



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Δρ. Γεώργιος Πανουτσόπουλος
*Λέκτορας Φυσιολογίας του Ανθρώπου
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ
ΑΠΟ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΠΡΑΒΟΥ Α. ΜΑΡΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Τ.Ε

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΑΡΤΗ 2013

Αφιερώνω την εργασία στα παιδιά και το σύζυγο μου.

Copyright C ΜΠΡΑΒΟΥ ΜΑΡΙΑ 201

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης <<Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων>> του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές μου στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Ευχαριστώ πολύ, τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Γεώργιο Πανουτσόπουλο για τις πολύτιμες συμβουλές του και την υπομονή που έδειξε. Οφείλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου για τη βοήθεια και συμπαράσταση τους.

ΜΕΛΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

Πανουτσόπουλος Γεώργιος , Λέκτορας (επιβλέπων)

Ρόχας Χιλ. Ανδρέα Πάολα, Λέκτορας

Πρεζεράκος Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πανουτσόπουλος Γεώργιος , Λέκτορας (επιβλέπων)

Ρόχας Χιλ. Ανδρέα Πάολα, Λέκτορας,

Τζιαφέρη Στυλιανή, Λέκτορας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	16
ABSTRACT.....	17
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	19
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	21
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	22
1.3. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	24
1.4. Η ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	25
1.5. ΟΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ.....	28
2.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	28
2.2. Ο ΓΕΝΙΚΟΣ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ.....	29
2.3. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	32
3.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	32
3.2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	34
3.3. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ.....	39

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	39
4.2. ΣΧΕΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	40
4.3. ΤΟ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	41
4.4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	41
4.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	42
4.6 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	44
4.7 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	45
4.8. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	46
4.9. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΩΣ ΣΤΑΣΗ.....	47
4.10. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ.....	53
5.1. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	53
5.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	55
5.3. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	56
5.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ.....	56
5.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	57
5.6. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ	58
5.7. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ.....	60
5.8. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΣΥΝΟΛΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΚΑ – ΕΤΑΜ.....	61
5.9. ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ.....	63
5.10. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	64

5.11. ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ	64
5.12. ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ.....	67
ΕΙΔΙΚΟ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	69
6. 1. ΣΚΟΠΟΣ.....	69
6.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	70
6.2.1. ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	70
6.2.2. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	70
6.2.3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....	71
6.2.4. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	72
6.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	72
6.3.1. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	72
6.3.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	72
6.3.3. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ.....	73
6.3.4. ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ.....	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	74
7.1. ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	74
7.1.1. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	74
7.1.2 ΤΟ ΦΥΛΟ, Η ΗΛΙΚΙΑ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ.....	74
7.1.3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΤΟ ΕΠΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ.....	75

7.1.3.1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	75
7.1.3.2. ΕΠΠΕΛΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....	75
7.1.3.3. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	75
7.2. ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	76
7.2.1. ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ ΤΟ ΙΚΑ;.....	76
7.2.2. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΤΟ ΙΚΑ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ;.....	77
7.2.3. ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΑ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΦΤΑΣΕΤΕ ΣΤΟ ΙΚΑ;.....	78
7.2.4. ΤΙ ΜΕΣΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ ΓΙΑ ΝΑ ΕΡΘΕΤΕ ΣΤΟ ΙΚΑ;.....	79
7.2.5. ΠΟΣΗ ΩΡΑ ΚΑΝΕΤΕ ΝΑ ΦΤΑΣΕΤΕ ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ ΙΚΑ;.....	79
7.2.6. Ο ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ.....	81
7.2.7. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ.	82
7.3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	83
7.3.1. ΈΧΕΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΟΥ ΙΚΑ Η ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΥΓΕΤΕ ΣΤΟΥΣ ΙΔΙΩΤΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ;.....	83
7.3.2. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΤΑΦΕΥΓΕΤΕ ΣΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ;.....	83
7.3.3. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΙΚΑ;.....	84
7.3.4. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΘΕ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΙΑΤΡΟ;.....	85
7.3.5. ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΠΑΝΤΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΙΚΑ;.....	85
7.3.6. ΈΧΕΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΟΥ ΙΚΑ Η ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΥΓΕΤΕ ΣΤΟΥΣ ΙΔΙΩΤΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ;.....	86

7.3.7. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΤΑΦΕΥΓΕΤΕ ΣΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ;.....	87
7.3.8. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΙΚΑ;.....	88
7.3.9. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΘΕ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΙΑΤΡΟ;.....	89
7.3.10. ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΠΑΝΤΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΙΚΑ;.....	90
7.4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	91
7.4.1. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	91
7.4.2. ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	92
7.4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ (ΕΡΓΟ).....	93
7.4.4. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....	94
7.4.5. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΠΑΡΚΕΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΙΚΑ.....	94
7.5. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΙΚΑ	95
7.5.1. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΙΝΑΙ.....	95
7.5.2. Η ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΙΝΑΙ:.....	95
7.5.3. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΙΚΑ, ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΣΑΝ ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΙΚΑ – ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΣΑΣ;.....	98
7.5.4. ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	99
7.5.5. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	100
7.5.6. ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	101
7.6. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	102

7.6.1. ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	102
7.7. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ.....	103
7.7.1. ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΙΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ.....	103
7.8. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ.....	107
7.8.1. ΠΟΙΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ;....	107
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ –	
ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ.....	108
8.1. ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ.....	108
8.2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	111
8.3. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	115
8.4. ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ.....	116
8.5. ΚΤΗΡΙΑΚΗ ΚΑΙ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ	116
8.6. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	116
8.7. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	117
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	118
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ).....	125
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	133
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	133
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	135
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ	
• Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων ασθενών του δείγματος (Συχνότητα, Σχετική Συχνότητα επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων).....	75
• Πίνακας 2. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Συχνότητα, Σχετική Συχνότητα επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων).....	76
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	

- *Γράφημα 1. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το λόγο επίσκεψής τους, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....77*
- *Γράφημα 2. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την επισκεψιμότητά τους για λόγους υγείας, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....78*
- *Γράφημα 3. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την ευκολία προσβασιμότητά τους, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....78*
- *Γράφημα 4. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το μέσο με το οποίο προσέρχονται, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....79*
- *Γράφημα 5. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το χρόνο που χρειάζονται *για να προσέλθουν στο Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....80*
- *Γράφημα 6. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το χρόνο αναμονής για εξέταση, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....82*
- *Γράφημα 7. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την ενημέρωση από τους θεράποντες για τη νόσο τους, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....83*
- *Γράφημα 14. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την εμπιστοσύνη στους ιατρούς του ΙΚΑ , επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων...87*
- *Γράφημα 15. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα που επισκέπτονται ιδιώτη ιατρό σε ένα χρόνο, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....84*
- *Γράφημα 16. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης σε Παθολόγο ιατρό του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....85*
- *Γράφημα 17. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον ίδιο ιατρό, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων....85*
- *Γράφημα 18. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον ίδιο Παθολόγο ιατρό του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....86*
- *Γράφημα 14. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την εμπιστοσύνη στους ιατρούς του ΙΚΑ , επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....87*
- *Γράφημα 15. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα που επισκέπτονται ιδιώτη ιατρό σε ένα χρόνο, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....88*
- *Γράφημα 16. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης σε Παθολόγο ιατρό του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....89*
- *Γράφημα 17. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον ίδιο ιατρό, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....90*
- *Γράφημα 18. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον ίδιο Παθολόγο ιατρό του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....91*
- *Γράφημα 19. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....92*
- *Γράφημα 20. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την εξυπηρέτηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....93*
- *Γράφημα 21. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη νοσηλευτική πράξη (έργο), επί του συνόλου των έγκυρων*

απαντήσεων.....	94
• Γράφημα 22. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την κατανόηση από τους νοσηλευτές, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	94
• Γράφημα 23. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το εάν θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί για τις ανάγκες του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	95
• Γράφημα 24. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την ικανοποίηση της διοικητικής υπηρεσίας του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	96
• Γράφημα 25. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	97
• Γράφημα 26. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	98
• Γράφημα 27. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την ικανοποίηση από το έργο της διεύθυνσης του Ι.Κ.Α., σε θέματα που αφορούσαν την καλή λειτουργία του Ι.Κ.Α. - την εξυπηρέτηση τους, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	99
• Γράφημα 28. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την ευγένεια του διοικητικού προσωπικού, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	100
• Γράφημα 29. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την κατανόηση του διοικητικού προσωπικού, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	101
• Γράφημα 30. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	102
• Γράφημα 38. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την αξιολόγηση του προσωπικού, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	103
• Γράφημα 39. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την αξιολόγηση των υποδομών, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	104
• Γράφημα 40. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την γνώμη τους για την κατάσταση της υγείας τους, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.....	108

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

• Πίνακας 3: Συσχετίσεις των απαντήσεων σχετικά με τον χρόνο προσπελασιμότητας και αναμονής.....	109
• Πίνακας 4: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδυασμού των ερωτήσεων 3 και 4.....	109
• Πίνακας 5: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδυασμού των ερωτήσεων 3 και 5.....	110
• Πίνακας 7: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδυασμού των ερωτήσεων 4 και 6.....	111
• Πίνακας 8: Συσχετίσεις των απαντήσεων σχετικά με την ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη.....	112
• Πίνακας 9: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδυασμού των ερωτήσεων 9.1 και	

9.2.....	113
• Πίνακας.10: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 10, 11, 12, 13, 14 και 15 του ερωτηματολογίου.....	114
• Πίνακας 11: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδιασμού των ερωτήσεων 13 και 15.....	114
• Πίνακας.12: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 16.1, 16.2, 16.3, 16.4 και 17 του ερωτηματολογίου.....	115
• Πίνακας.13: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 18, και 20 του ερωτηματολογίου.....	116
• Πίνακας.14: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 22.1, 22.2 και 22.3 του ερωτηματολογίου.....	116
• Πίνακας.15: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 23.2, 23.3, 23.4, 23.5 και 23.6 του ερωτηματολογίου.....	116
• Πίνακας.16: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 24.1, 24.2, και 24.3 του ερωτηματολογίου.....	117
• Πίνακας 17:Συσχετίσεις των ερωτημάτων 26, 29, και 32 του ερωτηματολογίου.....	117

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ ΙΚΑ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ

• Φωτογραφία 1ης εισόδου ΙΚΑ Ελευσίνας.....	104
• Φωτογραφία 2ης εισόδου ΙΚΑ Ελευσίνας.....	105
• Φωτογραφία γενικής άποψης κτηρίου ΙΚΑ Ελευσίνας.....	105
• Φωτογραφία γενικής άποψης κτηρίου ΙΚΑ Ελευσίνας.....	106
• Φωτογραφία γενικής άποψης κτηρίου ΙΚΑ Ελευσίνας.....	106
• Φωτογραφία γενικής άποψης κτηρίου ΙΚΑ Ελευσίνας.....	107

ΧΑΡΤΕΣ

•Εικόνα 1: Γεωγραφική τοποθέτηση του ΙΚΑ Ελευσίνας στον ευρύτερο χώρο του Θριασίου Πεδίου - Οδικοί άξονες.....	80
•Εικόνα 2: Γεωγραφική τοποθέτηση του ΙΚΑ Ελευσίνας στην πόλη της Ελευσίνας.....	82

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κυρίαρχο ζήτημα των τελευταίων ετών και ένας τρόπος διερεύνησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας αφορά στη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών. Στην Ελλάδα αν και έχουν γίνει προσπάθειες αξιολόγησης των υπηρεσιών Υγείας αυτές που αφορούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι εξαιρετικά λίγες ειδικά αυτές που αναφέρονται σε παραρτήματα του ΙΚΑ. Το ΙΚΑ αποτελεί το μεγαλύτερο φορέα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των αστικών περιοχών της χώρας μας καλύπτοντας ένα ευρύ δίκτυο πολυϊατρείων και ιατρείων.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη είχε σαν σκοπό την διερεύνηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο παράρτημα του ΙΚΑ Ελευσίνας, εξετάζοντας θέματα όπως αυτά της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας, της συνέχειας στη φροντίδα, της προσπελασιμότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της σχέσης των παραπάνω με δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Υλικό- μέθοδος: Στην μελέτη έλαβαν μέρος 150 άτομα τα οποία επισκέφτηκαν το ΙΚΑ Ελευσίνας. Η μέθοδος που επιλέχθηκε ήταν αυτή του ερωτηματολογίου που απευθυνόταν στους χρήστες μέσω ατομικής συνέντευξης. Το ερωτηματολόγιο, περιελάμβανε 32 ερωτήσεις ποιοτικών και ποσοτικών μεταβλητών και μία ερώτηση ανοικτού τύπου. Οι ερωτήσεις από τις οποίες αποτελείται, είναι σχετικές με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών, και επιχειρούν να ανιχνεύσουν την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκειά τους, αφ' ενός από τις ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές υπηρεσίες, αφετέρου από την υποδομή του ΙΚΑ, κατά την προσέλευση, παραμονή και αποχώρηση από αυτό.

Μετά από τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, το επόμενο βήμα ήταν η καταγραφή των δεδομένων της έρευνας στο περιβάλλον του Microsoft Excel και η στατιστική τους επεξεργασία, με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS (IBM, New York, USA).

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των ασφαλισμένων ήταν γυναίκες σε ποσοστό 60%. Σχεδόν το 84% ήταν έλληνες υπήκοοι. Τα 42,3% των ατόμων του δείγματος που επισκέπτονται τα ιατρεία του ΙΚΑ είναι συνταξιούχοι. Το 80,9% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι το πολύ απόφοιτοι λυκείου. Η πλειονότητα των ασφαλισμένων (57,05%) προσήλθε στο ΙΚΑ για συνταγογράφηση. Το 53,7% απάντησε ότι θεωρεί την υγεία του μέτρια και το 15,4% ότι έχει κακό επίπεδο υγείας.

Το 57,7% προσέρχεται πάνω από δέκα φορές ετησίως. Αποδείχτηκε ότι υπάρχει συνέχεια στη φροντίδα υγείας αλλά επιβεβαιώθηκε και ο κανόνας της μεγάλης χρήσης από τους ασφαλισμένους της ιδιωτικής ιατρικής.

Στην αξιολόγηση των υπηρεσιών οι ασφαλισμένοι δείχνουν μέτρια ικανοποίηση (42,3%), και καλή (18,1%) ενώ πολύ καλή 6,7%.

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι όσον αφορά την συνέχεια στην φροντίδα ένα μεγάλο ποσοστό (76,7%) επισκέπτεται τον ίδιο παθολόγο ιατρό, ενώ το 23,3% δεν το έκανε. Το 51,7% επισκέπτεται πολύ συχνά τον ίδιο ιατρό του ΙΚΑ και το 45,6% συχνά

τον ίδιο ιατρό.

Οι ερωτηθέντες είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση των νοσηλευτών σε ποσοστό 46,3%, το 53, 7% πιστεύει ότι οι νοσηλευτές πραγματικά παράγουν έργο και το 49,7% ότι δείχνει αρκετή κατανόηση. Οι ίδιοι πιστεύουν (86,6%) ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί για τις ανάγκες του ΙΚΑ..

Όπως φαίνεται σε γενικές γραμμές οι εντυπώσεις από τις διοικητικές υπηρεσίες ήταν καλές σε ποσοστό της τάξεως του 36,5%. Από το έργο της διεύθυνσης του ΙΚΑ αρκετά ικανοποιημένοι δήλωσε το 32,2%, πολύ το 13,4% και πλήρως το 16,8%.

Επίσης, άξιο λόγου είναι το υψηλό ποσοστό 65,8% των ασφαλισμένων οι οποίοι εξέφρασαν έντονη τη δυσαρέσκεια τους για τις υποδομές του κτιρίου.

Συμπεράσματα: Η ικανοποίηση από το παράρτημα του ΙΚΑ Ελευσίνας κυμαίνεται σε μέτρια έως καλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού κυρίως νοσηλευτικού προσωπικού, την σήμανση των χώρων και τον εξοπλισμό, τη χωροθέτηση του κτιρίου για την εξυπηρέτηση των ασθενών και την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού.

Κρίνεται ιδιαίτερα απαραίτητη η ανάπτυξη μιας πλατφόρμας διοίκησης για την εφαρμογή των νέων μεθόδων και εργαλείων προγραμματισμού, οργάνωσης και λειτουργίας.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση, ΙΚΑ, Πρωτοβάθμια, φροντίδα, ιατροί, νοσηλευτές, διοίκηση, υποδομές, υπηρεσίες

ABSTRACT

Introduction: Health service's quality assurance is a sovereign question of the last years. A way of investigating the quality of healthcare system is by measuring users' satisfaction. Although in Greece there have been conducted some researches for evaluating healthcare services, the ones that concern primary healthcare are too few especially those about Social Security Institution (S.S.I.) The Social Security Institution consists the greatest provider primary health care of urban areas covering with a wide network of health centers and private practices.

Aim: The aim of this study was to investigate the provision of primary health care services in the Social Security Institution (S.S.I.) of Elefsina, by examining key-issues, such as consumption of health care services, health care quality and accessibility and finally to evaluate the role of demographic and social factors in the satisfaction of users in the received Primary Health Care.

Material – Method: In this study, 150 people participated, who visited the Social Security Institution (S.S.I.) of Elefsina. The method selected for data collection was that of the personal interview, using a questionnaire. The questionnaire was formed of 32 questions, qualitative and quantitative issues and one open type question. The questions were related with the demographic and social characteristics of patients, aimed to investigate the satisfaction or dissatisfaction, concerning the medical, nursing and clerical services but also the facilities of the primary unit.

The statistical analysis was performed with the use of IBM SPSS (New York USA).

Results: The majority of SSI insured were women (60%) and quite 84% were Greeks. Pensioners were 42,3% and 80,9% had degree of secondary education. The majority of SSI insured (57,05%) came for prescription. More than the half of them (53,7%) declared a moderate status of health and 15,4% was found with poor health. Annually, 57,7% of SSI insured declared over than 10 incomings, strong factor of health care continuity but also was revealed the big consumption of the private medical sector.

As concern of services evaluation, 42,3% were found of moderate satisfaction, 18,1% of good satisfaction and 6,7% of very well satisfaction.

In the present research, the health care continuity was enforced by the selection of the same internal medicine doctor (76,7%) while 23,3% didn't do it. 51,7% was used to select the same SSI doctor, while 45,6% quite often the same SSI doctor.

SSI insured declared quite well satisfaction of the nurse staff and believes that more nursing personnel must be brought to the unit.

Clerical services were found to be the least of satisfaction (36,5%). Direction services proved a quite well satisfaction (32,2%), a high satisfaction (13,4%) and absolute satisfaction (16,8).

The high percentage of dissatisfaction among the users of SSI of Elefsina were found to be the settings and the facilities (68,5%).

Results: Despite of the functional and structure weaknesses (facilities), satisfaction of SSI insured was found to be moderate to good. Dissatisfaction was targeted in the lack of staff, mainly nursing staff, segnal facilities, 'hotel services' and attitude of the clerical staff.

A well designed management program is necessary for improving the health

policy of the SSI of Elefsina.

Key words: Satisfaction, SSI, Primary, Health, Care, Doctor, nurse, clerical, facilities, services

• **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Ιδρύματα Κοινωνικής Ασφάλισης, κρίνεται πλέον στις μέρες μας αναγκαία και αναπόφευκτη.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Ι.Κ.Α Ελευσίνας από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Απώτεροι στόχοι της είναι η διατύπωση προτάσεων, που θα σχετίζονται με τα ευρήματα της έρευνας, και θα συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, και η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων στη διοίκηση του Ι.Κ.Α Ελευσίνας προς πιθανή λήψη διορθωτικών μέτρων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συστήματα υγείας παγκοσμίως, τα τελευταία χρόνια, αντιμετωπίζουν μια τριπλή πρόκληση. Αυτή εστιάζεται, στην απαίτηση των κοινωνιών και των οργανισμών για ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης, στο διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής τους και τέλος στην ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας με κριτήριο την αποτελεσματικότητά της (Σιγάλας, 1999).

Σ' αυτή την εποχή, που η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων υγείας έχει αλλάξει, είναι φανερό η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, προκειμένου να κριθεί η σωστή ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Σύμφωνα με τον Fitzpatrick (1991), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό και

ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, ενώ ο Cleary, (1997, 2003) αναφέρει, πως η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί σημαντικό δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι, η ικανοποίηση του ασθενή έχει προστεθεί στη λίστα των ποιοτικών δεικτών στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. (Παπανικολάου, 2007).

Μολονότι σήμερα οι ασθενείς δέχονται περισσότερο πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, εξακολουθούν να αισθάνονται, ότι δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας (Meterko et al, 1990). Κρίνεται λοιπόν αναγκαία, η συνεχής μέτρηση της επίδρασης που έχει κάθε αλλαγή στην καθημερινή πράξη (Joy & Malay, 1992) και ο καλύτερος τρόπος, είναι να ερωτηθεί ο ίδιος ο ασθενής, καθώς έχει τη δυνατότητα, να δώσει πληροφορίες που δεν υπάρχουν στον ιατρικό ή νοσηλευτικό φάκελο (Donabedian, 1982).

Τις περισσότερες φορές, ο ασθενής είναι αυτός που ανακαλύπτει προβληματικές περιοχές στην παροχή υπηρεσιών υγείας, συμβάλλοντας έτσι στην υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Για παράδειγμα, σε ένα νοσοκομείο μπορεί η διοίκηση να γνωρίζει ότι η διαδικασία της εισαγωγής είναι αργή, αλλά να μην αντιλαμβάνεται το βάθος και την ένταση του προβλήματος ή το πόσο επιβλαβές μπορεί να είναι για τον άρρωστο. Αυτό είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί, αν πληροφορηθούν οι αρμόδιοι τα σχόλια και τις απόψεις των ασθενών, από έρευνες που διεξάγονται για την ικανοποίησή τους, που αφορούν αυτή τη διαδικασία (Παπανικολάου, 2007).

Επομένως, οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των ασθενών, για βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων σ' αυτούς υπηρεσιών, αποτελούν πλέον καθολικό κοινωνικό αίτημα και έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των οργανισμών παραγωγής και διανομής τους (I.K.A., νοσοκομείων, κέντρων υγείας, πολυϊατρείων). Κάθε παρέκκλιση από την ικανοποίηση αυτών των προσδοκιών και απαιτήσεων δημιουργεί την εντύπωση της κακής ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (Σιγάλας, 1999).

Η μέτρηση, επομένως, της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποτιμήσει :

- Την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών,
- Τη συμβουλευτική παρέμβαση για την υγιή ή μη συμπεριφορά,
- Την αποτελεσματικότητα των αλλαγών σε οργανωτικό επίπεδο,
- Τη λήψη αποφάσεων πολιτικής,
- Τη διοίκηση προσωπικού,
- Την πώληση αγαθών στους χρήστες,

- Την ανάπτυξη επαγγελματικής ηθικής (Μερκούρης και συν, 2001).

Σε μια εποχή που αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς η γνώμη των καταναλωτών για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών, με στόχο τη βελτίωσή τους, είναι παράδοξο να μη ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή υπηρεσιών, που δεν είναι άλλος από τον καταναλωτή υπηρεσιών υγείας (Μερκούρης και συν, 2001).

Η παρούσα μελέτη αναφέρεται στο Ίδρυμα κοινωνικής ασφάλισης Ελευσίνας και σκοπός της είναι, η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Απώτεροι στόχοι της είναι, η διατύπωση προτάσεων, που θα σχετίζονται με τα ευρήματα της έρευνας, και θα συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, και η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων στη διοίκηση του Ι.Κ.Α προς πιθανή λήψη διορθωτικών μέτρων.

• **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

• **1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Μέσα σε ένα οργανωμένο σύστημα υγείας η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των μελών της κοινότητας με τις υπηρεσίες υγείας. Περιεχόμενο της αποτελούν κυρίως η πρόληψη, η αγωγή υγείας και η αντιμετώπιση συνήθων προβλημάτων υγείας σε τοπικό επίπεδο. Είναι αυτονόητο ότι οι υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συνδέονται και υποστηρίζονται από τις άλλες πτυχές φροντίδας του συστήματος, δηλαδή τη νοσοκομειακή, τη δημόσια υγεία και την επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα.

Η πρώτη σοβαρή προσπάθεια εισαγωγής ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έγινε στη χώρα μας με τον ιδρυτικό νόμο 1397/83του ΕΣΥ. Κεντρικός θεσμός στη διαδικασία εφαρμογής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία. Παρά τις καλές προθέσεις και το σωστό σχεδιασμό, αυτή η προσπάθεια έμεινε ημιτελής, αφού τα προβλεπόμενα Κέντρα Υγείας στις αστικές περιοχές δε λειτούργησαν ποτέ. Έκτοτε έγιναν αρκετές προσπάθειες για την επίλυση των προβλημάτων, ιδιαίτερα αυτών της οργάνωσης των Κέντρων Υγείας στα αστικά κέντρα και την εισαγωγή του οικογενειακού ιατρού.

Ωστόσο, παρά τη μακροχρόνια προσπάθεια σε επίπεδο προτάσεων, νομοσχεδίων και νόμων στην πράξη δεν έγιναν πολλά πράγματα και όλα αυτά απλά παρέμειναν ασκήσεις επί χάρτου. Σήμερα το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παραμένει κατακερματισμένο και αναποτελεσματικό, με πολλές ελλείψεις, υγειονομικές

ανισότητες, σπατάλες και επικαλύψεις, χωρίς να μπορεί να εκπληρώσει πλήρως το ρόλο του (Αργυριάδου και συν 2005).

• 1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η θεμελίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ξεκίνησε το 1977 στο 30στό συνέδριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), στο οποίο τέθηκε ως στόχος όλοι οι πολίτες του κόσμου να απολαμβάνουν τέτοιο επίπεδο υγείας ώστε να ζουν μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή. Στο διεθνές συνέδριο του 1978 στην περιοχή της Άλμα Άτα της πρώην Σοβιετικής Ένωσης αποφασίστηκε ότι αυτός ο στόχος ήταν εφικτός μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με το σύνθημα 'Υγεία για όλους ως το 2000'.

Ο ορισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που προέρχεται από τη διακήρυξη της Άλμα Άτα, η οποία αποτελεί τη βάση αυτής της στρατηγικής και της παγκόσμιας εξέλιξής της, έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και είναι ο εξής (World Health Organization, 1978):

«Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και την τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής τους, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης».

Επιπλέον, στη διακήρυξη αναφέρεται ότι «η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι και το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας».

Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και στην αγωγή και προαγωγή της υγείας, στην ενδυνάμωση και αυτοδυναμία των ατόμων και οικογενειών μέσω της συνεργασίας με την ομάδα φροντίδας υγείας για την βελτίωση της ποιότητας ζωής (Stanhope & Lancaster, 1992).

Ακόμη, η διακήρυξη της Άλμα Άτα έδωσε ιδιαίτερη έμφαση σε δύο καίρια προβλήματα:

- Στην ισοκατανομή των πόρων και

- Στη φιλοσοφία της οικονομικής ανάπτυξης.

Η **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** είναι μια διαδικασία ανάπτυξης του συστήματος υγείας, που βασίζεται σε τέσσερις άξονες:

- Την ισότιμη κατανομή των πόρων, έτσι ώστε να καλύπτεται το σύνολο του πληθυσμού.
- Την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας.
- Την ενεργό συμμετοχή των άλλων τομέων της οικονομικής και κοινωνικής ζωής στην ανάπτυξη του τομέα υγείας.
- Τα μέρη του Συστήματος Υγείας υποστηρίζουν την κοινωνική ανάπτυξη ενώ παράλληλα στοχεύουν στη μεγιστοποίηση της στάθμης της υγείας του πληθυσμού.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί στρατηγική για την επίτευξη ενός βασικού επιπέδου φροντίδας για όλους τους ανθρώπους δίνοντας έμφαση αφενός στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών υγείας που να είναι αποδεκτές, οικονομικές και προσβάσιμες και αφετέρου στην αγωγή και την προαγωγή της υγείας, στην αυτοδυναμία και στη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία (Stanhope & Lancaster, 1992, McMurray, 1993).

• **1.3. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν είναι απλά το σύνολο των υπηρεσιών και προγραμμάτων της παραδοσιακά καλούμενης ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, αλλά επιπρόσθετα :

- Ασχολείται με τα κύρια υγειονομικά προβλήματα της κοινότητας.
- Εξασφαλίζει υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας.
- Και περιλαμβάνει:
 - Προγράμματα ενημέρωσης σε σοβαρά θέματα υγείας
 - Μέτρα για την υγιεινή διατροφή, ύδρευση και γενικά διαβίωση

- Διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις για την προστασία της μητέρας και του παιδιού και γενικότερα ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
- Εμβολιασμούς για τα λοιμώδη νοσήματα
- Προγράμματα πρόληψης και καταπολέμησης ενδημικών νόσων
- Προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας
- Παροχή βασικών φαρμάκων
- Παρέχει υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης, σχολικής υγιεινής και κοινωνικής φροντίδας.
- Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- Παρέχει Πρώτες Βοήθειες και νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως και τη διακομιδή του αρρώστου στο νοσοκομείο.
- Συνιστά τη βασική προϋπόθεση για την εξασφάλιση συνεχιζόμενης θεραπείας.
- Είναι ένα κομμάτι του ΕΣΥ μιας χώρας και αποτελεί την κεντρική λειτουργία του συστήματος περίθαλψης.
- Ενθαρρύνει και προάγει τη συμμετοχή κάθε φορέα της κοινότητας στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο των Υπηρεσιών Υγείας.
- Εξασφαλίζει επίπεδο υγείας τέτοιο, που επιτρέπει μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή.

Βασίζεται, τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, όπως ιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, καθώς και σε άλλα βοηθητικά επαγγέλματα, ανάλογα με την περίπτωση. Αυτοί θα πρέπει να έχουν την κατάλληλη κοινωνική και τεχνική εκπαίδευση, ώστε να εργάζονται ως ομάδα για τη φροντίδα της υγείας και να ανταποκρίνονται στις εκφραζόμενες ανάγκες υγείας της κοινότητας.

Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της Κοινότητας.

- **1.4. Η ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας πραγματοποιείται μέσω μιας πλειάδας οργανωτικών σχηματισμών και φορέων, καθένας από τους οποίους συνιστά ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας, με διαφορετικές συνθήκες εργασίας, με ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα (π.χ. υπουργεία) και διαφορετικές χρηματοδοτικές πηγές. Είναι, επομένως προφανές ότι ο ‘πλουραλισμός’ αυτός εγείρει δυσκολίες στην οργάνωση και τη διοίκηση του συστήματος, καθώς επίσης και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενιαίας εθνικής πολιτικής στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Οι δομές που παρέχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι συνοπτικά οι εξής:

A) Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών Ιατρείων και των Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες αυτές χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και πρόσβαση σε αυτές έχουν όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες, αλλά και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών.

B) Τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία. Οι υπηρεσίες προσφέρονται είτε μέσω των μονάδων υγείας του ΙΚΑ (πολυϊατρεία, εργαστήρια, κλπ) είτε μέσω συμβεβλημένων με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα. Στην πρώτη περίπτωση οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται αποκλειστικά από τον προϋπολογισμό του ταμείου και σε αυτές έχουν πρόσβαση κυρίως οι ασφαλισμένοι του, ενώ στη δεύτερη οι ιδιώτες προμηθευτές αποζημιώνονται από τους προϋπολογισμούς της ασφάλισης με τη μέθοδο της κατά πράξη πληρωμής και εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους των ταμείων με τα οποία έχουν συμβληθεί.

Γ) Ο Ιδιωτικός Τομέας (ιδιώτες ιατροί, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια), ο οποίος ανταγωνίζεται έντονα το δημόσιο σύστημα και χρηματοδοτείται κυρίως από τις άμεσες πληρωμές των χρηστών και δευτερευόντως από την ιδιωτική ασφάλιση.

Δ) Η Τοπική Αυτοδιοίκηση, μέσω των Δημοτικών Ιατρείων και των Υπηρεσιών Πρόνοιας.

E) Οι Μη Κυβερνητικές-Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις (π.χ. ‘Γιατροί χωρίς Σύνορα’ και ‘Γιατροί του Κόσμου’), οι οποίες μέσω των πολυϊατρείων τους εξυπηρετούν κυρίως πρόσφυγες και μετανάστες, και οι οποίες χρηματοδοτούνται κυρίως από δωρεές (Θεοδώρου και συν 2005).

• **1.5. ΟΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Σε κάθε κοινωνία η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας απαιτεί ορισμένες πολιτικές κοινωνικές και οικονομικές ανακατατάξεις στο βασικό σχεδιασμό του Κοινωνικού Τομέα με την ευρύτερη έννοια. Για την επίτευξη του στόχου είναι απαραίτητη η πλήρωση ορισμένων προϋποθέσεων:

- Πολιτική βούληση για κοινωνική και οικονομική δικαιοσύνη.
- Ισοτιμία στην παροχή των υπηρεσιών.
- Διάθεση επαρκούς και κατάλληλης τεχνολογίας και οικονομικών πόρων.
- Συνειδητή και μακροχρόνια προσπάθεια και υποστήριξη από την κοινωνία (Λιαρόπουλος 2003).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ο κορμός ανάπτυξης και λειτουργίας του ΕΣΥ, στηρίζεται και προωθείται μέσω:

- Του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, που με σωστή εκπαίδευση και κύρος μπορεί να κερδίσει την εμπιστοσύνη του πολίτη και να αποτελέσει τον προσωπικό του σύμβουλο για κάθε θέμα υγείας.
- Των λοιπών επαγγελματιών υγείας, που συνεργάζονται με τους οικογενειακούς γενικούς ιατρούς και αποτελούν την ομάδα υγείας.
- Της αρμονικής διατομεακής συνεργασίας όλων των σχετικών με την υγεία τομέων.
- Της αποκέντρωσης, του προγραμματισμού και της συνεχούς αξιολόγησης των προγραμμάτων και δραστηριοτήτων της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Της ενεργού συμμετοχής της κοινότητας.
- Της καθιέρωσης ολοκληρωμένων προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής και αγωγής της υγείας.
- Της πλήρους και συνεχούς λειτουργικής σύνδεσης με άλλα επίπεδα φροντίδας και ιδιαίτερα με τους τομείς δημόσιας υγείας και κοινωνικής ιατρικής.
- Των Κέντρων Υγείας, που θα πρέπει να θεωρούνται ως λειτουργική οντότητα, που ενώνει και συνδέει όλες τις δραστηριότητες και τα προγράμματα προαγωγής και προστασίας της υγείας κάτω από ένα ενιαίο κέντρο προγραμματισμού αποφάσεων και αξιολόγησης.

Έτσι, κάτω από μια νέα φιλοσοφία και μια νέα αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, της οποίας ουσιαστικό και αναπόσπαστο μέρος είναι η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα, δημιουργεί ένα νέο τρόπο ζωής (Μπουκάρου 2002).

- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ**
- **2.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Πρωταρχικό ρόλο σε όλα τα οργανωτικά μοντέλα της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης παίζει ο γενικός-οικογενειακός γιατρός (general ή family practitioner), ενώ εξίσου σημαντικούς ρόλους παίζουν η νοσηλεύτρια, η μαία, η επισκέπτρια υγείας και η κοινωνική λειτουργός (Θεοδώρου και συν 2001). Η ειδικότητα της οικογενειακής ιατρικής καλύπτει τη ζωτικής σημασίας ανάγκη όχι μόνο του ατόμου, αλλά και όλης της οικογένειας, να έχει το δικό της γιατρό-σύμβουλο, που θα γνωρίζει τα μέλη της και τα προβλήματα τους (Δοξιάδης, 1988). Έτσι, σε σχέση με άλλους κλάδους της ιατρικής, η οικογενειακή ιατρική έχει ένα πολύ προσωπικό-οικογενειακό χαρακτήρα (Royal College of General Practitioners, 1985). Είναι η μόνη ειδικότητα που μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες εξίσου καλά και στο περιβάλλον του αρρώστου και στο σπίτι του (Pereira Gray, 1978). Ξέρει ακόμη να χρησιμοποιεί θεραπευτικά τις καλές σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ ιατρού και ασθενή (Huygen F, 1990), περιορίζοντας συγχρόνως τα ιατρικά σφάλματα που μπορεί να προκληθούν από έλλειψη σωστής επικοινωνίας. Αυτό το πρότυπο άσκησης της οικογενειακής ιατρικής παρουσιάζει και μια κοινωνική διάσταση, αφού πληροί τις εκφρασμένες ανθρώπινες ανάγκες στα θέματα υγείας και περίθαλψης και ξαναφέρει την ιατρική πράξη μέσα στα πλαίσια της καθημερινής κοινωνικής ζωής (Ιωσηφίδης, 1988).

Αξίζει να αναφερθεί ότι η ύπαρξη των γενικών ιατρών έχει θετικά αποτελέσματα όχι μόνο στην υγεία των ασθενών, αλλά μειώνει και το συνολικό κόστος του τομέα υγείας (Fray J, 1986), ιδιαίτερα σήμερα που οι επιθυμίες του ασθενή για υπηρεσίες υγείας ξεπερνούν κατά πολύ τις πραγματικές του ανάγκες και τους διαθέσιμους πόρους (Κατοστάρας, 1994).

Τα παραπάνω συνθέτουν τη μια μόνο όψη, ποιοτικού περισσότερο περιεχομένου, της μεγάλης σημασίας και του ρόλου του οικογενειακού ιατρού μέσα στο σύστημα υγείας. Την άλλη, εξίσου σημαντική όψη σκιαγραφούν εκείνα τα στοιχεία που ανάγουν τον οικογενειακό ιατρό, από άποψη αποτελεσματικότητας του συστήματος, σε μια ειδικότητα-μοχλό. Αποτελεί την πρώτη βαθμίδα επικοινωνίας του καταναλωτή με τις

υπηρεσίες υγείας και λειτουργεί ως *μεσάζων* και *γεφυροποιός* για τους ασθενείς που χρειάζονται ανώτερη βαθμίδα περίθαλψης.

Ο οικογενειακός ιατρός καθώς αποτελεί για τον ασθενή την ‘πύλη εισόδου’ στο σύστημα υγείας. Μπορεί και πρέπει να καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες της συντριπτικής πλειοψηφίας των ασφαλισμένων που προσφεύγουν σ’ αυτόν, καταπολεμώντας τις αιτίες της αρρώστιας στην πηγή τους, περιορίζοντας έτσι στο απολύτως απαραίτητο τον αριθμό εκείνων που θα προσφύγουν στις ανώτερες και περισσότερο δαπανηρές βαθμίδες περίθαλψης, με συνέπεια να αυξάνεται η οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Επιπλέον, οι ασθενείς αποφεύγουν την ταλαιπωρία της άσκοπης περιπλάνησης στο σημερινό σύνθετο και δαιδαλώδες υγειονομικό σύστημα (Θεοδώρου, 1993).

Αυτοί είναι οι δυο σημαντικοί ρόλοι που έχει να παίζει ο γενικός-οικογενειακός ιατρός σ’ ένα οργανωμένο σύστημα υγείας που θέτει ως στόχους την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα. Εκεί που έχει επικρατήσει και αποδεδειγμένα λειτουργεί καλά, όπως στη Μεγάλη Βρετανία, τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά (Morrell, 1991). Όπου όμως δεν υπάρχει οργανωτικό πλαίσιο και κατάλληλοι μηχανισμοί στήριξης, αυτοί οι ρόλοι του οικογενειακού ιατρού αναιρούνται στην πράξη και το περιεχόμενο της οικογενειακής ιατρικής συρρικνώνεται. Σ’ αυτές τις περιπτώσεις η οικογενειακή ιατρική περιορίζεται κυρίως σε γραφειοκρατικές υπηρεσίες, όπως συνταγογραφία και άδειες ανικανότητας (Louton, 1983).

• **2.2. Ο ΓΕΝΙΚΟΣ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ**

Ως ειδικότητα η γενική-οικογενειακή ιατρική άρχισε σταδιακά να γίνεται δημοφιλής μεταξύ των σπουδαστών της ιατρικής, αφού κατάφερε να ενσωματώσει υψηλά ιδανικά (Bosanquet & Leese, 1989). Στα τέλη της δεκαετίας του ’70, στη Μεγάλη Βρετανία, προσέλκυσε μερικούς από τους πιο ικανούς αποφοίτους της ιατρικής (Watkin, 1975). Σήμερα το 50% των φοιτητών της ιατρικής στη Μεγάλη Βρετανία έχουν ως πρώτη επιλογή την ειδικότητα της γενικής ιατρικής. Στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, στον Καναδά και στην Αυστραλία οι γενικοί ιατροί αντιπροσωπεύουν το 20-45% του συνόλου των ιατρών, ενώ ταχύτατα αναπτύσσεται ο θεσμός και στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και της Λατινικής Αμερικής. Στην Αυστραλία συγκεκριμένα οι γενικοί ιατροί αντιπροσώπευαν το 1984 το 45% του συνόλου των γιατρών της χώρας (Fabb, 1986), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ήταν το 1983 στην Ολλανδία 36.2% (Van Es, 1986). Στην Πορτογαλία το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 31% όπου αντιστοιχούν 6 γενικοί ιατροί ανά 31 ειδικούς ανά 10.000 κατοίκους. Στην Ιταλία το ποσοστό είναι 34% και αντιστοιχούν 10 γενικοί ιατροί ανά 59 ειδικούς ανά 10.000 κατοίκους (Θηραίος, 2005).

Στην Ελλάδα η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής είναι επίσημα θεσπισμένη από το 1964. Ως ειδικότητα ακούγεται όλο και πιο συχνά την τελευταία εικοσαετία και βρίσκεται σχεδόν πάντα στα κείμενα και στους σχεδιασμούς αυτών που ασχολούνται με την εκπόνηση προγραμμάτων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Το 1979 υπήρχαν στην Ελλάδα μόνο 66 άτομα με την ειδικότητα της γενικής ιατρικής, που την απέκτησαν γιατί είχαν θητεία μεγαλύτερη από 10 χρόνια σε αγροτικό ιατρείο ή υγειονομικό σταθμό. Σήμερα ο αριθμός αυτών έχει ανέλθει στους 1300, ενώ έχει υπολογιστεί ότι απαιτούνται 6.000-7.000 ιατροί με τη συγκεκριμένη ειδικότητα για την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού της χώρας. Οι γενικοί ιατροί αποτελούν το 1.8% του συνολικού ιατρικού δυναμικού και αντιστοιχούν 1.1 γενικοί γιατροί ανά 41.5 ειδικούς ανά 10.000 κατοίκους (Θηραίος, 2005).

Ως ειδικότητα παραμένει χαμηλά από άποψη κοινωνικού και επαγγελματικού κύρους, στην αντίληψη τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και του κοινού (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981). Δύσκολα προσελκύει απόφοιτους της ιατρικής, ιδιαίτερα εκείνους που έχουν αυξημένες επαγγελματικές και επιστημονικές προσδοκίες. Κάποιοι λόγοι είναι δυνατόν να αναζητηθούν στην ίδια την κουλτούρα του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα, που σήμερα αντιμετωπίζει την ιατρική περισσότερο ως επάγγελμα, που πρέπει να του αποφέρει υψηλές οικονομικές απολαβές και λιγότερο ως λειτουργήμα με κοινωνικές διαστάσεις, που πρέπει να τίθεται υπεράνω οικονομικών ανταλλαγμάτων. Οι σοβαρότεροι όμως λόγοι πρέπει να αποδοθούν στην αδυναμία της ίδιας της ειδικότητας να ενσωματώσει και να αφομοιώσει εκείνα τα υψηλά ιδανικά, που πράγματι υπηρετεί, αλλά και στο περιορισμένο ενδιαφέρον της πολιτείας να τη στηρίξει με την αναγκαία υποδομή, ιδιαίτερα στον τομέα της εκπαίδευσης και να την ενισχύσει με τα κατάλληλα οικονομικά, επαγγελματικά και ηθικά κίνητρα που θα της έδιναν την απαιτούμενη ώθηση.

Η μη ύπαρξη επαρκούς αριθμού γενικών ιατρών είναι πιθανόν να αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η χώρα μας στην προσπάθεια για ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, 1976). Η έλλειψη αυτή οδήγησε το ΙΚΑ πρώτα και το ΕΣΥ στη συνέχεια, σε μια προσπάθεια να καλύψουν αυτό το μεγάλο κενό με παθολόγους ή ακόμη και με ιατρούς χωρίς ειδικότητα (Ν.Δ. 1204/72, Ν. 1397/83).

• **2.3. ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στροφή προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με εστίαση στην προαγωγή της υγείας και την προληπτική ιατρική, ως συνέπεια του αυξανόμενου κόστους των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα της περίθαλψης και της τεχνολογικής προόδου. Η πολιτική υγείας σε διεθνές επίπεδο στρέφεται προς την

αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, με κυρίαρχο το ρόλο του γενικού ιατρού στο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με έναν ορισμό της Ερευνητικής Ομάδας Πρωτοβουλίας των Ευρωπαίων Γενικών Ιατρών (Ομάδα Leeuwenhorst) το 1974 (Leeuwenhorst European Working Party, 1977), «ο γενικός ιατρός είναι ένας εξουσιοδοτημένος πτυχιούχος της ιατρικής, που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχιζόμενη φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και σ' ένα σύνολο πληθυσμού, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια».

Σύμφωνα με τον F. Olesen , ο γενικός ιατρός είναι ένας ειδικός που:

- εκπαιδεύτηκε να δουλεύει στην πρώτη γραμμή του συστήματος υγείας και να κάνει τα αρχικά βήματα για την προσφορά φροντίδας σε κάθε πρόβλημα υγείας του ασθενή
- φροντίζει τα άτομα, ανεξαρτήτως του είδους της ασθένειας ή άλλων προσωπικών ή άλλων κοινωνικών χαρακτηριστικών και οργανώνει με πρόσφορο τρόπο τη διακίνηση του ασθενή στο σύστημα υγείας για την καλύτερη δυνατή φροντίδα του
- ασχολείται με θέματα πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, φροντίδας και παρηγορητικής θεραπείας, χρησιμοποιώντας ολοκληρωμένα την επιστήμη της βιοϊατρικής, της κοινωνικής ψυχολογίας και της κοινωνικής ιατρικής (Θηραΐος , 2005).

Ο Γενικός Ιατρός αποτελεί τον κύριο παράγοντα υλοποίησης των νέων αντιλήψεων για την υγεία, όπως αυτές διατυπώθηκαν στη διακήρυξη 'Υγεία για όλους το 2000' της 30^{ης} Παγκόσμιας Συνέλευσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1977) και αποκρυσταλλώθηκαν στη Διακήρυξη της Άλμα Άτα (1978), στην οποία τονίζεται η αναγκαιότητα μετάβασης του βάρους των υπηρεσιών υγείας προς την ΠΦΥ, ως απάντηση στην κρίση του θεραπευτικού, ιατροκεντρικού και νοσοκομειοκεντρικού μοντέλου οργάνωσης τους (WHO, 1978). Στα πλαίσια της ΠΦΥ ο Γενικός Ιατρός οφείλει να συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας αλλά και με τους φορείς της κοινότητας, και να στρέφει το ενδιαφέρον του και τις δραστηριότητες του εκτός από την περίθαλψη των ασθενών και προς τον υγιή πληθυσμό. Είναι η ειδικότητα που παρέχει υπηρεσίες υγείας τη στιγμή που τις χρειάζονται οι άνθρωποι και στο μέρος που ζουν και εργάζονται, δηλαδή στο σπίτι, στη γειτονιά, σε απομακρυσμένες ή/και υποβαθμισμένες αγροτικές και βιομηχανικές περιοχές. Το έργο που προσφέρει περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών και προληπτικών υπηρεσιών (Φιορέτος, 1990).

Στα πλαίσια αυτά ο ρόλος του Γενικού Ιατρού στην ΠΦΥ στοχεύει στην

- πρόληψη και αγωγή υγείας
- διατήρηση της υγείας
- θεραπευτική αγωγή

- κοινωνική μέριμνα
- εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου και στην πρόιμη ανίχνευση αυτών
- βελτίωση της στάθμης υγείας του πληθυσμού
- απασχόληση με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και μητρότητας
- παρακολούθηση των χρονίως πασχόντων
- οργάνωση βοήθειας για τους κατ' οίκον ασθενείς
- παροχή υπηρεσιών Επείγουσας Ιατρικής και Τηλεϊατρικής
- διαχείριση των πόρων για την υγεία.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο ρόλος αυτός εξαρτάται άμεσα από τα δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της κάθε χώρας, από τον τρόπο της οργάνωσης και της χρηματοδότησής του, από το νομικό πλαίσιο άσκησης της γενικής ιατρικής, την εκπαίδευση των γενικών ιατρών, τις επαγγελματικές τους απαιτήσεις, τις εργασιακές τους σχέσεις και ιδιαίτερα τον τρόπο αμοιβής τους.

• **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

• **3.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε κατά τη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία, χώρα στην οποία κλήθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ο Αμερικανός στατιστικός W. Edwards Deming, για να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών (Τούντας, 2003α). Κάποιες από τις προτάσεις του που ξεχωρίζουν είναι η ανάγκη για συνεχή βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, η εξάλειψη του φόβου καθώς και η άσκηση διοίκησης ανά στόχο (management by objectives) (Deming, 1986). Υπήρξε, επίσης, ο θεμελιωτής των «κύκλων ποιότητας» με τον γνωστό «κύκλο του Deming» (Σχήμα 1) (Τούντας, 2008).

Do (Πράττω)

Check (Ελέγχω)

Plan (Σχεδιάζω)

Act (Δρώ)

Σχήμα 1: Ο κύκλος του Deming

Πηγή: Deming (1986)

Ο Joseph M. Juran θεωρείται, και αυτός, θεμελιωτής της ποιότητας στη βιομηχανία. Την ίδια περίπου περίοδο, ανέπτυξε τις έννοιες του ποιοτικού σχεδιασμού, του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης, δημιουργώντας το «εγχειρίδιο ποιοτικού ελέγχου» και εντοπίζοντας δέκα βήματα που βελτιώνουν την ποιότητα (Juran & Gryna, 1988). Στη συνέχεια, η έννοια της ποιότητας επεκτάθηκε και σε άλλες παραγωγικές δραστηριότητες, περιλαμβανομένων και των υπηρεσιών. Όσο αφορά τις υπηρεσίες, η ποιότητα ταυτίστηκε με την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, τη φιλικότητα και τη συνεχή υποστήριξη (Σιγάλας, 1999).

Σύμφωνα με τον Τούντα, (2008) πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, έχουν επιχειρήσει να δώσουν έναν ορισμό για την ποιότητα. Αυτός, είναι άλλοτε συνοπτικός και σύντομος, όπως «ποιότητα είναι η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές» και άλλοτε πιο σύνθετος, όπως της Αμερικανικής Ένωσης Ποιοτικού Ελέγχου, που ορίζει ως ποιότητα «το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητά της να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες» (Bicking & Gryna, 1979). Τέλος, ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO), ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό, κατά τον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών πληροί συγκεκριμένες απαιτήσεις» (Kotler, 2003).

• 3.2. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Στον τομέα της υγείας, η έννοια της ποιότητας, είναι πιο σύνθετη απ' ότι στο χώρο της βιομηχανίας. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος και κύριος στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων / ελαττωμάτων τόσο στη διαδικασία, όσο και στο αποτέλεσμα. Στην υγεία, δεν συμβαίνει το ίδιο, γιατί οι ασθενείς, παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους. Η έννοια του μηδενικού ελαττώματος, που κυριαρχεί στη βιομηχανία, στην υγεία ταυτίζεται, με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων ελαττωμάτων στην υγεία, πρακτικά σημαίνει, βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Αυτό το εγχείρημα είναι δυσκολότερο, από την επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων, όπως συμβαίνει στη βιομηχανία (Τούντας, 2003α).

Με βάση τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε, ότι η ποιότητα στην υγεία έχει έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα, ιδιαίτερα στον τομέα της φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα να εμπεριέχει πολλαπλές εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος στους ορισμούς που αναφέρονται σε αυτή (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003). Σε αυτό το σημείο, αξίζει να επισημανθεί, ότι δεν υπάρχει σήμερα ένας παγκόσμια αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα. Ακόμη και αν ερωτηθούν χίλιοι άνθρωποι για το τι σημαίνει ποιότητα, είναι πολύ πιθανό να λάβουμε τον ίδιο αριθμό διαφορετικών ορισμών (Καλογεράκη, 2007).

Η προσέγγιση του Donabedian (1980), αποτελεί έναν από τους κλασικούς ορισμούς της ποιότητας στην υγεία. Αρχικά, πραγματοποίησε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας και στη συνέχεια κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες καθορίζουν τον ορισμό της. Σύμφωνα με τον Donabedian, η παροχή της φροντίδας υγείας έχει τρεις επιμέρους διαστάσεις:

A) Το τεχνικό μέρος (**technical, science of medicine**), που αναφέρεται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, καθώς και των υπόλοιπων επιστημών υγείας, με σκοπό την καλύτερη διάγνωση και αντιμετώπιση του ασθενή.

B) Το διαπροσωπικό μέρος (**interpersonal, art of medicine**), που αφορά την ανθρώπινη και ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, αφορά και τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία καθορίζεται τόσο από την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία, όσο και από τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

Γ) Την ξενοδοχειακή υποδομή (**amenities**), που έχει σχέση με το χώρο, το περιβάλλον, και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται η φροντίδα, οι ανέσεις και οι ευκολίες στον ασθενή.

Ο Donabedian, έχοντας ως βάση τις τρεις παραπάνω διαστάσεις, διατύπωσε τον πρώτο, κλασικό ορισμό της ποιότητας στην ιατρική, ως: «Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών, αλλά και των απωλειών, οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία» (Donabedian, 1980). Στη συνέχεια, ο Donabedian (1988) περιγράφει την ποιότητα της περίθαλψης ως ένα σύνολο ομόκεντρων κύκλων. Σε αυτό, η περίθαλψη, αξιολογείται όχι μόνο στο τεχνικό επίπεδο, αλλά ως γενικότερο αποτέλεσμα, το οποίο περιλαμβάνει τις προτιμήσεις του ασθενούς, τη συμμετοχή του, καθώς και το κοινωνικο-πολιτιστικό του περιβάλλον.

Το 1990, με το άρθρο «The Seven Pillars of Quality» «Οι επτά στυλοβάτες της ποιότητας», ο Donabedian, παραθέτει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα:

- Κλινική αποτελεσματικότητα (**efficacy**),
- Αποτελεσματικότητα (**effectiveness**),
- Αποδοτικότητα (**efficiency**),
- Βελτιστότητα (**optimality**),
- Αποδεκτικότητα (**acceptability**),
- Νομιμότητα (**legitimacy**),
- Δίκαιη κατανομή ωφελειών (**equity**).

Εκτός από τον Donabedian, ορισμούς για την ποιότητα στην υγεία, διατύπωσαν και πολλοί άλλοι ερευνητές. Η παράθεσή τους, ξεπερνά τα όρια της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Γι' αυτό και η παρούσα μελέτη περιορίζεται, σε εκείνες τις προσεγγίσεις, που προσανατολίζονται στο θέμα που διαπραγματεύεται αυτή.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1993), 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, 2008). Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών (Institute of Medicine Committee), δίνοντας έναν πιο σύντομο ορισμό, 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 (Nelson, 1996).

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα στην υγεία, ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, και τέλος, με τον έλεγχο του κόστους (Τούντας, 2008). Ουσιαστικά, το κλειδί στην αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας, είναι ένα μείγμα αποτελεσμάτων αξιολογήσεων, επικεντρωμένων στο κλινικό κομμάτι και στον ασθενή (Crow et al, 2002).

Σύμφωνα με τους Virgo et al (2007), οι αξιολογήσεις, τις περισσότερες φορές, βασίζονται στην προσέγγιση του Donabedian και επικεντρώνονται στη δομή (επάρκεια εγκαταστάσεων, υλικών και προσωπικού), στις διαδικασίες (παροχής φροντίδας και τρόπων βελτίωσης αποδοτικότητας) και τέλος, στα αποτελέσματα για το χρήστη (μεταβολές στην κατάσταση υγείας του, η ικανοποίησή του, ο βαθμός ενημέρωσης, δείκτες επιπλοκών, δείκτες θνησιμότητας διάρκεια παραμονής). Συνοψίζοντας, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ιδιαίτερη περίπτωση υπηρεσιών, στις οποίες η αποτύπωση της ποιότητας δεν συνδέεται με τη συχνότητα αγοράς ενός προϊόντος ή επιστροφής του σε ένα οργανισμό, αλλά εμπερικλείουν πολλά δεδομένα, τα οποία έχουν ως στόχο, τη μοναδική εμπειρία της παροχής φροντίδας υγείας που βιώνεται (Σιγάλας, 1999).

• **3.3. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Τα οφέλη όπως προκύπτουν από την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μπορούμε να τα κατηγοριοποιήσουμε σε :

Διοικητικά οφέλη :

- Αποσαφήνιση, καθορισμός ευθυνών, λειτουργικοί κανόνες, μειώνοντας στο ελάχιστο τυχόν αυτοσχεδιασμούς εργαζομένων.
- Σαφείς και καθαρές οδηγίες σε όλο το προσωπικό μέσω των διαδικασιών.
- Περιγραφές θέσεων εργασίας (αξιολόγηση, σωστή μετακίνηση προσωπικού ανάλογα με τα προσόντα και τις δεξιότητες του κάθε εργαζομένου). Ορθή διαχείριση ανθρωπίνων πόρων
- Διατμηματική συνεργασία
- Αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων
- Μείωση της αστάθειας και βελτίωση της ποιότητας λόγω υψηλού βαθμού τυποποίησης
- Ασφαλές και αποτελεσματικό εργασιακό περιβάλλον

- Προβολή σε εθνικό και διεθνές επίπεδο
- Ευελιξία στη διαχείριση κρίσεων

Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

- Αποτελεσματικότητα έργου
- Νομική κατοχύρωση και ασφάλεια
- Ικανοποίηση
- Σεβασμό και εμπιστοσύνη εκ μέρους ασθενών
- Απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος
- Κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη

Οικονομικά οφέλη - Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

- Γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση ασθενών
- Έλεγχος του κόστους
- Περιορισμός του ύψους δαπανών
- Μείωση κόστους αστοχιών
- Διαφανής πρακτική προμηθειών
- Επιτυχής έλεγχος φαρμάκων
- Διαχειριστικός έλεγχος ανά τμήμα, μονάδα
- Ενδεδειγμένη και συνεχή κοστολόγηση
- Διαχειριστική Επάρκεια για την πολιτική του Οργανισμού να μπορέσει να αξιοποιήσει επιχορηγήσεις και αναπτυξιακά προγράμματα.
- Ευελιξία σε οικονομικά ασταθή περιβάλλοντα
- Μεγαλύτερη ικανοποίηση ασφαλιζομένων

Οφέλη για το κράτος

- Περιορισμός Αδικαιολόγητων δαπανών
- Μείωση χαμένης παραγωγικότητας ασθενών

- Συντόμεση διάρκειας ασθένειας
- Αποτελεσματικότητα
- Αποδοτικότητα
- Μείωση χρόνου αναμονής ασθενών
- Ενίσχυση κοινωνικής συνοχής και αισθήματος ασφάλειας
- Βελτίωση εικόνας κράτους και κοινωνίας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο

Οφέλη στην παροχή υπηρεσιών υγείας

- Μείωση λειτουργικού κόστους
- Ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή
- Εξατομικευμένη φροντίδα
- Σεβασμός στα δικαιώματα
- Εμπιστοσύνη της κοινότητας
- Προβολή σε εθνικό και διεθνές επίπεδο
- Ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών προς τον ασθενή

• ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

• 4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της ποιότητας έχει εισβάλλει δυναμικά στη ζωή μας και η πιστοποίησή της αποτελεί το «κλειδί» της ανταγωνιστικότητας πολλών προϊόντων (αγαθών και υπηρεσιών). Η ποιότητα δεν γίνεται αισθητή, δεδομένου ότι είναι ένας μετακινούμενος στόχος, που ποτέ δεν επιτυγχάνεται άψογα, και αναφέρεται σε μια σειρά σύνθετων δραστηριοτήτων παραγωγής του τέλειου προϊόντος (Πετσετάκη, 1993).

Επιχειρώντας κάποιος να προσεγγίσει την έννοια της ποιότητας της υγείας, θα μπορούσε να την ορίσει ως το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή μέσα από την πληρότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Κάθε οργανισμός μόνο μέσα από την ικανοποίηση ή την δυσαρέσκεια των πελατών του μπορεί να αντλήσει χρήσιμες πληροφορίες και να αξιολογήσει κατά πόσο πέτυχε τον σκοπό της λειτουργίας του. Η

ικανοποίηση των ασθενών πάντα ήταν και θα είναι θεμελιώδες στοιχείο της επιτυχίας ενός συστήματος υγείας. Σήμερα περισσότερο από ποτέ δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην αποδοτικότερη, αποτελεσματικότερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία πρέπει να δίνει υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών.

Οι σημερινοί ασθενείς είναι περισσότερο ενημερωμένοι και έχουν υψηλότερες προσδοκίες. Όταν οι υπηρεσίες που λαμβάνουν ικανοποιούν ή ακόμη και ξεπερνούν τις προσδοκίες τους η ικανοποίησή τους αυξάνεται. Η ικανοποίηση αυτή θα πρέπει να πηγάζει από κριτήρια δομικά (υλικοτεχνική υποδομή, κλίνες), κριτήρια διαδικασιών (ενέργειες για διάγνωση και θεραπεία, χρονοβόρες ή όχι), κριτήρια αποτελεσμάτων (αξιολόγηση αποτελέσματος θεραπείας) (Θεοδώρου, 1992). Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις ενός δυναμικού περιβάλλοντος παροχής υπηρεσιών υγείας είναι να συμβαδίζει με τις συνεχώς αυξανόμενες προσδοκίες των ασθενών.

- **4.2. ΣΧΕΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Τρία μεγάλα ζητήματα που αντιμετωπίζει η φροντίδα υγείας σήμερα είναι το κόστος, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η πρόσβαση σε αυτές (Graham, 1995). Επίσης, όσον αφορά στην ΠΦΥ, η διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978 εξέφρασε τις αναγκαίες προσαρμογές των υπηρεσιών υγείας, ώστε να αποκτήσουν συγκεκριμένες προδιαγραφές και να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εποχής. Εισήγαγε λοιπόν, για πρώτη φορά στο χώρο των υπηρεσιών υγείας – τουλάχιστον φανερά και επιτακτικά – την έννοια της ποιότητας (Θεοδωράκης & Λιονής, 2003). Η μέτρηση της ικανοποίησης του χρήστη υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό Δείκτη Ποιότητας (Παπανικολάου, 2003) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μεταβλητή, η οποία αντιπροσωπεύει την ποιότητα των υπηρεσιών, την αντίληψη για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και της χρήσης της φροντίδας (Ζέρβα, 2001).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν φαίνεται να υπάρχει ένας αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Κατά τον Thompson (1980) η ποιότητα είναι το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, η οποία συνεκτιμά αφενός την ευαισθητοποίηση του ιατρού ως προς τις ανάγκες του ασθενούς και αφετέρου το κόστος και την αποτελεσματικότητα. Ο Baker (1992) ισχυρίζεται ότι η ποιότητα εκφράζει την αναμενόμενη δυνατότητα της φροντίδας να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με βάση τις αξίες των επαγγελματιών, των ατόμων και της κοινωνίας. Κατά τον Onretveit (1992) η ποιότητα στη φροντίδα υγείας επιτυγχάνεται όταν οι επαγγελματίες υγείας ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών με το χαμηλότερο κόστος.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι «η ποιότητα στη φροντίδα υγείας εξασφαλίζεται κυρίως από μια σειρά αλληλοσυνδεόμενων παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί είναι η ικανότητα και η

αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι χρησιμοποιούν τις άριστες και ασφαλείς τεχνολογίες κατά τρόπο ενδεδειγμένο και αποδοτικό με σκοπό την ικανοποίηση των ασθενών και των συγγενών τους» (Λιαρόπουλος, 2003).

Ανεξάρτητα από τις εννοιολογικές διαφορές στους ορισμούς της ποιότητας της φροντίδας υγείας, σε όλους γίνεται ξεκάθαρη αναφορά στην ικανοποίηση των ασθενών, και στόχος είναι η διασφάλισή της.

Τα μοντέλα διασφάλισης της ποιότητας προέρχονται από το χώρο της ιατρικής, από το χώρο της νοσηλευτικής και από το χώρο της βιομηχανίας (Πλατή & Πριάμη, 1997).

Το πιο διαδεδομένο μοντέλο είναι αυτό του Donabedian (1988). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, τα κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας είναι η δομή, η διαδικασία και το αποτέλεσμα. Η δομή αναφέρεται στους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους, η διαδικασία στις δραστηριότητες για τη διασφάλιση της ποιότητας και το αποτέλεσμα στην έκβαση των παρεμβάσεων φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει την ικανοποίηση του χρήστη και την προαγωγή της υγείας και της ποιότητας ζωής του.

• **4.3. ΤΟ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Όπως και στην έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, έτσι και στην ικανοποίηση των πολιτών ή γενικά των χρηστών υπηρεσιών υγείας η βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν απέδωσε ένα σαφή ορισμό, ούτε κάποια συμφωνία για το περιεχόμενο του όρου. Οι Newcomer και συν. (1996) θεωρούν ότι «η ικανοποίηση των χρηστών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μπορεί να ερμηνευτεί ως μέτρηση του κατά πόσο ταιριάζουν οι προτιμήσεις και οι προσδοκίες των χρηστών με το σύστημα παροχής στο οποίο συμμετέχουν». Παρόμοια, οι Zastowny και συν. (1983) ισχυρίζονται ότι «ο όρος ικανοποίηση εκφράζει την έκταση στην οποία οι ανάγκες και τα θέλω των ασθενών συναντιούνται, ή αλλιώς, Η ικανοποίηση των ασθενών χαρακτηρίζει την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας που τους παρέχονται από τη δική τους προοπτική» (Dufrene, 2000).

Σύμφωνα με την Παπανικολάου (2003) «η ικανοποίηση των ασθενών εννοιολογικά ορίζεται ως οι προσωπικές εκτιμήσεις τους και οι επακόλουθες αντιδράσεις στα ερεθίσματα που δέχονται μέσα στο περιβάλλον του τομέα υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή μιας ιατρικής επίσκεψης. Αυτές οι προσωπικές εκτιμήσεις και αντιδράσεις θα επηρεαστούν από το χαρακτήρα που διαθέτει κάθε ασθενής καθώς και από προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του και από τον τομέα της υγείας».

• **4.4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Αν και στις έρευνες ικανοποίησης υπάρχουν διαφωνίες και προβληματικά στοιχεία, θεωρούνται αναγκαίο εργαλείο για τη μεταφορά των απόψεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας και για την ανίχνευση προβλημάτων ως προς τη φροντίδα υγείας και τις αναπτυσσόμενες σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας (Hopkins και συν., 1994). Σκοπός τους, λοιπόν, είναι η λήψη μέτρων για προβλήματα που επισημαίνουν οι χρήστες.

Σύμφωνα με τους Patrick και συν. (1983) οι σκοποί της μέτρησης της ικανοποίησης είναι:

- Ο καθορισμός του βαθμού στον οποίο η ικανοποίηση επηρεάζει το άτομο να ζητήσει ιατρική συμβουλή, να συμμορφωθεί με τη θεραπεία και να διατηρήσει συνεχή σχέση με τον επαγγελματία υγείας και την υπηρεσία.
- Η χρήση της ικανοποίησης ως δείκτη της ποιότητας υγείας (τεχνική επάρκεια, βαθμός προσωπικής φροντίδας, προσπελασιμότητα, κόστος).
- Η κατανόηση της προοπτικής των ασθενών και η αύξηση της υπευθυνότητας αυτών που σχεδιάζουν, ελέγχουν και παρέχουν σημαντικές υπηρεσίες.

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα μιας έρευνας μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών συνοψίζονται στα εξής σημεία (Dutka, 1995, Naumann & Giel, 1995):

- Τα προγράμματα μέτρησης ικανοποίησης, εφόσον αποτελούν συνεχείς και συστηματικές προσπάθειες του οργανισμού, βελτιώνουν την επικοινωνία με το σύνολο των χρηστών.
- Ο οργανισμός μπορεί να δει κατά πόσο οι υπηρεσίες του ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των χρηστών. Επιπρόσθετα, δίνεται η δυνατότητα να μελετηθεί κατά πόσο νέες ενέργειες, προσπάθειες και προγράμματα έχουν αντίκτυπο στους πελάτες του οργανισμού.
- Εντοπίζονται οι κρίσιμες διαστάσεις της ικανοποίησης που θα πρέπει να βελτιωθούν, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί η βελτίωση αυτή.
- Προσδιορίζονται τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του οργανισμού σε σχέση με τον ανταγωνισμό, σύμφωνα με τις απόψεις και τις αντιλήψεις των χρηστών.
- Δίδεται ένα κίνητρο στο προσωπικό του οργανισμού να αυξήσει την παραγωγικότητα του δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρονται αξιολογούνται από τους ίδιους τους χρήστες.

- **4.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Όπως τεκμηριώνεται από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν, το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης, το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, η ικανότητα γλωσσικής συνεννόησης, η πολιτιστική ποικιλομορφία τους, αλλά και στοιχεία που αφορούν την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Όλα τα παραπάνω, επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά τους ασθενείς, στην τελική έκφραση της ικανοποίησής τους (Irish Society for Quality & Safety in Health care, 2003).

Οι παράγοντες που πρέπει να εξετάζονται εντούτοις, για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, όπως αναγράφονται από την Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, (2003) είναι:

Οι προσδοκίες των χρηστών: Οι προσδοκίες του καταναλωτή διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να θεωρηθεί το αποτέλεσμα ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό. Σε σχετική βιβλιογραφία (Williams, 1994), δεν αποτελεί κύριο θέμα η σύνδεση μεταξύ της ικανοποίησης και της εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών, γιατί η αξιολόγηση του ασθενή για την παρεχόμενη φροντίδα κατά ένα μεγάλο μέρος, είναι ανεξάρτητη από αυτή που πραγματικά έλαβε.

Η ηλικία: Τα ηλικιωμένα άτομα σε όλες σχεδόν τις έρευνες, εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με άτομα νεότερα σε ηλικία (Crow et al., 2002) και δίνουν συνήθως, κοινές επαινετικές απαντήσεις, γιατί δεν θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία των ιατρών και νοσηλευτών (Papanikolaou & Ntani, 2008). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες, λόγω έλλειψης εμπειριών και διαμορφωμένης άποψης ή έχουν μεγάλη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκειάς τους, λόγω αυξημένης εξάρτησης από τον ιατρό, όπως για παράδειγμα σε χρόνιες παθήσεις.

Όσο αφορά **το φύλο** δεν έχει αποσαφηνιστεί αν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση. Ορισμένες μελέτες, σε αντίθεση με άλλες, δείχνουν ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τους ιατρούς, νοσηλεύονται περισσότερο και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες (Pappa & Niakas, 2006).

Η ασθένεια: Ασθενείς με σοβαρότερες ασθένειες που βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Δεν αποδεικνύεται, όμως, αν η δυσαρέσκεια τους οφείλεται στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας ή στη φύση της ασθένειας ή σε άλλους παράγοντες, (Hall & Milburn, 1998)

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα

ικανοποίησης, σε σχέση με νεότερους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, και αυτό μπορεί να εξηγηθεί, λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων και υψηλότερων προσδοκιών των δεύτερων (Niakas et al., 2004; Dowd et al, 2009). Το είδος της απασχόλησης των ασθενών (επάγγελμα) δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση (Crowetal, 2002; Quintanaetal, 2006). Οι έγγαμοι ασθενείς δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους (Κέπεντζης και συν, 2004).

Προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης: Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εμπειρία προγενέστερης παροχής υπηρεσιών, αλλά και με το βαθμό ικανοποίησης των επιθυμιών και προσδοκιών τους (Crow et al, 2003).

Σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας (ιατρών και νοσηλευτών) με τον ασθενή: Η επικοινωνία των ασθενών με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και το επικοινωνιακό στυλ που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή τους με τον ασθενή, θεωρούνται κρίσιμα στοιχεία για την ικανοποίηση (Scotto et al, 2009; Ng et al, 2009). Η αποτελεσματική επικοινωνία εκ μέρους του ιατρού, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και αφορά την προσέγγιση, την αδιαφορία στις ανησυχίες του ατόμου, όπως η μη ξεκάθαρη επεξήγηση και η χρήση της ιατρικής δυσνόητης ορολογίας (Scotto et al, 2009). Επίσης, η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών για άμεση αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών π.χ. φροντίδα, πόνος, πληροφόρηση, αυξάνουν την ικανοποίηση (Woodward, 2009).

Οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού: Η διαδικασία άφιξης-εξυπηρέτησης του ασθενούς στο I.K.A, αλλά και γενικότερα σε χώρους υγείας, η καλή ποιοτική δομή των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα του χώρου, η προσφορά ποιοτικής παροχής φροντίδας υγείας είναι παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Scotto et al, 2009)

• 4.6. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση από την φροντίδα υγείας είναι πολυδιάστατη έννοια. Έχουν γίνει πολλές μελέτες για να διερευνηθεί ποιες πλευρές της φροντίδας επηρεάζουν την ικανοποίηση (Κωσταγιόλας, 2005).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2000), τα συστήματα υγείας ταξινομούνται ανάλογα με την απόδοσή τους σε δύο διαστάσεις (Coulter & Clearly, 2001):

- Σεβασμός στον άνθρωπο. Αυτή η διάσταση περιλαμβάνει αξιοπρέπεια, εμπιστευτικότητα και αυτονομία.

- Προσανατολισμός στον ασθενή. Αυτή η διάσταση περιλαμβάνει ολοκληρωμένη φροντίδα, ποιότητα στις ανέσεις, πρόσβαση στις κοινωνικές δομές και ελευθερία επιλογής.

Οι διαστάσεις της φροντίδας υγείας οι οποίες επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι (Shelton, 2000):

- Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας
- Προσωπικό ενδιαφέρον
- Επικοινωνία ασθενών- επαγγελματιών υγείας
- Πρόσβαση-προσπελασιμότητα
- Υποδομές και εξοπλισμός των υπηρεσιών υγείας.

• **4.7 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Οι έρευνες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών δεν είναι απλές, αλλά μπορούν να αποδειχθούν χρήσιμες όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με τις κατάλληλες διοικητικές γνώσεις και πολιτικές. Η εκτίμηση της γνώμης των ασθενών ακολουθεί συνήθως, τη μέθοδο της συλλογής πληροφοριών από τους ασθενείς με δομημένα ερωτηματολόγια (Moumtzoglou, 2001), συμπληρωμένα με ποικίλους τρόπους (τηλεφωνικά, ταχυδρομικά, με email, με συνέντευξη), στα οποία επιχειρείται η ποσοτικοποίηση και μέτρηση της ικανοποίησης τους για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν.

Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες, οι προσωπικές και οι διαμέσου τηλεφώνου συνεντεύξεις επιφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης παρόλο που η ανωνυμία που προσφέρει το e-mail συντελεί στην αποτύπωση περισσότερο αντιπροσωπευτικής και αξιόπιστης γνώμης του ασθενούς (Rhee 1998). Το κλειδί είναι οι σωστές ερωτήσεις και οι επαρκείς απαντήσεις (σωστές κλίμακες) (Wolper, 1994). Μάλιστα συνιστάται η χρήση σύνθετα δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές (Waltz, 1991) και ποσοτικές διαστάσεις (Barbour, 1999), καθώς και ανοικτές ερωτήσεις που δίνουν τη δυνατότητα στον ερωτηθέντα να αναφέρει χωρίς περιορισμό την άποψή του (Concato, 1997).

Αν και σε άλλες χώρες η εκτίμηση της ικανοποίησης γίνεται τακτικά στα πλαίσια της αξιολόγησης των υπηρεσιών (Sitjia, 1997) γεγονός που ταυτοποιείται από πληθώρα

μελετών σε συστήματα υγείας όπως της Βρετανίας και των ΗΠΑ, στην Ελλάδα τέτοιες προσπάθειες είναι λιγότερες παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες ασθενείς φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους ασθενείς των υγειονομικών υπηρεσιών άλλων ευρωπαϊκών κρατών (Robert, 1999).

Μερικοί ερευνητές θεωρούν ότι 400 ερωτηματολόγια παρέχουν αξιόπιστη πληροφορία, ενώ άλλοι ερευνητές θεωρούν ότι ακόμη και 50-100 ερωτηματολόγια μπορούν να προσφέρουν ικανοποιητικές πληροφορίες σχετικά με τις προσδοκίες των ασθενών, όπως αναφέρεται από το Picker Institute of Europe (2002).

Κύριος στόχος των ερευνών αυτών, είναι να μελετηθεί «το διοικητικό περιβάλλον» και η «ποιότητα του προσωπικού» (Rankin, 1996), με στόχο την ανατροφοδότηση και τη συνεχή βελτίωση από τη διοίκηση (Shortell et. al., 1995). Κατά συνέπεια, οι έρευνες για έλεγχο της ικανοποίησης των πελατών είναι πιο αποτελεσματικές στη βελτίωση του μάρκετινγκ (Sheaff, 1993) των υπηρεσιών υγείας, μέσω της διαδικασίας σχεδιασμού.

Ο απώτερος στόχος είναι η ικανοποίηση των ασθενών, ένα στοιχείο που εκτιμάται σε όλες τις έρευνες σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Απώτερος στόχος αυτών των ερευνών είναι συνήθως:

- Για τους εσωτερικούς ασθενείς: η βελτίωση των μέτρων από τη διοίκηση.
- Για τους εξωτερικούς ασθενείς: η συγκέντρωση συγκεκριμένων παραγόντων σχετικά με την ικανοποίησή τους.

• **4.8. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κυρίως από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με (α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία, (β) τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του και (γ) την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Sitzia 1997).

Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει (Rosset al., 1994). Ανάλογα, με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη (Polyzos, 2005). Για παράδειγμα τα ηλικιωμένα άτομα τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένα απ' ό,τι τα νεαρά άτομα (Raftopoulos, 2005).

Όσον αφορά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη, κατά τη

διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Σύμφωνα με τους LeVois et al (1981), μεγάλο ποσοστό ασθενών τείνει να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ'ότι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ αντίθετα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους (Levois, 1981).

• **4.9. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΩΣ ΣΤΑΣΗ**

Θεωρώντας την ικανοποίηση των ασθενών ως φαινόμενο, αναπόφευκτα δεχόμαστε ότι επηρεάζεται και από κάποια γεγονότα τα οποία δεν ξεφεύγουν από τις αξίες και τις ιδεολογίες κάθε ανθρώπου. Μερικοί ηλικιωμένοι ασθενείς δίνουν έμφαση στη κατανόηση και την επικοινωνία με το νοσοκομειακό προσωπικό, ενώ άλλοι άνθρωποι ενδιαφέρονται για την τεχνική ικανότητα του προσωπικού.

Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να θεωρηθεί και ως στάση (Linder-Pelz, 1982). Σύμφωνα με την Linder-Pelz, οι προσδοκίες, οι αξίες και η αντίληψη των ασθενών έχουν ανεξάρτητη επίδραση στην ικανοποίησή τους. Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι η ικανοποίηση είναι το τελικό αποτέλεσμα διαφόρων δυναμικών διαδικασιών που έχουν επιπτώσεις στη κρίση του ασθενή. Μπορεί να μην αντιπροσωπεύει την κρίση του ασθενή, αλλά ένα αντιληπτό φαινόμενο που σχετίζεται με τη θρησκεία, το πολιτισμό, τις πεποιθήσεις του, τη προσωπικότητα του και τις προηγούμενες εμπειρίες.

Σύμφωνα με τον Ajzen η στάση αποτελείται από τέσσερα χαρακτηριστικά: τις γνώσεις, τα συναισθήματα, τη συμπεριφορά και την αξιολόγηση. Οι γνώσεις αφορούν τις πεποιθήσεις, τις θεωρίες, τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις σχετικά με τη παρεχόμενη φροντίδα. Τα συναισθήματα αφορούν την αντίδραση του ασθενή στις παρεχόμενες υπηρεσίες με θυμό ή συμπάθεια. Οι συμπεριφορικές προθέσεις είναι οι φιλοδοξίες του ασθενή και οι προσδοκίες του. Η αξιολόγηση θεωρείται ως κεντρικό συστατικό της στάσης τους ασθενή αφού θα κρίνει την ικανοποίησή του (Ajzen 2001).

Συμπερασματικά η ικανοποίηση των ασθενών είναι πρώτιστα υποκειμενικό φαινόμενο, βασισμένο στις εσωτερικές προδιαθέσεις των ατόμων. Εντούτοις οι αντιλήψεις για τη φροντίδα συνδέονται ουσιαστικά με τα αντικειμενικά περιστασιακά χαρακτηριστικά.

4.10. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Σε καιρούς που αυξάνεται το κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο ανταγωνισμός (McDonnel & Nash 1990, Scardina 1994) και οι ανάγκες των ασθενών (Miller-Bader 1988), δόθηκε μεγάλη έμφαση στη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από αυτές (Bond & Thomas 1992, Fitzpatrick 1991). Άλλωστε, οι ειδικοί συμφωνούν ομόφωνα ότι υπάρχει ανάγκη για αναγνώριση, προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες είναι ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας της φροντίδας (Bond & Thomas 1991, Donabedian 1980, Strasen 1988, Vuori 1987).

Σήμερα, ένα πρόγραμμα ποιοτικής διασφάλισης θεωρείται ελλιπές αν δε συμπεριλαμβάνει ένα συστηματικό τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς να μπορούν να αναφέρουν και να αξιολογούν τη βασική νοσηλευτική φροντίδα που έλαβαν (Ferguson & Ferguson 1983).

Επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα είναι αυτά που θα συμπεριλάβουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και θα την λαμβάνουν υπόψη στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων.

Σε πολλές χώρες, τόσο η μέτρηση των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, όσο και η συμμετοχή των ασθενών στην ποιοτική βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας είναι κατοχυρωμένες νομικά. **Στις Η.Π.Α.**, το ενδιαφέρον για τις απόψεις των ασθενών ξεκίνησε από μια μεγάλη έρευνα, που έγινε σε εθνικό επίπεδο, από τις Abdallah και Levine το 1957 και αφορούσε τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Abdallah & Levine 1957 a, b, c, d, e, 1964). Στη συνέχεια, με νόμο, από το 1973 (Health Maintenance Act of 1973), όλοι οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας που υποστηρίζονταν από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, υποχρεώθηκαν να αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας με μετρήσεις του αποτελέσματος της φροντίδας, οι οποίες να αντανακλούν, όχι μόνο τις απόψεις των λειτουργών υγείας αλλά και των ασθενών (Fleming 1979). Το 1987, περισσότερα από 60-70% των νοσοκομείων στις Η.Π.Α είχαν εφαρμόσει κάποιο επίσημο πρόγραμμα ή/και στρατηγική που αφορούσε τη σχέση με τους ασθενείς (Leebon 1988). Σήμερα, στην ίδια χώρα, το μεγαλύτερο όργανο ελέγχου και αξιολόγησης των νοσοκομείων, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα των μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτη του αποτελέσματος της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας (Holzemer 1990).

Στην Μ. Βρετανία, έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στην ικανοποίηση των ασθενών (Smith 1992), η οποία αντανακλάται στο white paper <<Working for Patients>> στους στόχους του οποίου περιλαμβάνεται ο σχεδιασμός και η παροχή υπηρεσιών με κύριο γνώμονα την ικανοποίηση των επιθυμιών των ασθενών γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει το αυξημένο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στη χώρα αυτή (Bond et al 1990, Godin et al 1987, Macguire 1989,

Mangen & Griffith 1982, Milne 1986, Pearson et al 1989).

Όμως, σε αντίθεση με το αυξημένο ενδιαφέρον για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν έχει δοθεί βάση στη θεωρητική ανάπτυξη και την ανάδειξη ευρέως αποδεκτών εννοιολογικών και λειτουργικών ορισμών (Linder-Pelz 1982a). Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν κατασκευάσει εργαλεία μέτρησης για το σκοπό συγκεκριμένων ερευνών ή έχουν χρησιμοποιήσει άλλα, τα οποία κατασκευάστηκαν αρκετά χρόνια πριν, με αποτέλεσμα να μην έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων τους (Thomas & Bond 1991). Αν και η διαδικασία κατασκευής εργαλείων μέτρησης είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διαδικασία, ο κύριος σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η προσπάθεια κατασκευής μιας έγκυρης και αξιόπιστης κλίμακας μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Συμπερασματικά, υπάρχει ανάγκη για συνεχή μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, προκειμένου να γίνει δυνατή η σύγκριση ως προς την επίδραση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη φροντίδα των ασθενών.

Πανελλαδικά, έχουν γίνει αντίστοιχες έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η ανάπτυξη Ελληνικού ερωτηματολογίου 33 παραμέτρων ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων που αναπτύχθηκε **στο Γ.Ν. Βέροιας από τις 4/4/2005 -24/04/2005 και αφορούσε 150 ασθενείς** με τηλεφωνική συγκέντρωση των απαντήσεων, ανέδειξε τέσσερις αθροιστικές κλίμακες, οι οποίες φαίνεται να διακρίνονται για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους. Τόσο η συνολική ικανοποίηση όσο και οι αξιολογήσεις των επιμέρους διαστάσεων ποιότητας (ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, οργάνωσης και προγραμματισμού νοσηλείας, νοσοκομειακού περιβάλλοντος, λοιπών παραγόντων ποιότητας) είναι υψηλές αλλά καμία συσχέτιση δεν βρέθηκε με την ηλικία των ασθενών. Φαίνεται ωστόσο ότι υπάρχουν μεγαλύτερα περιθώρια βελτίωσης στο συγκεκριμένο νοσοκομείο αναφορικά με την επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς, την ησυχία του θαλάμου, την ασφάλεια των προσωπικών αντικειμένων των ασθενών στο θάλαμο και την καθαριότητα των λοιπών χώρων του νοσοκομείου (δηλαδή εξαιρουμένου του θαλάμου). Οι ερευνητές κρίνουν βέβαια ότι το ερωτηματολόγιο χρήζει περαιτέρω έρευνας για την πλήρη εγκυροποίησή του **(Αλετράς Β.Ο., Μπασιούρη Φ.Ν., Κοντοδημόπουλος Ν., Ιωαννίδου Δ.Μ., Νιάκας Δ.Α., 2009)**.

Σε άλλη ερευνητική εργασία που πραγματοποιήθηκε **από το Μάιο έως το Σεπτέμβριο του 2007 από το Τμήμα Εμπορίας και Διαφήμισης (Μάρκετινγκ) και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του ΤΕΙ Αθήνας σε δύο αντιπροσωπευτικά νοσοκομεία, ένα της Αθήνας και ένα επαρχιακό, σε δείγμα 200 και 100 αντίστοιχα ατόμων**, με τυχαία επιλογή των ερωτηθέντων - χρηστών των εξωτερικών ιατρείων, με τη μέθοδο των προσωπικών συνεντεύξεων, διαπιστώθηκε ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας στο επαρχιακό νοσοκομείο παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης αλλά και υψηλότερες προσδοκίες. Αντίθετα, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο της Αθήνας φάνηκε να είναι περισσότερο ενημερωμένοι για τις αναμενόμενες υπηρεσίες που θα

λάβουν. Εκτιμάται, ότι ο τρόπος προσφοράς των υπηρεσιών (διοικητικές διευκολύνσεις) στους χρήστες που διαμορφώνει και το τελικό προϊόν, το οποίο προσφέρεται στο χρήστη υπηρεσιών υγείας, επηρεάζει, σε σημαντικό βαθμό, την αντίληψή του και την τελική του ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Πιερράκος Γ., Τομαράς Π., 2009).

Σε ερευνητική εργασία μέτρησης της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο **Παιδιατρικό Νοσοκομείο Αγλαΐα Κυριακού της Αθήνας, σε δείγμα 1000 ατόμων**, με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας και με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης από τους συνοδούς των παιδιών, που διενεργήθηκε **από τον Ιανουάριο έως το Μάρτιο του 2004**, αναζητήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης αφενός από την ποιότητα των διαδικασιών εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο και αφετέρου από το προσωπικό του νοσοκομείου (ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό). Συνολικά, το 45,2% των συνοδών έμεινε απόλυτα ικανοποιημένο από την ενημέρωση που τους παρείχε το νοσοκομείο, το 49% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα στις διαδικασίες εισαγωγής ενώ 150 συνοδοί δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι από την ταχύτητα εισαγωγής. Το 54,3% εμφανίστηκε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από τη ευγένεια του προσωπικού ενώ το 2,1% έκανε παράπονα για τη συμπεριφορά. Οι ιατρικές υπηρεσίες βαθμολογήθηκαν κατά μέσο όρο με 3,6 ενώ οι νοσηλευτικές με μέσο όρο 3,4. Το 33,4% δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ευγένεια, το 32,8% από την κατανόηση και το 32,1% από την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού. Οι υποδομές βαθμολογήθηκαν κατά μέσο όρο με 2,4 ενώ η πλειονότητα δήλωσε ότι χρειάζεται ανακαίνιση. Συμπερασματικά, η συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου αποδεικνύει ότι οι συνοδοί έμεινα περισσότερο ικανοποιημένοι απ' ότι προσδοκούσαν. Οι εργαζόμενοι, ειδικά στις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες, αξιολογήθηκαν με αρκετά υψηλό βαθμό από τους χρήστες ενώ αντίθετα οι υποδομές επηρέασαν αρνητικά την ικανοποίηση των χρηστών (Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ., 2008).

Σε άλλη ερευνητική εργασία παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα από τρεις διαφορετικές έρευνες, που αφορούν στην ικανοποίηση των ασθενών από δύο διαφορετικούς χώρους του νοσοκομείου. **Οι δύο έρευνες αποτυπώνουν συγκριτικά το βαθμό ικανοποίησης ασθενών που έχουν νοσηλευτεί (εσωτερικοί ασθενείς) σε ένα εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο (Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο - 378 ερωτηματολόγια) και σε ένα νεοσύστατο δημόσιο μεγάλο νοσοκομείο (Π.Γ.Ν. Αττικής, Χαϊδάρι-Αθήνα, 108 ερωτηματολόγια) κατά τη διάρκεια του έτους 2003.** Η δεύτερη έρευνα αποτυπώνει το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών που έχουν επισκεφθεί τα εξωτερικά ιατρεία (εξωτερικοί ασθενείς, 412 ερωτηματολόγια) του νεοσύστατου δημοσίου νοσοκομείου. Αξίζει να σημειωθεί ότι και τα δύο νοσοκομεία εφαρμόζουν αρχές και συστήματα ποιότητας, μεταξύ των οποίων και οι έρευνες - μελέτες ικανοποίησης των ασθενών. Από την εξέταση των στοιχείων, παρατηρείται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και στα δύο νοσοκομεία ήταν σχετικά μεγάλος. Γενικές εντυπώσεις από τη νοσηλεία ήταν θετικές κατά 91,1% και 75,2%, αντίστοιχα. Επίσης, θετικές ήταν οι εντυπώσεις για το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 92,7% και 71,3% , αντίστοιχα, ενώ για το νοσηλευτικό 92,7% και 84,4%, αντίστοιχα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή και ειδικότερα στο νοσοκομείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπου το σύστημα ποιότητας χρησιμοποιείται για περισσότερο χρονικό διάστημα. Φαίνεται ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στη χρήση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας και της

ικανοποίησης των ασθενών. Όσο το σύστημα διαχείρισης ποιότητας χρησιμοποιείται και από τους εργαζόμενους, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση των ασθενών (**Πολύζος Ν., Μπαρτζώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι., 2005**).

Ερευνητική εργασία που αφορούσε την ικανοποίηση ασθενών - χρηστών **Κέντρων Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας και δημοσιεύτηκε το Μάρτιο του 2010**, με χρήση ερωτηματολογίου που έχει χρησιμοποιηθεί στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία για τη μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία οφθαλμολογικής κλινικής και έχει ελεγχθεί η εγκυρότητά του και με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης σε **922 χρήστες**, ανέδειξε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης στους περισσότερους τομείς που ελέγχθησαν. Ο νομός Ηλείας δείχνει να υπολείπεται έναντι του νομού Αχαΐας και αυτό κυρίως λόγω της μη ολοκληρωμένης παροχής υπηρεσιών (υπολειτουργία ή μη λειτουργία εργαστηρίων). Επίσης η έλλειψη προσωπικού σε ορισμένα κέντρα υγείας είναι αιτία δυσλειτουργιών (π.χ. μεγάλος χρόνος αναμονής). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών υγείας από το Κέντρο Υγείας Ακράτας συνδέονται με την πληρότητα σε εξειδικευμένο προσωπικό, την υποστήριξη όλο το εικοσιτετράωρο με τεχνολογικό εξοπλισμό και άρα τη μικρή παραπομπή σε τριτοβάθμια νοσοκομεία, το μικρό χρόνο αναμονής και μεγάλο διαθέσιμο χρόνο εξέτασης, γεγονός που οδηγεί τους ασφαλισμένους και στην επιλογή των ιατρών του κέντρου υγείας και ως επιλογή οικογενειακού ιατρού τους σε μεγάλο ποσοστό. Σημειώνεται βέβαια ότι και οι συγγραφείς δεν μπόρεσαν να μετρήσουν την ικανοποίηση του γενικού πληθυσμού ως προς τις παροχές του κέντρου υγείας αφού μετρήθηκε η ικανοποίηση μόνο σε αυτούς που προσήλθαν στο κέντρο υγείας και επιπλέον τα άτομα της μελέτης προέρχονταν από το χώρο των τακτικών ιατρείων και μόνο (**Λέντζας Ι., Θεοδωροπούλου Α., Σιουρούνη Ε., Ανδρουτσοπούλου Χ., Μαντζουράνης Γ., Μητρόπουλος Ι., 2010**).

Οι **Τούντας, Λοπατατζίδης και Χουλιάρα (2003)**, εξέτασαν το βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. από τις αντίστοιχες παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες.

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 51,2% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι έχει καλή υγεία, το 76,1% προτιμά να επισκέπτεται πρώτα έναν γενικό γιατρό, ενώ οι ασφαλισμένοι του δείγματος της έρευνας πραγματοποίησαν 10 επισκέψεις κατά μέσο όρο τον τελευταίο χρόνο στις υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. Το 51% των ερωτηθέντων αξιολογεί τις υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. ως πολύ καλές ή καλές και το 13,8% ως κακές ή πολύ κακές. Τέλος, το 51,2% είναι μέτρια ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, το 31,4% πολύ ικανοποιημένο και το 8,9% καθόλου ικανοποιημένο.

Λαμβάνοντας υπόψη το βαθμό ικανοποίησης των ερωτηθέντων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Ι.Κ.Α., διαπιστώνεται η ανάγκη βελτίωσης των υπηρεσιών αυτών.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω και από υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για υγεία, δεν υπάρχει καθολική και πλήρης ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού της χώρας για υγειονομικές υπηρεσίες (Φέτση, 1990).

Οι **Σουλιώτης, Δόλγερας, Κόντος, Οικονόμου (2002)**, εξέτασαν την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα, έρευνα η οποία στηρίχθηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Η έρευνα αφορά στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών

και στη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες των δημόσιων και των ιδιωτικών νοσοκομείων. Η έρευνα καταλήγει στη διαπίστωση ότι η δυσαρέσκεια από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ σχετίζεται με τους παράγοντες της ξενοδοχειακής υποδομής, της έλλειψης προσωπικού, της καθαριότητας των χώρων και της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας. Από την άλλη, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης στους πολίτες, κυρίως σε ότι αφορά στις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας, αν και όπως προκύπτει από σχετικές μελέτες τα βαρύτερα περιστατικά αντιμετωπίζονται κυρίως από τα δημόσια νοσοκομεία. Η έρευνα επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών, αυξάνονται όσο κινούμαστε προς τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και ως εκ τούτου, αυτά αξιολογούν με αυστηρότερα κριτήρια τις παρεχόμενες φροντίδες. Η διάσταση αυτή των ερευνών ικανοποίησης έχει επιβεβαιωθεί και από αντίστοιχες ευρωπαϊκές έρευνες ενώ η διάσταση που παρουσιάζεται από αντίστοιχες μελέτες που ακολούθησαν διαφορετική μεθοδολογία αποδεικνύει ότι οι έρευνες ικανοποίησης είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες σε σχέση με τη μεθοδολογία που ακολουθούν.

Η **Βίκυ Παπανικολάου** και ο **Δρ. Ιωακείμ Σιγάλας** έκαναν μια προσπάθεια μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης του ασθενή (Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι., 1994). Το δείγμα της έρευνας ήταν οι εξερχόμενοι ασθενείς από το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (531 άτομα) και το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ (300 άτομα), δυναμικότητας σε κρεβάτια 710 και 670 αντίστοιχα. Η όλη έρευνα διήρκεσε τέσσερις εβδομάδες.

Σύμφωνα με τα συναχθέντα συμπεράσματα, η ικανοποίηση των εξερχόμενων ασθενών από τα δύο Νοσοκομεία είναι υψηλού βαθμού για την Ιατρική και Νοσηλευτική Φροντίδα που δέχτηκαν και μετρίου βαθμού για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες.

Ο **Κυριόπουλος και οι συνεργάτες του (1993)**, σε μία έρευνα που έγινε στην Αθήνα (N=467, τυχαία δειγματοληψία κατά δεσμίδες), βρήκαν ότι ένα ποσοστό 72% των ασθενών ήταν περισσότερο ικανοποιημένο από τις ιατρικές σε σχέση με τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που είναι ένα ποσοστό 61% και λιγότερο ικανοποιημένοι από τη διαμονή τους στο νοσοκομείο, ένα ποσοστό 33%. Μία παρατήρηση ήταν ότι οι ασθενείς παρουσίασαν μια στάση ουδετερότητας (30,2%) σε σχέση με τη διαμονή στο νοσοκομείο, ενώ στην πλειοψηφία τους (59,6%) είχαν κακή άποψη για την ξενοδοχειακή υποδομή και τους χώρους υγιεινής.

Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών ήταν το αντικείμενο μελέτης και έρευνας και των **Α. Αντωνόπουλου, 4. Καραμητόπουλου** και **Ε. Σοφιανού**. (1989). Στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσει τις προϋποθέσεις για τη βελτίωση του επιπέδου εξυπηρέτησης των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία σε ημέρες εφημερίας.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα, η διαμόρφωση της γνώμης των ασθενών σχετικά με το επίπεδο των υπηρεσιών περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία καθορίζεται από την επικοινωνία που είχαν κυρίως με τους ιατρούς και από τους λόγους για τους οποίους επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου. Τα άτομα τα οποία επισκέπτονται το Νοσοκομείο χωρίς να τους ωθεί σε αυτό κάποια οικονομική ανάγκη, δείχνουν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του, ενώ, αντίθετα, εκείνοι οι

οποίοι οδηγήθηκαν σε αυτό για οικονομικούς λόγους, είναι δυσαρεστημένοι από τις προαναφερθείσες υπηρεσίες.

Ένα άλλο συμπέρασμα που προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων είναι ότι υπάρχει μια κατηγορία, νέων κυρίως ανθρώπων, εξαρτημένων οικονομικά, οι οποίοι είναι δυσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες περίθαλψης, ιδίως λόγω της σχέσης τους με το προσωπικό.

• **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ**

• **5.1. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Στην περίοδο της κοινοκτημοσύνης, η οικογένεια αναλάμβανε την στήριξη των μελών τα οποία αδυνατούσαν να συμμετάσχουν στην παραγωγική διαδικασία λόγω ηλικίας, αναπηρίας ή ασθένειας.

Μέχρι τον 8ο π. Χ. αιώνα οι αγροτικές κοινότητες συσπειρώθηκαν γύρω από την πόλη-κράτος, την νέα διοικητική μονάδα. Για την οργάνωση της πόλης-κράτους σημαντικό ρόλο έπαιξε το δουλοκτητικό σύστημα.

Τον 6ο π. Χ. αιώνα το δουλοκτητικό σύστημα δημιούργησε εντάσεις γι' αυτό λήφθηκαν ορισμένα μέτρα για την προστασία των φτωχών. Τα κυριότερα από αυτά ήταν:

- Η δωρεάν χορήγηση τροφίμων σε περίοδο κακής σοδειάς.
- Η χορήγηση επιδόματος για τη διατροφή των ανάπηρων πολέμου και των ανίκανων προς εργασία.
- Η πρόνοια για τα ορφανά των πεσόντων στο πόλεμο.
- Η προστασία της υγείας με την καθιέρωση ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης από έσοδα ειδικού φόρου.

Στην αρχαία Ρώμη θεσπίστηκαν ορισμένα μέσα κοινωνικής πρόνοιας και εμφανίστηκαν οι πρώτες οργανώσεις αλληλοβοήθειας των ελευθέρων εργαζομένων και κυρίως των τεχνιτών. Συγκεκριμένα: τα Collegia Tenuiorum, τα οποία παρείχαν εισόδημα λόγω ασθένειας ή ατυχήματος καθώς και φαρμακευτική περίθαλψη, λόγω

τακτικής εισφοράς. Ακόμα, τα Collegia Funeraticia χορηγούσαν τα έξοδα κηδείας καθώς και συντηρούσαν τα μέλη της οικογένειας του θανόντος μέχρι την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Κατά την μεσαιωνική εποχή, ο φεουδαλισμός και η εκκλησία επηρέασαν την κοινωνική πρόνοια. Οργανώθηκαν συντεχνίες για την προάσπιση των οικονομικών συμφερόντων των μελών τους. Οι συντεχνίες αυτές ίδρυσαν ταμεία για την αντιμετώπιση της ασθένειας και την καταβολή των εξόδων κηδείας έναντι εισφορών. Η εκκλησία δημιούργησε θεσμούς παροχής κοινωνικής προστασίας και πρόνοιας όπως νοσοκομεία, γηροκομεία, πτωχοκομεία.

Η Βιομηχανική επανάσταση έφερε ριζικές μεταβολές και οι συντεχνίες έχασαν την εσωτερική τους συνοχή. Τα νεότερα μέλη αναζήτησαν προστασία στις οργανωμένες αδελφότητες, οι οποίες ήταν η αρχή για τα εργατικά συνδικάτα και την κοινωνική ασφάλιση. Ιδρύθηκαν τα «δημόσια Ταμειυτήρια» όπου αποταμιευόταν χρήματα έναντι τόκου από τους εργαζομένους και από τους εργοδότες, σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος. Το σύστημα δεν άντεξε για πολύ λόγω της οικονομικής αντοχής των επιχειρήσεων και έτσι δημιουργήθηκαν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες οι οποίες λειτούργησαν ως συμπληρωματικές της κοινωνικής ασφάλισης.

Από τα τέλη του 19ου αιώνα και στις αρχές του 20ου αιώνα η κοινωνική ασφάλιση παίρνει την σημερινή μορφή. Το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα εμφανίζεται στη Γερμανία όπου καθιερώνεται η υποχρεωτική ασφάλιση. Όπου και αναπτύσσεται το σύστημα Bismarck. Οι βασικές αρχές του συστήματος αυτού είναι:

- Η αυτοβοήθεια (οι ίδιοι εργαζόμενοι φροντίζουν για το μέλλον τους)
- Η αυτονομία (η ασφάλιση παρέχεται από αυτοδιοικούμενους οργανισμούς υπό την εποπτεία του κράτους)
- Η ανταποδοτικότητα (παροχές ασφαλιζομένων καλύπτονται από τις εισφορές, τις οποίες οι ίδιοι έχουν καταβάλει)
- Η κοινωνική αλληλεγγύη (το ποσοστό μειώνεται σταδιακά ενώ ανέρχονται οι αποδοχές)

Η Νέα Ζηλανδία ήταν η πρώτη διεθνώς χώρα που εφάρμοσε το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας το 1939. Επίσης, αναπτύχθηκε το σύστημα Beveridge στην Μεγάλη Βρετανία το 1942, με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

ο Η εξασφάλιση ελάχιστου επιπέδου εισοδήματος όταν απομακρυνθούν από την αγορά εργασίας.

ο Η αρχή της καθολικότητας, στην οποία καλύπτονται για κινδύνους γήρατος,

αναπηρίας, ασθένειας, ανεργίας και θανάτου.

ο Χρηματοδότηση από φορολογικά έσοδα.

- **5.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης εμφανίζεται σχεδόν αμέσως μετά τη σύσταση του Ελληνικού κράτους.

Το 1836 ιδρύθηκε ο πρώτος ασφαλιστικός οργανισμός "Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο" και λειτούργησε έως το 1861.

Το 1882 ιδρύθηκε το ειδικό ταμείο για τους Μεταλλιορύχους και άρχισε να λειτουργεί το 1861 με το νόμο "Περί Μεταλλίων". Είχε τη μορφή της παροχής πρόνοιας στα επιζώντα μέλη των εργαζομένων και μετά πήρε τη μορφή της κάλυψης του κινδύνου γήρατος, της αναπηρίας και του θανάτου.

Το 1861 χορηγούνται συντάξεις στους Δημόσιους Υπαλλήλους και εμφανίζεται η επικουρική ασφάλιση με την ίδρυση των Μετοχικών Ταμείων Στρατού και Ναυτικού, και του Μετοχικού Ταμείου Πολιτικών Υπαλλήλων. Επίσης, ειδικά ταμεία ασφάλισης τραπεζικών και σιδηροδρομικών υπαλλήλων για τον κίνδυνο της ασθένειας.

Το 1922 θεσπίζεται η υποχρεωτική ασφάλιση των μισθωτών και η ίση εισφορά εργοδοτών και εργαζομένων.

Το 1925 οργανώθηκαν ταμεία ασφάλισης από Αυτοαπασχολούμενους, όπως ιατροί, δικηγόροι, έμποροι και βιοτέχνες, αλλά μόνο για την κάλυψη των συντάξεων.

Στις 1/12/1937 ιδρύθηκε το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ι.Κ.Α.)

Το 1961 συστάθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.), όπου υπάγονταν οι αυτοαπασχολούμενοι με αγροτικές εργασίες.

Το 1945 ιδρύθηκε ο Οργανισμός Ανεργίας, στον οποίο υπαγόταν οι μισθωτοί των Βιομηχανικών επιχειρήσεων και ο λογαριασμός των Στρατευμένων Μισθωτών.

Το 1969 ο οργανισμός μετονομάζεται σε Οργανισμό Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.).

Το 1979 συστάθηκε το Ταμείο Επικουρικής Ασφαλίσεως Μισθωτών (Τ.Ε.Α.Μ.)

• **5.3. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

Οι γενικές αρχές του δικαίου κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν άγραφους θεμελιώδεις κανόνες. Συνήθως προκύπτουν από την εκδοχή του ισχύοντος δικαίου και η παραβίασή τους αποτελεί λόγο ακύρωσης των πράξεων των ασφαλιστικών φορέων, με απλή επίκληση τους. Οι αρχές είναι οι ακόλουθες:

Αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης: επιβάλλει τη διαχωριστική ερμηνεία των τεχνικών υπολογισμού των ασφαλιστικών εισφορών με σκοπό την ενδυνάμωση των χρηματοδοτικών πόρων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης,

Αρχή της εύνοιας των ασφαλισμένων: επιβάλλει την επίλυση διαφορών για ασφαλιστικές παροχές με προστασία του αδύνατου μέρους,

Αρχή της καλής πίστης: επιβάλλει την απόδοση δικαίου και τη μη εκμετάλλευση του πολίτη ή τη δημιουργία κατάστασης πλάνης, απάτης ή απειλής αυτού,

Αρχή της χρηστής διοίκησης: επιβάλλει στα διοικητικά όργανα να ασκούν τις αρμοδιότητες τους σύμφωνα με το περί δικαίου αίσθημα που επικρατεί γενικά στους πολίτες, να προστατεύουν τα έννομα συμφέροντα του πολίτη και να τον διευκολύνουν στην άσκηση των δικαιωμάτων του.

• **5.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ**

Πρόκειται για κοινωνικό θεσμό με τον οποίο επιδιώκεται η πρόληψη της ανέχειας και της φτώχειας και όχι η εκ των υστέρων καταπολέμηση των καταστάσεων αυτών. Είναι υποχρέωση του Κράτους να διατηρήσει το οικογενειακό εισόδημα σε περίπτωση εξόδου από την εργασία λόγω θανάτου ή αναπηρίας. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης διαίρούνται σε δύο κατηγορίες: κεφαλαιοποιητικά και διανεμητικά. Σε όλο τον κόσμο τα περισσότερα συστήματα είναι μεικτά, με στοιχεία δηλαδή και από τις δύο κατηγορίες.

Το **κεφαλαιοποιητικό σύστημα** είναι η δημιουργία κεφαλαίου από τους πόρους των ασφαλιστικών οργανισμών το οποίο επενδύεται και εν συνέχεια από αυτό δίδονται οι παροχές. Το ύψος της παροχής εξαρτάται από το ύψος των εισφορών, τα χρόνια που εισφέρει ο ασφαλισμένος και ο εργοδότης και από τη διαχείριση που γίνεται στο κεφάλαιο. Στο κεφαλαιοποιητικό σύστημα οι ασφαλισμένοι ενδιαφέρονται για το φορέα τους γιατί οι παροχές εξαρτώνται από την συσσώρευση και την διαχείριση των κεφαλαίων του. Οι παροχές μπορεί να είναι αναλογικές με τις εισφορές αλλά αυτό δεν είναι υποχρεωτικό. Δηλαδή μπορεί να δίδονται παροχές άσχετα με τις εισφορές του ασφαλισμένου. Εξαρτάται από τον πληθωρισμό, τις υποτιμήσεις, τις χρηματιστηριακές κρίσεις και γενικά ότι επηρεάσει το κεφάλαιο και την αξία νομίσματος.

Στο **διανεμητικό σύστημα**, οι παροχές προς τους ασφαλισμένους προέρχονται από

τις εισφορές και τα υπόλοιπα έσοδα του ασφαλιστικού φορέα. Οι σημερινοί εργαζόμενοι καταβάλλουν τις εισφορές από τις οποίες χρηματοδοτούνται οι τρέχουσες συντάξεις. Αυτό το σύστημα για να είναι επιτυχές σε μια ασφαλιστική εταιρεία, θα πρέπει να εισρέουν τουλάχιστον όσα χρήματα εκρέουν. Υπάρχει ένας κύκλος ζωής. Οι φάσεις του οποίου είναι: Πρώτη φάση - Όταν ιδρύεται ένας ασφαλιστικός οργανισμός έχει εργαζόμενους που πληρώνουν εισφορές και λίγους συνταξιούχους που εισπράττουν τις παροχές άρα περισσεύουν χρήματα, τα όποια είτε επενδύονται είτε προσθέτονται στις παροχές. Δεύτερη φάση (ωρίμανση)- Οι συνταξιούχοι αυξάνονται σε σχέση με τους εργαζομένους και οι εισφορές καλύπτουν τις παροχές. Τρίτη φάση- Οι παροχές ξεπερνούν τα έσοδα από εισφορές και αν δεν υπάρχουν συμπληρωματικά έσοδα τότε ο φορέας γίνεται ελλειμματικός. Έχει διαπιστωθεί ότι τα διανεμητικά συστήματα με προκαθορισμένες εισφορές, παροχές και όρια ηλικίας όσο καλά και αν μελετηθούν, δεν αντέχουν στο χρόνο.

Στην Ελλάδα, όλα τα ταμεία κύριας ασφάλισης λειτουργούν με βάση το διανεμητικό σύστημα, ενώ τα ταμεία επικουρικής ασφάλισης διαθέτουν κάποια κεφαλαιοποιητικά χαρακτηριστικά.

• 5.5. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης έχει πρωτεύοντα ρόλο γιατί από αυτήν εξαρτάται η κοινωνική συνοχή, η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, καθώς και η καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Τα κυριότερα προβλήματα είναι:

- Αποδιοργάνωση συστήματος: Λόγω του κατακερματισμού, της πολυπλοκότητας και των πολλών νόμων δε μπορεί να καταγραφεί το σύστημα με ενιαίο λογιστικό και μηχανογραφικό τρόπο. Και αυτό μπορούμε να το καταλάβουμε με τα 171 εποπτευόμενα ταμεία που λειτουργούν: 22 κύριας ασφάλισης, 40 επικουρικής, 33 πρόνοιας, 54 αλληλοβοήθειας, 18 ασθενείας, 3 λοιπών παροχών και 1 κοινής ωφέλειας. Από αυτά τα 96 εποπτεύονται από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, 10 από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, 1 από το Υπουργείο Οικονομικών, 7 από το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας, 1 από το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων και τα υπόλοιπα είναι αυτόνομα.

- Νομοθετική πολυπλοκότητα: Με την πληθώρα νόμων που υπάρχουν και τις ειδικές ρυθμίσεις που περιλαμβάνουν γίνονται απάτες. Για παράδειγμα κάποιοι εργαζόμενοι με τα ίδια έτη εργασίας, με τις ίδιες εισφορές και τους ίδιους μισθούς καταλήγουν να λαμβάνουν διαφορετική σύνταξη επειδή ασκούν πιέσεις σε πολιτικούς.

- Πολυδιάσπαση και σπατάλη: Επειδή το σύστημα διασπάται σε πολλές ομάδες, οι επενδύσεις είναι με χαμηλά αποθεματικά και δεν γίνονται από ειδικούς, έτσι η παρακολούθηση και ο έλεγχός του είναι δύσκολος.

- **Αποστασιοποίηση κράτους, ασφαλισμένων και εργοδοτών:** Τα προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι γνωστά απ' όλους με αποτέλεσμα όταν γίνονται μεταρρυθμίσεις να μην μπορούν να συμμετέχουν και να δράσουν σωστά.

- **Εισφοροδιαφυγή:** Εργοδότες και επιχειρήσεις εισφοροδιαφεύγουν και δεν αποδίδουν το ποσό που αναλογεί στην κοινωνική ασφάλιση . Η ελληνική κοινωνία δεν εισπράττει το μερίδιο που της αναλογεί από την τεχνολογική εξέλιξη και την οικονομική πρόοδο. Οι ασφαλιστικές – δηλωμένες αποδοχές δεν αντιπροσωπεύουν τις πραγματικές, συνήθως με την συγκατάθεση των ασφαλισμένων. Ένας στους έξι εργαζομένους είναι ανασφάλιστος.

- **Δημογραφία:** Η κρίση έχει οδηγήσει στην υπογεννητικότητα και την ανεργία. Οι εισφορές των παραγωγικών ηλικιών για την κοινωνική ασφάλεια έχουν λιγοστέψει με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν χρήματα για τις συντάξεις των ηλικιωμένων, που ο πληθυσμός τους έχει αυξηθεί κατά πολύ.

- **Μη εκπόνηση αναλογιστικών μελετών :** Η μη χρήση σχεδόν των μελετών, δημιουργεί στους φορείς οικονομικά προβλήματα, πολλές φορές άμεσα, γιατί προκειμένου να ικανοποιηθούν αιτήματα παροχών δεν συνειδητοποιούνται οι δυσκολίες που ορθώνονται βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα, με άμεση επίπτωση στο ίδιο το σύστημα και την αξιοπιστία του. Όλες οι σχετικές διατάξεις, βάσει των οποίων απεκόμισαν οφέλη οι συνταξιούχοι, δεν συνοδεύτηκαν από τις απαραίτητες μελέτες, με αποτέλεσμα να μιλάμε σήμερα για ωρίμανση της ασφαλιστικής δημογραφίας, όπως αποτυπώνεται στη σχέση ασφαλισμένων και συνταξιούχων, ενώ τη διαμόρφωση της σχέσης αυτής, την προκάλεσαν οι αλόγιστες παρεμβάσεις στο σύστημα.

- **5.6. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ**

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων συντομογραφικά Ι.Κ.Α. είναι κρατικός φορέας κύριας και επικουρικής ασφάλισης ιδρύθηκε το 1934 με το Ν. 6298/34 και ξεκίνησε τη λειτουργία του στις 1/12/1937. Επί σειρά ετών ήταν και είναι ένας από τους κύριους ασφαλιστικούς φορείς. Η δημιουργία του ΙΚΑ επιτεύχθη μετά από αίτημα των εργαζομένων οι οποίοι πέτυχαν τη νομοθετική ρύθμιση με πρώτο διοικητή τον Π. Κανελλόπουλο, την περίοδο 1934 – 1935. Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο ΙΚΑ, και αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. (Σολωμός,1999)

Η εξέλιξη του Ι.Κ.Α. χαρακτηρίζεται από τέσσερις (4) φάσεις και είναι οι εξής:

Πρώτη Φάση: καλύπτει την περίοδο 1937-1950. Ο ιδρυτικός νόμος στηρίχτηκε στις αρχές της κλασσικής κεντροευρωπαϊκής κοινωνικής ασφάλισης, με διατάξεις που ήταν προσαρμοσμένες στα δεδομένα της τότε ελληνικής πραγματικότητας. Αρχικά το Ι.Κ.Α. λειτουργούσε με αρχές που πλησίαζαν αυτές της ιδιωτικής ασφάλισης και είχε

περιορισμένες υποχρεώσεις.

Δεύτερη Φάση: καλύπτει την περίοδο 1951-1959. Με το Ν. 1846/51 παρουσιάζεται μεγαλύτερη ελαστικότητα ως προς τις προϋποθέσεις των παροχών, καθιερώνεται σύστημα υπολογισμού των συντάξεων που ευνοεί τις εισοδηματικά χαμηλότερες ομάδες δικαιούχων, επεκτείνονται οι παροχές, κυρίως στον κλάδο ασθενείας σε είδος, και προβλέπεται η δυνατότητα αναπροσαρμογής των συντάξεων ύστερα από μεταβολές στα τιμαριθμικά δεδομένα. Το Ν.Δ.2698/53 θέσπισε κατώτατα όρια συντάξεων, ενώ διεύρυνε τη χρηματοδότηση των κλάδων ασθενείας (σε χρήμα και είδος), καθώς αναγνωρίστηκε η ανάγκη της συμβολής του κράτους στην χρηματοδότηση του ιδρύματος.

Τρίτη Φάση: καλύπτει την περίοδο 1960-1977. Η ασφάλιση του Ι.Κ.Α. επεκτείνεται γεωγραφικά. Με το Ν.Δ. 4104/60 εξασφαλίζεται η προοδευτική προσαρμογή των χρονικών προϋποθέσεων, ως προς τον απαιτούμενο ελάχιστο χρόνο ασφάλισης για τη θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος. Ορίζεται επίσης σύστημα υπολογισμού των συντάξεων με εσωτερική αλληλεγγύη προς το όφελος των ασφαλισμένων με χαμηλές αποδοχές. Με το Ν.Δ. 465/70 μειώνεται η εισφορά των κλάδων ασθενείας και αυξάνεται του κλάδου συντάξεων, αφού ορίζεται η υποχρέωση του κράτους να καλύπτει την επιβάρυνση που προκύπτει από μειώσεις των εισφορών ή άλλες ρυθμίσεις κοινωνικών και οικονομικών πολιτικών. Με το Ν.Δ. 346/74 αναμορφώνονται οι ασφαλιστικές κλάσεις, τα τεκμαρτά ημερομίσθια και τα ποσοστά υπολογισμού των συντάξεων.

Τέταρτη Φάση: καλύπτει την περίοδο μετά το 1978. Με το Ν.825/78 βελτιώνονται οι παροχές, καθιερώνεται διαδικασία αυτόματης αναπροσαρμογής των πόρων του ιδρύματος από εισφορές αλλά και των παροχών, ένταξη μεθόδου προσδιορισμού του συντάξιμου μισθού, αναγνωρίζεται ο συντάξιμος χρόνος εκ των υστέρων με εξαγορά και επεκτείνεται το μέτρο της 35ετίας και στον ιδιωτικό τομέα. Ως συνέπεια αυτών, το 1981 δημιουργούνται ελλείμματα και η ανάγκη προσφυγής σε δανεισμό. Με το Ν. 1305/82 αναμορφώθηκε ο μηχανισμός αναπροσαρμογής των συντάξεων με βάση το δείκτη τιμών καταναλωτή, κατά ένα μέρος μόνο στις υψηλότερες κλάσεις ενώ βελτιώθηκαν τα κατώτερα όρια συντάξεων. Το αποτέλεσμα ήταν να δημιουργηθεί χρηματοδοτικό άνοιγμα, που καλύφθηκε με προσφυγή σε τραπεζικό δανεισμό και όχι σε κρατική ενίσχυση (Προβόπουλος, 1985).

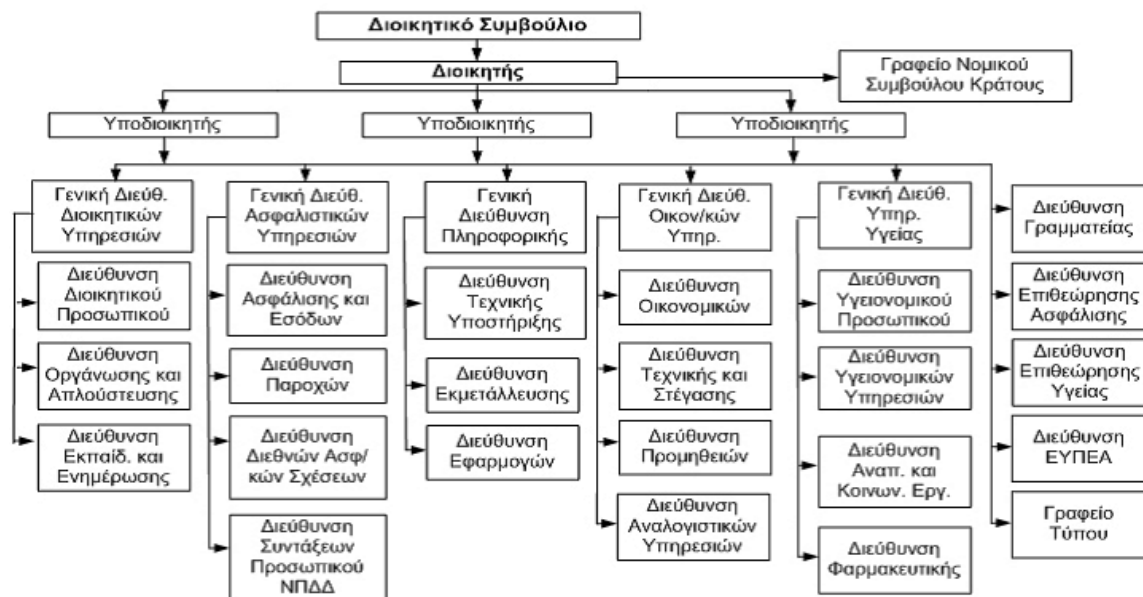
• 5.7. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Το ΙΚΑ διαθέτει 5 Γενικές Διευθύνσεις: Την Γενική Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών, την Γενική Διεύθυνση Ασφαλιστικών Υπηρεσιών, την Γενική Διεύθυνση Πληροφορικής, την Γενική Διεύθυνση Οικονομοτεχνικών Υπηρεσιών, και την Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας.

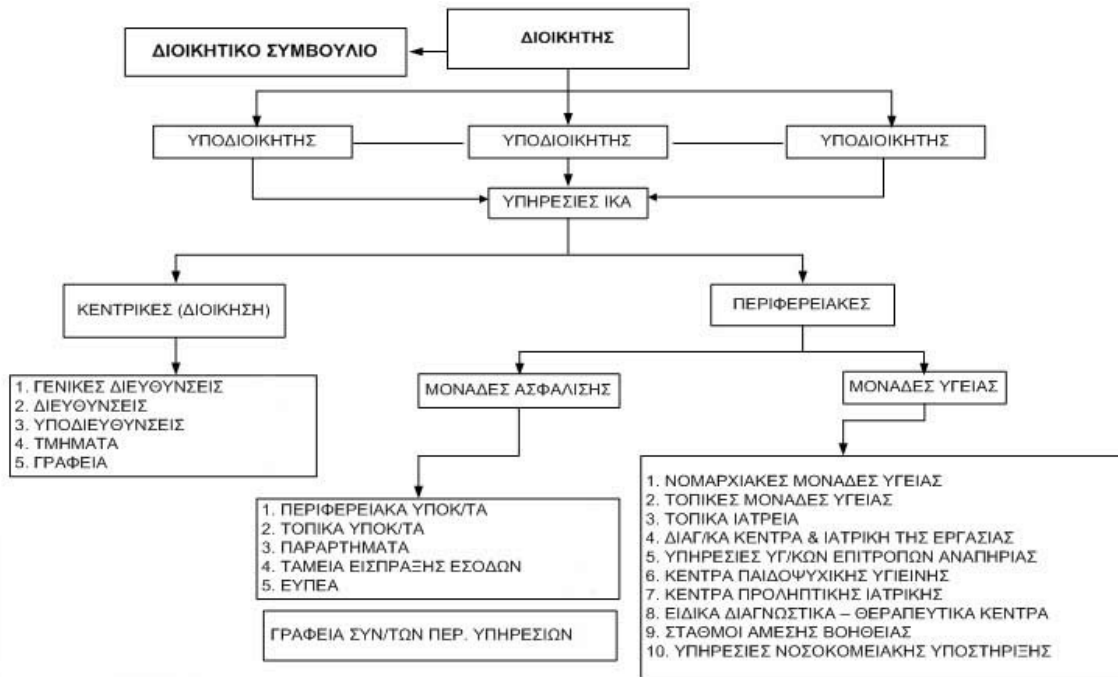
Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Ασφάλισης διακρίνονται σε πέντε 5 κατηγορίες: Περιφερειακό Υποκατάστημα, Τοπικό Υποκατάστημα, Παράρτημα, Ταμείο Είσπραξης Εσόδων και Ειδική Υπηρεσία Ελέγχου Ασφάλισης (Ε.ΥΠ.Ε.Α.).

Τα Υποκαταστήματα είναι μονάδες επιπέδου Διεύθυνσης. Οι κύριες λειτουργίες τους κατανέμονται σε οκτώ 8 τομείς: Τομέας Εσόδων, Τομέας Παροχών Σύνταξης, Τομέας Παροχών Ασθενείας, Τομέας Μητρώου, Τομέας Οικονομικού, Τομέας Φαρμακευτικών Υπηρεσιών, Τομέας Διοικητικού, Τομέας Πληροφορικής.

Κάθε τομέας διαρθρώνεται σε ένα ή περισσότερα τμήματα ή δύο τομείς διαρθρώνονται σε 1 τμήμα με πλήρη συγκρότηση τομέων. Τα Παραρτήματα είναι μονάδες χωρίς διάρθρωση, επιπέδου Τμήματος των Υποκαταστημάτων στα οποία και υπάγονται. Η διάρθρωση της οργανωτικής δομής των κεντρικών υπηρεσιών του Οργανισμού αποτυπώνεται ακολούθως (Οργανόγραμμα ΙΚΑ ΕΤΑΜ, 2010).



• **5.8. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΣΥΝΟΛΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΚΑ – ΕΤΑΜ**



Τα ακίνητα του Ι.Κ.Α. ανέρχονται σε 1,5 δις ευρώ. Διαθέτει 298 Μονάδες Ασφάλισης και 355 Μονάδες Υγείας που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη (εκ των οποίων 120 με περισσότερους από 100 γιατρούς), 24 μεγάλα διαγνωστικά εργαστήρια, 9 σταθμούς πρώτων βοηθειών και 5 νοσοκομεία. Το ΙΚΑ παρέχει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη στους ασφαλισμένους του μέσω του Τομέα Υγείας, στις δικές του Μονάδες Υγείας (Νοσοκομεία, Νομαρχιακές, Τοπικές κ.λ.π. μονάδες Υγείας). Έχει συμβάσεις με όλα τα δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικά θεραπευτήρια και ιδιωτικά εργαστήρια. Το σύνολο του προσωπικού που εργάζεται στο Ι.Κ.Α. είναι περίπου 19.556. Οι διοικητικοί υπάλληλοι ανέρχονται σε 8.757 ενώ το υγειονομικό σε 4.258, το ιατρικό προσωπικό σε 6.470 και 71 δικηγόρους. Η απασχόληση όλου του προσωπικού του ΙΚΑ είναι μόνιμη και αποκλειστική. Υπάρχουν όμως και ορισμένοι υπάλληλοι διοικητικού και υγειονομικού προσωπικού που είναι με σύμβαση ορισμένου ή αορίστου χρόνου.

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι ο κυριότερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας, γιατί σε αυτόν υπάγεται το μεγαλύτερο μέρος από τα πρόσωπα που παρέχουν εξαρτημένη εργασία. Έτσι καλύπτει σχεδόν το μισό του πληθυσμού, εξαιρούμενοι μόνο οι μισθωτοί που ασφαλίζονται σε άλλα Ασφαλιστικά Ταμεία. Έχει 5.523.400 άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους. Και συγκεκριμένα 2.180.000 είναι οι άμεσα ασφαλισμένοι και 2.170.000 οι έμμεσα ασφαλισμένοι (γυναίκες, παιδιά, γονείς). Επίσης έχει περίπου 1.173.400 συνταξιούχους. Οι Έλληνες του εξωτερικού που εξυπηρετούνται από το Ι.Κ.Α. ανέρχονται σε ποσοστό 10-15% και οι οικονομικοί μετανάστες σε 10-12%, δηλαδή οι

οικονομικοί μετανάστες είναι περίπου 200.000. Εξυπηρετούνται καθημερινά πάνω από 100.000 ασθενείς και οι ημερήσιες συναλλαγές του ανέρχονται σε 300.000 ευρώ.

Το Ι.Κ.Α. διαθέτει επιπλέον ένα επικουρικό ταμείο, το Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΕΤΕΑΜ) το οποίο εξυπηρετεί πάνω από 2.000.000 ασφαλισμένους, καθώς αυτοί που είναι ασφαλισμένοι για κύρια σύνταξη είναι ασφαλισμένοι και για επικουρική. Η επικουρική ασφάλιση δημιουργήθηκε για την αύξηση της κύριας σύνταξης του άμεσα ασφαλισμένου για την ίδια απασχόληση. Ο άμεσα ασφαλισμένος του κλάδου ΕΤΕΑΜ που σταματά την εργασία του, έχει δικαίωμα να συνεχίσει την ασφάλισή του προαιρετικά, εφόσον έχει κάποιες προϋποθέσεις.

• **5.9. ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**

Στα 75 χρόνια λειτουργίας του έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο παροχών μέσω του οποίου επιτυγχάνει την εύκολη πρόσβαση αλλά και την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων με ποιότητα και εύρος υπηρεσιών.

Η ασφάλιση στο Ι.Κ.Α. δεν εξαρτάται από τη θέληση του εργαζομένου ή του εργοδότη. Είναι υποχρεωτική και αρχίζει από την πρώτη ημέρα εργασίας, ακόμα και αν ο εργοδότης δεν έχει αναγγείλει την έναρξη της εργασίας. Το Ίδρυμα καλύπτει τους εξής τομείς: α) Ιατρικής περίθαλψης, δηλαδή παροχή φαρμάκων, περίθαλψη σε νοσοκομεία, ιδρύματα φροντίδων υγείας, χορήγηση πρόσθετων ειδών περίθαλψης κτλ. β) χρηματικές παροχές, δηλαδή συντάξεις, επιδόματα ασθενείας, ατυχήματος, μητρότητας, βοηθήματα τοκετού, έξοδα κηδείας κτλ. και γ) προληπτικής δράσης και ιατρικής για τους σωματικούς κινδύνους, που προσβάλλουν την εργατική ικανότητα των ασφαλισμένων και των μελών της οικογένειάς τους.

Για να αποκτήσει ατομικό βιβλιário υγείας, ο ασφαλισμένος από το 2011, θα πρέπει να έχει πραγματοποιήσει 70 τουλάχιστον ημέρες ασφάλισης στο Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ μέσα στον προηγούμενο χρόνο ή στο τελευταίο 15μηνο. Οι ημέρες αυτές θα αυξάνονται κατά 10 κάθε έτος και μέχρι 100 ημέρες εργασίας το 2013. Όταν ο υπολογισμός γίνεται με το 15μηνο δεν λογαριάζονται οι τρεις τελευταίοι μήνες. Ατομικό βιβλιário δικαιούνται οι άμεσα ασφαλισμένοι, οι συνταξιούχοι γήρατος, αναπηρίας και θανάτου του Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ και οι ασφαλισμένοι άλλων ασφαλιστικών ταμείων που καλύπτονται από το Ι.Κ.Α. - ΕΤΑΜ για παροχές σε είδος.

Το ΙΚΑ εκπροσωπείται δικαστικώς και εξωδίκως από το Διοικητή του. Κατά συνέπεια για να είναι έγκυρο κάποιο δικόγραφο εισαγωγικής δίκης για το ΙΚΑ πρέπει να γίνει από τον Διοικητή ή από τη Νομική Υπηρεσία του Ιδρύματος. Σύμφωνα με διάταξη του νόμου , το ΙΚΑ εξομοιώνεται με το Δημόσιο σε σχέση με τα δικαστικά και δικονομικά προνόμια. Απαλλάσσεται από κάθε Δημόσιο, Δημοτικό, Κοινοτικό ή Λιμενικό φόρο

άμεσο ή έμμεσο (Λαναράς, 2004).

Τα Κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΙΚΑ αναπτύχθηκαν αφενός «οριζόντια», με την επέκταση του δικτύου σε όλη τη χώρα (αστικά κέντρα και περιφέρεια) και τη διασύνδεσή τους με τα εφημερεύοντα νοσοκομεία, και αφετέρου «κάθετα», με τη λειτουργία κάθε Κέντρου ως πολυϊατρείου, με στελέχωση γιατρών πολλών ειδικοτήτων και με εξοπλισμό σε μηχανήματα και εργαστήρια.

• **5.10. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Το κύριο έργο της κοινωνικής ασφάλισης είναι η ασφαλιστική προστασία των ασφαλισμένων που εκδηλώνεται με τις παροχές. Στη συνέχεια του κειμένου ακολουθεί μια σειρά με παροχές ασθενοίας και σύνταξης που προσφέρει το Ι.Κ.Α.

• **5.11. ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ**

Το ΙΚΑ παρέχει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας *ιατρικής περίθαλψης* στους δικαιούχους ασφαλισμένους και στα μέλη των οικογένειών τους. Μερικές από τις υπηρεσίες παραθέτονται παρακάτω: Όπως,

- Να επισκέπτονται τους ιατρούς στα ιατρεία του ΙΚΑ ή στα ιδιωτικά τους ιατρεία όταν δεν υπάρχουν οργανωμένοι υγειονομικοί σχηματισμοί,
- Να επισκέπτονται τον οικογενειακό τους ιατρό,
- Να κλείνουν ραντεβού στο 184 για ιατρική εξέταση,
- Να επισκέπτονται τον αγροτικό ιατρό στις αγροτικές περιοχές.
- Να επισκέπτονται δωρεάν τα κέντρα υγείας,
- Να εντάσσονται σε προγράμματα αποκατάστασης σε ειδικά κέντρα,
- Να υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση και,
- Να συμμετέχουν σε προγράμματα ιατρικής περίθαλψης κ.α.

Χορηγεί *φαρμακευτική περίθαλψη* δηλαδή χορηγούνται συνταγές φαρμάκων χορηγούνται από τους γιατρούς του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ για την αποκατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων και την πλήρη ανάρρωσή τους.

Χορηγεί *έκτακτη νοσοκομειακή περίθαλψη* δηλαδή αποδίδει δαπάνη για νοσηλεία ασφαλισμένων και συνταξιούχων πρώτα σε νοσοκομεία και μετά σε μη συμβεβλημένα

θεραπευτήρια. Με την προϋπόθεση ότι ο δικαιούχος θα αναγγείλει την έκτακτη νοσηλεία του σε μη συμβεβλημένο θεραπευτήριο μέσα σε 30 μέρες από την είσοδό του σε αυτό και φυσικά το περιστατικό να κριθεί επείγον από τον αρμόδιο ελεγκτή.

Χορηγεί **οδοντιατρική περίθαλψη** η οποία παρέχεται από τα οδοντιατρεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή από τους οδοντιάτρους του οι οποίοι εξυπηρετούν στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Ιατρικές εξετάσεις που δικαιούνται οι ασφαλισμένοι είναι οι παιδοδοντικές θεραπείες, οδοντιατρικές θεραπείες, γναθοχειρουργικές θεραπείες, οδοντοπροσθετικές θεραπείες-εργασίες, ορθοδοντικές θεραπείες-εργασίες, οδοντιατρική περίθαλψη σε παιδιά και άτομα με ειδικές ανάγκες, οδοντιατρικές υπηρεσίες πρόληψης.

Χορηγεί **είδη πρόσθετης περίθαλψης** στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του καθώς και στα μέλη της οικογένειάς του. Η δαπάνη των ειδών πρόσθετης περίθαλψης αποδίδεται στο τμήμα Παροχών Ασθενείας της Μονάδας Ασφάλισης του ΙΚΑ της κατοικίας του ασφαλισμένου. Μερικά είδη πρόσθετης περίθαλψης είναι: αναπηρικά αμαξίδια, ορθοστάτες, τεχνητά μέλη, μηχανήματα ομιλίας, οπτικά είδη, ακουστικά βαρηκοΐας κ.α..

Παρέχει στους δικαιούχους του, **λουτροθεραπεία** για τους άμεσα ασφαλισμένους και τους συνταξιούχους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και των ειδικών ταμείων, όχι όμως για τα προστατευόμενα μέλη τους. Περιλαμβάνονται και τα μεταφορικά και το ξενοδοχείο.

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εφαρμόζει ένα **πρόγραμμα θεραπευτικού κοινωνικού τουρισμού** με κλήρωση που απευθύνεται σε χαμηλοσυνταξιούχους που έχουν ανάγκη να κάνουν λουτροθεραπεία σε συμβεβλημένα ξενοδοχεία εντελώς δωρεάν για 15 μέρες.

Επίδομα αεροθεραπείας που παρέχεται κάθε χρόνο με Υπουργική Απόφαση, με την οποία καθορίζονται τα δικαιούχα πρόσωπα, το ποσό, ο χρόνος έναρξης της χορήγησης και τα δικαιολογητικά. Δικαιούχα πρόσωπα μέχρι τώρα είναι οι επιδοτούμενοι ασφαλισμένοι και οι συνταξιούχοι λόγω γήρατος ή αναπηρίας για το από 1/6ου έως 31/8ου χρονικό διάστημα εφόσον πάσχουν από φυματίωση, καρκίνο των πνευμόνων ή πνευμονοκονίαση, νεφρική ανεπάρκεια ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, καθώς επίσης και οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση πνευμόνων, καρδιάς και ήπατος και οι πάσχοντες από πνευμονοπάθεια με ποσοστό αναπηρίας 80% από πνευμονική νόσο. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση του επιδόματος είναι να έχουν ποσοστό αναπηρίας άνω του 33% από τις παθήσεις που αναφέρονται παραπάνω.

Παρέχει **νοσηλεία στο εξωτερικό**. Αναλαμβάνει ολόκληρη τη δαπάνη νοσηλείας που απαιτείται στην περίπτωση μιας πάθησης που δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί στην Ελλάδα λόγω έλλειψης κατάλληλων επιστημονικών μέσων ή εξειδικευμένων γιατρών. Επίσης, καλύπτει τα εισιτήρια και ένα ποσοστό για έξοδα διαμονής και διατροφής του ασθενή και του συνοδού, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Στην περίπτωση μεταμόσχευσης αναλαμβάνει και την δαπάνη νοσηλείας του δότη.

Καλύπτει τα **έξοδα μετακίνησης** των ασφαλισμένων, συνταξιούχων και των προστατευομένων μελών τους με μέσα μεταφοράς όπως τρένο, λεωφορείο, πλοίο για να τους παρασχεθεί η δέουσα περίθαλψη, σε γιατρό δημόσιου νοσοκομείου ή σε συμβεβλημένο εκτός του νομού κατοίκησης του ασθενούς.

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στον τομέα της **προληπτικής ιατρικής** έχει δείξει δραστηριότητα με τη σύσταση διαφόρων Κέντρων και Σταθμών:

1. Κέντρο Προγενετικού Ελέγχου
2. Κέντρο Μαστού
3. Σταθμοί Μάνας και Προστασίας του Παιδιού
4. Βρεφονηπιακοί Σταθμοί
5. Γραφείο Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες
6. Γραφείο Κοινωνικής Μέριμνας
7. Διαγνωστικό Κέντρο και Ιατρικής της εργασίας
8. Κυτταρολογικά κέντρα
9. Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής
10. Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού
11. Κέντρο Αιμοδοσίας
12. Μονάδα Προληπτικής Ιατρικής Αλεξανδρούπολης

Χορηγεί **πράξεις θεραπείας** δηλαδή αποδίδει δαπάνες για πράξεις φυσικοθεραπείας στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του.

Παρέχει **εξωσωματική γονιμοποίηση**, όπου στην μέθοδο αυτή μπορούν να προσφύγουν οι έγγαμες γυναίκες ηλικίας 23 έως 43 ετών, προκειμένου να αποκτήσουν παιδί.

Χορηγεί **εφάπαξ βοήθημα τοκετού** το οποίο δικαιούνται οι άμεσα ασφαλισμένες αλλά και οι γυναίκες των ασφαλισμένων και συνταξιούχων. Επίσης χορηγεί επίδομα μητρότητας το οποίο δικαιούνται οι άμεσα ασφαλισμένες, που έχουν πραγματοποιήσει 200 τουλάχιστον ημέρες ασφάλισης τα δύο τελευταία χρόνια πριν την πιθανή ή πραγματική ημερομηνία τοκετού. Τα επιδόματα αυτά καταβάλλονται για 119 μέρες.

Χορηγεί **έκτακτη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη** δηλαδή αποδίδει τη δαπάνη για εξετάσεις και ιατρικές πράξεις στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του, που

πραγματοποιήθηκαν σε μη συμβεβλημένα με το ΙΚΑ εργαστήρια (π.χ. δεν υπάρχει γιατρός ειδικότητας), εφόσον το περιστατικό κριθεί επείγον από τον ελεγκτή ιατρό του ΙΚΑ. Το περιστατικό πρέπει να αναγγελθεί από τον δικαιούχο μέσα σε 30 μέρες από την μέρα περίθαλψης στο ΙΚΑ του τόπου κατοικίας του.

Αποδίδει τη **δαπάνη για αποκλειστική αδελφή**, σε εξαιρετικά βαριά περιστατικά νοσηλείας ασφαλισμένων και συνταξιούχων του σε κρατικά νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές μη συμβεβλημένες, αλλά μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας και για 8 μόνο νύχτες, για κάθε νοσηλεία.

• 5.12. ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ

Χορηγεί **επίδομα κνοφορίας** στις άμεσα ασφαλισμένες για 56 ημέρες πριν το τοκετό και 63 μέρες μετά τον τοκετό. Εφόσον έχουν συμπληρώσει 200 μέρες εργασίας από την πιθανή ημέρα ή πραγματική ημέρα τοκετού και να μην εργάζονται το διάστημα της επιδότησης.

Χορηγεί **επίδομα λόγω ασθένειας** στους άμεσα ασφαλισμένους του, που έχουν πραγματοποιήσει 100 τουλάχιστον ημέρες ασφάλισης το προηγούμενο της αναγγελίας της ασθένειας έτος ή το προηγούμενο 15μηνο στο οποίο δεν υπολογίζονται οι ημέρες ασφάλισης του αμέσως προηγούμενου τριμήνου. Με τα απαραίτητα δικαιολογητικά το επίδομα χορηγείται από το τμήμα Παροχών Ασθενείας της Μονάδας Ασφάλισης του ΙΚΑ.

Οι άμεσα ασφαλισμένοι και οι συνταξιούχοι που εργάζονται δικαιούνται **επίδομα επαγγελματικής ασθένειας** όταν αρρωστήσουν από χρόνια πάθηση που φανερώνεται ύστερα από ορισμένο χρόνο εργασίας σε ορισμένα επαγγέλματα.

Χορηγεί **επίδομα ατυχήματος** όταν ο ασφαλισμένος δεν μπορεί να εργαστεί λόγω ατυχήματος ή θανάτου που προκλήθηκε από ένα βίαιο περιστατικό.

Καταβάλει εφάπαξ βοήθημα για **έξοδα κηδείας** σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου που έχει πραγματοποιήσει 100 τουλάχιστον μέρες ασφάλισης το προηγούμενο έτος ή 15μηνο, ή συνταξιούχου. Δεν χορηγούνται έξοδα κηδείας σε περίπτωση θανάτου προστατευομένων μελών οικογενείας.

- ***ΕΙΔΙΚΟ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

- ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ***

- **6.1. ΣΚΟΠΟΣ**

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Ιδρύματα Κοινωνικής Ασφαλισής, κρίνεται πλέον στις μέρες μας αναγκαία και αναπόφευκτη.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών του Ι.Κ.Α. Ελευσίνας απο τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας.

Επιπλέον, τα ευρήματα που εκμαιεύτηκαν απο αυτήν έχουν οδηγήσει στην διατύπωση προτάσεων, που μπορούν να συμβάλλουν στην βελτίωση των υπηρεσιών του Ι.Κ.Α. ενώ

η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων θα οδηγήσει στην λήψη διορθωτικών μέτρων και δράσεων που θα έχουν σαν απώτερο στόχο την αποτελεσματικότερη λειτουργία του Ι.Κ.Α.

Οι βασικές υποθέσεις που εξετάστηκαν ήταν κατα πόσο τα Δημογραφικά Στοιχεία, η Αιτία και η Συχνότητα της Επίσκεψης (λόγος επίσκεψης και συχνότητα επίσκεψης), η Προσπελασιμότητα και ο Χρόνος Αναμονής (εύκολη πρόσβαση, μέσο μεταφοράς, χρόνος μετάβασης και χρόνος εξέτασης), η Ιατρική και Νοσηλευτική Περίθαλψη (ιατρικές ειδικότητες, ικανοποίηση απο ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό και συχνότητα επίσκεψης ιδιωτών ιατρών), το επίπεδο των διοικητικών υπηρεσιών(βαθμός ικανοποίησης, συμπεριφορά, εξυπηρέτηση και τηλεφωνική επικοινωνία) καθώς και η Κτηριακή και Ξενοδοχειακή Υποδομή επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασφαλισμένων που επισκέπτονται το Ι.Κ.Α.

• 6.2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

• 6.2.1. ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σήμερα το ΙΚΑ Ελευσίνας είναι ενταγμένο στο Ε.Σ.Υ. και παρέχει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Λειτουργούν 26 εξεταστήρια που χωρίζονται σε 14 τμήματα , τα οποία είναι τα εξής:

Εξεταστήριο	Εξεταστήρια	Εξετασθέντες
Γαστρεντερολογικό	1	300
Γενικής Ιατρικής	2	150
Γυναικολογικό	2	150
Δερματολογικό	1	300
Καρδιολογικό	2	150
Νευρολογικό	1	300
Οδοντιατρικό	2	150
Ορθοπαιδικό	3	100
Ουρολογικό	1	300
Οφθαλμολογικό	1	300
Παθολογικό	4	75
Πνευμονολογικό	2	150
Χειρουργικό	3	100

Ψυχιατρικός	1	300
Σύνολο	26	2825

• 6.2.2. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο του 2011. Η επιλογή του δείγματος έγινε από ασθενείς που προσέρχονταν στα εξεταστήρια του Ι.Κ.Α. Η δειγματοληψία ήταν μη πιθανότητας (non probability sampling) και έγινε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

- Ηλικία των ασθενών μεγαλύτερη των 18 ετών.
- Προφορική συγκατάθεση των ασθενών, για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, αφού είχε προηγηθεί επεξήγηση του σκοπού της.
- Ικανότητά τους για επικοινωνία, καθώς και να μιλούν και να διαβάζουν ελληνικά.
- Να βρίσκονται σε ψυχική ηρεμία, να μην υποβάλλονται σε θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία που πιθανώς να επηρέαζε την ψυχολογική τους κατάσταση και να μην είναι βαριά πάσχοντες, ώστε να αδυνατούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο εξετάστηκαν στο ΙΚΑ Ελευσίνας συνολικά 2825 ασθενείς. Με βάση τα παραπάνω κριτήρια μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια από την ερευνήτρια και επέστρεψαν επαρκώς συμπληρωμένα 150. Το ποσοστό απόκρισης των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε στο 75%.

• 6.2.3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Η συλλογή των πρωτογενών στοιχείων πραγματοποιήθηκε, μέσω ποσοτικής έρευνας και τη χρήση καλώς δομημένου και σταθμισμένου ερωτηματολογίου. Η λειτουργικότητα του ερωτηματολογίου εξετάστηκε αρχικά μέσω πιλοτικής εφαρμογής του. Κύριος σκοπός της πιλοτικής εφαρμογής ήταν να αντληθούν εμπειρίες και συμπεράσματα που θα βοηθούσαν στην αποτελεσματικότερη εφαρμογή της κυρίως έρευνας. Με άλλα λόγια μέσω της αρχικής αυτής πιλοτικής εφαρμογής ελέγξαμε την λειτουργικότητα της ερευνητικής πρότασης και των ερευνητικών εργαλείων της έρευνας. Συγκεκριμένα η πιλοτική εφαρμογή επεδίωξε να διαπιστώσει αν τα εργαλεία της έρευνας χαρακτηρίζονταν από πρακτικότητα και οικονομία, αξιοπιστία και εγκυρότητα. Επιπλέον δε μας δόθηκε η δυνατότητα να αξιολογήσουμε την αποτελεσματικότητα της μεθόδου ως προς την εφαρμογή της σε συγκεκριμένες κατηγορίες συμμετεχόντων.

Η πιλοτική εφαρμογή πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο δείγμα 25 ατόμων 15 ημέρες πριν την έναρξη της έρευνας. Κατα την διάρκεια αυτής η ερευνήτρια επισκέφτηκε το ΙΚΑ και

συνέλεξε 25 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια καθώς επίσης και τα αντίστοιχα σχόλια των ερωτηθέντων για την λειτουργικότητα του εργαλείου (ερωτηματολογίου) της έρευνας. Με τον τρόπο αυτό η πιλοτική εφαρμογή προσέφερε χρήσιμες πληροφορίες για την αναμόρφωση και των ερευνητικών εργαλείων.

Το ερωτηματολόγιο (βλέπε παράρτημα), περιελάμβανε 32 ερωτήσεις ποιοτικών (ιεραρχικών-nominal και διατεταγμένων-ordinal), ποσοτικών μεταβλητών (scale) και 1 ερώτηση ανοικτού τύπου. Οι ερωτήσεις από τις οποίες αποτελείται, είναι σχετικές με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών, και επιχειρούν να ανιχνεύσουν την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκειά τους, αφ' ενός από τις ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές υπηρεσίες, αφετέρου από την υποδομή του ΙΚΑ, κατά την προσέλευση, παραμονή και αποχώρηση από αυτό.

Νοηματικά, διακρίνεται σε έξι μέρη. πιο συγκεκριμένα, το πρώτο μέρος συγκεντρώνει γενικές πληροφορίες για την **αιτία και τη συχνότητα των ασθενών στο ΙΚΑ** και αποτελείται από δυο (2) ερωτήσεις. Το δεύτερο μέρος του δομημένου ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις σχετικές με την **προσπελασιμότητα στο κτίριο και τον χρόνο αναμονής** τέσσερις (4) ερωτήσεις. Το τρίτο και εκτενέστερο μέρος του ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις αναφορικά με την **ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη** που παρέχεται στο ΙΚΑ και περιλαμβάνει έντεκα (11) ερωτήματα. Το τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου εστιάζει στις **διοικητικές υπηρεσίες** που παρέχονται στο ΙΚΑ και περιέχει πέντε (5) ερωτήσεις. Το πρότελευταίο και πέμπτο τμήμα του ερωτηματολογίου δομείται σε δύο (2) ερωτήσεις και ανιχνεύει την **κτηριακή και ξενοδοχειακή υποδομή** του κτιρίου. Τέλος, στο έκτο και τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου καταγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία του ερωτώμενου και περιλαμβάνει οκτώ (8) ερωτήσεις. Θα πρέπει δε να σημειώσουμε ότι στο τέλος του ερωτηματολογίου υπάρχει μια ανοιχτού τύπου ερώτηση για την συμπλήρωση σχολίων και παρατηρήσεων από τον ερωτώμενο.

Τα είδη των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα είναι:

- Κλειστές ερωτήσεις σε κλίμακα Likert με έως πέντε διαβαθμίσεις
- Ερωτήσεις διχοτόμησης
- Πολλαπλής επιλογής

Τέλος, το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Ο μέγιστος χρόνος που απαιτούνταν ήταν 15 λεπτά και οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να το συμπληρώσουν είτε άμεσα, μόνοι τους ή με τη βοήθεια της ερευνήτριας.

• 6.2.4. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για τη διεξαγωγή της μελέτης, εξασφαλίστηκαν οι απαραίτητες εγκρίσεις, από το

Διοικητικό Συμβούλιο του ΙΚΑ, μετά από αντίστοιχο αίτημα προς αυτό και απο τον Προϊστάμενο του κάθε Τμήματος που επιλέχθηκε για να γίνει η μελέτη.

Η συμμετοχή των ασθενών στην παρούσα έρευνα, απαιτούσε τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Πριν από αυτή τη διαδικασία, οι ασθενείς ενημερώνονταν από την ερευνήτρια προφορικά και γραπτά (ύπαρξη εντύπου ενημέρωσης στο ερωτηματολόγιο, βλέπε Παράρτημα), για το σκοπό της έρευνας, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, την εμπιστευτικότητα των στοιχείων και την ύπαρξη πληροφοριών τόσο για την ερευνήτρια, όσο και σε περίπτωση ανάγκης επικοινωνίας.

- **6.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

- **6.3.1. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Μετά από τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, το επόμενο βήμα ήταν η καταγραφή των δεδομένων της έρευνας στο περιβάλλον του Microsoft Excel και η στατιστική τους επεξεργασία, με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS (IBM, New York, USA)

- **6.3.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Στην πρωτογενή ανάλυση που διενεργήθηκε υπολογίστηκαν τα βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς (*μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος και ελάχιστη-μέγιστη τιμή,*) για τις ποσοτικές μεταβλητές και τα διάφορα στοιχεία κλίμακας συμπεριλαμβανομένων και εκείνων τύπου Likert, καθώς θεωρήθηκε ότι μπορούν να έχουν εσωτερική διάταξη με αριθμητική ερμηνία, δηλαδή να λαμβάνουν αριθμητικές τιμές ως κλίμακες διαστήματος.

Για τα συνεχή δεδομένα, όπως η ηλικία, όπου κρίθηκε απαραίτητο, έγινε ομαδοποίηση σε μορφή κατάλληλη για τις αναλύσεις και για το λόγο αυτό διαμορφώθηκαν διαφορετικές διακριτές κατηγορίες και προκαθορισμένες κλάσεις.

Επιπρόσθετα, για όλες τις ερωτήσεις κλειστού τύπου του ερωτηματολογίου, ποσοτικά και ονομαστικά μέτρα (φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.α) υπολογίστηκαν οι συχνότητες και οι σχετικές συχνότητες εμφάνισης των διαφορετικών επιπέδων κάθε μεταβλητής.

- **6.3.3. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ**

Στη συνέχεια, επιχειρήθηκε η μετάβαση από την περιγραφική στην επαγωγική στατιστική (επαγωγή συμπερασμάτων από το δείγμα). Επιλέχθηκαν μόνο μη-παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης, παρά την μικρότερη ισχύ, σε σχέση με τα αντίστοιχα παραμετρικά τεστ, καθώς ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov που προηγήθηκε, έδειξε ότι η κατανομή των μελών του δείγματος διέφερε σε όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές σημαντικά από την κανονική.

Η διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις απαντήσεις ποικίλων στοιχείων του ερωτηματολογίου, μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων για ορισμένους παράγοντες, πραγματοποιήθηκε μέσω του ελέγχου ταξινόμησης - αθροίσματος Mann-Whitney. Αυτός εξετάζει ότι και ένας έλεγχος t, που χρησιμοποιείται όταν οι κατανομές των δύο δειγμάτων δεν αποκλίνουν σημαντικά από την κανονική, και το επιτυγχάνει συγκρίνοντας διάμεσους και όχι μέσες τιμές (διαφορά ranking).

Για την εξέταση της ομοιογένειας σε τρεις ή περισσότερες ομάδες μη συνεχών μεταβλητών (π.χ. ανάμεσα σε ασθενείς διαφορετικών ηλικιών) αξιοποιήθηκε ο μη-παραμετρικός, ισοδύναμος του one-way Anova, έλεγχος Kruskal-Wallis, το στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα του οποίου υποδηλώνει την ύπαρξη ενός τουλάχιστον ζεύγους ανεξάρτητων ομάδων, των οποίων οι διάμεσοι πραγματικά διαφέρουν. Δεδομένης της αδυναμίας πολλαπλών ελέγχων (post hoc), τέτοιες πιθανές διαφορές εξετάστηκαν επιμέρους, συγκρίνοντας τις ομάδες ανά ζεύγη με το Mann-Whitney, πραγματοποιώντας διόρθωση στην στάθμη σημαντικότητας του ελέγχου με την μέθοδο Bonferroni. Σε κάθε περίπτωση στις πολλαπλές συγκρίσεις περιελήφθησαν όλα τα πιθανά ζευγάρια παραγόντων, για τους οποίους ο αρχικός έλεγχος Kruskal-Wallis έδωσε στατιστικά σημαντική (ή οριακά σημαντική) διαφορά. Σημαντικές μεταβλητές-παράγοντες διαφοροποίησης που εξετάστηκαν στην ανάλυση ήταν το φύλο, η ηλικία, και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών.

- **6.3.4. ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ**

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε η αναζήτηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ ορισμένων στοιχείων της έρευνας. Έτσι, ελέγχθηκε η ισχύς της θετικής ή αρνητικής σχέσης των απαντήσεων των ασθενών στις ερωτήσεις αξιολόγησης που αναφέρονταν στη συνολική ικανοποίηση τους από τους λειτουργούς υγείας, το διοικητικό προσωπικό, τις υλικοτεχνικές υποδομές και τη γενική εντύπωση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Για τον προσδιορισμό όλων των διμεταβλητών συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Spearman rho, ως περισσότερο κατάλληλη μέθοδος, εφόσον η υπόθεση της κανονικότητας απορρίφθηκε.

- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

- **7.1. ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

- **7.1.1. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στοιχεία/πληροφορίες που έχουν συλλεγεί μέσω του ερωτηματολογίου. Αφορούν τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των χρηστών υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ και συγκροτούν τον πληθυσμό του δείγματος. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνθέτουν το πρότυπο (profile) του χρήστη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δηλαδή του ΙΚΑ.

- **7.1.2. ΤΟ ΦΥΛΟ, Η ΗΛΙΚΙΑ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ**

Αρχικά παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος. Η πλειονότητά τους ήταν γυναίκες σε ποσοστό 60,0%, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών που απάντησαν είναι 53,6 έτη, με ελάχιστη την ηλικία των 22 ετών και μέγιστη την ηλικία των 75 ετών. Η ηλικιακή κλάση >65 έδωσε το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων (34,2%). Από το δείγμα μας, η πλειοψηφία τους ήταν έγγαμοι ασθενείς (72,5%) και έπονται άγαμοι (10,1%) και χήροι (10,1%) ενώ οι διαζευγμένοι αποτελούν το 7,4% του δείγματος. Επίσης διαπιστώνεται ότι το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων αποτελούν έλληνες υπήκοοι (83,9%).

Δημογραφική Μεταβλητή		Co unt	Column N %
25.Φύλο	Άνδρας	59	39,60%
	Γυναίκα	90	60,40%
26.Ηλικία	15-25	5	3,40%
	26-35	23	15,40%
	36-45	22	14,80%
	46-55	26	17,40%
	56-65	22	14,80%

	>65 M: 53.6, SD:16.4, MIN:22, MAX:75	51	34,20%
28.Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος/η	10	
	Άγαμος/η	8	72,50%
	Χήρος/α	15	10,10%
	Χήρος/α	15	10,10%
	Διαζευγμένος/η	11	7,40%
	Σε διάσταση	0	0,00%
30.Εθνικότητα	Αλβανική	24	16,10%
		12	
	Ελληνική	5	83,90%

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων ασθενών του δείγματος (Συχνότητα, Σχετική Συχνότητα επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων).

- **7.1.3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ.**

- **7.1.3.1. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Το 42,3% των ατόμων του δείγματος που επισκέπτονται τα ιατρεία του ΙΚΑ είναι συνταξιούχοι, το 19,5% εργάζονται σε χειρωνακτική εργασία, το 14,1 απασχολούνται σε εργασία γραφείου, το 12,8% απασχολούμενοι με τα οικιακά και το 9,4% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (Πίνακας 2).

- **7.1.3.2. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Με βάση το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα έχουν άτομα της χαμηλότερης βαθμίδας, άξιο παρατήρησης είναι το γεγονός ότι το 80,9% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι το πολύ απόφοιτοι Λυκείου. (Πίνακας 2).

- **7.1.3.3. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

Η πλειοψηφία (84,5%) των ατόμων που επισκέφθηκαν τα ιατρεία του ΙΚΑ είναι άμεσα ασφαλισμένοι (εργαζόμενοι και συνταξιούχοι) και οι υπόλοιποι έμμεσα (μέλη οικογενείας των εργαζομένων και συνταξιούχων). (Πίνακας 2).

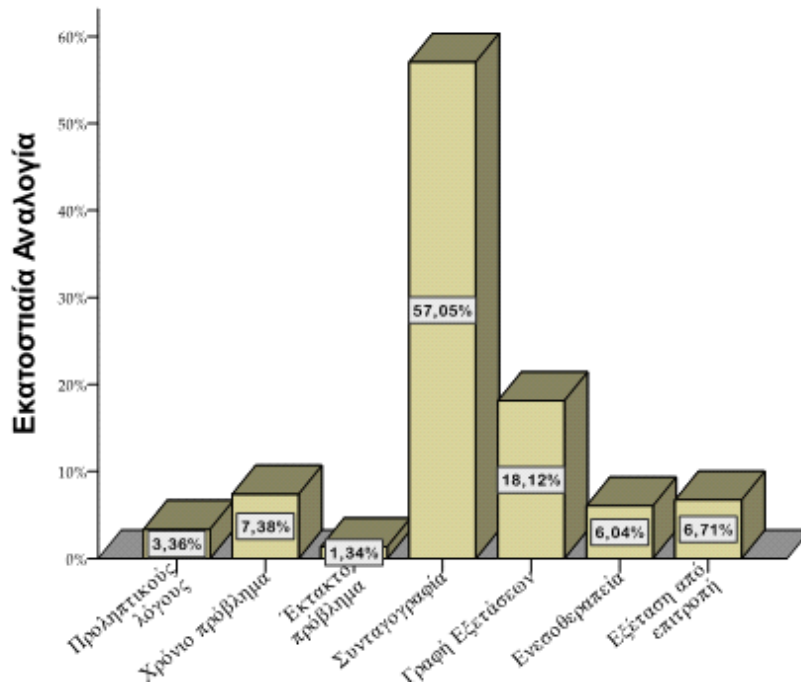
Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.		Co unt	Column N %
27.Επαγγελματική Κατάσταση	Συνταξιούχος	63	42,3%
	Εργασία γραφείου	21	14,1%

29. Επίπεδο Εκπαίδευσης	Οικιακά	19	12,8%
	Εμπόριο	1	,7%
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	14	9,4%
	Δημόσιος Υπάλληλος	2	1,3%
	Χειρωνακτική Εργασία	29	19,5%
	Λίγες γραμματικές γνώσεις	36	26,5%
	Απόφοιτος Δημοτικού	25	18,4%
	Απόφοιτος Γυμνασίου	21	15,4%
	Απόφοιτος Λυκείου	28	20,6%
	Απόφοιτος ΤΕΙ	16	11,8%
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου	10	7,4%
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	0	,0%
	31. Τί είδους ασφαλισμένος/η του ΙΚΑ είστε;	Άμεσος/η	12 5
Έμμεσος/η		23	15,5%

Πίνακας 2. Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Συχνότητα, Σχετική Συχνότητα επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων).

- **7.2. ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**
- **7.2.1. ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ ΤΟ ΙΚΑ;**

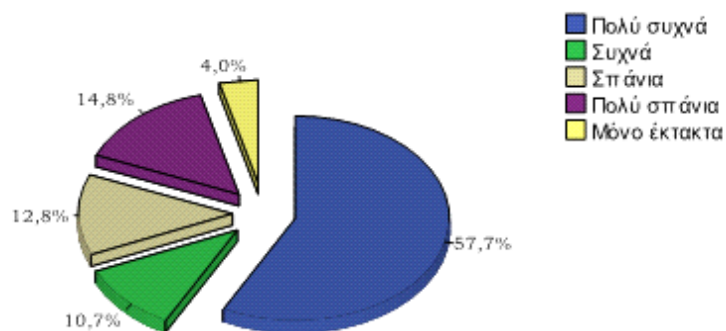
Αναφορικά με το λόγο επίσκεψης των ασθενών στο ΙΚΑ, εκτός της γραφής εξετάσεων (18,12%), της αντιμετώπισης χρόνιου προβλήματος (7,38%), της εξέτασης από την επιτροπή (6,71%) και της ενεσοθεραπείας (6,04%), η πλειοψηφία (57,05%) δηλώνει ότι ήρθε στο ΙΚΑ για συνταγογράφηση (Γράφημα 1).



Γράφημα 1. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το λόγο επίσκεψής τους, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- 7.2.2. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΤΟ ΙΚΑ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ;**

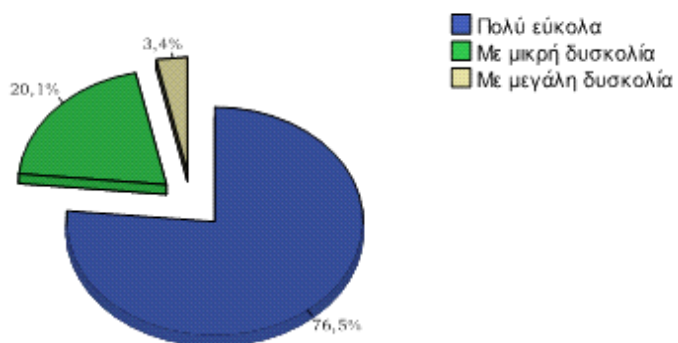
Τα αποτελέσματα της ερώτησης για την συχνότητα επίσκεψης στο ΙΚΑ φαίνονται στο παρακάτω κυκλικό διάγραμμα (Γράφημα 2). Από τους 149 ασθενείς που απάντησαν, 86 (57,7%) έρχονται στο ΙΚΑ πολύ συχνά (πάνω από 10 φορές τον χρόνο), 22 (14,8%) προσέρχονται πολύ σπάνια (1-2 φορές τον χρόνο), σπάνια (3-5 φορές τον χρόνο) έρχονται στο ΙΚΑ 19 (12,8%), 16 (10,7%) έρχονται συχνά (6-10 φορές τον χρόνο) και τέλος 6 (4%) ασθενείς έρχονται μόνο περιστασιακά.



Γράφημα 2. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την επισκεψιμότητά τους για λόγους υγείας, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

• **7.2.3. ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΑ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΦΤΑΣΕΤΕ ΣΤΟ ΙΚΑ;**

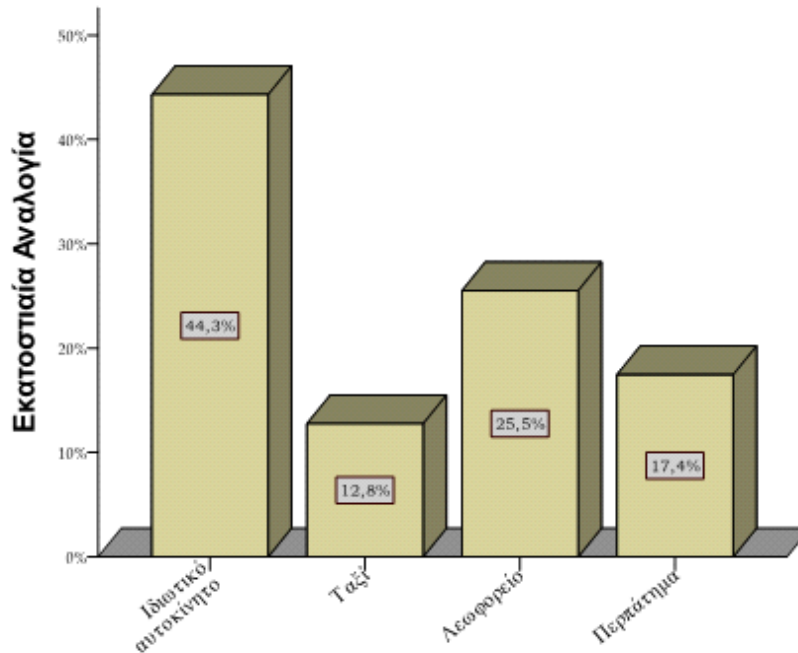
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (76,5%) απάντησε ότι η πρόσβαση στο Ι.Κ.Α. είναι πολύ εύκολη, ένα ποσοστό της τάξης του 20,1% απάντησε ότι προσέχεται με μικρή δυσκολία και μόλις το 3,4% των ερωτηθέντων απάντησε ότι η πρόσβαση γίνεται με μεγάλη δυσκολία (Γράφημα 3).



Γράφημα 3. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την ευκολία προσβασιμότητά τους, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.2.4. ΤΙ ΜΕΣΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ ΓΙΑ ΝΑ ΕΡΘΕΤΕ ΣΤΟ ΙΚΑ;**

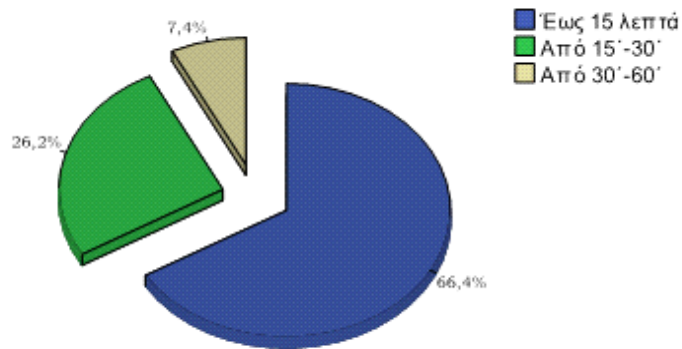
Οι περισσότεροι εκ των ασφαλισμένων προσέρχονται στο Ι.Κ.Α. Ελευσίνας με ιδιωτικό μέσο μεταφοράς (44,3%), το 25,5% χρησιμοποιεί δημόσιο μέσο μεταφοράς όπως το λεωφορείο ενώ το 12,8% άλλο μέσο μεταφοράς όπως το ταξί και ένα ποσοστό της τάξης του 17,4% προσέρχεται με τα πόδια (Γράφημα 4).



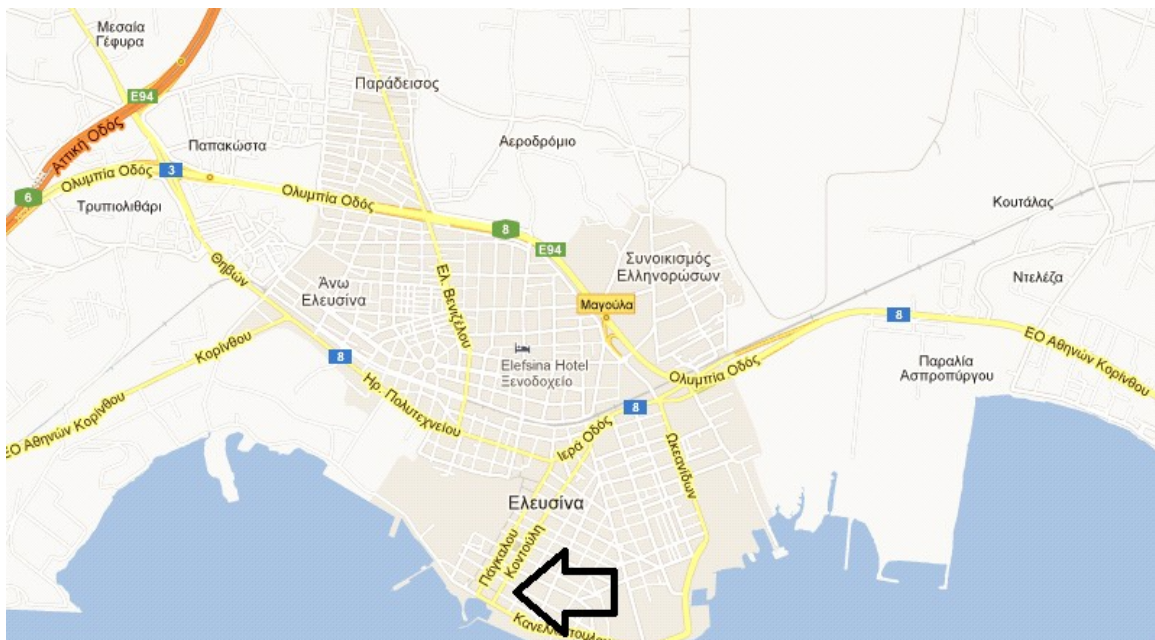
Γράφημα 4. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το μέσο με το οποίο προσέρχονται, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.2.5. ΠΟΣΗ ΩΡΑ ΚΑΝΕΤΕ ΝΑ ΦΤΑΣΕΤΕ ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ ΙΚΑ;**

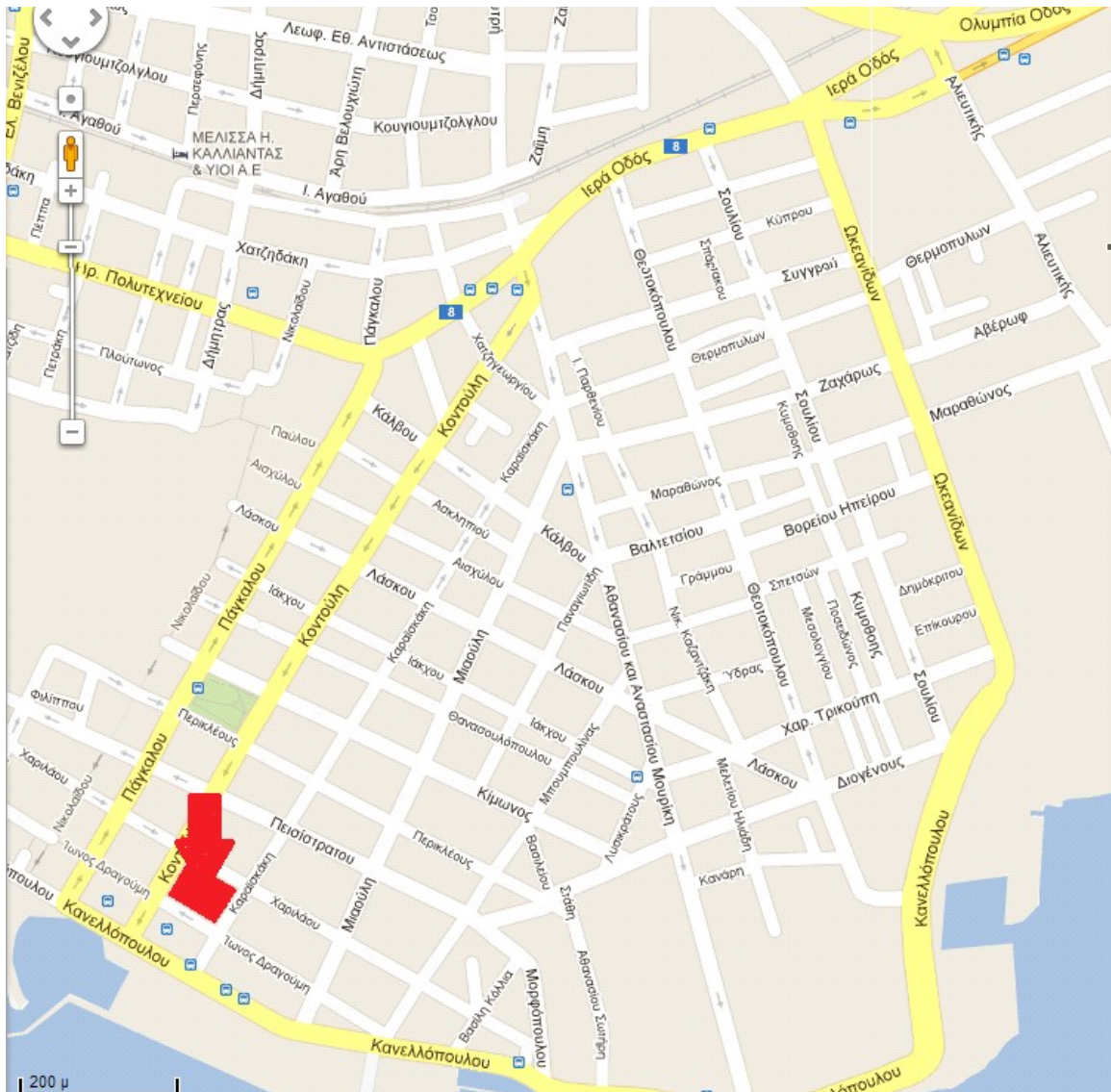
Τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων (66,4%) χρειάζονται κάτω από δεκαπέντε λεπτά για να προσέλθουν στο Ι.Κ.Α. Ελευσίνας, δεκαπέντε έως τριάντα λεπτά χρειάζεται το 26,2% των ερωτηθέντων και ένα ποσοστό 7,4% απάντησε ότι χρειάζεται από τριάντα έως εξήντα λεπτά για να προσέλθει (Γράφημα 5).



*Γράφημα 5. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το χρόνο που χρειάζονται *για να προσέλθουν στο Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.*



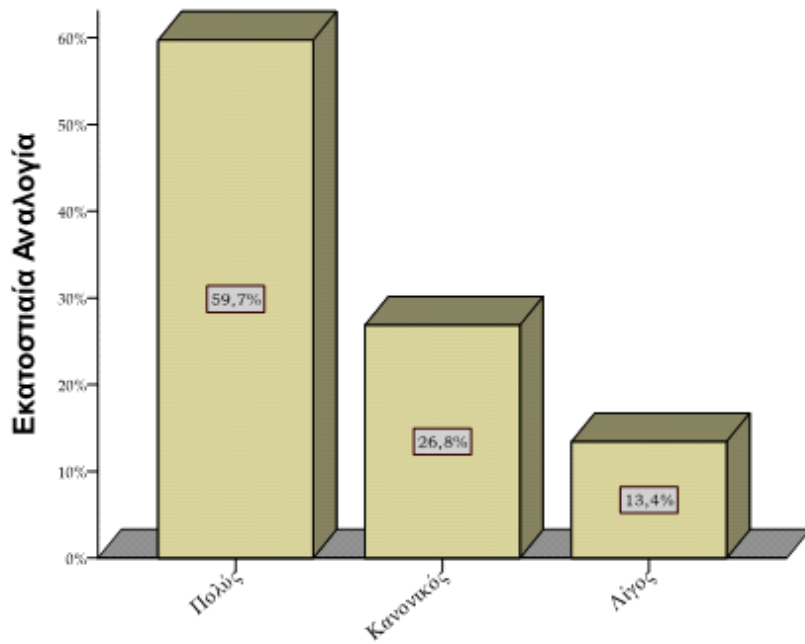
Εικόνα 1: Γεωγραφική τοποθέτηση του ΙΚΑ Ελευσίνας στον ευρύτερο χώρο του Θριασίου Πεδίου - Οδικόί άξονες



Εικόνα 2: Γεωγραφική τοποθέτηση του ΙΚΑ Ελευσίνας στην πόλη της Ελευσίνας

- **7.2.6. Ο ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΑΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ**

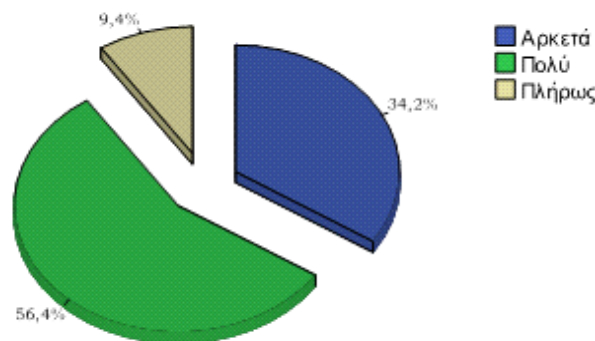
Στην ερώτηση αυτή το 59,7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι θεωρεί πολύ το χρόνο αναμονής για την εξέτασή τους, το 26,8% θεώρησε το χρόνο της αναμονής κανονικό και το 13,4% απάντησε ότι θεωρεί πως ο χρόνος της αναμονής είναι λίγος (Γράφημα 6).



Γράφημα 6. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το χρόνο αναμονής για εξέταση, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.2.7. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ.**

Όσον αφορά την ενημέρωσή τους από τους θεράποντες ιατρούς για τη νόσο που τους απασχολεί, οι ασφαλισμένοι απάντησαν σε ποσοστό 34,2% ότι ενημερώθηκαν αρκετά, σε ποσοστό 56,4% ότι ενημερώθηκαν πολύ και σε ποσοστό 9,4% ότι ενημερώθηκαν πλήρως (Γράφημα 7).



Γράφημα 7. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την ενημέρωση από τους θεράποντες για τη νόσο τους, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

• 7.3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

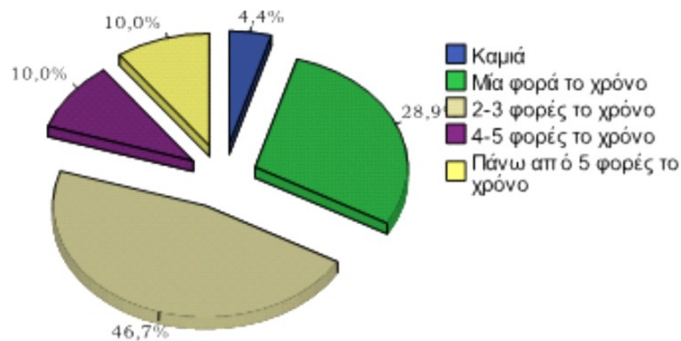
• 7.3.1. ΕΧΕΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΟΥ ΙΚΑ Η ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΥΓΕΤΕ ΣΤΟΥΣ ΙΔΙΩΤΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ;

Οι ερωτηθέντες εδώ απάντησαν ότι εμπιστεύονται τους ιατρούς του Ι.Κ.Α. σε ποσοστό 30,6% ενώ στο δεύτερο σκέλος της ερώτησης το 55,8% απάντησε ότι προτιμούν να επισκέπτονται ιδιώτες ιατρούς. Μόλις το 13,6% απάντησε ότι επισκέπτεται ιατρούς του ασφαλιστικού τους φορέα (Γράφημα 14).

Γράφημα 14. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την εμπιστοσύνη στους ιατρούς του ΙΚΑ , επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

• 7.3.2. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΤΑΦΕΥΓΕΤΕ ΣΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ;

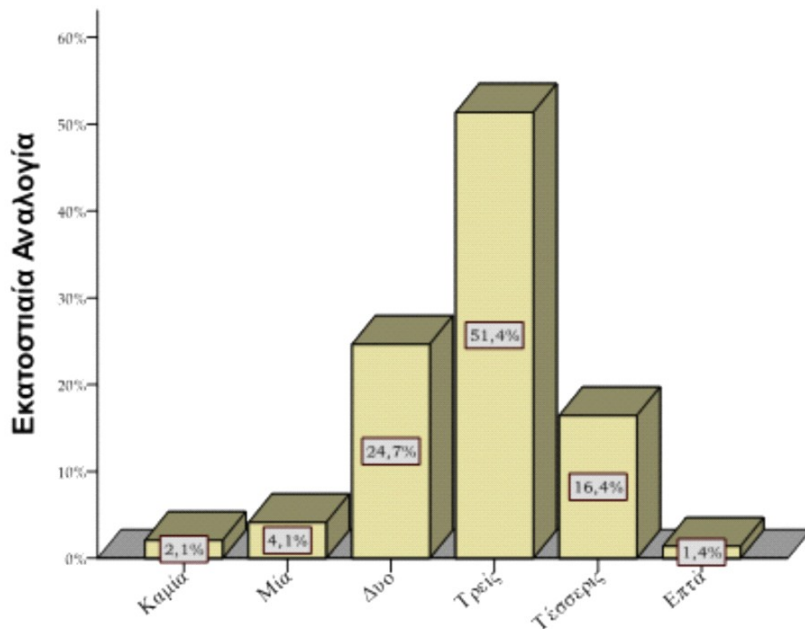
Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή ήταν πολύπλευρες. Το 4,4% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν επισκέπτεται ιδιώτη ιατρό, το 28,9% ότι επισκέπτεται 1 φορά το χρόνο, το 46,7% 2-3 φορές το χρόνο, το 10,0% ότι επισκέπτεται 4-5 φορές το χρόνο και πάνω από 5 φορές το χρόνο απάντησε ότι επισκέπτεται το 10,0% (Γράφημα 15).



Γράφημα 15. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα που επισκέπτονται ιδιώτη ιατρό σε ένα χρόνο, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- 7.3.3. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΙΚΑ;**

Το ποσοστό των ασφαλισμένων που δεν επισκέφτηκε καμμία φορά τον τελευταίο χρόνο Παθολόγο του Ι.Κ.Α. ήταν 2,1% ενώ μόλις μία φορά το χρόνο το 4,1%. Το 24,7% επισκέφτηκε δύο φορές το χρόνο τον Παθολόγο, το 51,4% τρεις φορές το χρόνο, το 16,4% τέσσερις φορές το χρόνο και επτά φορές το χρόνο το 1,4% (Γράφημα 16).



Γράφημα 16. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης σε Παθολόγο ιατρό του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

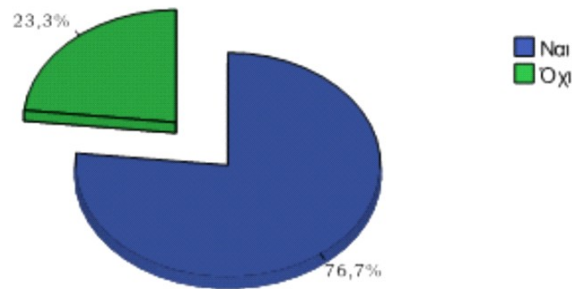
- **7.3.4. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΘΕ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΙΑΤΡΟ;**

Σε αυτή την ερώτηση οι απαντήσεις των ασφαλισμένων ήταν αρκετά ξεκάθαρες. Το 51,7% επισκέφεται πολύ συχνά τον ίδιο ιατρό και το 45,6% συχνά τον ίδιο ιατρό. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό των ασφαλισμένων που δεν επισκέφεται πολύ συχνά τον ίδιο ιατρό (0,7%) και 2,0% των ασφαλισμένων σπάνια επισκέφεται τον ίδιο ιατρό (Γράφημα 17).

Γράφημα 17. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον ίδιο ιατρό, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.3.5. ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΠΑΝΤΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΙΚΑ;**

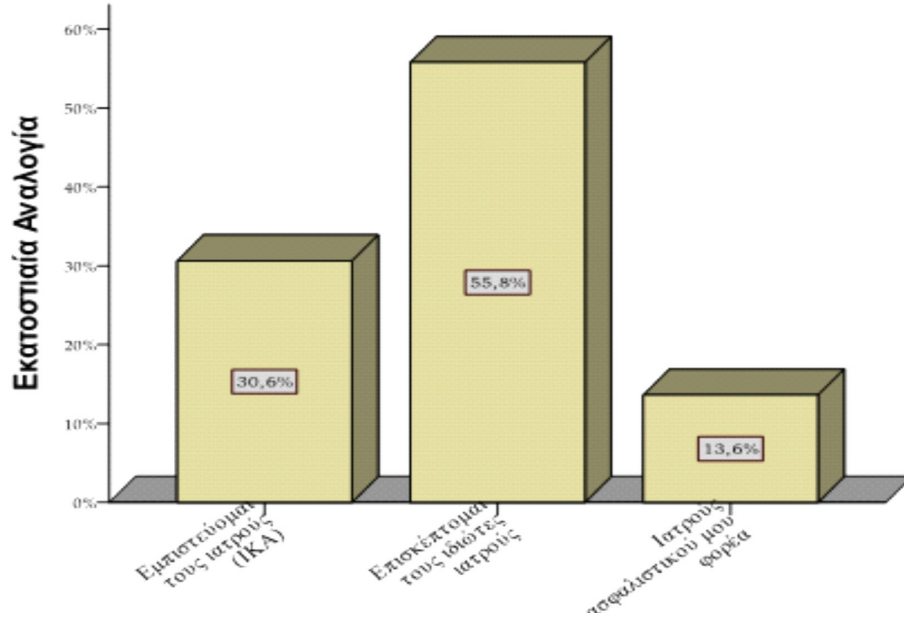
Από τους ερωτηθέντες το 76,7% απάντησε ότι πάντα πηγαίνει στον ίδιο Παθολόγο ιατρό του Ι.Κ.Α. και το 23,3% ότι δεν πηγαίνει πάντα στον ίδιο Παθολόγο ιατρό (Γράφημα 18).



Γράφημα 18. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον ίδιο Παθολόγο ιατρό του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.3.6. ΈΧΕΤΕ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΤΟΥ ΙΚΑ Η ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΥΓΕΤΕ ΣΤΟΥΣ ΙΔΙΩΤΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ;**

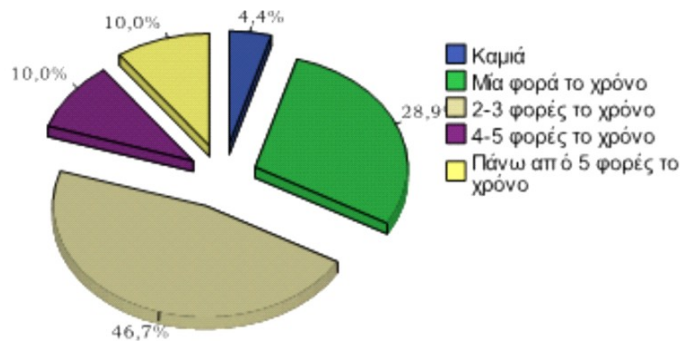
Οι ερωτηθέντες εδώ απάντησαν ότι εμπιστεύονται τους ιατρούς του Ι.Κ.Α. σε ποσοστό 30,6% ενώ στο δεύτερο σκέλος της ερώτησης το 55,8% απάντησε ότι προτιμούν να επισκέπτονται ιδιώτες ιατρούς. Μόλις το 13,6% απάντησε ότι επισκέπτεται ιατρούς του ασφαλιστικού τους φορέα (Γράφημα 14).



Γράφημα 14. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την εμπιστοσύνη στους ιατρούς του ΙΚΑ, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.3.7. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΤΑΦΕΥΓΕΤΕ ΣΕ ΙΔΙΩΤΗ ΙΑΤΡΟ;**

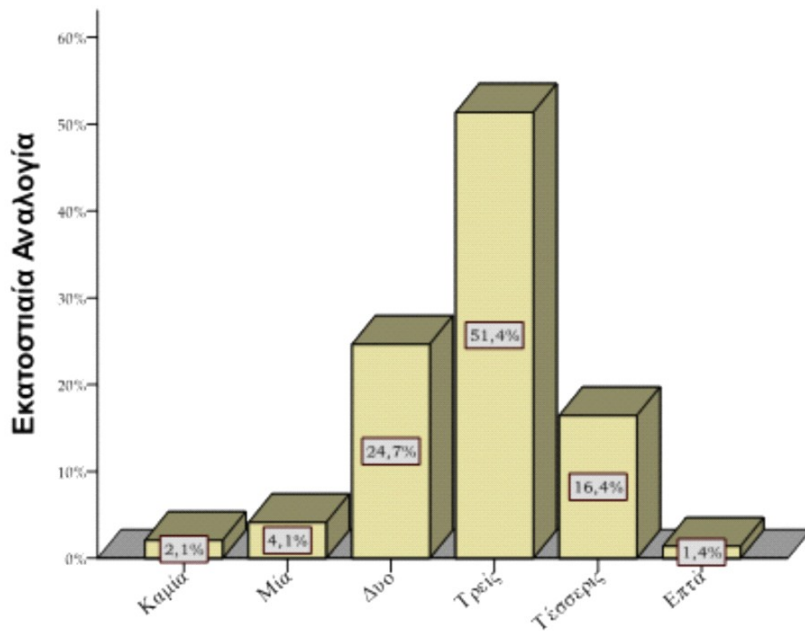
Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή ήταν πολύπλευρες. Το 4,4% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν επισκέπτεται ιδιώτη ιατρό, το 28,9% ότι επισκέπτεται 1 φορά το χρόνο, το 46,7% 2-3 φορές το χρόνο, το 10,0% ότι επισκέπτεται 4-5 φορές το χρόνο και πάνω από 5 φορές το χρόνο απάντησε ότι επισκέπτεται το 10,0% (Γράφημα 15).



Γράφημα 15. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα που επισκέπτονται ιδιώτη ιατρό σε ένα χρόνο, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.3.8. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΙΚΑ;**

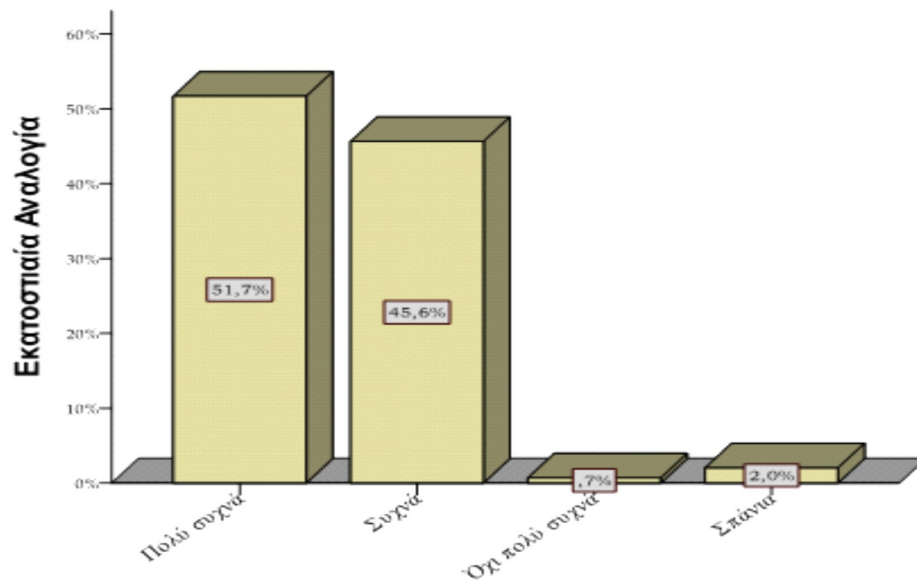
Το ποσοστό των ασφαλισμένων που δεν επισκέφτηκε καμμία φορά τον τελευταίο χρόνο Παθολόγο του Ι.Κ.Α. ήταν 2,1% ενώ μόλις μία φορά το χρόνο το 4,1%. Το 24,7% επισκέφτηκε δύο φορές το χρόνο τον Παθολόγο, το 51,4% τρεις φορές το χρόνο, το 16,4% τέσσερις φορές το χρόνο και επτά φορές το χρόνο το 1,4% (Γράφημα 16).



Γράφημα 16. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης σε Παθολόγο ιατρό του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.3.9. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΘΕ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΙΑΤΡΟ;**

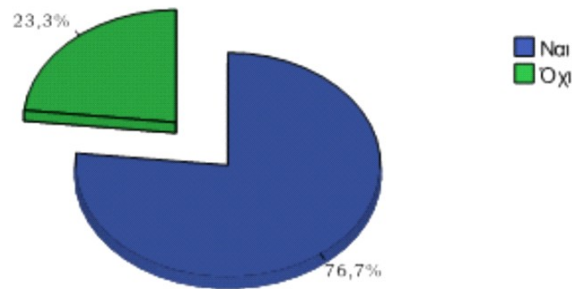
Σε αυτή την ερώτηση οι απαντήσεις των ασφαλισμένων ήταν αρκετά ξεκάθαρες. Το 51,7% επισκέφεται πολύ συχνά τον ίδιο ιατρό και το 45,6% συχνά τον ίδιο ιατρό. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό των ασφαλισμένων που δεν επισκέφεται πολύ συχνά τον ίδιο ιατρό (0,7%) και 2,0% των ασφαλισμένων σπάνια επισκέφεται τον ίδιο ιατρό (Γράφημα 17).



Γράφημα 17. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον ίδιο ιατρό, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.3.10. ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΠΑΝΤΑ ΣΤΟΝ ΙΔΙΟ ΠΑΘΟΛΟΓΟ ΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΙΚΑ;**

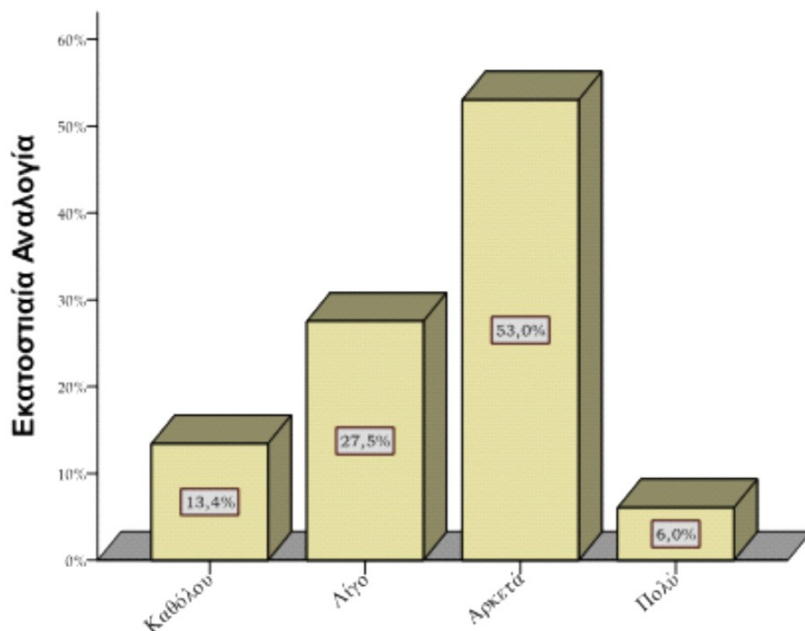
Από τους ερωτηθέντες το 76,7% απάντησε ότι πάντα πηγαίνει στον ίδιο Παθολόγο ιατρό του Ι.Κ.Α. και το 23,3% ότι δεν πηγαίνει πάντα στον ίδιο Παθολόγο ιατρό (Γράφημα 18).



Γράφημα 18. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συχνότητα επίσκεψης στον ίδιο Παθολόγο ιατρό του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**
- **7.4.1. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

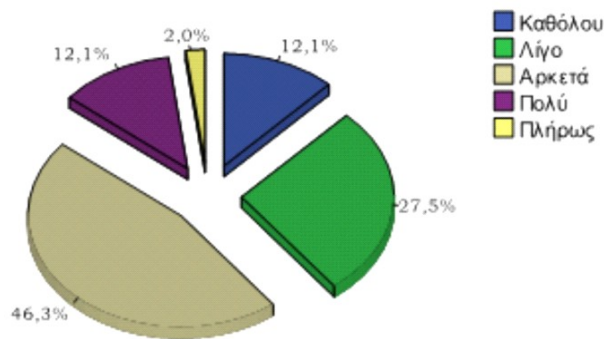
Οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ποσοστό 6,0% ότι η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν πολύ καλή, σε ποσοστό 53,0% αρκετά καλή ενώ λίγο καλή ήταν στο 27,5% και καθόλου καλή στο 13,4% (Γράφημα 19).



Γράφημα 19. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- #### 7.4.2. ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

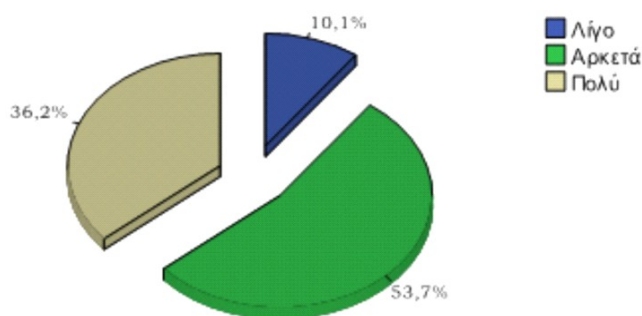
Και σε αυτή την ερώτηση οι ασφαλισμένοι έδειξαν μία ποικιλία στις απαντήσεις τους. Πλήρης ήταν η εξυπηρέτηση από τους νοσηλευτές στο 2%, πολύ εξυπηρετικοί στο 12,1% και αρκετά εξυπηρετικοί στο 46,3% των ασφαλισμένων. Λίγο εξυπηρετικοί θεώρησε ότι ήταν το 27,5% και το 12,1% τους θεώρησε καθόλου εξυπηρετικούς (Γράφημα 20).



Γράφημα 20. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την εξυπηρέτηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

• 7.4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ (ΕΡΓΟ)

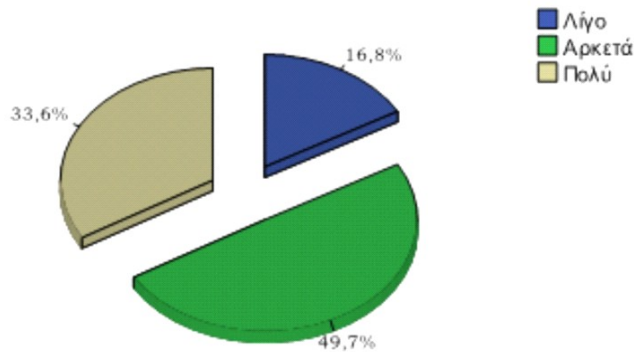
Οι ασφαλισμένοι απάντησαν σε αυτή την ερώτηση σε ποσοστό 36,2% ότι οι νοσηλευτές παράγουν πολύ έργο, σε ποσοστό 53,7% ότι παράγουν αρκετό έργο και σε ποσοστό 10,1% ότι παράγουν λίγο έργο (Γράφημα 21).



Γράφημα 21. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη νοσηλευτική πράξη (έργο), επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.4.4. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

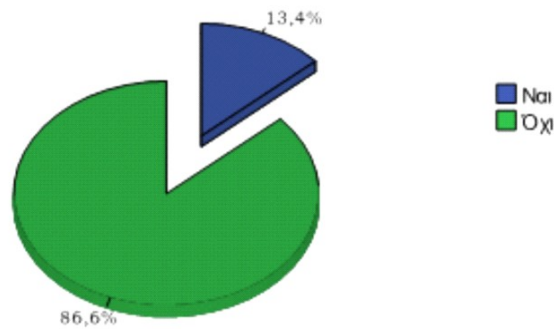
Μια μικρή διαφοροποίηση των ποσοστών υπάρχει σε αυτή την ερώτηση, σε σχέση με τα ποσοστά του έργου των νοσηλευτών, ως προς την κατανόηση που δείχνουν. Οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ποσοστό 33,6% ότι δείχνουν πολύ κατανόηση, σε ποσοστό 49,7% ότι δείχνουν αρκετή κατανόηση και σε ποσοστό 16,8% ότι δείχνουν λίγη κατανόηση (Γράφημα 22).



Γράφημα 22. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την κατανόηση από τους νοσηλευτές, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.4.5. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΠΑΡΚΕΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΙΚΑ**

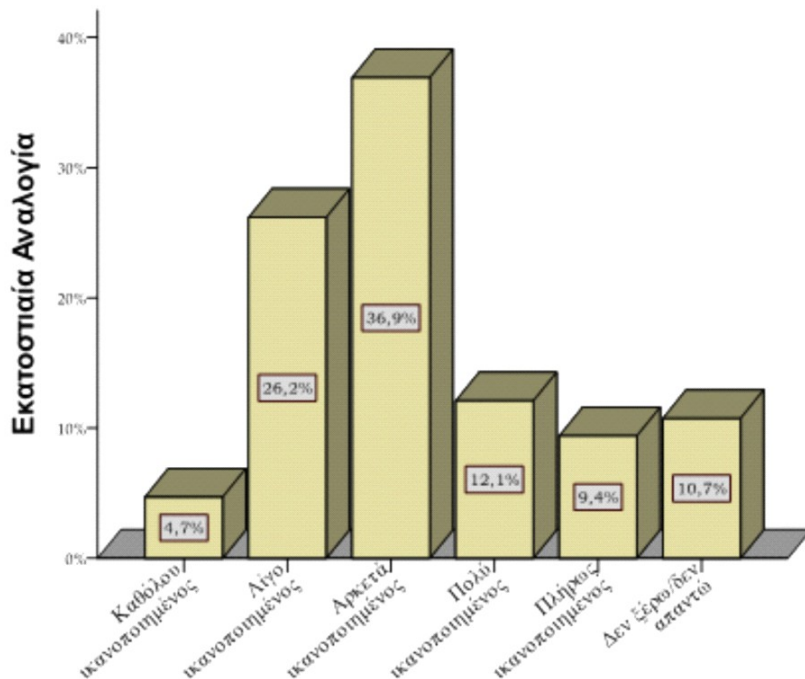
Η απάντηση των ασφαλισμένων σε αυτή την ερώτηση ήταν σχεδόν καθολική. Το 86,6% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι δεν επαρκεί το νοσηλευτικό προσωπικό για τις ανάγκες του Ι.Κ.Α. ενώ το 13,4% θεωρεί ότι επαρκεί (Γράφημα 23).



Γράφημα 23. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με το εάν θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί για τις ανάγκες του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

• 7.5. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΟΥ ΙΚΑ

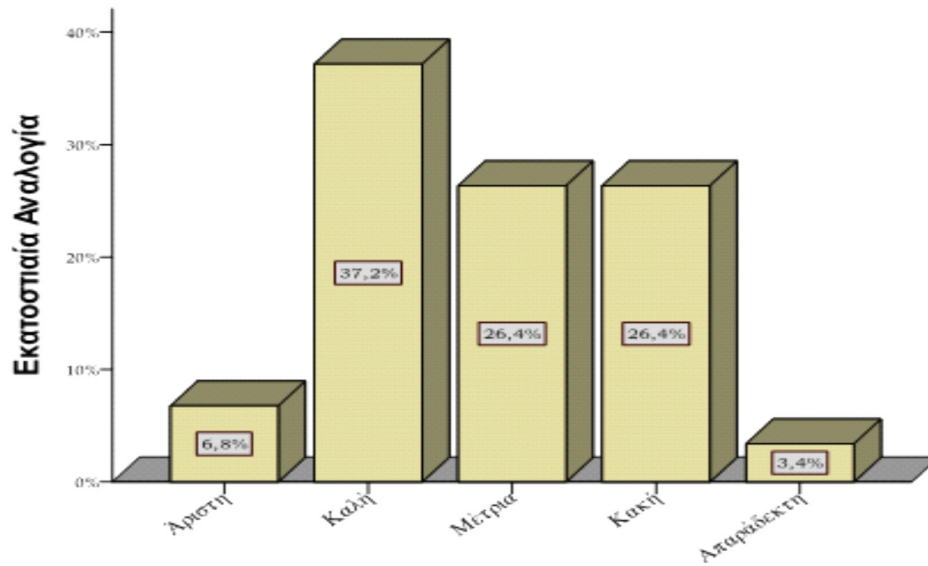
Και σε αυτή την ερώτηση υπήρξε μία πολύπλευρη απαντητικότητα. Το 4,7% των ασφαλισμένων δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι και το 26,2% ότι είναι λίγο ικανοποιημένοι. Το 36,9% δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι, το 12,1% πολύ ικανοποιημένοι, το 9,4% πλήρως ικανοποιημένοι ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 10,7% δεν απάντησε/δεν ήξερε (Γράφημα 24).



Γράφημα 24. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την ικανοποίηση της διοικητικής υπηρεσίας του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.5.1. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΙΝΑΙ**

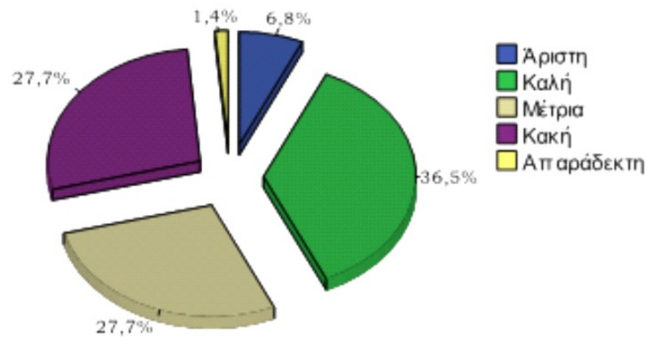
Από τους ερωτηθέντες το 6,8% θεωρεί τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού άριστη, το 37,2% τη θεωρεί καλή και το 26,4% τη θεωρεί μέτρια. Η συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού θεωρείται κακή από το 26,4% των ασφαλισμένων και το 3,4% θεωρεί τη συμπεριφορά του απαράδεκτη (Γράφημα 25).



Γράφημα 25. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.5.2. Η ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΙΝΑΙ:**

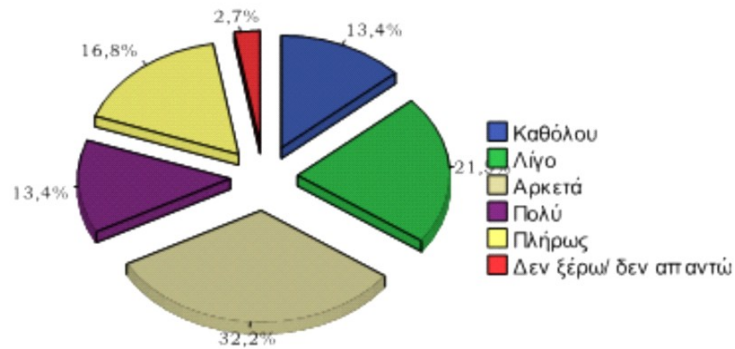
Στα ίδια περίπου ποσοστά, σε σχέση με την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού, κυμαίνεται και η γνώμη ως προς την εξυπηρέτηση από το διοικητικό προσωπικό. Το 6,8% των ερωτηθέντων θεωρεί άριστη την εξυπηρέτηση από το διοικητικό προσωπικό, το 36,5% θεωρεί την εξυπηρέτηση καλή, το 27,7% θεωρεί την εξυπηρέτηση μέτρια. Η εξυπηρέτηση από το διοικητικό προσωπικό κρίνεται κακή από το 27,7% ενώ το 1,4% θεωρεί την εξυπηρέτηση απαράδεκτη (Γράφημα 26).



Γράφημα 26. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού του Ι.Κ.Α., επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

• **7.5.3. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΙΚΑ, ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΣΑΝ ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΙΚΑ – ΤΗΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΣΑΣ;**

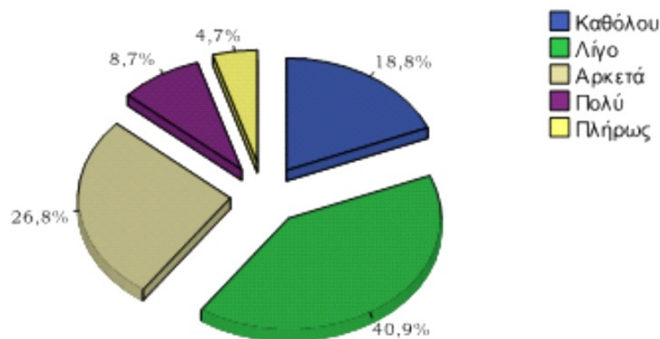
Οι ερωτηθέντες και εδώ απάντησαν με μία πολύπλευρη διάθεση. Το 13,4% εξ αυτών απάντησε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι ενώ το 21% απάντησε ότι λίγο ικανοποιημένοι. Από την άλλη πλευρά, το 32,2% απάντησε ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι, το 13,4% ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι ενώ πλήρως ικανοποιημένοι απάντησε ότι είναι το 16,8%. Ένα ποσοστό της τάξης του 2,7% απάντησε ότι δεν ξέρει/δεν απαντά (Γράφημα 27).



Γράφημα 27. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την ικανοποίηση από το έργο της διεύθυνσης του Ι.Κ.Α., σε θέματα που αφορούσαν την καλή λειτουργία του Ι.Κ.Α. - την εξοπλήτσή τους, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

• 7.5.4. ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Οι ερωτηθέντες εδώ απάντησαν ότι καθόλου ικανοποιημένοι είναι το 18,8% ενώ το 40,9% είναι λίγο ικανοποιημένοι από την ευγένεια του διοικητικού προσωπικού. Αρκετά ικανοποιημένοι απάντησε ότι είναι το 26,8% των ερωτηθέντων, πολύ ικανοποιημένοι το 8,7% ενώ πλήρως ικανοποιημένοι είναι το 4,7% των ερωτηθέντων (Γράφημα 28).

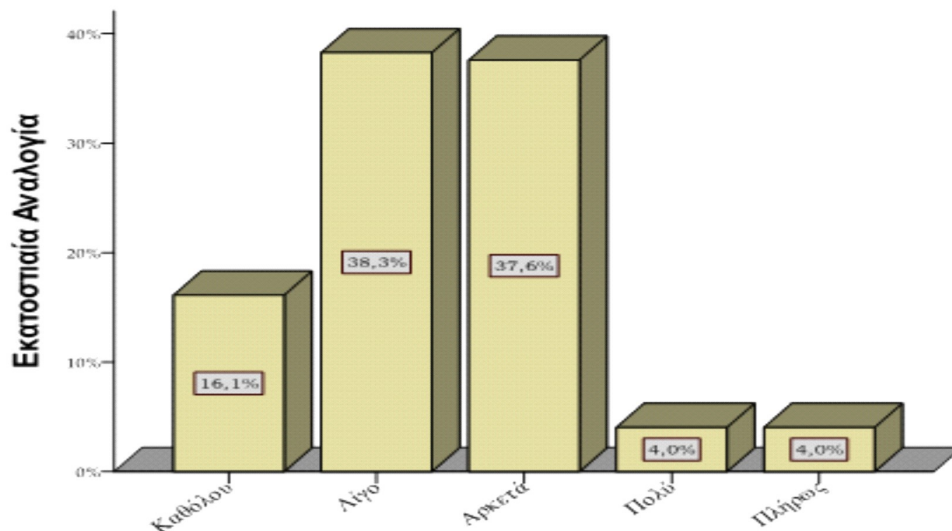


Γράφημα 28. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την ευγένεια του

διοικητικού προσωπικού, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.5.5. ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Κοντά στις προηγούμενες αναλογίες ικανοποίησης, ως προς την ευγένεια, είναι και οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την κατανόηση που δείχνει το διοικητικό προσωπικό. Το 16,1% θεωρεί ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο ενώ το 38,3% θεωρεί ότι είναι λίγο ικανοποιημένο από την κατανόηση του διοικητικού προσωπικού. Αντιθέτως το 37,6% θεωρεί ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο, το 4,0% θεωρεί ότι είναι πολύ ικανοποιημένο και το 4,0% θεωρεί ότι είναι πλήρως ικανοποιημένο από την κατανόηση του διοικητικού προσωπικού (Γράφημα 29).

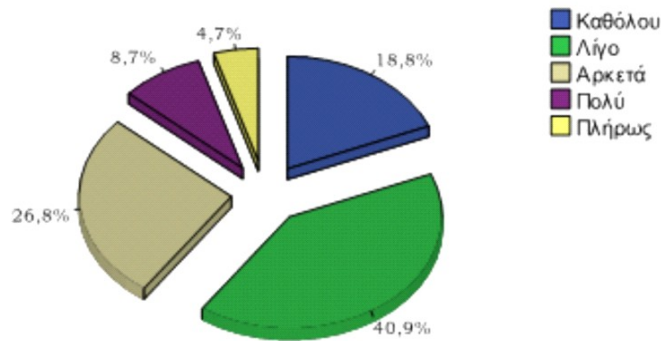


Γράφημα 29. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την κατανόηση του διοικητικού προσωπικού, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.5.6. ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Κατά το ίδιο μοτίβο εδόθησαν και οι απαντήσεις σχετικά με την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού. Το 18,8% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι δεν είναι καθόλου

εξυπηρετικό ενώ λίγο εξυπηρετικό θεωρεί το διοικητικό προσωπικό το 40,9%. Αντιθέτως, το 26,8% θεωρεί το διοικητικό προσωπικό εξυπηρετικό, το 8,7% το θεωρεί πολύ εξυπηρετικό και το 4,7% θεωρεί ότι είναι πλήρως εξυπηρετικό με τους ασφαλισμένους (Γράφημα 30).

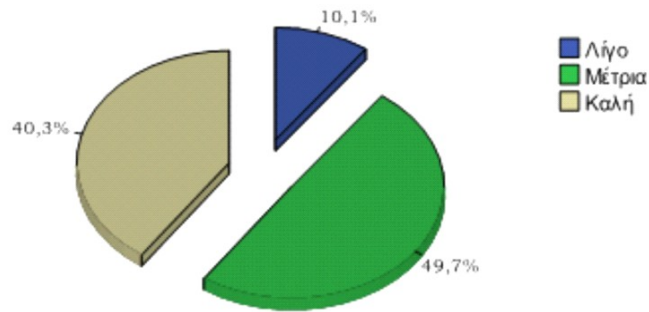


Γράφημα 30. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.6. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

- **7.6.1. ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

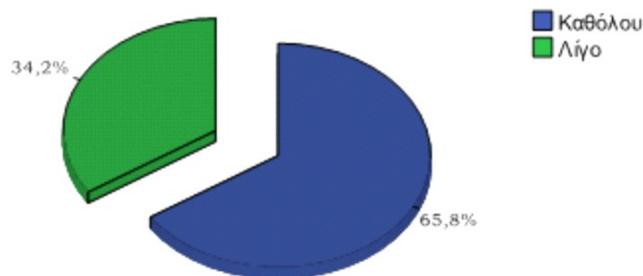
Από τις απαντήσεις των ασφαλισμένων που ερωτήθησαν πως αξιολογούν το προσωπικό γενικώς, προκύπτει ότι στο 40,3% το αξιολογούν καλό, στο 49,7% μέτριο και στο 10,1% κακό (Γράφημα 38).



Γράφημα 38. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την αξιολόγηση του προσωπικού, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **7.7. ΙΚΑΝΟΠΗΨΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ**
- **7.7.1. ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΙΣ ΥΠΟΔΟΜΕΣ**

Η αξιολόγηση των υποδομών γενικώς από τους ασφαλισμένους κατέγραψε ότι σε ποσοστό 65,8% δεν τις θεωρούν καθόλου καλές και σε ποσοστό 34,2% ότι τις θεωρούν λίγο καλές (Γράφημα 39).



Γράφημα 39. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την αξιολόγηση των υποδομών, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.



Φωτογραφία 1ης εισόδου ΙΚΑ Ελευσίνας



Φωτογραφία 2ης εισόδου ΙΚΑ Ελευσίνας



Φωτογραφία γενικής άποψης κτηρίου ΙΚΑ Ελευσίνας



Φωτογραφία γενικής άποψης κτηρίου ΙΚΑ Ελευσίνας



Φωτογραφία γενικής άποψης κτηρίου ΙΚΑ Ελευσίνιας

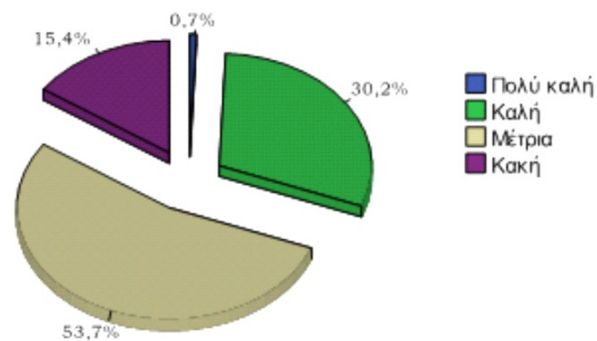


Φωτογραφία γενικής άποψης κτηρίου ΙΚΑ Ελευσίνας

- **7.8. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ**

- **7.8.1. ΠΟΙΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ;**

Στην ερώτηση για το ποια είναι η γνώμη τους για την κατάσταση της υγείας τους απάντησαν ότι μόλις ένα ελάχιστο ποσοστό της τάξης του 0,7% θεωρεί ότι είναι πολύ καλή, το 30,2% θεωρεί ότι έχει καλή υγεία, το μεγαλύτερο ποσοστό του 53,7% απάντησε ότι θεωρεί την υγεία του μέτρια και το 15,4% απάντησε ότι έχει κακό επίπεδο υγείας (Γράφημα 40).



Γράφημα 40. Ποσοστιαία αναλογία των απαντήσεων των ασθενών, σχετικά με την γνώμη τους για την κατάσταση της υγείας τους, επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων.

- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ – ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

- **8.1. ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ**

Προκειμένου να διερευνηθεί ο βαθμός και η κατεύθυνση της συσχέτισης μεταξύ των ερωτημάτων του ερωτηματολογίου που σχετίζονται με την προσπελασιμότητα και τον χρόνο αναμονής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, ο οποίος είναι δείκτης του μεγέθους της συσχέτισης και της κατεύθυνσης αυτής. Τα αποτελέσματα

παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα 3.

		3	4	5	6
3.Πόσο εύκολα μπορείτε να φτάσετε στο ΙΚΑ;	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N		,290** 0 149	,622** 0 149	
4.Τι μέσο χρησιμοποιείτε συνήθως για να έρθετε στο ΙΚΑ;	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,290** 0 149		,247** 0,002 149	-,497** 0 149
5.Πόση ώρα κάνετε να φτάσετε στα ιατρεία του ΙΚΑ;	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,622** 0 149	,247** 0,002 149		
6.Ο χρόνος αναμονής για την εξέταση σας πιστεύετε ότι είναι	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N		-,497** 0 149		

Πίνακας.3: Συσχετίσεις των απαντήσεων σχετικά με τον χρόνο προσπελασιμότητας και αναμονής

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα οι απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 3.Πόσο εύκολα μπορείτε να φτάσετε στο ΙΚΑ σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά και με θετική κατεύθυνση με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 4.Τι μέσο χρησιμοποιείτε συνήθως για να έρθετε στο ΙΚΑ (Spearman's rho=0,290, p<0,001) αλλά σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά και με θετική κατεύθυνση και με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 5 : Πόση ώρα κάνετε να φτάσετε στα ιατρεία του ΙΚΑ (Spearman s rho=0,622, p<0,001).

Επίσης στον ίδιο πίνακα φαίνεται ότι οι απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 5 : Πόση ώρα κάνετε να φτάσετε στα ιατρεία του ΙΚΑ σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά και με θετική κατεύθυνση με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 3 : Πόσο εύκολα μπορείτε να φτάσετε στα ιατρεία ΙΚΑ (Spearman s rho=0,622, p<0,001) αλλά και τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 4: Τι μέσο χρησιμοποιείτε συνήθως για να έρθετε στο ΙΚΑ (Spearman s rho=0,247, p<0,002).

Αρνητική φαίνεται ότι είναι η συσχέτιση της ερώτησης 3 (πόσο εύκολα μπορείτε να φτάσετε στο ΙΚΑ) με την ερώτηση 6 (ο χρόνος αναμονής πιστεύετε ότι είναι) (Spearman s rho= -0,497).

	4	Total
--	---	-------

		Ιδιωτικό αυτοκίνητο	Ταξί	λεωφορείο	περπάτημα	
3. Πόσο εύκολα μπορείτε να φτάσετε στο ΙΚΑ;	Πολύ εύκολα	60 52,2%	13 11,3%	25 21,7%	17 14,8%	115 100,0%
	Με μικρή δυσκολία	4 13,3%	6 20,0%	12 40,0%	8 26,7%	30 100,0%
	Με μεγάλη δυσκολία	2 40,0%	0 0%	1 20,0%	2 40,0%	5 100,0%
Total		66 44,0%	19 12,7%	38 25,3%	27 18,0%	150 100,0%

Πίνακας 4: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδυασμού των ερωτήσεων 3 και 4

Αναλυτικότερα, η θετική συσχέτιση του πόσο εύκολα μπορεί ο ασφαλισμένος να φτάσει στο ΙΚΑ σε σχέση με το μέσο μεταφοράς που χρησιμοποίησε φαίνεται από το γεγονός ότι το 52,2% μπορούσε να φτάσει πολύ εύκολα με ιδιωτικό μέσο και το 21,7% με λεωφορείο, το 11,3% με ταξί και το 14,8% περπατώντας. Ακόμα όμως και τα ποσοστά αυτών που απάντησαν ότι προσέρχονται με μικρή δυσκολία σε σχέση με το μέσο μεταφοράς, θεωρείται ότι αντικατοπτρίζουν την ευκολία στην πρόσβαση αφού η χρήση ιδιωτικού μέσου, ταξί, λεωφορείου (ποσοστά 13,3%, 20%, 40% αντίστοιχα) αλλά και το περπάτημα (ποσοστό 26,7%) δείχνουν αυτό ως συμπέρασμα. Η μεγάλη δυσκολία στην πρόσβαση είναι μικρή και μάλλον συσχετίζεται με την απομακρυσμένη διεύθυνση κατοικίας και όχι με τη θέση του ΙΚΑ στην πόλη.

		5			Total
		Έως 15 λεπτά	Από 15' - 30'	Από 30' - 60'	
3. Πόσο εύκολα μπορείτε να φτάσετε στο ΙΚΑ;	Πολύ εύκολα	96 83,5%	10 8,7%	9 7,8%	115 100,0%
	Με μικρή δυσκολία	2 6,7%	27 90,0%	1 3,3%	30 100,0%
	Με μεγάλη δυσκολία	1 20,0%	2 40,0%	2 40,0%	5 100,0%
Total		99 66,0%	39 26,0%	12 8,0%	150 100,0%

Πίνακας 5: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδυασμού των ερωτήσεων 3 και 5

Από τις συσχετίσεις της ερώτησης 3 και της ερώτησης 5, φαίνεται ότι το 83,5% φτάνει στο ΙΚΑ έως 15 λεπτά, ενώ το 8,7% από 15 λεπτά έως 30 λεπτά. Τα ποσοστά των ασφαλισμένων που φτάνουν με μικρή δυσκολία έως 15 λεπτά στο ΙΚΑ (ποσοστό 6,7%) και από 15 λεπτά έως 30 λεπτά (ποσοστό 90,0%), δείχνουν ότι και πάλι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ευκολία προσέλευσης και στο χρόνο προσέλευσης, που

πιθανότατα σχετίζεται με τη θέση του ΙΚΑ στην πόλη και την καλή οδική σύνδεση του.

		5			Total
		Έως 15 λεπτά	Από 15'-30'	Από 30'-60'	
4. Τι μέσο χρησιμοποιείτε συνήθως για να έρθετε στο ΙΚΑ;	ιδιωτικό αυτοκίνητο	50 75,8%	11 16,7%	5 7,6%	66 100,0%
	ταξί	13 68,4%	6 31,6%	0 ,0%	19 100,0%
	λεωφορείο	27 71,1%	11 28,9%	0 ,0%	38 100,0%
	περπάτημα	9 33,3%	11 40,7%	7 25,9%	27 100,0%
Total		99 66,0%	39 26,0%	12 8,0%	150 100,0%

Πίνακας 6: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδυασμού των ερωτήσεων 4 και 5

Από τη συσχέτιση του μέσου που χρησιμοποιούν οι ασφαλισμένοι σε σχέση με την ώρα που χρειάζονται για να φτάσουν στο ΙΚΑ φαίνεται ότι το 66,0% ανεξαρτήτου μέσου, προσέρχεται εντός 15 λεπτών και το 26,0% ανεξαρτήτου και πάλι μέσου από 15 έως 30 λεπτά. Διαπιστώνεται βέβαια ότι οι περισσότεροι εκ των ασφαλισμένων προσέρχονται με ιδιωτικό αυτοκίνητο και ακολουθεί η χρήση λεωφορείου, έπεται το περπάτημα και στην τελευταία θέση βρίσκεται η χρήση ταξί.

		6			Total
		Πολύς	Κανονικός	Λίγος	
4. Τι μέσο χρησιμοποιείτε συνήθως για να έρθετε στο ΙΚΑ;	ιδιωτικό αυτοκίνητο	17 25,8%	40 60,6%	9 13,6%	66 100,0%
	ταξί	14 73,7%	0 ,0%	5 26,3%	19 100,0%
	λεωφορείο	36 94,7%	0 ,0%	2 5,3%	38 100,0%
	περπάτημα	23 85,2%	0 ,0%	4 14,8%	27 100,0%
Total		90 60,0%	40 26,7%	20 13,3%	150 100,0%

Πίνακας 7: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδυασμού των ερωτήσεων 4 και 6

Αρνητική φαίνεται η συσχέτιση ανάμεσα στο μέσο που χρησιμοποιούν οι ασφαλισμένοι για να φτάσουν στο ΙΚΑ και στον χρόνο αναμονής για την εξέτασή τους. Ανεξαρτήτου μέσου που χρησιμοποιήθηκε το 60% θεωρεί ότι ήταν πολύς ο χρόνος αναμονής και το 26,7% κανονικός. Μόλις το 13,3% θεωρεί τον χρόνο αναμονής λίγο, ανεξαρτήτου χρήσης μέσου μεταφοράς. Το 60% πάντως εκ των ασφαλισμένων που χρησιμοποίησαν ιδιωτικό αυτοκίνητο θεωρεί ότι ο χρόνος αναμονής είναι κανονικός. Ίσως αυτό βέβαια αντικατοπτρίζει και τη νοοτροπία των ασφαλισμένων ότι η χρήση κάποιου μέσου μεταφοράς θα τους εξασφάλιζε αυτόματα και μικρότερη ταλαιπωρία ως προς την ολοκλήρωση της επίσκεψής τους στο ΙΚΑ. Αυτό ίσως εξηγεί ότι το 85,2% που προσήλθαν περπατώντας θεωρεί ότι ο χρόνος αναμονής είναι πολύς.

8.2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Προκειμένου να διερευνηθεί ο βαθμός και η κατεύθυνση της συσχέτισης μεταξύ των ερωτημάτων του ερωτηματολογίου που σχετίζονται με την ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη και την ενημέρωση για τη νόσο, τις οδηγίες για τη θεραπεία, την ευγένεια, το ενδιαφέρον, την κατανόηση και την εξυπηρέτηση, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, ο οποίος είναι δείκτης του μεγέθους της συσχέτισης και της κατεύθυνσης αυτής. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα 8.

		9.1	9.2.	9.3	9.4	9.5	9.6
9.1.Ενημέρωση για τη νόσο.	Correlation Coefficient		-,214**	,308**	,220**		,161*
	Sig. (2-tailed)		,009	,000	,007		,049
	N		148	148	148		149
9.2.Οδηγίες για τη θεραπεία.	Correlation Coefficient	-,214**		-,171*		,459**	,340**
	Sig. (2-tailed)	,009		,038		,000	,000
	N	148		147		148	148
9.3.Ευγένεια.	Correlation Coefficient	,308**	-,171*		,187*	,307**	,166*
	Sig. (2-tailed)	,000	,038		,023	,000	,044
	N	148	147		147	148	148
9.4.Ενδιαφέρον.	Correlation Coefficient	,220**		,187*		,360**	,338**
	Sig. (2-tailed)	,007		,023		,000	,000
	N	148		147		148	148
9.5.Κατανόηση.	Correlation Coefficient		,459**	,307**	,360**		,605**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000		,000
	N		148	148	148		149

9.6.Εξυπηρέτηση.	Correlation Coefficient	,161*	,340**	,166*	,338**	,605**	
	Sig. (2-tailed)	,049	,000	,044	,000	,000	
	N	149	148	148	148	149	

Πίνακας 8: Συσχετίσεις των απαντήσεων σχετικά με την ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη

Από τον πίνακα 8, αρνητική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στην ενημέρωση για τη νόσο και τις οδηγίες για τη θεραπεία (Spearman's rho=-0,214, p<0,009) καθώς και στην ευγένεια και τις οδηγίες για τη θεραπεία (Spearman's rho=-0,171, p<0,038). Θετική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στην ενημέρωση για τη νόσο και την ευγένεια (Spearman's rho=0,308, p<0,001), το ενδιαφέρον (Spearman's rho=0,220, p<0,007) και την εξυπηρέτηση (Spearman's rho=0,161, p<0,49). Θετική συσχέτιση ανάμεσα στις οδηγίες για τη θεραπεία και την εξυπηρέτηση (Spearman's rho=0,340, p<0,001), ανάμεσα στην ευγένεια και την κατανόηση (Spearman's rho=0,307, p<0,001) όπως επίσης ανάμεσα στην ευγένεια και στην εξυπηρέτηση (Spearman's rho=0,166, p<0,44). Θετική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στο ενδιαφέρον και την ευγένεια (Spearman's rho=0,187, p<0,023), την κατανόηση (Spearman's rho=0,360, p<0,001) και την εξυπηρέτηση (Spearman's rho=0,338, p<0,001). Θετική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στην κατανόηση και τις οδηγίες για τη θεραπεία (Spearman's rho=0,459, p<0,001) όπως και ανάμεσα στην κατανόηση και στην εξυπηρέτηση (Spearman's rho=0,605, p<0,001).

			9.2. Οδηγίες για τη θεραπεία.				Total
			Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πλήρως	
9.1. Ενημέρωση για τη νόσο.	Αρκετά	Count	1	14	22	13	50
		% within 9.1. Ενημέρωση για τη νόσο.	2,0%	28,0%	44,0%	26,0%	100,0%
	Πολύ	Count	0	34	50	1	85
		% within 9.1. Ενημέρωση για τη νόσο.	,0%	40,0%	58,8%	1,2%	100,0%
	Πλήρως	Count	1	7	3	3	14

		% within 9.1. Ενημέρωση για τη νόσο.	7,1%	50,0%	21,4%	21,4%	100,0%
Total	Count		2	55	75	17	149
		% within 9.1. Ενημέρωση για τη νόσο.	1,3%	36,9%	50,3%	11,4%	100,0%

Πίνακας 9: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδυασμού των ερωτήσεων 9.1 και 9.2

Από τον Πίνακα 9, προκύπτει η θετική συσχέτιση της ενημέρωσης για τη νόσο και των οδηγιών για τη θεραπεία. Από το 50,3% των ερωτηθέντων, το 58,8% ήταν πολύ ενημερωμένο τόσο για τη νόσο όσο και για τις οδηγίες για τη θεραπεία, από το 36,9% των ερωτηθέντων, το 50% ήταν πλήρως ενημερωμένο για τη νόσο και αρκετά ενημερωμένο για τις οδηγίες για τη θεραπεία και από το 11,4% των ερωτηθέντων, το 26% ήταν αρκετά ενημερωμένο για τη νόσο και πλήρως για τις οδηγίες για τη θεραπεία.

		10. Ο χρόνος εξέτασης κρίνετε ότι είναι	14. Πόσο συχνά επισκέπτεσθε τον ίδιο ιατρό;
10. Ο χρόνος εξέτασης κρίνετε ότι είναι	Correlation Coefficient		-,208*
	Sig. (2-tailed)		,010
	N		150
14. Πόσο συχνά επισκέπτεσθε τον ίδιο ιατρό;	Correlation Coefficient	-,208*	
	Sig. (2-tailed)	,010	
	N	150	

Πίνακας.10: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 10, 11, 12, 13, 14 και 15 του ερωτηματολογίου

Από τον πίνακα 10, φαίνεται η αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση του πως κρίνουν το χρόνο εξέτασης και στην ερώτηση του πόσο συχνά επισκέφτονται τον ίδιο

ιατρό (Spearman's rho= -0,208, p<0,010). Αυτή η συσχέτιση θα μπορούσε να μας οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι δεν καταφεύγουν στον ίδιο ιατρό γιατί ενδεχομένως κρίνουν το χρόνο εξέτασης λίγο ή μη αρκετό, άρα ενδεχομένως δεν είναι ικανοποιημένοι από τον ιατρό. Αν όμως συνυπολογίσουμε ότι το 76,7% επιλέγει το ίδιο Παθολόγο και μόλις το 23,3% όχι τον ίδιο Παθολόγο, ότι το 51,7% επιλέγουν όπως προαναφέρθηκε τον ίδιο ιατρό και το 45,6% συχνά τον ίδιο ιατρό, τότε οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι μάλλον ανεξαρτήτως της εμπιστοσύνης στο πρόσωπο του ιατρού, είναι διατεθειμένοι να αλλάξουν ιατρό εάν ο χρόνος εξέτασης δεν είναι ικανοποιητικός και ίσως αυτό εξηγεί και τη γενικότερη διάθεση των ασφαλισμένων για επισκέψεις σε περισσότερους ιατρούς.

		15. Πηγαίνετε πάντα στον ίδιο παθολόγο ιατρό του ΙΚΑ;		Total
		Ναι	Όχι	
13. Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο επισκεφτήκατε παθολόγο ιατρό του ΙΚΑ;	,00	0 0%	3 100,0%	3 100,0%
	1,00	4 66,7%	2 33,3%	6 100,0%
	2,00	25 69,4%	11 30,6%	36 100,0%
	3,00	63 82,9%	13 17,1%	76 100,0%
	4,00	19 79,2%	5 20,8%	24 100,0%
	7,00	1 100,0%	0 0%	1 100,0%
Total		112 76,7%	34 23,3%	146 100,0%

Πίνακας 11: Συχνότητες και Σχετικές Συχνότητες του συνδιασμού των ερωτήσεων 13 και 15

Από τον πίνακα 11, φαίνεται η θετική συσχέτιση των ερωτήσεων 13 (Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο επισκεφτήκατε ιατρό του ΙΚΑ) και 15 (Πηγαίνετε πάντα στον ίδιο Παθολόγο ιατρό του ΙΚΑ). Από τη θετική αυτή συσχέτιση φαίνεται ότι η επίσκεψή τους δύο (69,4%), τρεις (82,9%) και τέσσερις (79,2%) φορές το χρόνο στον ίδιο Παθολόγο, αντικατοπτρίζει την εμπιστοσύνη και την ικανοποίησή τους από τον εν λόγω ιατρό του ΙΚΑ.

	16.1 Συμπεριφορά	16.2.Εξυπηρέτηση	16.3.Νοσηλευτική Πράξη(έργο)	16.4.Κατανόηση:
--	------------------	------------------	------------------------------	-----------------

20. Η εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού είναι:	Correlation Coefficient	-,540**	
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	133	

Πίνακας.13: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 18, και 20 του ερωτηματολογίου

Από τον Πίνακα 13, διακρίνεται η αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη λειτουργία της διοικητικής υπηρεσίας του ΙΚΑ και της εξυπηρέτησης από το διοικητικό προσωπικό (Spearman's rho= -0,540, p<0,001).

• 8.4. ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

		22.1	22.2	22.3
22.1.Ευγένεια	Correlation Coefficient		-,512**	,435**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N		141	141
22.2.Κατανόηση	Correlation Coefficient	-,512**		-,329**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	141		149
22.3.Εξυπηρέτηση	Correlation Coefficient	,435**	-,329**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	141	149	

Πίνακας.14: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 22.1, 22.2 και 22.3 του ερωτηματολογίου

Στον Πίνακα 14 έγινε συσχέτιση κατά την τηλεφωνική εξυπηρέτηση της ευγένειας, της κατανόησης και της εξυπηρέτησης. Φαίνεται λοιπόν η αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ευγένεια του προσωπικού και στην κατανόηση κατά την τηλεφωνική επικοινωνία των ασφαλισμένων (Spearman's rho= -0,512, p<0,001) καθώς και η αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην κατανόηση και στην εξυπηρέτηση (Spearman's rho= -0,329, p<0,001). Θετική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη ευγένεια και στην εξυπηρέτηση (Spearman's rho= 0,435, p<0,001)

• 8.5. ΚΤΗΡΙΑΚΗ ΚΑΙ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

		23.2	23.3
23.2. Το κτήριο	Correlation Coefficient		,495**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N		150
23.3. Τον εξοπλισμό	Correlation Coefficient	,495**	
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	150	

Πίνακας.15: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 23.2, 23.3, 23.4, 23.5 και 23.6 του ερωτηματολογίου

Από τον Πίνακα 15, όπου έγινε συσχέτιση της κτηριακής και ξενοδοχειακής υποδομής ως προς το κτήριο, τον εξοπλισμό, τη σήμανση, την καθαριότητα και την τοποθεσία (χωροθέτηση), βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στο κτήριο και στον εξοπλισμό (Spearman's rho= 0,495, p<0,001).

• **8.6 ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

		24.1	24.2	24.3
24.1. Πώς αξιολογείτε τις υπηρεσίες	Correlation Coefficient		,271**	,187*
	Sig. (2-tailed)		,001	,022
	N		149	149
24.2. Πώς αξιολογείτε το προσωπικό	Correlation Coefficient	,271**		
	Sig. (2-tailed)	,001		
	N	149		
24.3. Πώς αξιολογείτε τις υποδομές	Correlation Coefficient	,187*		
	Sig. (2-tailed)	,022		
	N	149		

Πίνακας.16: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 24.1, 24.2, και 24.3 του ερωτηματολογίου

Στον Πίνακα 16, έγινε συσχέτιση της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, της αξιολόγησης του προσωπικού και της αξιολόγησης των υποδομών. Προέκυψε λοιπόν θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αξιολόγηση των υπηρεσιών και στην αξιολόγηση του προσωπικού (Spearman's rho= 0,271, p<0,001) ενώ θετική ήταν και η συσχέτιση ανάμεσα στην αξιολόγηση των υπηρεσιών και στην αξιολόγηση των υποδομών (Spearman's rho= 0,187, p<0,022).

• **8.7 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

		26	29	32
26. Ηλικία	Correlation Coefficient		-,796**	-,638**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N		137	150
29. Επίπεδο Εκπαίδευσης	Correlation Coefficient	-,796**		,652**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	137		137
32. Ποια πιστεύετε ότι είναι η κατάσταση υγείας σας;	Correlation Coefficient	-,638**	,652**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	150	137	

Πίνακας 17: Συσχετίσεις των ερωτημάτων 26, 29, και 32 του ερωτηματολογίου

Από τον Πίνακα 17, φαίνεται η αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στο επίπεδο εκπαίδευσης (Spearman's rho= -0,796, p<0,001) καθώς και η αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στο πως πιστεύουν οι ίδιοι ότι είναι η κατάσταση της υγείας τους (Spearman's rho= -0,638, p<0,001). Θετική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στο πως πιστεύουν οι ίδιοι ότι είναι η κατάσταση της υγείας τους (Spearman's rho= 0,652, p<0,001). Να θυμίσουμε ότι το 80,9% είναι το πολύ απόφοιτοι λυκείου και ότι καλή θεωρεί την κατάσταση της υγείας του το 30,2% και μέτρια το 53,7%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς έχει αναδειχθεί, στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και των ειδικών αναγκών υγείας (Sitzia; Wood., 1997). Σύμφωνα με τον Donabedian (Donabedian A., 1997) η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας (Wave et al., 1983).

Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με: α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία, β) τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος, γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Sitzia; Wood., 1997).

Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενούς συναρτάται άμεσα με τον βαθμό κατά τον οποίον οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει (Ross et al., 1994).

Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η κατανάλωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας εξαρτάται εν μέρει από την ευαισθησία του ατόμου στην αρρώστια, καθώς επίσης από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το φύλο (Ashford J., Pearson G., 1970), η οικογενειακή κατάσταση (Ashford J., Pearson G., 1970), το επίπεδο εκπαίδευσης (Ashford J., Pearson G., 1970, Rahe R. et al, 1970), το επάγγελμα και άλλα κοινωνικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά (Morrell D.C., 1972). Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι και ίδιος ο ιατρός μπορεί να επηρεάσει την κατανάλωση (Balint M., 1974), αλλά και το οργανωτικό μοντέλο μέσω του οποίου καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Έχει φανεί ωστόσο ότι σημαντικοί παράμετροι ικανοποίησης αποτελούν και το επίπεδο της νοσηλευτικής υπηρεσίας (ενδιαφέρον, κατανόηση, εξυπηρέτηση, ενημέρωση) αλλά τόσο και το επίπεδο λειτουργίας της διοικητικής υπηρεσίας όσο και η υλικοτεχνική υποδομή.

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος μας η πλειονότητά τους ήταν γυναίκες σε ποσοστό 60,0% όπου και δικαιολογείται λόγω της μεγαλύτερης χρήσης υπηρεσιών υγείας από τις γυναίκες στην Ελλάδα. Η μέση ηλικία των ασθενών που απάντησαν είναι 53,6 έτη, με ελάχιστη την ηλικία των 22 ετών και μέγιστη την ηλικία των 75 ετών. Το γεγονός, επίσης, ότι η ηλικιακή κλάση άνω των 65 ετών έδωσε το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων (34,2%) είναι αναμενόμενο διότι τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα υγείας και, συνακόλουθα, καταφεύγουν συχνότερα στις υπηρεσίες υγείας (διεθνώς, περίπου τα 2/3 των επισκέψεων

διεξάγονται από άτομα τρίτης ηλικίας). Στο θέμα της ηλικίας του δείγματος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ηλικιωμένοι έχουν συνήθως υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης, που συχνά υπερβαίνει το 85% (Νιάκας Δ, Γαρδέλλης Χ., 2000).

Η κατά απασχόληση ανάλυση των ατόμων του δείγματος έδειξε ότι οι συνταξιούχοι και οι απασχολούμενοι με τα οικιακά (αθροιστικά 55,1%) εμφανίζουν μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων σε σχέση με τους εργαζόμενους (33%). Οι τελευταίοι καταναλώνουν λιγότερο υπηρεσίες υγείας, γεγονός που δικαιολογείται από το νεαρό της ηλικίας τους και το υψηλότερο κόστος ευκαιρίας του χρόνου τους. Μια επίσκεψη ενός εργαζόμενου στις υπηρεσίες υγείας, σημαίνει πλην των άλλων απώλεια χρόνου που αποτιμάται σε εισόδημα, κάτι που δεν ισχύει στον ίδιο βαθμό για τον συνταξιούχο. Επιπρόσθετα, τα υψηλά ποσοστά κατανάλωσης των υπηρεσιών από τους συνταξιούχους παραπέμπουν αυτόματα στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς και στην ανάγκη που έχουν για συνταγογραφία σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Παράλληλα, όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση που αντιστοιχεί στα χαρακτηριστικά του γενικού πληθυσμού η πλειοψηφία των ερωτηθέντων του δείγματος ήταν έγγαμοι ασθενείς (72,5%) και έπονται άγαμοι (10,1%) και χήροι (10,1%) ενώ οι διαζευγμένοι αποτελούν το 7,4% του δείγματος. Επίσης, διαπιστώνεται ότι τα γενικά δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων είναι στα πλαίσια των γενικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού στην Ελλάδα. Το 83,9%, έχει γεννηθεί στην Ελλάδα ενώ το υπόλοιπο 19% σε άλλη χώρα, ένα καθόλου ευκαταφρόνητο ποσοστό, αν σκεφτούμε το μεγάλο μέγεθος των μεταναστών που υπάρχουν στην χώρα μας.

Με βάση το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα έχουν άτομα της χαμηλότερης βαθμίδας. Άξιο παρατήρησης είναι το γεγονός ότι το 80,9% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι το πολύ απόφοιτοι Λυκείου. Ήταν αισθητή επομένως η απουσία προσέλευσης ατόμων με ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση.

Ός προς την ασφαλιστική σχέση του δείγματος, η πλειοψηφία (84,5%) των ατόμων που επισκέφθηκαν τα ιατρεία του ΙΚΑ είναι άμεσα ασφαλισμένοι (εργαζόμενοι και συνταξιούχοι) και οι υπόλοιποι έμμεσα (μέλη οικογενείας των εργαζομένων και συνταξιούχων).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση του υψηλού ποσοστού που δηλώνει μέτρια υγεία (53,7 %) και από καλή (30,2%) έως πολύ καλή (0,7%). Μόνο το 15,4% πιστεύει ότι έχει κακή υγεία. Θετική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στο πώς πιστεύουν οι ίδιοι ότι είναι η κατάσταση της υγείας τους. Από την έρευνα το 80,9 % είναι το πολύ απόφοιτοι λυκείου.

Ός γνωστό, το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού είναι διεθνώς από τα υψηλότερα. Από αντίστοιχες μελέτες στο γενικό πληθυσμό διαπιστώθηκε ότι το 80 % των ανδρών και το 60 % των γυναικών θεωρούν την υγεία τους καλή (Τσαμανδουράκη Κ. Και συν., 1992), ενώ σε πληθυσμό εργαζομένων σε νοσοκομείο του λεκανοπεδίου, το 11,3% θεωρούσε την υγεία του εξαιρετική, το 47,2 % πολύ καλή, το 28,6 % καλή, το 10,8 % μέτρια και το 2,2 % κακή. (Tountas et al., 2001).

Από άλλη παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ΙΚΑ Αττικής, οι ασφαλισμένοι δήλωσαν ότι έχουν καλή υγεία με ποσοστό 51,2 %, μέτρια 36,7 % και

μόνο 10,4 % θεωρεί ότι έχει κακή υγεία. Να σημειωθεί ότι οι τέσσερις μονάδες του ΙΚΑ που επιλέχθηκαν εξυπηρετούν περιοχές με σχετικά εύπορους πληθυσμούς μέσου και ανώτερου βιωτικού επιπέδου καθώς και επιπέδου μορφώσεως (Τούντας Γ, 2007). Συγκριτικά λοιπόν με τα αποτελέσματα του επιπέδου υγείας άλλων μελετών φαίνεται ότι υπάρχει μια μικρή επιβάρυνση του επιπέδου υγείας των χρηστών στην περιοχή κάλυψης του ΙΚΑ Ελευσίνας και ίσως αυτό να οφείλεται τόσο στην περιβαλλοντική επιβάρυνση του Θριασίου πεδίου λόγω ανάπτυξης μεγάλων βιομηχανικών μονάδων όσο και στο χαμηλό έως μέσο βιωτικό επίπεδο.

Αναφορικά με τον λόγο επίσκεψης των ασθενών στο ΙΚΑ, θα πρέπει να υπογραμμιστεί το μεγάλο ποσοστό (57,05%) που δηλώνει ως λόγο επίσκεψης τη συνταγογραφία. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει την εδραιωμένη πεποίθηση ότι οι μισές επισκέψεις στις υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ αφορούν σε συνταγογραφία. Αντιθέτως, έρευνα που διεξήχθη σε άλλα υποκαταστήματα ΙΚΑ στο κέντρο της Αθήνας έδειξε ότι το 25,6% προσήλθε αποκλειστικά για συνταγογράφηση και ότι ο κύριος λόγος επίσκεψης ήταν η εξέταση (Τούντας και συν, 2003).

Τα αποτελέσματα της ερώτησης για την συχνότητα επίσκεψης στο ΙΚΑ φαίνονται παρακάτω. Από τους 149 ασθενείς που απάντησαν, 86 (57,7%) έρχονται στο ΙΚΑ πολύ συχνά (πάνω από 10 φορές τον χρόνο), 22 (14,8%) προσέρχονται πολύ σπάνια (1-2 φορές τον χρόνο), σπάνια (3-5 φορές τον χρόνο) έρχονται στο ΙΚΑ 19 (12,8%), 16 (10,7%) έρχονται συχνά (6-10 φορές τον χρόνο) και τέλος 6 (4%) ασθενείς έρχονται μόνο περιστασιακά.

Ο μέσος όρος κατά κεφαλή τον χρόνο επισκέψεων ταυτίζεται με τις γενικότερες έρευνες των κατά κεφαλήν επισκέψεων ανά χρόνο, όπως και ότι αυτές οι επισκέψεις αναφέρονται κύρια σε μεγαλύτερης ηλικίας πληθυσμό. Διεθνώς πάντως οι πολλές επισκέψεις δεν ανταποκρίνονται απαραίτητα και στην καλή ικανοποίηση. (Fitzpatrick P., 1990).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (76,5%) απάντησε ότι η πρόσβαση στο Ι.Κ.Α. είναι πολύ εύκολη, ένα ποσοστό της τάξης του 20,1% απάντησε ότι προσέρχεται με μικρή δυσκολία και μόλις το 3,4% των ερωτηθέντων απάντησε ότι η πρόσβαση γίνεται με μεγάλη δυσκολία.

Οι περισσότεροι εκ των ασφαλισμένων προσέρχονται στο Ι.Κ.Α. Ελευσίνας με ιδιωτικό μέσο μεταφοράς (44,3%), το 25,5% χρησιμοποιεί δημόσιο μέσο μεταφοράς όπως το λεωφορείο ενώ το 12,8% άλλο μέσο μεταφοράς όπως το ταξί και ένα ποσοστό της τάξης του 17,4% προσέρχεται με τα πόδια .

Τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων (66,4%) χρειάζονται κάτω από δεκαπέντε λεπτά για να προσέλθουν στο Ι.Κ.Α. Ελευσίνας, δεκαπέντε έως τριάντα λεπτά χρειάζεται το 26,2% των ερωτηθέντων και ένα ποσοστό 7,4% απάντησε ότι χρειάζεται από τριάντα έως εξήντα λεπτά για να προσέλθει.

Από τις ερωτήσεις του χρόνου προσέλευσης και του μέσου μεταφοράς διαπιστώθηκε ότι οι ασφαλισμένοι δεν αντιμετωπίζουν γενικώς πρόβλημα στην πρόσβαση γεγονός που μας κάνει να πιστεύουμε ότι αυτό οφείλεται τόσο στην ρημοτομία της περιοχής, στη καλή γεωγραφική θέση του ΙΚΑ Ελευσίνας στην

κοινότητα ως προς τους οδικούς άξονες της πόλης και στην καλή σύνδεση του με τα μέσα μεταφοράς.

Όπως είναι γνωστό οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να βρίσκονται στο σωστό μέρος και να παρέχονται στον ασθενή όταν τις χρειάζεται (Donabedian 1989). Γι' αυτό το λόγο η προσπελασιμότητα αποτελεί πάντοτε κεντρικό στόχο κάθε πολιτικής υγείας. Ένα σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται κοινωνικά δίκαιο μόνο όταν διασφαλίζει σε όλες τις κοινωνικές ομάδες ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες του. Σε κάθε περίπτωση όμως πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, οι χρονίως πάσχοντες και οι οικονομικά αδύνατοι, έτσι ώστε να μην αποκλείονται από τις υπηρεσίες υγείας.

Μία άλλη παράμετρος που εξετάστηκε κατά την έρευνα μας ήταν ο χρόνος αναμονής για την εξέταση των χρηστών. Στην ερώτηση αυτή το 59,7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι θεωρεί πολύ το χρόνο αναμονής για την εξέτασή τους, το 26,8% θεώρησε το χρόνο της αναμονής κανονικό και το 13,4% απάντησε ότι θεωρεί πως ο χρόνος της αναμονής είναι λίγος. Το μεγάλο ποσοστό της μη ικανοποίησης από τον χρόνο αναμονής για την εξέταση αναδεικνύει τον προβληματισμό που υπάρχει ως προς την έγκαιρη ή μη εξυπηρέτηση των χρηστών.

Μια εξήγηση ίσως είναι, όπως έχει φανεί και σε άλλο σημείο της έρευνας, η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το μεγάλο ποσοστό συνταγογράφησης, η μη σωστή κατά συνέπεια διαλογή των περιστατικών και η αναγκαστική εξυπηρέτηση των χρηστών από το ίδιο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο χρόνος αναμονής αποτελεί έναν από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Roth Ta, 1998). Αυτό πρέπει να μας προβληματίσει γιατί ενώ η πρόσβαση σε όλους τους ασφαλισμένους είναι πάρα πολύ εύκολη στο ΙΚΑ Ελευσίνας αυτό δεν συνοδεύεται και από μείωση του χρόνου αναμονής για εξέταση κάτι θα μπορούσε να αυξήσει το ποσοστό ικανοποίησης.

Η συνέχεια στη φροντίδα αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στόχο κάθε πολιτικής υγείας, ιδιαίτερα σήμερα που το σύστημα υγείας έχει αναπτυχθεί σε ένα δαιδαλώδη και πολύπλοκο οργανισμό. Η διασφάλιση συνέχειας στις σχέσεις ιατρού - ασθενή και στη θεραπευτική αγωγή προσδίδει ποιότητα στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι εκεί όπου εξασφαλίζεται υψηλού βαθμού συνέχεια μέσω επανειλημμένων επισκέψεων του ασθενή στον ίδιο ιατρό, αναπτύσσεται αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ ιατρού και ασθενή, με συνέπεια τη σε βάθος κατανόηση του προβλήματος και το υψηλής ποιότητας αποτέλεσμα (Breslau et al, 1976).

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι όσον αφορά τη συνέχεια στην φροντίδα ένα μεγάλο ποσοστό (76,7%) επισκέπτεται τον ίδιο παθολόγο ιατρό, ενώ το 23,3% δεν το έκανε. Αυτό είναι κάτι το οποίο δείχνει την συνέχεια της φροντίδας από τον συγκεκριμένο πρωτοβάθμιο φορέα. Το 51,4% επισκέπτεται παθολόγο ιατρό του ΙΚΑ τρεις φορές το χρόνο, το 16,4% τέσσερις φορές το χρόνο και επτά φορές το χρόνο το 1,4%. Η συνέχεια της φροντίδας αναδεικνύεται και από το γεγονός ότι το 51,7% επισκέπτεται πολύ συχνά τον ίδιο ιατρό του ΙΚΑ και το 45,6% συχνά τον ίδιο ιατρό. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό των ασφαλισμένων που δεν επισκέπτεται πολύ συχνά τον ίδιο ιατρό (0,7%) και 2,0% των ασφαλισμένων σπάνια επισκέπτεται τον ίδιο ιατρό.

Επιπλέον, η συνέχεια στη φροντίδα αναδεικνύεται και από τη θετική συσχέτιση

που βρέθηκε ανάμεσα στην ενημέρωση για τη νόσο και την ευγένεια, το ενδιαφέρον και την εξυπηρέτηση, ανάμεσα στις οδηγίες για τη θεραπεία και την εξυπηρέτηση, ανάμεσα στο ενδιαφέρον και την ευγένεια όπως και την κατανόηση. Όσον αφορά ενδεικτικά α) την ενημέρωσή τους από τους θεράποντες ιατρούς για τη νόσο που τους απασχολεί, οι ασφαλισμένοι απάντησαν σε ποσοστό 34,2% ότι ενημερώθηκαν αρκετά, σε ποσοστό 56,4% ότι ενημερώθηκαν πολύ και σε ποσοστό 9,4% ότι ενημερώθηκαν πλήρως, β) τις οδηγίες για τη θεραπεία πολύ ενημερώθηκε το 50% και πλήρως το 11,5%, γ) την ευγένεια πολύ ικανοποιημένοι ήταν το 27% και πλήρως το 12,2%, δ) από το ενδιαφέρον πολύ ικανοποιημένοι ήταν το 50% και πλήρως το 5,4%, ε) από την κατανόηση αρκετά ικανοποιημένοι ήταν το 43%, πολύ ικανοποιημένοι το 25,5% και πλήρως το 10,7%, στ) από την εξυπηρέτηση πολύ ικανοποιημένο ήταν το 36,9% και πλήρως το 6,7%. Σε αντίστοιχη μελέτη που αφορούσε τέσσερα ΙΚΑ του κέντρου της Αθήνας, η πλειονότητα των ερωτηθέντων (51,2%) απάντησε ότι ήταν μετρίως ικανοποιημένοι από τις ιατρικές υπηρεσίες του ΙΚΑ, πολύ το 31,4%, 4,8% λίγο και καθόλου το 8,9% (Τούντας και συν, 2003).

Αν εξετάσει κάποιος τα παραπάνω ποσοστά θα θεωρήσει ότι υπάρχει απόλυτη εμπιστοσύνη στους ιατρούς του ΙΚΑ. Από τους ερωτηθέντες ωστόσο απάντησαν ότι εμπιστεύονται τους ιατρούς του Ι.Κ.Α. σε ποσοστό 30,6% ενώ το 55,8% απάντησε ότι προτιμούν να επισκέπτονται ιδιώτες ιατρούς. Μόλις το 13,6% απάντησε ότι επισκέπτεται ιατρούς του ασφαλιστικού τους φορέα. Το 46,7% επισκέπτεται ιδιώτη ιατρό 2-3 φορές το χρόνο, το 10,0% ότι επισκέπτεται 4-5 φορές το χρόνο και πάνω από 5 φορές το χρόνο απάντησε ότι επισκέπτεται το 10,0%.

Η ανάπτυξη της ιδιωτικής ιατρικής είναι ιδιαίτερα μεγάλη στην χώρα μας, που χαρακτηρίζεται από 'ιατρικό πληθωρισμό'. Μάλιστα το ποσοστό ίσως να ήταν μεγαλύτερο εάν το δείγμα της μελέτης προέρχονταν όχι μόνο από τους χρήστες που επισκέφτηκαν τυχαία το ΙΚΑ κατά το χρονικό διάστημα που διεξάγονταν η έρευνα αλλά από το σύνολο των χρηστών του ΙΚΑ. Τα ποσοστά ιδιωτικής επίσκεψης πρέπει να θεωρηθούν υψηλά και δείχνουν τις αδυναμίες και τα προβλήματα που παρουσιάζει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και ειδικότερα το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Κάτι τελευταίο που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι, από τους χρήστες του ΙΚΑ που ερωτήθηκαν, το 69,1% θεωρεί το χρόνο εξέτασης μέτριο και το 30,9% λίγο. Αυτή η παράμετρος ίσως δείχνει ένα ακόμα λόγο μη ικανοποίησης για τον οποίο οι ασφαλισμένοι καταφεύγουν στους ιδιώτες ιατρούς.

Αναφορικά με την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων έδειξαν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση των νοσηλευτών σε ποσοστό 46,3%, σε ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό που ανέρχεται στο 53,7% οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές πραγματικά παράγουν έργο αλλά και ένα πολύ μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 49,7% αποδεικνύει την αρκετή κατανόηση που δείχνουν οι νοσηλευτές προς τους ασθενείς.

Παρά τα μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών από το νοσηλευτικό προσωπικό, οι ίδιοι πιστεύουν (86,6%) ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί για τις ανάγκες του ΙΚΑ. Η αριθμητική ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού σε συσχέτιση με την ικανοποίηση των ασθενών υποδηλώνει τον αυξημένο φόρτο εργασίας που αντιμετωπίζει το προσωπικό αυτό, που συχνά δεν αναγνωρίζεται από τους

υπευθύνους φορείς. Θ πρέπει ωστόσο να γίνει αντιληπτό από τους υπεύθυνους ότι όπως φαίνεται από όλες τις έρευνες διεθνώς υπάρχει μεγάλη συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών και του επιπέδου υψηλής φροντίδας. Διεθνώς η ικανοποίηση των χρηστών είναι υψηλή εκεί όπου υπάρχει εξατομικευμένη φροντίδα, ποιότητα στην φροντίδα εμπειρία και κατάρτιση των νοσηλευτών και καλό οργανόγραμμα στην νοσηλευτική υπηρεσία (Μερκούρης Α. και Ανδρεάδη Α., 2009). Φαίνεται λοιπόν ότι παρά την ικανοποίηση από την νοσηλευτική πράξη και το έργο από τους χρήστες μένουν ακόμα να γίνουν διορθώσεις προς την βελτιστοποίηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δύο νοσοκομεία της Αττικής (εξειδικευμένο και δημόσιο) η επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό αξιολογήθηκε ως άριστη και πολύ καλή με ποσοστό 80% (κατανοητές και επαρκείς ιατρικές οδηγίες, προθυμία και κατανόηση) και με το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογήθηκε ως 83 % (κατανόηση, προθυμία, ενημέρωση για τις νοσηλευτικές πράξεις), (Πολύζος Ν. και συν., 2005). Συγκρινόμενα λοιπόν τα ποσοστά ικανοποίησης της παρούσας μελέτης σε σχέση με τα παραπάνω αποτελέσματα ικανοποίησης των παραπάνω νοσοκομείων, δείχνουν ότι υπάρχει ακόμα αρκετός δρόμος που πρέπει να καλυφθεί στον άξονα της ικανοποίησης.

Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών πλην της διεύθυνσης αφορούσε στη α) λειτουργία β) συμπεριφορά γ) εξυπηρέτηση. Όπως φαίνεται σε γενικές γραμμές οι εντυπώσεις από τις διοικητικές υπηρεσίες ήταν καλές σε ποσοστό της τάξεως του 36,5%.

Από το έργο της διεύθυνσης του ΙΚΑ αρκετά ικανοποιημένοι δήλωσε το 32,2%, πολύ το 13,4% και πλήρως το 16,8%. Αρκετά ικανοποιημένο από την ευγένεια ήταν το 36,2% , τη κατανόηση το 26,8% (να σημειωθεί το ποσοστό 40,9% που δήλωσε λίγο ικανοποιημένο) και από την εξυπηρέτηση το 37,6%.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω ποσοστά κατανοούμε ότι υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης. Ανάλογη έρευνα που διενεργήθηκε σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής για τις ίδιες παραμέτρους των διοικητικών υπηρεσιών και της διεύθυνσης ανέφερε ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών της τάξεως του 35% (Παπαγιαννοπούλου Β. και συν., 2008).

Συγκρινόμενα όμως τα ποσοστά ικανοποίησης από τις διοικητικές υπηρεσίες αλλά και τη διεύθυνση σε σχέση με άλλη έρευνα που έγινε σε ένα εξειδικευμένο και ένα δημόσιο νοσοκομείο της Αττικής όπου στις παραμέτρους εξυπηρέτηση, ευγένεια, κατανόηση, το εξειδικευμένο νοσοκομείο έχει ποσοστά ικανοποίησης από 89% έως 91% και το Δημόσιο από 73% έως 77%, φαίνεται ότι τα ποσοστά μας να μεν δείχνουν ότι κυμαίνονται στα ίδια πλαίσια ορισμένων δημοσίων νοσοκομείων αλλά ότι ο στόχος θα πρέπει να είναι τα διοικητικά πρότυπα εξίσου άλλων δημοσίων ή εξειδικευμένων νοσοκομείων (Πολύζος και συν., 2005). Στην αξιολόγηση των υπηρεσιών οι ασφαλισμένοι δείχνουν μέτρια ικανοποίηση (42,3%), και καλή 18,1% ενώ πολύ καλή 6,7%. Σε αντίστοιχη έρευνα σε τέσσερα παραρτήματα ΙΚΑ της Αθήνας το 67,2% αξιολόγησε τις παρεχόμενες υπηρεσίες από καλές έως μέτριες και το 17,4% πολύ καλές (Τούντας και συν., 2003). Από την ικανοποίηση των ασφαλισμένων του ΙΚΑ Ελευσίνας από το προσωπικό γενικώς, προκύπτει ότι στο 40,3% το αξιολογούν καλό, στο 49,7% μέτριο και στο 10,1% κακό. Επίσης, άξιο λόγου είναι το υψηλό ποσοστό 65,8% των ασφαλισμένων οι οποίοι εξέφρασαν έντονη τη δυσαρέσκεια τους για τις υποδομές του

κτιρίου. Να αναφερθεί ότι στη μελέτη της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε Παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008) και από την ερευνητική εργασία << Η ικανοποίηση των ασθενών από την νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης της ευρύτερης περιοχής Αθηνών >>, από τους Σουλιώτης και συν (2002), βρέθηκε ότι η δυσαρέσκεια από τα δημόσια νοσοκομεία σχετίζεται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την καθαριότητα των χώρων και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη αποδείχθηκε χρήσιμο εργαλείο στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων από το ΙΚΑ Ελευσίνας. Η ευρύτερη εφαρμογή τέτοιου είδους ερωτηματολογίων σε αυτούς που επιλέγουν τα παραρτήματα του ΙΚΑ για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και με κατάλληλες τροποποιήσεις και σε αυτούς που δεν τα επιλέγουν, μπορούν να βοηθήσουν στο σχεδιασμό και την οργάνωση ενός αποτελεσματικού και αξιόπιστου δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Μία διάσταση της έρευνας που επιβεβαιώθηκε είναι η διαφαινόμενη συσχέτιση της κοινωνικής τάξης - βιοτικού επιπέδου και της εκφρασμένης ικανοποίησης από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας θεωρούνται συγκρίσιμα με άλλες έρευνες του παρελθόντος που αφορούσαν παραρτήματα του ΙΚΑ του κέντρου της Αθήνας. Θα ήταν ωστόσο καλό να συγκριθούν τα αποτελέσματα μας με εκείνα μελλοντικών ερευνών σε αντίστοιχα παραρτήματα του ΙΚΑ αλλά και Πρωτοβάθμιων φορέων υγείας τόσο του κέντρου όσο και της περιφέρειας.

Η ικανοποίηση από το παράρτημα του ΙΚΑ Ελευσίνας κυμαίνεται σε μέτρια έως καλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού κυρίως νοσηλευτικού προσωπικού, την σήμανση των χώρων και τον εξοπλισμό, τη χωροθέτηση του κτιρίου για την εξυπηρέτηση των ασθενών και την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού.

Κρίνεται ιδιαίτερα απαραίτητη η ανάπτυξη μιας πλατφόρμας διοίκησης για την εφαρμογή των νέων μεθόδων και εργαλείων προγραμματισμού, οργάνωσης και λειτουργίας. Αυτό που πρέπει να είναι ξεκάθαρο είναι ότι ο ασθενής είναι στο επίκεντρο κάθε αλλαγής στο σύστημα υγείας άρα ο τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πρέπει να έχει δύο βασικούς στόχους, τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πολίτη και την ικανοποίησή του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Βασικός άξονας για τη βελτίωση της ικανοποίησης από τον πρωτοβάθμιο φορέα του ΙΚΑ κρίνεται η μελλοντική ενίσχυση της εξατομικευμένης φροντίδας ως προς την αύξηση του χρόνου εξέτασης, τον περιορισμό του χρόνου αναμονής προς εξέταση, την στελέχωση με έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό, την καλύτερη οργάνωση της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας.

Ο στόχος της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών θα επιτευχθεί μέσα από μία ενοποιημένη δομή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας όπου ο κάθε τομέας θα αποτελεί έναν απαραίτητο κρίκο συνέχειας στη φροντίδα υγείας. Μόνο

μέσα από ολοκληρωμένα συστήματα διαβάθμισης συνεχόμενου ελέγχου ποιότητας, ανεξαρτήτου ασφαλιστικού φορέα, θα μπορέσει να γίνει εφικτή μία ενιαία πλατφόρμα υγείας όπου οι πολίτες θα έχουν τόσο την ίδια πρόσβαση στην υγεία όσο και στην ποιότητα υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ Ι.Κ.Α ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ

Με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των επισκεπτών του ΙΚΑ, σας παρακαλούμε να απαντήσετε στις ερωτήσεις που ακολουθούν. Οι απαντήσεις σας θα είναι ανώνυμες, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για στατιστική ανάλυση, και δεν θα επηρεάσουν με κανένα τρόπο τη φροντίδα σας στο ΙΚΑ. Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ

1. Για ποιο λόγο επισκέπτεστε συνήθως το ΙΚΑ;

Προληπτικούς λόγους.... Χρόνιο πρόβλημα υγείας.....Έκτακτο πρόβλημα

υγείας.....Συνταγογραφία...Γραφή Εξετάσεων (μικροβιολογικές κ.α.)
...Ενεσοθεραπεία..., Εξέταση από επιτροπή.....Άλλο τι;

2. Πόσο συχνά επισκέπτεστε το ΙΚΑ για προβλήματα υγείας;

Πολύ συχνά (πάνω από 10 φορές το χρόνο)....., Συχνά (6-10 φορές το χρόνο)...., Σπάνια (3-5 φορές το χρόνο)...., Πολύ σπάνια (1-2 φορές το χρόνο)....., Μόνο για κάποιο έκτακτο περιστατικό.....

ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ

3. Πόσο εύκολα μπορείτε να φτάσετε στο ΙΚΑ; Πολύ εύκολα....., Με μικρή δυσκολία....., Με μεγάλη δυσκολία ¹

4. Τι μέσο χρησιμοποιείτε συνήθως για να έρθετε στο ΙΚΑ; Ιδιωτικό αυτοκίνητο....., ταξί...., λεωφορείο....., περπάτημα,άλλο....

5. Πόση ώρα κάνετε να φτάσετε στα ιατρεία του ΙΚΑ; Έως 15 λεπτά....., Από 15'-30'.....¹, Από 30'-60'.....

6. Ο χρόνος αναμονής για την εξέταση σας πιστεύετε ότι είναι: Πολύς....., Κανονικός....., Λίγος.....

ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

7. Ποιες ιατρικές ειδικότητες έχετε χρησιμοποιήσει στο ΙΚΑ;

Παθολόγο Ναι Ί Όχι , ΊΟδοντίατροΝαι Ί Όχι.....,Καρδιολόγο Ναι Ί Όχι.....,
Πνευμονολόγο Ναι Όχι....., Οθροπεδικό Ναι....., Όχι....
Παιδίατρο Ναι..., Όχι....., Χειρουργό Ναι..., Όχι...
Δερματολόγο-Αφροδισιολόγο Ναι....., Όχι.....,Ω.Ρ.Λ.: Ναι....., Όχι....
Ουρολόγο Ναι..., Όχι..., Γυναικολόγο Ναι Ί Όχι Ί
Οφθαλμίατρο Ναι....., Όχι....

8. Ποιες ιατρικές ειδικότητες θα θέλατε επιπλέον να υπάρχουν;

Γενικό ιατρό Ναι....., Όχι..... Μικροβιολόγο Ναι....., Όχι.....,
Νευρολόγο Ναι Ί Όχι....., Ψυχίατρο Ναι Ί Όχι.....,
Γαστρεντερολόγο Ναι..., Όχι... , Ακτινολόγο Ναι..., Όχι....

9. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το ιατρικό προσωπικό

Ενημέρωση για τη νόσο: Καθόλου....., Λίγο..., Αρκετά....., Πολύ..., Πλήρως.....
Οδηγίες για τη θεραπεία: Καθόλου....., Λίγο..., Αρκετά....., Πολύ..., Πλήρως.....
Ευγένεια: Καθόλου....., Λίγο..., Αρκετά....., Πολύ..., Πλήρως.....
Ενδιαφέρον: Καθόλου....., Λίγο..., Αρκετά....., Πολύ..., Πλήρως.....
Κατανόηση: Καθόλου....., Λίγο..., Αρκετά....., Πολύ..., Πλήρως.....
Εξυπηρέτηση: Καθόλου....., Λίγο..., Αρκετά....., Πολύ..., Πλήρως.....

10. Ο χρόνος εξέτασης κρίνετε ότι είναι:Πολύς....., Μέτριος....., Λίγος....

11. Έχετε εμπιστοσύνη στους ιατρούς του ΙΚΑ ή προτιμάτε για τα προβλήματα υγείας να προσφεύγετε στους ιδιώτες γιατρούς;

Εμπιστεύομαι τους ιατρούς του ΙΚΑ....., Επισκέπτομαι τους ιδιώτες ιατρούς.....,

Απευθύνομαι στα Ιατρεία ασφαλιστικού μου φορέα, Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ.....

12. Πόσες φορές το χρόνο καταφεύγετε σε ιδιώτη ιατρό; Καμιά....., Μία φορά το χρόνο..., 2-3 φορές το χρόνο..., 4-5 φορές το χρόνο....., Πάνω από 5 φορές το χρόνο....

13. Πόσες φορές τον τελευταίο χρόνο επισκεφτήκατε παθολόγο ιατρό του ΙΚΑ;
.....

14. Πόσο συχνά επισκέπτεσθε τον ίδιο ιατρό; Πολύ συχνά....., Συχνά....., Όχι πολύ συχνά....., Σπάνια....., Δεν απαντώ.....

15. Πηγαίνετε πάντα στον ίδιο παθολόγο ιατρό του ΙΚΑ; Ναι....., Όχι.....

16. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το νοσηλευτικό προσωπικό

Συμπεριφορά: Καθόλου....., Λίγο..., Αρκετά..., Πολύ..., Πλήρως...

Εξυπηρέτηση: Καθόλου....., Λίγο..., Αρκετά..., Πολύ..., Πλήρως...

Νοσηλευτική Πράξη(έργο): Καθόλου....., Λίγο..., Αρκετά..., Πολύ..., Πλήρως...

Κατανόηση: Καθόλου....., Λίγο..., Αρκετά..., Πολύ..., Πλήρως...

17. Θεωρείτε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί για τις ανάγκες του ΙΚΑ
Ναι..... Όχι

;

ΔΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

18. Από τη λειτουργία της διοικητικής υπηρεσίας του ΙΚΑ είστε: Καθόλου Ικανοποιημένος-η...., Λίγο ικανοποιημένος...., Αρκετά ικανοποιημένος...., Πολύ ικανοποιημένος...., Πλήρως ικανοποιημένος...., Δεν ξέρω/δεν απαντώ....

19. Η συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού είναι : Άριστη..., Καλή..., Μέτρια..., Κακή...., Απαράδεκτη

20. Η εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού είναι: Άριστη..., Καλή..., Μέτρια..., Κακή...., Απαράδεκτη

21. Είστε ικανοποιημένοι από το έργο της διεύθυνσης του ΙΚΑ, σε θέματα που αφορούσαν

A. Την καλή λειτουργία του ΙΚΑ.-την εξυπηρέτησης σας;

B. Την διευθέτηση ζητημάτων που ενδεχομένως σας προέκυψαν;

Καθόλου Ικανοποιημένος-η...., Λίγο ικανοποιημένος...., Αρκετά ικανοποιημένος...., Πολύ ικανοποιημένος...., Πλήρως ικανοποιημένος...., Δεν ξέρω/δεν απαντώ....

Ϊ

22. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την τηλεφωνική επικοινωνία του ΙΚΑ για πληροφορίες;

Ευγένεια: Καθόλου....., Λίγο....., Αρκετά....., Πολύ..., Πλήρως...

Κατανόηση: Καθόλου....., Λίγο....., Αρκετά....., Πολύ..., Πλήρως...

Εξυπηρέτηση: : Καθόλου....., Λίγο....., Αρκετά....., Πολύ..., Πλήρως...

ΚΤΗΡΙΑΚΗ ΚΑΙ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

23. Πώς κρίνετε

Το περιβάλλον του κτηρίου: Απαράδεκτο...., Κακό..., Μέτριο...., Καλό...., Πολύ καλό...

Το κτήριο :Απαράδεκτο...., Κακό..., Μέτριο...., Καλό...., Πολύ καλό...

Τον εξοπλισμό:Απαράδεκτο...., Κακό..., Μέτριο...., Καλό...., Πολύ καλό...

Τη σήμανση:Απαράδεκτη...., Κακή..., Μέτρια...., Καλή...., Πολύ καλή...

Τη καθαριότητα των χώρων:Απαράδεκτη...., Κακή..., Μέτρια...., Καλή...., Πολύ καλή...

Την τοποθεσία του κτηρίου (χωροθέτηση) για την εξυπηρέτηση των ασθενών:Απαράδεκτη...., Κακή..., Μέτρια...., Καλή...., Πολύ καλή...

24. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη συνολική εικόνα του ΙΚΑ:

Πώς αξιολογείτε τις υπηρεσίες: Καθόλου...., Λίγο...., Αρκετά...., Πολύ...., Πλήρως....

Πώς αξιολογείτε το προσωπικό: Καθόλου...., Λίγο...., αρκετά...., Πολύ...., Πλήρως...

Πώς αξιολογείτε τις υποδομές: Καθόλου...., Λίγο..., Αρκετά..., Πολύ...., Πλήρως...

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

25. ΦΥΛΟ : Άνδρας : Γυναίκα :

26. ΗΛΙΚΙΑ :

27.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Συνταξιούχος....., Εργασία γραφείου....., Οικιακά..., Εμπόριο..., Ιδιωτικός Υπάλληλος..., Δημόσιος Υπάλληλος....., Χειρωνακτική Εργασία....., Αγροτική Εργασία....

28. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Έγγαμος/η....., άγαμος/η..., Χήρος/α..., Διαζευγμένος/η..., Σε διάσταση....

29. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ : Λίγες γραμματικές γνώσεις (1- 2 έτη).....,Απόφοιτος Δημοτικού....., Απόφοιτος Γυμνασίου....., Απόφοιτος Λυκείου....., Απόφοιτος ΤΕΙ....., Απόφοιτος Πανεπιστημίου....., Μεταπτυχιακές Σπουδές ¹

30.Ποια είναι η εθνικότητα σας;

31.Τί είδους ασφαλισμένος/η του ΙΚΑ είστε; Άμεσος/η....., Έμμεσος/η.....

32.Ποια πιστεύετε ότι είναι η κατάσταση υγείας σας;

Πολύ καλή....., Καλή....., Μέτρια..., Κακή..., Πολύ κακή.....

Σας ευχαριστούμε και πάλι για τη βοήθεια σας. Αν θέλετε να προσθέσετε κάποιο σχόλιο ή παρατήρηση πάνω στη λειτουργία του ΙΚΑ, μπορείτε να το κάνετε παρακάτω.

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdellah, F.G. & Levine, E. (1957). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing Research*, 5(3), 100-108.
- Andaleeb, S.S. Siddiqui, N. Khandakar, S. (2007). Patient Satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22, 263-273.
- Ashford J., Pearson G., (1970), *Who uses the health services and why?* *Journal of Royal Statistical Society* (A0, 133, p.295-357.
- Balint M., (1974), *The doctor, his patients and the illness*. Pitman Medical, London.
- Bicking, C. & Gryna, F.M. (1979). Process control by statistical methods. In JM. Juran (Ed), *The Quality control Handbook*. New York: McGraw-Hill.
- Bosanquet N., Leese B., *Family doctors and economic incentives*. 1989, Dartmouth Publishing Company, England.
- Breslau N., Haug M., (1976), *Service delivery structure and continuity of care: a case study of pediatric practice in process of reorganization*. *J. Health Soc. Behav.*, 17, p. 339
- Cleary, P.D. & Edgman-Levitan, S. (1997). Health care quality: incorporating consumer perspectives, *JAMA*, 278, 1608-12.
- Cleary, P.D. (2003). A hospitalization from hell: A patient's perspective on quality. *Ann Intern Med*, 138(1), 33-39.
- Crow, R. Gage, H. Hampson, S. Hart, J. Kimber, A. Storey, L. Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 32(6).
- Crow, R. Storey, L. Page, H. (2003). The measurement of patient satisfaction: implications for health service delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature. *Health Technology Assessment*, 6(32).
- Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.
- Donabedian A., (1997), "The quality of care: How can it be assessed?", *Arch*
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Anne Arbor. Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 1743-48. Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114, 14-16.
- Donabedian A., (1989), *Institutional and professional responsibilities in quality assurance*. *Quality Assurance in Health Care*, Vol.1, No.1, p.3-11
- Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114, 14-16.
- Econimist (2008). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*.

- Finkelstein, B.S. Singh, J. Silvers, J.B. Neuhauser, D. Rosenthal, G.E. (1998). Patient and hospital characteristics associated with patient assessments of hospital obstetrical care. *Medical Care*, 36(8), AS68-AS78.
- Fitzpatrick P., 1990. Measurement of patient satisfaction. In: Hopkins A, Curtis S (eds) *Measuring the outcomes of medical care*. King's Fund, London, 1990.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887- 889.
- Fray J., (1986), *Economics, Politics and Society in Primary Health Care 2000*, Churchill Livingstone, London
- Hall, J.A. & Milburn, M.A. (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models. *Health Psychology*, 17(1), 70-75.
- Hall, J.A. Dornan, M.C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine*, 6, 811-818.
- Hargraves, J.L. Wilson, I.B. Zaslavsky, A. James, C. Walker, J.D. Rogers, G. Cleary, P.D. (2001). Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Medical Care*, 39(6), 635-641.
- Huygen F. J. A., (1990), *Family medicine: The medical life history of families*. Royal College of General Practitioners, London.
- Irish Society for Quality & Safety in Healthcare. (2003). *Measurement of patient satisfaction – Guidelines*. Health Strategy Implementation project 2003. Dublin: Irish Society for Quality in Healthcare.
- Jackson, J.L. Chamberlin, J. Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. 52, 609-620.
- Johansson, P. Oleni, M. Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*, 16(4), 337-344.
- Joy, L. & Malay, M. (1992). Evaluation instruments to measure professional nursing practice. *Nursing Management*, 23(7), 73-77.
- Juran, J.M. & Gryna, F.M. (1988). *The Quality control Handbook*. New York: McGraw-Hill.
- Kotler, P. (2003). *Marketing Management*. Eleventh Edition. New Jersey: Prentice Hall International Editions.
- Laschinger, H.S. Hall, L.M. Pedersen, C. Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *J Nurs Care Qual*, 20(3), 220-230.
- Lim, G.H. McMaster, F. Molina, J. Seow, E. Heng, B.H. (2009). Patient satisfaction in an observation unit: the consumer assessment of health providers and systems hospital survey. *Emergency Medicine Journal*, 26(8), 586-589.
- Louton I. S. L., (1983), The origins of the general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, Vol.33, p.13-18.
- Mc Murray A (1993) , *Community Health Nursing*. 2nd Edition Churchill Living Stone, Melbourne. pp 4-7, 29-36
- Meterko, M., Nelson, E.C. & Rubm, H.R. (1990). Patient judgments of hospital quality. Report of a pilot study. *Medical Care Supplement*, 28(9).
- Morrell D.C., (1972), *Symptom interpretation in general practice*. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, Vol.22, p. 297-309.
- Morrell d. c., (1991), Role of research in development of organization and structure of general practice. *BMJ*, Vol. 302, p.1313-1316.
- Nelson, A.R. (1996). *Measuring Performance and Improving Quality*. London: Sterling. Ng, C.W. Lim, G.H. McMaster, F. Molina, J. Seow, E. Heng, B.H. (2009). Patient satisfaction in an observation unit: the consumer assessment of health providers and systems hospital survey. *Emergency Medicine Journal*, 26(8), 586-589.
- Niakas, D. Gnardellis, C. Theodorou, M. (2004). Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research*, 17 (1), 62-69.

- N Leeuwenhorst European Working Party, (1977), The General Practitioner in Europe in Royal College of General Practitioners (1978). Some aims for training in general practice. Occasional Paper 6, Royal College of General Practitioners, London.
- Papanikolaou, V. Ntani, Sp. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548-561.
 - Pappa, E. Niakas, D. (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, 6, 146.
- Pereira Gray D., (1978). Feeling at home. *Journal of the Royal College of General Practitioners.*, Vol. 28,p.6-16
- Quintana, J.M. Gonzalez, N. Bilbao, A. Aizpuru, F. Escobar, A. Esteban, C. San-Sebastian, J.A. De-la-Sierra, E. Thomson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Health Services Research*, 6, 102-111.
- Rahe R., Gunderson E., Ransom J., (1970), *Demographic and psychosocial factors in acute illness reporting*. *Journal of chronic diseases*, 23, p. 245-255.
- Risser, H.L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs. Res.* 24, 45-52.
 - Rosenheck, R. Wilson, N.J. Meterko, M. (1997). Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment. *Psychiatric Services*, 48(12), 1553-1561.
- Ross C., Frommelt G., Hazelwood L., Chang R., (1994), “The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed), *Health Care marketing Foundation for managed quality*”, Gaithersburg, MD, Aspen: 55-69.
- Roth Ta, (1998) ,Schoolcraft M. Patient satisfaction. The survey says... *Nurs Case Manag* 1998, 3:184-189 quiz; 190-191
- Royal College of General Practitioners, (1985), *What Sort of Doctor? Assessing Quality of Care in General Practice*. Report from General Practice p.23.
- Sangsiry, S. (2005). Pharmacy patient –reported satisfaction with health care services offered by health plans, health clinics and pharmacies. *Drug Benefit Trends*, 17(1), 38-49.
 - Scotto, F De Ceglie, A. Guerra, V. Misciagna, G. Pellecchia, A. (2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal*, 114(2), 86-97.
 - Sitzia, J. Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*. 45(12), 1829-1843.
- Stanhope M, Lancaster J (1992) *Community Health Nursing. Process and Practice for Promoting Health*. 3rd Edition Mosby, St Louis. Pp 34-44.
- Tavana, M. Mohebbi, B. Kennedy, D.T. (2003). Total quality index: a bench-marking tool for total quality management. *Benchmarking: An International Journal*, 10(6), 507-527.
 - Thi, P.L. Briancon, S. Empereur, F. Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science and Medicine*, 54(4), 493-504.
- Tountas Y., Aga E., Houliara L., Povic., (2001), “Quality of the personal of the Hellenic Network of Health Promoting Hospitals”, Poster Presentation of the 9th International Conference of Health Promoting Hospitals, Copenhagen.
- Van Es J.C.,(1986) Netherlands, in *Primary Health Care 2000*, Churchill Livingstone, London.
- Virgo, K.S. Piry, J.R. Valentine, M.P. Denner, D.R. Ryan, G. Risk, N.K. Price, R.K. (2007). Access, Quality and Satisfaction with care: Concerns of Vietnam Veterans. *Research in the Sociology of Health Care*, 24, 17-40.
- Watkin B.,(1975), *Documents on Health and Social Services 1834 to the Present Day.*, Methuen, London.
- Wave J., Snyder M., Wright R., Davies A., (1983), “ Defining and measuring patient satisfaction with medical care”, *Evaluation and Program Planning*, 6:247-263.
- WHO. (1993). *Continuous Quality Development: A Proposal National Policy*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (www.euro.who.int).
 - Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38(4), 509-516.

- Woodward, J.L. (2009). Effects of rounding on patient satisfaction and patient safety on a medical-surgical unit. *Clinical Nurse Specialist*, 23(4), 200-206.
- Yellen, E. Davis, G.C. Ricard, R. (2002). The measurement of patient satisfaction. *J Nurs Care Qual*, 16(4), 23-29.
- Young, G.J. Meterko, M. Desai, K.R. (2000). Patient satisfaction with hospital care: Effect of demographic and institutional characteristics. *Medical Care*, 38(30), 325-334.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναλυτής (2007). Το πρόβλημα, οι στόχοι και προτεινόμενα εργαλεία για τη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος.
Αργυριάδου Σ., Θεοδώρου Μ., Θηραϊός Ε., Κατελίδου Δ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Καμπριάνη Ε., Κατοστάρας Θ., Κουρέα-Κρεμαστινού Τ., Λιαρόπουλος Λ., Μεράκου Κ., Πολίτης Θ., Σίσκου Ο., Τούντας Γ., Τσάμη Ν., Φαραστέλη Ο., (2005), Θεωρία και Πρακτική της ΠΦΥ.
- Βουρλούμης Π. (2005). "Το ασφαλιστικό με απλά λόγια", Δεύτερη έκδοση, Αθήνα 2005.
Δοξιάδης Σ., (1988), Η εκπαίδευση του οικογενειακού γιατρού και η παροχή ολοκληρωμένης περίθαλψης: Η οικογενειακή ιατρική ως ξεχωριστή ειδικότητα. *Ιατρική*, 53, σελ 371-374
Θεοδώρου Μ., Σίσκου Ο., Κατελίδου Δ., Φαραστέλη Ο., Λυκούργος Λ., (2005) Η Οργάνωση και διοίκηση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Βαρδουλη. Θεοδώρου Μ., (1993), Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική διερεύνηση δύο προτύπων οργάνωσης οικογενειακού ιατρού.
Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Συστήματα Υγείας 2001, Εκδόσεις Παπαζήση.
Θεοδώρου Μ., (1993), Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική διερεύνηση δύο προτύπων οργάνωσης οικογενειακού ιατρού.
Θηραϊός Ε. (2005) ,Οι ιατρικές ειδικότητες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
Ιωσηφίδης Ι. Α., (1988), Οικογενειακή και Κοινωνική Ιατρική: μια κοινωνική και οικονομική θεώρηση, *Ιατρική* 53, σελ 375-379.Καλογεράκη Α. (2007). Συγκριτική μελέτη μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες. Η περίπτωση των ασθενών των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου και ΑΧΕΠΑ». Διπλωματική Εργασία. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
Κατοστάρας Θ., (1994), Οικονομική αξιολόγηση φροντίδας υγείας, Πανεπιστημιακές παραδόσεις, Διαπανεπιστημιακό-Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Ειδίκευση: Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.
- Καλογεράκη Α. (2007). Συγκριτική μελέτη μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες. Η περίπτωση των ασθενών των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου και ΑΧΕΠΑ». Διπλωματική Εργασία. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, (1976), Πρόγραμμα αναπτύξεως 1976-80:Υγεία: έκθεση ομάδας εργασίας. Αθήνα.
- Κέπεντζης Σ., Γκογκόσης Κ., Νιάκας Δ. (2004). Διερεύνηση της Ικανοποίησης ΑΑσθενών και των Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής. Στο Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Επιμέλεια Νιάκας Δ. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce. Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.
- Κουμανδράκη Α., Θεοδώρου Μ., Κατελίδου Δ. (2004). Ικανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου». *Νοσηλευτική*, 43(2), 237-245.
- Κυριόπουλος Ι. Δράκου Ι. Κτενάς Ε. & Γεωργούση Ε. (1993). Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα. *Επιθεώρηση Υγείας*, 44, 300-306.
- Λαζάρου Π.Ν. (2001). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, 12(68), 23-24.

- Λαναράς (2004). " Η ασφάλιση στο ΙΚΑ, Ασφάλιση-Εισφορές-Παροχές-Περίθαλψη-Συντάξεις", Αθήνα.
 - Λιακοπούλου Ε. (2008). Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο «Χατζηκώστα». Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων: Τμήμα Οικονομικών Επιστημών.
Λιαρόπουλος Λ (2003) *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας*. Πανεπιστημιακές παραδόσεις. Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής, σελ 72-80
 - Μερκούρης Α. (1996). Διδακτορική διατριβή: Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αθήνα.
 - Μερκούρης Α., Οζουνίδου Α., Μουδερίδου Δ., Ρουμπή Μ., Ζουγρής Π., Λεμονίδου Χ. (2001). Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο, *Νοσηλευτική*, 3, 74–84.
Μπουκάρου Ε., (2002), Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην τοπική μονάδα υγείας του υποκαταστήματος ΙΚΑ Αγίων Αναργύρων, *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Διπλωματική εργασία*.
 - Νιάκας Δ. & Γναρδέλλης Χ. (2000). Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας. *Ιατρική*, 77, 464-470.
 - Νόμος 1397/1983 Εθνικό Σύστημα Υγείας ΦΕΚ 143Α / 7-10-1083.
Παπαγιαννοπούλου Β, Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ., (2008), *Μέτρηση της ιακνοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής*, *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 25(1): 73-82
 - Παπανικολάου Β. & Σιγάλας Ι. (1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 56, 248-256.
 - Παπανικολάου Β. (2007). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
 - Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι. (2004). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(3), 284-295.
Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι., (2005), *Αρχεία της ελληνικής ιατρικής 2005*, 22(3):284-295
 - Πρόβopoulos (1985) " Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση –Το πρόβλημα του ΙΚΑ", *Επίκαιρα θέματα*:2, Αθήνα.
 - Προβόπουλος Γ. (1987). " Κοινωνική Ασφάλιση", Αθήνα.
 - Ραφτόπουλος Β. & Οικονομοπούλου Χ. (2003). Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις Υπηρεσίες φροντίδας υγείας. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*, 48(2), 84-94.
 - Σιγάλας Ι. (1999). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Στο : *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις* (σελ. 15–97). Τόμος Δ~, Πάτρα: Εκδ. Ε.Α.Π.
 - Σολωμός (1999). Η κοινωνική ασφάλιση σε μετάβαση, *Απολογιστικά δεδομένα της πενταετίας 1994-1998*, Αθήνα. Σουλιώτης Κ., Δολγερός Α., Κοντός Δ., Οικονόμου Χ., (2002), Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερης περιοχής Αθηνών, *Primary Health Care*, Vol.14, Number 3, 114-118.
 - Τούντας Γ. (2008). *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσεύς/Νέα Υγεία.
Τούντας Γ., (2007), «Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού 1997-2006», Αθήνα.
 - Τούντας Γ. (2003α). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 20(5), 532-546.
Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρη Α., 2003, *Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες*. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής 2003*, 20(5): 497-503
Τσαμανδουράκη Κ., Αλαμάνος Ι., Τούντας Ι., (1992), «Μελέτη νοσηρότητας και χρήσης Υπηρεσιών Υγείας στο Δήμο Αργυρούπολης Αττικής», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 1992, 9:91-96.
 - Τσιριντάνη Μ. Γιοβάνης, Α. Μπινιώρης, Σ. Γούλα, Α. (2010). Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών. *Νοσηλευτική*, 49(1), 40-52.
- Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, (1981), Το Νομοσχέδιο, Μέτρα προστασίας της υγείας, Αθήνα.

Φιορέτος Μ., (1990), Η οργάνωση της Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής σε επίπεδο περιφέρειας.