς, σε διάστημα μιας εργάσιμης εβδομάδας, από 16 Ιανουαρίου έως 23 Ιανουαρίου 2023.

Ο Όμιλος επιχειρήσεων Υγείας Βιοϊατρική δραστηριοποιείται στον τομέα της υγείας από το 1981 έως και σήμερα, κατέχοντας μια από τις κορυφαίες θέσεις κατάταξης ανάμεσα στους υπόλοιπους πάροχους υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Η ίδρυση της εταιρίας πραγματοποιήθηκε το 1980 από τον ιατροβιοχημικό Ευάγγελο Σπανό, φέροντας την επωνυμία «ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΕΘΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ Ε.Π.Ε.», στην ΑΘΗΝΑ. Το έτος 1986 ακολουθεί, η ίδρυση της θυγατρικής εταιρίας «ΒΙΟΔΙΑΓΝΩΣΗ Ε.Π.Ε.» με έδρα τη συμπρωτεύουσα, σηματοδοτώντας έτσι την εξάπλωση των δραστηριοτήτων της και στην αγορά της Βορείου Ελλάδος. Με το πέρασμα των χρόνων η εταιρία σημείωσε μια αξιόλογα ανοδική πορεία, μετρώντας πλέον στο δυναμικό της 70 Διαγνωστικά Κέντρα σε όλη την επικράτεια, 2 γενικές ιδιωτικές κλινικές σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη με την επωνυμία “ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε”, 7 οδοντιατρεία καθώς και το Χημείο ΓΙΑΝΝΟΥΚΑ LTD, το ALPHA EVRESIS Διαγνωστικό κέντρο LTD, το ΕΡΓΟΜΕΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε., την Digital Health Solutions Α.Ε., τις συνδεδεμένες εταιρίες FONEMED HELLAS, CROSSBORDERMEDCARE HELLAS AND FACILITATIONS Α.Ε. (Βιοϊατρική Όμιλος Εταιριών Υγείας, 2022).

Για την τελική ανάλυση αυτών που συλλέχθηκαν και την εξαγωγή συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκαν εφαρμογές όπως το Excel και το υπολογιστικό φύλλο της Google, για την δημιουργία των απαραίτητων πινάκων και γραφημάτων.

Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα έρευνας

7.1 Προσδοκίες ασθενών

Προχωρώντας στο δεύτερο σκέλος του ερωτηματολόγιου της έρευνας, το οποίο αφορούσε τις προσδοκίες των ασθενών από τις διαγνωστικές μονάδες υγείας, οι ερωτώμενοι απάντησαν αρχικά στην ερώτηση, πόσο σημαντική θεωρούν την γεινίαση του διαγνωστικού κέντρου με την οικεία τους ή γενικότερα με τον τόπο που κινούνται στην καθημερινότητα τους τα εξής:

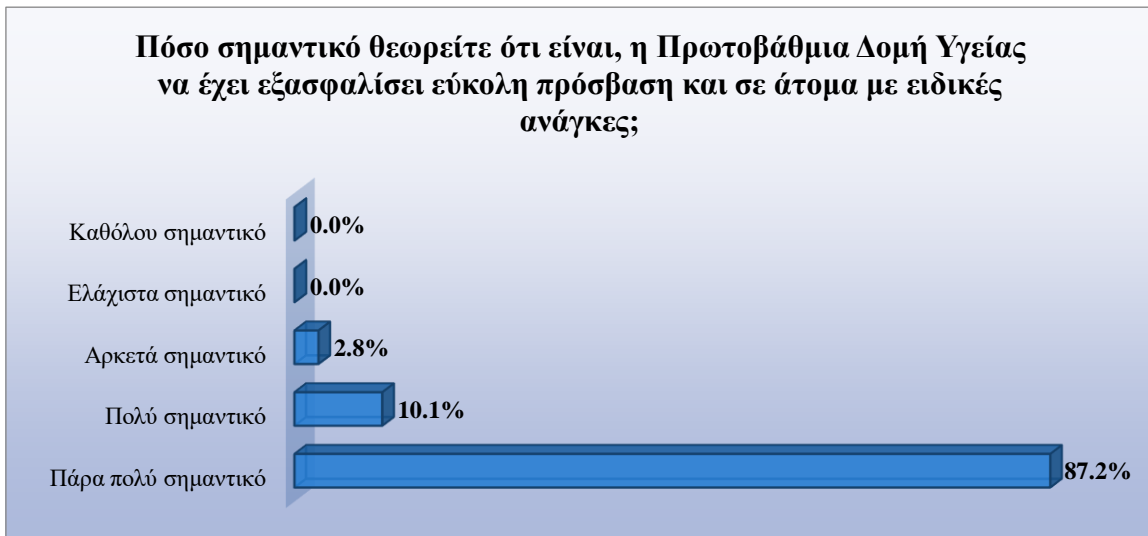
Ως πάρα πολύ σημαντική θεωρεί την γεινίαση το 39% (42 άτομα). Πολύ σημαντική την θεωρεί το 41% (45 άτομα). Αρκετά σημαντική είναι για το 19% (21 άτομα) ενώ το 1 % (1 άτομο) απάντησε ότι είναι ελάχιστα σημαντική. Κανένα άτομο δεν θεώρησε ότι δεν είναι καθόλου σημαντικός παράγοντας η απόσταση της μονάδας από τον τόπο του.

Πίνακας 7.1 Σημαντικότητα γεινίασης του διαγνωστικού με την οικεία ή με την τοποθεσία που κινούνται οι συμμετέχοντες καθημερινά



Τα αποτελέσματα της επόμενης ερώτησης, φανερώνουν την αδιαμφισβήτητη άποψη του συνόλου του δείγματος, το 87,2% (95 άτομα), ότι οι διαγνωστικές μονάδες πρέπει να έχουν εξασφαλίσει την ευκολία στην πρόσβαση σε άτομα με ειδικές ανάγκες.

Πίνακας 7.2 Σημαντικότητα εξασφάλισης εύκολης πρόσβασης σε άτομα με ειδικές ανάγκες

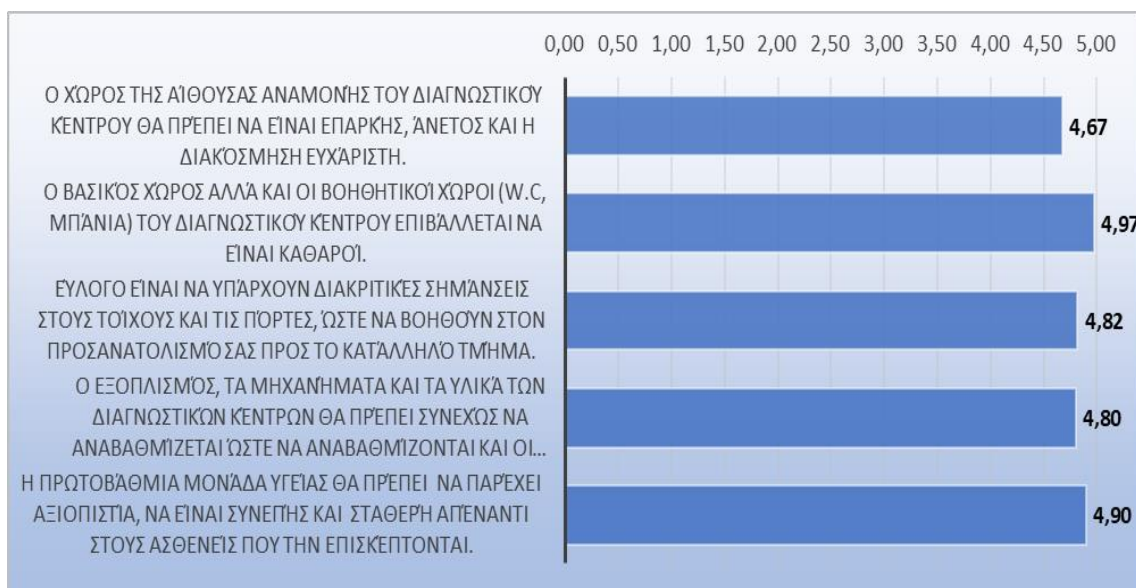


Στους πίνακες που παρατίθενται από κάτω, συγκεντρώνονται τα αποτελέσματα των ερωτήσεων, σχετικά με τις προσδοκίες των ασθενών, που κλήθηκαν να εκφέρουν την άποψή τους βαθμολογώντας από το 1(απόλυτη διαφωνία) έως το 5(απόλυτη συμφωνία), στα εξής ζητήματα:

Πίνακας 7.3 Προσδοκίες συμμετεχόντων ασθενών

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ → ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ					Μέσος
	1	2	3	4	5	
<i>Ο χώρος της αίθουσας αναμονής του διαγνωστικού κέντρου θα πρέπει να είναι επαρκής, άνετος και η διακόσμηση ευχάριστη.</i>	0	0	4	28	77	4,67
<i>Ο βασικός χώρος αλλά και οι βοηθητικοί χώροι (w.c, μπάνια) του διαγνωστικού κέντρου επιβάλλεται να είναι καθαροί.</i>	0	0	1	1	107	4,97
<i>Εύλογο είναι να υπάρχουν διακριτικές σημάτσες στους τοίχους και τις πόρτες, ώστε να βοηθούν στον προσανατολισμό σας προς το κατάλληλο τμήμα.</i>	0	0	3	14	92	4,82
<i>Ο εξοπλισμός, τα μηχανήματα και τα υλικά των διαγνωστικών κέντρων θα πρέπει συνεχώς να αναβαθμίζεται ώστε να αναβαθμίζονται και οι παρεχόμενες υπηρεσίες..</i>	0	0	4	14	91	4,80
<i>Η Πρωτοβάθμια Μονάδα Υγείας θα πρέπει να παρέχει αξιοπιστία, να είναι συνεπής και σταθερή απέναντι στους ασθενείς που την επισκέπτονται.</i>	0	0	0	11	98	4,90

Πίνακας 7.4 Μέσοι όροι των απαντήσεων σχετικά με τις προσδοκίες των ασθενών



Πιο αναλυτικά η άποψη ότι ο χώρος αναμονής του διαγνωστικού κέντρου θα πρέπει να είναι επαρκής, άνετος και η διακόσμηση ευχάριστη **εκφράζεται απόλυτα** από 77 συμμετέχοντες δηλαδή από το **70.64%** του πλήθους ενώ 28 συμμετέχοντες, δηλαδή το **25,69%** των συνολικών απαντήσεων, απαντήσαν ότι «**συμφωνούν**». Οι υπόλοιποι 4 (**3,67%**) δήλωσαν ουδέτερη στάση χωρίς να συμφωνούν ή να διαφωνούν αντίστοιχα. Ως αποτέλεσμα ο **Μ.Ο** των απαντήσεων να διαμορφώνεται στο **4,67**.

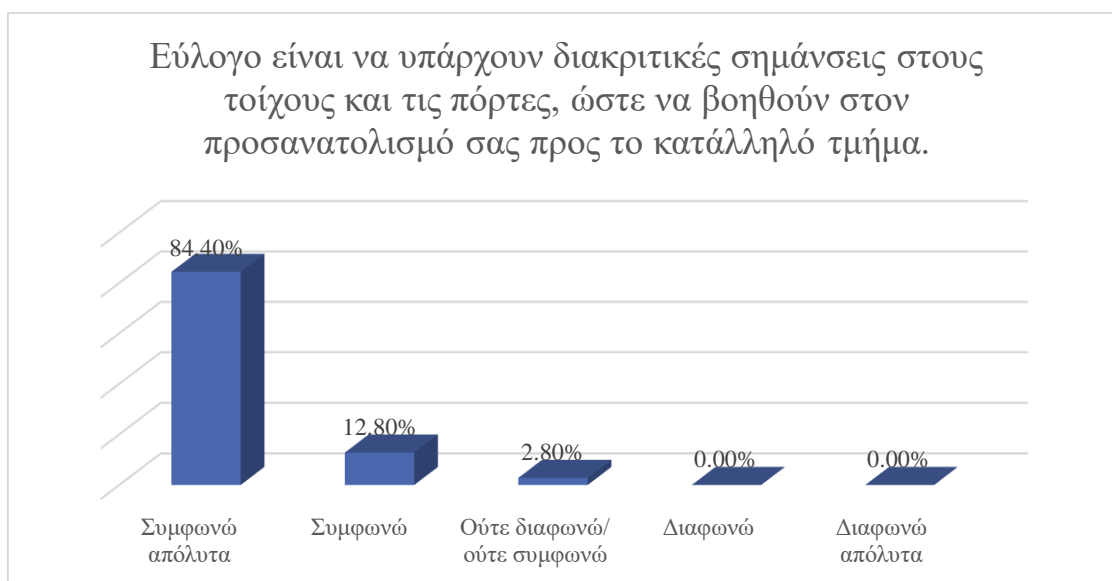
Οι βασικοί αλλά και οι βοηθητικοί χώροι, σχεδόν κατά πλήρη ομοφωνία, επιβάλλεται να είναι καθαροί. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος **98,17%** (107 συμμετέχοντες στην έρευνα), επιθυμεί την καλή καθαριότητα των χώρων ενός διαγνωστικού κέντρου (**Μ.Ο= 4,97**).

Πίνακας 7.5 και 7.6 Απαντήσεις σχετικά με την επάρκεια, άνεση, διακόσμηση και καθαριότητα του χώρου



Για τις διακριτικές σημάνσεις σε τοίχους και πόρτες απάντησε απόλυτα θετικά το 84,4% (92 άτομα), το 12,8% (14 άτομα) «συμφωνούν» ενώ το 2,8% μόλις 3 άτομα κράτησαν ουδέτερη στάση (Μ.Ο=4,82).

Πίνακας 7.7 Διακριτικές σημάνσεις



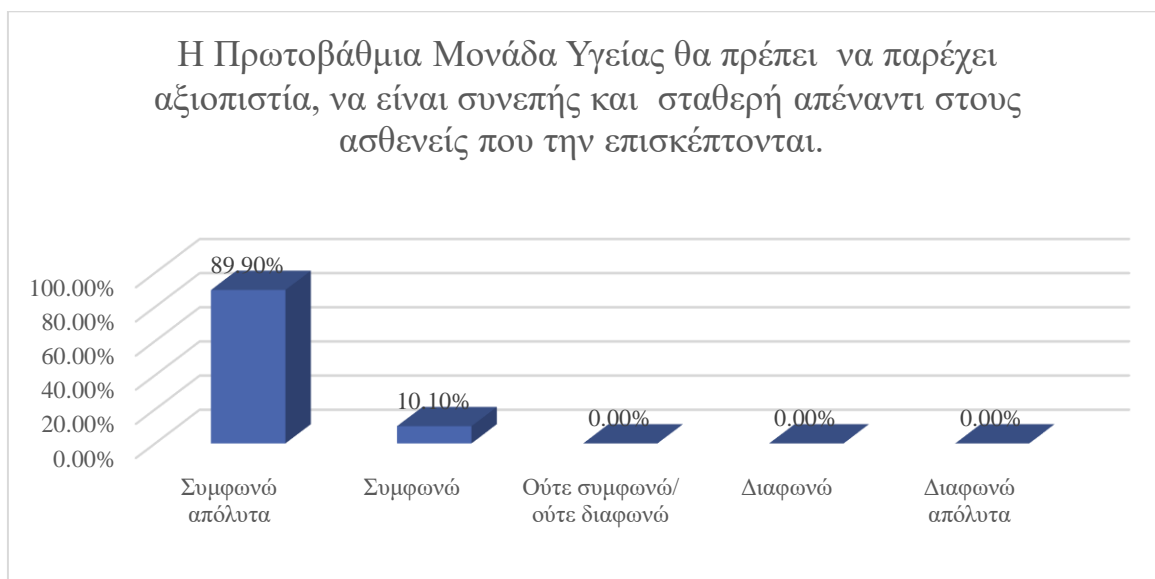
Αντίστοιχα στην ερώτηση για την συνεχή αναβάθμιση του εξοπλισμού, των μηχανημάτων και των υλικών, το 83,5% (91 άτομα), συμφωνούν απόλυτα, το 12,8% (14 άτομα) απλώς συμφωνεί και το 3,7% (4 άτομα) δήλωσαν ουδετερότητα. (Μ.Ο=4,80).

Πίνακας 7.8 Αναβάθμιση εξοπλισμού, μηχανημάτων και υλικών



Στην σημαντική ερώτηση αναφορικά με την αξιοπιστία, τη συνέπεια και την σταθερότητα μιας μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ομόφωνα θετικά απάντησε το 89,9% (98 άτομα) ενώ το 10,1% (11 άτομα) συμφώνησαν εξίσου. (Μ.Ο=4,90).

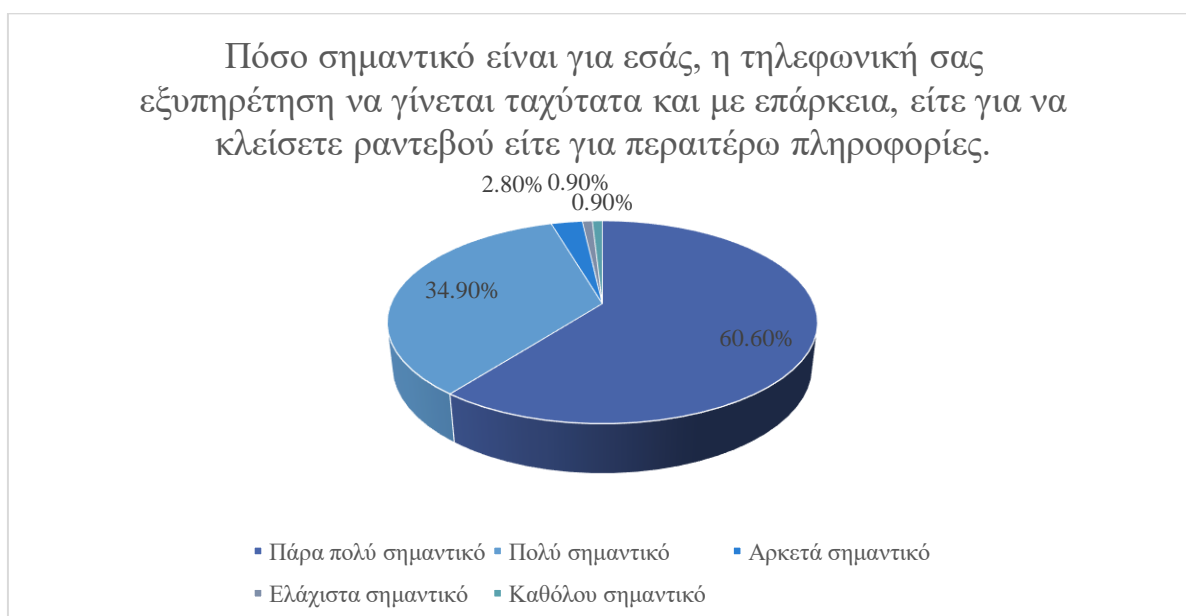
Πίνακας 7.9 Αξιοπιστία, συνέπεια και σταθερότητα διαγνωστικής μονάδας



Στην συνέχεια, στην ερώτηση σχετικά με την σημαντικότητα της ταχύτητας και επαρκούς τηλεφωνικής εξυπηρέτησης, οι ερωτώμενοι απάντησαν τα εξής:

- Το 60,6% (66 άτομα) θεωρούν πολύ σημαντική την παραπάνω διαπίστωση
- Το 34,9% (38 άτομα) την θεωρούν σημαντική
- Το 2,8% (3 άτομα) αρκετά σημαντική
- Ενώ 2 άτομα, το 0,9% και 0,9% αντίστοιχα απάντησαν πως είναι ελάχιστα έως και καθόλου σημαντική.

Πίνακας 7.10 Ταχύτητα και επάρκεια τηλεφωνική εξυπηρέτησης

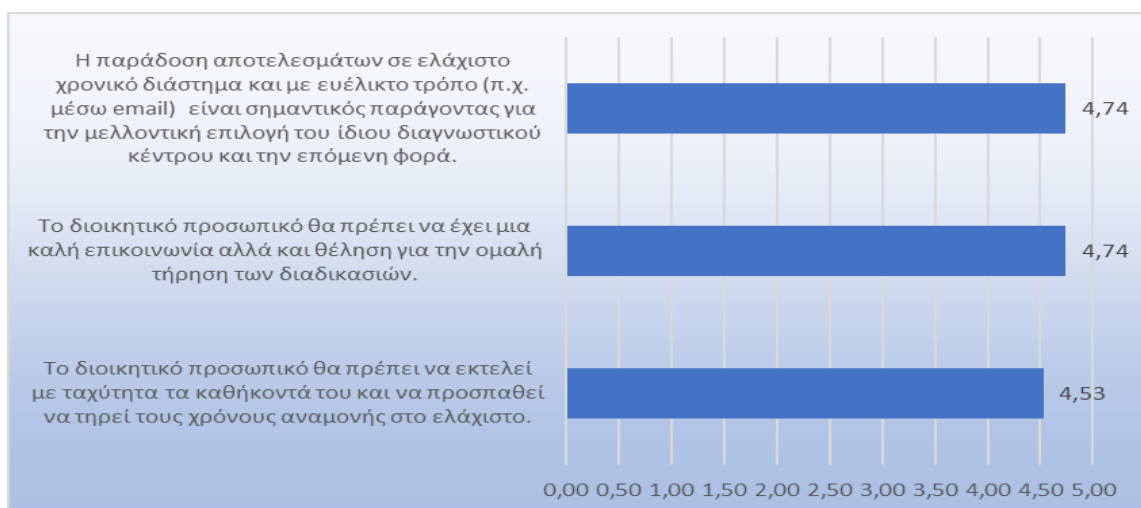


Τα αποτελέσματα των ερωτήσεων σχετικά με το διοικητικό προσωπικό και την παραλαβή των αποτελεσμάτων των εξετάσεων φαίνονται στους παρακάτω πίνακες:

Πίνακας 7.11 Προσδοκίες ασθενών

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ → ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ					Μέσος
	1	2	3	4	5	
Το διοικητικό προσωπικό θα πρέπει να εκτελεί με ταχύτητα τα καθήκοντά του και να προσπαθεί να τηρεί τους χρόνους αναμονής στο ελάχιστο.	0	0	7	37	65	4,53
Το διοικητικό προσωπικό θα πρέπει να έχει μια καλή επικοινωνία αλλά και θέληση για την ομαλή τήρηση των διαδικασιών.	0	0	3	22	84	4,74
Η παράδοση αποτελεσμάτων σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και με ευέλικτο τρόπο (π.χ. μέσω email) είναι σημαντικός παράγοντας για την μελλοντική επιλογή του ίδιου διαγνωστικού κέντρου και την επόμενη φορά.	1	0	4	16	88	4,74

Πίνακας 7.12 Μέσοι όροι απαντήσεων σχετικών με τις προσδοκίες των ασθενών



Αναλυτικότερα, η άποψη ότι το διοικητικό προσωπικό θα πρέπει να εκτελεί με ταχύτητα τα καθήκοντά του και να καταβάλει προσπάθεια ώστε οι χρόνοι αναμονής να τηρούνται στο ελάχιστο δυνατό, **εκφράζεται απόλυτα** από 65 συμμετέχοντες δηλαδή από το **59,63%** του συνόλου, ενώ 37 συμμετέχοντες, δηλαδή το **33,94%** του πλήθους των απαντήσεων, δήλωσαν ότι «**συμφωνούν**». Οι υπόλοιποι 7 συμμετέχοντες (**6,42%**) κράτησαν ουδέτερη στάση χωρίς να συμφωνούν ή να διαφωνούν αντίστοιχα. Ως αποτέλεσμα ο **Μ.Ο** των απαντήσεων να διαμορφώνεται στο **4,53**.

Πίνακας 7.13 Ταχύτητα διοικητικού προσωπικού και τήρηση χρόνου αναμονής



Στην ερώτηση για την σημαντικότητα της καλής επικοινωνίας αλλά και την θέληση του διοικητικού προσωπικού για την τήρηση των διαδικασιών, 84 άτομα (77,06%) συμφώνησαν απόλυτα, 22 άτομα (20,18%) συμφώνησαν απλώς και το 2,75% (3 άτομα) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν με αυτό. Ο **Μ.Ο** των απαντήσεων ανέρχεται στο **4,74**.

Πίνακας 7.14 Διοικητικό προσωπικό



Η πλειοψηφία του δείγματος, 88 άτομα (80,73%) συμφώνησαν απόλυτα πως ο ευέλικτος τρόπος παράδοσης των αποτελεσμάτων συμβάλει στην επιλογή του ίδιου διαγνωστικού και στο μέλλον. Το 14,68% (16 άτομα) συμφωνούν με την παραπάνω άποψη ενώ το 3,67% (4 άτομα) ούτε συμφωνούν αλλά ούτε και διαφωνούν. Ο **Μ.Ο** για αυτή την ερώτηση είναι **4,74**.

Πίνακας 7.15 Παράδοση αποτελεσμάτων



Στην ερώτηση για την σημαντικότητα της καθαρής και προσεγμένης εμφάνισης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, το ποσοστό των 59,6% (65 άτομα), υποστήριξε πως είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, το 22,9% (25 άτομα), το θεώρησε ως σημαντικό, το 14,7 (16 άτομα), επέλεξε πως είναι αρκετά σημαντικό, ενώ 3 άτομα (2,7%) υποστήριξαν πως είναι ελάχιστα ή και καθόλου σημαντικός παράγοντας.

Πίνακας 7.16 Εμφάνιση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού



Και τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις στην ερώτηση κατά την οποία οι συμμετέχοντες θα έπρεπε να επιλέξουν το στοιχείο εκείνο που κατά την γνώμη τους, είναι το πιο βασικό και επιβάλλεται να διέπει όλες τις Πρωτοβάθμιες Δομές Υγείας. Η πλειοψηφία, συγκεντρώνεται στην απάντηση που αφορά την ευγένεια, τη φιλική και πρόθυμη συμπεριφορά του προσωπικού και την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών που εργάζονται στον χώρο της υγείας, 30,3% (33 άτομα). Η αμέσως επόμενη δημοφιλέστερη απάντηση, το 22% του συνόλου (24 άτομα), σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Το 19,3% του δείγματος (21 άτομα) δήλωσαν πως η υψηλή κατάρτιση του προσωπικού είναι το σημαντικότερο στοιχείο ενώ το 14,7% (16 άτομα) επέλεξαν την αξιοπιστία ως βασικό στοιχείο. Στα λιγότερο σημαντικά χαρακτηριστικά φαίνεται να κατατάσσουν την ισονομία στην παροχή υπηρεσιών υγείας, με πλήθος απαντήσεων 6 άτομα (5,5%), την καινοτομία και τεχνολογία 5 άτομα (4,6%) και τέλος τις άριστες υποδομές και την χωροταξία 4 άτομα με (3,7%).

Πίνακας 7.17 Το στοιχείο που πρέπει να διέπει όλες τις Πρωτοβάθμιες δομές υγείας



7.2 Βαθμός ικανοποίησης από την επίσκεψη σας στο ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο “ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ”

Στο τρίτο και τελευταίο σκέλος του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης που θεωρούν ότι έλαβαν κατά την τελευταία τους επίσκεψη στο ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο “ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ”.

Η πρώτη ερώτηση της τρίτης ενότητας, αφορά την προθυμία που έδειξε το διοικητικό προσωπικό για εξυπηρέτηση και ενημέρωση ώστε να γίνει σωστή τήρηση των διαφόρων διαδικασιών. Το 35,8% (39 άτομα) του δείγματος δήλωσε πως το προσωπικό έδειξε προθυμία. Το 34,9% (38 άτομα) υποστήριξε πως το προσωπικό έδειξε πολύ μεγάλη προθυμία. Το 24,8% (27 άτομα) ανέφερε πως ήταν αρκετά πρόθυμοι. Το 3,7% (4 άτομα),

αναφέρει ελάχιστη προθυμία, ενώ υπάρχει και το 0,9% (1 άτομο) που υποστηρίζει πως δεν έδειξε καμία προθυμία για εξυπηρέτηση.

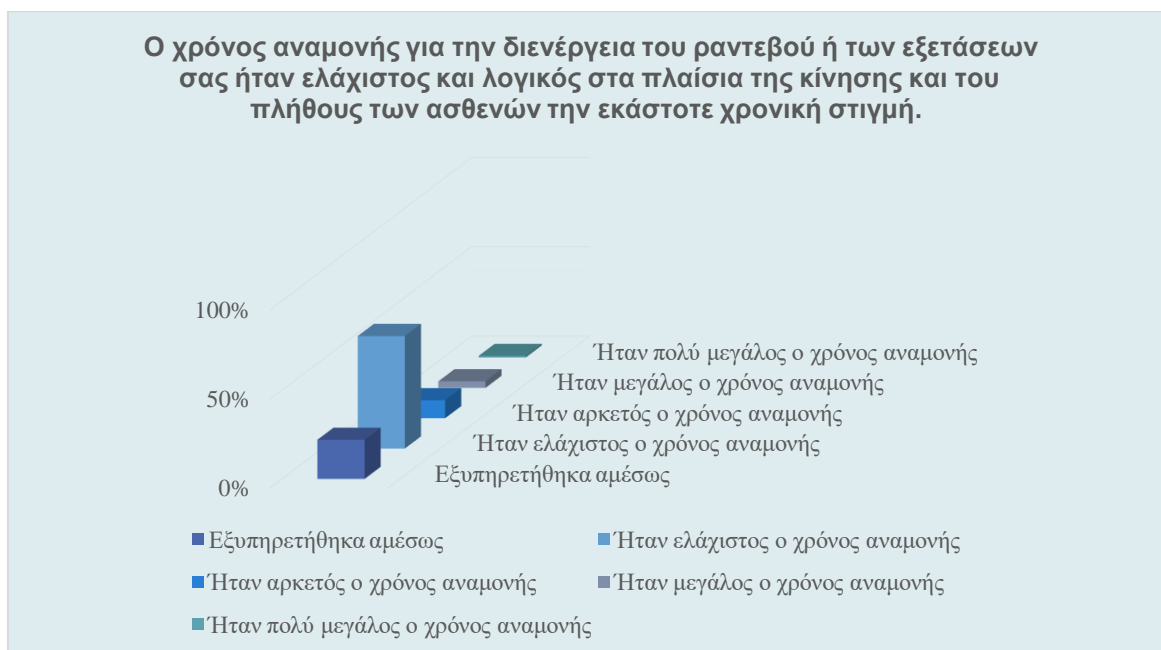
Πίνακας 7.18 Ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό



Προχωρώντας στην δεύτερη ερώτηση, η οποία θίγει την ικανοποίηση που έλαβε ο εκάστοτε ασθενής, από τον χρόνο αναμονής του, σύμφωνα πάντα με την κίνηση και το πλήθος των ασθενών που έπρεπε να εξυπηρετηθούν εκείνη την χρονική περίοδο, τα αποτελέσματα των απαντήσεων ταξινομούνται ως εξής:

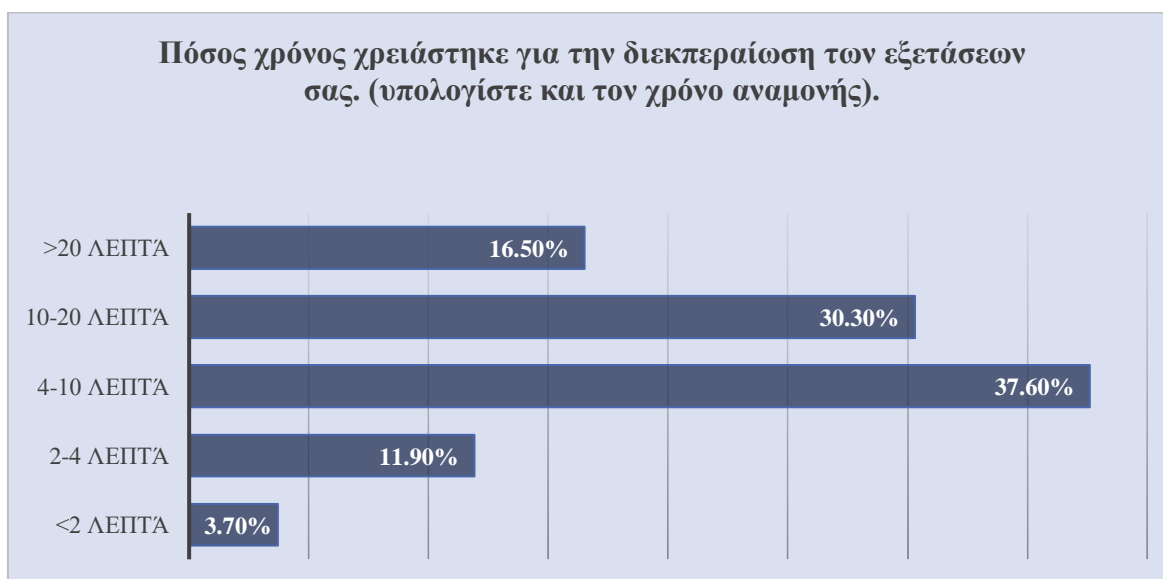
- Το 63,3% (69 άτομα), υποστηρίζει πως ο χρόνος αναμονής του ήταν ελάχιστος
- Το 22 % (24 άτομα), αναφέρει πως εξυπηρετήθηκε αμέσως
- Το 10,1% (11 άτομα), δηλώνει πως ήταν αρκετός ο χρόνος αναμονής του
- Το 3,7% (4 άτομα), θεωρεί πως ήταν μεγάλος ο χρόνος αναμονής του
- Το 0,9% (1 άτομο), πιστεύει πως ήταν πολύ μεγάλος ο χρόνος αναμονής του

Πίνακας 7.19 Χρόνος αναμονής



Εν συνεχεία, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν για τον συνολικό χρόνο που χρειάστηκε, τόσο για την διεκπεραίωση των εξετάσεων τους όσο και για τον χρόνο που αφιέρωσαν στην αίθουσα αναμονής. Το 37,6% (41 άτομα), δήλωσε πως η συνολική του εμπειρία διήρκεσε 4-10 λεπτά, το 30,3% (33 άτομα), υποστήριξε πως ο χρόνος ήταν μεταξύ 10-20 λεπτά, το 16,5% (18 άτομα), ανέφερε πως διήρκεσε >20 λεπτά. Το 11,9% (13 άτομα), ανέφερε 2-4 λεπτά ενώ ένα μικρό ποσοστό 3,7% (4 άτομα) δήλωσε <2 λεπτά.

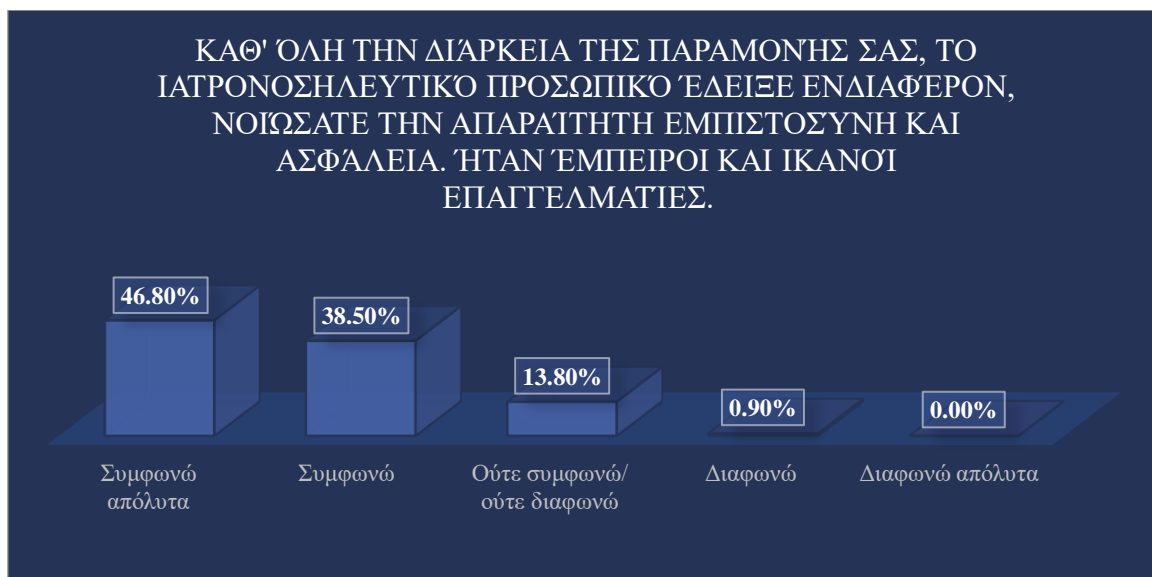
Πίνακας 7.20 Χρόνος διεκπεραίωσης της εξέτασης



Στις ερωτήσεις για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οι απαντήσεις που δόθηκαν απεικονίζονται στους παρακάτω πίνακες:

Στην ερώτηση για το ενδιαφέρον, την εμπιστοσύνη, την ασφάλεια, την εμπειρία και την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, το 46,8% (51 άτομα) αποκρίθηκε απολύτως θετικά για τις υπηρεσίες που έλαβε, το 38,5% (42 άτομα) απάντησαν θετικά, το 13,8% (15 άτομα) κράτησαν ουδέτερη στάση, ενώ το 0,9% (1 άτομο) απάντησε αρνητικά με βάση την εμπειρία του.

Πίνακας 7.21 Ικανοποίηση από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό



Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την ευγένεια, την φιλική συμπεριφορά και την προθυμία που έδειξε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Το 54,1% του συνόλου (59 άτομα) δήλωσαν με απόλυτη συμφωνία πως το προσωπικό όντως έδειξε τα παραπάνω στοιχεία. Το 36,7% (40 άτομα) συμφώνησαν εξίσου. Το 6,4% (7 άτομα) παρέμεινε ουδέτερο στην απάντηση του ενώ το 2,8% (3 άτομα) διαφώνησαν.

Πίνακας 7.22 Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού



Η τελευταία ερώτηση σχετίζεται με τον χρόνο και την ταχύτητα με την οποία εκτέλεσε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τα καθήκοντά του, με το 58,7% (64 άτομα) να απαντάει πως συμφωνεί απόλυτα θετικά, το 30,3% (33 άτομα) συμφωνεί επίσης, το 9,2% (10 άτομα) απάντησαν με ουδετερότητα ενώ υπάρχουν και 2 άτομα (1,8%) που δήλωσαν πως διαφωνούν απλώς και διαφωνούν σε απόλυτο βαθμό αντίστοιχα.

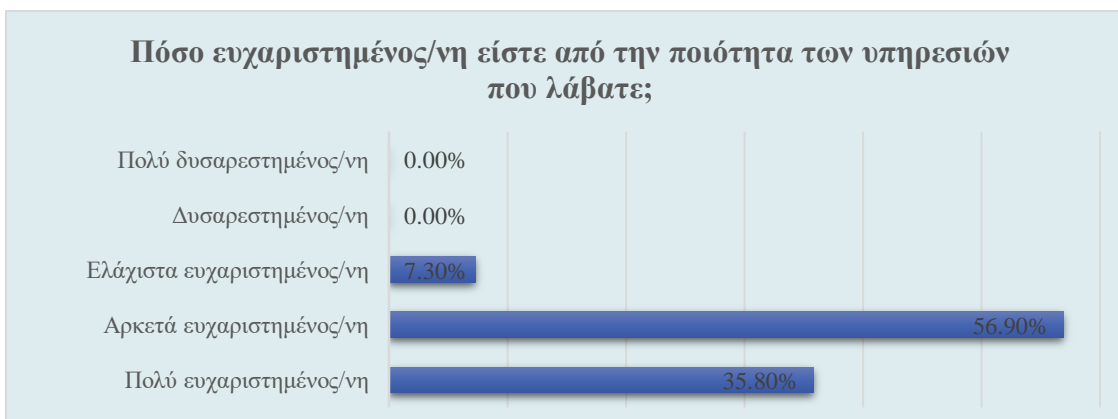
Πίνακας 7.23 Ικανοποίηση από ταχύτητα και ενδιαφέρον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού



Στο τελευταίο κομμάτι του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν τέσσερις ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την γενική τους ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών που έλαβαν, την εξυπηρέτηση από το διοικητικό προσωπικό, την εξυπηρέτηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τέλος να συγκρίνουν την εμπειρία τους με την τελευταία φορά που επισκέφτηκαν το διαγνωστικό.

Όσον αφορά την ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών που έλαβαν, το 56,9% (62 άτομα) δήλωσαν αρκετά ευχαριστημένοι, το 35,8% (39 άτομα) πολύ ευχαριστημένοι ενώ το 7,3% του συνόλου (8 άτομα) υποστήριξαν πως έφυγαν ελάχιστα ευχαριστημένοι.

Πίνακας 7.24 Ικανοποίηση από ποιότητα υπηρεσιών



Στις ερωτήσεις για την ικανοποίηση από την ποιότητα στην εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν οι εξής:

Ικανοποίηση από διοικητικό προσωπικό

- Το 56,9% (62 άτομα) υποστήριξαν πως έμειναν αρκετά ευχαριστημένοι
- Το 30,3% (33 άτομα) δήλωσαν πολύ ευχαριστημένοι
- Το 10,1% (11 άτομα) απάντησαν πως έμειναν ελάχιστα ευχαριστημένοι
- Το 1,8% (2 άτομα) έμειναν πολύ δυσαρεστημένη
- Ενώ το 0,9% (1 άτομο) δήλωσε απλά δυσαρεστημένο

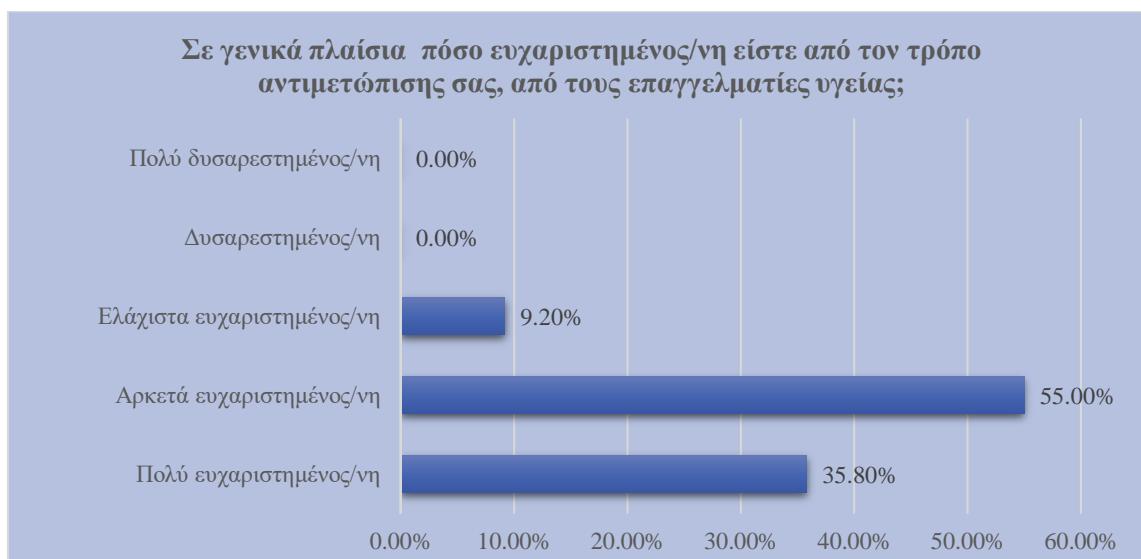
Πίνακας 7.25 Γενική ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό



Ικανοποίηση από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

- Το 55% (60 άτομα) δήλωσαν αρκετά ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες που έλαβαν από τους επαγγελματίες υγείας
- Το 35,8% (39 άτομα) υποστήριξαν πως ένιωσαν πολύ ευχαριστημένοι
- Το 9,2% (10 άτομα) υποστήριξαν πως έμειναν ελάχιστα ευχαριστημένοι
- Κανένας δεν δήλωσε δυσαρεστημένος από τις υπηρεσίες που έλαβε από το προσωπικό

Πίνακας 7.26 Γενική ικανοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας



Τέλος, στην τελευταία ερώτηση, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση σχετικά με την εμπειρία της σημερινής τους επίσκεψης, σε σχέση με την προηγούμενη επίσκεψη. Το 56,9% (62 άτομα) δήλωσαν πως η εμπειρία τους ήταν ίδια με την προηγούμενη φορά. Το 22,9% (25 άτομα) δήλωσαν πως η εμπειρία τους ήταν αρκετά καλύτερη. Το 18,3% (20 άτομα) αποκρίθηκαν πως η εμπειρία τους αυτή τη φορά ήταν πολύ καλύτερη. Ενώ το 1,8% (2 άτομα) υποστήριξαν πως η συνολική τους εμπειρία ήταν χειρότερη από αυτή της προηγούμενης επίσκεψης.

Πίνακας 7.27 Βαθμολόγηση συνολικής εμπειρίας σε σχέση με την προηγούμενη επίσκεψη



7.4 Συμπεράσματα

Κατόπιν της συλλογής και ανάλυσης των πληροφοριών που προέκυψαν από την δειγματοληπτική έρευνα, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

Σύμφωνα με το δείγμα που εξετάστηκε, το προφίλ του μέσου ασθενή που επισκέφτηκε το ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ κατά το διάστημα της διεξαγωγής της έρευνας, είναι γυναίκα, υπάγεται στην ηλικιακή ομάδα 18-30 ετών, το μορφωτικό του επίπεδο είναι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και χαρακτηρίζει τη γενική του υγεία ως «πολύ καλή». Το είδος ασφάλειας της υγείας του είναι ο ΕΟΠΥΥ, η επίσκεψη του αφορούσε το εργαστηριακό τμήμα του διαγνωστικού κέντρου ενώ αιτιολογία της επίσκεψης αποτελεί ο προληπτικός έλεγχος της υγείας του.

Όσον αφορά το κομμάτι των προσδοκιών, οι ασθενείς δίνουν μεγάλη έμφαση στη γειννίαση του διαγνωστικού κέντρου με την οικεία τους ή στην ύπαρξη του σε τοποθεσία που κινούνται στην καθημερινότητα τους, καθώς επίσης και στο επίπεδο εξασφάλισης εύκολης πρόσβασης για όλους. Μεγάλο ρόλο στον σχηματισμό της θετικής εντύπωσης και εμπειρίας, φαίνεται να διαδραματίζει η εμφάνιση του χώρου αναμονής, και όχι μόνο, της διαγνωστικής μονάδας. Η επάρκεια, η άνεση, η ευχάριστη διακόσμηση, η σωστή χωροταξία, οι σημάσεις για διευκόλυνση του προσανατολισμού και η καθαριότητα αποτελούν βασικά στοιχεία που θα πρέπει να φροντίζει το διαγνωστικό κέντρο να παρέχει στους ασθενείς.

Πέρα από την εμφάνιση των χώρων, σπουδαίος παράγοντας αποτελεί και η εμφάνιση του προσωπικού, η οποία θα πρέπει να είναι προσεγμένη και καθαρή, καθώς επίσης και η διάθεση του για ενημέρωση, εξυπηρέτηση και τήρηση των διαδικασιών. Η ταχύτητα εξυπηρέτησης τόσο δια ζώσης όσο και τηλεφωνικά ή ηλεκτρονικά, αλλά και οι ευέλικτοι και σύγχρονοι τρόποι εξυπηρέτησης, ανήκουν στις κορυφαίες προσδοκίες των ασθενών την σύγχρονη εποχή που διανύουμε. Ομοίως, η χρήση μηχανημάτων και εξοπλισμού σύγχρονης τεχνολογίας προτρέπει τους ασθενείς να αναγνωρίσουν την προσπάθεια παροχής αναβαθμισμένων υπηρεσιών.

Τέλος, στις προσδοκίες ηθικής απόψεως συγκαταλέγονται η αξιοπιστία, η συνέπεια και η σταθερότητα του διαγνωστικού κέντρου απέναντι στους ασθενείς όπως και η ύπαρξη ενσυναίσθησης και βαθιάς κατανόησης από την πλευρά των υγειονομικών υπαλλήλων.

Σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης από την επίσκεψή τους στην εξεταζόμενη διαγνωστική μονάδα τα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι τα εξής:

Κατά την πλειοψηφία των απαντήσεων, το διοικητικό προσωπικό έδειξε προθυμία να εξυπηρετήσει και να προβεί σε ενημέρωση για τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν. Επιπλέον, ο χρόνος αναμονής χαρακτηρίστηκε ως ελάχιστος και λογικός, με μέσο όρο τα 4-10 λεπτά για την διεκπεραίωση των εξετάσεων.

Αναφορικά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οι ασθενείς στην πλειοψηφία ένοιωσαν το απαραίτητο ενδιαφέρον, την εμπιστοσύνη, την ασφάλεια, την εμπειρία και τον επαγγελματισμό που θα πρέπει να διέπει όλους τους επαγγελματίες υγείας. Δήλωσαν επάρκεια στο χρόνο που τους διέθεσαν καθώς διέκριναν ταχύτητα στην εξυπηρέτηση αλλά και προθυμία.

Η ποιότητα των υπηρεσιών αξιολογήθηκε από τον μέσο όρο των ασθενών ως αρκετά καλή, όπως και η εμπειρία με το ιατρονοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Στην ερώτηση σχετικά με την σύγκριση της τελευταίας εμπειρίας με την προηγούμενη η πλειοψηφία ισχυρίστηκε πως η εμπειρία και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών παραμένει η ίδια, αναδεικνύοντας την σταθερότητα που αναζητούν οι ασθενείς σύμφωνα με τις προσδοκίες που προέκυψαν από τα αποτελέσματα της έρευνας.

Κάποιες προτάσεις βελτίωσης για το διαγνωστικό κέντρο που απορρέουν από την παραπάνω έρευνα είναι οι εξής:

- ✚ Πραγματοποίηση τακτικών ερευνών μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με σκοπό την αξιολόγηση των αναγκών τους αλλά και των προσφερόμενων υπηρεσιών
- ✚ Το διοικητικό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να αφιερώνουν επαρκή χρόνο στο κάθε περιστατικό ξεχωριστά με στόχο να καλλιεργηθεί στον ασθενή το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης προς αυτούς.
- ✚ Απαραίτητο θεωρείται το προσωπικό να έχει άριστες επικοινωνιακές δεξιότητες και συμπεριφορά καθώς και τις απαιτούμενες γνώσεις του αντικειμένου του.
- ✚ Ανάπτυξη συστήματος ορθής διαχείρισης των προβλημάτων και ζητημάτων που προκύπτουν στην καθημερινότητα.
- ✚ Αποφυγή μεγάλων αναμονών και καθυστερήσεων που αναπόφευκτα οδηγούν σε δυσανασχετήσεις και σύγχυση.
- ✚ Συνεχείς εκπαίδευση και κατάρτιση των υπαλλήλων με σκοπό την διεύρυνση της υπάρχουσας γνώσης αλλά και στην απόκτηση νέας.

7.5 Περιορισμοί έρευνας και πρόταση για μελλοντική έρευνα

Η έρευνα διεξήχθη σε διάστημα μιας εργάσιμης εβδομάδας στον εργασιακό χώρο του συγγραφέα. Αρκετοί ασθενείς αρνήθηκαν να αφιερώσουν χρόνο για την απάντηση των ερωτήσεων καθώς μεγάλο ρόλο έπαιξε και ο εργασιακός φόρτος που υπήρχε κάποιες μέρες της εβδομάδας αυτής.

Μια μελλοντική έρευνα, θα ήταν χρήσιμο να εξετάσει το ζήτημα και από την σκοπιά των υγειονομικών υπαλλήλων, σχετικά με τις προσδοκίες και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση τόσο των ίδιων όσο και των ασθενών. Εύλογο επίσης θα ήταν ο χρόνος για τη διεξαγωγή της έρευνας να είναι μεγαλύτερος, ώστε τα ευρήματα να είναι περισσότερο αξιόπιστα και κοντά στην πραγματικότητα.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

Αλεξιάδης, Α. και Σιγάλας, Ι., 1999. *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Αλετράς, Β., 2021. *ΧΡΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΣΤΟ MANAGEMENT: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ - Θεωρητική προσέγγιση της ικανοποίησης των ασθενών*. Διδακτικές σημειώσεις

Αποστολάρα, Π., 2012. *Διερεύνηση των προβλημάτων υγείας στην κοινότητα. Κατάρτιση νοσηλευτών της 1ης, 2ης και 3ης υγειονομικής περιφέρειας στον σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της ΠΦΥ*. Αθήνα: ΕΝΕ & ΚΕΚ Δήμητρα

Βιοϊατρική Όμιλος Εταιριών Υγείας, 2022. Διαθέσιμο από <https://bioiatriki.gr/omilos/> (Πρόσβαση 17/08/2023)

Βραχνέλη, Α., 2017. *ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ*. Μεταπτυχιακή διατριβή (Online). Αθήνα: ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ. Διαθέσιμο από <https://repositoryesdda.ekdd.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/298/%ce%92%cf%81%ce%b1%cf%87%ce%bd%ce%ad%ce%bb%ce%b7.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Πρόσβαση 08/08/2023)

Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Νάτσης, Χ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. και Πιερράκος, Γ., 2019. *Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων – Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2019, 36(1):88-95

Διλίντας, Α. και Σεβαστάκης, Ε., 2005. *Ποιότητα υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, πριν και μετά τον νόμο 2889/01*. Επιθεώρηση υγείας

Έλληνας, Δ., 2005. *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας, σε σύστημα υγείας*. Επιθεώρηση Υγείας 94(8): 42-46

ΕΟΠΥΥ, 2021. Επίσημη ιστοσελίδα <https://www.eopyy.gov.gr> (Πρόσβαση 08/08/2023)

Εταιρία φαρμάκων ευρείας χρήσης (ΕΦΕΧ), 2023. *Αυτοφροντίδα*. Διαθέσιμο από: <https://efex.gr/%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%BF%CF%86%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%B4%CE%B1/> (Πρόσβαση 06/08/2023)

Ζαφειρόπουλος, Κ., 2015. *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία;*. Εκδόσεις: ΚΡΙΤΙΚΗ

Θεοδώρου, Μ., 1992. *Ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας*. Ιατρική επιθεώρηση, ΙΚΑ, 3(1), Αθήνα

Θεοδώρου, Μ., 2001. *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα. Εκδόσεις: ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ

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

- Καλοκαιρινού, Α. και Σουρτζή, Π., 2005. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα
- Κομματάς, Δ., Παπανότη, Β., Γκολφινόπουλος, Π. και Ανδριώτη, Δ., 2006. *Το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Εκδόσεις ΕΛΕΓΕΙΑ. Τριμηνιαία έκδοση της ελληνικής εταιρείας γενικής ιατρικής
- Κοντούλη, Μ., 1997. *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΞΑΝΤΑΣ
- Κοτσαγιώργη, Ι. και Γκέκα, Κ., 2010. Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9^{ος}, Τεύχος 4^ο
- Κωνσταντοπούλου, Α., 2006. *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα*. Διαθέσιμο στο http://www.doyk.gr/vivliothiki/pdf/ygeia/ygeia_politiki/politiki_ygeias_ellada.pdf (Πρόσβαση 08/08/2023)
- Λάγιου, Α., 2014. *Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην ΠΦΥ*. Αθήνα: Πρακτικά πρώτου Πανελληνίου Συνεδρίου Επισκεπτών Υγείας
- Λάγιου, Α., 2013. *Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας - Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας στον 21ο αιώνα*. Θεσσαλονίκη: Πρακτικά πρώτου Πανελληνίου Φόρουμ Επισκεπτών Υγείας
- Λαγουμιντζής, Γ., Βλαχόπουλος Γ. και Κουτσογιάννης, Κ., 2015. *Μεθοδολογία της Έρευνας στις Επιστήμες Υγείας*. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο.
- Λιάπη, Μ.Μ., 2017. *Η Έρευνα Ικανοποίησης Πελατών. Πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα, παραδείγματα*. Διαθέσιμο από: <http://www.epixeiro.gr/article/2274> (Πρόσβαση 16/08/2023)
- Λιούτα, Α., 2021. *Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ*. Μεταπτυχιακή διατριβή (Online). Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Διαθέσιμο από https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/13349/Liouta_ody1820.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Πρόσβαση 07/08/2023)
- Μάντη, Π. και Τσελέπη, Χ., 2000. *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσίες Υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ
- Ματσούκης, Γ., 2005. *Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Μεταπτυχιακή διατριβή (Online). Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διαθέσιμο από <https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/860/1/MatsoukisMsc2006.pdf> (Πρόσβαση 07/08/2023)
- Μέγγουλη, Ε. Δ., 2019. *ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΙΧΜΗΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ*. Διδακτορική Διατριβή (Online). Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Διαθέσιμο από https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/12101/Mengouli_ydo1201.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Πρόσβαση 14/08/2023)
- Μερκούρης, Α., 1996. *Η ικανοποίηση του αρρώστου – κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*. Διδακτορική διατριβή (Online) Αθήνα:

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαθέσιμο από <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/6204> (Πρόσβαση 16/08/2023)

Μπουρσανίδης, Χ., 2009. *Οργάνωση Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Διδακτικό Υλικό-Εθνική σχολή Δημόσιας Υγείας

Ναούμ, Σ., 2020. *Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή*. Επιστημονικά Χρονικά

Ντζούφρα, Β., Ξενάκη, Δ. και Παντελή, Α., 2015. *Η ικανοποίηση των ασθενών με την παρεχόμενη φροντίδα σε δημόσια νοσοκομεία*. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής

Ξημεράκη, Κ. και Ρούφας, Κ., 2015. *Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών σε δημόσιο νοσοκομείο*. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκηση Επιχειρήσεων

ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2019. Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ. Διαθέσιμο από: <https://socialpolicy.gr/wp-content/uploads/2019/12.pdf> (Πρόσβαση 17/08/2023)

Πάσχος, Κ., 2018. *Η πρόκληση των χρόνιων νόσων: προσδοκίες ασθενών και η ανταπόκριση ιατρών και σύγχρονων συστημάτων υγείας*. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΤΟΜΟΣ 23ος – ΤΕΥΧΟΣ 2

Παυλάκης, Α., 2007. Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Μύθος ή Πραγματικότητα. 14ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής. Λευκωσία, Κύπρος

Πέππας, Χ. και Κοράκη, Α., 2013. *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Τεκμηριωμένη Ιατρική: Πρόκληση ή λαιλάπα;*. Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος 9(1):25-31.

Πετσετάκη, Ε., 1995. *Εξασφάλιση ποιότητας φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας*. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 2(4):13-25

Πιερράκος, Γ., 2018. *Οργάνωση και Διοίκηση ΠΦΥ*. Σημειώσεις μαθήματος. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης. (ONLINE. Πρόσβαση 18/09/2023)

Πράπα, Π. και Φακή, Μ., 2008. *Κοινωνιολογία της Υγείας-Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία»*. Αθήνα: Εκδόσεις Καύκας

Ραφτόπουλος, Β., 2002. *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ξενογλώσση βιβλιογραφία

- Balasubramanian, V., 2022. **THE PSYCHOLOGY OF EXPECTATIONS**. Psychologs available at: <https://www.psychologs.com/the-psychology-of-expectations/> (Access 28/08/2023)
- Bandura A., 1997. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, NY: WH Freeman.
- Bowers, M. R., Swan, J. E., & Koehler, W. F., 1994. *What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?*. Health care management review 19(4), 49–55
- Brown, L., Oliver-Baxter, J. and Bywood, P., 2013. *International trends and initiatives in primary health care*. PHCRIS Research Roundup, Issue 3
- Buller, M. and Buller, D., 1987. Physician's Communication Style and Patient Satisfaction. J Health Soc Behav 28:375-388
- Center of Academic Research and Studies (CE.A.R.S), 2022 . Quantitative or Qualitative research?. Available: <https://cears.edu.gr/posotiki-vs-poiotiki/> (Access 17/08/2023)
- Di Matteo, R. and Martin, L., 2011. *Εισαγωγή στην ψυχολογία της Υγείας*. 1^η έκδοση. Αθήνα (μετάφρασμένο)
- Dixon, J., 2000. *Social Determinants of Health*. *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 1, Pages 87–89
- Donabedian, A., 1966. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 2005.83(4):691-729
- Donabedian, A., 1988. The quality of care. How can it be assessed? Jama. 1988;260(12):1743-1748
- Donaldson, M.S., Yordy, K.D., Lohr, K.N and Vanselow N.A., 1996. *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington (DC): National Academies Press (US)
- Economou, C., 2010. *Greece: Health system review*. Health Systems in Transition
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A. and Sissouras, A., 2015. *The impact of the crisis on the health system and health in Greece*. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience
- Ereshefsky, M., 2009. *Defining 'health' and 'disease'*. Stud Hist Philos Biol Biomed Sci. 40(3):221-7
- Gerson, R., 1994. *Measuring Customer Satisfaction*. Marketing and Sales Series. Kogan Page

Giese, J. and Cote J., 2002. Defining Consumer Satisfaction. Academy of Marketing Science Review. Washington State University

Groenewegen, P. and Jurgutis A., 2013. *A future for primary care for the Greek population*. Qual Prim Care 21(6):369-78.

Hall, J.A. and Dornan M.C., 1988. What the patients like about their care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Soc Sci Med 27: 935-939

Hendriks, A.A., Oort, F.J., Vrieling M.R. and Smets, E.M.A., 2002. Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire. Department of Medical Psychology

Holm, A.L., 2014. *Perceptions of the need for improvements in healthcare after implementation of the Chronic Care Model*. Nursing and health sciences. Special Issue: Chronic Disease (pages 413–483)

Institute of Medicine, 2001. *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press

Kirsch, I., 2004. *Conditioning, expectancy, and the placebo effect: comment on Stewart-Williams and Podd*. Psychol. Bull. 130

Kirsch, I., Kong, J., Sadler, P., Spaeth, R., Cook, A., Kaptchuk, T. J., et al., 2014. *Expectancy and conditioning in placebo analgesia: Separate or connected processes?*. Psychol. Conscious. 1, pp.51–59

Kizer, K.W., 2001. *Establishing health care performance standards in an era of consumerism*. Jama 286(10):1213-1217

Kotler, P. (1997) Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control. 9th Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlic, D.R., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., Van der Zee, J. and Groenewegen, P., 2013. *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*. Br J Gen Pract 63(616):e742-50

Kube, T., Rief, W., and Glombiewski, J. A., 2017. *On the maintenance of expectations in major depression – investigating a neglected phenomenon*. Front. Psychol. 8: pp.9

La Monica, E., Oberest, M., Madea, A. and Wolf, M., 1986. *Development of a patient satisfaction scale*. Research in nursing and health (9): 43-50

Lionis, C. and Petelos, E., 2015. *The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary Care System: towards a European Model*. Integrated Primary and Behavioral Care. Springer.

Macinko, J., Starfield, B. and Erinosh, T., 2009. *The Impact of Primary Health care on Population Health in Low- and Middle-Income Countries*. Journal of Ambulatory Care Management 32(2):150-71

- Maddux, J.E., 1999. *Expectancies and the social-cognitive-perspective: basic principles, processes, and variables, in How Expectancies Shape Experience*. Washington, DC: American Psychological Association, pp.17–39
- Newman, J. and Vidler, E., 2006. *Discriminating Customers, Responsible Patients, Empowered Users: Consumerism and the Modernisation of Health Care*. *J Soc Policy* 35(2):193-209
- Oecd Organisation For Economic Co-Operation And Development, 2016. *Health at a Glance*. Europe 2016: State of Health in the EU Cycle
- Oettingen, G., and Wadden, T. A., 1991. *Expectation, fantasy, and weight loss: is the impact of positive thinking always positive?*. *Cognit. Ther. Res.* 15, pp.167–175
- Oettingen, G., and Mayer, D., 2002. *The motivating function of thinking about the future: expectations versus fantasies*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 83, pp.1198–1212
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1988) SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40
- Pascoe, G.C. (1983) Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Education and Program Planning*, 48, 12-40
- Petersen, M.B., 1988. “Measuring patient satisfaction: Collecting useful data”. *Journal of Nursing Quality Assurance* 2(3), 25-35
- Peterson, G.B. and Trapold, M.A., 1982. *Expectancy Mediation of Concurrent Conditional Discriminations*. *The American Journal of Psychology* Vol. 95, No. 4 pp. 571-580
- Polyzos, N., Economou, C., and Zilidis, C., 2008. *National Health Policy In Greece: Regulations Or Reforms? The Sisyphus Myth*. *European Research Studies*
- Reid, D. R. and Sanders, R. N., 2016. *Διοίκηση επιχειρησιακών λειτουργιών*. 2^η Έκδοση, Εκδόσεις: ΚΡΙΤΙΚΗ
- Renzi, C., Abeni D., Picardi A., Agostini E., Melchi C.F. and Pasquini, P., 2001. *Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients*. *Br J Dermatol.* 145(4):617- 623
- Risser, N., 1975. *Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings*. *Nursing research* 24: 45-52
- Robinson, J.C., 2001. The end of managed care. *Jama.* 285(20):2622-2628
- Sapir, R., Catane, R., Kaufman, B., Isacson, R., Segal, A., Wein, S., et al., 2000. Cancer patient expectations of and communication with oncologists and oncology nurses: the experience of an integrated oncology and palliative care service. *Support Care Cancer* 8:458-463

- Scheier, M.F. and Carver, C.S., 2018. *Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward*. *American Psychologist*, 73(9), 1082–1094
- Schramme, T., 2007. *The significance of the concept of disease for justice in health care*. *Theoretical Medicine and Bioethics* 28 (2):121-135
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D. and Liaropoulos, L., 2016. *Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last*. *Eur J Health Econ* 17(2):159-70
- Special Eurobarometer 411, 2014. *Patient Safety and Quality of Care*. European Union. Available at: <https://joint-research-centre.ec.europa.eu/system/files/2017-07/Patient%2520safety%2520and%2520quality%2520of%2520care.pdf> (Access 23/08/2023)
- Susman, J., 1994. Disability, stigma and deviance. *Social Science & Medicine* Volume 38, Issue 1, Pages 15-22
- Täljedal, I.B., 2004. *Strong holism, weak holism, and health*. *Medicine, Health Care and Philosophy* volume 7, pages143–148
- Theodorou, P., Argyropoulou, E. and Hatzikou, Magda., 2020. *Perceptions and Attitudes of Pharmacists of Greek Organisation for the Provision of Health Services (EOPYY) Regarding Generics*. *Value in Health*
- Valentijn, P.P., Vrijhoef, H., Ruwaard, D., Boesveld, I., Arends, R.Y. and Bruijnzeels, M.A. , 2015. *Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach*. *BMC Family Practice*
- Van Maanen, J. and Barley, S. R., 1984. Occupational communities: Culture and control in organizations. *Research in Organizational Behavior*, 6, 287–365
- Westbrook, R.A. and Reilly, M.D., 1983. *Value-Percept Disparity: An Alternative to the Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction*. Bagozzi, R.P. and Tybout, A.M., Eds., *Advances in Consumer Research*, Association for Consumer Research, Ann Arbor, 256-261
- WHO, 1983. *The WHO and Primary Health Care during the 1980s*. *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*
- WHO, 1993. Continuous quality development: a proposal national policy. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. Available from: http://www.euro.who.int/__data/.../euro_series_56new.pdf (Access 28/08/2023)
- WHO, 2000. *Health Systems Improving Performance*. Geneva, Switzerland. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/> (Access 28/08/2023)
- WHO, 2008. *Integrated health services - what and why? Technical Brief No.1*. Available at: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf. (Access 18/08/2023)
- WHO, 2023. WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care. Available at <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata> (Access 18/08/2023)

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο έρευνας: " Ικανοποίηση και προσδοκίες ασθενών από δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Μελέτη περίπτωσης μιας ιδιωτικής διαγνωστικής μονάδας "

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας μου, στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος "Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας", με τίτλο «Ικανοποίηση και προσδοκίες ασθενών από δομές Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας. Μελέτη περίπτωσης μιας ιδιωτικής διαγνωστικής Μονάδας» . Η έρευνα και οι ερωτήσεις πραγματοποιούνται τον εντοπισμό και την ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών που παρακολουθούν την υγεία τους σε εξωτερικά ιατρεία και συγκεκριμένα σε διαγνωστικά κέντρα όπως το συγκεκριμένο που διενεργείται η έρευνα. Καθώς η ικανοποίησή σας ως επισκέπτης των διαγνωστικών αυτών κέντρων, αποτελεί κομβικό κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχονται, η συμμετοχή σας κρίνεται σημαντική. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους ερευνητικούς σκοπούς. Οι απαντήσεις σας εκφράζουν την προσωπική σας άποψη, η οποία είναι πολύτιμη για την διεξαγωγή της έρευνας. Δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις για τον λόγο αυτό παρακαλείστε να απαντήσετε με προσοχή σε όλες τις ερωτήσεις. Σημειώνεται ότι θα τηρηθεί απόλυτη ανωνυμία στις απαντήσεις. Ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας.

Τμήμα Πρώτο - Στοιχεία ερωτώμενου

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικιακή Ομάδα

- 18-30
- 31-50
- >50

3. Μορφωτικό επίπεδο

- Πρωτοβάθμια εκπαίδευση
- Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
- Τριτοβάθμια εκπαίδευση
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου

4. Γενική Υγεία

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια

- Κακή
- Πολύ κακή

5. Είδος ασφάλειας υγείας

- ΕΟΠΥΥ
- Άλλη δημόσια Κοινωνική Ασφάλιση
- Ιδιωτική Ασφάλιση
- Καμία Ασφάλιση

6. Επιλέξτε το τμήμα που επισκεφτήκατε την τελευταία φορά που ήρθατε

- Εργαστηριακό τμήμα (αιματολογικό, βιοχημείας, ανοσολογίας, γενετικής και μοριακής, κυτταρολογικό, μικροβιολογικό)
- Απεικονιστικό τμήμα (ακτινολογικό, αξονικό, μαγνητικό, PET/CT, υπερήχων)
- Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής
- Τμήμα Covid-19

7. Λόγος επίσκεψης στη διαγνωστική μονάδα

- Προληπτικός έλεγχος
- Επαναληπτικός έλεγχος μετά από διάγνωση
- Εξετάσεις για νέα διάγνωση
- Άλλο

Προσδοκίες ασθενών: Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις προσδοκίες που έχετε από ένα οποιοδήποτε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο.

8. Αξιολογήστε πόσο σημαντική είναι για εσάς η γεινίαση του διαγνωστικού κέντρου με την οικεία σας ή με την τοποθεσία που κινήστε στην καθημερινότητα σας.

- Πάρα πολύ σημαντική
- Πολύ σημαντική
- Αρκετά σημαντική
- Ελάχιστα σημαντική
- Καθόλου σημαντική

9. Πόσο σημαντικό θεωρείτε ότι είναι, η Πρωτοβάθμια Δομή Υγείας να έχει εξασφαλίσει εύκολη πρόσβαση και σε άτομα με ειδικές ανάγκες;

- Πάρα πολύ σημαντικό
- Πολύ σημαντικό
- Αρκετά σημαντικό
- Ελάχιστα σημαντικό
- Καθόλου σημαντικό

10. Ο χώρος της αίθουσας αναμονής του διαγνωστικού κέντρου θα πρέπει να είναι επαρκής, άνετος και η διακόσμηση ευχάριστη.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

11. Ο βασικός χώρος αλλά και οι βοηθητικοί χώροι (w.c, μπάνια) του διαγνωστικού κέντρου επιβάλλεται να είναι καθαροί.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

12. Εύλογο είναι να υπάρχουν διακριτικές σημάνσεις στους τοίχους και τις πόρτες, ώστε να βοηθούν στον προσανατολισμό σας προς το κατάλληλο τμήμα.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

13. Ο εξοπλισμός, τα μηχανήματα και τα υλικά των διαγνωστικών κέντρων θα πρέπει συνεχώς να αναβαθμίζεται ώστε να αναβαθμίζονται και οι παρεχόμενες υπηρεσίες.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

14. Η Πρωτοβάθμια Μονάδα Υγείας θα πρέπει να παρέχει αξιοπιστία, να είναι συνεπής και σταθερή απέναντι στους ασθενείς που την επισκέπτονται.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

15. Πόσο σημαντικό είναι για εσάς, η τηλεφωνική σας εξυπηρέτηση να γίνεται ταχύτατα και με επάρκεια, είτε για να κλείσετε ραντεβού είτε για περαιτέρω πληροφορίες.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

16. Το διοικητικό προσωπικό θα πρέπει να εκτελεί με ταχύτητα τα καθήκοντά του και να προσπαθεί να τηρεί τους χρόνους αναμονής στο ελάχιστο.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

17. Το διοικητικό προσωπικό θα πρέπει να έχει μια καλή επικοινωνία αλλά και θέληση για την ομαλή τήρηση των διαδικασιών.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

18. Η παράδοση αποτελεσμάτων σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και με ευέλικτο τρόπο (π.χ. μέσω email) είναι σημαντικός παράγοντας για την μελλοντική επιλογή του ίδιου διαγνωστικού κέντρου και την επόμενη φορά.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

19. Πόσο σημαντικό είναι για εσάς η εμφάνιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να είναι καθαρή και προσεγμένη;

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

20. Επιλέξτε το στοιχείο το οποίο θεωρείται ως πιο βασικό και θα πρέπει να διέπει όλες τις Πρωτοβάθμιες δομές υγείας.

- Ισονομία
- Αξιοπιστία
- Υπηρεσίες υψηλής ποιότητας
- Άριστη κατάρτιση του προσωπικού
- Καινοτομία και τεχνολογία

- Άριστες υποδομές και χωροταξία
- Ευγένεια, φιλική και πρόθυμη συμπεριφορά προσωπικού, ενσυναίσθηση

Βαθμός ικανοποίησης από την τελευταία σας επίσκεψη στο διαγνωστικό κέντρο ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ: Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το επίπεδο ικανοποίησης σας από την τελευταία σας επίσκεψη στην ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ.

21. Κατά την υποδοχή σας στο διαγνωστικό κέντρο, πιστευτέ πως το διοικητικό προσωπικό ήταν πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει και σας ενημέρωσε ορθά για τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν;

- Έδειξαν πολύ μεγάλη προθυμία
- Έδειξαν προθυμία
- Ήταν αρκετά πρόθυμοι
- Ήταν ελάχιστα πρόθυμοι
- Δεν έδειξαν καμία προθυμία

22. Ο χρόνος αναμονής για την διενέργεια του ραντεβού ή των εξετάσεων σας ήταν ελάχιστος και λογικός στα πλαίσια της κίνησης και του πλήθους των ασθενών την εκάστοτε χρονική στιγμή.

- Εξυπηρετήθηκα αμέσως
- Ήταν ελάχιστος ο χρόνος αναμονής
- Ήταν αρκετός ο χρόνος αναμονής
- Ήταν μεγάλος ο χρόνος αναμονής
- Ήταν πολύ μεγάλος ο χρόνος αναμονής

23. Καθ' όλη την διάρκεια της παραμονής σας, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έδειξε ενδιαφέρον, νοιώσατε την απαραίτητη εμπιστοσύνη και ασφάλεια. Ήταν έμπειροι και ικανοί επαγγελματίες.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

24. Η συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ήταν ευγενική, φιλική και οι ίδιοι πρόθυμοι για ενημέρωση και επεξήγηση.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

25. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αφιέρωσε τον απαραίτητο χρόνο σε εσάς και εκτέλεσε με ταχύτητα τα καθήκοντά του.

Διαφωνώ απόλυτα

1

2

3

4

5

Συμφωνώ απόλυτα

26. Πόσος χρόνος χρειάστηκε για την διεκπεραίωση των εξετάσεων σας (υπολογίστε και τον χρόνο αναμονής).

- <2 λεπτά
- 2-4 λεπτά

- 4-10 λεπτά
- 10-20 λεπτά
- >20 λεπτά

27. Πόσο ευχαριστημένος/νη είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών που λάβατε την τελευταία φορά;

- Πολύ ευχαριστημένος/νη
- Αρκετά ευχαριστημένος/νη
- Ελάχιστα ευχαριστημένος/νη
- Δυσανεστημένος/νη
- Πολύ δυσανεστημένος/νη

28. Σε γενικά πλαίσια πόσο ευχαριστημένος/νη είστε από τον τρόπο αντιμετώπισης σας, από τους επαγγελματίες υγείας;

- Πολύ ευχαριστημένος/νη
- Αρκετά ευχαριστημένος/νη
- Ελάχιστα ευχαριστημένος/νη
- Δυσανεστημένος/νη
- Πολύ δυσανεστημένος/νη

29. Σε γενικά πλαίσια πόσο ευχαριστημένος/νη είστε από τον τρόπο αντιμετώπισης σας, από το διοικητικό προσωπικό;

- Πολύ ευχαριστημένος/νη
- Αρκετά ευχαριστημένος/νη
- Ελάχιστα ευχαριστημένος/νη
- Δυσανεστημένος/νη
- Πολύ δυσανεστημένος/νη

30. Σε σχέση με προηγούμενη επίσκεψη σας θεωρείτε πως η τελευταία εμπειρία σας ήταν:

- Πολύ καλύτερη από την προηγούμενη φορά
- Αρκετά καλύτερη από την προηγούμενη φορά
- Ίδια με την προηγούμενη φορά
- Χειρότερη από την προηγούμενη φορά
- Πολύ χειρότερη από την προηγούμενη φορά

