

## Εισαγωγή

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, οι προσπάθειες όλων των Οργανισμών, για βελτίωση της ποιότητας των παραγομένων αγαθών και υπηρεσιών, επωφελήθηκαν σημαντικά από τις εκτιμήσεις των καταναλωτών για τα αγαθά και τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται.

Σε μια εποχή που η γνώμη του καταναλωτή, για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών, αναζητείται διαρκώς, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων και υπηρεσιών αυτών, το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών - καταναλωτών υπηρεσιών υγείας- και το βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα. Την ικανοποίηση του ασθενή μπορούμε να την δούμε ως ένα μέτρο, το οποίο δείχνει κατά πόσο αυτοί που παρέχουν υπηρεσίες υγείας πέτυχαν να ανταποκριθούν στις ανάγκες και στις προσδοκίες του ασθενή. Η μέτρηση της ικανοποίησης έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες, όσον αφορά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Η αναζήτηση των πληροφοριών αυτών είναι και ο σκοπός της παρούσας εργασίας.

Στην αρχή της εργασίας γίνεται μία περιγραφή των βασικότερων χαρακτηριστικών που διέπουν το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην έννοια της ποιότητας και στις διαστάσεις αυτής, συγκεκριμένα στον χώρο της υγείας. Ακολουθεί το τρίτο κεφάλαιο που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τους παράγοντες που την επηρεάζουν καθώς και την χρησιμότητα της μέτρησης της. Τέλος, παρουσιάζεται το ερευνητικό κομμάτι που έχει ως στόχο να περιγράψει την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας που παρέχει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Τα τελευταία χρόνια λόγω της δυσχερούς οικονομικής κατάστασης της χώρας, ο τομέας της φυσικοθεραπείας έχει υποστεί αλλαγές που έχουν ως σκοπό τον έλεγχο του κόστους και τον περιορισμό της δαπάνης εκ μέρους του δημοσίου. Οι αλλαγές αυτές αφορούν αφενός την μείωση της τιμολόγησης των φυσικοθεραπευτικών πράξεων που συνήθως έχει αντίκτυπο και στην διάρκεια της συνεδρίας και αφετέρου την μείωση του αριθμού συνεδριών που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ ανά έτος. Ο περιορισμός των παροχών στον τομέα αυτό, ήταν και ο βασικός λόγος για την διερεύνηση των απόψεων των χρηστών φυσικοθεραπευτικών υπηρεσιών, σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 1.1 Εισαγωγή

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στη Ελλάδα, είναι συνυφασμένη με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικράτησαν στην χώρα, ιδιαίτερα μετά από την ανεξαρτησία της. Παρά την πρόοδο που έχει σημειώσει ο υγειονομικός τομέας, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα οργάνωσης, διαχείρισης, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. Ο τομέας αυτός έχει παραμείνει ένα από τα λιγότερο αναπτυγμένα κοινωνικό-οικονομικά συστήματα. Ωστόσο αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα, το οποίο συνεχώς αναπτύσσεται και προσαρμόζεται χωρίς ποτέ να ολοκληρώνεται (Θεοδώρου και συν. 2001).

Για σημαντικό μέρος της κοινής γνώμης, ο τομέας της υγείας φαίνεται να επιβαρύνει την Ελληνική κοινωνία και οικονομία υπέρμετρα σε σχέση με το παραγόμενο αποτέλεσμα, με συνέπεια την χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, την οικονομική επιβάρυνση των οικογενειακών προϋπολογισμών με ιδιωτικές πληρωμές για την παροχή υπηρεσιών που υποτίθεται πως καλύπτονται από το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Ο δημόσιος τομέας υγείας βρίσκεται σε συνεχή υποχώρηση και ο πολίτης επιβαρύνεται όλο και περισσότερο με πρόσθετες πληρωμές, σε μια προσπάθεια εξασφάλισης ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος και συν. 2006).

Το κεφάλαιο που ακολουθεί αναφέρεται στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, όσον αφορά την εξέλιξη του μέσα από την ιστορία, τον τρόπο οργάνωσης και δομής του και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που παρουσιάζει. Τέλος γίνεται αναφορά στους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, λόγω του γεγονότος ότι ο σκοπός της εργασίας αναφέρεται σε ένα από αυτούς.

### 1.2 Η έννοια του συστήματος υγείας

Σύμφωνα με τους Θεοδώρου και συν.(2001), το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από το σύστημα υγείας, αλλά και από το περιβάλλον (πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό, οικολογικό και πολιτιστικό), το οποίο επιδρά στη δομή και στη λειτουργία του. Επομένως, ορίζουν το σύστημα υγείας ως ένα ανοικτό σύστημα, το οποίο επηρεάζεται αλλά και επηρεάζει τους εξωτερικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007), το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο από επιμέρους υποσυστήματα, που βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους αλλά και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού.

Τα παραπάνω υποσυστήματα αφορούν

- Τους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού
- Την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας
- Τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας

Το σύστημα υγείας, μπορεί επίσης να οριστεί ως ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων αλλά και των υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης της υγείας του πληθυσμού, μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Λιαρόπουλο, 2007).

### **1.3 Αρχές συστήματος υγείας**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ. World Health Organization, W.H.O.) οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν ένα σύστημα υγείας είναι:

- Αποτελεσματικότητα, που αφορά την επίτευξη του βασικού στόχου ενός συστήματος υγείας που δεν είναι άλλος παρά η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
- Αποδοτικότητα, που αφορά τη σχέση μεταξύ εισροών και εκροών. Κύριος στόχος είναι η ορθολογική κατανομή των πόρων προς όφελος όχι μόνο των ασθενών πολιτών αλλά και ολοκλήρου του πληθυσμού.
- Ισότητα στην πρόσβαση σε διαφορετικές κοινωνικές τάξεις, η οποία σχετίζεται με την κοινωνική δικαιοσύνη και την κατανομή των φορολογικών βαρών των πολιτών.

### **1.4 Τύποι συστημάτων υγείας**

Η δομή κάθε συστήματος υγείας εξαρτάται από τη φιλοσοφία της κοινωνικής προστασίας σε σχέση με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος με την λογική της ασφάλισης, μέσα από την δημιουργία διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων τότε το

σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι τύπου Bismarck. Το σύστημα αυτό βασίζεται στην αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και στη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού. Από οικονομικής πλευράς, βασίζεται στις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων με υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη, στις υπηρεσίες υγείας ενός μεικτού συστήματος με έντονη κρατική παρέμβαση για την αποτελεσματικότητα αυτών. Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος, με κύρια πηγή χρηματοδότησης τον κρατικό προϋπολογισμό, και αφορά όλους τους πολίτες, τότε το κοινωνικό σύστημα ασφάλισης είναι τύπου Beveridge (Λιαρόπουλος, 2007). Τέλος υπάρχει και το φιλελεύθερο σύστημα υγείας που βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση και ο ρόλος του κράτους για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες υγείας (Mossialos *et al*, 2002).

### **1.5 Ιστορική εξέλιξη του ελληνικού συστήματος υγείας**

Τα συστήματα υγείας, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, αναπτύχθηκαν και ωρίμασαν μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Εκείνη την περίοδο το Ελληνικό κράτος, ήταν οικονομικά αδύναμο και απρόθυμο να ακολουθήσει επεκτατική πολιτική στον τομέα της υγείας.(Θεοδώρου και συν., 2001).

Η πορεία εξέλιξης του υγειονομικού τομέα μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις περιόδους(Θεοδώρου και συν.,2001, Κουρής και συν.,2007, Μανιού και Ιακωβίδου, 2009).

#### **1.5.1 Πρώτη περίοδος 1833-1922**

Το ελληνικό κράτος δημιουργήθηκε από τον σχηματισμό του έθνους ως αποτέλεσμα της νίκης του αγώνα ενάντια στην Οθωμανική Αυτοκρατορία. Με την δημιουργία του νέου Ελληνικού κράτους πρωταρχικός σκοπός των υπηρεσιών υγείας είναι η βελτίωση των συνθηκών αναπαραγωγής του πληθυσμού, ενώ η οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών δεν αποτελεί προτεραιότητα. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από έλλειψη οικονομικών πόρων και κυριαρχεί κυρίως η ιδέα της φιλανθρωπίας, ιδιαίτερα στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Δεν υπάρχει σαφής υγειονομική πολιτική και το υποτυπώδες υγειονομικό πλαίσιο έχει χαρακτήρα αποτροπής και πρόληψης με τρομερές αδυναμίες κυρίως λόγω έλλειψης γιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού(Ithakisios & Vozikis, 2014).

### **1.5.2 Δεύτερη περίοδος 1922-1945**

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από οικονομική ύφεση και μεγάλη ανεργία ωστόσο θεωρείται σημαντική για την υγειονομική ανάπτυξη, δημιουργήθηκαν τα Εθνικά Νοσοκομεία, τα αντιφυματικά ιατρεία, εκδίδονται νόμοι και θεσπίζονται μέτρα για τον έλεγχο και την πρόληψη των λοιμωδών νόσων (Ithakisios & Vozikis, 2014). Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας και ένα χρόνο αργότερα η χώρα διαιρείται σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες. Το 1925 συστήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως, που θα διαχειριζόταν όλα τα θέματα υγείας. Την ίδια χρονιά προβλέπονται για πρώτη φορά υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζομένου. Η πρώτη προσπάθεια για την διαμόρφωση κάποιας ασφαλιστικής πολιτικής υγείας έγινε στις αρχές του 1930. Μετά την δικτατορία Μεταξά δημιουργείται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η ασφάλιση ήταν σταδιακή, αρχικά περιέλαβε τους εργαζόμενους στις τρεις μεγάλες πόλεις (Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη) και στις μεγαλύτερες επιχειρήσεις, εν συνεχεία επεκτάθηκε σε μικρότερες πόλεις και επιχειρήσεις-εργαστήρια. Λόγω του ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων παρέμεναν χωρίς ασφάλιση οδήγησε στην δημιουργία ταμείων από επιμέρους επαγγελματικές ομάδες με αποτέλεσμα την υπονόμευση του κύρους του ΙΚΑ και την μετατροπή του σε ασφαλιστικό φορέα δεύτερης διαλογής (Σουλιώτης και συν, 2004, Κουρή και συν, 2007). Το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13 χιλιάδες κλίνες ενώ πέντε χρόνια αργότερα 117 νοσοκομεία με 16 χιλιάδες κλίνες (Ithakisios & Vozikis, 2014).

### **1.5.3 Τρίτη περίοδος 1945-1974**

Η Γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος προκάλεσαν θανάτους, αρρώστιες, πόνο, φτώχεια, αλλά και τεράστιες υλικές καταστροφές σε υποδομές και εξοπλισμό. Έπρεπε λοιπόν η χώρα να φροντίσει για την epούλωση των πληγών του πολέμου. Κύριο μέλημα του κράτους ήταν η εξασφάλιση βασικών απαιτήσεων και η στοιχειώδης φροντίδα των εξαθλιωμένων. Την περίοδο εκείνη λειτουργούσαν είκοσι πέντε χιλιάδες κλίνες ενώ πολλά υγειονομικά κέντρα ήταν κατεστραμμένα και χωρίς γιατρούς, με αποτέλεσμα η παροχή υγειονομικής περίθαλψης να γίνεται με τρόπο ανοργάνωτο και αναποτελεσματικό. Το 1948, το πρόγραμμα οικονομικής ανόρθωσης της χώρας προέβλεπε περιορισμένες επενδύσεις στο χώρο της υγείας. Το 1953 η κυβέρνηση Παπάγου ψηφίζει «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», αλλά δυστυχώς η

ευκαιρία για την οργάνωση του τομέα υγείας δεν τελειοποιήθηκε. Τα επόμενα χρόνια ιδρύθηκαν αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί, αποτελώντας την πρώτη συνολική και οργανωμένη προσπάθεια οργάνωσης και παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών, σχεδιασμένη σε περιφερειακή βάση. Το 1961 δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού που αποτελούσε το 51% του συνολικού πληθυσμού.

#### **1.5.4 Τέταρτη περίοδος 1974 έως σήμερα**

Μετά την δικτατορία το 1974, οι συνθήκες είναι πλέον ώριμες για την Ελλάδα, ώστε να εγκαθιδρύσει ένα σύστημα υγείας, όπως αυτό λειτουργεί στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Το 1976 μέσα από μία μελέτη που πραγματοποίησε το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, έγινε μια ολοκληρωμένη πρόταση για μεταρρύθμιση στον υγειονομικό τομέα. Η πρόταση αφορούσε την θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών. Το 1980 έγινε μια ακόμα σημαντική προσπάθεια για την δημιουργία ενός συγχρόνου συστήματος υγείας. Κατατέθηκε στη βουλή το νομοσχέδιο με τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας». Το νομοσχέδιο αυτό, πρότεινε τη δημιουργία εθνικού φορέα υγείας, το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και την ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας. όμως η παραπάνω πρόταση δεν έγινε ποτέ νόμος, λόγω της μεγάλης πίεσης από τους γιατρούς και τα πολιτικά κόμματα. Η ριζική μεταρρύθμιση στην υγειονομική περίθαλψη και η δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας έρχεται το 1982. Για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως πνευματικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου τους, απολαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο το ύψιστο κοινωνικό αγαθό της υγείας. Με την ψήφιση νόμου το 1983 ορίζεται πως το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι αρχές που βασίζεται ο νέος νόμος είναι αυτές της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, της ισότητας στην κατανομή των πόρων και στην παροχή υπηρεσιών, της αποκέντρωσης, της εφαρμογής ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού των υπηρεσιών. Βασικός κατευθυντήριος άξονας είναι το ευρύτερο κοινωνικό και

λαϊκό συμφέρον στο ενιαίο πλαίσιο της ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Επίσης έμφαση δίνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, (με τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και προληπτικής υγιεινής), στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νομαρχιακά νοσοκομεία) και στην τριτοβάθμια περίθαλψη που υλοποιείται μέσα από τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα ειδικά νοσοκομεία, τις ερευνητικές μονάδες και τα ειδικά επιστημονικά κέντρα. Αν και ο νόμος αυτό θεωρείται ως η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στην χώρα μας στον τομέα ανάπτυξης πολιτικής υγείας, έχει αρκετές ελλείψεις και απουσία μεταβατικής πολιτικής. Σημαντικά κενά συμπληρώνονται από μεταγενέστερο νόμο το 1985 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ». Η κυβερνητική αλλαγή του 1990 χαρακτηρίζεται από νέα μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Με τον νόμο του 1992 αναδιοργανώνεται το σύστημα υγείας, προβλέπεται η υπαγωγή κέντρων υγείας στις νομαρχίες και επίσης δίνεται η δυνατότητα στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους και μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα της παράλληλης άσκησης ιδιωτικής ιατρικής. Το 1997 με νόμο, προβλέπεται η οργάνωση υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε κεντρικό επίπεδο και στην περιφέρεια και περιγράφονται αναλυτικά τα αντικείμενα της άσκησης πολιτικής δημόσιας υγείας. Επίσης το 2001 προτείνεται η αποκέντρωση της διοίκησης του συστήματος υγείας μέσω της διαίρεσης της χώρας σε δεκαεπτά υγειονομικές περιφέρειες και η συγκρότηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας. Στην συνέχεια το 2003 καλύπτεται το κενό της θεσμικής θωράκισης της χώρας ως προς τις δομές δημόσιας υγείας κυρίως λόγω της οργάνωσης ολυμπιακών αγώνων. Το 2005 ξαναδίνεται η νομική αυτοτέλεια που είχαν πριν από την μεταρρύθμιση του 2001 τα δημόσια νοσοκομεία. Τέλος η πιο σοβαρή μεταρρυθμιστική προσπάθεια των τελευταίων χρόνων στην Ελλάδα υπήρξε η συγκρότηση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Πρόκειται για Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου που συστάθηκε με τον νόμο 3918/2011 με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού ήταν η 1η Ιανουαρίου 2012. Είχε προηγηθεί το 2010 η επικαιροποίηση του μνημονίου, που περιείχε πολλές διατάξεις για τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν στον τομέα υγείας, με σκοπό την περιστολή των δαπανών. Η οικονομική κρίση επέφερε δραματικά πλήγματα στην κοινωνία, στην οικονομία και στην υγεία (Κυριόπουλος, 2015). Το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο συνοδεύτηκε από την εφαρμογή



σκληρών μέτρων και τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών, οι οποίες συνεχίζονται έως σήμερα.

### **1.6 Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης**

Στην Ελλάδα η παροχή υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε ένα μεικτό σύστημα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η παροχή λοιπόν των υπηρεσιών υγείας γίνονται από νοσοκομεία, ιδιωτικά και δημόσια, κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια. Κύριοι χρηματοδότες των υπηρεσιών υγείας είναι η κυβέρνηση μέσω κρατικού προϋπολογισμού και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης. Επίσης υπάρχει η ιδιωτική ασφάλιση που καλύπτει όμως μόνο ένα μικρό κομμάτι του πληθυσμού και οι ιδιωτικές πληρωμές που αποτελούν μέρος του συνόλου των πληρωμών προς τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Κυριόπουλος, 1995). Το ελληνικό σύστημα υγείας εμπεριέχει στοιχεία και χαρακτηριστικά τόσο του μοντέλου Bismarck όσο και του μοντέλου Beveridge. Βασίζεται κυρίως στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, με μέρος της χρηματοδότησής του, να προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος, κυρίως της νοσοκομειακής περίθαλψης, να προέρχεται από τη φορολογία. Ωστόσο υπάρχει και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή όσο και στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου 2004, Σαραφίδης και Σταφυλάς, 2005). Το κόστος λοιπόν της περίθαλψης καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση, την φορολογία, το προσωπικό εισόδημα ή από συνδυασμό των παραπάνω (Freeman, 1998). Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007), τα βασικά χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας είναι:

- Μεικτό σύστημα.
- Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται μέσω της φορολογίας και της κοινωνικής ασφάλισης.
- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού.
- Γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο.
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας.
- Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία.
- Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα.

- Οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία.
- Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών.

### **1.7 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα Ελληνικού συστήματος περίθαλψης**

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007), τα βασικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που παρουσιάζει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα είναι :

#### **1.7.1 Πλεονεκτήματα**

- Ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

#### **1.7.2 Μειονεκτήματα**

- Υψηλές δαπάνες υγείας
- Χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
- Προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού
- Άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών(Λιαρόπουλος, 2007).

Οι Μανιού και Ιακώβου (2009), συνοψίζουν τις αδυναμίες του συστήματος υγείας στην χώρα μας ως εξής:

- Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης Προαγωγής Υγείας.
- Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία.
- Σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού).

- Έλλειψη ανθρωπίνων πόρων ιδίως στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.
- Υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων.
- Υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας.
- Ανεπαρκή διοίκηση, που συνίσταται σε συγκεντρωτισμό, γραφειοκρατία, έλλειψη μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ.
- Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων και απόκτησης τεχνολογίας αιχμής.

Όπως μπορούμε να συμπεράνουμε από τα παραπάνω, το Ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από έντονη παθogenία. Οι αδυναμίες και οι ελλείψεις στο χώρο είναι πολλές και σημαντικές και οι όποιες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις επιχειρήθηκαν στην Ελλάδα, δεν κατόρθωσαν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα χαρακτηριστικά αυτά (Κουρής και συν,2007).

## **1.8 Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας**

Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες περίθαλψης, τις υπηρεσίες προαγωγής υγείας καθώς και τις υπηρεσίες πρόληψης. Η άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία αποτελεί το βασικό κομμάτι του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας εξαιτίας της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης οδήγησε στην παραδοχή της αντίληψης ότι υγεία δεν είναι μόνο έλλειψη νόσου ή αναπηρίας, αλλά πρόκειται για μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (Π.Ο.Υ., 1946). Επακόλουθο της αλλαγής αυτής είναι ο επαναπροσανατολισμός των συστημάτων φροντίδας προς αυτό το σκοπό. Οι υπηρεσίες υγείας οργανώνονται σε τρεις επιμέρους ομάδες που αποτελούν τα βασικά επίπεδα περίθαλψης, την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (Μανιού και Ιακώβου 2009).

### **1.8.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς σε κάποια μονάδα υγείας

(Κυριόπουλος,1995). Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, παρέχεται συνήθως σε τοπικό επίπεδο και παρέχει εύκολη πρόσβαση στους κατοίκους μιας περιοχής. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι εξωνοσοκομειακή, παρέχεται κυρίως από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι δύο πρώτοι φορείς χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι υπάλληλοι σε αυτές αμείβονται με μισθό ενώ στα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνονται από τα ίδια τα ταμεία (Θεοδώρου και συν., 2001). Παράλληλα ασκείται ευρέως και από τον ιδιωτικό τομέα που εντάσσονται τα ιδιωτικά ιατρεία που ασκούν το επάγγελμα οι ιδιώτες γιατροί, τα διαγνωστικά κέντρα, τα μικροβιολογικά εργαστήρια και τα ιδιωτικά θεραπευτήρια (Σωτηριάδου και συν., 2011). Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα συμπορεύτηκε διαχρονικά με την πορεία ανάπτυξης του ευρύτερου συστήματος υγείας και έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο. Ωστόσο, δεν είναι δυνατό να υποστηριχθεί ότι αποτελεί σήμερα ένα καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα, όπως αυτό νοείται και λειτουργεί σε άλλες χώρες. Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο τρόπος οργάνωσης και διοίκησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) είναι καθοριστικός τόσο για την οικονομική αποδοτικότητα γενικότερα του συστήματος περίθαλψης, όσο και για την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού, 2008)

### **1.8.2 Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας**

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου, χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό (Μανιού και Ιακώβου, 2009). Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το νοσοκομείο το οποίο διαθέτει τις βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες και καλύπτει τα βασικά προβλήματα υγείας του πληθυσμού. Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναπτύχθηκε ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια και στον ιδιωτικό τομέα αποτελώντας εξαιρετικά κερδοφόρα επένδυση (Λιαρόπουλος, 2007).

### **1.8.3 Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Ως Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν (Υφαντόπουλος, 1986):

- Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- Στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας
- Στη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας
- Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας ασκείται από υπηρεσίες εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης και λαμβάνει χώρα στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και στα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία που έχουν στη διάθεσή τους εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και σύγχρονο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση σύνθετων προβλημάτων υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

### **1.9 Φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Οι υπηρεσίες υγείας παράγονται σε μονάδες οι οποίες λειτουργούν στο πλαίσιο του συστήματος υγείας και παρέχονται στους ασθενείς. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι διαφόρων ειδών και με κριτήριο την νομική τους μορφή διακρίνονται ως εξής (Δικαίος κ.ά., 1999):

- Ιδιωτικές
- Δημόσιες
- Νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου
- Νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου

#### **1.9.1 Δημόσιοι φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από τους ακόλουθους Δημόσιους φορείς (Καριώτης, 1992, Πιερράκος, 2008) :

- Τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας πόλης.
- Τα κέντρα υγείας, αγροτικών και ημιαστικών περιοχών, τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας περιφέρειας.
- Τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, τα οποία μετονομάζονται σε περιφερειακά πολυιατρεία και τα περιφερειακά ιατρεία, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες υπαίθρου.
- Τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι οποίες εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

- Τα εξωτερικά ιατρεία και οδοντιατρεία των νοσοκομείων.
- Τα κέντρα ψυχικής υγείας, που αποτελούν αυτοτελείς αποκεντρωμένες υπηρεσίες υπαγόμενες στην Γενική Διεύθυνση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Τις κινητές μονάδες πρόληψης, ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας υγείας.
- Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) και το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας τα οποία υπάγονται στον Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Τις υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής.
- Τις μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας.
- Τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Τα αντικαπνιστικά κέντρα.
- Την ανοικτή γραμμή επικοινωνίας, η οποία συνιστάται ως αυτοτελής υπηρεσία της Γενικής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την παροχή ιατρικών συμβουλών μέσω του τηλεφώνου και διαδικτύου.

### **1.9.2 Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να παρέχονται και από τους ακόλουθους ιδιωτικούς φορείς (Καριώτης, 1992,Πιερράκος,2008) :

- Ιδιωτικά ιατρεία και πολυιατρεία ιδίως στις ειδικότητες παθολογίας, φυσιολογίας, παιδιατρικής, οδοντιατρικής, καρδιολογίας, ορθοπεδικής, δερματολογίας, οφθαλμιατρικής, γυναικολογίας, ουρολογίας, ψυχιατρικής, νευρολογίας και γενικής ιατρικής.
- Ιδιωτικά οδοντιατρεία.
- Διαγνωστικά και μικροβιολογικά εργαστήρια.
- Εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.
- Εργαστήρια φυσικοθεραπείας.
- Φαρμακεία και καταστήματα ιατρικών μηχανημάτων και υλικών.
- Ιδιωτικές μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας.

### **1.10 Τα προβλήματα του συστήματος υγείας σήμερα**

Σχετικά με το σύστημα υγείας στην Ελλάδα η Βελονάκη (2006), αναφέρει πως υπάρχουν σημαντικά προβλήματα τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την ίδια του την υπόσταση και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Τα βασικά προβλήματα του συστήματος υγείας αφορούν:

- Τα οικονομικά και δημοσιονομικά του
- Την αποτελεσματική λειτουργία του
- Την ικανοποίηση του Έλληνα από τις υπηρεσίες υγείας

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρεώνονται φθηνότερα από το πραγματικό τους κόστος, οι παρετυμολογημένες αγορές υλικών, οι σπατάλες και η μείωση των εσόδων λόγω φοροδιαφυγής και αδήλωτης εργασίας, προκαλούν δημοσιονομικά ελλείμματα στο χώρο της υγείας. Η αναποτελεσματικότητά του συστήματος δεν διευκολύνει την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε αυτό, αυξάνοντας έτσι το κόστος λόγω διογκωμένης γραφειοκρατίας. Η δυσαρέσκεια του πολίτη από τις υπηρεσίες υγείας μεγαλώνει συνεχώς και για αυτό σε πολλές περιπτώσεις καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθεί.

### **1.11 Ανακεφαλαίωση**

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκαν παράλληλα με τις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις και παρόλο που η πρόοδος ήταν τεράστια υπάρχουν μεγάλα προβλήματα οργάνωσης, διαχείρισης, ανεπάρκειας και αποτελεσματικότητας.

Η εξέλιξη του υγειονομικού τομέα μπορεί να διακριθεί χρονικά σε τέσσερις περιόδους, από την δημιουργία του «νέου» Ελληνικού κράτους, έως και σήμερα.

Κάθε σύστημα υγείας δομείται από τη φιλοσοφία της κοινωνικής προστασίας σε σχέση με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι μεικτό με χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση. Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες περίθαλψης, προαγωγής και πρόληψης υγείας και οργανώνονται σε τρεις επιμέρους ομάδες που αποτελούν τα βασικά επίπεδα περίθαλψης.

Ο υγειονομικός τομέας παρουσιάζει μεγάλα προβλήματα, με αποτέλεσμα η δυσφορία του κόσμου στην χώρα μας να είναι πολύ μεγαλύτερη από κάθε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά βήματα για την αναβάθμιση της υγειονομικής περίθαλψης, όμως παραμένουν αρκετά προβλήματα που

έχουν σχέση με την δομή, την οργάνωση, την λειτουργία και την περιφερειακή κατανομή των πόρων. Ως εκ τούτου, το σύστημα υγείας δεν θεωρείται ούτε καλά δομημένο, ούτε αποτελεσματικό, όπως είναι τα περισσότερα δυτικοευρωπαϊκά.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **2.1 Εισαγωγή**

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται πολύ έντονο ενδιαφέρον όσον αφορά τις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών, ωστόσο ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών είναι δύσκολο να διερευνηθεί και να εκτιμηθεί διότι δεν υπάρχει ολοκληρωμένο σύστημα αξιολόγησης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Μερκούρης, 1996).

Παλιότερα η διαδικασία της αξιολόγησης της ποιότητας φροντίδας στηριζόταν αποκλειστικά στην άποψη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, στις μέρες μας η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν αποδεικνύεται ότι αποτελεί ουσιαστικό δείκτη ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας (Wareet. al 1983, Sitzia, 1997). Αυτό σημαίνει πως δίνεται όλο και περισσότερη έμφαση στην άποψη των ασθενών σε σχέση με την καταλληλότητα της θεραπείας και είναι πλέον ευρέως αποδεκτό, ότι αυτό που συνιστά επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή δεν πρέπει να αφεθεί μόνο στους λειτουργούς υγείας, αλλά θα πρέπει να λάβει υπόψη και τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών (Μερκούρης, 1996).

Το σύγχρονο σύστημα φροντίδας υγείας δεν βασίζεται σε μια απλή σχέση που ξεκινάει με αυτόν που παρέχει και καταλήγει στον καταναλωτή, αλλά σε μια αμοιβαία σχέση στην οποία ο οργανισμός που παρέχει υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να καλλιεργήσει, για να διατηρήσει και να βελτιώσει την ποιότητα (Παπανικολάου, 1996).

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα αναφερθούμε στην έννοια της ποιότητας με έμφαση στο χώρο της υγείας και το πώς αυτή γίνεται αντιληπτή από την οπτική των ασθενών αλλά και των ίδιων των συστημάτων. Επίσης θα γίνει αναφορά στα οφέλη από την ποιοτική βελτίωση των παρόχων υπηρεσιών υγείας, τους απαραίτητους παράγοντες για να επιτευχθεί αυτό, καθώς και το κόστος που συνεπάγεται.

#### **2.2 Ορισμός της ποιότητας**

Στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις στις μέρες μας, υπάρχει αφθονία τόσο αγαθών όσο και υπηρεσιών προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των καταναλωτών. Η έννοια της ποιότητας

αναφέρεται σε αυτό ακριβώς το στοιχείο που έχει την δύναμη να διαφοροποιήσει τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που παρέχουν οι διάφορες επιχειρήσεις από τα αντίστοιχα των ανταγωνιστών τους.

Στις μέρες μας οι καταναλωτές εμφανίζονται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι σε θέματα ποιότητας και για αυτόν ακριβώς τον λόγο η πλειοψηφία των επιχειρήσεων οδηγήθηκαν στην υιοθέτηση των αρχών ποιότητας και στην ενσωμάτωσή τους στην επιχειρησιακή στρατηγική τους. Μέλημα λοιπόν κάθε επιχείρησης είναι να αποκτήσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μέσω των ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών που παρέχει με απώτερο σκοπό την προσέλκυση πελατών.

Κατά καιρούς η έννοια της ποιότητας έχει οριστεί με διάφορους τρόπους, αυτό συμβαίνει διότι ο όρος αυτός ερμηνεύεται διαφορετικά ανάλογα με την σκοπιά του κάθε ερευνητή.

Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Προτύπων (International Standards Organisation) ο ορισμός που χρησιμοποιείται για την ποιότητα είναι όλα τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, που έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν μια εκπεφρασμένη ή υπονοούμενη ανάγκη (Μπόχωρης, 2008).

OCrosby (1979) υποστηρίζει πως η ποιότητα εξαρτάται από τον βαθμό ικανοποίησης του πελάτη, την άποψη αυτή συμμερίζονται οι Laffel και Blumental (1989) οι οποίοι αναφέρουν πως πρόκειται για μια ομαδική προσπάθεια της κάθε επιχείρησης να ικανοποιήσει τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πελατών της. Επίσης οι Evans και Lindsay (2002) ορίζουν την ποιότητα ως τον βαθμό στον οποίο, τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες των πελατών.

Σύμφωνα με τον Deming (1982) η ποιότητα αποτελεί έναν ατελείωτο κύκλο συνεχούς βελτίωσης (never ending cycle of continuous improvement). Ο κύκλος αυτός απαρτίζεται από τον σχεδιασμό, την εκτέλεση και την μελέτη των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες και να προχωρήσει η επιχείρηση σε έναν καινούριο κύκλο βελτίωσης.

Ο Al-Assaf (1996), αναφέρει πως η ποιότητα επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, συνεχώς, αρχικά στις ανάγκες και στην συνέχεια στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών.

Κατά τον Brook (1999), η ποιότητα αναλύεται σε ποιότητα σχεδιασμού και ποιότητα συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό. Η δεύτερη αναφέρεται στο επίπεδο ικανοποίησης του καταναλωτή από το προϊόν ή την υπηρεσία που έλαβε.

Τέλος, ο Ovretveit (2004) εισάγει στον ορισμό της ποιότητας και το θέμα του κόστους, αφού υποστηρίζει πως ποιότητα είναι «η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος».

### **2.3 Η ποιότητα στον τομέα της υγείας**

Ο όρος ποιότητα στον τομέα της υγείας έχει τις ρίζες του στην αρχαιότητα. Στα κείμενα του Ιπποκράτη αναφέρεται πως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους στόχους της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και αποτυπώνεται καλύτερα στην έκφραση «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Για τον Αριστοτέλη, όπως και για πολλούς φιλοσόφους, ο πρωταρχικός στόχος ήταν να επιτευχθεί η υψηλότερη κατάσταση που επέτρεπαν οι περιστάσεις (Osterfield, 1994). Εντούτοις, μόλις στα τέλη της δεκαετίας του 1980 άρχισε το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας να στρέφεται προς την αξιολόγηση των ιατρικών διαδικασιών στην καθημερινή κλινική πράξη καθώς και στη δημιουργία προτύπων για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Osterfield, 1994). Η υιοθέτηση μέτρων αξιολόγησης για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας αποτέλεσε επανάσταση στον κλάδο της υγείας (Cronin&Taylor, 1992). Έκτοτε, πλήθος ορισμών έχουν δημιουργηθεί για τον προσδιορισμό της ποιότητας στο χώρο της υγείας.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Τούντας, 2003).

Σύμφωνα, πάλι, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (Τούντας, 2003).

Ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Ο ίδιος υποστηρίζει πως «Ποιότητα είναι το είδος της φροντίδας το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή,

λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη αλλά και τις απώλειες που περιέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους σημεία». Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν κατά την διαδικασία περίθαλψης (Donabedian, 1988). Επίσης αναφέρει πως η ποιότητα της περίθαλψης μετράται σε τρεις τομείς, στη δομή, στη διαδικασία και στην έκβαση, και η βασική επιδίωξη των επιστημόνων υγείας είναι η εξασφάλιση της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή.

Η δομή αποτελείται από τα κτίρια, τον εξοπλισμό, τους υλικούς χρηματικούς αλλά και ανθρώπινους πόρους, καθώς επίσης από την εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζομένων. Πρόκειται για μία μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, όμως από μόνη της δεν επαρκεί για την παροχή άριστης φροντίδας υγείας. Για το λόγο αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί και ως ασφαλές και επαρκές εργαλείο μέτρησης.

Η διαδικασία, περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες που κάνει ο ασθενής αλλά και ο γιατρός όσον αφορά την περίθαλψη. Η επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης από τον γιατρό, ο τρόπος παροχής και η μέση διάρκεια θεραπείας ανήκουν στον τομέα της διαδικασίας. Ο τομέας αυτός μπορεί να μετρηθεί σε ένα μεγάλο βαθμό μέσω της εξέτασης των στοιχείων του ατομικού φακέλου του ασθενή.

Τέλος η έκβαση αφορά τα αποτελέσματα της θεραπευτικής προσέγγισης δηλαδή την μεταβολή του επίπεδου υγείας του ασθενή. Εδώ περιλαμβάνεται και η ικανοποίηση του ασθενή από τις υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν καθώς και ο βαθμός ενημέρωσης και συμμετοχής του στην όλη διαδικασία.

Κατά τον Nelson (1981), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από τον βαθμό επίτευξης επιθυμητών αποτελεσμάτων. Ενώ σύμφωνα με τους Palmer *et.al.*, (1991) «η ποιότητα της φροντίδας μετράται με την βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, λαμβανόμενων υπόψη τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία, όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο» (Οικονομοπούλου, 2002).

Με βάση τα παραπάνω, γίνεται φανερό πως η ποιότητα στην υγεία συνδέεται άμεσα με την ικανοποίηση των ασθενών, την επιτυχή έκβαση των υπηρεσιών, καθώς και με τον έλεγχο του κόστους.

## 2.4 Η ποιότητα από την οπτική των συστημάτων υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από κατάλληλες και ορθές πρακτικές που στοχεύουν πρωτίστως στην εξοικονόμηση πόρων (Binns 1991). Οι αδικαιολόγητες δαπάνες θα πρέπει να εξαιρεθούν, καθώς αυξάνονται οι απαιτήσεις για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σε ένα περιβάλλον με περιορισμένους πόρους. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται στρατηγικός σχεδιασμός καθώς και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, που καλούνται κάθε φορά να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες και να ανταποκριθούν στις καθημερινές προκλήσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών και της κοινότητας (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς 2012).

Σύμφωνα με τους Argh *et.al.* (2003) οι στρατηγικοί στόχοι για τα συστήματα υγείας, για την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι οι ακόλουθοι:

- Αποτελεσματικότητα ((effectiveness)
- Αποδοτικότητα (efficiency)
- Τεχνική ικανότητα (technical competence).
- Ασφάλεια (safety). Η παροχή ασφάλειας αποτελεί πρωταρχικό στόχο των παροχών υγειονομικής περίθαλψης. Έκτος από τον κίνδυνο για σωματική και ψυχική βλάβη των ασθενών, η έλλειψη ασφάλειας θεωρείται αντιπαραγωγική καθώς χρόνος (και χρήμα) αφιερώνεται για την αντιμετώπιση των συνεπειών (παράπονα, μηνύσεις, αντιμετώπιση σωματικών βλαβών). Επίσης η έλλειψη ασφάλειας έχει αρνητικό αντίκτυπο στην φήμη του οργανισμού και κατ' επέκταση στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών.
- Προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility). Το σύστημα υγείας οφείλει να βρίσκεται κοντά στο χρήστη, χωρίς διακρίσεις, για τον λόγο αυτό η πρόσβαση στις υπηρεσίες θα πρέπει να είναι εύκολη και εφικτή για όλους. Η έννοια της προσβασιμότητας των υπηρεσιών περιλαμβάνει την οικονομική, την πνευματική καθώς και την κοινωνική διάσταση.
- Ανάπτυξη των υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered health care). Η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή θα πρέπει να σέβεται την προσωπικότητά του και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες, τις προτιμήσεις, και τις αξίες του.

- Συνέχεια της φροντίδας (continuity). Η συνεχής αξιολόγηση και επανεξέταση του ασθενή, μετά το πέρας της θεραπείας του, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.
- Διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations). Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη αποτελεσματικής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών. Μέσα από μια καλή ομάδα μπορεί να επιτευχθεί η ποιότητα.

## **2.5 Η ποιότητα από την οπτική των ασθενών**

Η εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι μία ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση, δεδομένης της έλλειψης της υλικής υπόστασης και της πολυπαραγοντικής της φύσης. Εντούτοις υπάρχουν κάποιες διαστάσεις, που αποτελούν κριτήρια αξιολόγησης της από τους χρήστες. Πρόκειται δηλαδή για τον τρόπο με τον οποίο ένας χρήστης, στην περίπτωση μας ο ασθενής, αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τις υπηρεσίες που του παρέχονται. Επομένως, οι χρήστες είναι εκείνοι που θέτουν τα κριτήρια για τη προσφερόμενη φροντίδα υγείας, η οποία πρέπει να ικανοποιεί τους ίδιους και όχι μόνο τους λειτουργούς υγείας.

Σύμφωνα με το Advisory Council on Health Research υπάρχουν 26 διαστάσεις της ποιότητας περίθαλψης από την οπτική των ασθενών (Ραφτόπουλος, 2002):

- αποτελεσματικότητα: βελτίωση του επιπέδου υγείας του ασθενή
- επαγγελματική επάρκεια: κατάλληλη γνώση και δεξιότητες
- διορατικότητα του επαγγελματία
- καταλληλότητα της φροντίδας
- ασφάλεια
- ακρίβεια
- ανθρωπιά
- πληροφόρηση
- εχεμύθεια
- συνεργασία
- υπευθυνότητα του επαγγελματία υγείας
- συνέχεια
- διαθεσιμότητα
- αποδοτικότητα

- ολοκληρωμένη φροντίδα
- προσβασιμότητα
- ικανοποίηση του ασθενή
- οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα
- υποδοχή
- προστασία προσωπικών δεδομένων
- υγιεινή
- διατροφή
- ενσυναίσθηση
- αντίκτυπος της φροντίδας στη συνολική λειτουργικότητα του ασθενή
- αυτονομία του ασθενή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα του
- πρόληψη της παροχής πλεονάζουσας περιττής φροντίδας

Επίσης σε έρευνα τους οι Parasuraman *et. al.*(1988) υποστηρίζουν πως υπάρχουν βασικά κριτήρια αξιολόγησης την υπηρεσιών εκ μέρους των χρηστών. Τα κριτήρια αυτά είναι:

- Αξιοπιστία που αφορά τόσο την εκτέλεση της υπηρεσίας, όσο και την διάρκεια παροχής της.
- Ανταπόκριση που αφορά την ετοιμότητα και την προθυμία που δείχνουν οι εργαζόμενοι όσον αφορά την εκτέλεση των καθηκόντων τους.
- Ικανότητα των εργαζομένων που αφορά την επαγγελματική της κατάρτιση, δηλαδή τις γνώσεις και δεξιότητες που διαθέτουν, που είναι απαραίτητες για να φέρουν εις πέρας το έργο που τους έχει ανατεθεί.
- Προσβασιμότητα στις μονάδες υγείας.
- Ευγένεια από μέρους του προσωπικού.
- Επικοινωνία και έγκυρη πληροφόρηση.
- Επαγγελματική πίστη που αφορά την καλή φήμη και κατ' επέκταση την εμπιστοσύνη προς τον πάροχο.
- Ασφάλεια και εξασφάλιση της μικρότερης δυνατής αμφιβολίας
- Σεβασμός στην προσωπικότητα και τα δικαιώματα του ασθενή.
- Ποιοτικές συνθήκες στους χώρους παροχής υπηρεσιών.

Συμπεραίνουμε λοιπόν από τα παραπάνω πως η ποιότητα στον τομέα της υγείας αφορά το σύνολο των υπηρεσιών σε όλες τους τις διαστάσεις. Γεγονός που συμβαίνει διότι οι

υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή υπηρεσιών όπου ο χρήστης- ασθενής περιμένει πολλά περισσότερα από κάθε άλλη υπηρεσία.

## **2.6 Οφέλη από την βελτίωση της ποιότητας**

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι ένα ζήτημα το οποίο δεν απασχολεί μόνο τους χρήστες των υπηρεσιών, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, τους παρόχους καθώς και το κράτος. Είναι λοιπόν προφανές πως η βελτίωση της ποιότητας συνεπάγεται υγειονομικά, οικονομικά, και κοινωνικά οφέλη για το σύνολο των συμμετεχόντων στους φορείς υπηρεσιών υγείας. Αναλυτικά λοιπόν τα οφέλη όπως παρουσιάστηκαν στο συνέδριο με θέμα: την εφαρμογή του managementολικής ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας(Αγγελόπουλος Χ., 1994)είναι τα εξής:

### **Οφέλη για τον ασθενή**

- Υγειονομικά οφέλη που σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς.
- Οικονομικά οφέλη που επίσης σχετίζονται με την έγκαιρη θεραπεία του ασθενούς και επομένως με τον μειωμένο χρόνο νοσηλείας του. Επίσης η αποτελεσματική αντιμετώπιση περιορίζει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών, οι οποίες θα μπορούσαν να παρατείνουν τον χρόνο νοσηλείας και να εκτοξεύσουν το κόστος (Μερκούρης, 1996).
- Ψυχολογικά οφέλη που προκύπτουν από την σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή. Επίσης το περιβάλλον παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.

### **Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας**

Τα οφέλη που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό), σχετίζονται κυρίως με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως:

- Σεβασμός και εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικείων τους.
- Απαλλαγή από συμπτώματα άγχους
- Ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους
- Αύξηση κοινωνικής ανοχής σε τυχόν λάθη



### **Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας**

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ως επιχειρήσεις αποκομίζουν κυρίως οικονομικά οφέλη. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν οι διάφορες μονάδες έχει ως αποτέλεσμα όπως αναφέρθηκε και παραπάνω την έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται μείωση του λειτουργικού κόστους και κατ' επέκταση εξοικονόμηση πόρων, οι οποίοι διατίθενται για την κάλυψη άλλων αναγκών, που εξασφαλίζουν με την σειρά τους περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

### **Οφέλη για τους ασφαλιστικούς φορείς**

- Οικονομικά οφέλη που σχετίζονται με την μείωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης που καταβάλλουν για τους ασφαλισμένους τους στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Κοινωνικά οφέλη που αφορούν την αίσθηση ότι εκπληρώνουν τον κοινωνικό τους ρόλο μέσω της μεγιστοποίησης της ικανοποίησης των ασφαλισμένων τους.

### **Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο**

- Οικονομικά οφέλη που σχετίζονται με την μείωση του χρόνου παραμονής των ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Γεγονός που αφενός περιορίζει την μείωση της παραγωγικότητας των πολιτών και αφετέρου περιορίζει τις δαπάνες στον τομέα της υγείας.
- Υγειονομικά οφέλη που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, που έχει ως αποτέλεσμα την όσο το δυνατό άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών και επομένως την έγκαιρη θεραπεία των πολιτών.
- Κοινωνικά οφέλη που σχετίζονται με την βελτίωση της εικόνας του κράτους και την αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών ως προς τις κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχει.

## **2.7 Παράγοντες για την βελτίωση της ποιότητας**

Σύμφωνα με τους Al-Assaf και Sheik,(2004), η βελτίωση της ποιότητας σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ένα πολυπαραγοντικό έργο που εξαρτάται κυρίως από τα ακόλουθα( Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012):

- Ηγεσία. Ένας χαρισματικός ηγέτης μπορεί να επιτύχει τη συνεχιζόμενη βελτίωση ποιότητας σε έναν οργανισμό. Ο άνθρωπος που θα συντονίζει τις διαδικασίες πρέπει να έχει όραμα, ικανότητες και επικοινωνιακό ταλέντο προκειμένου να υποστηρίξει ένα συμμετοχικό τρόπο διοίκησης.
- Δέσμευση στο στόχο. Εκφράζεται με την ενεργό συμμετοχή όλων. Ιδιαίτερα , ένας ηγέτης θα πρέπει να είναι παρών στη λήψη αποφάσεων και να εκχωρεί αρμοδιότητες με τη σύσταση ομάδων, τη δράση των οποίων θα υποστηρίζει και θα επιβλέπει.
- Επικέντρωση στους χρήστες των υπηρεσιών και στους προμηθευτές. Δεδομένου ότι ο λόγος ύπαρξης ενός οργανισμού είναι οι «πελάτες» του, η προσεκτική αναγνώριση των αναγκών και των προσδοκιών τους, καθώς και η ανεύρεση τρόπων για την ικανοποίησή τους είναι επιβεβλημένη.
- Διαρκής βελτίωση των διαδικασιών. Ο κύριος στόχος κάθε οργανισμού είναι η αποτελεσματικότητα. Τα επιθυμητά αποτελέσματα που κινητοποιούν τους μηχανισμούς βελτίωσης της ποιότητας επιλέγονται σύμφωνα με τις προτεραιότητες του οργανισμού και εναρμονίζονται με τα διεθνώς αποδεκτά επιστημονικά πρότυπα.
- Ενδυνάμωση των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι είναι οι εσωτερικοί «πελάτες» κάθε επιχείρησης και αποτελούν τη βάση του συστήματος. Γι 'αυτόν ακριβώς το λόγο θα πρέπει να εκπαιδεύονται συστηματικά ώστε να παρέχουν τις καλύτερες υπηρεσίες στους «εξωτερικούς πελάτες». Η ηγεσία θα πρέπει να γνωρίζει τις ανάγκες των εργαζομένων, τις αδυναμίες και τα δυνατά σημεία τους και να τους παρέχει υποστήριξη, ώστε να είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις και να συμμετέχουν στις διαδικασίες βελτίωσης ποιότητας.
- Προληπτικές βελτιώσεις. Είναι προτιμότερο για έναν οργανισμό να αποφύγει το μοντέλο της «διαχείρισης κρίσεων» (risk management), κατά το οποίο ο μηχανισμός βελτίωσης κινητοποιείται εξαιτίας κάποιου λάθους ή κρίσης. Μια τέτοια πρακτική φαίνεται πως προάγει την αδράνεια αντί την διάθεση για καινοτομία.

- Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων. Η βάση για τη λήψη αποφάσεων προς αποφυγή σφαλμάτων, έγκειται αφενός στη σωστή διαχείριση της πληροφορίας και αφετέρου στην αξιοποίηση των επιστημονικών εργαλείων.
- Ομαδική εργασία. Το πλεονέκτημα που προσφέρει η συνέργεια των ατόμων φαίνεται από την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιβράβευση. Η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό είναι το μέσο για τη επίτευξη της ανάπτυξης και της διαρκούς βελτίωσης του. Επίσης, η ικανοποίηση των εργαζομένων που προκύπτει από την επιβράβευση, δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις για αυξημένη παραγωγικότητα και υπερβάσεις.

## **2.8 Μέθοδοι βελτίωση ποιότητας**

Η λειτουργία της ποιότητας σε ένα οργανισμό είναι μία διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών από το πλήθος των δεδομένων που είναι διαθέσιμα από κάθε διαδικασία παραγωγής και κάθε παροχή υπηρεσίας. Οι δράσεις για την βελτίωση της ποιότητας είναι πάρα πολλές και διαφέρουν ανάλογα με τη μονάδα υγείας. Σύμφωνα με τους Σαραφίδη και Σταφυλά (2005), πλέον καθιερωμένες μέθοδοι αποτίμησης, διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας που θα μπορούσαν να εφαρμόσουν οι επιχειρήσεις είναι:

### **2.8.1 Προγράμματα Ποιοτικού Ελέγχου**

Πρόκειται για μια συστηματική προσπάθεια εντοπισμού των προβλημάτων ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την επίλυση τους. Ένα πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου περιλαμβάνει την ανάπτυξη προτύπων, την περιγραφή της κατάστασης, την αξιολόγηση για τον εντοπισμό των προβλημάτων, τις διορθωτικές ενέργειες και την επαναξιολόγηση . Το μειονέκτημά του συγκεκριμένου προγράμματος έγκειται στο γεγονός ότι διορθώνει τις αδυναμίες εκ των υστέρων.

### **2.8.2 Προγράμματα Διασφάλισης της Ποιότητας (ΔΠ)**

Τα συγκεκριμένα προγράμματα αφορούν «το σύνολο προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληρεί ορισμένες προδιαγραφές». Τα προγράμματα

διαχείρισης ποιότητας εξασφαλίζουν εκ των προτέρων, ότι το προϊόν ή η υπηρεσία θα συμφωνεί με τις προδιαγραφές, οι οποίες πρέπει να έχουν καθορισθεί με ακρίβεια. Στις επιχειρήσεις η διαχείριση ποιότητας γίνεται με την βοήθεια των προτύπων ISO. Στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, η εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων είναι αδύνατη όσον αφορά τις ιατρικές κλινικές πράξεις, αφού οι προδιαγραφές της ποιότητας των πράξεων αυτών είναι δύσκολο να καθορισθούν. Υπάρχει όμως εφαρμογή στον εργαστηριακό ιατρικό τομέα καθώς και σε δραστηριότητες τεχνικές, διοικητικές, ξενοδοχειακές, διακίνησης ασθενών, επιλογής προσωπικού κ.α.

### **2.8.3 Προγράμματα Κύκλων Ποιότητας**

Ο κύκλος ποιότητας αναφέρεται σε μια μικρή ομάδα που αποτελείται από 4 ως 12 εργαζόμενους που κάνουν παρόμοια δουλειά οι οποίοι οικειοθελώς συναντιούνται συστηματικά για να προτείνουν δυνατές βελτιώσεις στον τομέα εργασίας τους χρησιμοποιώντας δοκιμασμένες τεχνικές. Η μέθοδος αυτή στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας μέσω επίλυσης επιμέρους προβλημάτων από ευέλικτες ομάδες στελεχών /εργαζομένων.

### **2.8.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)**

Πρόκειται για ένα «σύστημα διοίκησης με βάση το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων». Είναι μια φιλοσοφία διοίκησης η οποία πρεσβεύει ότι η ποιότητα είναι ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων μελών και όλων των λειτουργιών μέσα στον οργανισμό. Υποστηρίζει ότι η επίτευξη του ελέγχου ποιότητας είναι αυτοσκοπός και αναμένεται από οποιονδήποτε να συμβάλλει στην συνολική βελτίωση της ποιότητας (Ιωάννου, 2005).

### **2.8.5 Ποσοτική και ποιοτική εκτίμηση της υγείας των ασθενών**

Πρόκειται για την χρήση δεικτών όπως η ανάλυση κόστους - χρησιμότητας με Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted LifeYears, QALY's). Οι δείκτες μπορούν να ποσοτικοποιήσουν τα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων και των συνολικών προγραμμάτων υγείας, με σκοπό στη συνέχεια να συγκριθούν μεταξύ τους για να επιλεγεί η καλύτερη και ποιοτικότερη λύση.

## 2.9 Το κόστος της ποιότητας

Δεδομένο θεωρείται το γεγονός πως για την εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας, προστίθεται ένα επιπλέον κόστος στη λειτουργία της επιχείρησης. Αυτό το επιπλέον κόστος δεν συνεπάγεται απαραίτητα βελτίωση της ποιότητας, αλλά ούτε και η ποιότητα σημαίνει απαραίτητα πρόσθετο κόστος, τουλάχιστον όχι μακροπρόθεσμα (Suver. J. *et.al.*, 1992).

Οι οικονομικοί πόροι που είναι απαραίτητοι για την εκπαίδευση του προσωπικού, την εφαρμογή ελέγχων, τις μετρήσεις των αποτελεσμάτων καθώς και για την οργάνωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος καταγραφής, αυξάνουν αρχικά το κόστος, ενώ παράλληλα η αναζήτηση λύσεων απαιτεί χρόνο, χρήμα και πρόσθετη εργασία. Στην πορεία όμως, εφόσον έχει υιοθετηθεί το σύστημα ποιότητας και έχει εξασφαλιστεί μια αρμονική ροή, οι διαδικασίες αυτοματοποιούνται με αποτέλεσμα το κόστος αυτό να ελαχιστοποιείται. Στο επίπεδο πλέον που υπάρχει αρμονική ροή των διαδικασιών, το κόστος μειώνεται όσο αυξάνεται η ποιότητα και έτσι επανατροφοδοτείται ο κύκλος για τη συνεχιζόμενη βελτίωση της ποιότητας (Suver. J. *et.al.*, 1992).

## 2.10 Ανακεφαλαίωση

Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας επιτυγχάνεται με την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, εξασφαλίζοντας έτσι το βέλτιστο αποτέλεσμα. Επιπλέον η ελαχιστοποίηση του κόστους τόσο για τον ασθενή όσο και για τους φορείς και τα συστήματα υγείας, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της έννοιας αυτής.

Η παροχή βέλτιστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί αδιαμφισβήτητα αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών. Καθώς οι ίδιοι έρχονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος για τα συστήματα υγείας, γίνεται ολοένα και πιο επιτακτική η ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Είναι λοιπόν απαραίτητο να ενσωματωθούν οι διαδικασίες για την διασφάλιση της ποιότητας στην καθημερινή πρακτική των παρόχων υπηρεσιών υγείας με τη συμμετοχή του προσωπικού, στο σύνολο του.

Το όφελος από την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δεν αφορά μόνο τους ασθενείς, αλλά και τους εργαζόμενους στο χώρο, αφού τους προσφέρει την ευκαιρία για επαγγελματική και ηθική ολοκλήρωση. Επίσης οι μονάδες παροχής υπηρεσιών, οι ασφαλιστικοί φορείς και γενικότερα το κοινωνικό σύνολο και

το κράτος αποτελούν αποδέκτες του οφέλους που προκύπτει από την βελτιστοποίηση των παροχών στον τομέα της υγείας. Ο φόβος της αλλαγής και η ανησυχία για το αρχικό κόστος από την ενσωμάτωση συστημάτων ποιότητας μπορούν να υπερνικηθούν με το πέρασ του χρόνου, εφόσον έχει εξασφαλιστεί μια αρμονική ροή στις διαδικασίες και φανεί η αξία του συστήματος, στη διαμόρφωση και την υλοποίηση του οποίου θα πρέπει να συμμετέχουν όλοι.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **3.1 Εισαγωγή**

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα αποτελεί σημαντικό θέμα στο τομέα της υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ., World Health Organization, W.H.O.), έχει ορίσει την υγεία ως μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας. Ο ορισμός αυτός τονίζει την ολιστική αντίληψη της υγείας και εμπεριέχει την θετική της έννοια η οποία δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση ή στην πρόληψη της νόσου. Αυτή η αλλαγή της αντίληψης για την υγεία, οδηγεί στην ανάγκη επαναπροσανατολισμού των συστημάτων φροντίδας υγείας προς την ικανοποίηση των ασθενών.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η ικανοποίηση των ασθενών είναι έννοιες στενά συνδεδεμένες και ο όποιος βαθμός ικανοποίησης δεν προέρχεται μόνο από τα αποτελέσματα της θεραπευτικής παρέμβασης αλλά και από το συνδυασμό της φύσης και του χαρακτήρα των διαδικασιών που εφαρμόζονται στα πλαίσια της συγκεκριμένης παρέμβασης (Παυλάκης, 2007). Πρέπει επομένως να σημειωθεί ότι η ικανοποίηση είναι μια θετική συμπεριφορά που συνδέεται με πολιτισμικά πρότυπα, προσδοκίες, αντιλήψεις, αξίες, αλλά και με την κοινωνική θέση των ατόμων. Αυτό σημαίνει ότι αποτελεί κάτι σχετικό και μια αμιγώς υποκειμενική άποψη του ασθενούς που δέχεται την εξυπηρέτηση, ενώ δεν διασφαλίζει ότι η παρεχόμενη υπηρεσία είναι η καλύτερη δυνατή.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην έννοια της ικανοποίησης με έμφαση στον ασθενή ως καταναλωτή υπηρεσιών υγείας, καθώς και στους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του και τα οφέλη από την επίτευξη αυτής. Τέλος θα αναφερθούμε στα αίτια που επιβάλλουν την μέτρηση της ικανοποίησης και την χρησιμότητα των μετρήσεων αυτών στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

#### **3.2 Ικανοποίηση του καταναλωτή**

Η ικανοποίηση του καταναλωτή έγκειται στην υποκειμενική ευνοϊκή αξιολόγηση του πελάτη, σχετικά με τις εμπειρίες που αποκόμισε από τη χρήση προϊόντων ή υπηρεσιών (Hunt, 1991). Η αξιολόγηση αυτή βασίζεται σε μια γνωστική διαδικασία στην οποία οι

καταναλωτές συγκρίνουν τις προσδοκίες τους για το προϊόν ή την υπηρεσία με αυτές που πραγματικά λαμβάνουν (Engel *et.al.*,1973). Το επίπεδο στο οποίο οι παραπάνω προσδοκίες πραγματοποιούνται είναι άμεσα συνδεδεμένο με το επίπεδο της ικανοποίησης που βιώνει ο πελάτης. Αν οι εμπειρίες από την χρήση των προϊόντων ή υπηρεσιών καλύπτουν ή ξεπερνούν τις προσδοκίες των πελατών, τότε έχουμε σαν αποτέλεσμα την ικανοποίηση. Αν, όμως, τα αποτελέσματα είναι χαμηλότερα των προσδοκιών των πελατών, τότε έχουμε μη ικανοποίηση (Swan & Combs, 1976).

Σύμφωνα με τον Oliver (1997), η αξιολόγηση των προϊόντων - υπηρεσιών έγκειται στη σύγκριση της πραγματικής απόδοσης τους με κάποια στάνταρ και από αυτήν την διαδικασία μπορεί να προκύψουν τρία αποτελέσματα:

- Επιβεβαίωση που είναι ένα ουδέτερο συναίσθημα και προκύπτει όταν η απόδοση συμφωνεί με τα στάνταρ.
- Η ικανοποίηση που προκύπτει εφόσον η απόδοση καλύπτει ή είναι καλύτερη από τα στάνταρ.
- Μη ικανοποίηση, όταν η απόδοση είναι χαμηλότερη από τα στάνταρ.

### **3.3 Τα οφέλη από την ικανοποίηση των καταναλωτών**

Σύμφωνα με τον Anderson (1993), η αυξανόμενη προσοχή και η έμφαση στην ικανοποίηση του πελάτη οδηγούν πάντα σε βελτίωση της οικονομικής απόδοσης των επιχειρήσεων. Το οικονομικό όφελος που προκύπτει, οφείλεται στους παρακάτω λόγους:

#### **Αυξημένη αφοσίωση**

Γενικά η υψηλή ικανοποίηση πελατών έχει ως αποτέλεσμα και την αυξημένη αφοσίωση τους. Αυτό σημαίνει ότι περισσότεροι πελάτες θα επιστρέψουν στο μέλλον. Αν μια εταιρία έχει δυνατή αφοσίωση πελατών, αντανακλάται στα κέρδη της, διότι με τον τρόπο αυτό διασφαλίζει μια σταθερή ροή εσόδων (Fornell, 1992).

#### **Μειωμένη ελαστικότητα τιμών**

Οι ικανοποιημένοι πελάτες είναι περισσότερο πρόθυμοι να πληρώσουν για τα οφέλη που λαμβάνουν και είναι πιο ανεκτικοί σε μια αύξηση τιμών (Reichheld & Sasser, 1990), γεγονός που οδηγεί σε αυξημένα κέρδη. Αντίθετα η μη ικανοποίηση των πελατών οδηγεί την επιχείρηση σε μεγαλύτερη αλλαγή της πελατειακής βάσης και υψηλότερα κόστη προσέλκυσης νέων πελατών.



### **Χαμηλότερο κόστος συναλλαγών**

Η ικανοποίηση πελατών μειώνει τα μελλοντικά κόστη συναλλαγών. Αν μια εταιρία έχει υψηλή ικανοποίηση πελατών, δεν χρειάζεται να ξοδέψει μεγάλα ποσά για να αποκτήσει καινούργιους πελάτες σε κάθε περίοδο. (Reichheld & Sasser, 1990).

### **Μειωμένα κόστη αποτυχίας**

Μια επιχείρηση που παρέχει συνεχώς υψηλή ικανοποίηση στους πελάτες της, έχει λιγότερους πόρους για τη διαχείριση επιστροφών, την βελτίωση ελαττωματικών προϊόντων και τη διαχείριση των παραπόνων (Fornell, 1992).

### **Νέοι πελάτες**

Το κόστος προσέλκυσης νέων πελατών είναι χαμηλότερο για εταιρίες που επιτυγχάνουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης πελατών (Fornell,1992). Γεγονός που συμβαίνει διότι οι ικανοποιημένοι πελάτες συνήθως κάνουν θετικά σχόλια για μια εταιρία από την οποία έχουν λάβει ικανοποιητικές παροχές. (Anderson, 1993, Reichheld & Sasser,1990).

### **Αυξημένη φήμη**

Η αυξημένη ικανοποίηση των πελατών βελτιώνει την συνολική εικόνα μιας εταιρίας. Η φήμη μπορεί ακόμη να είναι χρήσιμη στη δημιουργία και διατήρηση σχέσεων με προμηθευτές, διανομείς και πιθανούς συνεταιίρους (Anderson,1993).

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί πως η αύξηση της ικανοποίησης των πελατών μέσω βελτίωσης της ποιότητας προκαλεί βραχυπρόθεσμα αύξηση και στα κόστη (Taylor and Baker,1994),με αποτέλεσμα την μείωση του κέρδους ικανοποίησης. Παρά το γεγονός όμως αυτό, είναι βέβαιο ότι η ικανοποίηση του καταναλωτή είναι πολύτιμο εργαλείο για την ανάπτυξη κατάλληλων στρατηγικών, με σκοπό την επίτευξη μακροπρόθεσμων οφελών.

## **3.4 Χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ικανοποίηση των καταναλωτών**

Σύμφωνα με έρευνα που παρουσιάζει ο Πάσχος (2007), η ικανοποίηση των πελατών διαμορφώνεται από τους ακόλουθους παράγοντες:

- Ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας
- Φιλικότητα του προσωπικού
- Διαχείριση προβλημάτων και παραπόνων
- Ταχύτητα εξυπηρέτησης
- Κατάρτιση / γνώση αντικειμένου
- Διαχείριση αιτημάτων – αποριών

- Καλή συμπεριφορά και μεταχείριση
- Ικανότητα του προσωπικού
- Ευκολία επίλυσης προβλημάτων
- Συνεχής ενημέρωση και πληροφόρηση

Η ίδια έρευνα επίσης αναφέρεται και στον ρόλο της ικανοποίησης των εργαζομένων, αφού όσο πιο ευχαριστημένος είναι ο εργαζόμενος, τόσο αυξάνεται η παραγωγικότητα, η εξυπηρετικότητα και η φιλικότητα του προς τον πελάτη και κατ' επέκταση η επίτευξη της ικανοποίησης του.

### **3.5 Ο ασθενής ως καταναλωτής υπηρεσιών υγείας**

Αρχικά η ικανοποίηση των ασθενών θεωρούνταν ότι επιτυγχάνεται μέσω των επιθυμητών θετικών κλινικών αποτελεσμάτων και όλες οι ενέργειες των λειτουργών υγείας ήταν επικεντρωμένες σε αυτόν ακριβώς τον στόχο. Τέτοιες ενέργειες ήταν για παράδειγμα η συμμόρφωση του ασθενούς με μια συγκεκριμένη θεραπεία ή η τήρηση των ραντεβού με τον θεράποντα γιατρό. Στην πορεία, άρχισε σταδιακά η ικανοποίηση των ασθενών να θεωρείται μια ανεξάρτητη μεταβλητή, σύμφωνα με την οποία οι απόψεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας έγιναν ένα πολύτιμο εργαλείο για τον έλεγχο και την βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της περίθαλψης. (Hendriks *et.al.*, 2002).

Μετά την διευρυμένη συμμετοχή της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στον τομέα της υγείας, ο ρόλος του ασθενή επαναπροσδιορίστηκε. Ο νέος του ρόλος ως καταναλωτής υπηρεσιών υγείας έκανε επιτακτική την ανάγκη για πραγματοποίηση ερευνών σχετικών με την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών. Η αλλαγή αυτή οδήγησε τα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, ιδιωτικά και δημόσια, να υιοθετήσουν μια νέα πολιτική όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας περισσότερο εστιασμένη στην πελατειακή ικανοποίηση. Έκτοτε η εκπλήρωση των πελατειακών προσδοκιών θεωρήθηκε ένας από τους βασικότερους στόχους της σύγχρονης ιατρικής (Susman, 1994).

Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας και απαιτούν την ικανοποίηση των βασικών δικαιωμάτων τους. Η ενημέρωση που παρέχεται στον ασθενή για το πρόβλημα υγείας του, ο σεβασμός της προσωπικότητας του, η διασφάλιση του απορρήτου (Husserl, 1993, Baideret.al., 1997), η συμπεριφορά και η εμφάνιση του προσωπικού (Matsui *et.al.*, 1998), ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού, η

καθαριότητα και η διαμόρφωση των χώρων, οι συνθήκες (αερισμός, θερμοκρασία, ησυχία, άνεση), τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας και η παροχή κατάλληλων και εξειδικευμένων υπηρεσιών αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας (Vandenbulcke, 1999).

### **3.6 Ικανοποίηση ασθενών**

Η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική. Ωστόσο, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε (Bond & Thomas 1992) και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός.

Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, δηλώνουν ικανοποιημένοι ή ευχαριστημένοι από την θεραπεία που λαμβάνουν, την επαφή τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και από τις παροχές του συστήματος υγείας (Καραδήμας, 2005). Πρόκειται λοιπόν για το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων των ασθενών στα ερεθίσματα που δέχονται από το περιβάλλον της φροντίδας πριν, κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά από την παραμονή τους σε κάποια υπηρεσία υγείας ή επίσκεψη τους σε κάποια ιατρική μονάδα (Παυλάκης 2007).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια γνώμη που αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας φροντίδας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Ο ίδιος αργότερα ήταν ο πρώτος που υποστήριξε πως η ικανοποίηση αποτελεί ίσως τον πιο δυναμικό και λειτουργικό δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Donabedian A., 1988), καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς ακολουθούν τη θεραπευτική αγωγή, επιστρέφουν για επανεκτίμηση και διατηρούν μια σχέση επικοινωνίας με τον γιατρό τους (Larsen *et al.* 1979).

Ο Pascoe (1983) όρισε την ικανοποίηση του ασθενή ως την αντίδραση του σε ότι αφορά τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της εμπειρίας του, από την λήψη των υπηρεσιών υγείας. Υποστήριξε δε πως η αντίδραση αυτή είναι μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών.

Οι Guzman και οι συνεργάτες του (1988), υποστήριξαν πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας και ότι

σε ένα μεγάλο βαθμό είναι αυτή που θα καθορίσει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή.

Η Petersen (1988) όρισε την ικανοποίηση ως την γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ίδιος να λαμβάνει υπόψη του, την καταλληλότητα ή τα αποτελέσματα της φροντίδας αυτής.

Σύμφωνα με τον Smith (1992), η ικανοποίηση είναι ένας συνδυασμός των αναγκών, προσδοκιών καθώς και της εμπειρίας του ασθενή από τη φροντίδα υγείας. Την άποψη αυτή συμμερίζονται οι Sitzia και Wood (1997), οι οποίοι υποστηρίζουν πως η ικανοποίηση αντανακλά τη γνωστική κατάσταση που προκαλεί στο ασθενή η λήψη της υπηρεσίας, και είναι άμεσα εξαρτώμενη από τις προηγούμενες εμπειρίες και τις προσδοκίες του ατόμου.

### **3.7 Οι διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών**

Σύμφωνα με τους Miller και Bader (1988), Η τεχνική πλευρά και οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι τα δύο συστατικά της ικανοποίησης. Με τον όρο τεχνική εννοούνται οι τεχνικές ικανότητες, οι γνώσεις, η δεξιοτεχνία, η φυσική φροντίδα και η εμπειρία στην εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας, ενώ στον όρο διαπροσωπικές σχέσεις αντιστοιχεί η θεραπευτική σχέση η οποία συμπεριλαμβάνει την ευγένεια, τη λεκτική και μη επικοινωνία, και τη δυνατότητα του ασθενούς να συμμετέχει στη φροντίδα υγείας

Οι Hall και Dornan (1990) ταξινόμησαν τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών ως εξής:

- Ανθρωπιά
- Πληροφόρηση
- Γενική ποιότητα
- Γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα
- Γραφειοκρατικές διαδικασίες
- Πρόσβαση
- Κόστος
- Φυσικές παροχές
- Συνοχή
- Αποτέλεσμα
- Χειρισμός μη ιατρικών προβλημάτων

Σύμφωνα με τον Parasuraman και τους συνεργάτες του (1988), υπάρχουν πέντε διαστάσεις οι οποίες βασίζονται στην προσέλκυση των πελατών:

- Φυσικό περιβάλλον
- Αξιοπιστία
- Ανταπόκριση
- Σιγουριά
- Ενδιαφέρον

Οι Zeithaml και συνεργάτες (1990), υποστηρίζουν πως οι διαστάσεις αυτές είναι:

- Η υλική υπόσταση
- Η αξιοπιστία
- Η ανταπόκριση
- Η ικανότητα
- Η επαγγελματικότητα
- Η επιδεξιότητα
- Η ευγένεια
- Η εμπιστοσύνη
- Η ασφάλεια
- Η προσβασιμότητα
- Η επικοινωνία
- Η εμπάθεια

Κατά τον O Carr-Hill (1992), οι διαστάσεις της ικανοποίησης, όσον αφορά τον τομέα των υπηρεσιών υγείας είναι:

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

Οι Carey και Seibert (1993) αναφέρουν οκτώ διαστάσεις ικανοποίησης:

- Αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας.

- Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
- Ευγένεια
- Άνετο περιβάλλον
- Καθαριότητα
- Φαγητό
- Διαδικασίες εισαγωγής-χρέωσης,
- Θρησκευτικές ανάγκες

Είναι λοιπόν φανερό πως δεν υπάρχει μια ευρέως αποδεκτή ομάδα διαστάσεων όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών. Κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι υπάρχουν μόνο πέντε διαστάσεις, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι υπάρχουν περισσότερες. Ωστόσο, για ορισμένους ερευνητές υπάρχει σύγκλιση απόψεων για όσον αφορά κάποιες διαστάσεις, για παράδειγμα ευγένεια, αξιοπιστία, αποτέλεσμα, ασφάλεια, πρόσβαση.

### **3.8 Παράγοντες που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών**

Υπάρχει διάσταση απόψεων μεταξύ των ερευνητών, σχετικά με τα χαρακτηριστικά των ασθενών που επιδρούν στην ικανοποίησή τους. Παρακάτω παρατίθενται οι πιο βασικοί παράγοντες σύμφωνα με την βιβλιογραφία.

#### **3.8.1 Οι ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών**

Σύμφωνα με τους Evans και Lindsay (2002), η ικανοποίηση του πελάτη, συνίσταται στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών που εκπληρώνουν τις ανάγκες του. Την άποψη αυτή υποστηρίζουν οι Bond και Thomas (1992) όπου αναφέρουν πως οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές τους ανάγκες, για παράδειγμα η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, η αναγνώριση και η συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι συνθήκες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες.

Το να νοιώθει ο ασθενής δυσαρεστημένος και να αισθάνεται ότι δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι ανάγκες και οι επιθυμίες του, αποτελεί σημάδι έλλειψης ευημερίας και φτωχής ποιότητας φροντίδας υγείας. Η εκπλήρωση των αναγκών των ασθενών είναι ταυτόσημη με την ικανοποίηση των προσδοκιών τους (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010).

Σύμφωνα με τους Μιαουλis και συνεργάτες (2009), ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται άμεσα με τον βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους

από την παροχή υπηρεσιών υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν.

Οι προσδοκίες αυτές συνήθως επηρεάζονται από τις προηγούμενες εμπειρίες, τις πληροφορίες που προέρχονται από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και από την εξέλιξη της αρρώστιας (Donabedian, 1988).

Ωστόσο η ικανοποίηση των προσδοκιών των ασθενών δεν αποτελεί μέτρο αξιολόγησης της ιατρικής θεραπείας, καθώς οι ασθενείς δεν έχουν εξειδικευμένη κλινική εμπειρία και ίσως εύκολα επηρεάζονται από μη ιατρικούς παράγοντες (Bellack & O'Neil, 2000).

Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν πως σε κάθε υγειονομική παρέμβαση, οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας (Asadi *et.al.*, 2003) με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η βέλτιστη συνεργασία μεταξύ γιατρού και ασθενή, η οποία κρίνεται απαραίτητη για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας (Bond & Thomas, 1992). Εξάλλου, οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συνεργαστούν και να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στην θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας (Marquis *et.al.*, 1983).

### **3.8.2 Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά**

Οι Sitzia και Wood (1997), υποστηρίζουν πως ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από τα κοινωνικοοικονομικά, τους χαρακτηριστικά. Στην έρευνα τους αναφέρουν πως χαρακτηριστικά όπως το φύλο το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία μπορούν να επηρεάσουν τον βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς. Την άποψη αυτή συμμερίζονται και ο Straser και οι συνεργάτες του (1995), και συμπληρώνουν πως υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της επιλογής του γιατρού και των υπηρεσιών.

Οι Westbrook και Newman, (1978), υποστηρίζουν πως η ικανοποίηση των πελατών φαίνεται πως αυξάνεται με την ηλικία και την προσωπική ικανότητα και ότι μειώνεται με την μόρφωση και το συνολικό οικογενειακό εισόδημα.

Από την άλλη πλευρά, ο Fitzpatrick (1991), υποστηρίζει πως δεν υπάρχει σταθερή επίδραση αυτών των παραγόντων στην ικανοποίηση με εξαίρεση την ηλικία.

### **3.8.2.1 Ηλικία**

Πληθώρα ερευνών έχουν καταλήξει πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους (Fox&Storms, 1981, Hall&Dornan1990,Williams & Calnan,1991b). Σύμφωνα με τον Ραφτόπουλο (2002),το γεγονός αυτό οφείλεται πιθανόν στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών, ή στην διαφοροποιημένη στάση τους απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες. Ο ίδιος προσθέτει πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν διαφορετικό βαθμό εξάρτησης από τη παροχή υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους νεότερους και διαπνέονται από μια «αγωνία» να εκφράσουν την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη φροντίδα. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλες έρευνες που έχουν αποτύχει να διαπιστώσουν τέτοιου είδους σχέση με την ηλικία (Linn & Greenfiled,1982).

### **3.8.2.2 Φύλο**

Γενικά, πιστεύεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και την ικανοποίηση (Doering E. 1983, Zastowny *et.al*,1983, Delgado *et.al.*,1993). Ωστόσο υπάρχουν και έρευνες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Σύμφωνα με την Solomon (1992) οι γυναίκες παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένες σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ σε αντίθετα συμπεράσματα κατέληξαν οι Khayat και Salter (1994), που αναφέρουν πως οι άνδρες εμφανίζονται, συνολικά, περισσότερο ικανοποιημένοι. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί πως οι γυναίκες τείνουν να παραπονούνται πιο συχνά από τους άνδρες και αυτό οφείλεται στο ότι κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, επομένως έχουν μεγαλύτερη εμπειρία με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας, (Allsop, 1994).

### **3.8.2.3 Κοινωνικόοικονομική κατάσταση και επίπεδο εκπαίδευσης**

Οι Hall και Dornan (1990), θεωρούν ότι η κοινωνική θέση του ασθενή, παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει, από το γεγονός ότι οι ευκατάστατοι απλά λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, οι Anderson και Zimmerman (1993) υποστηρίζουν πως είναι η μόνη μεταβλητή που σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Σε έρευνα τους επίσης αναφέρουν πως το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται να σχετίζεται με τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης. Γεγονός που ίσως να συμβαίνει διότι το μορφωτικό επίπεδο των χρηστών υγείας καθώς και η



πληροφόρησή τους, τους καθιστά περισσότερο κριτικούς απέναντι στη προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας (Ραφτόπουλος 2002).

### **3.8.3 Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά**

Τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του ασθενή είναι δυνατό να επηρεάσουν τον βαθμό ικανοποίησης του κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιφέροντας με αυτόν τον τρόπο αλλοίωση του μεγέθους ικανοποίησης. Για παράδειγμα, μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο από ότι πραγματικά είναι προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης (Sitzia & Wood 1997).

Ο Cohen (1996) βρήκε μια ισχυρή συσχέτιση του ψυχοκοινωνικού επιπέδου υγείας με την ικανοποίηση, σε αντίθεση με τους Williams και Calnan (1991b) οι οποίοι δεν αναφέρουν μια ανάλογη συσχέτιση της κατάστασης της υγείας του ασθενή με την ικανοποίησή του, ούτε από τη νοσοκομειακή φροντίδα, ούτε από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

### **3.8.4 Επίπεδο υγείας**

Η κατάσταση της υγείας των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίησή τους, καθώς όσο χειρότερη είναι, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται (Cleary *et.al.*, 1991, Temkin, 1991, Williams & Calnan 1991b). Οι ασθενείς με κάποια ανικανότητα δηλώνουν συνηθέστερα λιγότερο ικανοποιημένοι (Hansson *et.al.*, 1994). Συγκριτικά όμως με τους υπόλοιπους παράγοντες, το επίπεδο της υγείας και της ευεξίας των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει λιγότερο την ικανοποίησή τους (Greenley *et.al.*, 1982).

## **3.9 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών**

Όπως αναφέραμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η ποιότητα στον κλάδο της υγείας εστιάζει ιδιαίτερα στην ικανοποίηση του ασθενή, καθιστώντας την ικανοποίηση αυτή ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τις μονάδες υγείας.

Κατά τον Yucelt (1995), η ικανοποίηση αποτελεί την επιβεβαίωση ή όχι των επιδιώξεων του ασθενή, σχετικά με την ποιότητα που λαμβάνει από τις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον Vuori (1999), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι:

- Το επιθυμητό και αναγνωρίσιμο αποτέλεσμα που αποτελεί ιδιότητα της ποιότητας.
- Ένας δείκτης της ποιότητας φροντίδας που εκφράζεται μέσα από την άποψη των ασθενών.
- Προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η σχέση λοιπόν της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης αναγκών των ασθενών μπορεί να μην είναι ταυτόσημη, αλλά σίγουρα είναι αλληλένδετη. Συνεπώς, οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής. Η ποιότητα της φροντίδας δεν καθορίζεται μόνο από το αποτέλεσμα της, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών (Thompson, 2006).

### **3.10 Ο ρόλος της επικοινωνίας στην ικανοποίηση των ασθενών.**

Η επικοινωνία στη σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή δίνει στον ασθενή την αίσθηση ότι λαμβάνει φροντίδα υψηλής ποιότητας και με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η ικανοποίηση του από την παροχή υπηρεσιών υγείας (Ong *et.al.*, 1995). Από την λήψη του ιατρικού ιστορικού μέχρι και την ολοκλήρωση της θεραπείας, η σχέση του ασθενή με τον γιατρό στηρίζεται στην επικοινωνία. Αυτή η θεραπευτική σχέση αποτελεί τη βάση για μια ποιοτική φροντίδα (Paice *et.al.*, 2002). Από την άλλη πλευρά η κακή επικοινωνία η οποία μπορεί να οφείλεται είτε σε έλλειψη πληροφόρησης, είτε σε χρήση ιατρικής ορολογίας, μη κατανοητής από τον ασθενή είναι μια από τις πιο συχνές αιτίες υποβολής παραπόνων από ασθενείς κατά των ιατρών (Hunt & Glucksman, 1991).

Σύμφωνα με τους Ong *et.al.*, (1995) η επικοινωνία μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή έχει ως στόχο:

- την δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης
- την ανταλλαγή πληροφοριών
- τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία.

Μια άλλη παράμετρος της επικοινωνίας που επηρεάζει τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών είναι το επίπεδο πληροφόρησης. Η επαρκής πληροφόρηση του ασθενή επιδρά θετικά στην αίσθηση ικανοποίησης του. Οι ασθενείς που παίρνουν περισσότερες πληροφορίες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που παίρνουν λιγότερες (Hall *et.al.*, 1988).

Σε έρευνα τους οι Wasfi *et.al.* (2008) υποστηρίζουν πως η ικανοποίηση των ασθενών αυξάνει σημαντικά όταν γνωρίζουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των ενδεχόμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων όπως κινδύνους, επιπλοκές κ.α. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών τους για καλύτερη επικοινωνία και πληρέστερη ενημέρωση.

### **3.11 Ικανοποίηση ασθενών στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα υγείας**

Οι συνθήκες και η συνολική προσφορά των υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς παρόχους (νοσοκομεία, κλινικές κ.λπ.), δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης στους πολίτες. Ανεξάρτητα από τους επιμέρους παράγοντες ικανοποίησης, η συνεχής ανάπτυξη ιδιωτικών μονάδων τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας φανερώνει την αυξημένη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες. Γεγονός που συμβαίνει λόγω της γενικότερης αίσθησης των πολιτών ότι θα λάβουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας στον ιδιωτικό τομέα (Σουλιώτης και συν. 2002)

Από την άλλη πλευρά οι υπηρεσίες που παρέχουν τα δημόσια νοσοκομεία, ικανοποιούν συνήθως περισσότερο τους ασθενείς των χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων, ενώ τα άτομα που ανήκουν σε υψηλότερα κοινωνικά στρώματα, εκφράζουν δυσαρέσκεια και αυτό διότι οι προσδοκίες τους σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας είναι μεγαλύτερες. Ωστόσο η ικανοποίηση των ασθενών σε νοσοκομεία του δημοσίου, κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα παρά τα προβλήματα που σχετίζονται με την υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και γενικότερα την απουσία δυνατότητας επιλογών. Εντούτοις αξίζει να σημειωθεί πως τα σοβαρότερα και βαρύτερα περιστατικά, αντιμετωπίζονται κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία (Πολύζος και συν., 2005, Σκαλκίδης και συν., 2010)

### **3.12 Μέτρηση της ικανοποίησης**

Σε καιρούς όπου το κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο ανταγωνισμός (Mc Donnel & Nash, 1990) και οι ανάγκες των ασθενών (Miller-Bader, 1988), συνεχώς αυξάνονται,

έχει δοθεί πολύ μεγάλη έμφαση στη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από αυτές ( Bond & Thomas, 1992, Fitzpatrick 1991). Ομόφωνα οι ειδικοί υποστηρίζουν πως υπάρχει ανάγκη για προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη της ποιότητας της φροντίδας (Bond & Thomas 1991, Donabedian, 1980).

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας έχουν αδιαμφισβήτητο δικαίωμα έκφρασης και είναι δυνατό να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες θα συμβάλουν θετικά προς την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον Brink (1986) το δικαίωμα του ασθενή να εκφράσει ή όχι την ικανοποίησή του από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται χωρίς φόβο, αποτελεί δικαίωμα έκφρασης για τον ίδιο και ευθύνη για το προσωπικό που συλλέγει αυτές τις πληροφορίες (Παπανικολάου & Σιγάλας 1995).

Η δυνατότητα να εκφράσουν οι ασθενείς τα παράπονά τους και τις προτάσεις τους δίνει μια δεύτερη ευκαιρία να γίνουν τα πράγματα καλύτερα. Επίσης το δικαίωμα έκφρασης των ασθενών όσον αφορά την ποιότητα της φροντίδας δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας, ελέγχου της κατάστασης και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή στις θεραπευτικές διαδικασίες (Καλογεροπούλου,2011). Για τους παραπάνω λόγους η μέτρηση της ικανοποίησης έχει ιδιαίτερη σημασία για του λήπτες αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίοι αναγνωρίζουν πως η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι απλά ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας, αλλά αποτελεί έναν από τους σκοπούς της υγειονομικής περίθαλψης (Μερκούρης 1996).

Το ενδιαφέρον για τις απόψεις των ασθενών ξεκίνησε από μια μεγάλη έρευνα στις Η.Π.Α, από τις Abdellah και Levine το 1957b. Στη πορεία, μετά το 1973, όλοι οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας που υποστηρίζονταν από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, υποχρεώθηκαν να κάνουν μετρήσεις των αποτελεσμάτων και να αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας , όχι μόνο από τις απόψεις των λειτουργών υγείας αλλά και των ασθενών (Fleming, 1979). Σήμερα, στις ΗΠΑ, αναγνωρίζεται η σπουδαιότητα των μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης του αποτελέσματος της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (Holzemer, 1990).

Σύμφωνα με τον Παυλάκη (2007), η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αποτελεί ένα οικονομικό «εργαλείο» έρευνας αγοράς στον

υγειονομικό τομέα. Η αξιολόγηση μπορεί να ποσοτικοποιηθεί μέσω ερωτηματολογίων ικανοποίησης, εργαλεία τα οποία απευθύνονται στους ασθενείς με σκοπό την αποτύπωση της γνώμης τους σχετικά με την φροντίδα που λαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Μέσα από την διαδικασία αυτή αναγνωρίζονται οι ανάγκες και οι προσδοκίες των ασθενών από της υπηρεσίες υγείας (Holland *et.al.*, 1997).

Πρόκειται για μια πολυδιάστατη διαδικασία η οποία σχετίζεται μεταξύ άλλων με την διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού (O'Connor *et.al.*, 1994), αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος (Ware *et.al.*, 1983).

Παρά όμως, το αυξημένο ενδιαφέρον που παρατηρείται για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν έχει δοθεί βάση στη θεωρητική ανάπτυξη και την ανάδειξη ευρέως αποδεκτών ορισμών της ικανοποίησης (Linder-Pelz, 1982). Οι ερευνητές στην πλειοψηφία τους έχουν κατασκευάσει εργαλεία μέτρησης για συγκεκριμένες έρευνες ή έχουν χρησιμοποιήσει άλλα, τα οποία έχουν κατασκευαστεί αρκετά χρόνια πριν, με αποτέλεσμα να μην έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων τους (Thomas & Bond, 1991).

### **3.13 Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών**

Η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η μέτρηση της ικανοποίησης δεν αποτελεί αντικειμενικό σκοπό και αποτέλεσμα, αλλά συνεισφέρει σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα. Εκτός από την ταχύτερη ανάρρωση, τον μειωμένο χρόνο νοσηλείας και την πρόληψη λοιμώξεων, που θεωρούνται οι πρωταρχικοί σκοποί και αποτελέσματα, βοηθάει επίσης στην θεραπεία και στην αυτοφροντίδα (Pascoe, 1983).

Ολοένα και περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αναζητούν την άποψη των ασθενών για την φροντίδα που τους παρέχεται και μέσα από την αναγνώριση των αναγκών και προσδοκιών τους, σχεδιάζουν την θεραπευτική τους παρέμβαση. Το αποτέλεσμα από αυτήν την διαδικασία είναι η αύξηση της ικανοποίησής των ασθενών, καθώς και η ενεργός συμμετοχή τους, αποτρέποντας έτσι τον παθητικό τους ρόλο (Bond & Thomas, 1992, Simpson, 1985). Όπως αναφέρει η Ραγιά (1987), « η ασθένεια επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ασθενών, αλλά και η ψυχική κατάσταση των ασθενών επιδρά άμεσα ή έμμεσα στην εκδήλωση και στην πορεία της ασθένειας».

Γενικότερα οι μελέτες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των πελατών εκπληρώνουν δυο ανάγκες (Jones & Sasser, 1995):

- Την απόκτηση πληροφοριών που βοηθάει τον οργανισμό να συγκρίνει την απόδοση του με άλλες επιχειρησιακές μονάδες σε διαφορετικό τόπο και χρόνο.
- Δίνουν χρήσιμες πληροφορίες ανατροφοδότησης, για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Οι Sitzia και Wood (1997) αναφέρουν πως η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών γίνεται για τους εξής λόγους :

- Περιγραφή των υπηρεσιών υγείας από την σκοπιά του ασθενή
- Αναγνώριση των προβλημάτων στους υγειονομικούς οργανισμούς και παραγωγή προτάσεων για την επίλυση τους.
- Αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας

Με τη μέτρηση της ικανοποίησης αναγνωρίζονται τα προβλήματα, οι ανάγκες του ασθενή και αντλούνται χρήσιμες πληροφορίες, ενώ ταυτόχρονα επέρχεται βελτίωση στη διαχείριση των πόρων των υπηρεσιών υγείας και στους τρόπους με τους οποίους μπορεί να ικανοποιηθούν οι χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος και συν., 2003). Σύμφωνα με τον Παυλάκη (2007), οι μετρήσεις αυτές μπορούν να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί εντοπισμού προβλημάτων ποιότητας για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Αν το προσωπικό αξιολογήσει και χρησιμοποιήσει σωστά τις πληροφορίες που θα λάβει από τους ασθενείς, τότε θα είναι σε θέση να κάνει διορθωτικές κινήσεις οι οποίες θα αυξήσουν την ικανοποίησή των ασθενών και θα οδηγήσουν σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία συμπεριλαμβανομένης της συμμόρφωσης τους προς τις θεραπευτικές οδηγίες, την ταχύτερη ανάρρωση και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, μέσα από τη διαδικασία της συνεχούς μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών, η ασκούμενη πρακτική μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και καλύτερο έλεγχο των δαπανών (Drain,2001).

Ένα επιπλέον όφελος που προκύπτει από την διαδικασία της μέτρησης είναι η βελτίωση της παραγωγικότητας των εργαζομένων στο σύστημα υγείας ,καθώς αποκτούν αυξημένο αίσθημα ενεργητικότητας, υπευθυνότητας και προβληματισμού,

συνειδητοποιώντας ότι η εργασία τους ελέγχεται (Λαζάρου, 2001). Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών δύναται να δώσει πληροφορίες σχετικά με τις εκπαιδευτικές ανάγκες του προσωπικού, με τις προβληματικές περιοχές της φροντίδας ή ακόμα και με την επιτυχία ή όχι των συστημάτων οργάνωσης της φροντίδας (Megivern *et.al.*, 1992). Αυτές οι πληροφορίες θα βελτιώσουν τη φροντίδα υγείας και θα αυξήσουν την ικανοποίησή των ασθενών, με αποτέλεσμα την θετική τους ανταπόκριση στη θεραπεία ( Abdellah & Levine, 1957a, Pascoe, 1983 Cleary & Mc Neil, 1988,).

Από την άλλη πλευρά η διοίκηση μπορεί να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, με σκοπό την επιβράβευση (Megivern *et.al.*, 1992) και ενίσχυση του ηθικού των λειτουργών υγείας (Dull *et.al.*, 1994).

Η συστηματική μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντική για την τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης. Η ικανοποίηση των ασθενών τείνει να διαδίδεται στον πληθυσμό των χρηστών και να βελτιώνει το κύρος του φορέα (Πιερράκος και Τομάρας, 2009).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1988), η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Γεγονός που σημαίνει πως ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί μεταξύ άλλων και για την προσέλκυση των πελατών – ασθενών (Κοτσαγιώργη και Γκέκα, 2010).

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, κάθε ικανοποιημένος πελάτης θα μιλήσει για την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας σε 3 τουλάχιστον άτομα, ενώ κάθε δυσαρεστημένος θα παραπονεθεί σε 11 γνωστούς του (Marquis *et.al.*, 1983).

Ο Leeboon (1988) αναφέρει πως αν δεν ικανοποιηθεί ένας πελάτης πρέπει να ικανοποιηθούν τουλάχιστον τρεις για να υπάρξει εξισορρόπηση. Ο πελάτης λοιπόν δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση να μείνει δυσαρεστημένος ή να αισθάνεται ότι οι ανάγκες του και οι επιθυμίες του δεν ικανοποιήθηκαν, διότι αυτό θα αποτελεί δείγμα χαμηλής ποιοτικής φροντίδας εκ μέρους του παρόχου (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Μια τέτοια δυσάρεστη εμπειρία είναι αρκετή για να στιγματίσει τον πάροχο για χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, πράγμα που σημαίνει ότι εκτός από τον ασθενή - πελάτη μπορεί να χαθεί και το καλό όνομα του οργανισμού.

Τέλος, θετική συμβολή έχει η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και στην πολιτικής της υγείας, εφόσον τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις μετρήσεις είναι δυνατό να δημιουργήσουν μία δυναμική σε πολιτικό επίπεδο, έτσι ώστε να

κινητοποιηθεί η κρατική μηχανή με στόχο την κατανόηση των βαθύτερων αιτίων των προβλημάτων της υγειονομικής περίθαλψης. Η κρατική κινητοποίηση μπορεί να αφορά στη λήψη μέτρων, όπως είναι η επιμόρφωση του προσωπικού ή ακόμα και στην αλλαγή του τρόπου διοίκησης (Τσιότρας, 1995).

Ο Strasen (1988), για την εφαρμογή ενός συστηματικού προγράμματος μέτρησης ικανοποίησης ασθενών, προτείνει τα εξής:

- Όλοι οι ασθενείς κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο να συμπληρώνουν ένα ερωτηματολόγιο, τα αποτελέσματα του οποίου θα είναι δυνατό να ποσοτικοποιηθούν.
- Να υπάρχουν συγκεκριμένα στάνταρτ ικανοποίησης ασθενών.
- Να αναπτυχθεί μηχανισμός σύνδεσης αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών και της επιβράβευσης του προσωπικού.
- Να γίνεται συνεχής προσπάθεια για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τις προσδοκίες και ανάγκες των ασθενών, όπως προκύπτουν από την ανατροφοδότηση (feedback) των εμπειριών τους από την παρεχόμενη φροντίδα.

### **3.14 Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών στην Ελλάδα**

Οι αλλαγές που έχουν γίνει στον χώρο της υγείας στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα μετά το 1960 είναι πολλές και μεγάλες. Παρόλα αυτά οι Έλληνες φαίνεται να είναι οι δεύτεροι περισσότερο δυσαρεστημένοι, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους κατοίκους των χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ότι αφορά την ικανοποίηση από την παροχή των υπηρεσιών υγείας (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014). Η αρνητική εικόνα που έχουν οι ασθενείς για το σύστημα υγείας και η έλλειψη εμπιστοσύνης στα νοσοκομεία, φαίνεται από την μετακίνηση τους από τα επαρχιακά στα κεντρικά νοσοκομεία, σε νοσοκομεία του εξωτερικού, καθώς επίσης και στη ιδιωτική παροχή φροντίδας υγείας (Fitzpatrick *et.al.*, 1998).

### **3.15 Ανακεφαλαίωση**

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με την παροχή των υπηρεσιών υγείας που έλαβαν. Είναι ένας σημαντικός τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κρίνεται απαραίτητη για την εύρεση πιθανών προβλημάτων της φροντίδας. Συνδέεται δε άμεσα με την αναζήτηση



υπηρεσιών υγείας, τη θεραπεία και την τήρηση αυτής, τη βελτίωση του επιπέδου υγείας και τις αλλαγές των ιατρικών σχεδίων ή γενικότερα των σχεδίων που αφορούν τον τομέα της υγείας.

Οι εκτιμήσεις των ασθενών, όσον αφορά την ικανοποίηση τους, αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες τους και προσδοκίες τους όσον αφορά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και τον βαθμό επίτευξής τους. Επίσης, αποκαλύπτουν και τον τρόπο με τον οποίο το προσωπικό επικοινωνεί με τους ασθενείς, κατά πόσο δηλαδή οι σχέσεις του με αυτούς είναι διαπροσωπικές.

Οι διαστάσεις της ικανοποίησης είναι πολλές και διαφορετικές για κάθε ερευνητή. Ωστόσο, για ορισμένους ερευνητές υπάρχει σύγκλιση απόψεων για κάποιες από αυτές, όπως για παράδειγμα ευγένεια, αξιοπιστία, αποτέλεσμα, ασφάλεια, πρόσβαση. Επίσης πολλοί είναι οι παράγοντες που φαίνεται ότι έχουν σημαντική επίδραση στην παρεχόμενη περίθαλψη και στην ικανοποίηση των ασθενών. Έρευνες έχουν δείξει ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των ασθενών διαφέρει ανάλογα με τα οικονομικά, δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά τους χαρακτηριστικά.

Τα οφέλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αφορούν τους ίδιους τους ασθενείς, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τους διευθυντές και τα διοικητικά συμβούλια, τους παρόχους και γενικότερα όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας.

Είναι αναγκαίο λοιπόν να αναπτυχθούν εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και να δημοσιευτούν τα αποτελέσματα, ώστε να ωφεληθούν οι ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας αλλά και το σύστημα υγείας γενικότερα.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΕΡΕΥΝΑ**

#### **Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ Ο ΕΟΠΥΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

##### **4.1 Εισαγωγή**

Είναι γνωστό πως λόγω των οικονομικών εξελίξεων τα τελευταία χρόνια ο τομέας της υγείας έχει υποστεί ένα πολύ ισχυρό πλήγμα. Το γεγονός αυτό εκδηλώνεται στο ασφαλιστικό σύστημα με τις συνεχόμενες μειώσεις των παροχών των ασφαλισμένων.

Συγκεκριμένα στον τομέα της φυσικοθεραπείας, τον οποίο και εξετάζουμε σε αυτό το κεφάλαιο, έχει μειωθεί κατά πολύ ο αριθμός των συνεδριών που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ, καθώς και η αποζημίωση της φυσιοθεραπευτικής πράξης, που ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα, έχει αναπόφευκτα αντίκτυπο στην διάρκεια των φυσιοθεραπευτικών συνεδριών. Βάση λοιπόν των παραπάνω συνθηκών, καθίσταται απαραίτητη η εξέταση της ικανοποίησης των χρηστών φυσικοθεραπείας σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, θα αναφερθούμε σε διάφορους παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο των ασθενών, η γενική κατάσταση της υγείας τους κ.α., προκειμένου να αποσαφηνίσουμε όσο τον δυνατόν το ρόλο των συγκεκριμένων παραγόντων σε σχέση με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

##### **4.2 Γενικά περί φυσικοθεραπείας**

Η φυσικοθεραπεία είναι από τις παλαιότερες επιστήμες στο χώρο της υγείας, η οποία στηρίζεται στη χρήση φυσικών μέσων και παρέχει υπηρεσίες σε άτομα και πληθυσμούς, με στόχο την ανάπτυξη, διατήρηση και αποκατάσταση της κίνησης και της λειτουργικότητας, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Ειδικότερα, οι φυσιοθεραπευτικές υπηρεσίες παρεμβαίνουν σε περιπτώσεις όπου η κινητικότητα και η λειτουργική ικανότητα απειλούνται από κακώσεις ή τραυματισμούς, παθήσεις ή διαταραχές, την ηλικία ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αποτελεί αναγνωρισμένο ανεξάρτητο επάγγελμα με σαφείς και οριοθετημένες αρμοδιότητες τόσο στην Ελλάδα όσο και στις χώρες του δυτικού κόσμου.

Οι φυσικοθεραπευτές λειτουργούν είτε ως ανεξάρτητοι επαγγελματίες υγείας, είτε ως μέλη διεπιστημονικών ομάδων, σε δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, σε ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας, σε ειδικούς φορείς (γηροκομεία, ειδικά σχολεία και κέντρα αποκατάστασης), ενώ προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και κατ' οίκον ή ακολουθώντας αθλητικές ομάδες στο χώρο προπόνησης και αγώνων. Έχουν κλινική αυτονομία, αξιολογώντας τον ασθενή που παραπέμπεται σε αυτούς από ιατρικές ειδικότητες επιλέγοντας και εφαρμόζοντας την καλύτερη δυνατή μορφή θεραπείας.

Η φυσικοθεραπεία έχει εφαρμογή σε ασθενείς όλων των ιατρικών ειδικοτήτων (ορθοπαιδική, νευρολογία, χειρουργική, πνευμονολογία κ.λπ.) και μπορεί να γίνει είτε μεμονωμένα είτε σε συνεργασία με άλλους τύπους ιατρικής φροντίδας.

Το κόστος της φυσικοθεραπείας στην χώρα μας καλύπτεται από την δημόσια ασφάλιση. Το ύψος της αποζημίωσης ανά φυσικοθεραπευτική συνεδρία που καλύπτει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ, καθώς και ο αριθμός των συνεδριών ανά έτος είναι συγκεκριμένα (βλέπε παράρτημα: Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, 2012, άρθρο 14).

#### **4.3 Ο σκοπός και μεθοδολογία έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή των φυσικοθεραπευτικών πράξεων που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ στους ασφαλισμένους του. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο διανεμήθηκε σε ασθενείς που έκαναν χρήση φυσιοθεραπευτικών υπηρεσιών το διάστημα Ιούλιο – Σεπτέμβριο 2015, σε ιδιωτικούς παρόχους του νομού Αττικής και συγκεκριμένα στις περιοχές της Βάρης, της Καλλιθέας και του Πειραιά.

Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε για την συγκεκριμένη εργασία (βλέπε παράρτημα) και περιείχε ερωτήματα που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, τις συνήθειες τους σχετικά με την χρήση υπηρεσιών φυσικοθεραπείας καθώς και την άποψη τους σχετικά με την φυσικοθεραπευτική φροντίδα που έλαβαν, την ικανοποίηση τους από αυτήν αλλά και τον τρόπο που λειτουργεί το σύστημα γενικότερα σε αυτόν τομέα. Στα ερωτήματα που αφορούσαν την αξιολόγηση κάποιας μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε κλίμακα(1-5), που ερμηνεύεται ως εξής: καθόλου (1), λίγο (2), μέτρια (3), αρκετά (4), πολύ (5). Στο ερώτημα σχετικά με την γενικότερη κατάσταση της υγείας του συμμετέχοντα, χρησιμοποιήθηκε κλίμακα (0-10), όπου 0= χειρίστη, 1=πολύ κακή, 2=αρκετά κακή, 3= κακή, 4= σχετικά κακή, 5=μέτρια, 6= σχετικά καλή, 7=καλή, 8= αρκετά καλή, 9=πολύ καλή, 10=άριστη.

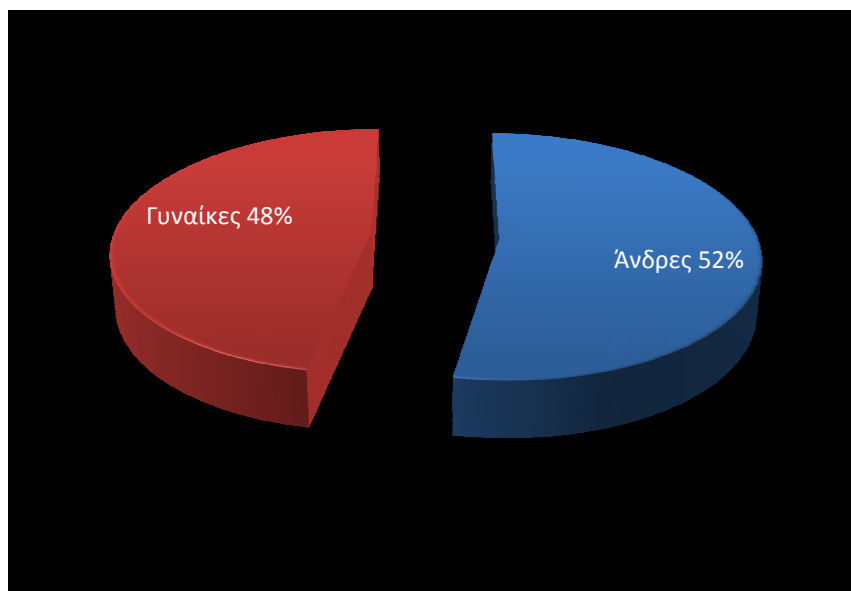
Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν με την χρήση του προγράμματος λογιστικών φύλλων Microsoft Office Excel 2007, ενώ η στατιστική ανάλυση έγινε μέσω του προγράμματος SPSS,16. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από του ασθενείς στους χώρους παροχής φυσικοθεραπείας, παρουσία των παρόχων. Το πλήθος των ασθενών που συμμετείχε στην έρευνα ανέρχεται σε 100 άτομα. Τα κριτήρια για την επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία, αρκούσε απλά λίγη καλή διάθεση για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

#### **4.4 Αποτελέσματα έρευνας**

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζονται σε πίνακες και διαγράμματα υπό την μορφή ποσοστών. (τα ποσοστά παρουσιάζονται κατά προσέγγιση, όπως προέκυψαν μετά από στρογγυλοποίηση).

##### **Το φύλο του δείγματος**

Τα δύο φύλα έλαβαν μέρος στην έρευνα σε ποσοστό με σχετικά μικρή απόκλιση. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα, το 48% του δείγματος αφορούσε τον γυναικείο πληθυσμό ενώ το 52% τον ανδρικό.

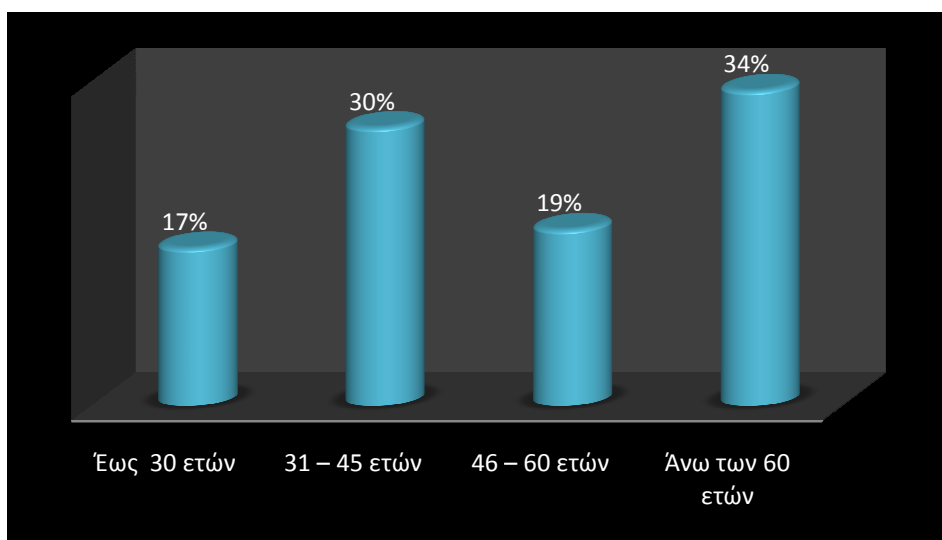


**Διάγραμμα 4.1**

**Ποσοστό συμμετοχής ανδρών και γυναικών στην έρευνα**

### Η ηλικία του δείγματος

Οι χρήστες φυσικοθεραπευτικής φροντίδας που συμμετείχαν στην έρευνα, ανήκαν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Από την ομαδοποίηση των αποτελεσμάτων παρατηρήσαμε πως το 17% των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν νέοι μέχρι 30 ετών, το 30% βρίσκονταν στην ηλικιακή ομάδα 31-45 ετών, ενώ το 19% ήταν σε ηλικία μεταξύ 46 και 60 ετών. Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό (34%), αφορούσε ηλικίες άνω των 60 χρόνων.

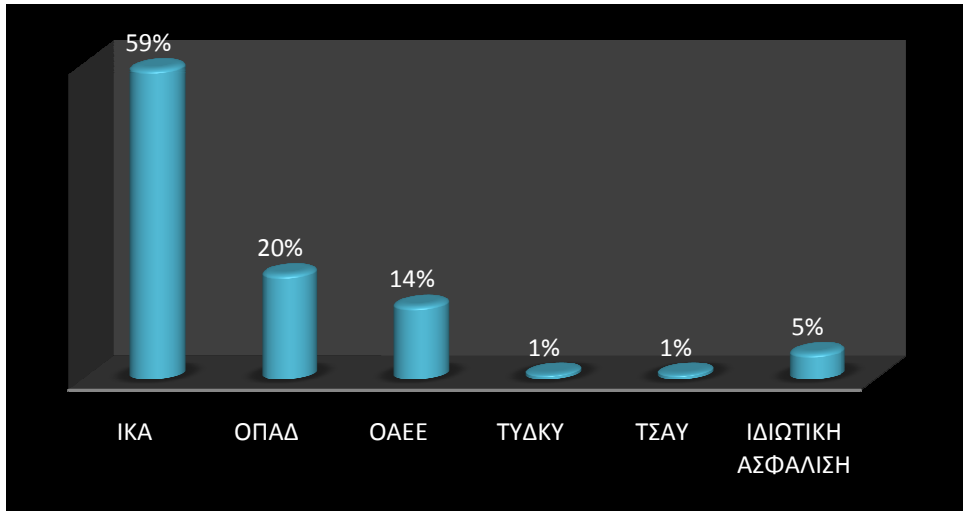


**Διάγραμμα 4.2**

**Ποσοστό χρήσης φυσικοθεραπευτικών υπηρεσιών σε σχέση με την ηλικία**

### Ο φορέας ασφαλιστικής κάλυψης του δείγματος

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είναι ασφαλισμένοι σε κάποιον από τους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς. Ενώ μόλις το 5% διαθέτουν κάλυψη από ιδιωτική ασφάλιση. Πιο αναλυτικά οι ασφαλιστικοί φορείς των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), το Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ), και το Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (ΤΣΑΥ).

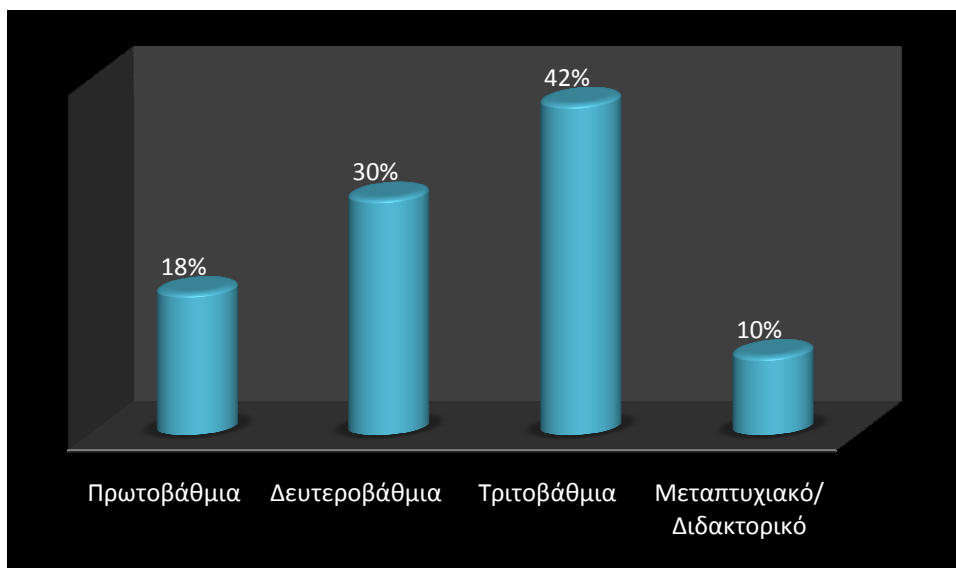


**Διάγραμμα 4.3**

**Ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης ανά φορέα**

**Το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος**

Τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα ανήκουν σε διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης. Το 42% των συμμετεχόντων σημείωσε πως ανήκει στην τριτοβάθμια βαθμίδα εκπαίδευσης και ακολουθεί η δευτεροβάθμια με ποσοστό 30%. Ενώ η πρωτοβάθμια εκπαίδευση συγκεντρώνει το 18% του δείγματος. Επίσης οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου αποτελούν το 10% των ερωτηθέντων.

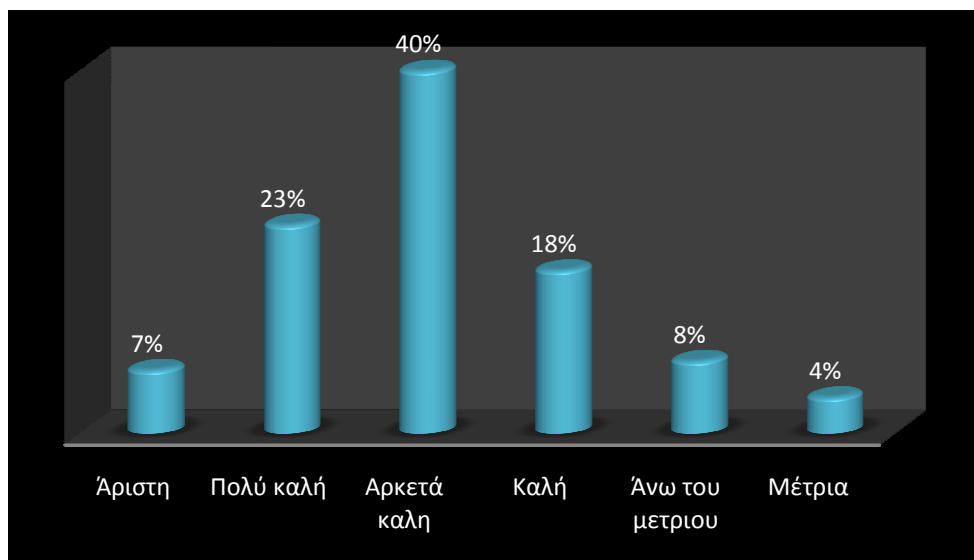


**Διάγραμμα 4.4**

**Ποσοστό ανά βαθμίδα εκπαίδευσης**

### Γενική κατάσταση υγείας του δείγματος

Όπως φαίνεται από όσα κατεγράφησαν, οι ερωτηθέντες αξιολογούν το επίπεδο υγείας τους από μέτριο έως άριστο (5-10), με το υψηλότερο ποσοστό να συγκεντρώνεται στην κατηγορία «αρκετά καλή».



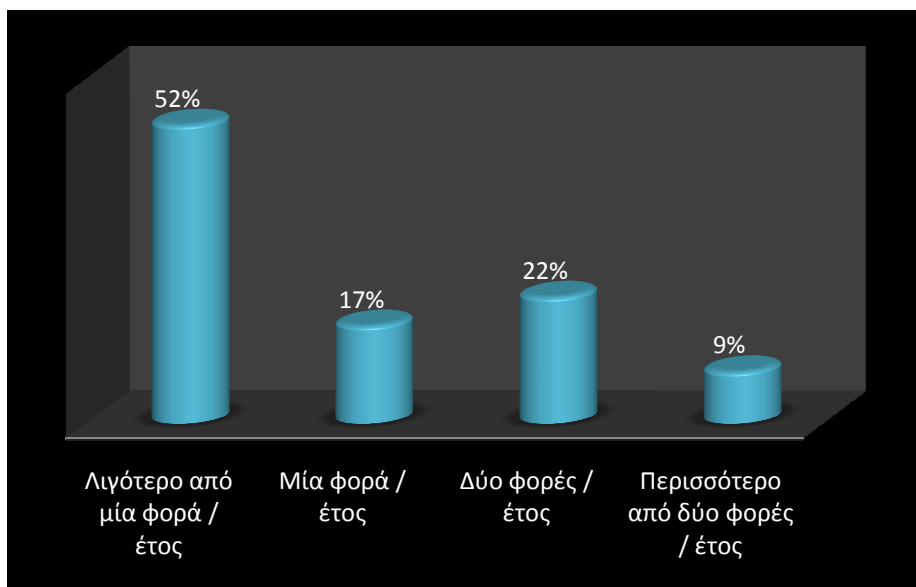
**Διάγραμμα 4.5**

**Αποτίμηση γενικής κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων**

### Συχνότητα χρήσης φυσικοθεραπευτικών υπηρεσιών ανά έτος

Στην ερώτηση σχετικά με την συχνότητα της χρήσης φυσικοθεραπευτικής φροντίδας οι απαντήσεις που λάβαμε ήταν γενικά μοιρασμένες. Οι περισσότεροι (52%) δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν φυσιοθεραπευτικές υπηρεσίες λιγότερο από μία φορά ανά έτος. Με μεγάλη διαφορά, το 22 % ανέφερε ότι επισκέπτεται τον φυσικοθεραπευτή του δύο φορές το έτος, ενώ το 17% μια φορά το έτος. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 9% δήλωσαν πως χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, περισσότερο από δύο φορές το χρόνο.



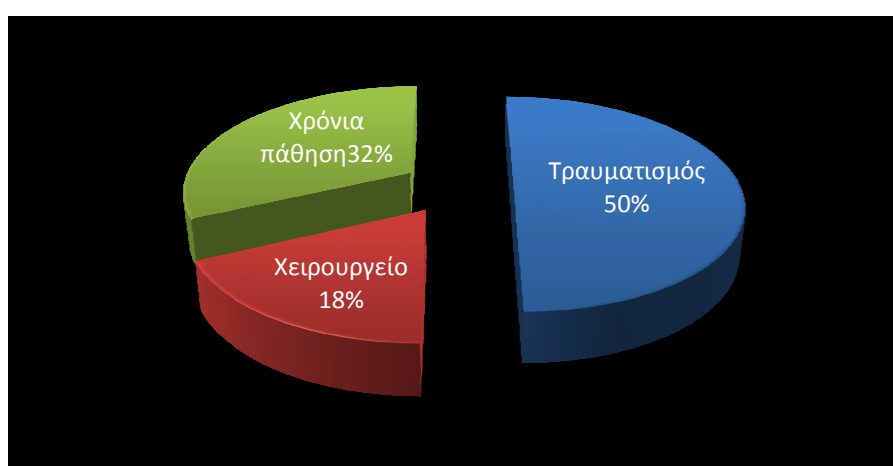


**Διάγραμμα 4.6**

**Η συχνότητα χρήσης φυσικοθεραπευτικών υπηρεσιών σε ποσοστά**

**Ο λόγος της τελευταίας επίσκεψης σε πάροχο φυσικοθεραπείας**

Οι λόγοι που οδηγούν στην αναζήτηση φυσικοθεραπευτικής φροντίδας είναι κυρίως τρεις: οι τραυματισμοί, οι χειρουργικές επεμβάσεις και οι χρόνιες παθήσεις. Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προέκυψε πως ο τραυματισμός ήταν σε ποσοστό 50% ο λόγος της τελευταίας επίσκεψης τους σε πάροχο φυσικοθεραπείας. Επίσης το 32% του δείγματος απάντησε πως επισκέφθηκε τον φυσικοθεραπευτή του λόγω κάποιας χρόνιας πάθησης, ενώ το 18%, μετά από κάποια χειρουργική επέμβαση.

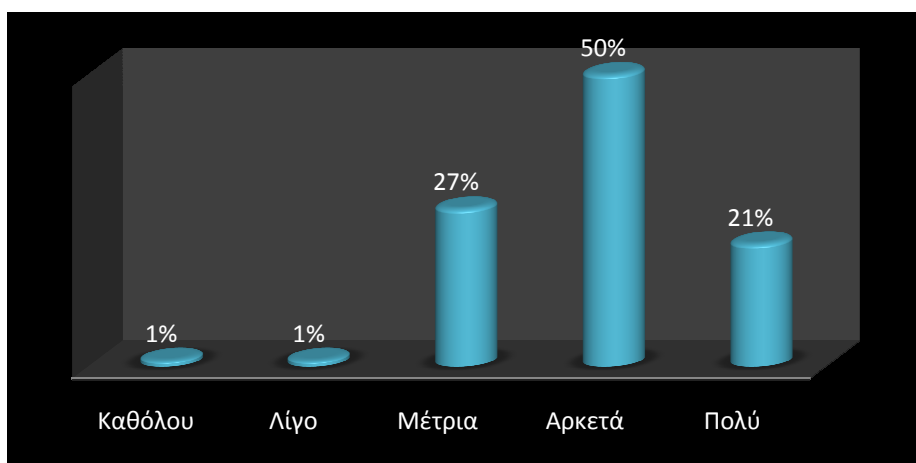


**Διάγραμμα 4.7**

**Ο λόγος της τελευταίας επίσκεψης σε πάροχο φυσικοθεραπείας**

### Βελτίωση της υγείας ως αποτέλεσμα της φυσικοθεραπευτικής φροντίδας

Όπως βλέπουμε στο ακόλουθο διάγραμμα, το 50% των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως η υγεία τους βελτιώθηκε αρκετά. Το 21% των ασθενών αναφέρει μεγάλη βελτίωση και το 27% μέτρια. Ενώ μόνο το 2% του δείγματος ισχυρίστηκε πως δεν είχε καθόλου ή μικρή βελτίωση της υγείας του μετά από την φυσιοθεραπευτική παρέμβαση.



Διάγραμμα 4.8

### Βελτίωση της υγείας ως αποτέλεσμα της φυσικοθεραπευτικής φροντίδας

### Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

Σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η πλειοψηφία του δείγματος (48%) δηλώνει πως είναι αρκετά ικανοποιητική. Ως άριστη την αξιολογεί το 40% των ερωτηθέντων και μόνο το 12% υποστηρίζει πως η ποιότητα κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα.



Διάγραμμα 4.9

### Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

### Αξιολόγηση της συμπεριφοράς του προσωπικού

Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, η συγκεκριμένη παράμετρος έχει εκτιμηθεί με μεγάλη απόκλιση ως άριστη σε όλα τα επίπεδα από την πλειοψηφία του δείγματος. Όσον αφορά την ερώτηση «αν το προσωπικό ήταν ευγενικό», το 92% των ερωτηθέντων απάντησε πολύ και το υπόλοιπό 8% αρκετά. Επίσης πολύ απάντησε το 86% του δείγματος στην ερώτηση «αν το προσωπικό απάντησε στις ερωτήσεις σας με τρόπο κατανοητό», ενώ αρκετά απάντησε το 13% και μόλις το 1% απάντησε μέτρια. Στην ερώτηση «μου δόθηκαν οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσω στο σπίτι», το 78% των ερωτηθέντων απάντησε πολύ, 15% απάντησε αρκετά, 6% μέτρια και μόλις το 1% απάντησε λίγο.

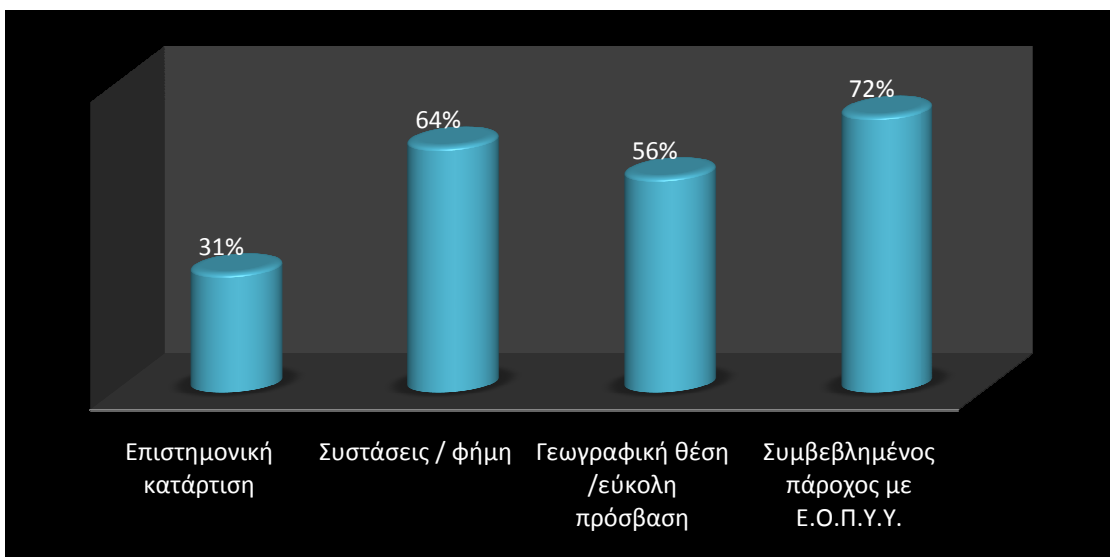
Πίνακας 4.1

#### Αξιολόγηση συμπεριφοράς προσωπικού σε κλίμακα (1-5)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ					
	1	2	3	4	5
Το προσωπικό ήταν ευγενικό	-	-	-	8%	92%
Το προσωπικό απάντησε στις ερωτήσεις μου με τρόπο κατανοητό	-	-	1%	13%	86%
Μου δόθηκαν οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσω στο σπίτι	-	1%	6%	15%	78%

### Τα κριτήρια επιλογής παρόχου φυσικοθεραπείας

Τα κριτήρια επιλογής παρόχου υγειονομικής περίθαλψης είναι πολλά και εξίσου σημαντικά για τους ασθενείς όπως αποδεικνύουν οι προτιμήσεις τους στον παρακάτω πίνακα. Με εξαίρεση την επιστημονική κατάρτιση που σημείωσε το χαμηλότερο ποσοστό (31%), οι υπόλοιποι παράγοντες επιλέχθηκαν από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα το 64% του δείγματος δήλωσε πως επέλεξε τον πάροχο φυσικοθεραπείας λόγω συστάσεων/φήμης και το 56% λόγω εύκολης πρόσβασης. Αξίζει να ειπωθεί πως το υψηλότερο ποσοστό (72%) σημειώθηκε στην επιλογή «Συμβεβλημένος πάροχος με Ε.Ο.Π.Υ.Υ», γεγονός αναμενόμενο λόγω των οικονομικών δυσχερειών που αντιμετωπίζει ή χώρα μας τα τελευταία χρόνια.

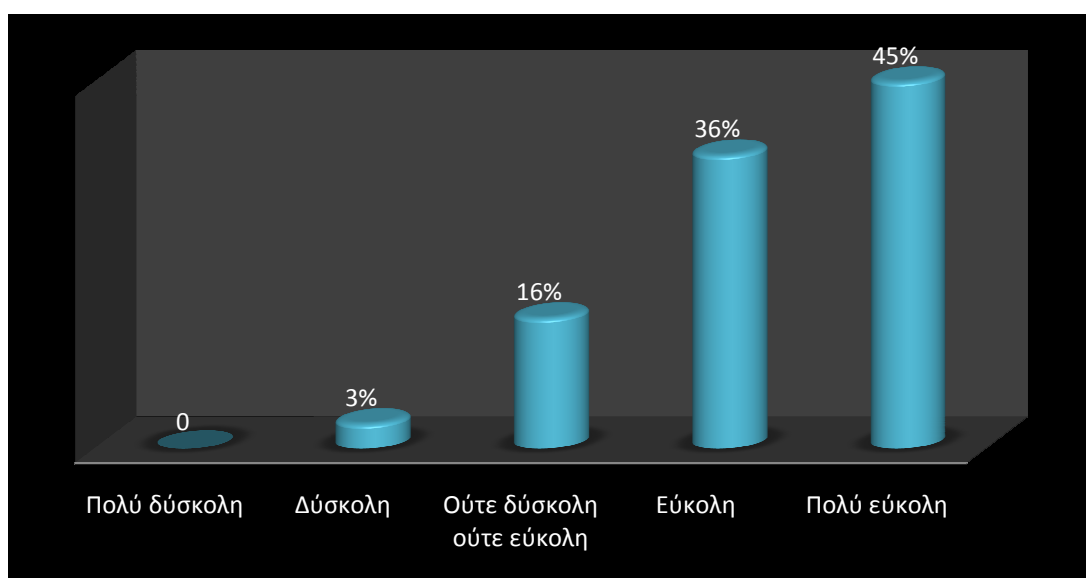


**Διάγραμμα 4.10**

**Κριτήρια επιλογής του παρόχου φυσικοθεραπείας**

**Η πρόσβαση σε συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους**

Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, η πρόσβαση στους χώρους παροχής φυσικοθεραπευτικών πράξεων θεωρείται από την πλειοψηφία του δείγματος εύκολη. Το 45% του δείγματος δήλωσε πως η πρόσβαση ήταν πολύ εύκολη και το 36% ότι ήταν εύκολη. Ούτε εύκολη, ούτε δύσκολη δήλωσε το 16% και τέλος το 3% των ερωτηθέντων αντιμετώπισαν δυσκολία σχετικά με την προσβασιμότητα.

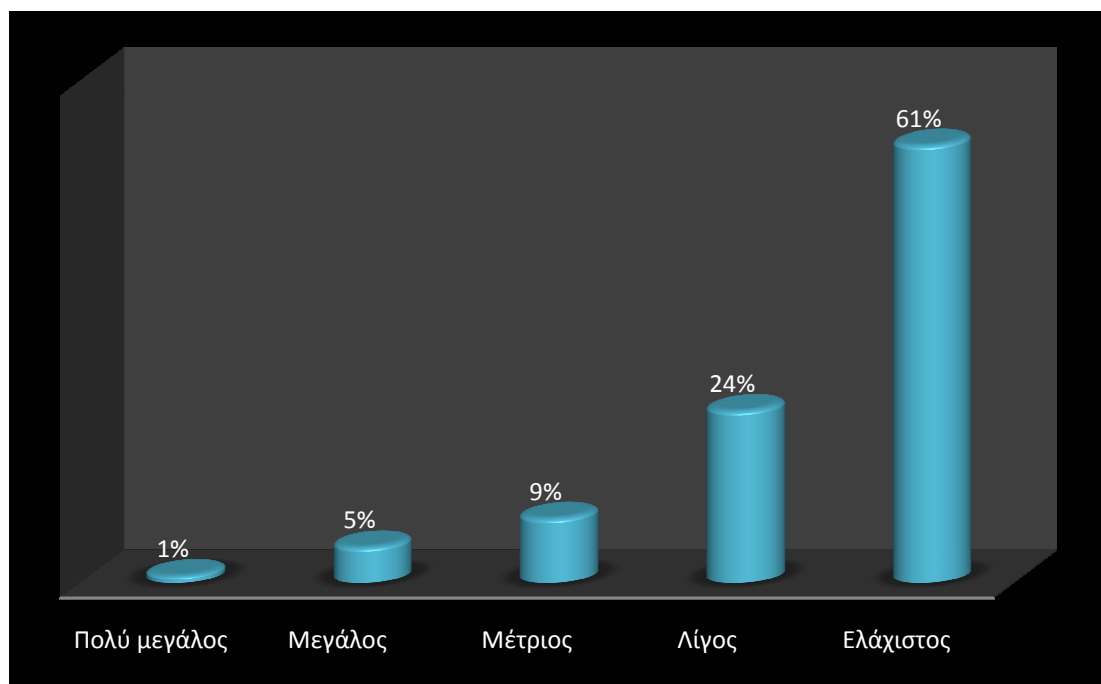


**Διάγραμμα 4.11**

**Πρόσβαση σε παρόχους φυσικοθεραπείας**

### Χρόνος αναμονής για την πρόσβαση στις υπηρεσίες

Η πλειοψηφία των ασθενών (61%), δήλωσε πως χρειάστηκε ελάχιστος χρόνος αναμονής για την πρόσβαση στις επιθυμητές υπηρεσίες. Το 24% του δείγματος δήλωσε πως ο χρόνος αναμονής ήταν λίγος, δηλαδή εντός μίας βδομάδας και το 9% απέκτησε πρόσβαση εντός ενός μήνα. Μεγάλο χρόνο αναμονής ισχυρίστηκε πως χρειάστηκε το 5% των ασθενών και πολύ μεγάλο το 1% των ερωτηθέντων.

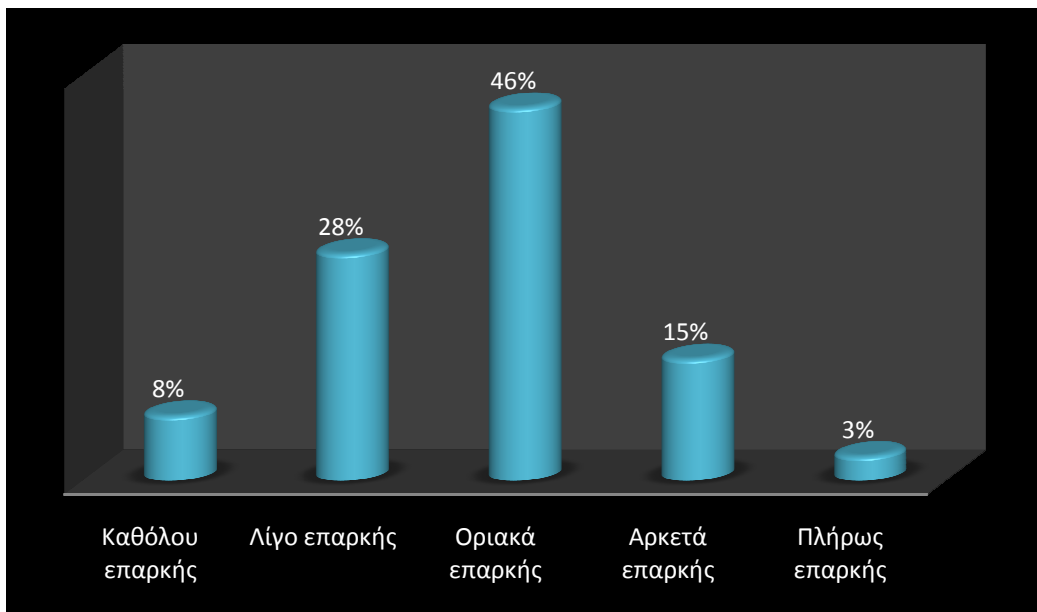


**Διάγραμμα 4.12**

**Χρόνος αναμονής για την πρόσβαση στις υπηρεσίες**

### Αξιολόγηση επάρκειας αριθμού συνεδριών

Στην ερώτηση σχετικά με την επάρκεια του αριθμού των συνεδριών που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ στους ασφαλισμένους του, σχεδόν οι μισοί ερωτηθέντες (46%), υποστήριξαν πως υπάρχει οριακή επάρκεια. Επίσης ένα αξιόλογο ποσοστό (28%), εκτίμησε πως ο αριθμός των συνεδριών είναι λίγο επαρκής. Πλήρως επαρκής, σημείωσε στη συγκεκριμένη ερώτηση το % του δείγματος, ενώ το 8% δήλωσε καθόλου επαρκής και το 15% αρκετά επαρκής.

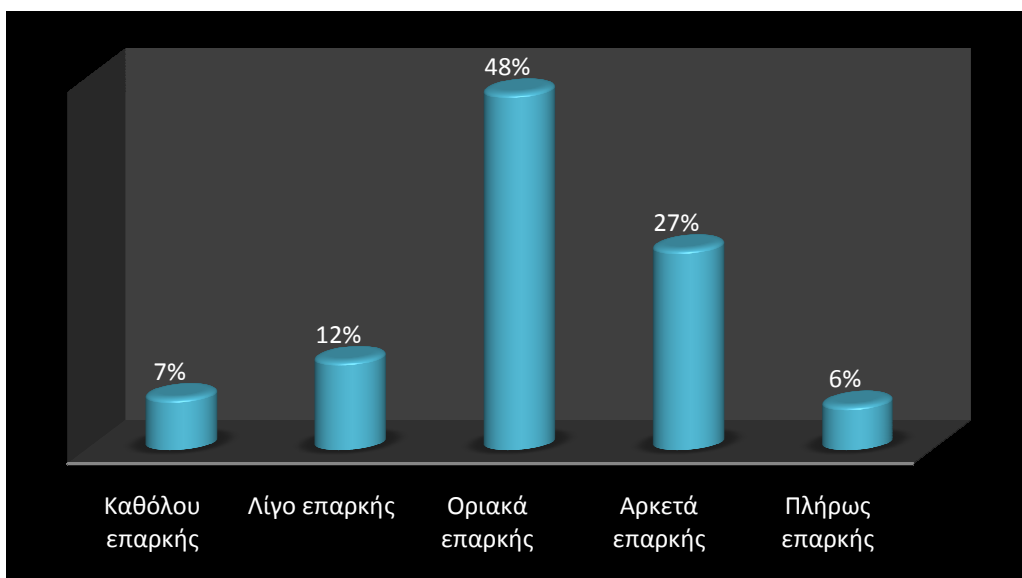


**Διάγραμμα 4.13**

**Αξιολόγηση επάρκειας αριθμού συνεδριών**

**Αξιολόγηση επάρκειας διάρκειας συνεδριών**

Στην ερώτηση σχετικά με την επάρκεια του χρόνου της φυσικοθεραπευτικής συνεδρίας, το 48% των ερωτηθέντων δήλωσε πως είναι οριακά επαρκής. Το 12% του δείγματος ισχυρίστηκε πως είναι λίγο και το 7% καθόλου επαρκής. Από την άλλη πλευρά, αρκετά και πλήρως επαρκής δήλωσαν το 27% και 6% των ερωτηθέντων αντίστοιχα.

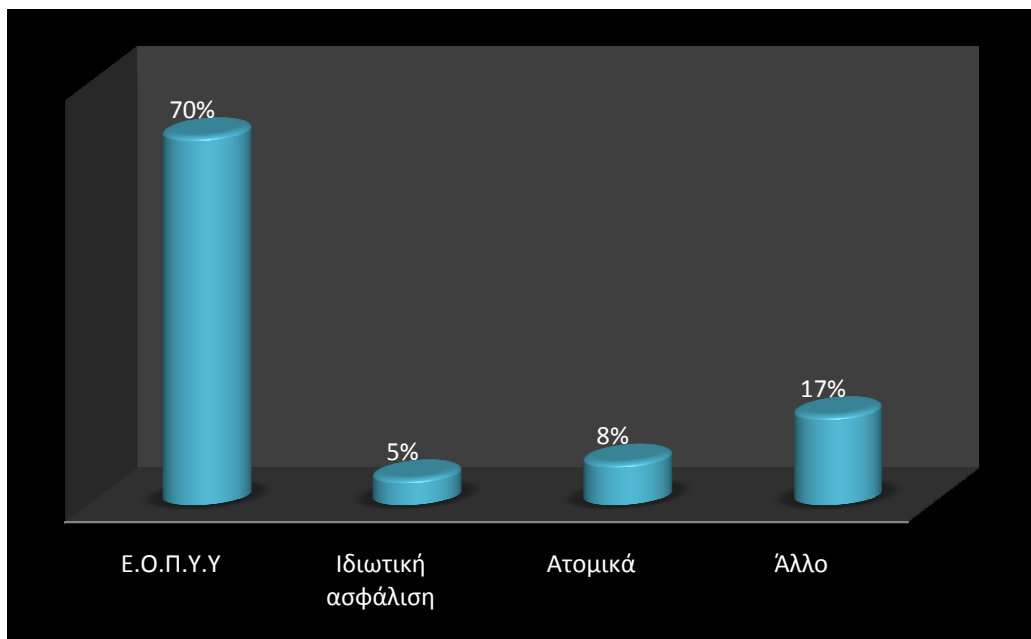


**Διάγραμμα 4.14**

**Αξιολόγηση επάρκειας διάρκειας συνεδριών**

### Κάλυψη του κόστους θεραπείας

Όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα, το κόστος παροχής φυσικοθεραπευτικών πράξεων καλύπτεται ως επί το πλείστον (70%) από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Επίσης το 8% του δείγματος δήλωσε πως το κόστος καλύφθηκε από το προσωπικό τους εισόδημα και το 5% από την ιδιωτική ασφάλιση. Τέλος το 17% των ασθενών δήλωσαν την επιλογή «άλλο» στη συγκεκριμένη ερώτηση, που σημαίνει συμμετοχή στο κόστος πέρα από την αποζημίωση που καλύπτει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

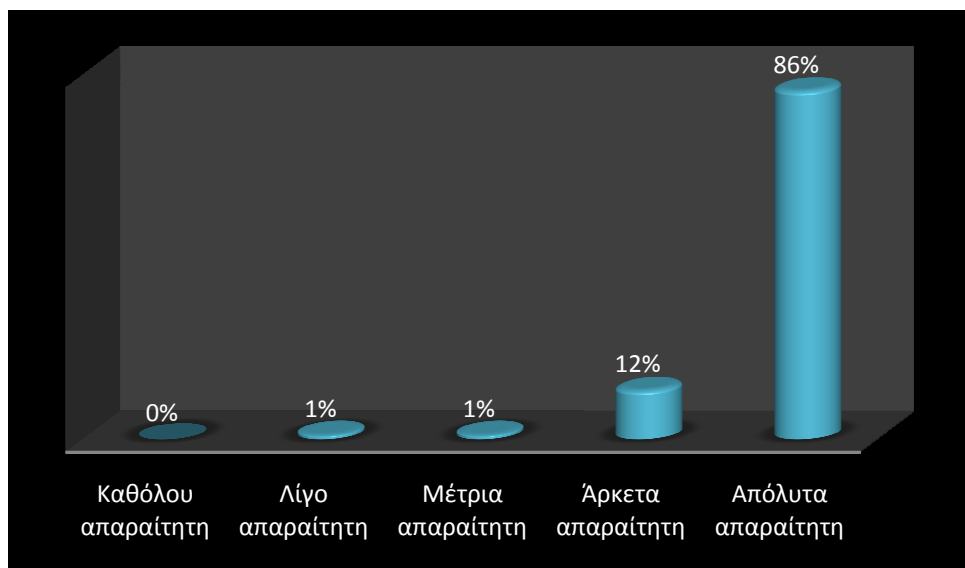


Διάγραμμα 4.15

### Κάλυψη του κόστους θεραπείας

#### Σημαντικότητα φυσικοθεραπευτικής κάλυψης από την δημόσια ασφάλιση

Το 86% των ερωτηθέντων θεωρούν πως η παροχή φυσικοθεραπευτικής κάλυψης από την δημόσια ασφάλιση είναι απολύτως απαραίτητη. Το 12% του δείγματος, υποστηρίζει πως είναι αρκετά απαραίτητη, και μόλις το 2% δηλώνουν πως δεν είναι αρκετά απαραίτητη και λίγο απαραίτητη.

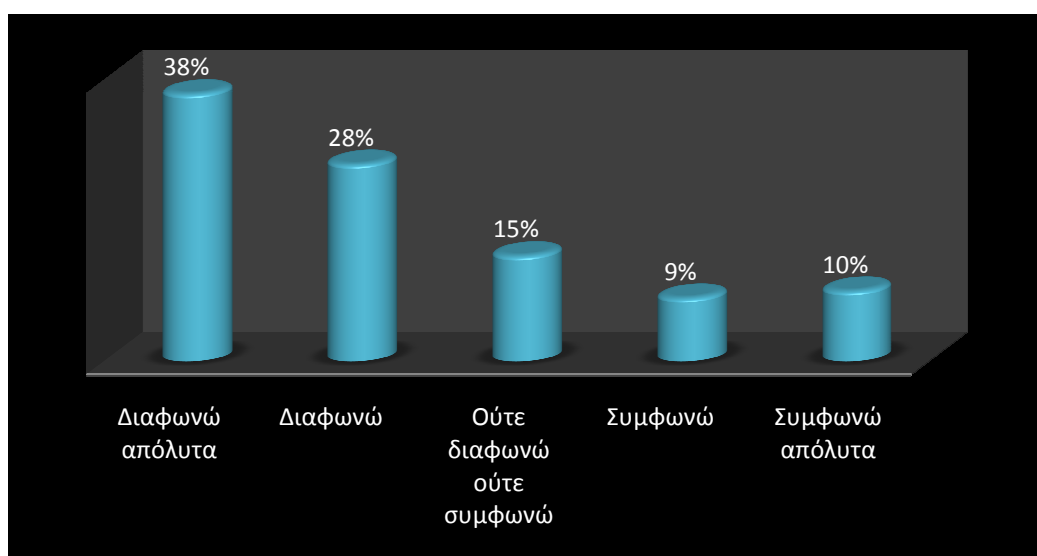


**Διάγραμμα 4.16**

**Αξιολόγηση σημαντικότητας φυσικοθεραπευτικής κάλυψης από την δημόσια ασφάλιση**

**Η άποψη των ερωτηθέντων για την συμμετοχή στο κόστος**

Στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση «συμφωνείτε με την συμμετοχή στο κόστος για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών». Πιο συγκεκριμένα σε ποσοστό 38% οι ασθενείς δήλωσαν πως διαφωνούν απόλυτα, ενώ «διαφωνώ» δήλωσε το 28% των ερωτηθέντων. Επίσης ουδέτερη θέση για το θέμα έχει το 15% του δείγματος. Τέλος οι απαντήσεις συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα, δοθήκαν σε ποσοστό 9% και 10% αντίστοιχα.



**Διάγραμμα 4.17**

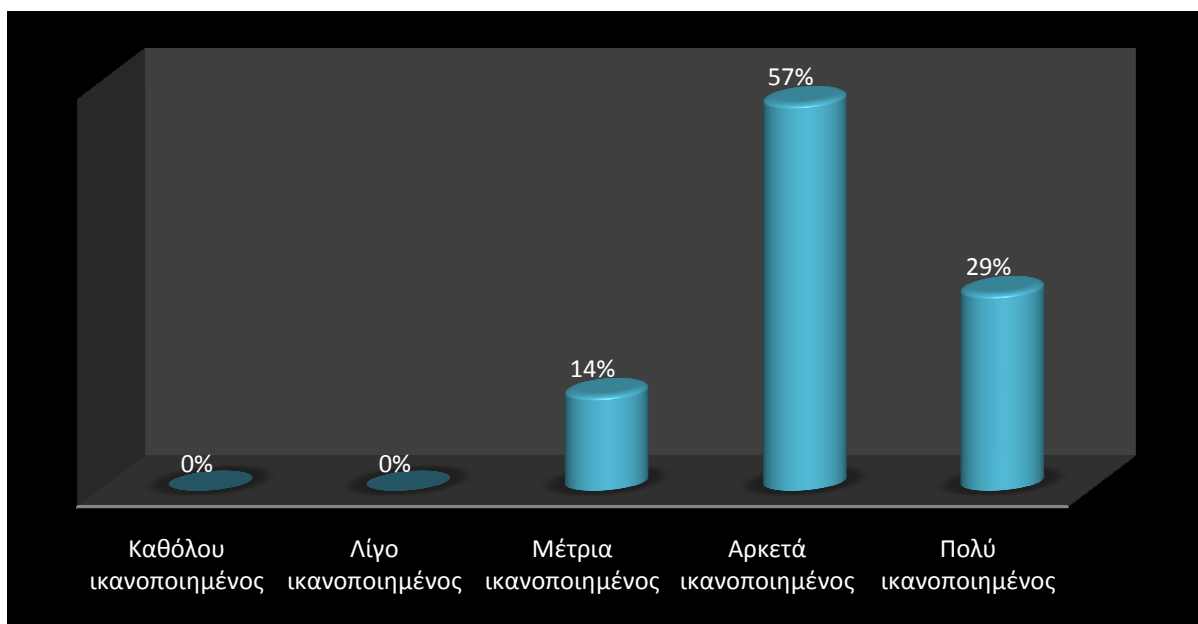
**Η άποψη των ερωτηθέντων για την συμμετοχή στο κόστος**



Από προσωπική επικοινωνία με τους ερωτηθέντες προέκυψαν τα εξής: Απόλυτη διαφωνία δήλωσαν τα άτομα που θεωρούν την παροχή υπηρεσιών υγείας αποκλειστική υποχρέωση του κράτους, οι περισσότεροι εκ των οποίων τόνισαν πως το κόστος που αφορά τις παροχές υγείας το έχουν προπληρώσει μέσω των ασφαλιστικών τους εισφορών. Με την άποψη αυτή συμφωνούν εν μέρει οι διαφωνούντες της δεύτερης κατηγορίας, όμως δεν δηλώνουν απόλυτοι, υποστηρίζοντας ότι η διαφωνία τους οφείλεται στην μη ικανοποιητική οικονομική τους κατάσταση.

### **Ικανοποίηση από την παροχή φυσικοθεραπευτικών υπηρεσιών**

Πάρα τις κάποιες ενστάσεις που σημειώθηκαν παραπάνω σε ότι αφορά τις παροχές που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ, οι ερωτηθέντες όπως φαίνεται και στο ακόλουθο διάγραμμα, δηλώνουν γενικά ικανοποιημένοι από την παροχή των φυσικοθεραπευτικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, το 57% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είναι ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών φυσικοθεραπείας. Το 29% του δείγματος σημείωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι και 14% δήλωσαν μέτρια ικανοποίηση.

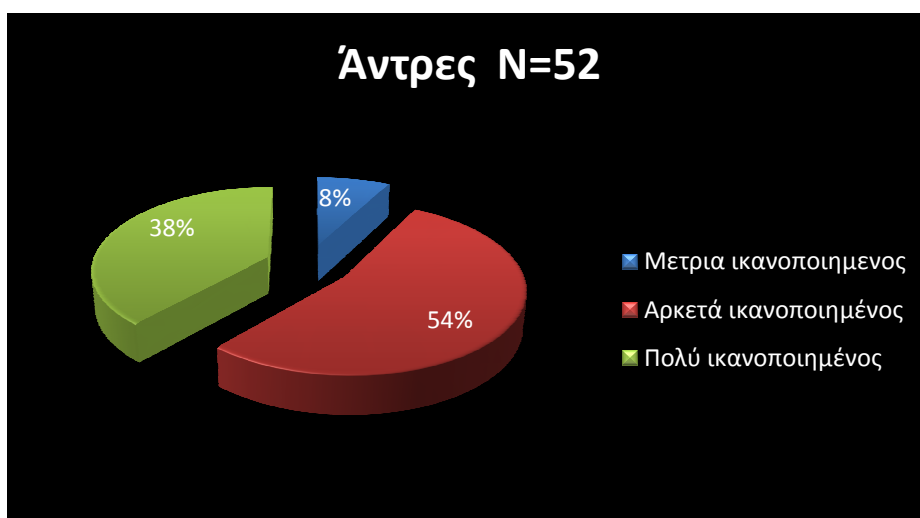


**Διάγραμμα 4.18**

**Ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών φυσικοθεραπείας**

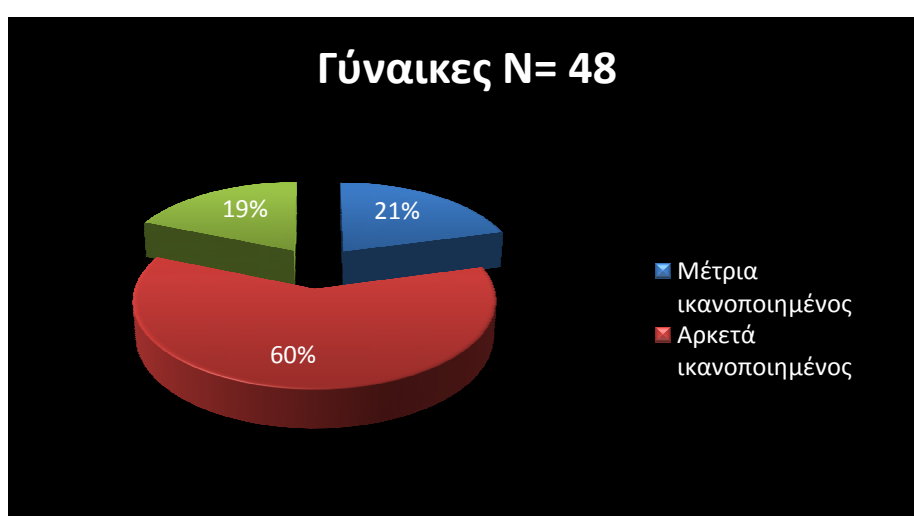
### Η ικανοποίηση σε συνάρτηση με το φύλο

Το φύλο φαίνεται πως παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών και συγκεκριμένα οι άντρες εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τις γυναίκες. Όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα, η απάντηση «πολύ ικανοποιημένος», επιλέχθηκε κατά 38% από τους άντρες και πολύ λιγότερο (19%) από τις γυναίκες. Αντίστοιχα αποτελέσματα προέκυψαν και όσο αφορά την επιλογή «μέτρια ικανοποιημένος», όπου επιλέχθηκε σε ποσοστό 21% από τις γυναίκες και 8% από τους άντρες.



Διάγραμμα 4.19

Η ικανοποίηση στον αντρικό πληθυσμό του δείγματος

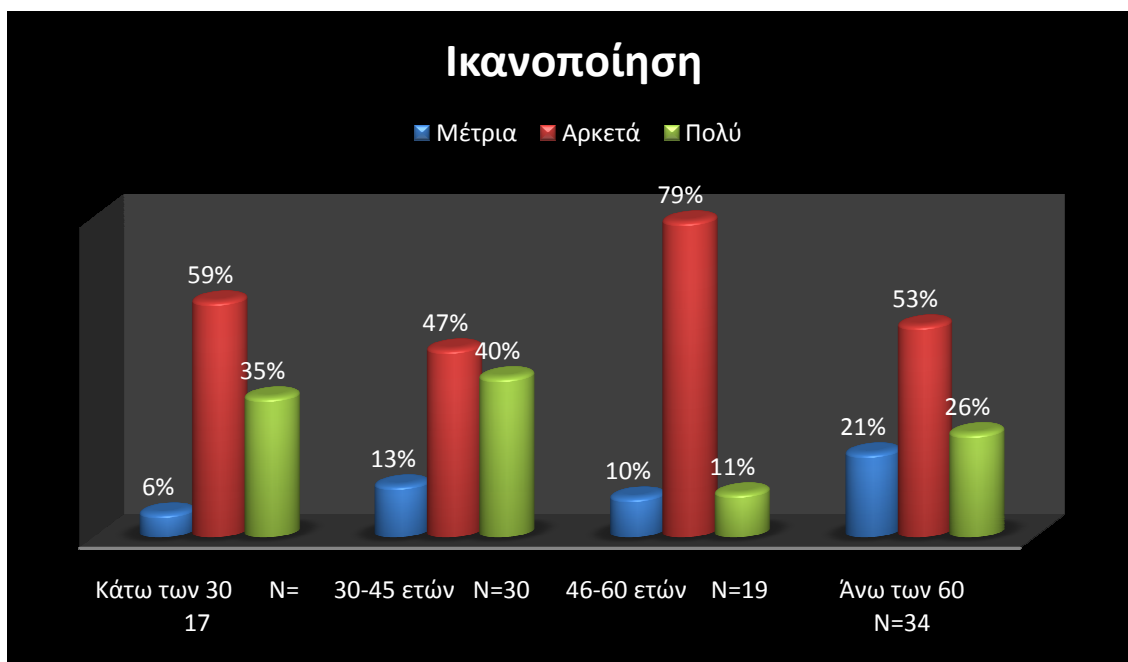


Διάγραμμα 4.20

Η ικανοποίηση στον γυναικείο πληθυσμό του δείγματος

### Η ικανοποίηση σε συνάρτηση με την ηλικία

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή φυσικοθεραπευτικών υπηρεσιών δεν φαίνεται να διαφοροποιείται ιδιαίτερα στις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Στην πλειοψηφία τους οι ερωτηθέντες όλων των ηλικιών, δήλωσαν πως είναι ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας. Τα υψηλότερα ποσοστά σημειώθηκαν στην απάντηση «αρκετά ικανοποιημένος» στο σύνολο του δείγματος όλων των ηλικιών. Όσον αφορά το μέγεθος του δείγματος, ικανοποιητικό δείγμα (άνω των 20 ατόμων) είχαμε στις ηλικιακές ομάδες 30-45 ετών και άνω των 60 ετών. Αν λάβουμε υπόψη μόνο αυτές τις 2 κατηγορίες, θα συμπεράνουμε πως η ικανοποίηση στις μεγαλύτερες ηλικίες είναι μικρότερη σε σχέση με τα νεαρότερα άτομα.



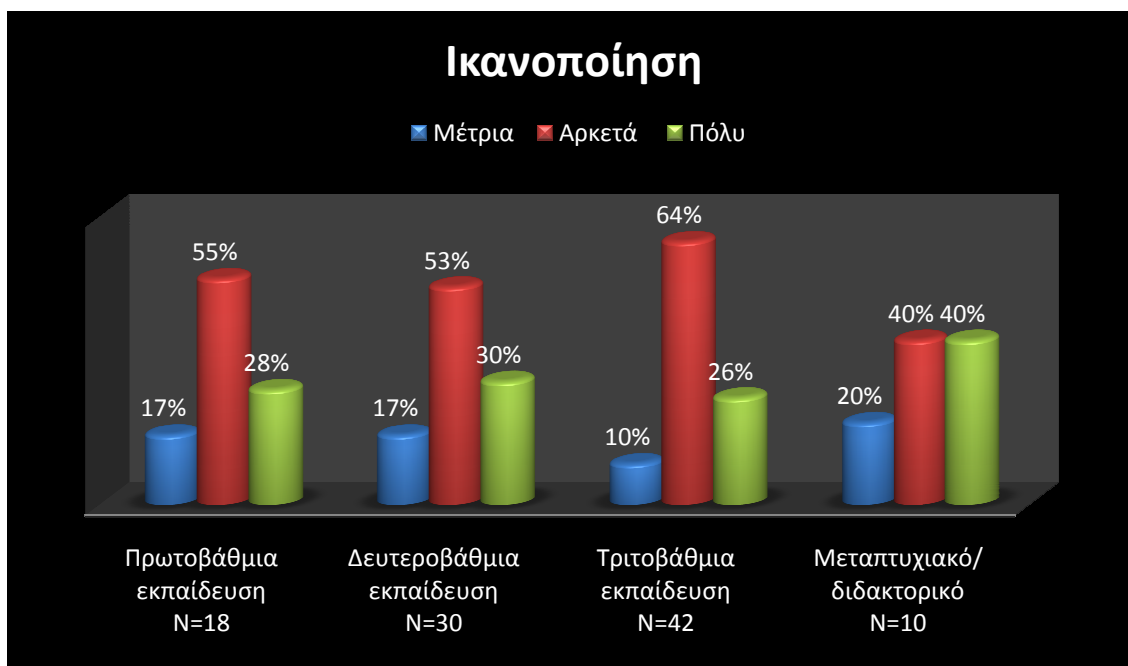
Διάγραμμα 4.21

### Ικανοποίηση σε σχέση με την ηλικία

### Η ικανοποίηση σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης

Το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στο επίπεδο ικανοποίησης τους. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων, όσον αφορά το επίπεδο ικανοποίησης τους συγκεντρώνονται ως επί το πλείστον στις επιλογές «αρκετά» και «πολύ». Το μεγαλύτερο ποσοστό επιλογής στον βαθμό ικανοποίησης «πολύ», έχει δοθεί από τους κατόχους μεταπτυχιακού / διδακτορικού τίτλου, ωστόσο οι ίδιοι έχουν επιλέξει και την επιλογή «μέτρια» ως προς την ικανοποίηση σε μεγαλύτερο ποσοστό

από τους υπόλοιπους, επομένως δεν μπορούμε να υποθέσουμε πως η ικανοποίηση σε αυτό το επίπεδο εκπαίδευσης είναι μεγαλύτερη. Επιπρόσθετα το δείγμα των 10 ατόμων που ανήκει σε αυτό το επίπεδο εκπαίδευσης, είναι αρκετά μικρό για να μας δώσει αξιόπιστα συμπεράσματα. Ικανοποιητικό δείγμα έχουμε στις κατηγορίες «δευτεροβάθμια εκπαίδευση» και «τριτοβάθμια εκπαίδευση», όπου παρατηρούμε παρόμοια ποσοστά ικανοποίησης.

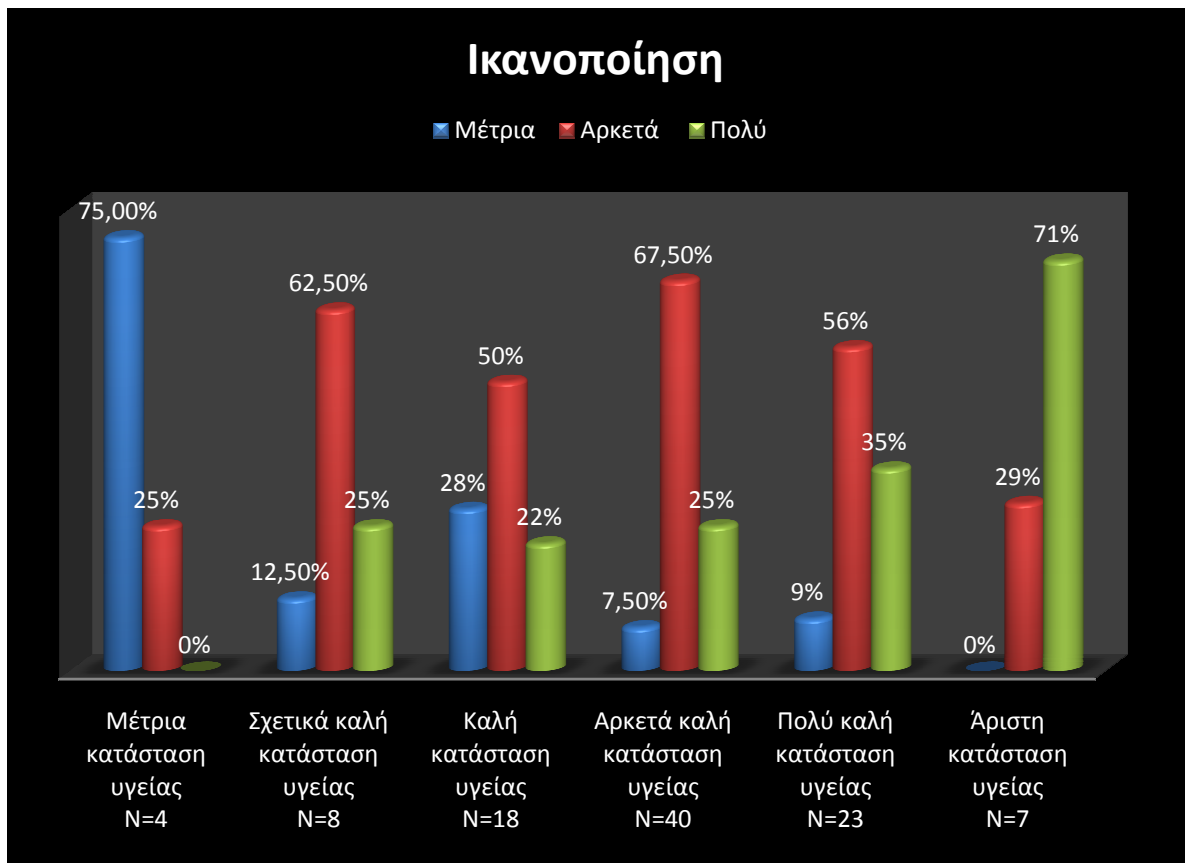


**Διάγραμμα 4.22**

**Ικανοποίηση σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης**

**Η ικανοποίηση σε συνάρτηση με το επίπεδο υγείας**

Από τα αποτελέσματα, που παρουσιάζονται στο ακόλουθο διάγραμμα, παρατηρούμε πως ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών είναι μεγαλύτερος όσο υψηλότερο είναι και το επίπεδο υγείας τους. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα με μέτριο επίπεδο υγείας (5), υποστηρίζουν σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 75%, πως η ικανοποίησή τους από τις παροχές της φυσικοθεραπείας είναι μέτρια. Αντίθετα οι ασθενείς με άριστη κατάσταση υγείας (10), δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 71%. Ικανοποιητικό δείγμα όσον αφορά την κατάσταση υγείας είχαμε στις κατηγορίες «αρκετά καλή και «πολύ καλή», οι οποίες συγκρινόμενες, επιβεβαιώνουν το συμπέρασμα πως η κατάσταση υγείας και η ικανοποίηση είναι ευθέως ανάλογη.

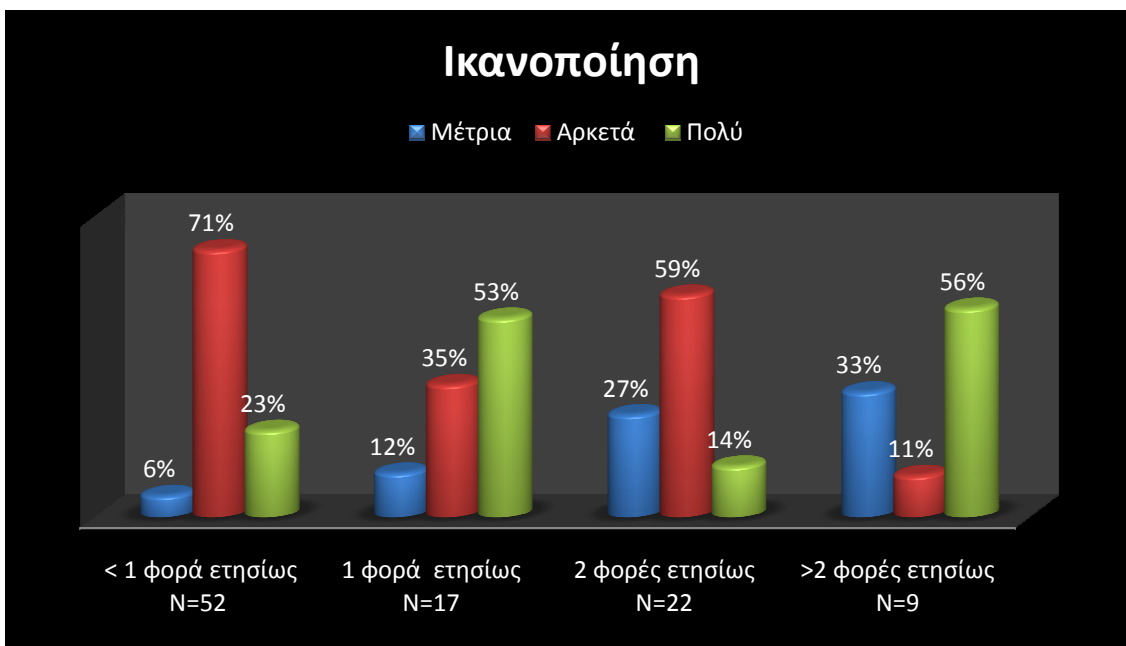


**Διάγραμμα 4.23**

#### Ικανοποίηση σε σχέση με το επίπεδο υγείας

##### **Η ικανοποίηση σε συνάρτηση με τη συχνότητα φυσικοθεραπείας**

Το μεγαλύτερο ποσοστό στην κατηγορία «πολύ ικανοποιημένος», καταγράφηκε από άτομα που κάνουν χρήση των φυσικοθεραπευτικών υπηρεσιών περισσότερο από δύο φορές ανά έτος. Ωστόσο το δείγμα σε αυτήν την κατηγορία είναι αρκετά μικρό (N=9). Ικανοποιητικό δείγμα είχαμε από τα άτομα που κάνουν χρήση των υπηρεσιών, λιγότερο από μία φορά το έτος (N =52) και δύο φορές ανά έτος (N= 22), όπου οι ερωτηθέντες της πρώτης κατηγορίας εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι.

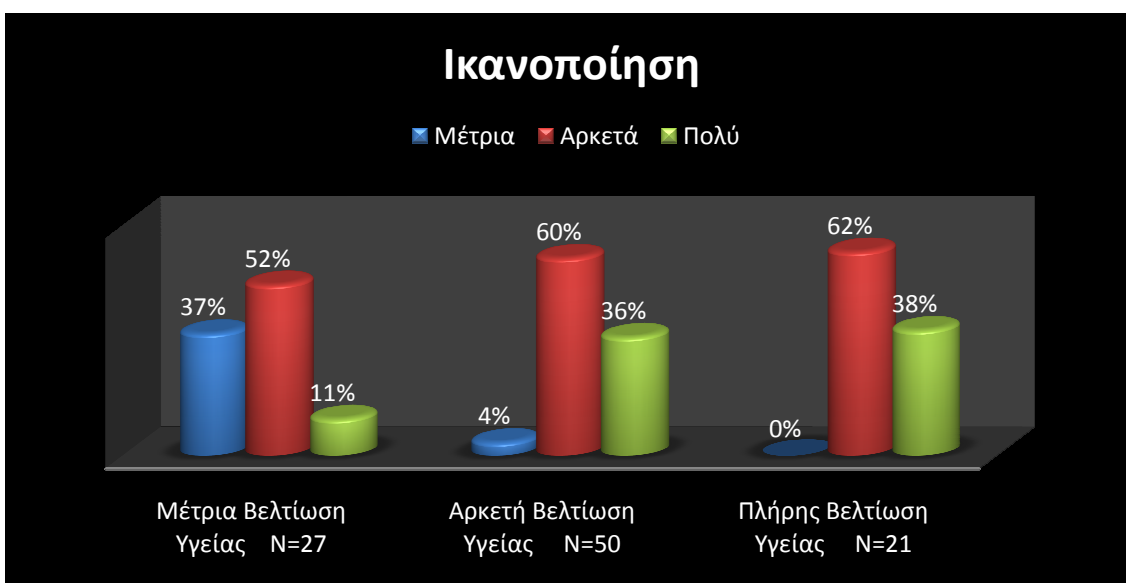


**Διάγραμμα .4.24**

**Ικανοποίηση σε σχέση με τη συχνότητα φυσικοθεραπείας**

#### Ικανοποίηση σε συνάρτηση με την βελτίωση της υγείας

Όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα η βελτίωση της υγείας των ασθενών παίζει καθοριστικό ρόλο στην ικανοποίησή τους, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αφού όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο βελτίωσης τόσο μεγαλύτερο είναι και το επίπεδο ικανοποίησης.

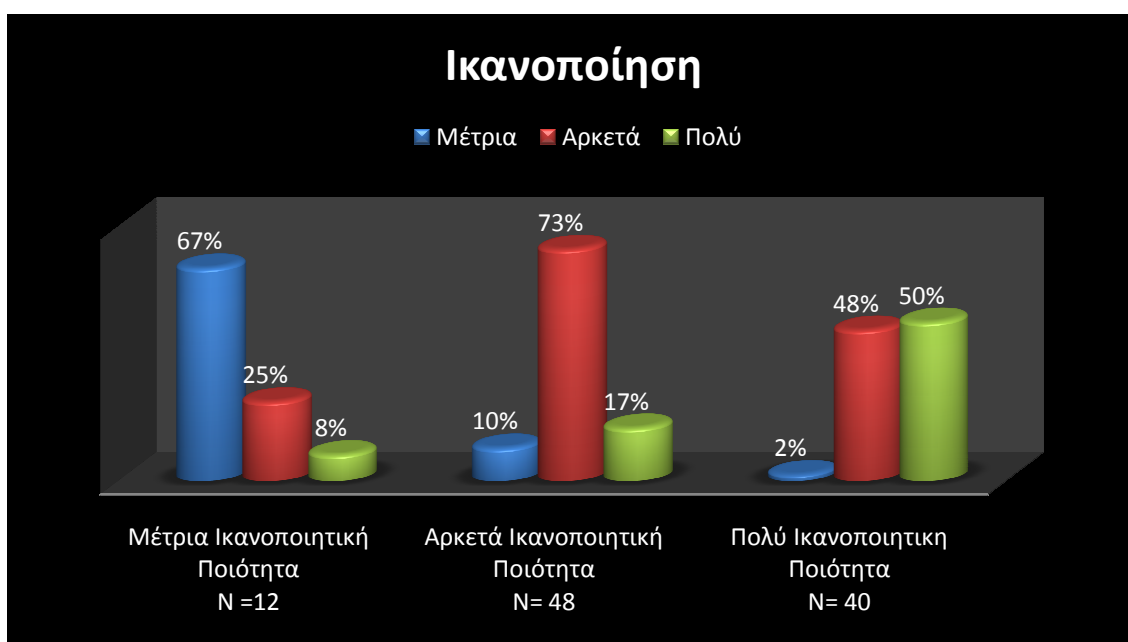


**Διάγραμμα 4.25**

**Ικανοποίηση σε σχέση με την βελτίωση της υγείας**

## Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών και ικανοποίηση

Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς αξιολογούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με τον ίδιο βαθμό που αξιολογούν και την ικανοποίηση από την επαφή τους με την φυσικοθεραπεία. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς που δηλώνουν πως είναι μέτρια ικανοποιημένοι, αξιολογούν ως επί το πλείστον (67%) και την ποιότητα ως μέτρια. Αντίστοιχα, τα άτομα που έχουν δηλώσει πως είναι αρκετά ικανοποιημένοι, υποστηρίζουν σε ποσοστό 73% πως και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι αρκετά ικανοποιητική. Τέλος οι ασθενείς που δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι βαθμολογούν την ποιότητα πολύ ικανοποιητική σε ποσοστό 50%. Ωστόσο υπάρχει και ένα μικρότερο ποσοστό ασθενών που δεν βαθμολογεί την ικανοποίηση του και την ποιότητα των υπηρεσιών με τον ίδιο ακριβώς τρόπο. Για παράδειγμα οι ασθενείς που δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι που αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος, υποστηρίζουν σε ποσοστό 10% πως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι μέτρια και πολύ ικανοποιητική σε ποσοστό 17%. Επομένως μπορούμε να συμπεράνουμε πως η ικανοποίηση των ασθενών με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι άμεσα συνδεδεμένες αλλά όχι ταυτόσημες. Ικανοποιητικό δείγμα όσον αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας έχουμε στις κατηγορίες «αρκετά ικανοποιητική» και «πολύ ικανοποιητική», όπου επίσης φαίνεται η άμεση σύνδεση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με την ικανοποίηση των ασθενών.

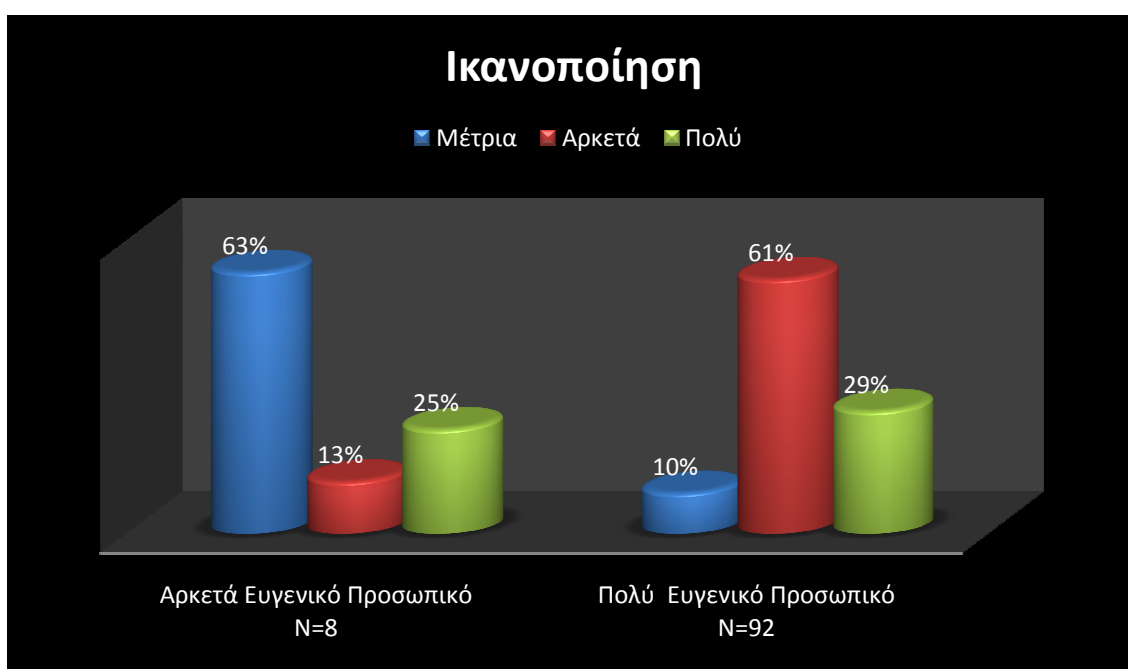


Διάγραμμα 4.26

Ικανοποίηση σε σχέση με την ποιότητα υπηρεσιών

### Ικανοποίηση σε συνάρτηση με την συμπεριφορά/ διάθεση του προσωπικού.

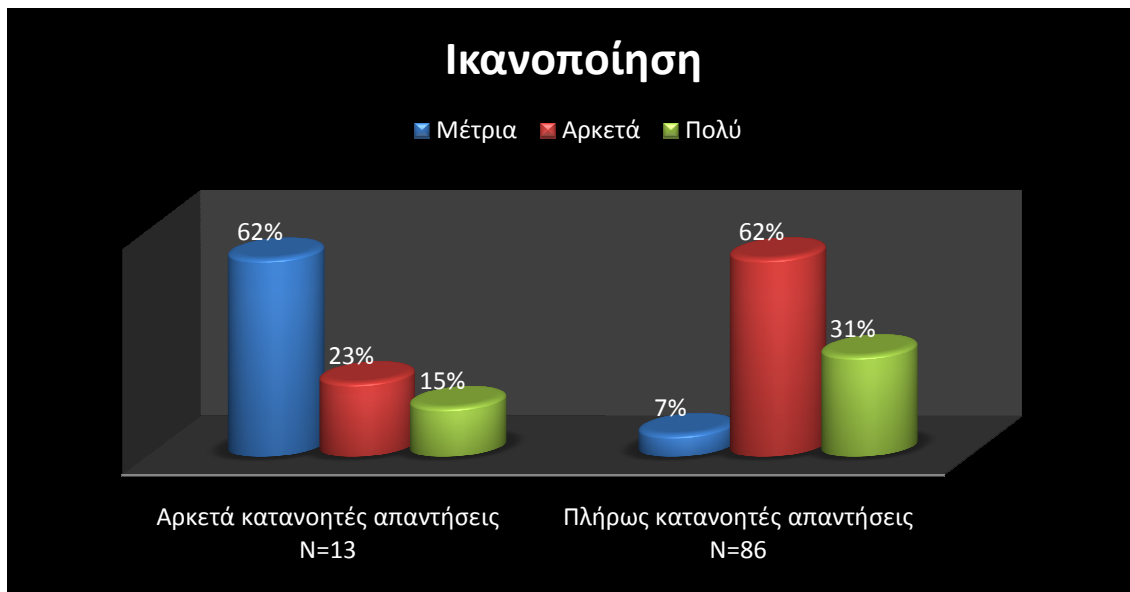
Όπως φαίνεται στα ακόλουθα διαγράμματα, οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους δηλώνουν ικανοποιημένοι στον βέλτιστο βαθμό από την συμπεριφορά του προσωπικού, όσον αφορά την ευγένεια, την πληροφόρηση και τις οδηγίες που δόθηκαν. Ωστόσο, το επίπεδο ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες δεν είναι το μέγιστο, αλλά κυμαίνεται από μέτριο έως πολύ. Η πλειοψηφία των ασθενών που έχουν αξιολογήσει άριστη την συμπεριφορά του προσωπικού δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι, γεγονός που σημαίνει πως η τελευταία παίζει ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά όχι καθοριστικό.



Διάγραμμα 4.27

Ικανοποίηση σε σχέση με την ευγένεια του προσωπικού





**Διάγραμμα 4.28**

**Ικανοποίηση σε σχέση με την ανταπόκριση του προσωπικού στις ερωτήσεις**



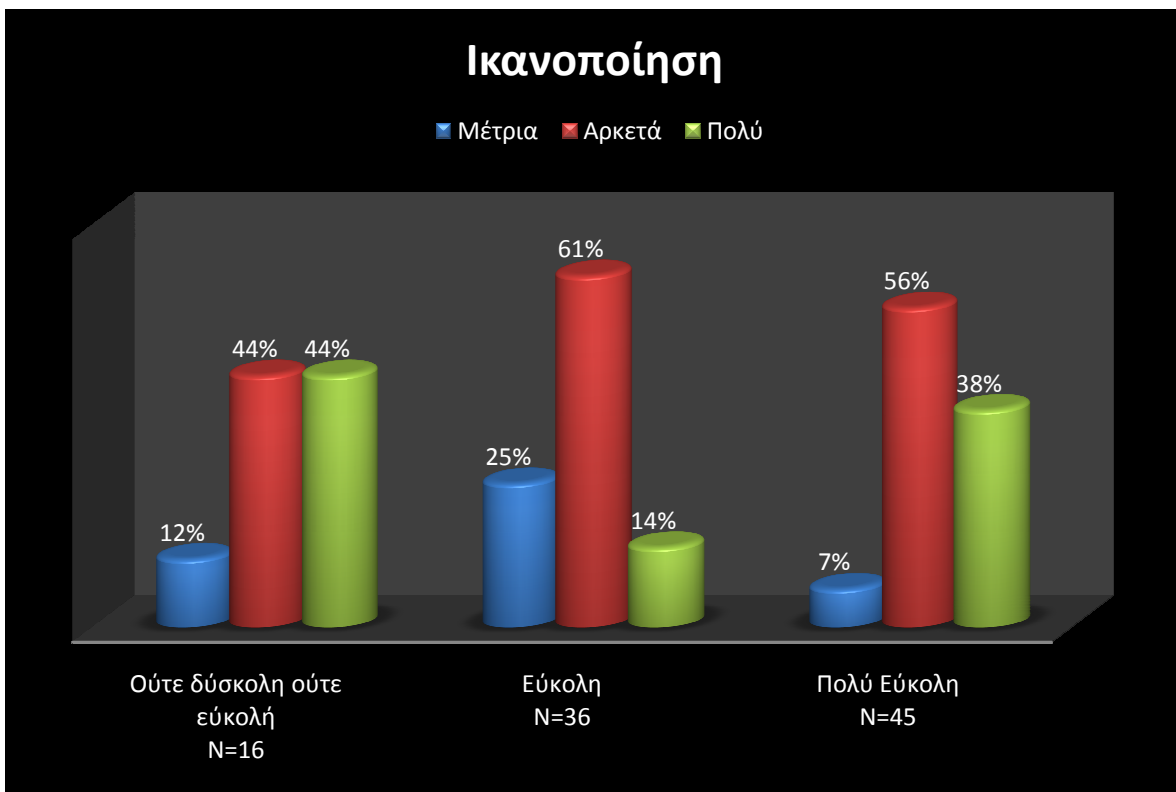
**Διάγραμμα 4.29**

**Ικανοποίηση σε σχέση με περαιτέρω δοθείσες οδηγίες.**

**Ικανοποίηση σε συνάρτηση με την ευκολία πρόσβασης στους παρόχους**

Μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης παρατηρείται στα άτομα που αξιολογούν την πρόσβαση στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους, «ούτε εύκολη, ούτε δύσκολη», ωστόσο το δείγμα που ανήκει σε αυτήν την κατηγορία δεν είναι αρκετά

ικανοποιητικό σαν μέγεθος (N=16). Από τους ασθενείς που έχουν αξιολογήσει την πρόσβαση ως «εύκολη» και «πολύ εύκολη», οι δεύτεροι παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι.



**Διάγραμμα 4.30**

**Ικανοποίηση σε σχέση με την ευκολία πρόσβασης σε παρόχους**

#### **Ικανοποίηση σε συνάρτηση με το χρόνο αναμονής**

Όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης παρατηρείται στα άτομα που έχουν αξιολογήσει τον χρόνο αναμονής για την πρόσβαση στις επιθυμητές υπηρεσίες ως ελάχιστο σε σχέση με τους ασθενείς που εκτίμησαν τον χρονικό διάστημα ως λίγο. Ενώ το δείγμα στις υπόλοιπες επιλογές ήταν αρκετά μικρό για να εξάγουμε συμπεράσματα.

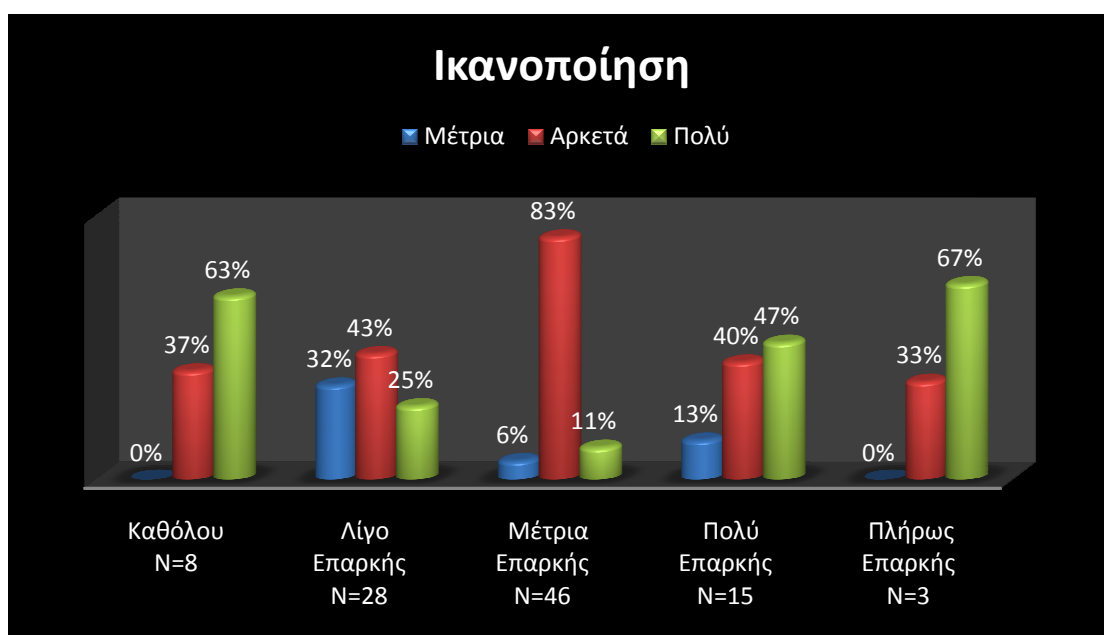


**Διάγραμμα 4.31**

#### Ικανοποίηση σε σχέση με το χρόνο αναμονής.

#### Ικανοποίηση σε σχέση με την επάρκεια του αριθμού συνεδριών

Όπως φαίνεται από το παρακάτω διάγραμμα, η πλειοψηφία των ασθενών (82%), έχει αξιολογήσει τον αριθμό φυσικοθεραπευτικών συνεδριών που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ, από μέτρια έως καθόλου επαρκή. Παρόλα αυτά το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δηλώνουν γενικότερα αρκετά ικανοποιημένοι από τις παροχές της φυσικοθεραπείας. Γεγονός που σημαίνει πως η συγκεκριμένη παράμετρος δεν επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών σε μεγάλο βαθμό.

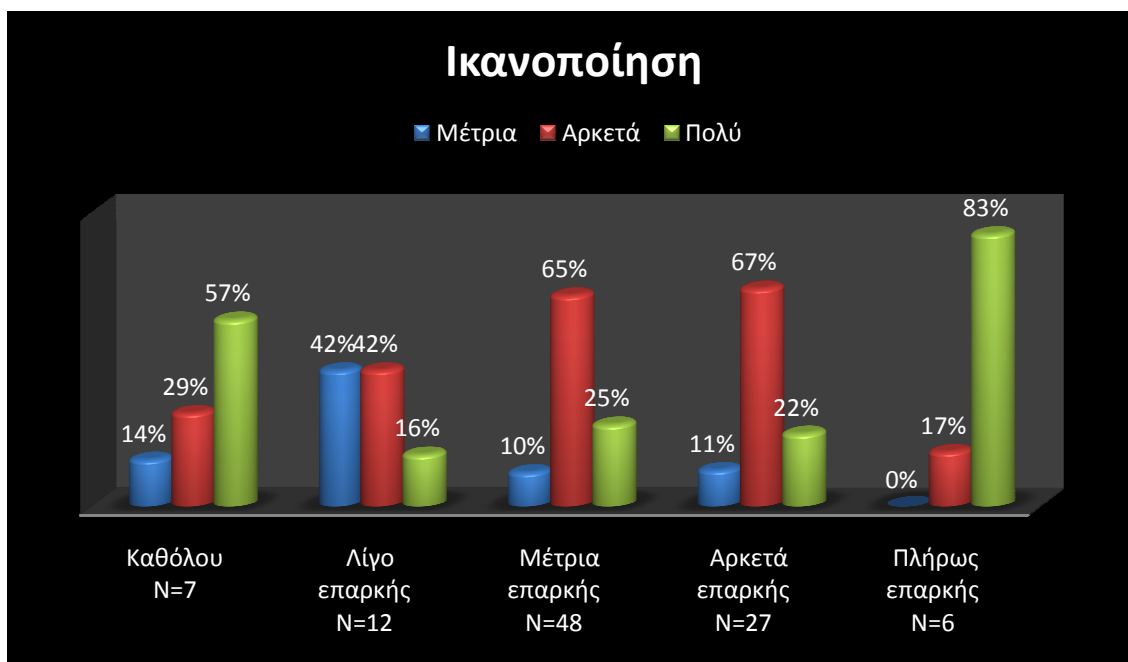


**Διάγραμμα 4.32**

#### Ικανοποίηση σε σχέση με την επάρκεια του αριθμού συνεδριών

### Ικανοποίηση σε συνάρτηση με την επάρκεια της διάρκειας συνεδριών

Όπως παρατηρούμε στον ακόλουθο πίνακα, έχουν σημειωθεί ποσοστά υψηλής ικανοποίησης σε σχέση με τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, από όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από την άποψη τους, σχετικά με την επάρκεια της διάρκειας των συνεδριών που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ. Ιδιαίτερα στις κατηγορίες «μέτρια επαρκής» και «αρκετά επαρκείς», στις οποίες υπάρχει ένα ικανοποιητικό δείγμα ατόμων, η ικανοποίηση των ασθενών κυμαίνεται από μέτρια έως πολύ σε παραπλήσια ποσοστά, με την πλειοψηφία αυτών να δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι. Βάση των δεδομένων αυτών, μπορούμε να συμπεράνουμε πως ο παράγοντας «διάρκεια συνεδριών» δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή φυσικοθεραπευτικών πράξεων.



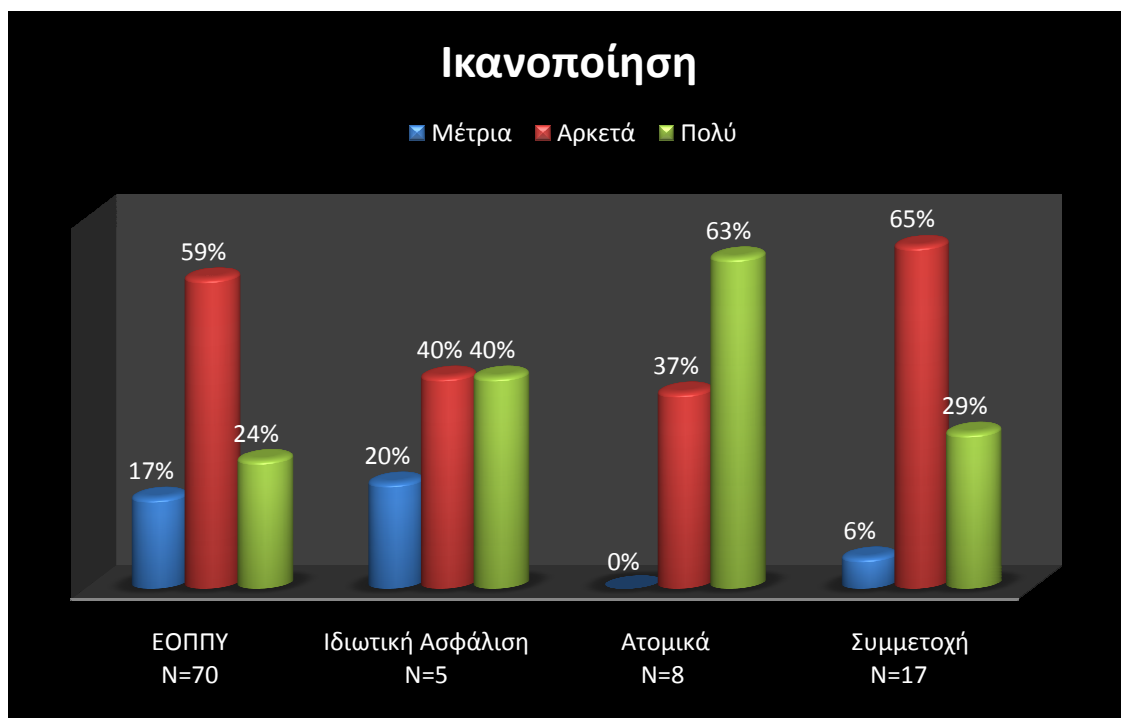
Διάγραμμα 4.33

### Ικανοποίηση σε σχέση με την επάρκεια διάρκειας συνεδριών

#### Η ικανοποίηση σε συνάρτηση με τον φορέα κάλυψης του κόστους

Στην πλειοψηφία τους οι ασφαλισμένοι δηλώνουν αρκετά και πολύ ικανοποιημένοι ανεξάρτητα από τον φορέα κάλυψης του κόστους. Μεγαλύτερη ικανοποίηση παρατηρείται στα άτομα που καλύπτουν το κόστος θεραπείας από το προσωπικό τους εισόδημα, οι οποίοι έχουν δηλώσει πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 63% και αρκετά ικανοποιημένοι σε ποσοστό 37%. Ωστόσο, το δείγμα των συγκεκριμένων ατόμων, είναι αρκετά μικρό για να εξάγουμε αξιόπιστα συμπεράσματα. Τα άτομα που καλύπτουν το

κόστος θεραπείας τους μέσω ΕΟΠΥΥ, δηλώνουν σε ποσοστό 24% πολύ ικανοποιημένοι και 59% αρκετά ικανοποιημένοι

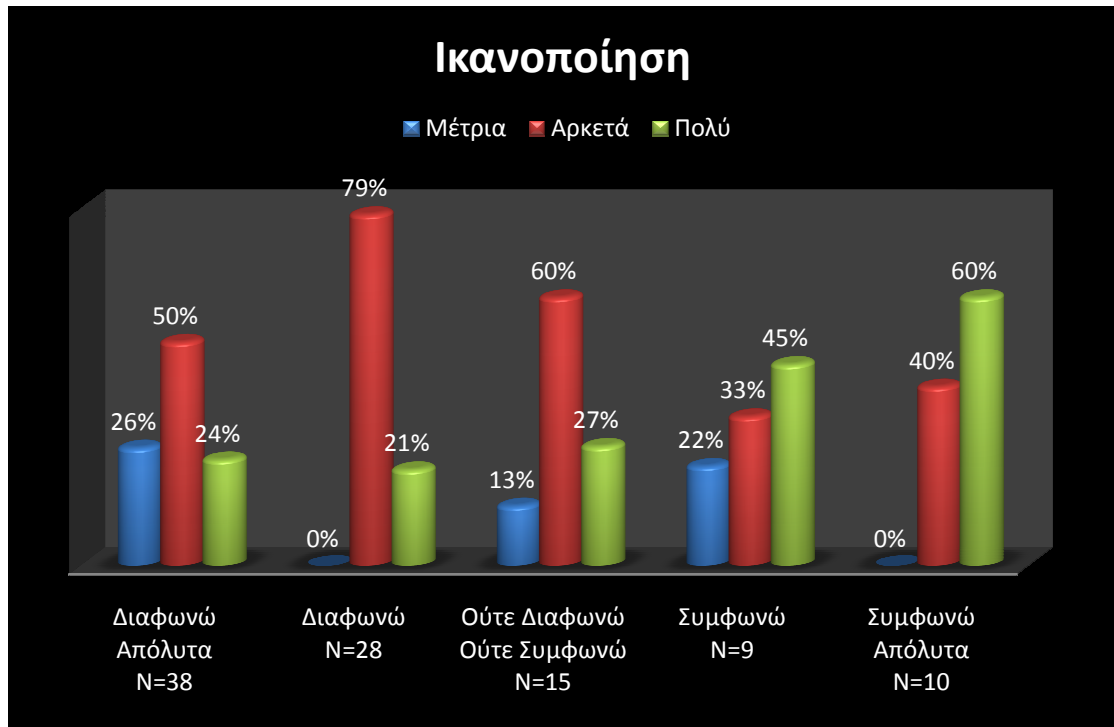


**Διάγραμμα 4.34**

**Ικανοποίηση σε σχέση με τον φορέα κάλυψης του κόστους**

#### **Συμμετοχή στο κόστος σε σχέση με την ικανοποίηση**

Όπως προέκυψε από τις απαντήσεις των ασθενών, η άποψη τους για την συμμετοχή στο κόστος σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Γενικότερα, οι περισσότερο ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιο διαλλακτικοί όσον αφορά την κάλυψη του κόστους. Ωστόσο όπως έχουμε ήδη αναφέρει η πλειοψηφία των ασθενών είναι αρνητικοί στο θέμα κάλυψης του κόστους ανεξάρτητα από το επίπεδο ικανοποίησής τους.



**Διάγραμμα 4.35**

#### Ικανοποίηση και συμμετοχή στο κόστος

#### 4.5 Στατιστική ανάλυση

Για να διερευνηθεί η επίδραση των παραπάνω παραγόντων, στην ικανοποίηση που λαμβάνουν οι χρήστες φυσικοθεραπείας, χρησιμοποιήθηκε η εξίσωση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, μέσω της μεθόδου ελαχίστων τετραγώνων OLS. Με τον τρόπο αυτό εξετάζεται κατά πόσο ερμηνεύεται η ικανοποίηση των χρηστών φυσικοθεραπευτικής φροντίδας (εξαρτημένη μεταβλητή), από τις άλλες (ανεξάρτητες) μεταβλητές (ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, κατάσταση υγείας κ.λπ.). Από την στατιστική ανάλυση προέκυψε πως οι ανεξάρτητες μεταβλητές, ερμηνεύουν την εξαρτημένη κατά 43% ( $R^2 = 0.43$ , πίνακας 4.2).

**Πίνακας 4.2**

#### ModelSummary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,658 <sup>a</sup>	,433	,332	,524

Το μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση φαίνεται πως είναι ορθό (Sig 0.000<0.1, πίνακας 4,3).

**Πίνακας 4.3**  
**ANOVA- πίνακας διακύμανσης**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	17,651	15	1,177	4,279	,000 <sup>a</sup>
	Residual	23,099	84	,275		
	Total	40,750	99			

a. Predictors: (Constant), Cost\_Participation, Adequacy\_of\_Session\_Time, Health\_State, Staff\_Politeness, Waiting\_Time, Sex, Education\_Level, Health\_Improvement, Cost\_Coverage, Guidelines, Ease\_of\_Access, Quality\_of\_Services, Adequacy\_of\_Sessions, Age, Questions\_Answered

b. Dependent Variable: Satisfaction

Από τον πίνακα 4.4, μπορούμε να δούμε με χρήση του 95% διάστημα εμπιστοσύνης και p-value (sig), ότι οι μόνες ανεξάρτητες μεταβλητές που επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά την εξαρτημένη είναι η κατάσταση υγείας και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα αν αυξηθεί κατά μία μονάδα η κατάσταση υγείας θα αυξηθεί η ικανοποίηση κατά 0,155. Επίσης σε αύξηση μιας μονάδας της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, θα προκαλέσει αύξηση της ικανοποίησης κατά 0,36.

**Πίνακας 4.4**  
**Coefficients<sup>a</sup>- Συντελεστές**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	1,568	1,110		1,412	,162	-,640	3,776
	Sex	-,151	,121	-,119	-1,254	,213	-,392	,089
	Age	-,071	,073	-,124	-,980	,330	-,216	,073
	Education_Level	-,143	,086	-,201	-1,663	,100	-,313	,028
	Health_State	,155	,055	,284	2,826	,006	,046	,265

Quality_of_Services	,360	,115	,375	3,137	,002	,132	,588
Health_Improvement	,065	,089	,078	,730	,467	-,111	,241
Staff_Politeness	-,244	,308		-,104	-,792	,431	-,856
Questions_Answered	,242	,253	,145	,957	,341	-,260	,744
Guidelines	-,067	,114		-,065	-,586	,560	-,293
Ease_of_Access	,052	,081	,067	,637	,526	-,110	,213
Waiting_Time	,057	,069	,081	,828	,410	-,080	,193
Adequacy_of_Session s	-,116	,088		-,164	-1,306	,195	-,291
Adequacy_of_Session _Time	,096	,082	,141		1,163	,248	-,068
Cost_Coverage	,020	,057	,036	,343	,732	-,094	,133
Cost_Participation	,082	,045	,169		1,832	,071	-,007

a. DependentVariable: Satisfaction

#### 4.6 Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών από την χρήση φυσικοθεραπευτικών πράξεων σε ιδιωτικούς παρόχους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες κρίθηκε από την πλειοψηφία των ασθενών αρκετά ικανοποιητική.

Η ικανοποίηση των ασθενών και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι άμεσα συνδεδεμένες αλλά όχι ταυτόσημες. Αρκετά μεγάλο ποσοστό ασθενών αξιολόγησε το επίπεδο ικανοποίησης του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με τον ίδιο ακριβώς τρόπο που αξιολόγησε την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Γεγονός που αποδεικνύει την άμεση σχέση των δύο παραπάνω εννοιών, χωρίς αυτό να σημαίνει πως είναι ταυτόσημες, εφόσον υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που προσδιορίζουν την ικανοποίηση.

Το φύλο φάνηκε να έχει καθοριστικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών. Συγκεκριμένα οι άντρες δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε σχέση με τις γυναίκες. Η άποψη του Allsop (1994), σχετικά με αυτό το θέμα είναι πως οι γυναίκες έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τους επαγγελματίες υγείας.



Πληθώρα ερευνών έχουν καταλήξει πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Ωστόσο στην συγκεκριμένη εργασία δεν διαπιστώθηκε τέτοιου είδους σχέση. Αντίθετα φάνηκε πως η ικανοποίηση στις μεγαλύτερες ηλικίες είναι μικρότερη σε σχέση με τα νεαρότερα άτομα.

Σύμφωνα με τους Anderson και Zimmerman (1993), το επίπεδο εκπαίδευσης είναι η μόνη μεταβλητή που σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Εντούτοις, στην συγκεκριμένη εργασία δεν φάνηκε να παίζει σημαντικό ρόλο.

Από την άλλη πλευρά, το επίπεδο υγείας των ασθενών φαίνεται να είναι καθοριστικός παράγοντας στην ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, καθώς όσο υψηλότερο είναι, τόσο πιο ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ασθενείς με ελάχιστες εξαιρέσεις. Στο συμπέρασμα αυτό έχουν καταλήξει πλήθος ερευνητών όσον αφορά γενικότερα τον τομέα της υγείας. Το ίδιο συμβαίνει και με την βελτίωση της υγείας των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αφού όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο βελτίωσης τόσο μεγαλύτερο είναι και το επίπεδο ικανοποίησης.

Επίσης ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών παίζει η συχνότητα χρήσης φυσικοθεραπευτικών πράξεων, όπου πιο ικανοποιημένοι φαίνεται πως είναι οι ασθενείς που επισκέπτονται τον φυσικοθεραπευτή τους λιγότερο από μία φορά το έτος. Γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο καλύτερο επίπεδο υγείας που ίσως έχουν τα άτομα αυτά.

Η πλειοψηφία των ασθενών που έχουν αξιολογήσει άριστη την συμπεριφορά του προσωπικού δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι, γεγονός που σημαίνει πως η τελευταία παίζει ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά όχι καθοριστικό.

Επίσης μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης παρατηρείται στα άτομα που έχουν αξιολογήσει τον χρόνο αναμονής για την πρόσβαση στις επιθυμητές υπηρεσίες ως ελάχιστο σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Ενώ αντίθετα οι παράγοντες «αριθμός συνεδριών» και «διάρκεια συνεδριών» δεν παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή φυσικοθεραπευτικών πράξεων.

Στην πλειοψηφία τους, οι ασφαλισμένοι δηλώνουν αρκετά και πολύ ικανοποιημένοι ανεξάρτητα από τον φορέα κάλυψης του κόστους. Μεγαλύτερη ικανοποίηση παρατηρείται στα άτομα που καλύπτουν το κόστος θεραπείας από το προσωπικό τους εισόδημα και ακολουθούν κατά σειρά ικανοποίησης οι ασθενείς που καλύπτουν το κόστος μέσω ιδιωτικής ασφάλισης, τα άτομα που συμμετέχουν στο κόστος θεραπείας, αλλά όχι εξ' ολοκλήρου και τέλος, τα άτομα που καλύπτουν το κόστος μέσω ΕΟΠΥΥ. Όμως λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος όσον αφορά τις τρεις πρώτες

κατηγορίες, δεν μπορούμε να εξάγουμε αξιόπιστα συμπεράσματα. Τα άτομα που καλύπτουν το κόστος θεραπείας τους μέσω ΕΟΠΥΥ, δηλώνουν σε ποσοστό 24% πολύ ικανοποιημένοι και 59% αρκετά ικανοποιημένοι

Η άποψη των ασθενών για την συμμετοχή στο κόστος σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με την ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αλλά όχι απόλυτα. Ανεξάρτητα από το επίπεδο ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, η πλειοψηφία των ασθενών είναι αρνητικοί στο θέμα κάλυψης του κόστους. Ωστόσο, σε ένα μικρό ποσοστό οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιο διαλλακτικοί με το θέμα αυτό

#### **4.7 Περιορισμοί έρευνας**

Η έρευνα διεξήχθη σε ιδιωτικά φυσικοθεραπευτήρια συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ και επομένως αξιολογήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών από τις παροχές που έλαβαν μόνο από παρόχους του ιδιωτικού τομέα.

Εξίσου σημαντικό περιορισμό αποτελεί το γεγονός πως η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε παρουσία των φυσικοθεραπευτών και επομένως δεν ήταν δυνατό να διατηρηθεί η ανωνυμία των ερωτηθέντων. Το γεγονός αυτό ίσως να έπαιξε ρόλο στις απαντήσεις τους σχετικά με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, η οποία ως επί το πλείστον αξιολογήθηκε πάνω από μέτρια.

#### **4.8 Συμπεράσματα**

Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών ήταν καλή, αλλά όχι άριστη, γεγονός που σημαίνει πως χρειάζονται κάποιες βελτιώσεις όσον αφορά τις παροχές των υπηρεσιών φυσικοθεραπείας. Πιο συγκεκριμένα η επάρκεια τόσο του αριθμού όσο και της διάρκειας των συνεδριών, αξιολογήθηκε ως οριακή από την πλειοψηφία των ασθενών. Επίσης, υπήρξε και ένα μικρό ποσοστό ασθενών που δήλωσε πως ο αριθμός και η διάρκεια των συνεδριών είναι καθόλου ή λίγο επαρκής. Γεγονός που έχει αρνητικά αποτελέσματα στην βελτίωση της υγείας του ασθενή και κατ' επέκταση στην ικανοποίηση του. Ωστόσο, στην συσχέτιση που έγινε μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων, δεν φάνηκε να έχει άμεση σχέση η επάρκεια με την ικανοποίηση. Θα πρέπει όμως να συνυπολογίσουμε πως η αξιολόγηση τόσο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και της ικανοποίησης των ασθενών έγινε στο σύνολό της και ίσως αυτός είναι ο λόγος που η ικανοποίηση των ασθενών παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα, πάρα την δυσαρέσκεια που εξέφρασαν, όσον αφορά το θέμα της επάρκειας του

αριθμού και της διάρκειας των φυσικοθεραπευτικών συνεδριών που παρέχει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

#### **4.9 Προτάσεις**

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών φυσικοθεραπείας, πρέπει να πραγματοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, μέσα στο πλαίσιο της αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η σωστή αξιολόγηση και ερμηνεία του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι ο μόνος τρόπος να εντοπιστούν οι αδυναμίες και τα προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν στην διαδικασία της φυσικοθεραπευτικής φροντίδας, έτσι ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα από τους αρμόδιους φορείς για την επίλυση τους. Η παροχή φυσικοθεραπευτικής κάλυψης που να είναι ανάλογη με την κατάσταση υγείας και τις ανάγκες του κάθε ασθενή, καθώς και ή κάλυψη του κόστους με αμοιβές που να αντιστοιχούν σε εξειδικευμένες φυσικοθεραπευτικές πράξεις, θα ήταν το μέσο για την αναβάθμιση της ποιότητας της φυσικοθεραπευτικής φροντίδας που παρέχει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., και κατ' επέκταση για την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών.



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ  
ΠΜΣ <<Διοίκηση της Υγείας>>  
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ικανοποίηση των ασθενών από τις παροχές του ΕΟΠΥΥ στον τομέα της φυσικοθεραπείας**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Θα σας παρακαλούσα να συμπληρώσετε το επισυναπτόμενο ερωτηματολόγιο με σκοπό την συλλογή πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με το αντικείμενο της ερευνάς που γίνεται για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας με το άνωθεν θέμα.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο και την συμμετοχή σας

Η Φοιτήτρια

Χριστοδουλίδου Ερμiónη

Ο Επιβλέπων

Δρ. Ιθακήσιος Διονύσιος

### 1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

### 2. Ηλικία

- Κάτω από 30
- 30 έως 45 ετών
- 46 έως 60 ετών
- Άνω των 60 ετών

### 3. Ταμείο ασφάλισης

- ΙΚΑ
- ΔΗΜΟΣΙΟ
- ΟΑΕΕ
- ΟΓΑ
- Ιδιωτική ασφάλιση
- Άλλο

### 4 Επίπεδο εκπαίδευσης

- Πρωτοβάθμια εκπαίδευση
- Δευτεροβάθμια εκπαίδευση
- Τριτοβάθμια εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

**5. Σε κλίμακα από το 0 έως 10, με το 0 να είναι γενικά κακή και το 10 να είναι άριστη, ποια είναι η γενική κατάσταση της υγείας σας;**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**6. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε υπηρεσίες φυσικοθεραπείας;**

- Λιγότερο από μία φορά/έτος
- Μια φορά/έτος
- Δύο φορές/έτος
- Περισσότερο από 2 φορές/έτος

**7. Για ποιο λόγο επισκεφτήκατε τελευταία φορά έναν φυσιοθεραπευτή;**

- Τραυματισμός
- Χειρουργείο
- Χρόνια πάθηση
- Άλλο

**8. Σε μια κλίμακα από 1 έως 5 όπου το 1 είναι καθόλου και το 5 είναι άριστα, κατά πόσο θεωρείτε ότι βελτιώθηκε/βελτιώνεται η κατάσταση της υγείας σας;**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**9. Εάν η απάντησή σας στην παραπάνω ερώτηση είναι κάτω από 3, σε ποιόν λόγο πιστεύετε ότι οφείλεται;**

- Περιορισμένος αριθμός συνεδριών
- Περιορισμένη διάρκεια συνεδριών
- Δεν γνωρίζω
- Δεν είχα τη δυνατότητα να πάω σε οικείο μου φυσιοθεραπευτή
- Άλλο, παρακαλώ σημειώστε .....

**10. Σε μια κλίμακα από 1 έως 5 με το 1 να είναι καθόλου ικανοποιητική και το 5 να είναι το άριστη, πώς αξιολογείτε την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας/θεραπείας.**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**11. Πώς αξιολογείτε την συμπεριφορά/διάθεση του προσωπικού απέναντί σας:**

- Το προσωπικό ήταν ευγενικό: 1 2 3 4 5
- Το προσωπικό απάντησε τις ερωτήσεις μου με τρόπο κατανοητό: 1 2 3 4 5
- Μου δόθηκαν οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσω στο σπίτι: 1 2 3 4 5

**12. Με ποιο κριτήριο επιλέξατε τον πάροχο της φυσιοθεραπείας;**

(επιλέξτε όσα ισχύουν)

- Επιστημονική κατάρτιση
- Συστάσεις/φήμη
- Γεωγραφική θέση/εύκολη πρόσβαση
- Συμβεβλημένος πάροχος με ΕΟΠΥΥ
- Άλλο, παρακαλώ σημειώστε .....

**13. Σε κλίμακα από 1 έως 5, με το 1 να είναι καθόλου και το 5 πολύ εύκολη, πόσο εύκολη θεωρείτε την πρόσβαση σε συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους;**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**14. Σε κλίμακα από 1 έως 5, με το 1 να είναι πάρα πολύ και το 5 να είναι ελάχιστο χρονικό διάστημα, πόσο σημαντικός ήταν ο χρόνος αναμονής για να αποκτήσετε πρόσβαση στις επιθυμητές υπηρεσίες;**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**15. Σε κλίμακα από το 1 έως 5, με το 1 να είναι καθόλου επαρκείς και το 5 να είναι πλήρως επαρκείς, πόσο επαρκείς θεωρείτε ότι είναι οι συνεδρίες (Σαν αριθμός) που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ ανά έτος;**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**16. Σε κλίμακα από το 1 έως 5, με το 1 να είναι καθόλου επαρκείς και το 5 να είναι πλήρως επαρκείς, πόσο επαρκείς θεωρείτε ότι είναι οι συνεδρίες (σαν διάρκεια) που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ ανά έτος;**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**17.Τελευταία φορά λάβατε παροχή φυσικοθεραπείας από:**

- Ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο
- Δημόσιο Νοσοκομείο
- Κέντρο αποκατάστασης
- Άλλο, παρακαλώ σημειώστε .....

**18.Το κόστος της θεραπείας σας καλύφθηκε από:**

- ΕΟΠΥΥ
- Ιδιωτική ασφάλιση
- Ατομικά
- Άλλο

**19.Σε κλίμακα από το 1 έως 5, με το 1 να είναι καθόλου απαραίτητη και το 5 να είναι πολύ απαραίτητη, πόσο σημαντική θεωρείτε την φυσιοθεραπευτική κάλυψη από την δημόσια ασφάλιση.**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**20.Σε κλίμακα από το 1 έως 5, με το 1 να είναι διαφωνώ απόλυτα και το 5 να είναι συμφωνώ απόλυτα, θα συμφωνούσατε με την συμμετοχή στο κόστος, προκειμένου να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες (χρόνος συνεδρίας, αριθμός συνεδριών, χρήση ειδικών τεχνικών);**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**21.Σε κλίμακα από το 1 έως 5, με το 1 να είναι καθόλου ικανοποιημένος και το 5 να είναι πολύ ικανοποιημένος, κατά πόσο είστε ικανοποιημένος από την παροχή των φυσικοθεραπευτικών υπηρεσιών;**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**22.Άλλα σχόλια**



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 3054, 46372-3

18 Νοεμβρίου 2012

### ΑΡΘΡΟ 14

Φυσικοθεραπείες – λογοθεραπείες – εργοθεραπείες – ψυχοθεραπείες

Α. Οι φυσικοθεραπείες διενεργούνται στα εργαστήρια φυσικοθεραπείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., των Κρατικών Νοσοκομείων, σε συμβεβλημένα εργαστήρια φυσικοθεραπείας, εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, σε εργαστήρια ιδιωτικών κλινικών, κατόπιν παραπεμπτικού θεράποντος ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας. Οι φυσικοθεραπευτικές πράξεις εκτελούνται μόνο από πτυχιούχους φυσικοθεραπευτές σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3329/2005. Στη φυσικοθεραπεία καθιερώνεται αποζημίωση ανά συνεδρία εντός της οποίας εκτελούνται όσες φυσικοθεραπευτικές πράξεις κρίνονται αναγκαίες. Σε ασφαλισμένους που χρήζουν φυσικοθεραπευτικές πράξεις, εκδίδεται ένα παραπεμπτικό ανά μήνα για την ίδια πάθηση, με αναγραφή των απαιτούμενων πράξεων ανά συνεδρία. Έκδοση νέου παραπεμπτικού φυσικοθεραπείας για την ίδια πάθηση, επιτρέπεται μόνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Τα παραπεμπτικά εκδίδονται μόνο ηλεκτρονικά και σε περίπτωση αδυναμίας του συστήματος, εκδίδονται χειρόγραφα. Απαιτείται θεώρηση αυτών εντός δέκα (10) ημερών από την ημερομηνία έκδοσής τους και εκτέλεση αυτών εντός εξήντα (60) ημερών. Δικαιολογούνται έως δέκα (10) συνεδρίες δύο φορές το χρόνο και η αποζημίωση ανά συνεδρία, ορίζεται σε δέκα πέντε (15) ευρώ. Το Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δύναται να διαμορφώνει τις συμβάσεις με τους φυσικοθεραπευτές σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 32 του ν. 3863/2010, με τρόπο ώστε η προκαλούμενη δαπάνη στον Οργανισμό να μην επηρεάζεται, χρησιμοποιώντας μέτρα όπως πλαφόν, κλιμακούμενη επιστροφή, μεταβολή της τιμής αποζημίωσης ανά συνεδρία μέχρι του ποσού των 18 €, λαμβάνοντας υπόψη και την δυναμικότητα ενός εκάστου παρόχου.

α. Σε ασφαλισμένους που έχουν υποστεί πρόσφατα (εντός τριμήνου από την εμφάνιση του προβλήματος) αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και δεν έχουν νοσηλευθεί σε κλινική αποκατάστασης Νοσοκομείου ή Κ.Α.Α. ή Φ.Ι.ΑΠ. και δεν έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα αποκατάστασης ως εξωτερικοί ασθενείς σε Κ.Α.Α. ή Φ.Ι.ΑΠ., δύναται να χορηγούνται δώδεκα (12) συνεδρίες φυσικοθεραπείας το μήνα, σύμφωνα με ιατρική γνωμάτευση Νοσοκομείου ή κλινικής, η οποία θα επισυνάπτεται στο παραπεμπτικό και μέχρι έξι (6) μήνες.

β. Σε σοβαρά κινητικά προβλήματα απότοκα πρόσφατων (εντός τριμήνου από την εμφάνιση του προβλήματος) κακώσεων νωτιαίου μυελού και κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, σκλήρυνση κατά πλάκας, πολυριζονευρίτιδα GUILLAIN BARRE, σοβαρών νόσων του Κ.Ν.Σ. που δεν έχουν νοσηλευθεί σε κλινική αποκατάστασης Νοσοκομείου ή Κ.Α.Α. ή Φ.Ι.ΑΠ. και δεν έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα αποκατάστασης ως εξωτερικοί ασθενείς σε Κ.Α.Α. ή

Φ.Ι.ΑΠ., δύναται να χορηγούνται δώδεκα (12) συνεδρίες φυσικοθεραπείας του μήνα, σύμφωνα με ιατρική γνωμάτευση Νοσοκομείου ή κλινικής, η οποία θα επισυνάπτεται στο παραπεμπτικό και μέχρι έξι (6) μήνες.

γ. Σε πολυκαταγματίες ασφαλισμένους και σε όσους έχουν υποστεί πρόσφατα (εντός τριμήνου από την εμφάνιση του προβλήματος) σοβαρά κατάγματα, συγκάμψεις και έκτοπη οστεοποίηση, δεν έχουν νοσηλευθεί σε κλινική αποκατάστασης Νοσοκομείου ή Κ.Α.Α. ή Φ.Ι.ΑΠ. και δεν παρακολούθησαν πρόγραμμα αποκατάστασης ως εξωτερικοί ασθενείς σε Κ.Α.Α. ή Φ.Ι.ΑΠ., χορηγούνται δώδεκα (12) συνεδρίες το μήνα, σύμφωνα με ιατρική γνωμάτευση Νοσοκομείου ή κλινικής, η οποία θα επισυνάπτεται στο παραπεμπτικό και μέχρι δύο (2) μήνες το ανώτερο.

Για τους ασθενείς των περιπτώσεων α, β και γ που έχουν νοσηλευθεί σε κλινική αποκατάστασης Νοσοκομείου ή Κ.Α.Α. ή Φ.Ι.ΑΠ. ή έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα αποκατάστασης ως εξωτερικοί ασθενείς στα ανωτέρω, δεν αποζημιώνονται. Στις ανωτέρω περιπτώσεις α, β και γ δικαιολογείται η εκτέλεση των φυσικοθεραπευτικών πράξεων κατ' οίκον δώδεκα (12) συνεδρίες το μήνα και μέχρι έξι (6) μήνες με αποζημίωση δώδεκα (12) ευρώ τη συνεδρία, με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία ως αναφέρεται ανωτέρω.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Αγγελόπουλος, Μ. Χάρης (1994), Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις, Πρακτικά συνεδρίου: εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη.

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

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

Βελονάκη, Σ. (2006), Ιστορική εξέλιξη Υγειονομικού συστήματος και νοσηλευτικής στην Ελλάδα, Νοσηλευτική 45(4)491-499.

Δικαίος, Κ. και Χλέτσος, Μ. (1999), Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, τ. Β, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001), Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Ιωάννου, Γ. (2005), Διοίκηση Παραγωγής και υπηρεσιών, Εκδόσεις Σταμούλης.

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

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π.(2007), Υπηρεσίες Υγείας, τ. Α, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Καραδήμας Ε. (2005), Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη. Εκδόσεις Τυπωθήτω/Δαρδανός.

Καριώτης, Π. (1992), Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία. Εκδόσεις Euroclinica.

Κοτσαγιώργη, Ι., Γκέκα, Κ. (2010), Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, Το Βήμα του Ασκληπιού, 9 (4), 398-408.

Κουρής Γ., Σουλιώτης Κ., Φιλαλήθης Α. (2007), Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας: Μια ιστορική ανασκόπηση, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, 1, 35-67.

Κυριόπουλος Γ, Οικονόμου Χ, Σουλιώτης Κ.(2003), Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια. Εκδόσεις Παπαζήσης.

Κυριόπουλος, Γ. (1995), Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. (2015), Υγεία: πολιτική και ρητορική, διαθέσιμο στην διεύθυνση <http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=715166>

- Λαζάρου Π. (2001), Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών, απλή σφυγμομέτρηση ή εργαλείο αποτίμησης και διασφάλισης ποιότητας. *Επιθεώρηση Υγείας*, **12**(68), 24
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, τ. Α, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Λιαρόπουλος, Λ., Κατελίδου, Δ. και Σίσκου, Ο. (2006), Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία, *Πανεπιστήμιο Μακεδονίας*.
- Μανιού, Μ. και Ιακωβίδου, Ε. (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, *Το βήμα του Ασκληπιού* **8** (4), 380-400
- Μερκούρης, Α. (1996), Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών, Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα. Διαθέσιμο στην διεύθυνση <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/6204#page/4/mode/2up>
- Μπόχωρης, Γ. (2008), *Διοίκηση ολική ποιότητας*, τ. Α, Πάτρα, ΕΑΠ.
- Οικονομοπούλου Χ. (2002), Οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα των Ελληνικών Νοσοκομείων, *Ιατρικό βήμα* 29-35.
- Οικονόμου, Χ. (2004), *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Εκδόσεις Διονικός, Αθήνα.
- Παπακωστίδη, Α. και Τσουκαλάς, Ν. (2012), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* **29**(4), 480-488
- Παπανικολάου, Β. & Σιγάλας, Ι. (1995), Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας, *Επιθεώρηση Υγείας*, 56, 248- 256.
- Παπανικολάου, Β. (1996), *Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας. Διαθέσιμο στο: <http://thesis.ekt.gr/3257>
- Πάσχος, Β., 2007. Τι θέλουν οι πελάτες;. *Customer Management*. 1, 18-19
- Παυλάκης, Α. (2007), *Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: Μύθος ή πραγματικότητα*, Εργασία 14ου Παγκύπριου Νοσηλευτικού Συνεδρίου: Ισότητα, ποιότητα και ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας. διαθέσιμο στην διεύθυνση <http://www.cyna.org/14th/articles/031.pdf>
- Πιερράκος Γ. (2008), *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & Τοπική κοινωνία*, εκδόσεις Παπαζήση
- Πιερράκος, Γ., Τομάρας, Π. (2009), Η Ικανοποίηση των Ασθενών στην Ανάπτυξη του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας, *Νοσηλευτική*, **48** (1), 105– 114.
- Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι. & Υφαντόπουλος, Ι. (2005), Συγκριτική Ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, **22** (3), 284-295.
- Ραγιά, Χ. Α. (2005), *Βασική Νοσηλευτική*, Εκδοσεις Παρισιάνος.

Ραφτόπουλος, Β. (2002), Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, Διδακτορική διατριβή, Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών- Διδακτορικό Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, διαθέσιμη στην διεύθυνση <http://ktisis.cut.ac.cy/bitstream/>.

Σαραφίδης Π., & Σταφυλάς Π. (2005). Η ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Πριν και Μετά το Νόμο 2889/01. Επιθεώρηση Υγείας, 16, 234-240

Σιγάλας, Ι.(1994). Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης; Επιθεώρηση Υγείας, 5(5):60-64

Σκαλκίδης, Ι., Παπαδόπουλος, Φ., Σκαλκίδης, Η. (2010), Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία «αναφορών περίθαλψης» των ασθενών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27 (3), 487-497.

Σουλιώτης, Κ., Δόλγερας, Α., Κόντος, Δ. & Οικονόμου, Χ. (2002), Η Ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερης περιοχής Αθηνών, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 14 (3), 114-118.

Σωτηριάδου Κ., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. (2011) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 3(4), 140-148

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

Τσιότρας Γ. (1995) Βελτίωση Ποιότητας. Εκδόσεις Μπένου

Υφαντόπουλος, Ι. (1986), Κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική, 5, Αθήνα.

## **Ξενόγλωσση**

Abdellah, F.G. & Levine, E. (1957a), Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care, Nursing research, 5 (3), 100-108.

Abdellah, F.G.& Levine, E. (1957b), What factors affect patients' opinions of their nursing care, Hospitals, 31, 61-64.

Al-Assaf, A.F., (1996), Healthcare outcomes management and quality improvement, The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 116 (4), 245-252.

Al-Assaf, A.F.& Sheikh, M. (2004), Quality improvement in primary health care. A practical guide, Series 26, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo.

Allsop, J. (1994), Two sides to every story: complaints' and doctors' perspectives in disputes about medical care in general practice setting, Law and Policy, 16(2) 149-183.

Anderson, L.A. & Zimmerman, M.A. (1993), Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management, Patient Education and Counseling, 20, 27-36.

- Anderson, E.W. and Sullivan, M. (1993), The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms, *Marketing Science*, 12, 125-143.
- Arah, O.A., Klazinga, N.S., Delnoij, D.M., Ten Asbroek, A.H. & Custers, T. (2003), Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement, *International Journal of Quality in Health Care*, 15, 377–398.
- Asadi-Lari, M., Packham, C. and Gray, D. (2003), Need for redefining needs, *Health Quality Life Outcomes*, 1, 34.
- Baider, L., Uziely, B. and Denour, A. (1997), The impact of perceived behavior on patient-physician satisfaction. *Annual NY Academy in Science*, 809, 266–278.
- Bellack, J.P. and O'Neil, E.H. (2000), Recreating nursing practice for a new century: Recommendations and implications of the Pew Health Professions Commissions Final Report, *Nursing and Health Care Perspectives*, 21 (1), 14-21.
- Binns GS. 1991 The relationship among quality, cost, and market share in hospitals. *Topics in Health Care Financing*. 18(2), 21-32.
- Bond, S. & Thomas, L.H. (1991), Issues in measuring outcomes of nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1492-1502.
- Bond, S. & Thomas, L.H. (1992), Measuring patients' satisfaction with nursing care, *Journal of Advanced Nursing*, 17, 52-63.
- Brink J.P. (1986), Editorial: the patient perspective. *Western Journal of Nursing Research* 2, 133-134
- Brook C. (1999) Motivation for improvement in quality: personal and international perspective, *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1) 1-3.
- Carey, R.G. & Seibert, J.H. (1993), A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity, *Medical Care*, 31(9), 834- 845.
- Car- Hill R. (1992), The measurement of patient satisfaction, *Journal of Public Health Medicine* 14(3), 236-249
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Robertts, M., Moloney, T. W., McMullen, W., Walker, J.D. & Delbanco, T.L. (1991), Patients evaluate their hospital care: a national survey, *Health Affairs*, (Winter), 10, 254-267.
- Cleary, P.D. & McNeil, B.J. (1988), Patient satisfaction as an indicator of quality care, *Inquiry*, 25, 25-36.
- Cohen, G. (1996), Age and health status in a patient satisfaction survey, *Social Science Medicine*, 42(7), 1085-1093
- Cronin and Taylor (1992), Measuring service quality: a reexamination and extension, *Journal of Marketing*, 56, 55-58.
- Crosby B, (1979) *Quality is free*. McGraw-Hill, New York.
- Delgado, A., Lopez-Fernandez, L.A., deDios Luna, J. (1993), Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users, *Medical Care*, 31, 795-800.

- Deming W. E.(1982)Quality, Productivity, and Competitive Position, Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Doering, E. (1983), Factors influencing inpatient satisfaction with care, *Quality Review Bulletin*, 9, 291-299.
- Donabedian, A.K. (1980), Explorations in quality assesment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988), The quality of care: how can it be assessed?, *Journal of the American Medical Association*,**260** (12), 1743-1748.
- Drain M.(2001), Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions. *J Ambulatory Care Manage*, 24, 30-46.
- Dull, V. T., Lansky, D.& Davis, N. (1994), Evaluating a patient satisfaction survey for maximum benefit, *The Joint Commision Journal on Quality Improvement*, **20**(1), 444-452.
- Engel, Kollat and Blackwell(1973), *Consumer Behavior*, New York: Holt, Rinehart & Winston, 529-543.
- Evans, J.R. & Lindsay, W.M. (2002), *The Management and Control of Quality*, West Publishing Company.
- Fitzpatrick, R. (1991), Surveys of patient satisfaction: I-Important general considerations, *British Medical Journal*, **302** (6781), 887-889.
- Fitzpatrick, J.M., Selby T.T. and While, A.E. (1998), Patients' experiences of varicose vein and arthroscopy day surgery, *British Journal of Nursing*,**7** (18), 1107-1115.
- Fleming, G.V. (1979), Using consumer evaluations of health care, *Hospital Progress*, 60, 60-68.
- Fornell, (1992), A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience, *Journal of Marketing*, 55,1-21.
- Fox, J.G. & Storms, D.M. (1981), A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care, *Social Science Medicine*, 15, 557.
- Freeman, R. (1998), Competition in contex: the politics of health care reform in Europe, *International Journal for Quality in Health Care*.**10**(5):395-401.
- Greenley, J.R., Young, T. B. &Schoenherr, R.A. (1982), Psychological distress and patient satisfaction, *Medical Care*, 20, 373-385.
- Guzman, P.M., Sliepecevich, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehike, P.L. & Wright, W.R. (1988), Tapping patients satisfaction: A strategy for quality assessment, *Patient Education and Counseling*, 12, 225-233.
- Hall, J.A., Roter, D.L.and Katz, N.R.(1988), Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters, *Medical care*, **26** (7), 657-675.

- Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1990), Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis, *Social Science and Medicine*, 30, 811- 818.
- Hansson, L., Borgquist, L., Nettelbladt, P. & Nordstrom, G. (1994), The course of psychiatric illness in primary care patients. A 1-year's follow-up, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 29, 1-7.
- Hendriks, A.A., Oort, F.J., Vrielink, F.M.A. and Smets, E.M.A. (2002), Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire. *International journal for quality in health care* 14(6), 471-482
- Holland, C., Cason, C.L. and Prater, R. (1997), Patients' recollections of critical care, *Dimensions Critical Care Nursing*, 16, 132-141.
- Holzemer, W. L. (1990), Quality and cost of nursing care: is anybody out there listening?, *Nursing and Health Care*, 10(8), 412-415.
- Hunt, H. Keith. (1991), Consumer Satisfaction Dissatisfaction and Complaining behavior, *Journal of Social Issues*, 47 (1), 107-117.
- Hunt, T. and Glucksman, M. (1991), A review of 7 years of complaints in an inner-city accident and emergency department, *Emergency Medicine Journal*, 8 (1), 17-23.
- Husserl, F. (1993), Effective communication: A powerful risk management tool, *Journal of La State Medical Society* 145, 29-31.
- Ithakisios D. & Vozikis A., (2014): Quarantine and Lazaretos in the 19th Century Greece: An Economic Perspective, *Spoudai*, 64 (1): 1-11.
- Jones, T.O. & Sasser, W.E. (1995), Why satisfied customers defect, *Harvard Business Review*, 73(6), 88-99.
- Khayat, K. & Salter, B. (1994), Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices, *British Journal of General Practice*, 44, 215-219.
- Lafel G, Blumental D. (1989), The case of using industrial Quality Management Science in Health Care Organization. *Journal of the American Medical Association*, 262(20):2869-2873
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A. & Nguyen, T.D. (1979), Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale, *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Leebov, W. (1988), *Service excellence: the customer relations strategy for health care*, U.S.A.: A.H.A., American Hospital Publishing.
- Linder-Pelz, S. (1982), Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses, *Social Science and Medicine*, 16, 583- 589.
- Linn & Greenfield (1982), Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill, *Medical Care*, 20, 425-431.
- Marquis, M.S., Davies, A.R., Ware, J.E. Jr. (1983), Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study, *Medical Care*, 21(8), 821-829.



- Matsui, D., Cho, M. &Reider, M. (1998), Physicians' attire as perceived by young children and their parents: The myth of the white coat syndrome, *Pediatric Emergency Care*, 14, 198–201.
- McDonnel, C.& Nash, J.G. (1990), Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care, *Quality Review Bulletin*, (May), 182-188.
- Megivern, K., Halm, M. A. & Jones, G. (1992), Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care, *Journal of Nursing Quality Assurance*, 6(4), 9- 24.
- Miaoulis, G. Jr., Gutman, J. and Snow, M. (2009), Closing the gap: The patient-physician disconnect, *Health Marketing Quarterly*, 26, 56–68.
- Miller-Bader, M. (1988), Nursing care behaviors that predict patient satisfaction, *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 11-17.
- Mossialos, E. &Davaki, D. (2002), *Health Care Developments in Greece: Looking Back to See Forward*, LSE Health and Social Care, London.
- Nelson W.E.,(1981), Patient perceptions of quality relate to hospital financial performance, *Health Care Management Review* 6,65-72
- O'Connor, S., Shewchuk, R. and Carney, L. (1994), The great gap. Physicians' perceptions of patient service quality expectations fall short of reality, *Journal of Health Care Market*, 14, 32–39.
- Ong, L.M., de Haes, J.S., Hoos, A.M. and Lammes, F.B. (1995), Doctor-patient communication: a review of the literature, *Social Science & Medicine*, 40 (7), 903-918.
- Oliver, R. (1997), Effect of expectation and disconfirmation on post-expense product evaluations: an alternative interpretation, *Journal of Applied Psychology*, 62, 480-486.
- Osterfeld, E. (1994), Aristotle on the good life and quality of life, *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Amsterdam, Kluwer, 19–34.
- Ovretveit J. 2004formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 17(7):368-376.
- Paice, E., Heard, S. and Moss, F. (2002), How important are role models in making good doctors, *British Medical Journal*, 325 (7366), 707-710.
- Palmer, R.H., Donabedian, A. and Povar, G.J., (1991), *Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice*, Health Administration Press, Chicago, IL.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. and Berry, L. (1988), Servqual: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality, *Journal of Retailing* 64, 12–40.
- Pascoe, G. (1983), Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis, *Evaluation and Programme Planning*, 6, 185-210.
- Petersen M.B.H (1988), Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance* 2(3) 25-35
- Reichheld and Sasser, (1990), Zero defections: quality comes to services, *Harvard Business Review*68 (5), 105-111.

- Simpson, K. (1985), Opinion surveys reveal patients' perceptions of care, *Dimensions in Health Care*, **62**(7), 30-31.
- Sitzia, J. and Wood, N. (1997), Patient satisfaction: A review of issues and concepts, *Social Science & Medicine*, **45**(12), 1829–1843.
- Smith, C. (1992), Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom, *Quality Assurance in Health Care*, **4**(3), 171-177.
- Solomon, M. (1992), Happy now?, *Health Service Journal*, 102, 24-26.
- Strasen, L. (1988), Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures, *Journal of Nursing Administration*, **18**(11), 5-6.
- Strasser, S., Schweikhart, S., Welch, G.E. & Burge, J.C. (1995), Satisfaction with medical care, *Journal of Health Care Marketing*, **15**(3), 34-43.
- Susman, J., (1994), Assessing consumer expectations and patient satisfaction, *Archives of Medical Medicine*, 3, 945-946.
- Suver, J., Newmann, B. and Boles, K. (1992), Accounting for the costs of quality, *Health Finance Management*, 46, 28–31.
- Swan and Comps (1976), Product Performance and Consumer Satisfaction: A new concept, *Journal of Marketing*, 40, 25-33.
- Taylor and Baker(1994), An assesement of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumer purchase intentions, *Journal of Retailing*, **70** (2), 163-178.
- Temkin-Greener, H. & Winchell, M. (1991), Medicaid beneficiaries under managed care: provider choice and satisfaction, *Health Services Research*, 26, 509-529.
- Thomas L.H. Bond S. (1991),Measuring patients' satisfaction with nursing. *Journal of Advanced Nursing* 23(4), 747-756.
- Thompson, A. (2006), What is patient satisfaction, Παρουσίασηστη VII Διάσκεψητου International Nursing Group for Immunodeficiencies (INGID), Budapest, INGID, Διαθέσιμοστο <http://www.ingid.org/presentations>
- Vandenbulcke, C. (1999), Patient admission: Hospitality in the hospital- concept and evaluation,*Rechercheensoins infirmiers*,57, 4-37.
- Vuori, H. (1999), Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care?, *Quality Review Bulletin*,**13**(3),106-108.
- Ware, J., Snyder, M., Wright R.and Davies, A.(1983), Defining and measuring patient satisfaction with medical care, *Evaluation and Program Planning*, **6** (3- 4), 247–263.
- Wasfi, E., Pai, P.andAbd-Elsayed, A.(2008), Patient satisfaction with cataract surgery, *International Archives of Medicine*, 1, 22.
- Westbrook and Newman (1978), An Analysis of Shopper Dissatisfaction for Major Household Appliances, *Journal of Marketing Research*, 15, 456-66.

Williams, S.J. & Calnan, M. (1991b), Key determinants of consumer satisfaction with general practice, *Journal of Family Practice*, 8, 237-242.

Yucelt (1995), An Investigation of Causes of Patient Satisfaction/Dissatisfaction with Physician Services. *Health Marketing Quarterly*, 12(2), 11-28

Zastowny, T. R., Roghman, K. J. & Hengst, A. (1983), Satisfaction with medical care: replications and theoretic reevaluation, *Medical Care*, 21, 294-322.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. and Berry, L.L. (1990), *Delivering quality service – balancing customer perceptions and expectations*, New York: The Free Press.