



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ταμείο Υγείας της Τράπεζας της Ελλάδος (Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.). Στρατηγικές βελτίωσης στην διοίκησης μονάδων υγείας κλειστού τύπου.

ΟΝΟΜ/ΝΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:

Πριοβόλου - Γιανναροπούλου Ευθυμία

ΟΝΟΜ/ΝΟ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ:

Νιάκας Δημήτριος

Αθήνα

Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή/της φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



«Αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ταμείο Υγείας της Τράπεζας της Ελλάδος (Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.). Στρατηγικές βελτίωσης στην διοίκησης μονάδων υγείας κλειστού τύπου»

ΠΡΙΟΒΟΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΙΒΛΕΨΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΝΙΑΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΣΥΝ-ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΠΑΠΠΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΑΘΗΝΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2026

Περίληψη

Εισαγωγή: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί θεμέλιο λίθο κάθε συστήματος υγείας, καθώς συνδέεται άμεσα με την καθολική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, την κοινωνική ευημερία και την οικονομική εξέλιξη μιας χώρας. Στην Ελλάδα, παρά τις διαδοχικές μεταρρυθμίσεις, ιδιαίτερος κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων, η Π.Φ.Υ. εξακολουθεί να αντιμετωπίζει διαρθρωτικές αδυναμίες, κατακερματισμό υπηρεσιών με αποτέλεσμα τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης ασθενών και την ολόένα και μεγαλύτερη πίεση που ασκείται στις νοσοκομειακές δομές. Τα Αυτοδιαχειριζόμενα Ταμεία Υγείας, όπως το Αλληλοβοηθητικό Ταμείο Περιθάψεως Συλλόγου Υπαλλήλων Τραπεζής Ελλάδος (Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε), αποτελούν έναν ιδιαίτερο θεσμό του ελληνικού συστήματος υγείας, με χαρακτηριστικά που δυνητικά επιτρέπουν την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών και την ενίσχυση της επιχειρησιακής αποδοτικότητας.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που παρέχονται από το Αλληλοβοηθητικό Ταμείο Περιθάψεως Συλλόγου Υπαλλήλων Τραπεζής Ελλάδος (Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.) κατά την περίοδο 2010–2024. Παράλληλα, διερευνάται η ικανοποίηση των ασφαλισμένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των Πολυϊατρείων του Ταμείου ενώ στο τέλος προτείνονται στρατηγικές βελτίωσης για τη διοίκηση μονάδων υγείας κλειστού τύπου.

Υλικό-Μέθοδος: Στο πρώτο μέρος της έρευνας αξιοποιούνται ήδη υπάρχοντα δεδομένα στους επίσημους απολογισμούς του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. για τα έτη 2010–2024 και πραγματοποιείται ποσοτική ανάλυσή τους. Υπολογίστηκαν οκτώ σύνθετοι ποσοτικοί δείκτες αποδοτικότητας, παραγωγικότητας και κόστους (επισκέψεις ανά ιατρό, επισκέψεις ανά μέλος προσωπικού, λειτουργική δαπάνη ανά επίσκεψη, συνολική δαπάνη ΠΦΥ ανά επίσκεψη, νοσήλια ανά ασφαλισμένο, φαρμακευτική δαπάνη ανά ασφαλισμένο, επισκέψεις ανά ασφαλισμένο, δείκτης αξιοποίησης ιατρών) αλλά και ποσοτικούς δείκτες αξιολόγησης της οικονομικής αποδοτικότητας, της λειτουργικής επίδοσης και της κάλυψης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Στο δεύτερο μέρος πραγματοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα ικανοποίησης ασθενών με τη χρήση ερωτηματολογίου σε δείγμα 164 ασφαλισμένων. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS, χρησιμοποιώντας πενταβάθμια κλίμακα Likert, περιγραφική στατιστική, δείκτη αξιοπιστίας

Cronbach's Alpha και συγκριτικές αναλύσεις βάσει κοινωνικό -δημογραφικών χαρακτηριστικών και υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι ικανοποίησης ανά κατηγορία (φύλο, τύπο ασφάλισης, ηλικιακή ομάδα, θεματική διάσταση).

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των δεικτών αποδοτικότητας ανέδειξε ως πιο αποδοτική περίοδο τα έτη 2013–2016, με υψηλή επισκεψιμότητα, χαμηλό κόστος ανά επίσκεψη και υψηλή παραγωγικότητα ιατρών. Από το 2022 και έπειτα καταγράφεται έντονη αύξηση νοσηλίων (+58,3% έναντι 2015) και φαρμακευτικής δαπάνης (+41,1% στη δεκαετία), χωρίς ανάλογη αύξηση επισκέψεων, γεγονός που επιβαρύνει τη βιωσιμότητα του Ταμείου. Αναφορικά με την ικανοποίηση, ο συνολικός μέσος όρος ανήλθε σε 4,47/5 (Cronbach's Alpha = 0,961), δείχνοντας εξαιρετικά υψηλό επίπεδο ικανοποίησης. Οι υψηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στην ευγένεια και προθυμία νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, ενώ σχετικά χαμηλότεροι μέσοι όροι εμφανίστηκαν στους χρόνους αναμονής και στις εγκαταστάσεις αίθουσας αναμονής. Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά φύλο, τύπο ασφάλισης ή ηλικία.

Συμπεράσματα: Το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης ασφαλισμένων καθιστά το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. ένα αποτελεσματικό κλειστό σύστημα υγείας με ισχυρή κοινωνική διάσταση. Ωστόσο, η γήρανση των ασφαλισμένων, η αύξηση των χρόνιων νοσημάτων και το αυξανόμενο κόστος νοσηλίων και φαρμάκων με την ταυτόχρονη μείωση των ασφαλισμένων και κατ' επέκταση των εισφορών, αποτελούν σοβαρές προκλήσεις βιωσιμότητας. Παρεμβάσεις, όπως η ενίσχυση της προληπτικής ιατρικής, ο ψηφιακός μετασχηματισμός, ο έλεγχος φαρμακευτικής δαπάνης και η αναβάθμιση των χώρων υποδοχής όχι μόνο μπορούν να διασφαλίσουν την οικονομική σταθερότητα του Ταμείου αλλά να ενισχύσουν την ικανοποίηση των ασφαλισμένων και τέλος να αξιοποιηθούν οι διαθέσιμοι πόροι αποδοτικότερα.

Λέξεις κλειδιά : Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αποδοτικότητα, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ικανοποίηση ασθενών, Αυτοδιαχειριζόμενα Ταμεία Υγείας, Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε., μονάδες υγείας κλειστού τύπου

Abstract

Introduction: Primary Health Care (PHC) constitutes a cornerstone of every health system, as it is directly linked to the universal coverage of the population's health needs, social well-being, and the economic development of a country. In Greece, despite successive reforms, particularly during the period of the economic crisis and the memoranda, PHC continues to face structural weaknesses and fragmentation of services, resulting in low levels of patient satisfaction and increasing pressure on hospital structures. Self-managed Health Funds, such as the Mutual Health Care Fund of the Association of Employees of the Bank of Greece (A.T.P.S.Y.T.E.), constitute a distinctive institution within the Greek health system, with characteristics that may potentially allow for more effective service provision and the enhancement of operational efficiency.

Aim: This study aims to evaluate the efficiency and quality of Primary Health Care (PHC) services provided by the Mutual Health Care Fund of the Association of Employees of the Bank of Greece (A.T.P.S.Y.T.E.) during the period 2010–2024. At the same time, it examines the satisfaction of insured members with the health services provided by the Fund's Polyclinics. Finally, strategies for improvement are proposed for the management of closed-type health care units.

Material – Methods: In the first part of the research, already existing data from the official annual reports of A.T.P.S.Y.T.E. for the years 2010–2024 are utilized and quantitatively analyzed. Eight composite quantitative indicators of efficiency, productivity, and cost were calculated: visits per physician, visits per staff member, operating cost per visit, total PHC expenditure per visit, hospitalization costs per insured person, pharmaceutical expenditure per insured person, visits per insured person, and the physician utilization index. In addition, quantitative indicators were used to assess the economic efficiency, operational performance, and coverage of PHC services. In the second part, primary research on patient satisfaction was conducted using a questionnaire administered to a sample of 164 insured members. The analysis was carried out with the IBM SPSS statistical software, using a five-point Likert scale, descriptive statistics, the Cronbach's Alpha reliability coefficient, and comparative analyses based on socio-demographic characteristics. Mean satisfaction scores were also calculated by category, including gender, type of insurance, age group, and thematic dimension.

Results: The analysis of efficiency indicators identified the years 2013–2016 as the most efficient period, characterized by high visit volume, low cost per visit, and high physician productivity.

From 2022 onwards, a significant increase was recorded in hospitalization costs (+58.3% compared to 2015) and pharmaceutical expenditure (+41.1% over the decade), without a corresponding increase in visits, a development that places additional pressure on the Fund's sustainability. Regarding satisfaction, the overall mean score reached 4.47/5 (Cronbach's Alpha = 0.961), indicating an exceptionally high level of satisfaction. The highest scores were recorded for the courtesy and willingness of the nursing and administrative staff, while relatively lower mean scores were observed in waiting times and waiting room facilities. No statistically significant differences were found by gender, type of insurance, or age.

Conclusions: The high level of satisfaction among insured members establishes A.T.P.S.Y.T.E. as an effective closed health care system with a strong social dimension. However, the ageing of the insured population, the increase in chronic diseases, and the rising cost of hospitalization and pharmaceuticals, combined with the simultaneous decrease in the number of insured members and, consequently, in contributions, constitute serious challenges to sustainability. Interventions such as strengthening preventive medicine, promoting digital transformation, controlling pharmaceutical expenditure, and upgrading reception areas can not only help ensure the Fund's financial stability, but also enhance insured members' satisfaction and support the more efficient use of available resources.

Keywords: Primary Health Care, efficiency, quality of health services, patient satisfaction, self-managed health funds, A.T.P.S.Y.T.E., closed-type healthcare units

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	1
Abstract.....	2
1. Εισαγωγή.....	10
2. Ορισμός και σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	12
2.1 Προκλήσεις της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.....	14
2.2 Ιστορικό και αξιολόγηση των αλλαγών στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	15
2.3 Χαρακτηριστικά της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα σήμερα.....	18
3. Αναγκαιότητα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας Π.Φ.Υ.....	20
3.1 Η έννοια της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας.....	22
3.2 Χαρακτηριστικά ποιότητας υγείας.....	24
3.3 Μέτρηση Ποιότητας.....	25
3.4 Ικανοποίηση των Ασθενών	28
3.5 Μέτρηση Αποδοτικότητας.....	29
4. Ιστορική αναδρομή Αλληλοβοηθητικού Ταμείου Περιθάλψεως Συλλόγου Υπαλλήλων Τραπεζής Ελλάδος	31
4.1 Σκοπός – Ασφάλιση- Πόροι – Παροχές	32
4.2 Ασφαλισμένοι – Δημογραφικά στοιχεία – Ανθρώπινο Δυναμικό Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.....	34
4.3 Λειτουργική Αποδοτικότητα Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.....	35
5. Σκοπός Έρευνας.....	44
5.1 Δείγμα.....	45
5.2 Ερωτηματολόγιο.....	46
5.3 Μεθοδολογία.....	47

6. Αποτελέσματα Έρευνας – Δημογραφικά Στοιχεία.....	49
6.1 Ικανοποίηση Ασφαλισμένων από Παρεχόμενες Υπηρεσίες.....	58
7. Συζήτηση – Στρατηγικές Βελτίωσης.....	68
Βιβλιογραφία.....	73
Παράρτημα Α'.....	78
Παράρτημα Β'.....	82

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: Οικονομικοί Δείκτες και Αποδοτικότητα.....	40
Πίνακας 2: Δαπάνες κατά κεφαλήν ανά κατηγορία (2023-2024).....	40
Πίνακας 3: Εξέλιξη Κύριων Δαπανών (2010-2024).....	41
Πίνακας 4: Δείκτες Λειτουργία και Κάλυψης.....	42
Πίνακας 5: Ανάλυση Φαρμακευτικής Δαπάνης.....	43
Πίνακας 6: Δείκτες Αποδοτικότητας Π.Φ.Υ.(2010-2024).....	43
Πίνακας 7: Περιγραφή Δεικτών.....	44
Πίνακας 8: Δείκτης Cronbach's Alpha.....	60
Πίνακας 9: Πίνακας Απλής Παλινδρόμησης.....	63
Πίνακας 10: Συγκεντρωτικός Πίνακας Αποτελεσμάτων t-test και ANOVA.....	64
Γράφημα 1: Φύλο Συμμετεχόντων.....	49
Γράφημα 2: Ηλικία.....	50
Γράφημα 3: Επαγγελματική Κατάσταση.....	50
Γράφημα 4: Τύπος Ασφάλισης.....	51
Γράφημα 5: Τόπος Κατοικίας.....	52
Γράφημα 6: Οικογενειακή Κατάσταση.....	52
Γράφημα 7: Επίπεδο Εκπαίδευσης.....	53

Γράφημα 8: Ιδιωτική Ασφάλιση.....	54
Γράφημα 9: Λόγος Επίσκεψης.....	54
Γράφημα 10: Συχνότητα Επίσκεψης το τελευταίο 6μηνο.....	55
Γράφημα 11: Διάστημα Μεταξύ Καθορισμένου Ραντεβού και Πραγματοποίηση Επίσκεψης...	56
Γράφημα 12: Παρουσία Χρόνιας Νόσου.....	57
Γράφημα 13: Αυτοαξιολόγηση Υγείας.....	57
Γράφημα 14: Μέσοι όροι ικανοποίησης ανά θεματική διάσταση.....	58
Γράφημα 15: Κατανομή Συνολικής Ικανοποίησης.....	59
Γράφημα 16: Μέσος όρος συνολικής ικανοποίησης ανά φύλο	60
Γράφημα 17: Μέσος όρος συνολικής ικανοποίησης ανά τύπο ασφάλισης.....	61
Γράφημα 18: Μέσος όρος συνολικής ικανοποίησης ανά ηλικιακή ομάδα.....	62

Ακρωνύμια

Π.Φ.Υ. – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Π.Ο.Υ. – Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ο.Ο.Σ.Α – Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Ι.Κ.Α. – Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Ο.Γ.Α. – Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ο.Α.Ε.Ε. – Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

Ο.Π.Α.Δ. – Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

Π.Ε.Δ.Υ. - Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

Ε.Σ.Υ. – Εθνικό Σύστημα Υγείας

Τ.Υ.Π.Ε.Τ. - Ταμείο Υγείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας

Α.Τ.Π.Σ.Υ.ΤΕ. - Αλληλοβοηθητικό Ταμείο Περιθάλψεως Συλλόγου Υπαλλήλων Τραπεζής Ελλάδος

Ε.Δ.Ο.Ε.Α.Π. – Ενιαίος Δημοσιογραφικός Οργανισμός Επικουρικής Ασφάλισης και Περίθαλψης

Σ.Ο.Ε.Λ. – Σώμα Ορκωτών Ελεγκτών Λογιστών

Ο.Α.Τ.Υ.Ε. – Ομοσπονδία Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας Ελλάδος

Ε.Ο.Π.Υ.Υ. - Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Α.Η.Φ.Υ – Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

ΤοΜΥ – Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ε.Ι. – Εξωτερικά Ιατρεία

Τ.Ε.Π. – Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Ε.Ε. – Ευρωπαϊκή Ένωση

Μ.Ε.Θ. – Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

Ο.ΔΙ.Π.Υ. - Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία

Ε.Τ.Ε. – Εθνική Τράπεζα Ελλάδος

A.T.E. – Αγροτική Τράπεζα Ελλάδος

A.I.M. - Association Internationale de la Mutualité

Π..Κ.Α. – Προσχολικό Κέντρο Αθηνών

1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Alma Alta (1978), η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο των συστημάτων υγείας για την επίτευξη της καθολικής κάλυψης υγείας και κατ' επέκταση για την ευημερία της κοινωνίας. Σύμφωνα με τον νόμο Ν.3235/2004, Π.Φ.Υ. ορίζεται το σύστημα παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας που έχει ως θεμελιώδεις αρχές την ισότητα, την καθολική κάλυψη και της ολοκληρωμένη φροντίδα σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο (Σταχτέας και Σταχτέας, 2021).

Στόχος της είναι η διασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας για την κοινωνία, βασιζόμενη στις ανάγκες των πολιτών. Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, από ενημέρωση και πρόληψη έως θεραπεία και αποκατάσταση. Η ενίσχυση των υπηρεσιών ΠΦΥ στοχεύει στην βελτίωση της ισότητας και της πρόσβασης στην υγεία καθώς και στην παροχή συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας. Παράλληλα συμβάλλει στη μείωση των δαπανών υγείας, στην ενίσχυση της παραγωγικότητας του πληθυσμού και στην υιοθέτηση ορθών συμπεριφορών από του λήπτες υπηρεσιών υγείας (WHO, 2019).

Οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ, ούσες θεμελιώδεις για το σύστημα υγείας, βρίσκονται στο επίκεντρο των συζητήσεων και των μεταρρυθμίσεων. Η ανάγκη των πολιτών για αποτελεσματικότητα, ενημέρωση, διαχείριση των προβλημάτων σε συνδυασμό με τη συνεχή αύξηση του κόστους έκαναν την ποιότητα προτεραιότητα όσων ασχολούνται με την οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ορίζεται *«ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας.»* (WHO, 2025). Εξαιτίας του ότι η έννοια της ποιότητας στην υγεία αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία λόγω της πολυπλοκότητας του χώρου και της θεμελιώδους σημασίας του, αναπτύχθηκαν εργαλεία αξιολόγησης των επιδόσεων των υπηρεσιών υγείας και αναδείχθηκαν έννοιες όπως προσβασιμότητα, συνεχιζόμενη και ολοκληρωμένη φροντίδα, πληροφόρηση, διαχείριση πρώτης επαφής κ.α. (Λιονής, Θηραίος και Παπανικολάου, 2016).

Παρότι στην Ελλάδα το 2020 δημιουργήθηκε ένας φορέας για την ποιότητα της φροντίδας και τον Ιανουάριο του 2025 εγκαινιάστηκε η **Εθνική Στρατηγική για την Ποιότητα της Φροντίδας και την Ασφάλεια των Ασθενών (2025–2030)**, εξακολουθεί να μην παρακολουθείται συστηματικά η κλινική αποτελεσματικότητα και τα αποτελέσματα για τους ασθενείς, λόγω της έλλειψης σχετικών δεδομένων και των πληροφοριών που παραμένουν περιορισμένες. Η ικανοποίηση των

ασθενών βρίσκεται ιστορικά μεταξύ των χαμηλότερων στις χώρες υψηλού εισοδήματος. Το 2022, μόλις το 44% του ελληνικού πληθυσμού δήλωσε ικανοποιημένο με τη διαθεσιμότητα ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, κατατάσσοντας την Ελλάδα στην 35η θέση μεταξύ 38 χωρών του ΟΟΣΑ (Kyriopoulos et al., 2025).

Στην Ελλάδα με τον Νόμο 3918/2011 ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος συγχώνευσε τα κύρια ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ) σε ένα. Στη συνέχεια με τον Νόμο 4238/2014 δημιουργήθηκε το Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΕΔΥ), το οποίο ενσωμάτωσε τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Ι.Κ.Α στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), μετατρέποντας τον ΕΟΠΥΥ σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο υπάρχει η περίπτωση τεσσάρων (Τ.Υ.Π.Ε.Τ, Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε., Ε.Δ.Ο.Ε.Α.Π., Σ.Ο.Ε.Λ.) Ταμείων που λειτουργούν με βάση το Αυτοδιαχειριζόμενο πρότυπο. Η Διοίκησή τους εκλέγεται σε τακτά χρονικά διαστήματα από τα μέλη, για να διαχειρίζεται τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, παρέχοντας υπηρεσίες περίθαλψης υγείας, πλήρη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Η οργανωτική σύνδεσή τους γίνεται με την ίδρυση της Ομοσπονδίας Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας Ελλάδος (Ο.Α.Τ.Υ.Ε) το 1995 και με τον Νόμο 3232/12-2-2004 και έπειτα από πρόταση στο Υπουργείο Υγείας από την Ο.Α.Τ.Υ.Ε., τα Ταμεία αυτά αναγνωρίστηκαν ως ισότιμοι οργανισμοί ασφάλισης ασθενείας με το Ι.Κ.Α. και τα λοιπά Δημόσια Ταμεία (atpsyte, nd).

Από μελέτες που έχουν επικεντρωθεί κυρίως στην αξιολόγηση της αποδοτικότητας των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, διαπιστώθηκε ότι τα κέντρα υγείας που εξυπηρετούσαν πληθυσμούς μεταξύ 10.001 και 50.000 κατοίκων ήταν τα πιο αποδοτικά, ενώ μικρότερες μονάδες που εξυπηρετούσαν λιγότερους από 10.000 κατοίκους εμφάνιζαν σημαντικά χαμηλότερη αποδοτικότητα. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι ένα «βέλτιστο μέγεθος πληθυσμού» σε συνδυασμό με την εγγύτητα σε αστικά κέντρα μπορεί να ενισχύσει την επιχειρησιακή αποδοτικότητα (Flokou et al., 2024). Το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε, το οποίο σύμφωνα με τον Απολογισμό του έτους 2024 απαριθμεί 12.059 μέλη (άμεσα – έμμεσα, συνταξιούχοι – εν ενεργεία), θα μπορούσε να λειτουργήσει ως παράδειγμα εφαρμογής καλών πρακτικών. Το πλήθος των ασφαλισμένων του ευνοεί στο να πραγματοποιούνται άμεσα αλλαγές και τροποποιήσεις, να τίθενται σε εφαρμογή νέες στρατηγικές και να αξιολογούνται με μεγαλύτερη ευχέρεια.

2. Ορισμός και σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Τα συστήματα υγείας, σύμφωνα με την παραγωγική διάρθρωσή τους, αναλόγως δηλαδή τις υπηρεσίες που παράγουν, διακρίνονται σε τρεις βαθμίδες την Πρωτοβάθμια (πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας), την Δευτεροβάθμια (νοσοκομειακή φροντίδα) και την Τριτοβάθμια (αντιμετώπιση πολύπλοκων περιστατικών κυρίως από Πανεπιστημιακά νοσοκομεία). Για την διασφάλιση της συνολικής υγείας του πληθυσμού χρειάζεται συνεργασία και διασύνδεση όλων των παραπάνω βαθμίδων (Χρα, 2015).

Η Π.Φ.Υ. απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας του πληθυσμού, αποτελεί την βασική φροντίδα και είναι η πρώτη επαφή των χρηστών με το σύστημα υγείας. Στόχος της είναι η παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας των ατόμων και περιλαμβάνονται υπηρεσίες για την πρόληψη των νοσημάτων, την προαγωγή της υγείας, για θεραπεία και αποκατάσταση. Βασική αρχή λειτουργίας της σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας είναι *«...η δωρεάν καθολική υγειονομικής κάλυψη του πληθυσμού, η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, της προσέγγισης αποκλεισμένων και ευπαθών κοινωνικών ομάδων, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας...»* (Υπουργείο Υγείας, 2017). Περιλαμβάνει τρεις αλληλένδετες παραμέτρους:

1. Ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας που περιλαμβάνουν την πρωτοβάθμια φροντίδα καθώς και τα αγαθά και τις λειτουργίες της δημόσιας υγείας ως κεντρικά στοιχεία.
2. Πολύτομακές πολιτικές και δράσεις για την αντιμετώπιση των γενεσιουργών και ευρύτερων παραγόντων που καθορίζουν την υγεία.
3. Ενδυνάμωση και ενεργή συμμετοχή ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων για αυξημένη κοινωνική συμμετοχή και ενίσχυση της αυτοφροντίδας και της αυτονομίας στην υγεία.

Τέλος αναγνωρίζεται ότι η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου, χωρίς διακρίσεις (WHO, 2025).

Για επιτευχθεί η καθολική κάλυψη υγείας, απαιτείται μια δομική αλλαγή στα συστήματα υγείας η οποία προϋποθέτει την ενεργή συμμετοχή των ατόμων στον σχεδιασμό τους. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορεί να παρέχεται ολιστική φροντίδα και να αντιμετωπίζονται όλοι οι παράγοντες σωματικοί, ψυχικοί και κοινωνικοί που επηρεάζουν την ευημερία και την υγεία των ατόμων σε όλη την διάρκεια της ζωής τους και όχι μόνο η ασθένεια.

Η Π.Φ.Υ. είναι η πιο περιεκτική, δίκαιη, οικονομικά αποδοτική και αποτελεσματική προσέγγιση για τη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας αλλά και της κοινωνικής ευημερίας. Μέσω αυτής γίνεται διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Οι ασθενείς εκπαιδεύονται με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς ως προς την τήρηση των προστατευτικών μέτρων, στην διστακτικότητα απέναντι στον εμβολιασμό αλλά και για την ανάπτυξη της αυτοφροντίδας. Υποστηρίζονται ευάλωτες ομάδες πληθυσμού και παρέχονται υπηρεσίες αποκατάστασης και ανακουφιστικής φροντίδας. Αποτελεί θεμέλιο για τη θωράκιση των συστημάτων υγείας απέναντι σε υγειονομικές κρίσεις, ανιχνεύοντας και αντιμετωπίζοντας επιδημίες, προετοιμάζοντας τα συστήματα υγείας για ανταπόκριση σε αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών και ενισχύοντας τον εμβολιασμό (Λιονής, 2025).

Χαρακτηριστικό είναι ότι λόγω της απουσίας παρεμβάσεων για την ενίσχυσή της πάνω από 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως κινδυνεύουν να πέσουν στη φτώχεια λόγω ιδιωτικών δαπανών υγείας που ξεπερνούν το 10% του οικογενειακού τους προϋπολογισμού. Η ενίσχυσή της σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος θα μπορούσε να σώσει 60 εκατομμύρια ζωές και να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής κατά μέσο όρο κατά 3,7 έτη έως το 2030. Υπολογίζεται ότι το 75% των αναμενόμενων υγειονομικών ωφελειών με βάση τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης μπορεί να επιτευχθεί μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό απαιτεί πρόσθετες επενδύσεις που θα βελτιώσουν την ισότητα και την πρόσβαση, την απόδοση των υπηρεσιών υγείας και τα αποτελέσματα υγείας (WHO, 2025).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Π.Φ.Υ. λειτουργεί ως μηχανισμός παραπομπής (gatekeeping) από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Η αποτυχία σύνδεσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. οδηγεί σε αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση σε δυσарέσκεια του κοινού. Για αυτό τον λόγο έχει αποτελέσει στόχο μεταρρυθμίσεων ανά τις δεκαετίες έχοντας σκοπό την μείωση αλλά και την ορθότερη κατανομή των υγειονομικών δαπανών καθώς και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας.

2.1 Προκλήσεις της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Η Ελλάδα αντιμετωπίζει ένα σύνθετο φάσμα προκλήσεων δημόσιας υγείας. Ο πληθυσμός της γηράσκει ταχύτατα με τις προβλέψεις να δείχνουν ότι έως το 2050, περισσότερο από το ένα τρίτο του ελληνικού πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών, ενώ σχεδόν το 13% θα είναι άνω των 80 ετών. Σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη μείωση των δεικτών γονιμότητας κατατάσσουν τον πληθυσμό της μεταξύ των πιο γερασμένων πληθυσμών στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα αυτοαναφερόμενα χρόνια νοσήματα να έχουν αυξηθεί. Συγκεκριμένα, το 59% των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, το 72,8% των ατόμων 75 ετών και άνω και το 85,3% των ατόμων 85 ετών και άνω δηλώνουν μακροχρόνια προβλήματα υγείας. Η κλιματική αλλαγή και καταγραφή ακραίων καιρικών φαινομένων τα οποία επιδεινώνουν την ποιότητα του αέρα και του νερού, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, έχουν συνδεθεί με περισσότερους από 15.000 θανάτους το 2022.

Ο ελληνικός πληθυσμός παρουσιάζει χαμηλές επιδόσεις σε βασικούς συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, σωματική άσκηση, κατανάλωση αλκοόλ) με την Ελλάδα να καταγράφει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ (25%) όσον αφορά στο κάπνισμα. Τα ποσοστά παχυσαρκίας σε ενήλικες και παιδιά παρουσιάζουν αυξητική πορεία από τη δεκαετία του 1990, συγκαταλέγοντας την χώρα μας στις υψηλότερες θέσεις στην Ευρώπη. Έρευνες έχουν δείξει ότι 41% των παιδιών ηλικίας 5–9 ετών και το 35,3% των εφήβων 10–19 ετών βρίσκονται στα όρια της παχυσαρκίας. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η μακροχρόνια οικονομική κρίση και η συνεχιζόμενη ακρίβεια επιδεινώνουν τις ανισότητες καθώς και την έκθεση σε χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες. Πάνω από το ένα τέταρτο του πληθυσμού διατρέχει κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ σχεδόν το 14% αντιμετωπίζει σοβαρή υλική και κοινωνική στέρηση. Το γεγονός αυτό συνδυαστικά με την αυξημένη μετανάστευση (το 2015 εισήλθαν στην χώρα μας πάνω από 860.000 άτομα) και τις κακές συνθήκες διαβίωσης των μεταναστών επιβαρύνει περαιτέρω τις υγειονομικές δομές (Kyriopoulos et al., 20025).

Λόγω της απουσίας ενός καλά λειτουργικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας και εξαιτίας της πολυδιάσπασης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι ασθενείς συχνά αναζητούν απευθείας υπηρεσίες σε νοσοκομειακά εξωτερικά ιατρεία ή σε τμήματα επειγόντων περιστατικών για περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, με αποτέλεσμα περιττό φόρτο

εργασίας και συνωστισμό στα νοσοκομεία. Απόδειξη των παραπάνω είναι η ύπαρξη ενός μεγάλου ιδιωτικού τομέας παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (211 ιδιωτικές πολυκλινικές, 2.766 διαγνωστικά κέντρα, πάνω από 25.000 ιδιωτικά ιατρεία) γεγονός που φανερώνει ότι τα προβλήματα έχουν οργανωτικό και λειτουργικό χαρακτήρα, με αποτέλεσμα οι πολίτες να καταφεύγουν σε ιδιωτική δαπάνη για υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται δωρεάν από το κράτος. Αυτό συμβάλει στην υπερσυνταγογράφηση και στη ζήτηση που προκαλείται από τους ίδιους τους παρόχους. Φανερό είναι και το έλλειμμα στη διασυνδεδεμένη φροντίδα και κατ' επέκταση στην διασύνδεση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. με εκείνες της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής φροντίδας (Παναγιωτόπουλος, 2015), (Kyriopoulos et al., 20025).

Πρόκληση για τις υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. αποτελούν και οι επαγγελματίες υγείας. Οι γιατροί οι οποίοι ασχολούνται με τις περίθαλψη των ασθενών λειτουργούν χωρίς κατευθυντήριες γραμμές και χωρίς εξειδίκευση στα χρόνια νοσήματα με αποτέλεσμα απλώς να συνταγογραφούν, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει χωρίς υποστήριξη και την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε ο ρόλος του να φύγει από τα όρια του παραδοσιακού. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευσή των επαγγελματιών υγείας θα βοηθήσει να αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας και ενσυναίσθησης. Θα συμβάλλει στην αλλαγή συμπεριφοράς και θα προάγει τις πρακτικές διεπιστημονικής συνεργασίας, με σαφή δέσμευση για την υλοποίηση συγκεκριμένων παρεμβάσεων τα οποία θα είναι προσαρμοσμένες στα σημαντικότερα προβλήματα υγείας του πληθυσμού. Στο ήδη απαιτητικό έργο των επαγγελματιών υγείας προστίθεται και το γεγονός ότι οι ασθενείς στην Ελλάδα είναι δεν αντιλαμβάνονται επαρκώς τους κινδύνους για την υγεία και υπάρχει χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας (Λιονής, 2025).

2.2 Ιστορικό και αξιολόγηση των αλλαγών στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Παγκοσμίως τα συστήματα υγείας δέχονται ολοένα και περισσότερες πιέσεις εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού, της αύξησης των χρόνιων νοσημάτων αλλά και των δημοσιονομικών και υγειονομικών προκλήσεων όπως η οικονομική κρίση και η Covid -19. Στην Ελλάδα οι πιέσεις αυτές δοκιμάζουν την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας και εξαιτίας της απουσίας τη οργάνωσης της Π.Φ.Υ., υπογραμμίζουν ταυτόχρονα τις διαρθρωτικές αδυναμίες και τονίζουν την

ανάγκη τροποποιήσεων ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες ενός πληθυσμού που γηράσκει και με τα συνοδά νοσήματα ολοένα και να πληθαίνουν. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, από την δεκαετία του '80 και έπειτα, η Ελλάδα έχει εφαρμόσει μια σειρά μεταρρυθμίσεων με στόχο τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών και την αντιμετώπιση των προκλήσεων δημόσιας υγείας οι οποίες -αν και κινούνταν προς τη σωστή κατεύθυνση- η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητά τους παραμένει αβέβαιη.

Με τον όρο μεταρρύθμιση, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., εννοούμε την δυναμική διαδικασία στην οποία μέσω της πολιτικής πραγματοποιούνται δομικές και θεσμικές αλλαγές, που έχουν ως στόχο την επίτευξη των επιθυμητών στόχων (WHO, 2000). Άλλοι ορισμοί έχουν δοθεί από τον **A.Cassels** (1995), ο οποίος την περιγράφει ως ένα ευρύ φάσμα αλλαγών των θεσμών, που υλοποιούνται από τις κυβερνήσεις μέσω του καθορισμού προτεραιοτήτων βελτίωσης ενώ οι **Saltman & Figueras** (1997) ορίζουν την μεταρρύθμιση ως μια διαδικασία εις βάθος θεσμικών και δομικών αλλαγών, που καθοδηγείται από την εκάστοτε εξουσία και η οποία έχει καθορισμένους πολιτικού στόχους. Ωστόσο δεν υπάρχει ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός διότι η έννοια «μεταρρύθμιση» έχει προσφάτως εισαχθεί στην πολιτική της υγείας (Κουρής, Σουλιώτης και Φιλαλήθης, 2007).

Με τον **N.1397/1983** ιδρύεται το ΕΣΥ. Είναι ο πρώτος νόμος που στοχεύει στην οργάνωση της ΠΦΥ και ακόμα και σήμερα αποτελεί την βάση με κύριο χαρακτηριστικό την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Για να επιτευχθεί ο στόχος οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο συστήματος μέσω της δημιουργίας Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων καθώς και εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Το γεγονός αυτό δημιούργησε μεγάλες προσδοκίες για την ποιότητα και την ανταπόκριση που θα υπήρχε στις ανάγκες του πληθυσμού. Όμως η πολυδιάσπαση και ο κατακερματισμός των υπηρεσιών της ΠΦΥ οδήγησε τους πολίτες να καταφεύγουν σε ένα μεγάλο ποσοστό σε ιδρύματα δευτεροβάθμιας φροντίδας ενώ τα περιστατικά θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Τα Κέντρα Υγείας παρέμειναν υποβαθμισμένα, υποστελεχωμένα, χωρίς πόρους με αποτέλεσμα τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ να παράγουν το περίπου το 15% της συνολικής ΠΦΥ (Παναγιωτόπουλος, 2015).

Στην συνέχεια και έπειτα από διαβουλεύσεις του Υπουργείου Υγείας με τους κοινωνικούς φορείς, προέκυψε ο **N. 4238/2014** που αφορά στην δημιουργία ενός ενιαίου φορέα του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί υπό τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών. Με τον συγκεκριμένο νόμο προβλέπεται η 24ωρη λειτουργία του δικτύου ΠΕΔΥ ώστε να αυξηθεί η προσβασιμότητα και να εξυπηρετούνται οι ανάγκες των ασθενών. Παράλληλα, καθιερώνεται ο ρόλος του Οικογενειακού Ιατρού ως δομή παροχής Π.Φ.Υ, ο οποίος δύναται να παρέχει υπηρεσίες κατ' οίκον και να λειτουργεί ως σημείο παραπομπής των ασθενών σε άλλους γιατρούς και σε ανώτερα επίπεδα φροντίδας υγείας. Ωστόσο, η ένταξη στον θεσμό αυτό δεν είναι υποχρεωτική καθώς υπάρχει διχογνωμία για το εάν αποτελεί δικαίωμα ή υποχρέωση των πολιτών. Αυτό συνέβη λόγω του διαχρονικά νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος υγείας αλλά και λόγω του ότι στην συνείδηση του ελληνικού πληθυσμού δεν έχει γίνει ακόμα αποδεκτή η σημαντικότητα του θεσμού. Με τον νόμο αυτό ο ΕΟΠΥΥ αποκτά διττό ρόλο και είναι πλέον ο μόνος αγοραστής αλλά και ενιαίος πάροχος υπηρεσιών υγείας. Έτσι δίνεται η δυνατότητα να θέσει οικονομικά και ποιοτικά κριτήρια αλλά και να παρέχει υψηλού επιπέδου παροχές στους ασφαλισμένους του, με μικρό ασφαλιστικό κόστος. Τέλος, θεσπίζεται και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ) ο οποίος θα συμπληρώνεται από τον ιατρό του τοπικού δικτύου ΠΦΥ και θα ενημερώνεται από όσους γιατρούς εξέτασαν τον ασθενή ή προέβησαν σε κάποια θεραπεία. Το μέτρο αυτό εξαιτίας του ότι παρέχει δυνατότητα για ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών, έγινε αποδεκτό ομόφωνα και αναμένεται να μειωθούν οι δείκτες θνησιμότητας από κληρονομικά νοσήματα και νοσήματα που υπάγονται στον προσυμπτωματικό έλεγχο (Σιανή, 2023), (Ποτήρης και Σαράφης, 2014).

Η εκ βάθρων ανασυγκρότηση της Π.Φ.Υ. με γνώμονα το ανθρωποκεντρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών πραγματοποιείται με τον **ν.4486/2017**, η οποία έχει ως απώτερο στόχο τη στήριξη και αναβάθμιση του ΕΣΥ. Ο νόμος αυτός διασφαλίζει το δικαίωμα του πληθυσμού σε δωρεάν και χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες της ΠΦΥ, την διαφάνεια στην διοικητική οργάνωση της ΠΦΥ, την ηλεκτρονική διακυβέρνησή της και την διασφάλιση των δικαιωμάτων και την οικονομική προστασία των χρηστών των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Όμως η πιο σημαντική αλλαγή στην δομή της που επιχειρείται με αυτόν τον νόμο είναι η διάσπασή της σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο εισάγεται ο θεσμός του Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤοΜΥ). Τα Κέντρα Υγείας αναλαμβάνουν μια περιοχή ευθύνης, η οποία ονομάζεται ΤοΜΥ και υπάγεται στην

αντίστοιχη υγειονομική περιφέρεια. Οι υπηρεσίες παρέχονται από τις ΤοΜΥ, τα περιφερειακά και τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία καθώς και από τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τοπικά ιατρεία. Επιπλέον επανεισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, αφού στις ομάδες υγείας των Το.Μ.Υ. περιλαμβάνεται οικογενειακός γιατρός. Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας και τις Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ, οι οποίες μετονομάζονται και αυτές σε Κέντρα Υγείας, εφόσον η ονομασία ΠΕΔΥ καταργείται. Για να αποσυμπιεστούν τα ΕΙ και τα ΤΕΠ των νοσοκομείων από τον φόρτο εργασίας, τα υφιστάμενα αγροτικά Κέντρα Υγείας και οι αστικές μονάδες περιπατητικής φροντίδας θα αναβαθμιστούν σε σημεία αναφοράς του δικτύου ΠΦΥ για να συγκροτήσουν ένα οργανωμένο επίπεδο παροχής εξειδικευμένων, διαγνωστικών και εκτός τακτικού ωραρίου υπηρεσιών. (Σταχτέας και Σταχτέας, 2021). Παρόλο όμως τις ρηξικέλευθές αλλαγές που επέφερε ο νόμος, οι ΤοΜΥ που δημιουργήθηκαν (127 από τις αρχικά προβλεπόμενες 238) δεν επαρκούσαν για την καθολική κάλυψη των κατοίκων των αστικών περιοχών. Η μη πρόβλεψη παροχής 24ωρης κάλυψης, κατ' οίκον φροντίδας και δράσεων για την πρόληψη των ασθενειών και της προαγωγής της υγείας από την ΤοΜΥ, οδήγησε στην απώλεια της διακριτής λειτουργίας διότι κατέληξε να είναι μια υπηρεσία υγείας σαν τις άλλες. Ακόμη και η μετονομασία των μονάδων του ΠΕΔΥ η οποία δεν συνοδευόταν με αλλαγή στη λειτουργία τους, δημιούργησε σύγχυση στους πολίτες (Φιλαλήθης, 2021).

Τέλος εξαιτίας του περιορισμένου αριθμού γενικών ιατρών, με τον **νόμο 5157/2024** επιχειρήθηκε η επέκταση τόσο του ρόλου όσο και του αριθμού των προσωπικών ιατρών, επιτρέποντας σε ιατρούς χωρίς ιατρική ειδικότητα ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση να ασκούν αυτά τα καθήκοντα στα προσωπικά τους ιατρεία. Ωστόσο, αυτή η πολιτική αντιβαίνει στις διεθνείς τάσεις, οι οποίες ολοένα και περισσότερο αποθαρρύνουν τα μεμονωμένα ιατρεία και τάσσονται υπέρ των ομαδοκεντρικών, διεπιστημονικών μοντέλων πρωτοβάθμιας φροντίδας ώστε να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η πολυνοσηρότητα.

2.3 Χαρακτηριστικά της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα σήμερα

Διαχρονικά στην Ελλάδα υπάρχουν περιορισμένες πολιτικές για την πρόληψη και διαχείριση των μη μεταδοτικών ασθενειών γεγονός που οδηγεί σε κατακερματισμένες υπηρεσίες, που λειτουργούν υπό διαφορετικούς διοικητικούς φορείς με αποτέλεσμα την ασυνεπή εφαρμογή

πολιτικών για την αντιμετώπιση βασικών παραγόντων κινδύνου. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα της απαγόρευσης καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους που ψηφίστηκε το 2010, δεν τέθηκε σε εφαρμογή και επανήλθε το 2019 καθώς και οι συστάσεις το 2024 της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής για τη βελτίωση της διατροφικής ποιότητας των προϊόντων που προσφέρονται στα σχολικά κυλικεία, όπου παρόμοιες οδηγίες είχαν δοθεί στο παρελθόν και δεν είχαν υιοθετηθεί ή εφαρμοστεί.

Οι δημόσιες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας (ιδρυματική, κοινοτική και της κατ' οίκον) είναι υποχρηματοδοτούμενες και υποστελεχωμένες και η πρόσβαση σε αυτές περιορίζεται από αυστηρά κριτήρια επιλεξιμότητας και οικονομικά εμπόδια. Μόνο το 10% των χρηστών μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα λαμβάνει υπηρεσίες δωρεάν, έναντι ευρωπαϊκού μέσου όρου 37% και έχει το υψηλότερο ποσοστό πληθυσμού που παρέχει άτυπη φροντίδα, περίπου το ένα τρίτο του συνολικού πληθυσμού. Η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται κυρίως άτυπα από μέλη της οικογένειας, κυρίως γυναίκες, και ανεidίκευτους φροντιστές διότι υπάρχει βαθιά ριζωμένη στην ελληνική κοινωνία η αντίληψη ότι αποτελεί ευθύνη της οικογένειας και όχι του κράτους. Τα βάρη αυτά επηρεάζουν την ψυχική υγεία των φροντιστών καθώς και τη συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας.

Εξαιτίας του ότι η Ελλάδα έχει το δεύτερο υψηλότερο προσαρμοσμένο κατά ηλικία ποσοστό ετών ζωής με αναπηρία που αποδίδονται σε ψυχικές διαταραχές στην Ευρώπη, πρόσφατες πολιτικές πρωτοβουλίες έχουν ως στόχο την αναδιάρθρωση της διακυβέρνησης για την προαγωγή και πρόληψη της ψυχικής υγείας μέσω εθνικών και περιφερειακών δικτύων με ενισχυμένα πληροφοριακά συστήματα για επιδημιολογική επιτήρηση και την ανάπτυξη της τηλεψυχιατρικής και της τηλεσυμβουλευτικής. Παρόλο που από τη δεκαετία του 1990, μεταρρυθμίσεις έχουν προωθήσει την αποϊδρυματοποίηση και τη σταδιακή ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ο ανεπαρκής συντονισμός, τα κενά στην πρόσβαση, η έλλειψη προσωπικού και η υποχρηματοδότηση ήταν βασικά εμπόδια στην πραγματοποίησή τους (Kyriopoulos et al., 2025).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι παρά τις διαδοχικές μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει για τη βελτίωση του συστήματος ΠΦΥ, δεν έχουν πραγματοποιηθεί αλλαγές οι οποίες θα οδηγήσουν στην ουσιαστική αλλαγή των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαιτίας των επίμονων διαρθρωτικών αδυναμιών, του ανεπαρκή σχεδιασμού και των περιορισμένων μηχανισμών παρακολούθησης

(Kyriopoulos et al., 2025). Ακόμη και σήμερα κάποια από τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που προσφέρονται από την Π.Φ.Υ. είναι η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων μέσω της συνταγογράφησης, ο κατακερματισμός, η αναποτελεσματική λειτουργία, η δημιουργία τεχνητών αναγκών για υπηρεσίες υγεία λόγω της ύπαρξης ενός μεγάλου ιδιωτικού τομέα, τα οποία οδηγούν στην σπατάλη πόρων και λειτουργιών.

Η οικοδόμηση ενός βιώσιμου και ανθεκτικού συστήματος υγείας, πέραν της πολιτικής βούλησης και της διαρκούς δέσμευσης, απαιτεί χάραξη πολιτικής βασισμένη στην τεκμηρίωση και διατομεακό συντονισμό. Οι περισσότερες πολιτικές παρεμβάσεις παρέμειναν αποσπασματικές διότι δεν υπήρξε ένα κοινό όραμα ενώ εμπόδιο αποτέλεσε και η περιορισμένη διαθεσιμότητα πόρων. Η επιδείνωση των υφιστάμενων προβλημάτων στο δημόσιο σύστημα υγείας συνδέεται άμεσα με την υιοθέτηση πολιτικών λιτότητας στην Ελλάδα, οι οποίες εντάθηκαν το 2010 με την ένταξη της χώρας στο μνημόνιο πολιτικών διαρθρωτικής προσαρμογής, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα να επηρεαστούν σημαντικά οι κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της υγείας του πληθυσμού (Papakosta-Gaki, Zissis and Smyrnakis, 2022).

3. Αναγκαιότητα αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η αναγκαιότητα της ενίσχυσης των συστημάτων της ΠΦΥ έχει γίνει παγκοσμίως αποδεκτή, ιδιαίτερα στις χώρες του ΟΟΣΑ, όπου οι πολίτες έχουν υψηλές προσδοκίες για τις υπηρεσίες, οι κοινωνίες γερνούν, οι πολύπλοκες περιπτώσεις είναι δαπανηρές και οι δημοσιονομικές πιέσεις δυσκολεύουν τη συνολική αύξηση των πόρων που διατίθενται στον τομέα της υγείας. Το γεγονός αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, θα υπάρξει προσανατολισμός προς στον άνθρωπο και θα αυξηθεί η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας στον 21ο αιώνα (OECD, 2020).

Από τις 21 χώρες του ΟΟΣΑ λίγο πάνω από το ήμισυ του πληθυσμού θεωρεί ότι το να αρρωστήσουν ή να αποκτήσουν αναπηρία αποτελεί έναν από τους τρεις μεγαλύτερους κοινωνικούς ή οικονομικούς κινδύνους για αυτούς ή την οικογένειά τους στο άμεσο μέλλον και το 48% του πληθυσμού θεωρεί ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι ένας από τους τρεις βασικούς

τομείς που χρειάζονται επιπλέον υποστήριξη από την κυβέρνηση, ώστε να νιώσουν οικονομικά ασφαλέστεροι (OECD, 2020). Στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2010–2019, παρατηρήθηκε μείωση κατά 24,5% του ιατρικού προσωπικού και κατά 29,5% του λοιπού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας, ενώ καταγράφηκε αύξηση 26,6% στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μειώθηκαν κατά 41,68%, με τη δημόσια δαπάνη να μειώνεται κατά 21,03% και την ιδιωτική κατά 52,25%, αντανακλώντας τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών. Παρά τις μειώσεις αυτές, η ιδιωτική δαπάνη εξακολουθεί να υπερβαίνει τη δημόσια (Flokou et al., 2024).

Παράλληλα, το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω αναμένεται να αυξηθεί κατά περισσότερο από 60% σε χώρες του ΟΟΣΑ ενώ μέχρι και 40% των ανθρώπων στις χώρες του ΟΟΣΑ ζουν με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις και 25% πάσχουν από τρεις ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες. Επιπλέον το 20% του ενήλικου πληθυσμού στις χώρες της Ε.Ε. βιώνει χρόνιο πόνο και περίπου 17% των ανθρώπων στην Ευρώπη αντιμετωπίζει ψυχική ασθένεια (π.χ. άγχος, κατάθλιψη). Τέλος παρατηρείται ότι πολλαπλά επίπεδα προβλημάτων υγείας μπορούν να συσσωρευτούν σε μικρή ομάδα άτομα η οποία ευθύνεται για δυσανάλογα μεγάλο μέρος των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι το 10%, 5% και 1% των ασθενών με υψηλό κόστος αντιστοιχούν στο 68%, 55% και 24% των δαπανών αντίστοιχα εντός ενός έτους (OECD, 2020).

Παρά την αύξηση των αναγκών, η αύξηση των πόρων της υγείας είναι περιορισμένος. Αρκετές είναι οι χώρες που έχουν ήδη επιτρέψει στην υγεία να καταλάβει μεγαλύτερο μερίδιο των προϋπολογισμών τους, με τις δαπάνες για την υγεία να ανέρχονται κατά μέσο όρο στο 15% των κυβερνητικών δαπανών στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD, 2020). Επειδή η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανταγωνιστική τόσο ως προς τον εσωτερικό χώρο της υγείας όσο και ως προς άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, η αύξηση των δαπανών για την υγεία έχει αντισταθμιστεί με μείωση των δημοσίων δαπανών σε άλλους τομείς (π.χ. άμυνα, παιδεία). Η συνέχιση τέτοιων ανακατανομών στο μέλλον μπορεί να είναι ολοένα και πιο δύσκολη, λόγω των ανταγωνιστικών απαιτήσεων για τους κυβερνητικούς πόρους.

3.1 Η έννοια της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας

Η ποιότητα αποτελεί κύριο μέλημα των συστημάτων υγείας. Συχνά σημαίνει την επίτευξη της σωστής ισορροπίας ανάμεσα στην υπερβολική και την ανεπαρκή ή κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Θεμέλιο αποτελεί το γεγονός ότι θα πρέπει να γίνεται η σωστή πράξη, τη σωστή στιγμή, με τον σωστό τρόπο, για το σωστό άτομο και αυτό να έχει ως αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα (AHRQ, 2019). Μπορεί να μετρηθεί και να βελτιώνεται συνεχώς μέσω της παροχής φροντίδας η οποία βασίζεται σε επιστημονικά τεκμήρια και λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας τόσο των ασθενών και των οικογενειών τους, όσο και των κοινοτήτων (WHO, 2025). Ωστόσο η ποιότητα και τα οφέλη της είναι συχνά είναι αντικρουόμενα για όσους εμπλέκονται σε αυτή (ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, κοινωνικό σύνολο, διοικητικά στελέχη κ.α.) εφόσον οι ανάγκες και προσδοκίες τους είναι διαφορετικές.

Διαχρονικά η αξιολόγηση της ποιότητας με την χρήση εργαλείων είχε ως στόχο την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Τα τελευταία χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται και σε δομές της ΠΦΥ και για αυτό τον λόγο οι όροι **ποιότητα** στη φροντίδα υγείας και **αποδοτικότητα** των υπηρεσιών υγείας έχουν μπει στο επίκεντρο των συζητήσεων για τις πολιτικές της υγείας, χωρίς όμως να υπάρχει ομοφωνία για τις μεθόδους αποτίμησης και μέτρησής τους και συνεπώς και της κατανόησής τους. Ένα σύγχρονο σύστημα υγείας οφείλει να θέτει ως βασική του προτεραιότητα τον καθορισμό των επιθυμητών εκβάσεων της φροντίδας υγείας, όπως αυτές διαμορφώνονται τόσο από τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών όσο και από την υφιστάμενη τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση (Λιονής, Θηραίος και Παπανικολάου, 2016).

Μία ευρέως χρησιμοποιούμενη προσέγγιση για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών εστιάζει στον προσδιορισμό επιμέρους διαστάσεων ή χαρακτηριστικών της υπηρεσίας, τα οποία χρησιμοποιούν οι ασθενείς για να αξιολογήσουν την παρεχόμενη ποιότητα. Η κατανόηση των προσδοκιών των ατόμων αποτελεί καθοριστικό στοιχείο καθώς οι προσδοκίες λειτουργούν ως πρότυπα σύγκρισης των εμπειριών, οδηγώντας τελικά στην αξιολόγηση της ικανοποίησης ή της ποιότητας. Ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός των προσδοκιών, τις περιγράφει ως «μερικές πεποιθήσεις σχετικά με ένα προϊόν, οι οποίες λειτουργούν ως πρότυπα ή σημεία αναφοράς βάσει των οποίων αυτό αξιολογείται». Η ποιότητα ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ της αναμενόμενης ή

προβλεπόμενης υπηρεσίας και της υπηρεσίας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον χρήστη. Το χάσμα μεταξύ των δύο δεν υποδηλώνει απαραίτητα χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, αλλά ότι οι προσδοκίες των ασθενών δεν ικανοποιήθηκαν, γεγονός που οδηγεί σε δυσαρέσκεια. Μια πραγματικά ανθρωποκεντρική προσέγγιση οφείλει να λαμβάνει υπόψη αυτό το χάσμα και για να θεωρηθεί μια υπηρεσία υγείας ικανοποιητική, οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις προσδοκίες αυτές (Papanikolaou and Zygiaris, 2011).

Ένας επίσης πολύτιμος σύμμαχος των οικονομολόγων της υγείας, στην προσπάθειά τους να δώσουν απαντήσεις σε οικονομικά ερωτήματα, είναι η μέτρηση της αποδοτικότητας, δηλαδή η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων μέσω της οικονομικά αποτελεσματικότερης διαχείρισης των πόρων. Δεδομένης της σπανιότητας των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, είναι επιτακτική ανάγκη τα συστήματα υγείας, να προσανατολίζονται τη λειτουργία τους στη αποδοτική χρήση των πόρων, ώστε να βελτιστοποιείται η επίτευξη των δηλωμένων στόχων του συστήματος υγείας, να προάγεται η μακροπρόθεσμη χρηματοοικονομική βιωσιμότητα και φυσικά ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες και οι επιθυμίες του πληθυσμού. Κάποια από τα ερωτήματα που επιχειρούνται να απαντηθούν είναι το ποιο είναι το άριστο ύψος των δαπανών για τη φροντίδα υγείας ή ποια είναι η ιδανικότερη σύνθεση και η πιο αποδοτική μέθοδος παροχής παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας (Παπακωνσταντίνου, 2020).

Η μέτρηση της αποδοτικότητας αποτελεί, επομένως, βασική διάσταση της αξιολόγησης της απόδοσης των συστημάτων υγείας. Η κατανόηση της αποδοτικότητας εντός του συστήματος υγείας, καθώς και των σχετικών εισροών, εκροών/αποτελεσμάτων και των παραγόντων που την καθορίζουν, μπορεί να επηρεάσει τη διαμόρφωση πολιτικής και τη λήψη διοικητικών αποφάσεων και αποτελεί βασικό κριτήριο για τον καθορισμό προτεραιοτήτων από τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων (Mbau et al., 2023). Η βελτίωσή της αναγνωρίζεται ως επιθυμητός στόχος του συστήματος υγείας και ως ενδιάμεσος στόχος των πολιτικών χρηματοδότησης της υγείας που συμβάλλει στην επίτευξη των γενικών στόχων του συστήματος υγείας. Το έλλειμμα αποδοτικότητας έχει συνέπεια την αύξηση των δαπανών. Η υπερβολική χρήση πόρων μπορεί να στερήσει από ασθενείς τη φροντίδα που θα μπορούσαν να λάβουν, αν οι πόροι είχαν διατεθεί πιο αποτελεσματικά ενώ η σπατάλη μειώνει την εμπιστοσύνη των πολιτών και την προθυμία τους να χρηματοδοτήσουν τις υπηρεσίες υγείας, υπονομεύοντας την κοινωνική αλληλεγγύη και την ευημερία. Αντίθετα, η συνετή και ορθολογική διαχείριση των πόρων δίνει στους πολίτες την

ασφάλεια ότι τα χρήματά τους αξιοποιούνται με υπευθυνότητα και αποτελεσματικότητα (Παπακωνσταντίνου, 2020).

Ωστόσο η έννοια της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας συχνά στην πράξη χρησιμοποιείται συνώνυμα (και λανθασμένα) με τον περιορισμό ή τη μείωση του κόστους. Παρότι η εξάλειψη της σπατάλης στο σύστημα αποτελεί έναν από τους στόχους της βελτίωσης της αποδοτικότητας, η αποδοτικότητα και ο περιορισμός του κόστους είναι διακριτές έννοιες. Η ανάγκη συγκράτησης του κόστους μπορεί να αυξήσει την πίεση για τον εντοπισμό τομέων που μπορούν να «κάνουν περισσότερα με λιγότερα». Ωστόσο, ο περιορισμός του κόστους αναφέρεται αποκλειστικά στη μείωση των εισροών (π.χ. δαπανών), χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι επιπτώσεις στις εκροές (π.χ. όγκος παρεχόμενων υπηρεσιών) ή στα αποτελέσματα υγείας (π.χ. ποιότητα της φροντίδας). Η μείωση των εισροών μπορεί να μεταφέρει το κόστος σε άλλους τομείς του συστήματος υγείας, με αρνητικές συνέπειες για τη συνολική αποδοτικότητα του συστήματος: για παράδειγμα, όταν περικοπές στην πρωτοβάθμια φροντίδα οδηγούν σε πρόσθετη και αναποτελεσματική χρήση του νοσοκομειακού τομέα. Αυτό ενισχύει την άποψη ότι, όταν εξετάζεται η αποδοτικότητα σε αντιδιαστολή με τον περιορισμό του κόστους, είναι απαραίτητο να διευρύνεται το πεδίο της ανάλυσης ώστε να αποτυπώνονται οι επιπτώσεις στο σύνολο του συστήματος υγείας (European Commission, 2019).

3.2 Χαρακτηριστικά Ποιότητας Υγείας

Η ποιοτική φροντίδα υγείας μπορεί να οριστεί με πολλούς τρόπους, ωστόσο αναγνωρίζεται ότι οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να είναι **αποτελεσματικές** και οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς να είναι βασισμένες σε τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα αξιοποιώντας την παρούσα γνώση, **ασφαλείς** ώστε να αποφεύγεται η πρόκληση βλάβης στα άτομα που κάνουν χρήση των υπηρεσιών και οι υπηρεσίες να είναι ευεργετικές για τους ασθενείς και **ανθρωποκεντρικές** για να μπορούν να παρέχουν φροντίδα που ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, με ευαισθησία και σεβασμό στις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις αξίες των ασθενών (WHO, 2025).

Επιπλέον για την επίτευξη των οφελών της ποιοτικής φροντίδας υγείας, οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να είναι **έγκαιρες και διαθέσιμες** ώστε να μειώνονται οι χρόνοι αναμονής και κατ’

επέκταση τις επιβλαβείς καθυστερήσεις και η κατάλληλη φροντίδα να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς, **ισότιμες** χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν το φύλο, η εθνότητα, η γεωγραφική περιοχή ή η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενούς, **ολοκληρωμένες** ώστε να εξασφαλίζεται στον ασθενή συντονισμένα, η πρόσβαση στο πλήρες φάσμα των υπηρεσιών υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του και τέλος **αποδοτικές** ώστε η αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για τον ασθενή να είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν αποφεύγοντας τη σπατάλη.

Επίσης σημαντικό για την επίτευξη της ποιότητας είναι η φροντίδα που παρέχεται να είναι **κατάλληλη** με τις ανάγκες του ασθενούς και **σχετική** με την δεδομένη γνώση που υπάρχει. Τέλος οι **καλές διαπροσωπικές σχέσεις** και η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας για το συντονισμό των δράσεων αλλά και για την δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προάγει την ευεξία και την άνεση (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

3.3 Μέτρηση Ποιότητας

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι κάτι που μπορεί να αξιολογηθεί, να παρακολουθηθεί και να ενισχυθεί διαχρονικά. Η αποτίμηση της συνολικής λειτουργίας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί εφόσον καθοριστούν με σαφήνεια και σύμφωνα με την πιο πρόσφατη επιστημονική γνώση, οι υπηρεσίες που πρέπει να προσφέρονται σε άτομα με συγκεκριμένες παθήσεις ή σε όσους βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο αλλά και όταν εξετάζεται κατά πόσο αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται σωστά και έγκαιρα. Οι ειδικοί κάθε κλάδου μπορούν να διαμορφώνουν σχετικούς δείκτες αποδοτικότητας, οι οποίοι στη συνέχεια αξιολογούνται, υιοθετούνται και εφαρμόζονται στην πράξη (AHRQ, 2019).

Μέσω της εξέτασης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, οι φορείς χάραξης πολιτικής εξασφαλίζουν στο σύστημα υγείας κάθε χώρας, την μεγαλύτερη αξία της υγειονομικής περίθαλψης και μπορούν να κατανοήσουν τις επιπτώσεις που έχουν στη δημόσια υγεία οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών. Τέτοιου είδους γνώσεις είναι αναγκαίες και για να διαπιστωθεί κατά πόσο ο τρόπος οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει την ποιότητά τους και, εφόσον υπάρχει επίδραση, με ποιον τρόπο αυτή μεταφράζεται στα επίπεδα σωματικής, ψυχικής και

κοινωνικής λειτουργικότητας τόσο των ατόμων όσο και του πληθυσμού συνολικά. Μια από τις σημαντικότερες χρήσεις της μέτρησης της ποιότητας είναι η παροχή πληροφοριών για τη βελτίωση της απόδοσης. Αυτό προϋποθέτει ότι τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν από τον οργανισμό, θα πρέπει να είναι λεπτομερή, ακριβή και έγκαιρα για να είναι χρήσιμα ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα αλλά και να γίνει σωστή σύγκριση των επιδόσεών του (Μέλου, 2021).

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να μετρηθεί και να αξιολογηθεί μέσω των δεικτών ποιότητας οι οποίοι αποτελούν εργαλεία που ποσοτικοποιούν το αποτέλεσμα των ενεργειών μιας χρονικής περιόδου. Βοηθάνε στην προσπάθεια για διαρκή βελτίωση μέσω της ανάδειξης πλεονεκτημάτων και πιθανών προβλημάτων, τον εντοπισμό τομέων που χρήζουν περαιτέρω μελέτης και διερεύνησης και την παρακολούθηση των αλλαγών ανά τα έτη. Η χρήση των δεικτών ποιότητας δίνει πληροφορίες για τη λειτουργία ενός τμήματος συγκριτικά με άλλα τμήματα αλλά και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα λειτουργίας (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012). Διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

Δείκτες δομής: Αφορούν τις κατάλληλες εγκαταστάσεις σε έκταση, προσβασιμότητα, ασφάλεια, τον επαρκή και σύμφωνα με τις προδιαγραφές ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και την οργάνωση. Επίσης αφορά και την επαρκή στελέχωση (αναλογία προσωπικού/ασθενών), την συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού, τα συστήματα αμοιβών. Αυτοί οι δείκτες μπορούν να βελτιωθούν με την αύξηση των επενδύσεων, όμως μπορεί να χρειαστεί πολύς χρόνος για την βελτίωσή τους (π.χ. αύξηση αριθμού των κλινών ΜΕΘ). Επίσης είναι δείκτες καλά καθορισμένοι και εύκολα μετρήσιμοι (Κοσμίδης, Φουντούκη και Κουτσούκη, 2022). Τα παραπάνω χαρακτηριστικά, παρότι είναι αναγκαία για την παροχή ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών, δεν είναι ικανά για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων και για αυτόν τον λόγο έχουν αξία όταν γίνονται σε συνδυασμό με άλλους δείκτες (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

Δείκτες διαδικασιών: Αποτυπώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς. Περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων τη διάρκεια ακινητοποίησης εξοπλισμού, την πληρότητα και ακρίβεια των ιατρικών φακέλων, τη συμμετοχή των περιστατικών σε ογκολογικά συμβούλια, τη χρήση σύγχρονων, τον έλεγχο ακρίβειας των θεραπειών, τον αριθμό ασθενών ανά ώρα, τους χρόνους αναμονής και την εφαρμογή προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας. Παρότι θεωρούνται χρήσιμοι γιατί είναι σχετικά εύκολο να μετρηθούν και να

βελτιωθούν μέσω παρεμβάσεων και προτιμώνται στη μέτρηση και έρευνα της ποιότητας, παρουσιάζουν σημαντικούς περιορισμούς. Ορισμένοι είναι δύσκολα μετρήσιμοι στην πράξη, ενώ η ελλιπής ή προβληματική καταγραφή δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα ή μη αξιόπιστα συμπεράσματα. Επιπλέον, η επιλογή τους συχνά χαρακτηρίζεται από αυθαιρεσία (Παπακωστίδης και Τσουκαλάς, 2012).

Δείκτες αποτελέσματος - έκβασης: Αναφέρονται σε ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου, σε διάστημα ελεύθερα από νόσο ή υποτροπής νόσου, σε δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών και στις ικανοποιήσεις τους (μέσω συμπλήρωσης ειδικών ερωτηματολογίων). Οι δείκτες αυτοί επηρεάζονται, εκτός από την ποιότητα, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως η ηλικία, η συννοσηρότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κ.α. (Μέλου, 2021). Όμως η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει τελικά να αξιολογείται με βάση τον αντίκτυπό της στην ζωή των ανθρώπων. Αυτό απαιτεί δείκτες εκβάσεων που να μετρούν όχι μόνο τη διάρκεια της ζωής, αλλά και την ποιότητα ζωής. Μετρήσεις όπως η θνητότητα κατά περίπτωση, η επιβίωση και το προσδόκιμο ζωής χρησιμοποιούνται πλέον ευρέως στα εθνικά συστήματα υγείας. Ωστόσο, η συστηματική χρήση δεικτών που αποτυπώνουν άλλες εκβάσεις σημαντικές για τους ασθενείς (π.χ. πόνο, λειτουργική ικανότητα, ποιότητα ζωής) είναι προς το παρόν λιγότερο διαδεδομένη. Ο συνδυασμός εναρμονισμένων δεικτών που αναφέρονται από τους ασθενείς με υφιστάμενα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις δαπάνες, την κλινική ποιότητα και ασφάλεια, καθώς και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, θα προσφέρει ένα ισχυρό σύνολο σημείων αναφοράς που θα παρέχει πιο τεκμηριωμένες συμβουλές πολιτικής προς τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις (European Commission, 2019).

Πολλοί διεθνείς οργανισμοί έχουν καθιερώσει δείκτες ποιότητας όπως η AHRQ, OECD και η Αυστραλιανή Επιτροπή Ασφάλειας και Ποιότητας στη Φροντίδα Υγείας (Ψαρίκογλου – Χατζηβασιλείου, Αποστολάκης και Σαράφης, 2022). Στην Ελλάδα με τον νόμο **4715/2020** δημιουργήθηκε ο **Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία**, (Ο.ΔΙ.Π.Υ.), ο οποίος λειτουργεί ως αρμός του Υπουργείου Υγείας και όλων των παρόχων υπηρεσιών υγείας της χώρας έχοντας ως στόχο την βελτίωση του επιπέδου ασφάλειας και την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών, την επάρκεια και την ισότιμη πρόσβαση και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού βασιζόμενος στα διεθνή επιστημονικά πρότυπα (ΟΔΠΥ, 2025).

3.4 Ικανοποίηση των ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται σημαντικό συστατικό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ορίζεται ως ο συνδυασμός των προσωπικών εκτιμήσεων και των επακόλουθων αντιδράσεων στα ερεθίσματα που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς στο περιβάλλον υγείας, βασιζόμενες σε προσωπικές εκτιμήσεις και κατά συνέπεια εκφράζεται με μοναδικό τρόπο για τον καθένα. Για αυτόν το λόγο η ικανοποίηση μεταβάλλεται αναλόγως τις αλλαγές των εμπειριών, των ερεθισμάτων και των μεταβολών της υγείας. Η μελέτη αυτών των αλλαγών οδηγεί στην αποδοτικότερη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, στην συνεργασία των εμπλεκομένων στην διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας και επηρεάζει την πρόσβαση και την χρήση των υπηρεσιών υγείας (Σταθάκη, 2019).

Τα οφέλη είναι πολλαπλά τόσο για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας (συμμόρφωση με θεραπεία, ενδιαφέρον για αυτό-φροντίδα κ.α.) όσο και για τους επαγγελματίες (π.χ. εντοπισμός τομέων προς βελτίωση, βελτιστοποίηση δαπανών υγείας) αλλά και για το κοινωνικό σύνολο (αύξηση της αξιοποίησης και της βιωσιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό). Φανερώνει θετική συμπεριφορά ωστόσο η μέτρησή της υπάρχει πιθανότητα να αποκαλύψει αρνητικά συναισθήματα όπως δυσαρέσκεια του πληθυσμού από την παροχή υπηρεσίας της οποίας έγινε η μέτρηση. Λόγω του ότι η έκφραση της ικανοποίησης είναι υποκειμενική θα πρέπει οι μετρήσεις αυτές να συσχετίζονται και με άλλα κριτήρια προκειμένου να χαρακτηριστεί μια υγειονομική υπηρεσία. Σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση φαίνεται να παίζουν οι διαπροσωπικές σχέσεις προσωπικού – ασθενούς, καθώς και η συνεργασία αυτών που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη ενώ η δυσαρέσκειά τους είναι πιθανό να επηρεάσει την πρόσβαση και τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης (Μέλου, 2021).

Συχνά η διάκριση μεταξύ ικανοποίησης του ασθενούς και της ποιότητας υπηρεσιών δεν είναι σαφής εξαιτίας της σημαντικής αλληλοεπικάλυψης των δύο εννοιών. Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με συναισθηματικά στοιχεία που προκύπτουν από την αξιολόγηση προηγούμενων εμπειριών ενώ η ποιότητα της υπηρεσίας βασίζεται σε γεγονότα και είναι περιγραφική. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η άποψή τους ως χρήστες υπηρεσιών υγείας και η κατανόηση των αντιλήψεών τους είναι ένας από τους πλέον σύγχρονους τρόπους μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως καθώς εντοπίζει τις διαστάσεις που επιδέχονται βελτίωση και

εντοπίζει λύσεις για την ορθή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Σημαντικό είναι να καταγραφούν οι αρχικές προσδοκίες των ασθενών και να συγκριθούν με το τελικό προϊόν που λαμβάνουν διότι το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από την ανταπόκρισή τους σε αυτές τις προσδοκίες. (Παπαγεωργίου και συν., 2021).

3.5 Μέτρηση Αποδοτικότητας

Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η αποδοτικότητα έχει μελετηθεί σε πολύ μικρότερο βαθμό. Η μέτρηση της αποδοτικότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ακόμη πιο απαιτητική, καθώς πρόκειται για μια ολιστική υπηρεσία που παρέχει μακροχρόνια, συνεχή και γενικής φύσεως υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες. Ως εκ τούτου, ο προσδιορισμός των «ορίων» της εκροής της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί δύσκολο έργο. Αποτελεί το πρώτο σημείο πρόσβασης στο σύστημα υγείας και, ως εκ τούτου, φέρει σημαντική ευθύνη για τη συνολική παροχή αποτελεσματικής φροντίδας και για την αποδοτική χρήση των πόρων. Ο αυξανόμενος πληθυσμός, που χαρακτηρίζεται από ολοένα και μεγαλύτερη γήρανση και πολυνοσηρότητα, έχει αυξήσει τη ζήτηση για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και έχει επιφέρει αλλαγές στην πολυπλοκότητα των επισκέψεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Ωστόσο η έλλειψη κοινής κατανόησης σχετικά με το πώς θα πρέπει να διεξάγονται οι μελέτες αποδοτικότητας της φροντίδας αποτελεί εμπόδιο στην επίτευξη μεγαλύτερης τυποποίησης των συνόλων δεικτών αποδοτικότητας μεταξύ των χωρών. Έχει εκτιμηθεί ότι παγκοσμίως το 20–40% των δαπανών των συστημάτων υγείας σπαταλάται λόγω αναποτελεσματικότητας. Τέτοιες αναποτελεσματικότητες οδηγούν σε αιμορραγία πόρων εντός του τομέα της υγείας και παρεμποδίζουν την πρόοδο προς την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Παρότι η εξεύρεση πρόσθετων πόρων για την υγεία είναι κρίσιμη, η βελτίωση της χρήσης των ήδη διαθέσιμων πόρων στον τομέα της υγείας θεωρείται από ορισμένους ως μία από τις πιο υποσχόμενες στρατηγικές για τη διεύρυνση του δημοσιονομικού χώρου για την υγεία (Mbau et al., 2023).

Η κύρια πρόκληση στην αξιολόγηση της παραγωγικότητας ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας έγκειται στην πολύπλοκη δομή του. Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας είναι μια διαδικασία πολλαπλών σταδίων. Ξεκινά με τη μετατροπή των χρηματοοικονομικών πόρων σε

εισροές, οι οποίες στη συνέχεια χρησιμοποιούνται για την παραγωγή δραστηριοτήτων υγειονομικής φροντίδας (π.χ. εξετάσεις, επισκέψεις). Η συνάθροιση πολλαπλών δραστηριοτήτων για έναν ασθενή οδηγεί στο φυσικό αποτέλεσμα, δηλαδή σε ένα επεισόδιο φροντίδας ή θεραπείας. Το τελευταίο στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας αφορά την ποιοτική διάσταση του φυσικού αποτελέσματος, δηλαδή τις εκβάσεις που επηρεάζουν τη χρησιμότητα. Η επίδραση στην υγεία του ασθενούς θεωρείται το κύριο αποτέλεσμα της υγειονομικής φροντίδας, αν και άλλοι παράγοντες, όπως ο χρόνος αναμονής και μετακίνησης ή το αίσθημα συμμετοχής των ασθενών, μπορούν επίσης να αποτιμηθούν σε όρους χρησιμότητας. Στη διαδικασία αυτή είναι επίσης σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ο ρόλος εξωγενών ή περιβαλλοντικών παραγόντων που βρίσκονται εκτός του ελέγχου του οργανισμού παροχής φροντίδας, αλλά ενδέχεται να επηρεάζουν τη διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών υγείας (Neri, Cubi-Molla and Cookson, 2022.)

Διακρίνονται δύο τύποι αποδοτικότητας η τεχνική και η καταναμητική αποδοτικότητα. Η **τεχνική αποδοτικότητα** (Technical Efficiency – TE) επιτυγχάνεται όταν οι πόροι κατανέμονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μεγιστοποιούνται τα αποτελέσματα για δεδομένο επίπεδο εισροών ή να ελαχιστοποιούνται οι εισροές για δεδομένο επίπεδο αποτελεσμάτων. Η **καταναμητική αποδοτικότητα** (Allocative Efficiency – AE) επιτυγχάνεται όταν οι πόροι κατανέμονται έτσι ώστε να μεγιστοποιούνται τα αποτελέσματα για δεδομένο επίπεδο κόστους εισροών ή να ελαχιστοποιείται το κόστος των εισροών για δεδομένο επίπεδο αποτελεσμάτων. Η τεχνική και η καταναμητική αποδοτικότητα μαζί συνθέτουν τη «συνολική» αποδοτικότητα ενός συστήματος. Παρόλα αυτά κανένας μεμονωμένος δείκτης αποδοτικότητας, σε οποιοδήποτε επίπεδο ανάλυσης, δεν μπορεί γενικά από μόνος του να δώσει επαρκή ένδειξη για το αν μια οντότητα είναι αποδοτική ή όχι. Οι δείκτες θα πρέπει να ερμηνεύονται σε συνδυασμό με άλλους, προκειμένου να εξαχθούν ουσιαστικά συμπεράσματα σχετικά με το πού ενδέχεται να εντοπίζεται η αναποτελεσματικότητα. Όσον αφορά τη χρήση της συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) επισημαίνεται ότι η αυξημένη τυποποίηση της συλλογής δεδομένων, των μεθόδων αναφοράς, καθώς και η καλύτερη προσαρμογή στον κίνδυνο (risk adjustment), αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την πλήρη αξιοποίηση αυτού του ισχυρού εργαλείου (European Commission, 2019). Σύγχρονες μέθοδοι αξιολόγησης της αποδοτικότητας των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), όπως η Ανάλυση Περιβάλλουσας Δεδομένων (Data Envelopment Analysis – DEA), προσφέρουν πολύτιμα εργαλεία στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Η DEA αποτελεί μια μη παραμετρική

μέθοδο που χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας μονάδων υγείας, συμπεριλαμβανομένων νοσοκομείων και δομών ΠΦΥ (Flokou et al., 2024).

4. Ιστορική Αναδρομή Αλληλοβοηθητικού Ταμείου Περιθάλψεως Συλλόγου Υπαλλήλων Τραπεζής Ελλάδος.

Ένα έτος μετά από την έναρξη εργασιών της Τράπεζας της Ελλάδος, το 1929 με απόφαση του Γενικού Συμβουλίου της Τράπεζας ιδρύεται το Ταμείο Αλληλοβοήθειας της Τράπεζας και εγκρίνεται ο πρώτος Κανονισμός Λειτουργίας του. Το 1934 με βάση το Β.Δ. 15/1920, το οποίο προέβλεπε την ίδρυση Αλληλοβοηθητικών Ταμείων από τα Σωματεία, ο Σύλλογος Υπαλλήλων Τράπεζας Ελλάδος, ιδρύει το νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου σωματειακής μορφής με την ονομασία «Αλληλοβοηθητικό Ταμείο Περιθάλψεως Συλλόγου Υπαλλήλων Τραπεζής της Ελλάδος» (Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.), το οποίο διοικείται από ανεξάρτητο Διοικητικό Συμβούλιο, σύμφωνα με το Γαλλικό πρότυπο. Το 1940 δημιουργείται Οδοντιατρείο, Μικροβιολογικό και Ακτινολογικό Εργαστήριο ενώ το έτος 1979 οργανώνεται ο Τομέας Αιμοδοσίας σε μόνιμη βάση. Το 1987 αποφεύχθηκε η κατάργηση της αυτοτέλειας του Ταμείου μετά από ενέργειες του Δ.Σ. του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. και του Σ.Υ.Τ.Ε., αλλά και την καθοριστική παρέμβαση του Προέδρου της Βουλής Γιάννη Αλευρά. Με το Νόμο 3232/12-2-2004 το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. και τα Ταμεία Υγείας της Ε.Τ.Ε. και της Α.Τ.Ε., αναγνωρίζονται ως ισότιμοι οργανισμοί ασφάλισης ασθενείας με το Ι.Κ.Α. και τα λοιπά Δημόσια Ταμεία. Το έτος 2010, και ενώ στο 1ο Μνημόνιο αναφέρεται ρητά η σύμπτυξη όλων των Ταμείων Υγείας σε ένα, αποφεύχθηκε η ένταξη των Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ έπειτα από ενέργειες του προέδρου της Ο.Α.Τ.Υ.Ε. και του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. Το Νοέμβριο του 2017 η Τρόικα προσπάθησε να εντάξει τα Αυτόδιαχειριζόμενα Ταμεία στον Ε.Φ.Κ.Α., προσπάθεια που αποφεύχθηκε τελευταία στιγμή με κινήσεις του προεδρείου της Ο.Α.Τ.Υ.Ε. σε συνεργασία με το προεδρείο και τον Εκτελεστικό Διευθυντή της Α.Ι.Μ., γεγονός που δικαιολόγησε την απόφαση για την καλλιέργεια σχέσεων με τη Διεθνή Ομοσπονδία των Αυτοδιαχειριζόμενων Ταμείων Υγείας, όλων διαχρονικά των Δ.Σ. του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. (atpsyte, nd).

4.1. Σκοπός – Ασφάλιση- Πόροι – Παροχές

Σύμφωνα με το Καταστατικό του, το Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. έχει ως βασικό **σκοπό** την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας προς τα μέλη του. Ειδικότερα, οι δραστηριότητές του περιλαμβάνουν την ιατρική, φαρμακευτική, προληπτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, τόσο σε είδος όσο και σε χρηματική μορφή, καθώς και τη χορήγηση επιδομάτων και βοηθημάτων ιατρικού και κοινωνικού χαρακτήρα. Παράλληλα, το Ταμείο συμβάλλει στην ευρύτερη κοινωνική προστασία και πρόνοια, παρέχει πνευματική και ηθική υποστήριξη, υπηρεσίες προσχολικής αγωγής, καθώς και δράσεις εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης.

Τα **ασφαλισμένα μέλη** του διακρίνονται σε άμεσα και έμμεσα. Στα άμεσα μέλη περιλαμβάνονται, αφενός, τα τακτικά μέλη, όπως οι μόνιμοι υπάλληλοι της Τράπεζας της Ελλάδος και όσοι παρέχουν υπηρεσίες με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή έμμισθης εντολής, και, αφετέρου, τα έκτακτα μέλη, όπως οι συμβασιούχοι εργαζόμενοι που επιλέγουν την ασφάλιση στο Ταμείο, οι συνταξιούχοι της Τράπεζας της Ελλάδος, καθώς και το προσωπικό συναφών φορέων που απασχολείται με σχέση εργασίας αορίστου χρόνου ή τελεί σε αναστολή σύνταξης κατόπιν αίτησης. Ως έμμεσα μέλη θεωρούνται τα μέλη της οικογένειας των άμεσων ασφαλισμένων.

Οι **πόροι** του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. προέρχονται από τις εισφορές των μελών, το ύψος των οποίων καθορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, καθώς και από εργοδοτικές εισφορές. Επιπλέον, περιλαμβάνουν έσοδα από τόκους και αξιοποίηση της περιουσίας του Ταμείου, καθώς και από δωρεές, κληρονομίες, κληροδοσίες, επιχορηγήσεις και λοιπές εισφορές, επιχορηγήσεις ή κοινωνικές παροχές από τον εργοδότη ή συλλογικούς φορείς εργαζομένων και συνταξιούχων. Τα μέλη υποχρεούνται στην καταβολή μηνιαίας εισφοράς, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Καταστατικό (atpsyte, n.d.).

Το Ταμείο εφαρμόζει ένα μεικτό μοντέλο **παροχής** Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Διαθέτει Πολυϊατρεία στην Αθήνα, στο Χαλάνδρι, στην Θεσσαλονίκη, στην Πάτρα και στο Ηράκλειο της Κρήτης αλλά ταυτόχρονα λειτουργεί ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας, μέσω συμβάσεων με Ιδ. Νοσοκομεία, Διαγνωστικά και Μικροβιολογικά Κέντρα και Φαρμακευτικούς Συλλόγους σε Αθήνα και Περιφέρεια. Δεν απαιτείται ιδιωτική ασφάλιση καθώς το ίδιο το Ταμείο παρέχει

πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη καθώς και φαρμακευτική κάλυψη. Ωστόσο μπορεί να υπάρξει συμμετοχή του ασφαλισμένου αλλά και η χρήση παρόχων υγείας εκτός σύμβασης.

Οι ασφαλισμένοι έχουν άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίς gatekeeping και χωρίς να απαιτείται οικογενειακός γιατρός, όπως συμβαίνει στον ΕΟΠΥΥ, μέσω τηλεφωνικού ραντεβού. Οι εξετάσεις διενεργούνται εντός των δομών του Ταμείου διότι υπάρχουν οργανωμένα εργαστήρια (μικροβιολογικό, ακτινολογικό κ.α.) ενισχύοντας την αυτάρκεια του συστήματος και μειώνοντας την ανάγκη εξωτερικών παραπομπών. Εάν χρειαστεί ο ασφαλισμένος επιπλέον εξετάσεις που δεν πραγματοποιούνται στο Ταμείο ή νοσηλεία, τότε ο θεράπον ιατρός (εσωτερικός ή εξωτερικός) παραπέμπει σε εξωτερικούς παρόχους ή νοσοκομείο. Ο ασφαλισμένος λαμβάνει έγκριση από το Ταμείο και επισκέπτεται συμβεβλημένο νοσοκομείο ή διαγνωστικό κέντρο. Η κάλυψη μπορεί να είναι πλήρης ή μπορεί να υπάρξει συμμετοχή. Για το έτος **2024** το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης ανήλθε στα **12,45 εκ. €**, το υψηλότερο ποσοστό της δεκαετίας, γεγονός που προδίδει αύξηση των σοβαρών παθήσεων καθώς και μακροχρόνιες νοσηλείες υψηλού κόστους.

Το Ταμείο διαθέτει επίσης Τομέα Κοινωνικής Μέριμνας, ο οποίος πραγματοποιεί δράσεις κοινωνικής προστασίας, ψυχολογικής υποστήριξης, κατ' οίκον φροντίδας και ενίσχυσης ευάλωτων ομάδων ασφαλισμένων. Επιπλέον παρέχεται φιλοξενία στην Αθήνα σε ασφαλισμένους που έρχονται για νοσηλεία γεγονός που, συνδυαστικά με την ενσωμάτωση του τομέα Κοινωνικής Μέριμνας στη λειτουργία του Ταμείου, αναδεικνύει τον διευρυμένο κοινωνικό χαρακτήρα του, ο οποίος προσεγγίζει ολιστικά την υγεία και την ευημερία των ασφαλισμένων και αναδεικνύει ισχυρή διάσταση κοινωνικής πολιτικής.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι το Ταμείο λειτουργεί ως ένα κλειστό ολοκληρωμένο σύστημα υγείας με άμεση και ευέλικτη πρόσβαση στις υπηρεσίες, χωρίς τους περιορισμούς του δημόσιου συστήματος. Λειτουργεί ως πλήρης ασφαλιστικός μηχανισμός υγείας, καθιστώντας περιττή την πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση. Ένα τέτοιο μοντέλο επιτρέπει υψηλό βαθμό ελέγχου και ποιότητας υπηρεσιών, αλλά ταυτόχρονα έχει να αντιμετωπίσει προκλήσεις λόγω της αυξανόμενης ζήτησης και του κόστους περίθαλψης, που αφορούν την βιωσιμότητά του.

4.2 Ασφαλισμένοι – Δημογραφικά στοιχεία – Ανθρώπινο Δυναμικό Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.

Σύμφωνα με τον Απολογισμό του Ταμείου για το έτος **2024**, ο αριθμός των ασφαλισμένων ήταν 12.059, αριθμός που ουσιαστικά παραμένει σταθερός συγκριτικά με το έτος **2023** (12.069 ασφαλισμένοι). Οι εν ενεργεία υπάλληλοι ανέρχονται σε ποσοστό 41,11% ενώ οι συνταξιούχοι σε ποσοστό 53,79%. Το μεγάλο ποσοστό των συνταξιούχων (υψηλό ποσοστό ηλικιών 60+, μεγάλη συγκέντρωση ηλικιών 71 – 80), συνεπάγεται αυξημένο κόστος υγείας λόγω περισσότερων νοσηλείων και αυξημένης φαρμακευτικής δαπάνης. Επιπλέον τα έμμεσα ασφαλισμένα μέλη (σύζυγοι, τέκνα και προστατευόμενα μέλη) τα οποία δεν πληρώνουν άμεσες εισφορές, αυξάνουν τη χρήση υπηρεσιών.

Το **ανθρώπινο δυναμικό** του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. αποτελείται από ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και λοιπό υποστηρικτικό προσωπικό (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, τεχνικοί κ.α.) και έχει ως στόχο την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους ενώ δίνεται έμφαση στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα, μειώνοντας την ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης. Το **ιατρικό προσωπικό** καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων (Παθολογίας, Καρδιολογίας, Μικροβιολογίας, Ορθοπαιδικής, Ακτινολογίας κ.α.), και παρέχει τις υπηρεσίες του μέσω τακτικών επισκέψεων και διαγνωστικών πράξεων ενώ αρκετές φορές λειτουργούν ως σημείο πρώτης επαφής. Ωστόσο εάν υπάρξουν ανάγκες που δεν μπορούν να καλυφθούν στις εσωτερικές δομές του Ταμείου, οι ασφαλισμένοι απευθύνονται σε συνεργαζόμενους εξωτερικούς ιατρούς. Το **νοσηλευτικό** και **παραϊατρικό προσωπικό** διενεργεί αιμοληψίες, εργαστηριακές εξετάσεις, συμμετέχει στη λειτουργία των διαγνωστικών εργαστηρίων και υποστηρίζει τη διαχείριση περιστατικών στις δομές του Ταμείου. Στις αρμοδιότητες του **διοικητικού προσωπικού** εντάσσεται η διαχείριση των ραντεβού και των ασφαλισμένων, η οικονομική και λειτουργική διαχείριση του Ταμείου και η αποζημίωση των δαπανών και διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της ταχείας εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων. Τέλος το Ταμείο λόγω της λειτουργίας του Προσχολικού Κέντρου Αθηνών (Π.Κ.Α.) απασχολεί και **εκπαιδευτικό προσωπικό**.

Συνολικά απασχολούνται **198 άτομα** προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένων διοικητικών, νοσηλευτικών, εκπαιδευτικών, ειδικών και βοηθητικών στελεχών, ενώ παράλληλα συνεργάζεται με **90 εξωτερικούς συνεργάτες**, όπως ιατρούς και άλλους εξειδικευμένους επαγγελματίες. Ένα τόσο εκτεταμένο δίκτυο ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο συνδυάζει την εσωτερική παραγωγή υπηρεσιών υγείας, τις εξωτερικές συνεργασίες και την ύπαρξη Τομέα Κοινωνικής Μέριμνας, ενισχύει την ευελιξία και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας καθώς αναδεικνύει και τον διευρυμένο κοινωνικό χαρακτήρα του Ταμείου.

4.3 Λειτουργική Αποδοτικότητα Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.

Το Ταμείο λειτουργεί ως ένα κλειστό σύστημα υγείας για συγκεκριμένο πληθυσμό (υπάλληλοι - συνταξιούχοι της Τράπεζας της Ελλάδος και εξαρτώμενα μέλη) και οι **κύριες πηγές εσόδων** του προέρχονται από εισφορές των ασφαλισμένων αλλά και της Τράπεζας της Ελλάδος (εργοδότης), την αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας καθώς και τη συμμετοχή ασφαλισμένων (co-payments). Αυτό το μοντέλο διπλής χρηματοδότησης (ασφαλισμένος – εργοδότης) το διαφοροποιεί από τον ΕΟΠΥΥ, όπου η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά και από τις εισφορές των εργαζομένων. Το Ταμείο δεν είναι μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας αλλά παράγει υπηρεσίες και έτσι οι **δαπάνες** του χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες α) δαπάνες για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (πολυϊατρεία, πρόληψη, κοινωνική μέριμνα), β) νοσοκομειακές και γ) φαρμακευτικές.

Σύμφωνα με τον Απολογισμό του 2024 του Α.Τ.Σ.Υ.Τ.Ε., αναφέρεται εκτεταμένη δραστηριότητα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στις δομές του Ταμείου σε Αθήνα, Χαλάνδρι, Θεσσαλονίκη, Πάτρα και Ηράκλειο. Οι επισκέψεις ανήλθαν σε **92.977** με μεγαλύτερη συχνότητα στο Παθολογικό, Ορθοπαιδικό και Καρδιολογικό ιατρείο αλλά και με σημαντική δραστηριότητα στις αιμοληψίες και στα εργαστήρια. Επιπλέον συνεχίστηκαν τα προγράμματα της προληπτικής ιατρικής, ο αντιγριπικός εμβολιασμός και η πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού, η εθελοντική αιμοδοσία, τα προγράμματα για παιδιά και γονείς και οι κατ' οίκον επισκέψεις σε ηλικιωμένους και άτομα με χρόνιες παθήσεις.

Οι **νοσοκομειακές δαπάνες** την τελευταία δεκαετία ακολουθούν ανοδική πορεία (2015 € 7.866.878 - 2024 €12.449.498,09) με το έτος 2024 να καταγράφεται το υψηλότερο επίπεδο με αύξηση 58,3% σε σχέση με το 2015 και αύξηση 12,97% σε σχέση με το 2023. Στα έτη 2018 και

2021 καταγράφεται υπαναχώρηση των δαπανών, ενώ από το 2022 και έπειτα παρατηρείται νέα έντονη άνοδος. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην άνοδο των σοβαρών παθήσεων, στις μακροχρόνιες νοσηλείες με υψηλό κόστος, στις συνεχόμενες αυξήσεις των τιμολογίων των νοσοκομείων αλλά και στην διευρυμένη κάλυψη εξετάσεων. Ταυτόχρονα παρατηρείται όχι μόνο αύξηση των δαπανών, αλλά αύξηση και στην **κατά κεφαλήν δαπάνη των νοσηλίων** (2015 € 599,06/ασφαλισμένο – 2024 € 1.032,38/ασφαλισμένο) και αυξάνει το μέσο κόστος περίθαλψης ανά ασφαλισμένο, γεγονός που σχετίζεται άμεσα με την γήρανση των ασφαλισμένων, όπως είδαμε και στα δημογραφικά στοιχεία του Ταμείου, την σοβαρότητα των περιστατικών και την ακρίβεια των υπηρεσιών υγείας.

Ανοδική πορεία καταγράφεται και στην **φαρμακευτική δαπάνη** με αύξηση 4,82% από το 2023 κατέχοντας επίσης την υψηλότερη θέση στην δεκαετία (2023 € 6.391.406,35 – 2024 € 6.699.716,12). Από το 2015 έως το 2024 αυξήθηκε 41,1% με την μεγαλύτερη ετήσια αύξηση να καταγράφεται το 2023 (+11,01%) και να συνεχίζει το 2024, αλλά με ηπιότερη αύξηση (+4,82%). Και στην φαρμακευτική δαπάνη εμφανίζεται **αύξηση στην κατά κεφαλήν δαπάνη** (~ 53,5%) μέσα στην δεκαετία (2015 € 361,56/ασφαλισμένο – 2024 € 555,12/ασφαλισμένο) κυρίως λόγω της μεγαλύτερης χρήσης των Φαρμάκων Υψηλού Κόστους (αναφέρεται ότι μόνο σε 3 ασφαλισμένους καλύφθηκαν φάρμακα υψηλού κόστους με ετήσιο κόστος > € 630.000), την εμφάνιση νέων και πιο κοστοβόρων θεραπειών και την εμφάνιση σοβαρών νοσημάτων στους ασφαλισμένους. Επίσης μεταβολή υπάρχει και στην **σύνθεση της φαρμακευτικής δαπάνης**. Στα φάρμακα με συμμετοχή 0% στην δεκαετία υπήρξε αύξηση 124,3% (2015 € 1.615.648,38 – 2024 € 3.624.554,91), στα φάρμακα με συμμετοχή ασφαλισμένου 10% υπήρξε αύξηση 40,9% (2015 € 543.811,59 – 2024 € 765.829,94) ενώ στα φάρμακα με συμμετοχή 25% υπήρξε μείωση 10,8% (2015 € 2.588.517,31 – 2024 € 2.309.331,27). Συμπερασματικά μπορούμε να δούμε ότι μέσα στην δεκαετία έχει υπάρξει μετατόπιση της φαρμακευτικής επιβάρυνσης σε πιο ακριβές θεραπείες και για πιο σοβαρές παθήσεις, οι οποίες καλύπτονται πλήρως από το Ταμείο.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της περιόδου της οικονομικής κρίσης (2010 και έπειτα) που παρατίθενται στον Απολογισμό του 2022, παρατηρείται μεγάλη αλλά και προσωρινή μείωση της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής δαπάνης. Το γεγονός αυτό συνδέεται με την πίεση στους οικονομικούς πόρους (μείωση των εισοδημάτων και συρρίκνωση εισφορών) του Ταμείου και την αναβολή των υγειονομικών αναγκών (αναβολή θεραπειών, συγκράτηση στην χρήση υπηρεσιών),

οι οποίες οδήγησαν σε αυξημένες δαπάνες σε μεταγενέστερο χρόνο. Από το 2015 και μετά υπάρχει σταθερή αύξηση των δαπανών γεγονός που υποδηλώνει ότι οι αλλαγές είχαν περισσότερο διαρθρωτική παρά μόνιμη επίδραση και οδήγησε σε συσσωρευμένη ζήτηση και αυξημένο κόστος ανά ασφαλισμένο. Τέλος διακρίνουμε ότι οι δαπάνες του Ταμείου αυξάνονται πιο γρήγορα από τους ασφαλισμένους (2021– 2024 ασφαλισμένοι -1,25%, νοσήλια + 26,42%, φάρμακα + 18,8%) με αποτέλεσμα, σε βάθος χρόνου, το Ταμείο να μην είναι αποδοτικό.

Στον Πίνακα 6 που ακολουθεί περιγράφονται δείκτες αποδοτικότητας του Ταμείου για την περίοδο 2010–2024, οι οποίοι αναλύονται ως εξής:

Δ1 – Επισκέψεις ανά Ιατρό: Μετρά την παραγωγικότητα του ιατρικού δυναμικού. Οι επισκέψεις ανά ιατρό κυμάνθηκαν μεταξύ **1.101 και 2.232 επισκέψεων ανά ιατρό**, με μέσο όρο **1.630 επισκέψεις** με την υψηλότερη τιμή να καταγράφεται το **2015** (2.232), ενώ η χαμηλότερη το **2023** (1.101). Η πτωτική τάση που καταγράφεται μετά το 2015, οφείλεται η οποία εν μέρει στην αύξηση του αριθμού των ιατρών (από 46 το 2015 σε 82 το 2024) χωρίς ανάλογη αύξηση των επισκέψεων, αλλά και από τις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 (2020–2021).

Δ2 – Επισκέψεις ανά Μέλος Προσωπικού: Μετρά την συνολική παραγωγικότητα του ανθρώπινου δυναμικού, η οποία κυμάνθηκε μεταξύ **569 και 763 επισκέψεων ανά μέλος προσωπικού**, με μέσο όρο **661**. Το έτος **2013** (763) παρουσιάζεται η μεγαλύτερη παραγωγικότητα, η οποία συμπίπτει με την υψηλότερη επισκεψιμότητα της περιόδου (104.536 επισκέψεις). Η σταδιακή μείωση μετά το 2016 αποδίδεται στην αύξηση του προσωπικού σε συνδυασμό με τη στασιμότητα των επισκέψεων. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει αποτελεσματικότερη στελέχωση αλλά και μικρότερη πίεση στο σύστημα.

Δ3 – Δαπάνη Λειτουργίας ανά Επίσκεψη. Αποτυπώνεται το λειτουργικό κόστος ανά παρεχόμενη υπηρεσία. Κυμάνθηκε από **23,16 €** (2012) έως **40,79 €** (2023), με μέσο όρο **33,12 €**. Η χαμηλότερη τιμή του **2012** αποδίδεται στην σημαντική μείωση των δαπανών λειτουργίας (2,05 εκ. €), πιθανώς εξαιτίας των μέτρων λιτότητας. Η ανοδική τάση από το 2019 και έπειτα υποδηλώνει αύξηση του λειτουργικού κόστους, η οποία δεν ακολουθήθηκε από την αντίστοιχη αύξηση των επισκέψεων, γεγονός που απαιτεί προσοχή από πλευράς διαχείρισης.

Δ4 – Συνολική Δαπάνη ΠΦΥ ανά Επίσκεψη. Με τον δείκτη αυτό εκφράζεται το συνολικό κόστος (νοσήλια, φάρμακα, αμοιβές και λειτουργικά έξοδα) για κάθε επίσκεψη στα κέντρα ΠΦΥ. Κυμάνθηκε από **176,18 €** (2013) έως **277,73 €** (2024), με μέσο όρο **220,78 €**. Η έντονα ανοδική τάση από το 2019 και έπειτα οφείλεται κυρίως στην αύξηση των νοσηλίων και των φαρμακευτικών δαπανών, που διογκώθηκαν σημαντικά την περίοδο 2020–2024, ενώ οι επισκέψεις δεν αυξήθηκαν αναλογικά. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 2013, παρόλο που καταγράφηκε ο υψηλότερος αριθμός επισκέψεων, ο δείκτης ήταν ο χαμηλότερος. Το γεγονός αυτό τονίζει ότι η υψηλή επισκεψιμότητα βελτιώνει την αποδοτικότητα μέσω οικονομιών κλίμακας (όσο μεγαλύτερος ο όγκος εργασίας, τόσο φθηνότερο το κόστος ανά μονάδα υπηρεσίας).

Δ5 – Νοσήλια ανά Ασφαλισμένο. Ο δείκτης αυξήθηκε από **580 €** (2012) σε **1.032 €** (2024) και αποτυπώνει μια από τις πιο ανησυχητικές τάσεις της περιόδου. Η αύξηση (~**78%** σε 12 χρόνια) οφείλεται τόσο την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των ασφαλισμένων, όσο και στις δαπανηρές νοσηλείες υψηλού κόστους. Επιπλέον η μείωση των ασφαλισμένων (από 13.964 το 2010 σε 12.059 το 2024) επιβαρύνει περαιτέρω τον δείκτη.

Δ6 – Φάρμακα ανά Ασφαλισμένο. Η φαρμακευτική δαπάνη ανά ασφαλισμένο κυμάνθηκε από **344 €** (2014) έως **556 €** (2024), με μέσο όρο **442 €**. Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής πολιτικών ελέγχου φαρμακευτικής δαπάνης και εκπτώσεων από τα φαρμακεία, παρατηρείται πτωτική τάση κατά την περίοδο 2010–2014. Ακολουθεί σταδιακή άνοδος από το 2015 έως το 2024, κυρίως λόγω της αύξησης των Φαρμάκων Υψηλού Κόστους (ΦΥΚ) και η εμφάνιση σοβαρών παθήσεων (νεοπλασίες, πολλαπλή σκλήρυνση, αυτοάνοσα νοσήματα κ.α.).

Δ7 – Επισκέψεις ανά Ασφαλισμένο. Ο δείκτης χρήσης των υπηρεσιών ΠΦΥ κυμάνθηκε από **6,22** (2010) έως **8,24** (2017), με μέσο όρο **7,61 επισκέψεις/ασφαλισμένο ετησίως**. Η σταδιακή αύξηση κατά την περίοδο 2010–2017 υποδηλώνει μεγαλύτερη αξιοποίηση των υπηρεσιών του Ταμείου, ενώ η ήπια πτώση μετά το 2020 συνδέεται με τους περιορισμούς της πανδημίας και τη μείωση της επισκεψιμότητας.

Δ8 – Δείκτης Αξιοποίησης Ιατρών. Ο δείκτης αυτός εκφράζει τη σχετική απόδοση του ιατρικού δυναμικού σε σύγκριση με το βέλτιστο έτος της περιόδου. Το **2015** ορίζεται ως έτος αναφοράς (100%), καθώς επιτεύχθηκε η υψηλότερη παραγωγικότητα ανά ιατρό. Μετά το 2015 παρατηρείται

σταδιακή υποχώρηση, με τα έτη **2023 (49,4%)** και **2024 (50,8%)** να καταγράφουν τις χαμηλότερες τιμές, δηλαδή οι ιατροί αξιοποιήθηκαν σε λιγότερο από το **50% της βέλτιστης δυνατότητάς τους**. Ωστόσο αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα αναποτελεσματικότητα, καθώς η αύξηση του αριθμού ιατρών μπορεί να αντικατοπτρίζει στρατηγική επιλογή βελτίωσης της ποιότητας και μείωσης του χρόνου αναμονής.

Συνολικά μπορούμε να δούμε ότι περιγράφονται τρεις βασικές τάσεις. Τα έτη 2013–2016 εμφανίζεται ως η πιο αποδοτική, με υψηλή επισκεψιμότητα, χαμηλό κόστος ανά επίσκεψη και υψηλή παραγωγικότητα ιατρών. Η δεύτερη περίοδος, της πανδημίας (2020–2021) επέφερε σημαντική πτώση της αποδοτικότητας λόγω μείωσης επισκέψεων και αύξησης κόστους. Τέλος, η περίοδος 2022–2024 χαρακτηρίζεται από έντονη αύξηση των δαπανών (κυρίως εξαιτίας των νοσηλίων και των φαρμάκων) χωρίς αυτό να συνοδεύεται από την αντίστοιχη αύξηση εκροών, γεγονός που αποτελεί πρόκληση για τη βιωσιμότητα του Ταμείου και τονίζει την αναγκαιότητα περαιτέρω ελέγχου δαπανών.

Ωστόσο ο Απολογισμός του 2024 αποτυπώνει ένα θετικό αποτέλεσμα με πλεόνασμα € 2,6 εκ. και ο δείκτης κάλυψης εξόδων από τα έσοδα παραμένει σταθερός από το 2023 (2024 107,2%). Ένας δείκτης κάλυψης σταθερά > 105%, καθιστά το Ταμείο οικονομικά και λειτουργικά βιώσιμο και παρέχει αποθεματικό ασφαλείας ώστε να αντιμετωπιστούν απρόβλεπτες δαπάνες (π.χ. έξαρση νοσηλίων, ΦΥΚ) (Rustam, 2022). Ωστόσο οι παραπάνω συγκρίσεις καθιστούν φανερό ότι αντιμετωπίζει συνεχείς πιέσεις εξαιτίας της συνεχούς αύξησης των δαπανών. Η γήρανση των ασφαλισμένων, η αύξηση των χρόνιων και σοβαρών νοσημάτων και οι ακριβές θεραπευτικές παρεμβάσεις αποτελούν παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας. Παρόλα αυτά το Ταμείο με σωστή διαχείριση και διοίκηση (μείωση κόστους μέσω συμβάσεων, ψηφιακός μετασχηματισμός, δραστηριότητες για την πρόληψη νοσημάτων κ.α.) καθώς και με την πολύτιμη αρωγή της Τράπεζας της Ελλάδος, παρουσιάζει συνολικά μια θετική εικόνα. Η συμβολή της Τράπεζας της Ελλάδος είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς, στο πλαίσιο του κοινωνικού της ρόλου και με αποφάσεις του Γενικού Συμβουλίου της κατά τα έτη 1994 και 2006, επιδοτεί μέρος των δαπανών που αφορούν τα νοσήλια, καθώς και τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα φάρμακα με ποσοστό συμμετοχής 0% και 10%. Η στήριξη αυτή ενισχύει ουσιαστικά τη δυνατότητα του Ταμείου να ανταποκρίνεται στις αυξανόμενες ανάγκες των ασφαλισμένων του, συμβάλλοντας παράλληλα στη διατήρηση της οικονομικής του ισορροπίας και της κοινωνικής του αποστολής.

Πίνακας 1: Οικονομικοί Δείκτες και Αποδοτικότητα

Δείκτης	Τιμή 2024	Τιμή 2023	Τάση
Α. Δείκτες Αποτελέσματος			
Σύνολο Εσόδων	€39.059.997	€33.759.735	+15,7%
Σύνολο Εξόδων	€36.447.681	€31.368.559	+16,2%
Αποτέλεσμα Χρήσης (Πλεόνασμα)	€2.612.316	€2.391.176	+9,2%
Β. Δείκτες Αποδοτικότητας			
Δείκτης Εξόδων / Εσόδων (Cost Ratio)	93,3%	92,9%	Σταθερό
Περιθώριο Πλεονάσματος	6,7%	7,1%	-0,4 ποσοστιαίες μονάδες
Δείκτης Κάλυψης Εξόδων από Έσοδα	107,2%	107,6%	Σταθερό
Γ. Δείκτες Δομής Εσόδων			
Εισφορές Εργοδότη / Σύνολο Εσόδων	29,8%	31,5%	Μείωση
Εισφορές Ασφαλισμένων / Σύνολο Εσόδων	38,5%	41,4%	Μείωση
Επιδότησεις ΤτΕ (ΑΓΣ) / Σύνολο Εσόδων	22,6%	23,8%	Μείωση

Πίνακας 2: Δαπάνες κατά κεφαλήν ανά κατηγορία (2023-2024)

Κατηγορία Δαπάνης	Σύνολο 2024 (€)	Κατά κεφαλήν 2024 (€)	Κατά κεφαλήν 2023 (€)	Μεταβολή %
Νοσοκομειακή Περίθαλψη	12.449.498	€1.032,38	€913,13	+13,1
Φαρμακευτική Περίθαλψη	6.699.716	€555,12	€529,57	+4,8
Ιατρικές Αμοιβές κατά Περίπτωση	2.904.602	€240,87	€234,63	+2,7

Ειδικές Δαπάνες Κλάδου Ασθενείας	1.377.281	€114,21	€110,50	+3,4
Παροχές σε Χρήμα	627.776	€52,06	€46,44	+12,1
Σύνολο Ιατρικής Περίθαλψης	24.244.525	€2.011,17	€1.847,10	+8,9
Έξοδα Διαχείρισης	8.502.432	€705,37	€640,78	+10,1
Δαπάνες Λειτουργίας ΠΚΑ	3.390.008	€281,10	—	—
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ	36.447.681	€3.022,28	—	—

Πίνακας 3: Εξέλιξη Κύριων Δαπανών (2010-2024)

Έτος	Νοσήλια (€)	Φάρμακα (€)	Σύνολο (€)	Νοσήλια κ.κ.(€)	Φάρμακα κ.κ.(€)	Σύνολο κ.κ.(€)	% Μεταβολή Νοσηλίων	% Μεταβολή Φαρμάκων
2010	9.413.743	7.653.395	17.067.138	674,14	548,08	1.222,22	—	—
2011	9.920.236	7.307.777	17.228.013	719,12	529,74	1.248,86	5,4%	-4,5%
2012	7.881.811	6.075.070	13.956.881	579,67	446,79	1.026,47	-20,6%	-16,9%
2013	7.957.533	4.903.122	12.860.655	590,50	363,84	954,34	1,0%	-19,3%
2014	7.957.382	4.568.429	12.525.811	598,52	343,62	942,14	0,0%	-6,8%
2015	7.866.878	4.748.977	12.615.855	599,06	361,63	960,70	-1,1%	4,0%
2016	8.328.071	4.729.302	13.057.373	639,24	363,01	1.002,25	5,9%	-0,4%
2017	9.522.238	4.809.672	14.331.910	743,11	375,35	1.118,46	14,3%	1,7%
2018	8.600.609	5.024.850	13.625.459	682,53	398,77	1.081,30	-9,7%	4,5%
2019	10.118.691	5.362.124	15.480.815	806,14	427,19	1.233,33	17,7%	6,7%
2020	11.838.281	5.500.457	17.338.738	953,70	443,12	1.396,82	17,0%	2,6%
2021	9.847.155	5.639.817	15.486.972	806,28	461,79	1.268,07	-16,8%	2,5%
2022	10.139.494	5.757.317	15.896.811	847,00	480,94	1.327,94	3,0%	2,1%
2023	11.020.589	6.391.406	17.411.995	913,13	529,57	1.442,70	8,7%	11,0%
2024	12.449.498	6.699.716	19.149.214	1.032,38	555,58	1.587,96	13,0%	4,8%

Πίνακας 4: Δείκτες Λειτουργία και Κάλυψης

Δείκτης Λειτουργίας / Κάλυψης	Τιμή 2024	Παρατηρήσεις
Σύνολο Ασφαλισμένων	12.059	Άμεσα (εν ενεργεία και συνταξιούχοι) - Έμμεσα
Σύνολο εν ενεργεία	5.407	
Σύνολο συνταξιούχων	6.652	
Επισκέψεις Πολυϊατρείων (Αθήνα)	49.739	Αφορά 22 ειδικότητες
Επισκέψεις Ιατρείου Μεταβολικών Νοσημάτων (IMN) (Αθήνα)	817	Ιατρός: 304, Διατροφολόγος: 513
Επισκέψεις Κεντρικού Καταστήματος	9.004	
Επισκέψεις Πολυϊατρείων Χολαργού	19.627	ΜΗΚΕΧΑ, ΙΕΤΑ, ΚΕΠΕΔΙΧ
Επισκέψεις Πολυϊατρείων (Θεσσαλονίκη)	8.108	Κεντρικό, ΚΕΠΕΔΙΧ
Επισκέψεις Πολυϊατρείων (Πάτρα)	5.484	7 ειδικότητες, ιατρεία ΟΑΤΥΕ
Επισκέψεις Πολυϊατρείων (Ηράκλειο)	1.015	3 ειδικότητες, ιατρεία ΟΑΤΥΕ
Σύνολο επισκέψεων	~93.794	
Μ.Ο. επισκέψεων / ασφαλισμένο	~7,8	Σύμφωνα με το σύνολο των επισκέψεων
Εργαστηριακές εξετάσεις (Αθήνα)	242.657	13.117 αιμοληψίες
Αντιγριπικοί εμβολιασμοί	3.759	Εκ των οποίων (2.391+80) εντός δομών
Μονάδες αίματος από εθελοντική αιμοδοσία (Αθήνα0	651	3 αιμοδοσίες/έτος
Ασφαλισμένοι / μόνιμο προσωπικό	77,8	12.059 / 155 εργαζόμενοι*
Ασφαλισμένοι / ιατρό	147,1	12.059 / 82 συνεργάτες ιατροί

*Σημείωση: αφαιρέθηκαν από το σύνολο του προσωπικού (198 άτομα) το Εκπαιδευτικό Προσωπικό (43 άτομα), δεδομένου ότι η παρούσα ανάλυση αφορά την αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ.

Πίνακας 5: Ανάλυση Φαρμακευτικής Δαπάνης

Κατηγορία	2024 (€)	2023 (€)	Μεταβολή	Παρατηρήσεις
Δαπάνη ΦΥΚ (συμμετοχή 0%)	3.624.555	3.359.013	+ 7,9%	Διαρκής αύξηση – κύρια πηγή κινδύνου
Δαπάνη φαρμάκων (συμμετοχή 10%)	765.830	741.651	+ 3,3%	Σταθερή αύξηση
Δαπάνη φαρμάκων (συμμετοχή 25%)	2.309.331	2.290.743	+ 0,8%	Σχεδόν σταθερή δαπάνη
Σύνολο	6.699.716	6.391.406	+ 4,82%	Εθνικός μ.ο. (+13%)*
ΦΥΚ ως % συνολικής φαρμ. δαπάνης	54,1%	52,6%	+ 1,5	Αυξανόμενη πίεση από ΦΥΚ

*Πηγή: ΣΦΕΕ (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος)

Πίνακας 6: Δείκτες Αποδοτικότητας Π.Φ.Υ.(2010-2024)

Έτος	Δ1 Επισκέψεις/ Ιατρό	Δ2 Επισκέψεις/ Προσωπικό	Δ3 Δαπάνη Λειτουργίας/ Επίσκεψη (€)	Δ4 Δαπ.ΠΦΥ/ Επισκέψεις (€)	Δ5 Νοσήλια/ Ασφαλισμ. (€)	Δ6 Φάρμακα/ Ασφαλισμένο (€)	Δ7 Επίσκεψη / Ασφαλισ μ.	Δ8 Αξιοποίηση Ιατρών (%)
2010	1.497,43	624,83	32,13 €	266,61 €	675,50 €	548,08 €	6,22	67,09%
2011	1.538,91	661,16	31,55 €	261,71 €	720,50 €	529,74 €	6,47	68,95%
2012	1.739,49	647,55	23,16 €	215,56 €	579,67 €	446,79 €	6,52	77,93%
2013	2.049,73	763,04	24,00 €	176,18 €	590,50 €	363,84 €	7,76	91,83%
2014	1.959,08	743,59	29,90 €	182,61 €	598,52 €	343,62 €	7,66	87,77%
2015	2.231,98	712,99	32,79 €	184,22 €	599,06 €	361,63 €	7,82	100,00%
2016	2.023,11	755,11	29,43 €	179,61 €	639,29 €	363,04 €	8,23	90,64%
2017	1.624,91	713,64	31,12 €	194,27 €	743,11 €	375,35 €	8,24	72,80%
2018	1.575,75	663,47	34,92 €	198,79 €	682,53 €	398,77 €	8,00	70,60%
2019	2.012,02	633,41	36,82 €	214,65 €	806,14 €	427,19 €	8,18	90,15%
2020	1.325,47	593,61	37,68 €	242,23 €	953,47 €	443,01 €	7,79	59,39%
2021	1.352,61	597,47	34,81 €	220,87 €	806,35 €	461,83 €	7,97	60,60%
2022	1.276,66	642,50	37,11 €	226,22 €	846,86 €	480,86 €	8,21	57,20%
2023	1.101,49	568,51	40,79 €	270,50 €	913,13 €	529,57 €	7,30	49,35%
2024	1.133,87	599,85	40,54 €	277,73 €	1.032,38 €	555,58 €	7,71	50,80%

Μέσος Όρος	1.629,50	661,38	33,12 €	220,78 €	745,80 €	441,93 €	7,61	73,01%
Μέγιστο	2.231,98	763,04	40,79 €	277,73 €	1.032,38 €	555,58 €	8,24	100,00%
Ελάχιστο	1.101,49	568,51	23,16 €	176,18 €	579,67 €	343,62 €	6,22	49,35%

Πίνακας 7: Περιγραφή Δεικτών

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΚΤΩΝ			
Κωδ.	Δείκτης	Τύπος Υπολογισμού	Ερμηνεία
Δ1	Επισκέψεις ανά Ιατρό	Σύνολο επισκέψεων ÷ Αριθμός ιατρών	Παραγωγικότητα ιατρού – υψηλότερος = αποδοτικότερος
Δ2	Επισκέψεις ανά Μέλος Προσωπικού	Σύνολο επισκέψεων ÷ Σύνολο προσωπικού	Συνολική παραγωγικότητα ανθρώπινου δυναμικού
Δ3	Δαπάνη Λειτουργίας ανά Επίσκεψη	Δαπάνες λειτουργίας κέντρων ÷ Σύνολο επισκέψεων	Λειτουργικό κόστος ανά παρεχόμενη υπηρεσία – χαμηλότερος = αποδοτικότερος
Δ4	Συνολική Δαπάνη ΠΦΥ ανά Επίσκεψη	Σύνολο δαπανών ΠΦΥ ÷ Σύνολο επισκέψεων	Ολικό κόστος ανά επίσκεψη
Δ5	Νοσήλια ανά Ασφαλισμένο	Δαπάνες νοσηλίων ÷ Ασφαλισμένοι	Νοσοκομειακό βάρος ανά μέλος
Δ6	Φάρμακα ανά Ασφαλισμένο	Δαπάνες φαρμάκων ÷ Ασφαλισμένοι	Φαρμακευτικό βάρος ανά μέλος
Δ7	Επισκέψεις ανά Ασφαλισμένο	Σύνολο επισκέψεων ÷ Ασφαλισμένοι	Χρήση ΠΦΥ ανά μέλος – δείκτης ζήτησης υπηρεσιών
Δ8	Δείκτης Αξιοποίησης Ιατρών	Επισκέψεις/ιατρό ÷ Μέγιστο επισκέψεις/ιατρό (15ετία)	Σχετική απόδοση ιατρικού δυναμικού (1=βέλτιστο έτος)

5. Σκοπός έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας των Πολυϊατρείων του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. και τον εντοπισμό των παραγόντων που την

επηρεάζουν. Έχοντας ως εργαλείο αξιολόγησης την καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης των ασφαλισμένων που επισκέπτονται τα Πολυϊατρεία του Ταμείου, εξετάζεται το επίπεδο ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες που παρέχονται, καθώς και το κατά πόσο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασφαλισμένων διαμορφώνουν τον βαθμό ικανοποίησης. Είναι αναγκαίο η μέτρηση της ικανοποίησης να πραγματοποιείται κατ' επανάληψη ανά τακτά χρονικά διαστήματα, διότι αποτελεί ένα αξιόπιστο μέτρο εκτίμησης της ποιότητας. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί αξιόπιστο μέτρο εκτίμησης της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υγειονομικών δομών (Παπαδοπούλου, 2021). Η διεξαγωγή μιας τέτοιου είδους έρευνας, ξεπερνάει τα όρια του Οργανισμού και αποκτά ευρύτερη κοινωνική σημασία. Ένα αυτοδιαχειριζόμενο Ταμείο Υγείας μπορεί να λειτουργήσει ως πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας και ως παράδειγμα καλής πρακτικής για άλλους φορείς υγείας. Σε μια εποχή πίεσης στους δημόσιους πόρους, το παράδειγμα ενός μικρότερου αυτοδιαχειριζόμενου φορέας, στον οποίο παρέχονται υψηλού επιπέδου υπηρεσίες με αποδοτικό τρόπο, συμβάλλει στην ορθολογικότερη κατανομή πόρων στο σύνολο του συστήματος υγείας.

5.1 Δείγμα

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε ηλεκτρονικά, μέσω e-mail, σε ασφαλισμένους του Ταμείου, με σκοπό τη διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Πολυϊατρείων του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. Υπήρχε η δυνατότητα να συμπληρωθεί τόσο από τους ίδιους (άμεσα ασφαλισμένους) καθώς και από συγγενικά τους πρόσωπα, τα οποία είναι έμμεσα ασφαλισμένα στο Ταμείο. Το τελικό δείγμα αποτελείται από **164 συμμετέχοντες**. Ο τρόπος διανομής του ερωτηματολογίου διευκόλυνε τη ταχύτητα και τη συλλογή των δεδομένων, την ποσοτικοποίηση της ικανοποίησης και τις αντικειμενικότερες απαντήσεις χωρίς ταυτόχρονα τη δέσμευση του ερευνητή. Επιπλέον έδωσε την δυνατότητα στους ασφαλισμένους να εκφράσουν την γνώμη τους με τρόπο δομημένο για την φροντίδα που λαμβάνουν ως χρήστες υπηρεσιών υγείας. Ενδέχεται όμως να περιορίσει τη συμμετοχή ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, λόγω της μη εξοικείωσής τους με την χρήση ηλεκτρονικών μέσων και για αυτόν τον λόγο υπήρξε χαμηλή συμμετοχή της ηλικιακής ομάδας **80+**, στην οποία καταγράφηκε μόνο ένας συμμετέχων. Κατά τη διαδικασία ερμηνείας των αποτελεσμάτων, το γεγονός αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ως περιορισμός της έρευνας. Ωστόσο, το δείγμα καλύπτει ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών ηλικιών,

επαγγελματικών κατηγοριών και τύπων ασφάλισης, δίνοντάς μας μια χρήσιμη εικόνα για την εμπειρία και τον βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες του Ταμείου.

5.2 Ερωτηματολόγιο

Το βασικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων που αφορά την μέτρηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες που παρέχονται στα Πολυϊατρεία του Ταμείου είναι το δομημένο ερωτηματολόγιο των Αλετρά, Ζαχαράκη και Νιάκα, (2007). Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα της εμπειρίας του ασθενή. Σκοπός ήταν η μέτρηση της ικανοποίησης από τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού, από τον χρόνο αναμονής, τους χώρους αναμονής, τη συμπεριφορά και την προθυμία του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού και εν τέλει την συνολική ικανοποίηση από την εξυπηρέτηση.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε προσαρμόστηκε στις ανάγκες της παρούσας έρευνας, ώστε να ανταποκρίνεται στους σκοπούς της μελέτης, στις ιδιαιτερότητες της λειτουργίας των Πολυϊατρείων του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. και στον πληθυσμό των ασφαλισμένων του Ταμείου. Η χρήση του κρίθηκε κατάλληλη, καθώς οι ερωτήσεις του καλύπτουν όλα τα στάδια της εμπειρίας του επισκέπτη, από το στάδιο του προγραμματισμού ενός ραντεβού έως την ολοκλήρωση της επίσκεψης. Διαρθρώθηκε σε τρεις βασικές ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορά τα **κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά** των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικιακή ομάδα, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, τύπος ασφάλισης και τόπος κατοικίας). Η δεύτερη ενότητα περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα **στοιχεία της επίσκεψης** στα Πολυϊατρεία, (λόγος της επίσκεψης, χρόνος αναμονής, συχνότητα επίσκεψης ή επικοινωνίας με γιατρό κατά το τελευταίο εξάμηνο, ύπαρξη χρόνιας νόσου και η αυτοαξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων). Η τρίτη ενότητα περιλάμβανε τις βασικές ερωτήσεις ικανοποίησης από την εμπειρία στα Πολυϊατρεία. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τις επιμέρους διαστάσεις της εξυπηρέτησης, όπως τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού, τη συμπεριφορά της γραμματείας, τις συνθήκες στους χώρους αναμονής, την καθαριότητα, την επικοινωνία με τον γιατρό, την εμπιστοσύνη στη διάγνωση και θεραπεία, καθώς και την ευγένεια και προθυμία του

νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε πενταβάθμια κλίμακα ικανοποίησης, από **1 = Καθόλου ικανοποιημένος/η** έως **5 = Πάρα πολύ ικανοποιημένος/η**. Η χρήση της πενταβάθμιας κλίμακας επιτρέπει την ποσοτική αποτύπωση της ικανοποίησης και τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών διαστάσεων της παρεχόμενης υπηρεσίας. Το ερωτηματολόγιο αποτέλεσε κατάλληλο εργαλείο για την αποτύπωση της εμπειρίας των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες των Πολυϊατρείων, καθώς συνδυάζει τη συλλογή βασικών δημογραφικών και λειτουργικών πληροφοριών.

5.3 Μεθοδολογία

Για την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου κωδικοποιήθηκαν αριθμητικά και κάθε γραμμή αντιστοιχούσε σε έναν συμμετέχοντα ενώ κάθε στήλη σε μία μεταβλητή. Έπειτα εισήχθησαν στο πρόγραμμα σε μορφή βάσης δεδομένων και για τον έλεγχο της αξιοπιστίας της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's Alpha. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, υπολογίζοντας συχνότητες και ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές καθώς και τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις για τις ερωτήσεις ικανοποίησης. Στη συνέχεια δημιουργήθηκαν σύνθετοι δείκτες ικανοποίησης ανά θεματική ενότητα και υπολογίστηκε ο συνολικός δείκτης ικανοποίησης. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν συγκριτικές αναλύσεις ώστε να διερευνηθούν πιθανές διαφοροποιήσεις στη συνολική ικανοποίηση των ασφαλισμένων σύμφωνα με τα κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν έτσι ώστε να επιτρέπεται η στατιστική τους επεξεργασία. Για τις ερωτήσεις που αφορούσαν τα κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα στοιχεία της επίσκεψης χρησιμοποιήθηκαν κατηγορικές μεταβλητές, ώστε να αποτυπωθούν οι συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων ανά κατηγορία. Για τις ερωτήσεις ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, όπου οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την εμπειρία τους. Όσο υψηλότερη είναι η τιμή της απάντησης, τόσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός ικανοποίησης του συμμετέχοντα.

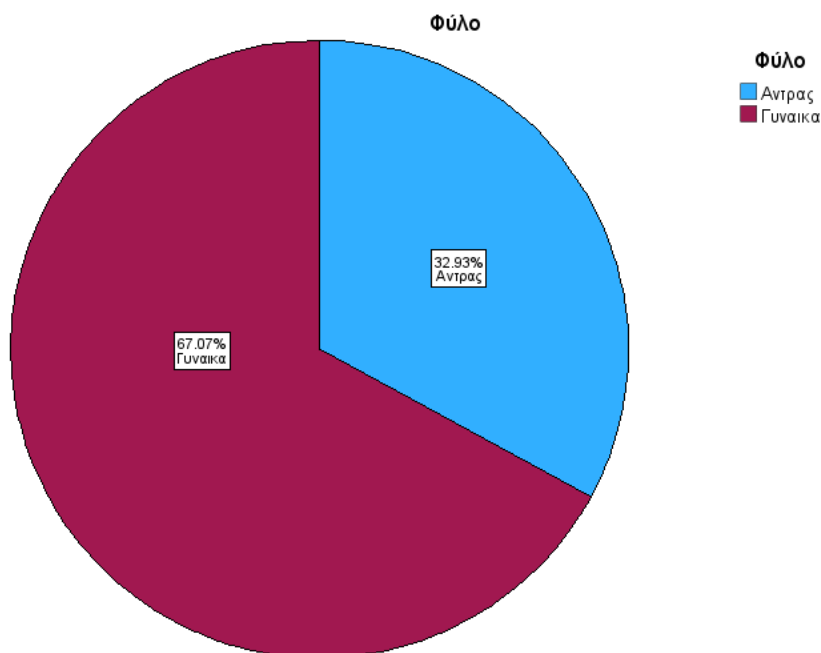
Τιμή	Επίπεδο Ικανοποίησης
1	Καθόλου Ικανοποιημένος/μένη
2	Λίγο Ικανοποιημένος/μένη
3	Μέτρια Ικανοποιημένος/μένη
4	Πολύ Ικανοποιημένος/μένη
5	Πάρα πολύ Ικανοποιημένος/μένη

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις ικανοποίησης αντιμετωπίστηκαν ως αριθμητικές μεταβλητές, ώστε να είναι δυνατός ο υπολογισμός μέσων όρων, τυπικών αποκλίσεων και συνολικών δεικτών ικανοποίησης. Στην συνέχεια για να υπάρξει καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων, κάθε μια από τις ερωτήσεις ικανοποίησης ομαδοποιήθηκαν σε θεματικές. Υπολογίστηκε ο μέσος όρος των ερωτήσεων για την ικανοποίηση από τη διαδικασία κλεισίματος ραντεβού, τις συνθήκες στους χώρους αναμονής, την εμπειρία της επαφής με τον γιατρό, της εξυπηρέτησης από το νοσηλευτικό προσωπικό και της εξυπηρέτησης από τη γραμματεία, ενώ υπολογίστηκε και ένας συνολικός δείκτης ικανοποίησης από όλες τις ερωτήσεις. Με αυτόν τον τρόπο μπόρεσε να αποτυπωθεί η συνολική εικόνα του βαθμού ικανοποίησης των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες των Πολυϊατρείων. Τέλος, για τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση των επισκεπτών εφαρμόστηκαν δύο στατιστικά μοντέλα παλινδρόμησης. Στο πρώτο μοντέλο πραγματοποιήθηκε σειρά απλών γραμμικών παλινδρομήσεων, με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική ικανοποίηση και ανεξάρτητη μεταβλητή μία από τις πέντε επιμέρους διαστάσεις, ικανοποίηση από τη διαδικασία ραντεβού, τους χώρους, τον ιατρό, τους νοσηλευτές και τη γραμματεία, με σκοπό να εντοπιστεί ποια διάσταση συνδέεται ισχυρότερα με τη συνολική εμπειρία. Στο δεύτερο μοντέλο εξετάστηκε η επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος στη συνολική ικανοποίηση μέσω ανάλυσης διακύμανσης (One-Way ANOVA) και ελέγχου ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples t-test), ανάλογα με τον αριθμό των κατηγοριών κάθε μεταβλητής προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσον τα χαρακτηριστικά αυτά επηρεάζουν τη συνολική ικανοποίηση ανεξάρτητα από την ποιότητα των υπηρεσιών. Στις περιπτώσεις όπου το ANOVA ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά, πραγματοποιήθηκε επιπρόσθετα έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων (Tukey HSD) για τον εντοπισμό των ομάδων μεταξύ των οποίων εντοπίζεται η διαφοροποίηση.

6. Αποτελέσματα Έρευνας – Δημογραφικά Δεδομένα

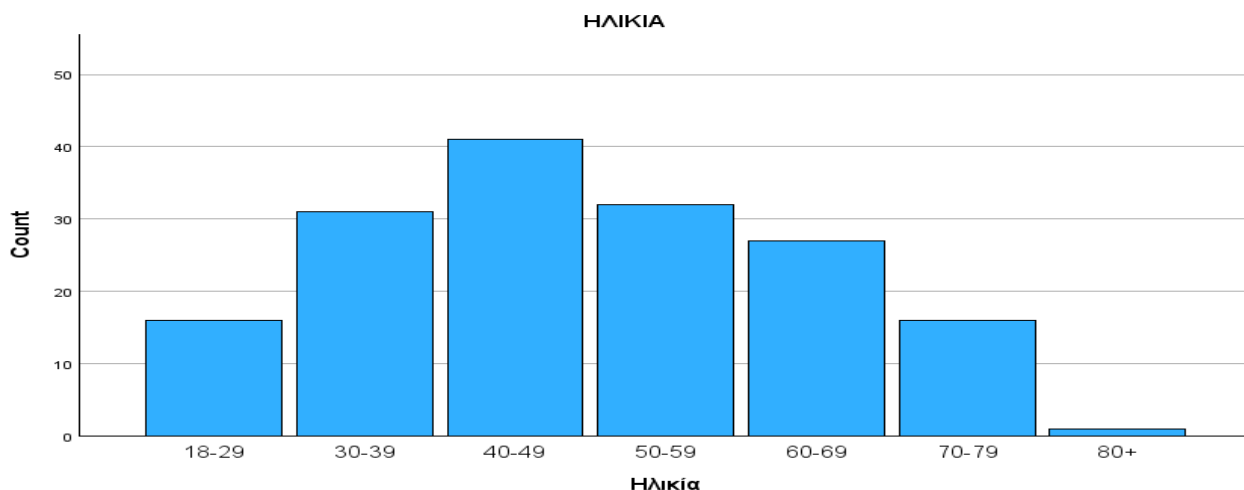
Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 164 συμμετέχοντες εκ των οποίων τα 110 άτομα είναι γυναίκες, ενώ οι άνδρες είναι 54 άτομα. Η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα που καταγράφεται είναι οι 40–49 ετών και ακολουθούν οι ηλικίες 50–59 ετών και οι 30–39 ετών. Οι πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι εν ενεργεία εργαζόμενοι και οι άμεσα ασφαλισμένοι αποτελούν το 76,83% του δείγματος, ενώ οι έμμεσα το 23,17%. Τέλος ο βασικότερος λόγος επίσκεψης που προκύπτει είναι η εξέταση/ενημέρωση, και ακολουθεί ο συνδυασμός λόγων επίσκεψης.

Γράφημα 1: Φύλο Συμμετεχόντων



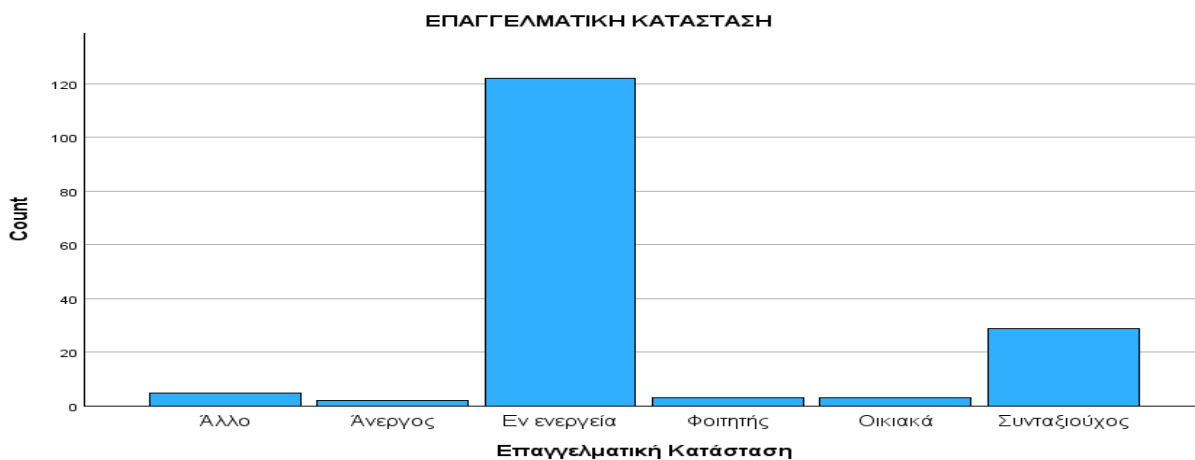
Το Γράφημα 1 παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχόντων με βάση το φύλο. Από τα αποτελέσματα παρατηρείται σαφής υπεροχή των γυναικών στο δείγμα της έρευνας, με ποσοστό 67,07%, ενώ οι άνδρες αποτελούν το 32,93% του δείγματος. Αυτό συνεπάγεται ότι περίπου 2 στους 3 συμμετέχοντες είναι γυναίκες, ενώ περίπου 1 στους 3 είναι άνδρας.

Γράφημα 2: Ηλικία



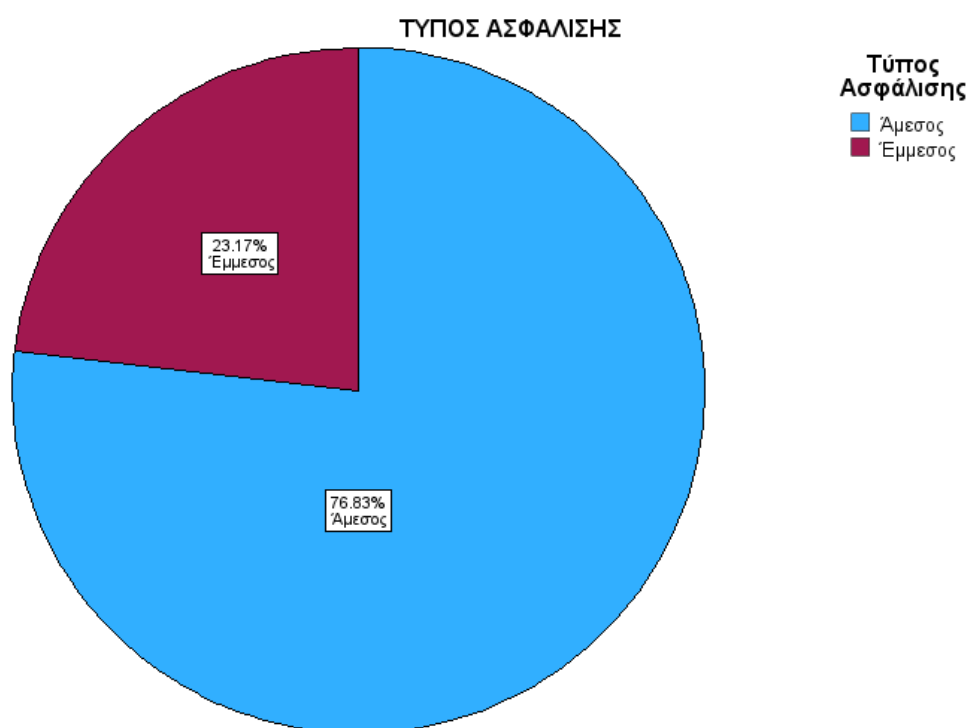
Στο παραπάνω γράφημα, στο οποίο παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχόντων ανά ηλικιακή ομάδα, παρατηρείται ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή προέρχεται από την ηλικιακή ομάδα 40–49 ετών, η οποία εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα και ακολουθούν οι ομάδες 50–59 ετών και 30–39 ετών. Μικρότερη συμμετοχή καταγράφεται στις ηλικιακές ομάδες 18–29 και 70–79, ενώ η ομάδα 80+ εμφανίζει τη χαμηλότερη συχνότητα. Συνολικά, το δείγμα φαίνεται να αποτελείται κυρίως από άτομα μέσης ηλικίας, ιδιαίτερα από τις ηλικιακές κατηγορίες 30 έως 59 ετών (Γράφημα 2).

Γράφημα 3: Επαγγελματική Κατάσταση



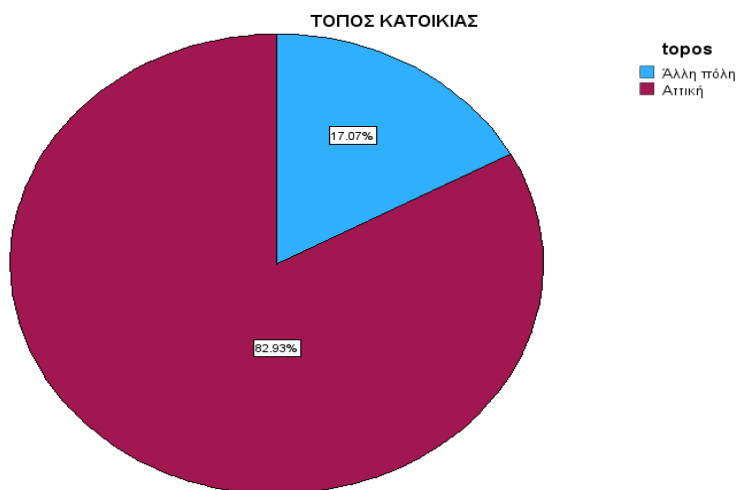
Η κατανομή των συμμετεχόντων με βάση την επαγγελματική τους κατάσταση φανερώνει ότι η μεγάλη πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι εν ενεργεία εργαζόμενοι, καθώς η συγκεκριμένη κατηγορία εμφανίζει με διαφορά τη μεγαλύτερη συχνότητα και ακολουθούν οι συνταξιούχοι, οι οποίοι αποτελούν τη δεύτερη πιο συχνή κατηγορία του δείγματος. Οι υπόλοιπες κατηγορίες (άνεργοι, φοιτητές, οικιακά και η κατηγορία «άλλο»), εμφανίζουν πολύ μικρότερη συμμετοχή. Το δείγμα αποτελείται κυρίως από άτομα που είναι ενεργά στην αγορά εργασίας, ενώ σε μικρότερο βαθμό εκπροσωπούνται οι συνταξιούχοι και οι λοιπές επαγγελματικές ομάδες (Γράφημα 3).

Γράφημα 4: Τύπος Ασφάλισης



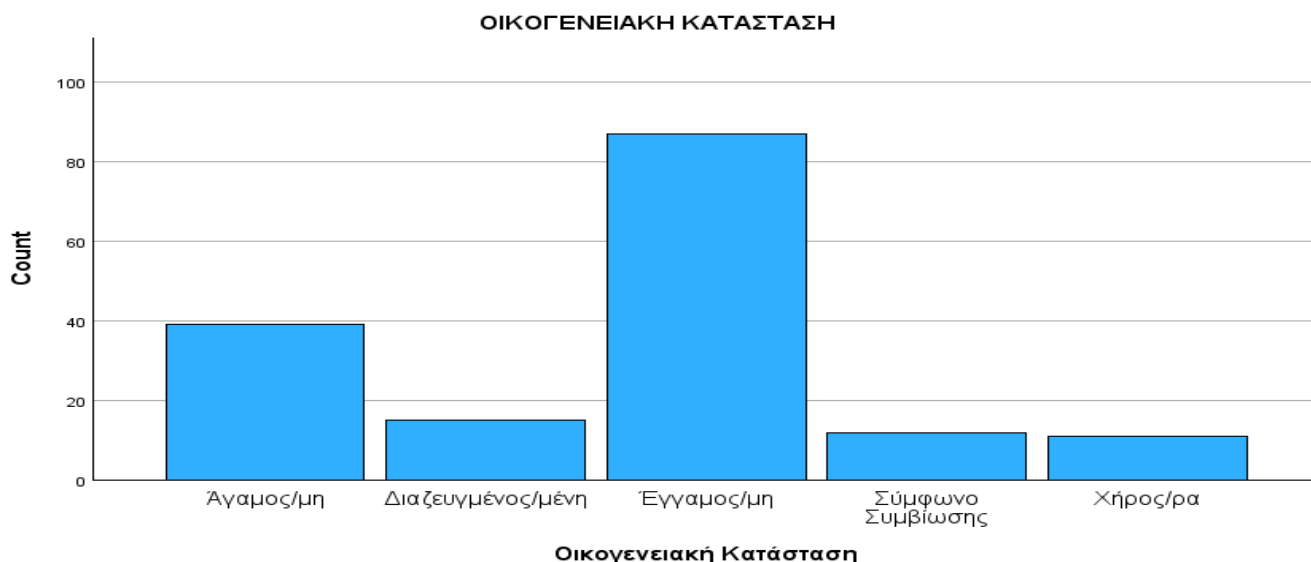
Στο Γράφημα 4 παρατηρείται ότι η μεγάλη πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι άμεσα ασφαλισμένοι, με ποσοστό 76,83%. Αντίθετα, οι έμμεσα ασφαλισμένοι αποτελούν μικρότερο μέρος του δείγματος, με ποσοστό 23,17%. Αυτό συνεπάγεται ότι περίπου 3 στους 4 συμμετέχοντες είναι άμεσα ασφαλισμένοι, άρα έχουν προσωπική ασφαλιστική σχέση με το Ταμείο.

Γράφημα 5: Τόπος Κατοικίας



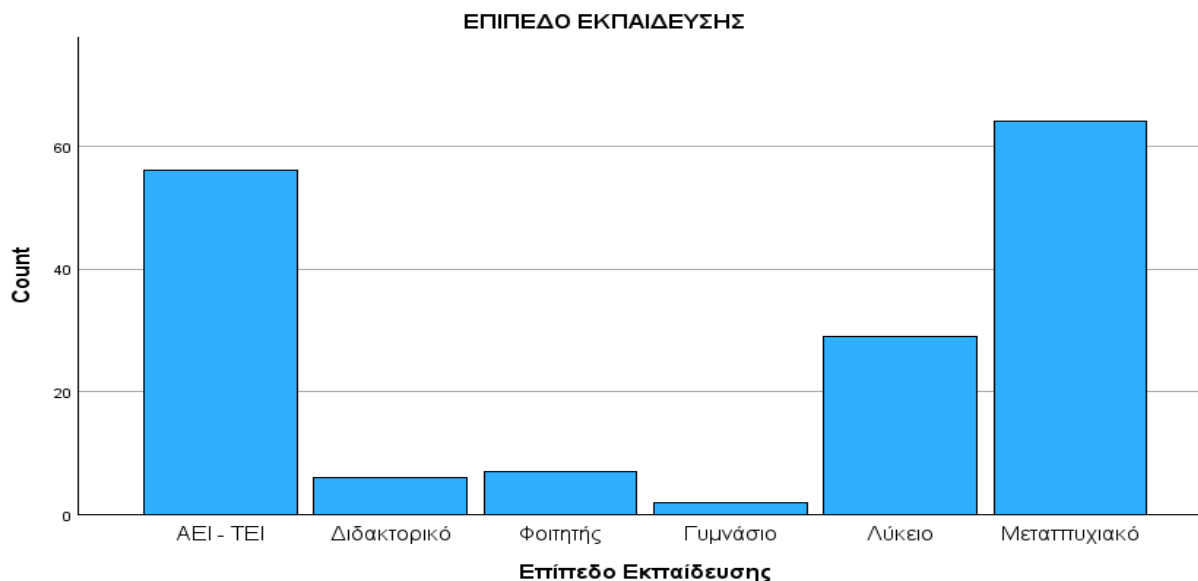
Στο παραπάνω γράφημα βλέπουμε ότι η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων κατοικεί στην Αττική, με ποσοστό 82,93%. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που κατοικούν σε άλλη πόλη αποτελούν το 17,07% του δείγματος. Το εύρημα αυτό θεωρείται αναμενόμενο, καθώς οι μεγαλύτερες και πιο οργανωμένες εγκαταστάσεις των Πολυϊατρείων του Ταμείου βρίσκονται στην Αττική, ενώ το ερωτηματολόγιο αφορά την ικανοποίηση των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες που παρέχονται από αυτά. Παρότι υπάρχουν υπηρεσίες και στην επαρχία, αυτές δεν είναι τόσο εκτεταμένες όσο στην Αττική (Γράφημα 5).

Γράφημα 6: Οικογενειακή Κατάσταση



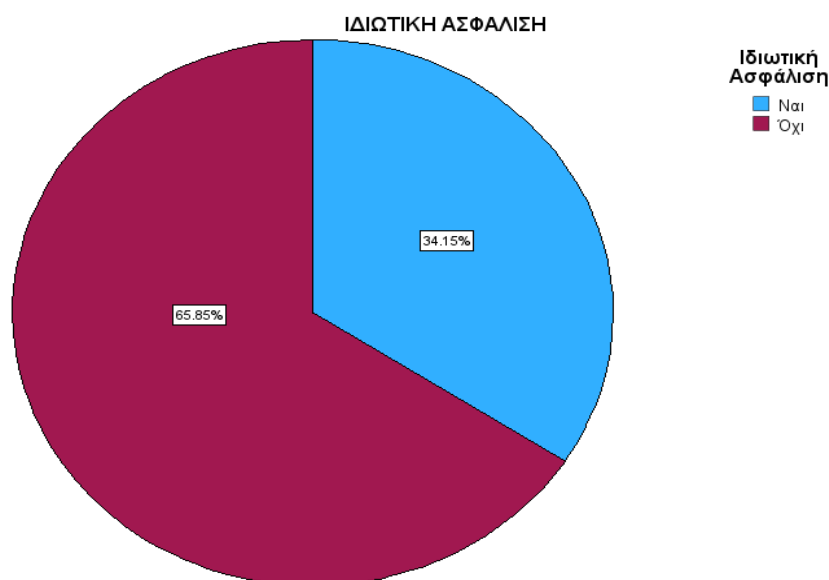
Στο *Γράφημα 6* παρατηρείται ότι η κατηγορία με την μεγαλύτερη συχνότητα είναι οι έγγαμοι/ες και ακολουθούν οι άγαμοι/ες, που αποτελούν τη δεύτερη μεγαλύτερη ομάδα. Οι υπόλοιπες κατηγορίες, δηλαδή οι διαζευγμένοι/ες, όσοι βρίσκονται σε σύμφωνο συμβίωσης και οι χήροι/ες, εμφανίζονται με αισθητά μικρότερες συχνότητες.

Γράφημα 7: Επίπεδο Εκπαίδευσης



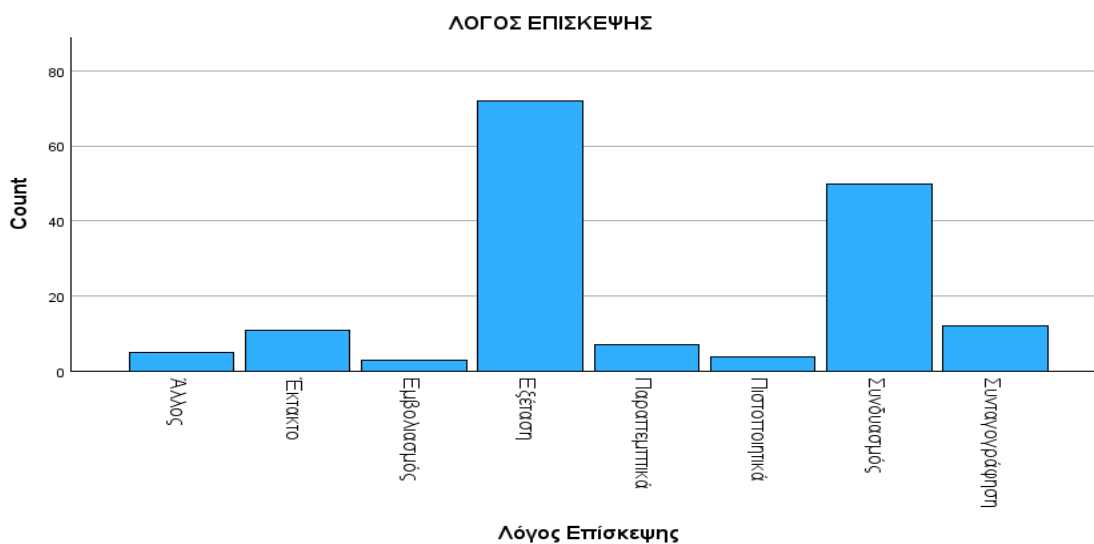
Η μεγαλύτερη ομάδα του δείγματος είναι οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, οι οποίοι εμφανίζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα. Επίσης οι απόφοιτοι ΑΕΙ–ΤΕΙ, αποτελούν σημαντικό μέρος του δείγματος. Σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζονται οι απόφοιτοι Λυκείου, ενώ οι κατηγορίες διδακτορικό, φοιτητής και Γυμνάσιο καταγράφουν χαμηλότερες συχνότητες. Συνολικά, το δείγμα φαίνεται να χαρακτηρίζεται από υψηλό μορφωτικό επίπεδο και το γεγονός αυτό μπορεί να θεωρηθεί αναμενόμενο, καθώς οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες του δείγματος ανήκουν κυρίως στις ηλικίες 30 έως 60 ετών, δηλαδή σε ηλικίες ενεργού επαγγελματικής δραστηριότητας. Επιπλέον, σημαντικό μέρος των συμμετεχόντων είναι εν ενεργεία εργαζόμενοι, ενώ η έρευνα αφορά ασφαλισμένους που συνδέονται με έναν τραπεζικό φορέα, όπου συχνά το μορφωτικό επίπεδο του προσωπικού είναι υψηλότερο. Επομένως, η αυξημένη παρουσία συμμετεχόντων με ανώτατη και μεταπτυχιακή εκπαίδευση συνάδει με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της έρευνας (*Γράφημα 7*).

Γράφημα 8: Ιδιωτική Ασφάλιση



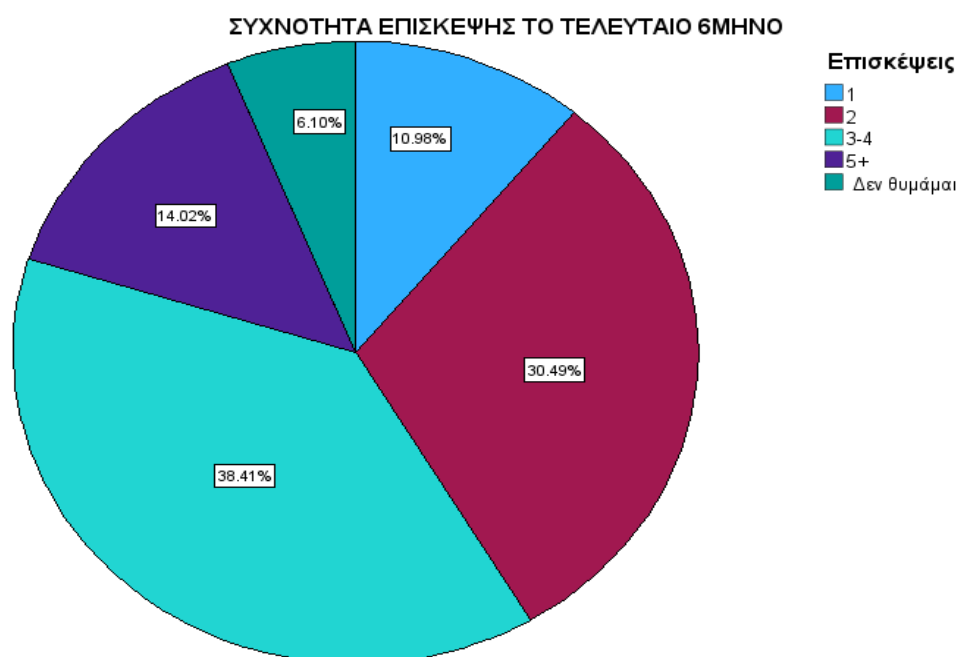
Η πλειονότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα δεν διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση, σε ποσοστό 65,85%. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι έχουν ιδιωτική ασφάλιση αποτελούν το 34,15% του δείγματος. Αυτό συνεπάγεται ότι, περίπου 2 στους 3 συμμετέχοντες βασίζονται αποκλειστικά ή κυρίως στην υπάρχουσα ασφαλιστική τους κάλυψη από το Ταμείο, χωρίς πρόσθετη ιδιωτική.

Γράφημα 9: Λόγος Επίσκεψης



Το *Γράφημα 9* αποτυπώνει ότι ο συχνότερος λόγος επίσκεψης είναι η εξέταση, η οποία συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη συχνότητα ενώ δεύτερη σε συχνότητα συναντάμε την συνταγογράφηση, η οποία επίσης αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό λόγο προσέλευσης των ασφαλισμένων. Οι υπόλοιπες κατηγορίες, όπως το επείγον, η παραπομπή, οι αιματολογικές, οι άλλες εξετάσεις και η εμβολιασμός, εμφανίζουν μικρότερες συχνότητες. Συνολικά, φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες επισκέπτονται κυρίως τα Πολυϊατρεία είτε για ιατρική εξέταση είτε για συνταγογράφηση, γεγονός που δείχνει ότι οι βασικές ανάγκες των ασφαλισμένων σχετίζονται κυρίως με την τακτική ιατρική παρακολούθηση και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

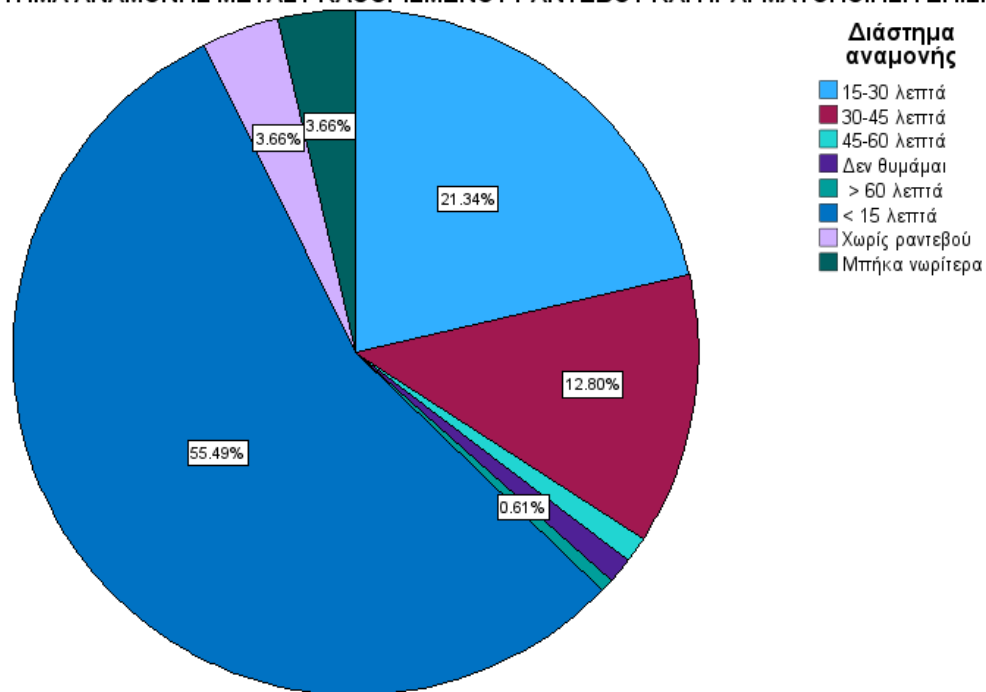
Γράφημα 10: Συχνότητα Επίσκεψης το τελευταίο 6μηνο



Παρατηρούμε στο *Γράφημα 10* ότι η μεγαλύτερη ομάδα δήλωσε πως πραγματοποίησε 3–4 επισκέψεις, με ποσοστό 38,41%. Ακολουθούν όσοι επισκέφθηκαν τα Πολυϊατρεία 2 φορές, με ποσοστό 30,49%. Όσοι πραγματοποίησαν 5 ή περισσότερες επισκέψεις, όσοι επισκέφθηκαν τα Πολυϊατρεία 1 φορά και όσοι δήλωσαν ότι δεν θυμούνται εμφανίζονται σε μικρότερη συχνότητα (14,02%, 10,98% και 6,10% αντίστοιχα). Συνολικά, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν επαναλαμβανόμενη επαφή με τα Πολυϊατρεία το τελευταίο εξάμηνο, καθώς η πλειονότητα πραγματοποίησε από 2 έως 4 επισκέψεις.

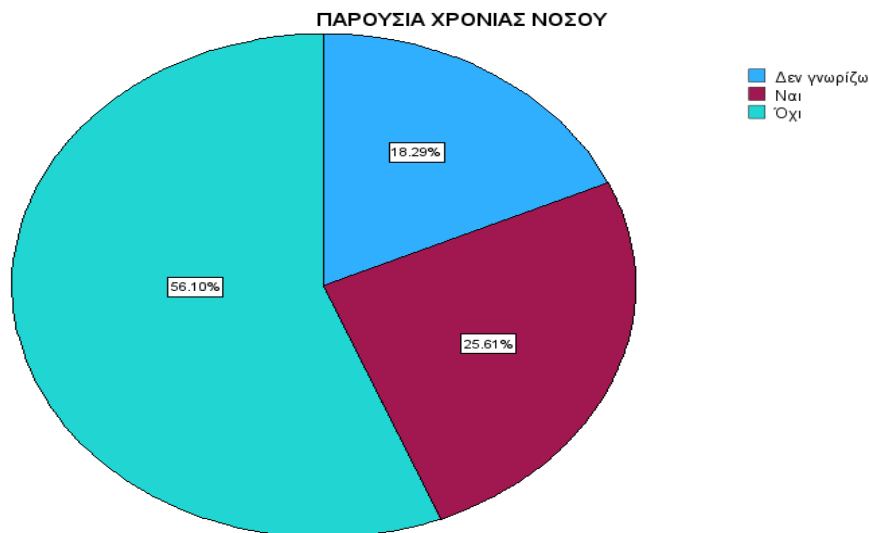
Γράφημα 11: Διάστημα Μεταξύ Καθορισμένου Ραντεβού και Πραγματοποίηση Επίσκεψης

ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΟΥ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ



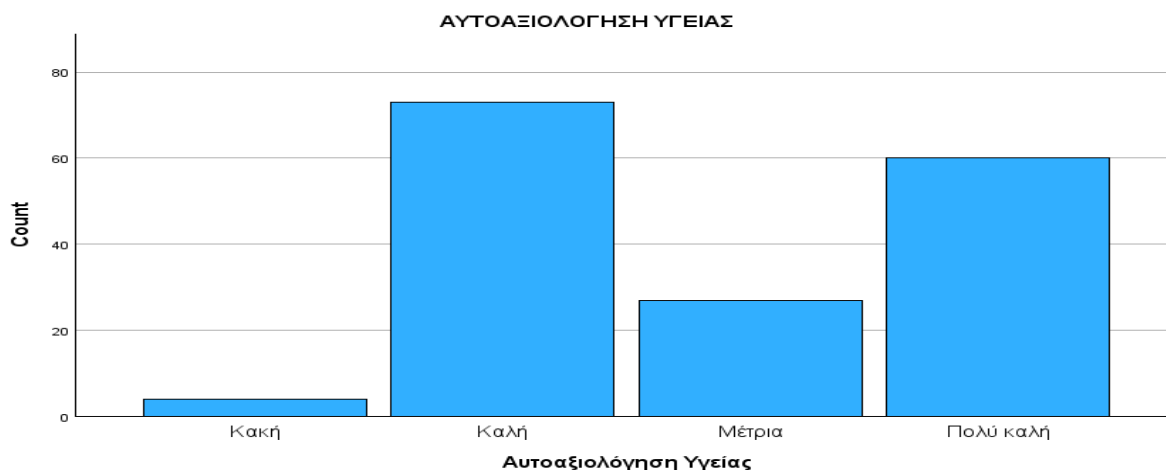
Στο Γράφημα 11 παρατηρούμε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων, με ποσοστό 55,49%, δήλωσε ότι η αναμονή ήταν μικρότερη από 15 λεπτά, γεγονός που καταδεικνύει ότι, η επίσκεψη πραγματοποιήθηκε σχετικά άμεσα σε σχέση με την προγραμματισμένη ώρα του ραντεβού. Ακολουθεί η κατηγορία 15–30 λεπτά, με ποσοστό 21,34%, ενώ το 12,80% ανέφερε αναμονή 30–45 λεπτών. Αρκετά μικρότερα ποσοστά καταγράφονται για μεγαλύτερους χρόνους αναμονής ή για περιπτώσεις χωρίς ραντεβού.

Γράφημα 12: Παρουσία Χρόνιας Νόσου



Το γράφημα παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχόντων ως προς την παρουσία χρόνιας νόσου. Παρατηρείται ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν πάσχει από χρόνια νόσο, με ποσοστό 56,10%. Αντίθετα, το 25,61% δήλωσε ότι πάσχει από χρόνια νόσο, ενώ ένα ποσοστό 18,29% απάντησε ότι δεν γνωρίζει. Συνολικά, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν αναφέρει παρουσία χρόνιας νόσου. Ωστόσο, περίπου 1 στους 4 συμμετέχοντες δηλώνει ότι έχει χρόνια πάθηση, γεγονός που είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη, καθώς μπορεί να επηρεάζει τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας και τις ανάγκες εξυπηρέτησης.

Γράφημα 13: Αυτοαξιολόγηση Υγείας

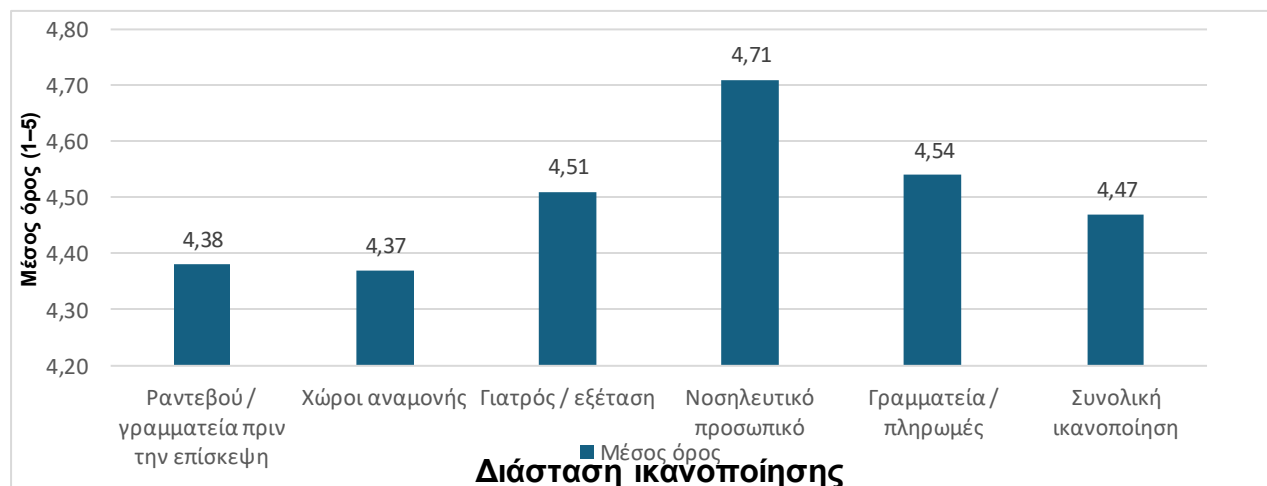


Στο *Γράφημα 13* παρουσιάζεται η αυτό-αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων και παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη ομάδα αξιολογεί την υγεία της ως καλή, ακολουθούν όσοι τη χαρακτηρίζουν πολύ καλή, ενώ ελάχιστοι συμμετέχοντες την αξιολογούν ως κακή. Παρουσιάζεται συνολικά μια αρκετά θετική εικόνα, γεγονός που μας δείχνει ότι το δείγμα, σε γενικές γραμμές, αντιλαμβάνεται την υγεία του σε ικανοποιητικό επίπεδο.

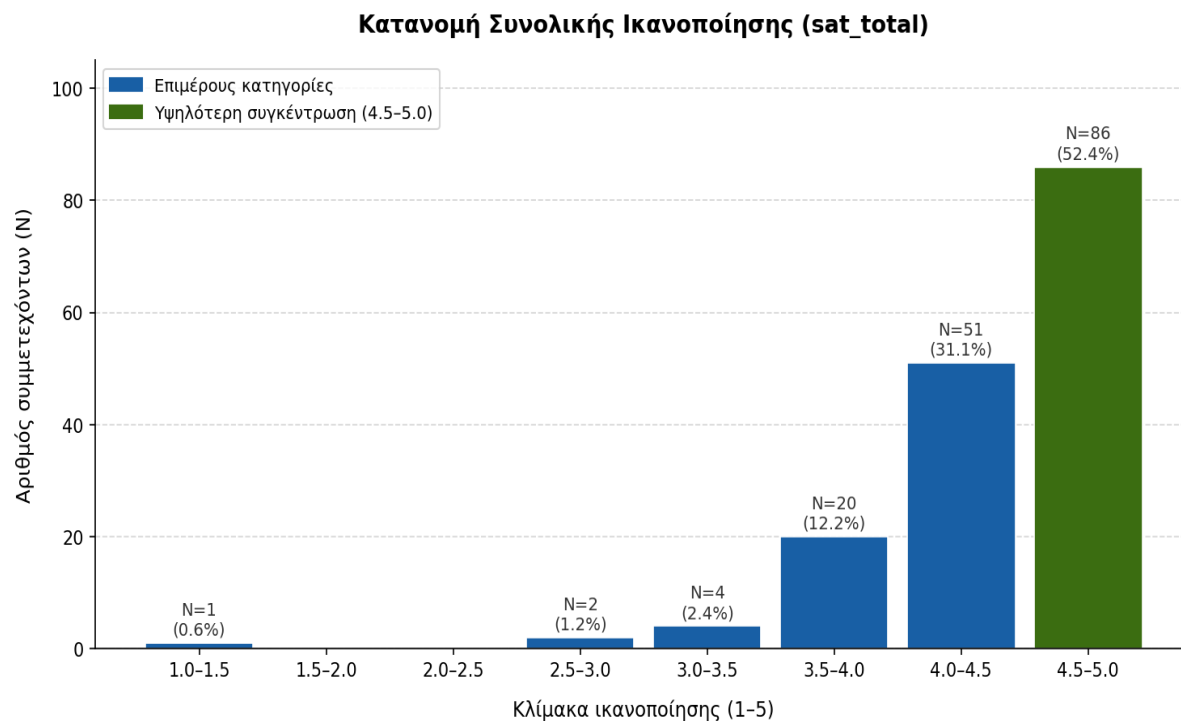
6.1 Ικανοποίηση Ασφαλισμένων από Παρεχόμενες Υπηρεσίες

Από την ανάλυση των απαντήσεων στις 21 ερωτήσεις ικανοποίησης προκύπτει ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασφαλισμένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Πολυϊατρείων. Ο συνολικός μέσος όρος ικανοποίησης ανέρχεται σε 4,47 σε πενταβάθμια κλίμακα, γεγονός που δείχνει ότι οι συμμετέχοντες αξιολογούν συνολικά την εμπειρία τους ως πολύ θετική. Οι υψηλότερες αξιολογήσεις καταγράφονται στην ευγένεια των νοσηλευτών, στην προθυμία τους να απαντούν στις ερωτήσεις των ασφαλισμένων, καθώς και στην ευγένεια και προθυμία του προσωπικού της γραμματείας. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι το ανθρώπινο δυναμικό των Πολυϊατρείων αξιολογείται ιδιαίτερα θετικά από τους ασφαλισμένους. Παρότι όλες οι επιμέρους διαστάσεις αξιολογούνται θετικά, οι σχετικά χαμηλότερες τιμές εμφανίζονται στον χρόνο αναμονής μέχρι την ημέρα της επίσκεψης, στην ευρυχωρία της αίθουσας αναμονής και στην ευκολία εύρεσης καθίσματος. Τα σημεία αυτά δεν δείχνουν δυσαρέσκεια, καθώς οι μέσοι όροι παραμένουν υψηλοί, αλλά μπορούν να θεωρηθούν ως πεδία πιθανής βελτίωσης (*Γράφημα 14*).

Γράφημα 14: Μέσοι όροι ικανοποίησης ανά θεματική διάσταση



Γράφημα 15: Κατανομή Συνολικής Ικανοποίησης



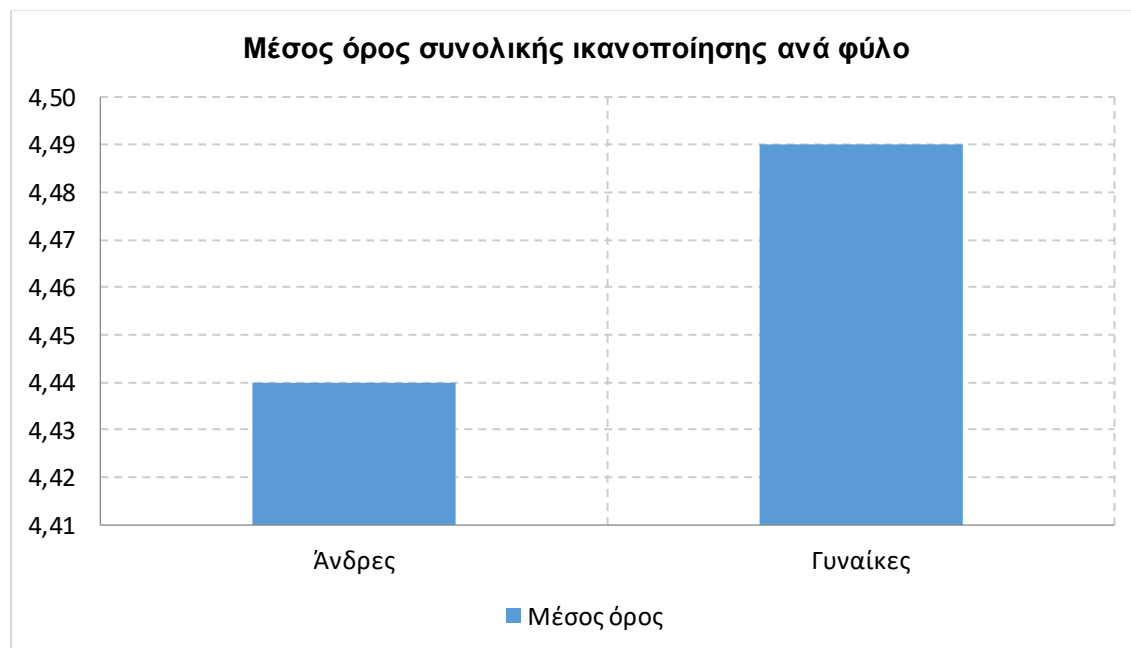
Στο Γράφημα 15 παρατηρούμε ότι ο γενικός μέσος όρος της συνολική ικανοποίησης ανήλθε σε $M=4,47$ ($SD=0,55$) σε κλίμακα 1-5, με ελάχιστη τιμή 1,29 και μέγιστη 5,00, γεγονός που καταδεικνύει υψηλό επίπεδο ικανοποίησης στο σύνολο του δείγματος ($N=164$). Η κατανομή των τιμών, παρουσιάζει έντονη αρνητική ασυμμετρία, δηλαδή συγκέντρωση των απαντήσεων στις υψηλές τιμές. Συγκεκριμένα, το 52,4% των συμμετεχόντων ($N=86$) έδωσε βαθμολογία μεταξύ 4,5 και 5,0, ενώ το 31,1% ($N=51$) βαθμολόγησε μεταξύ 4,0 και 4,5. Συνολικά, το 84,1% του δείγματος εμφανίζει βαθμολογία 4,0 ή υψηλότερη, γεγονός που επιβεβαιώνει τη γενικά θετική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μόλις το 15,9% των ερωτηθέντων βαθμολόγησε κάτω από 4,0, με ελάχιστες περιπτώσεις πολύ χαμηλής ικανοποίησης.

Πίνακας 8: Δείκτης Cronbach's Alpha

Κλίμακα	Αριθμός Ερωτήσεων	Cronbach's Alpha	Ερμηνεία
Συνολική κλίμακα ικανοποίησης	21	0,961	Εξαιρετική υψηλή αξιοπιστία

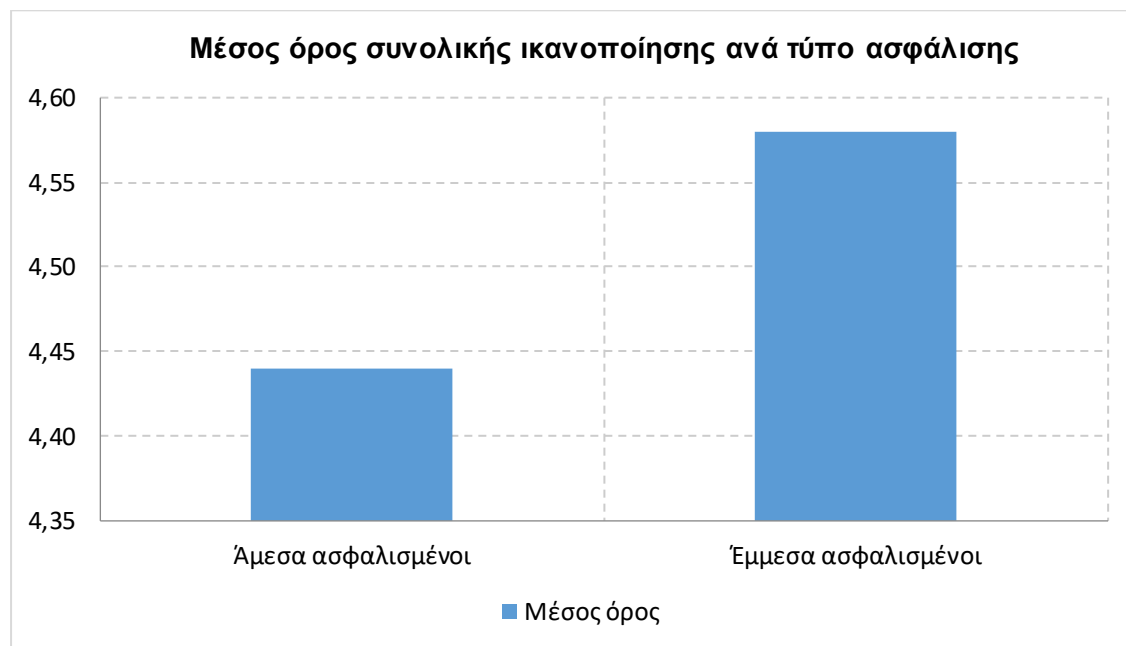
Για τον έλεγχο της εσωτερικής συνοχής της κλίμακας ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's Alpha. Η τιμή του δείκτη (0,961) για το σύνολο των 21 ερωτήσεων δείχνει εξαιρετικά υψηλή εσωτερική συνοχή, γεγονός που υποδηλώνει εξαιρετικά υψηλή αξιοπιστία της κλίμακας και οι ερωτήσεις φαίνεται να μετρούν μια κοινή γενική διάσταση ικανοποίησης.

Γράφημα 16: Μέσος όρος συνολικής ικανοποίησης ανά φύλο



Σο *Γράφημα 16* παρουσιάζεται ο μέσος όρος συνολικής ικανοποίησης ανά φύλο. Άντρες και γυναίκες εμφανίζουν πολύ υψηλά επίπεδα συνολικής ικανοποίησης, με τις γυναίκες να εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερο μέσο όρο, περίπου 4,49, σε σχέση με τους άνδρες, των οποίων ο μέσος όρος είναι περίπου 4,44. Ενώ η διαφορά είναι μικρή και δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση με βάση το φύλο των συμμετεχόντων, οι γυναίκες φαίνεται να αξιολογούν την εμπειρία τους λίγο πιο θετικά.

Γράφημα 17: Μέσος όρος συνολικής ικανοποίησης ανά τύπο ασφάλισης



Όσον αφορά τον μέσο όρο συνολικής ικανοποίησης ανά τύπο ασφάλισης, παρατηρούμε ότι και οι δύο κατηγορίες ασφαλισμένων εμφανίζουν υψηλό επίπεδο συνολικής ικανοποίησης, καθώς οι μέσοι όροι και των δύο ομάδων (άμεσα – έμμεσα) βρίσκονται πάνω από το 4,40. Συγκριτικά οι έμμεσα ασφαλισμένοι παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο όρο, περίπου 4,58, σε σχέση με τους άμεσα ασφαλισμένους, των οποίων ο μέσος όρος είναι περίπου 4,44 (p-value περίπου **0,25**) και σε αυτή την περίπτωση η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι η υψηλότερη αξιολόγηση από τη συγκεκριμένη ομάδα των έμμεσα ασφαλισμένων είναι πιθανόν να διαμορφώνεται μέσα από μια ευρύτερη εμπειρία σύγκρισης με άλλες δομές ή υπηρεσίες υγείας του κύριου φορέα περίθαλψής τους (Γράφημα 17).

Γράφημα 18: Μέσος όρος συνολικής ικανοποίησης ανά ηλικιακή ομάδα



Από το Γράφημα 18 προκύπτει ότι οι περισσότερες ηλικιακές ομάδες εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, με μέσους όρους πάνω από το 4,30. Οι υψηλότερες τιμές εμφανίζονται στις ομάδες 18-29, 40-49 και 50-59 ($> 4,50$) ενώ οι ηλικιακές ομάδες 30-39, 60-69 και 70-79 εμφανίζουν ελαφρώς χαμηλότερη αξιολόγηση αλλά εξίσου θετική. Η χαμηλότερη μέση ικανοποίηση καταγράφεται στην ομάδα 80+ (3,55), όπου φαίνεται να αξιολογεί την εμπειρία λιγότερο θετικά σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες. Το p-value είναι περίπου 0,48, άρα δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Ωστόσο, επειδή η ομάδα 80+ περιλαμβάνει μόνο έναν συμμετέχοντα, πιθανόν εξαιτίας του ηλεκτρονικού τρόπου διανομής του ερωτηματολογίου και της μη εξοικείωσής τους με τα ψηφιακά μέσα, το αποτέλεσμα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με ιδιαίτερη προσοχή και η τιμή αυτή να μη θεωρηθεί αντιπροσωπευτική για το σύνολο των ασφαλισμένων αυτής της ηλικιακής κατηγορίας.

Πίνακας 9: Πίνακας Απλής Γραμμικής Παλινδρόμησης

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	R	R ²	Adjusted R ²	Beta	t	Sig.
Ικανοποίηση από Ραντεβού (sat_rantevou)	0,842	0,710	0,708	0,842	19.897	<,001
Ικανοποίηση από Χώρους (sat_xoroi)	0,926	0,857	0,856	0,926	31.162	<,001
Ικανοποίηση από Ιατρό (sat_giatros)	0,946	0,896	0,895	0,946	37.275	<,001
Ικανοποίηση από Νοσηλευτές (sat_nosileftes)	0,811	0,657	0,655	0,811	17.625	<,001
Ικανοποίηση από Γραμματεία (sat_grammateia)	0,819	0,671	0,669	0,819	18.160	<,001

Σημείωση: Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική Ικανοποίηση (sat_total)

Στον πίνακα 9 διακρίνουμε ότι η μεταβλητή με τη μεγαλύτερη προβλεπτική ισχύ της συνολικής ικανοποίησης αναδείχθηκε η ικανοποίηση από τον ιατρό (sat_giatros), η οποία ερμηνεύει το **89,6%** της συνολικής διακύμανσης ($R^2=.896$). Ο τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης είναι ιδιαίτερα υψηλός ($\beta=.946$, $t=37.275$, $p<.001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η ποιότητα της σχέσης ιατρού-ασθενούς αποτελεί τον κεντρικό παράγοντα διαμόρφωσης της συνολικής εμπειρίας του επισκέπτη. Ο δείκτης ικανοποίησης από το σύστημα ραντεβού (sat_rantevou) ερμηνεύει το **71,0%** της διακύμανσης ($R^2=.710$), με στατιστικά σημαντικό συντελεστή ($\beta=.842$, $t=19.897$, $p<.001$). Το εύρημα αυτό αναδεικνύει ότι η οργάνωση και η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες αποτελούν σημαντική παράμετρο της συνολικής ικανοποίησης, ανεξάρτητα από την ποιότητα της κλινικής φροντίδας. Ο δείκτης ικανοποίησης από τη γραμματεία (sat_grammateia) ερμηνεύει το **67,1%** της διακύμανσης ($R^2=.671$), με στατιστικά σημαντικό συντελεστή ($\beta=.819$, $t=18.160$, $p<.001$). Το αποτέλεσμα αυτό υπογραμμίζει ότι η πρώτη επαφή του επισκέπτη με τον οργανισμό, μέσω της γραμματείας, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής του εντύπωσης. Ο δείκτης ικανοποίησης από τους νοσηλευτές (sat_nosileftes) εμφανίζει τη χαμηλότερη, αλλά εξίσου στατιστικά σημαντική ερμηνευτική ισχύ, ερμηνεύοντας το **65,7%** της διακύμανσης ($R^2=.657$), με συντελεστή $\beta=.811$ ($t=17.625$, $p<.001$). Η σχετικά χαμηλότερη τιμή R^2 δεν υποδηλώνει αδιαφορία των επισκεπτών για τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά ενδεχομένως αντανακλά τη μικρότερη έκθεση των επισκεπτών εξωτερικών ιατρείων στο νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τον ιατρό. Όλες οι μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές ($p < .001$).

Πίνακας 10: Συγκεντρωτικός Πίνακας Αποτελεσμάτων *t*-test και ANOVA

Μεταβλητή	Ανάλυση	N	M	SD	F / t	df	p	η^2 / d	Αποτέλεσμα
Φύλο	t-test	164			t = - .481	162	.631	d = - .080	Μη σημαντικό
Ανδρας		54	4.44	.531					
Γυναίκα		110	4.49	.566					
Ηλικία	ANOVA	164			F = 1.220	6	.299	η^2 = .045	Μη σημαντικό
18-29		16	4.63	.350					
30-39		31	4.45	.597					
40-49		41	4.51	.461					
50-59		32	4.55	.424					
60-69		27	4.31	.761					
70-79		16	4.42	.635					
80+		1	3.57	—					
Μορφωτικό Επίπεδο	ANOVA	164			F = 1.827	5	.110	—	Μη σημαντικό
ΑΕΙ-ΤΕΙ		56	4.50	.569					
Μεταπτυχιακό		64	4.46	.571					
Λύκειο		29	4.50	.411					
Φοιτητής		7	4.71	.379					
Διδακτορικό		6	4.29	.803					
Γυμνάσιο		2	3.45	.168					

Μεταβλητή	Ανάλυση	N	M	SD	F / t	df	p	η^2 / d	Αποτέλεσμα
Επαγγελματική Κατάσταση	ANOVA	164			F = 2.728	5	.022	$\eta^2 = .079$	Σημαντικό
Εν ενεργεία		122	4.52	.486					
Συνταξιούχος		29	4.36	.563					
Φοιτητής		3	4.86	.126					
Άλλο		5	4.52	.403					
Άνεργος*		2	4.08	.135					
Οικιακά*		3	3.56	1.974					
Τύπος Ασφάλισης	ANOVA	164			F = 1.975	1	.162	$\eta^2 = .012$	Μη σημαντικό
Άμεσος		126	4.44	.498					
Έμμεσος		38	4.58	.703					
Ιδιωτική Ασφάλιση	t-test	164			t = - 1.000	162	.319	d = - .165	Μη σημαντικό
Ναι		56	4.41	.520					
Όχι		108	4.50	.570					
Φορές Επίσκεψης	ANOVA	164			F = 2.466	4	.047	$\eta^2 = .058$	Σημαντικό
1 φορά		18	4.28	.884					
2 φορές		50	4.50	.510					
3-4 φορές		63	4.52	.490					
5+ φορές		23	4.61	.402					

Μεταβλητή	Ανάλυση	N	M	SD	F / t	df	p	η^2 / d	Αποτέλεσμα
Δεν θυμάμαι		10	4.07	.531					
Χρόνια Νόσος	ANOVA	164			F = 2.332	2	.100	$\eta^2 = .028$	Μη σημαντικό
Ναι		42	4.46	.520					
Όχι		92	4.42	.601					
Δεν γνωρίζω		30	4.67	.398					
Αυτοαξιολόγηση Υγείας	ANOVA	164			F = 1.006	3	.392	$\eta^2 = .019$	Μη σημαντικό
Πολύ Καλή		60	4.57	.386					
Καλή		73	4.40	.633					
Μέτρια		27	4.45	.647					
Κακή		4	4.48	.421					

Σημείωση: Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική Ικανοποίηση (*sat_total*)

* Παραβίαση ομοιογένειας διακυμάνσεων λόγω μικρού N. Οι ομάδες Οικιακά (N=3), Άνεργοι (N=2), Φοιτητής (N=3) και Άλλο (N=5) ερμηνεύονται με επιφύλαξη λόγω ιδιαίτερα μικρού μεγέθους. Σημαντικό επίπεδο: $p < .05$

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος στη συνολική ικανοποίηση (*sat_total*). Από το σύνολο των μεταβλητών που εξετάστηκαν, στατιστικά σημαντική επίδραση στη συνολική ικανοποίηση παρουσίασαν μόνο η επαγγελματική κατάσταση ($p=.022$) και η συχνότητα επισκέψεων τους τελευταίους έξι μήνες ($p=.047$), ενώ οι υπόλοιπες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, τύπος ασφάλισης, ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης, παρουσία χρόνιας νόσου και αυτοαξιολόγηση υγείας) δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση, τα ευρήματα θα πρέπει να ερμηνευτούν με προσοχή, καθώς το μέγεθος της ομάδας των οικιακά απασχολούμενων, των ανέργων, των φοιτητών και “Άλλο”, ήταν ιδιαίτερα μικρό (N=3, N=2, N=3 και N=5 αντίστοιχα), γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα

γενίκευσης του αποτελέσματος. Όσον αφορά τη συχνότητα επισκέψεων, παρατηρήθηκε ότι οι επισκέπτες που δεν θυμούνταν τον αριθμό των επισκέψεών τους εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση ($M=4,07$) σε σχέση με όσους είχαν πραγματοποιήσει πέντε ή περισσότερες επισκέψεις τους τελευταίους έξι μήνες ($M=4,61$). Το εύρημα αυτό ενδέχεται να υποδηλώνει ότι οι τακτικοί χρήστες των υπηρεσιών, λόγω της εξοικείωσής τους με τη λειτουργία της δομής, διαμορφώνουν πιο θετική εικόνα σε σχέση με όσους έχουν πιο περιστασιακή σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασφαλισμένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Πολυϊατρείων του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. Ο γενικός μέσος όρος ικανοποίησης ($4,47$ σε πενταβάθμια κλίμακα), καταδεικνύει ιδιαίτερα θετική αξιολόγηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων. Υψηλότερες βαθμολογίες εμφανίζονται κυρίως σε ερωτήσεις που αφορούν την ευγένεια, την προθυμία και τη συμπεριφορά του προσωπικού, τόσο των νοσηλευτών όσο και της γραμματείας. Σε αντίθεση, οι χαμηλότερες, αφορούν κυρίως ζητήματα αναμονής και χωρητικότητας της αίθουσας αναμονής των ραντεβού. Επομένως, υπάρχει θετική αξιολόγηση ως προς την ποιότητα της ανθρώπινης εξυπηρέτησης, ενώ εμφανίζονται περιθώρια βελτίωσης κυρίως σε οργανωτικά και λειτουργικά ζητήματα. Επίσης η κατανομή της συνολικής ικανοποίησης υποδηλώνει ότι οι ασφαλισμένοι του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. εκφράζουν σε μεγάλο βαθμό υψηλή ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, με μικρό ποσοστό να εκφράζει επιφυλάξεις. Η απουσία σημαντικής διασποράς στις χαμηλές τιμές καταδεικνύει ομοιογένεια στην εμπειρία των επισκεπτών και υποδηλώνει συστηματικά υψηλό επίπεδο παρεχόμενης φροντίδας. Η ανάλυση παλινδρόμησης επιβεβαίωσε και ενίσχυσε τα παραπάνω ευρήματα, αναδεικνύοντας τον ιατρό ως τον ισχυρότερο προβλεπτή της συνολικής ικανοποίησης ($R^2=.896$), με τους χώρους ($R^2=.857$), το σύστημα ραντεβού ($R^2=.710$), τη γραμματεία ($R^2=.671$) και τους νοσηλευτές ($R^2=.657$) να ακολουθούν με αντίστοιχα σημαντική, αλλά μικρότερη ερμηνευτική ισχύ. Όλες οι διαστάσεις αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικοί προβλεπτές ($p<.001$), γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η συνολική ικανοποίηση διαμορφώνεται σε σημαντικό βαθμό από το σύνολο των επιμέρους τομέων λειτουργίας του φορέα. Όσον αφορά τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η ανάλυση ανέδειξε ότι η συνολική ικανοποίηση παραμένει σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητη από χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, ο τύπος ασφάλισης και η κατάσταση υγείας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η ποιότητα των παρεχόμενων

υπηρεσιών αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης, ανεξαρτήτως του προφίλ του επισκέπτη. Εξαίρεση αποτέλεσαν η επαγγελματική κατάσταση και η συχνότητα επισκέψεων, οι οποίες ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, υποδεικνύοντας ότι η εξοικείωση με τη δομή και το επαγγελματικό προφίλ του ασθενή ενδέχεται να επιδρούν στη διαμόρφωση της εμπειρίας του. Επομένως, υπάρχει θετική αξιολόγηση ως προς την ποιότητα της ανθρώπινης εξυπηρέτησης, ενώ εμφανίζονται περιθώρια βελτίωσης κυρίως σε οργανωτικά και λειτουργικά ζητήματα, ιδίως όσον αφορά τους χώρους και τη διαδικασία των ραντεβού, οι οποίοι αναδεικνύονται από την ανάλυση παλινδρόμησης ως δεύτερος και τρίτος σε σημασία παράγοντες της συνολικής ικανοποίησης.

7. Συζήτηση – Στρατηγικές Βελτίωσης

Η ικανοποίηση των χρηστών αποτελεί βασικό δείκτη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και συνδέεται με την εμπιστοσύνη προς τον φορέα, τη συνέχιση της χρήσης των υπηρεσιών και την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Το γεγονός ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποτυπώνουν μια συνολικά θετική εικόνα για την ποιότητα των υπηρεσιών του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε. και οι ασφαλισμένοι αξιολογούν θετικά την εμπειρία τους είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Η θετική αξιολόγηση ενός υγειονομικού φορέα, έχει ως αποτέλεσμα την επιτυχημένη εφαρμογή ενός θεραπευτικού πλάνου, τον σύντομο χρόνο αντιμετώπισης θεμάτων υγείας αλλά και τη καλή ψυχολογία του ασθενή, η οποία διαμορφώνεται μέσα από την επαφή του με ένα σύστημα υγείας στελεχωμένο κατάλληλα από υλικοτεχνική, τεχνολογική και επιστημονική πλευρά έτσι ώστε να καλύπτονται όσο το δυνατόν περισσότερο οι ανάγκες αλλά και οι προσδοκίες ασθενή.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται κυρίως από γυναίκες, άτομα μέσης ηλικίας, έγγαμους/ες, εργαζόμενους/ες και άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι περισσότεροι ασφαλισμένοι που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατοικούν στην Αττική και είναι άμεσα ασφαλισμένοι, ενώ σημαντικό ποσοστό δεν διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση, γεγονός που αναδεικνύει τον ουσιαστικό ρόλο των Πολυϊατρείων ως βασικής δομής παροχής υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους του Ταμείου. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι οι κυριότεροι λόγοι επίσκεψης είναι η ιατρική εξέταση και η συνταγογράφηση, οδηγώντας μας στο συμπέρασμα ότι οι ασφαλισμένοι κάνουν χρήση των Πολυϊατρείων κυρίως για ανάγκες τακτικής παρακολούθησης και πρόληψης.

Το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες είχαν επαναλαμβανόμενες επισκέψεις στα Πολυϊατρεία, καθιστά τις απαντήσεις τους ιδιαίτερα χρήσιμες για την αξιολόγηση της πραγματικής εμπειρίας εξυπηρέτησης. Άλλο ένα σημαντικό εύρημα που μας παραπέμπει στην αποτελεσματική διαχείριση της ροής των ασφαλισμένων αλλά και των ραντεβού, είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν μικρό χρόνο αναμονής μεταξύ προγραμματισμένου ραντεβού και της πραγματοποίησης της επίσκεψης (< 15 λεπτών). Παρόλα αυτά, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης ιδιαιτέρως σε ειδικότητες με αυξημένη ζήτηση και σε περιόδους με μεγαλύτερη επισκεψιμότητα, εξαιτίας της αναφοράς μεγαλύτερων χρόνων αναμονής. Επίσης άλλο ένα σημείο στο οποίο καταγράφεται χαμηλότερη ικανοποίηση είναι οι χώροι αναμονής. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό, χωρίς να αναιρεί την γενικά θετική εικόνα των Πολυϊατρείων, διότι επηρεάζεται άμεσα η εμπειρία του ασφαλισμένου πριν από την παροχή της ιατρικής υπηρεσίας. Όσον αφορά τη συνολική ικανοποίηση, ο γενικός μέσος όρος ανήλθε σε $M=4,47$ ($SD=0,55$) σε κλίμακα 1-5, με το 84,1% των συμμετεχόντων να βαθμολογεί 4,0 ή υψηλότερα, γεγονός που καταδεικνύει υψηλό και ομοιογενές επίπεδο ικανοποίησης στο σύνολο του δείγματος. Από την ανάλυση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών μέσω t-test και One-Way ANOVA προέκυψε ότι η συνολική ικανοποίηση παραμένει σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητη από παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η κατάσταση υγείας, με εξαίρεση την επαγγελματική κατάσταση ($p=.022$) και τη συχνότητα επισκέψεων ($p=.047$), οι οποίες ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Από τους πέντε επιμέρους δείκτες ικανοποίησης που αποτελούν στατιστικά σημαντικούς προβλεπτές της συνολικής ικανοποίησης ($p<.001$ σε όλα τα μοντέλα) συμπεραίνουμε ότι υπάρχει μια ιεράρχηση της ισχύος με πρώτο τον ιατρό, δεύτερους τους χώρους, τρίτο το σύστημα ραντεβού, τέταρτη τη γραμματεία και πέμπτους τους νοσηλευτές γεγονός που παρέχει χρήσιμες κατευθύνσεις για βελτιώσεις εκ μέρους του Οργανισμού. Παρεμβάσεις όπως η ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς, η διασφάλιση επαρκούς χρόνου εξέτασης και η καλλιέργεια ενσυναίσθησης και σεβασμού απέναντι στον ασθενή, η καλύτερη διαρρύθμιση των χώρων, η ενίσχυση της καθαριότητας, η εξασφάλιση επαρκών καθισμάτων, καθώς και η ενίσχυση της προσβασιμότητας στους χώρους, θα μπορούσαν να ενισχύσουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα παραπάνω ευρήματα ενισχύονται από συγχρονική μελέτη σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών και την συσχέτισή της με την διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης στην Κλινική

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου Malaya, η οποία έδειξε ότι ο χρόνος που αφιερώνεται στον ασθενή από τον γιατρό αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Όταν ο χρόνος που αφιερώνει ο γιατρός στον ασθενή στις εξωνοσοκομειακές επισκέψεις μειώνεται, μπορεί να μειωθεί τόσο η ικανοποίηση των ασθενών όσο και η ικανοποίηση των ίδιων των γιατρών (Leow and Liew, 2022). Επίσης σε έρευνα στην επαρχία Kono στη Σιέρα Λεόνε, φάνηκε ότι η έγκαιρη παροχή υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας επηρεάζει θετικά την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος η απόσταση από τη μονάδα υγείας και η αντιλαμβανόμενη προσβασιμότητα συσχετίστηκε με την ικανοποίηση των ασθενών, αναφέρθηκε ως ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας της γενικής ικανοποίησης σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ουγκάντα, ενώ μελέτη από τη Νιγηρία έδειξε επίσης ότι η ικανότητα του παρόχου υγείας να δίνει σαφείς εξηγήσεις στους ασθενείς αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών (Dibba et al., 2025). Παρατηρούμε ότι η βιβλιογραφία αναδεικνύει ως σημαντικούς παράγοντες την επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, την ευγένεια και ανταπόκριση του προσωπικού, την πρόσβαση στις υπηρεσίες, τους χρόνους αναμονής και τις συνθήκες των χώρων παροχής φροντίδας ενώ οι χαμηλότερες βαθμολογίες εντοπίζονται κυρίως σε ζητήματα χώρων αναμονής και χρόνων αναμονής. Επίσης ο δείκτης συνολικής ικανοποίησης της παρούσας έρευνας ο οποίος διαμορφώθηκε στα 4,47/5 (89,4%), ποσοστό αρκετά υψηλό, είναι συμβατός με τα αποτελέσματα έρευνας των Drosos et al. για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από έναν οργανισμό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Ο μέσος συνολικός δείκτης ικανοποίησης αυτής της έρευνας ήταν ιδιαίτερα υψηλός, φτάνοντας το **97,92%**. Οι ασθενείς δήλωσαν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι ως προς όλα τα κριτήρια και ειδικότερα ως προς την ποιότητα των **υποδομών**, με ποσοστό **98,41%**, και την **αξιοπιστία**, με ποσοστό **97,45%**. Τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες που έλαβαν από τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα επιβεβαιώνονται και από αντίστοιχες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από παρόχους υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ωστόσο η θετική εικόνα της ικανοποίησης πρέπει να ερμηνευθεί σε συνδυασμό με τους δείκτες αποδοτικότητας του Ταμείου διότι μια υπηρεσία υγείας δεν αρκεί να είναι μόνο ποιοτική προς τον χρήστη, αλλά πρέπει να παρέχεται με τρόπο οικονομικά βιώσιμο και οργανωτικά αποτελεσματικό.

Από τα οικονομικά στοιχεία που παρατέθηκαν στην εργασία, προκύπτει ότι το Ταμείο διατηρεί πλεόνασμα 2.612.316 € και το γεγονός ότι ο δείκτης εξόδων προς έσοδα διαμορφώθηκε στο 93,3%, ενώ ο δείκτης κάλυψης εξόδων από έσοδα στο 107,2%, μας δείχνει ότι το Ταμείο εξακολουθεί να καλύπτει τις δαπάνες του από τα έσοδά του. Όμως, η μείωση του περιθωρίου πλεονάσματος από 7,1% (2023) σε 6,7% (2024) υπογραμμίζει την ανάγκη για συγκράτησης των δαπανών ώστε το Ταμείο να είναι βιώσιμο μελλοντικά. Η μείωση των ασφαλισμένων με την συνδυαστικά με την αύξηση των δαπανών για νοσήλια και φάρμακα οδηγεί στην αυξανόμενη πίεση λόγω κόστους, η οποία μπορεί να επηρεάσει την αποδοτικότητά του σε βάθος χρόνου.

Επειδή το ζητούμενο για κάθε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας δεν είναι μόνο η διατήρηση της υψηλής ικανοποίησης, αλλά και η εξασφάλιση ότι η ποιότητα αυτή επιτυγχάνεται με ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων, παρακάτω παρατίθενται κάποιες στρατηγικές βελτίωσης οι οποίες είναι εναρμονισμένες με τις βασικές κατευθύνσεις της Εθνικής Στρατηγικής Υγείας 2021–2027 που αφορούν την ενίσχυση του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2023). Η λειτουργία των Πολυϊατρείων όχι μόνο ως σημείο εξέτασης και συνταγογράφησης, αλλά και ως **βασικός μηχανισμός πρόληψης**, παρακολούθησης και έγκαιρης παρέμβασης περιορίζει τη μελλοντική ανάγκη για πιο δαπανηρές υπηρεσίες, όπως νοσηλείες ή εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Η **συστηματική παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων** (1 στους 4 συμμετέχοντες δήλωσε παρουσία χρόνιας νόσου) και η δημιουργία ή η ενίσχυση προγραμμάτων τακτικής παρακολούθησης αυτών των ομάδων, μπορεί να μειώσει τις επιπλοκές, τις έκτακτες επισκέψεις και τη νοσοκομειακή δαπάνη. Η **ψηφιακή αναβάθμιση των υπηρεσιών και ο ψηφιακός μετασχηματισμός του φορέα**, μπορούν να μειώσουν τον διοικητικό φόρτο, να περιορίσουν τις άσκοπες επισκέψεις και να βελτιώσουν την εμπειρία των ασφαλισμένων μέσω της καλύτερης οργάνωσης της επαναλαμβανόμενης συνταγογράφησης, της αξιοποίησης του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας και την σταδιακή εισαγωγή απλών υπηρεσιών τηλεσυμβουλευτικής. Σε διοικητικό επίπεδο η **καλύτερη αξιοποίηση των δεικτών αποδοτικότητας**, όχι μόνο απολογιστικά αλλά και ως εργαλείο διοίκησης, μπορεί να οδηγήσει στον εντοπισμό ειδικοτήτων με αυξημένη ζήτηση, υπηρεσιών με υψηλό κόστος ή σημείων όπου υπάρχει χαμηλή αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Συνδυαστικά με την **δημιουργία μηχανισμού συνεχούς αξιολόγησης** της ποιότητας και της αποδοτικότητας, όπου τα στοιχεία ικανοποίησης θα συλλέγονται μέσω ενός σταθερού κύκλου αξιολόγησης, θα μπορεί να

εντοπίζεται όχι μόνο αν οι ασφαλισμένοι είναι ικανοποιημένοι, αλλά και αν η ικανοποίηση αυτή επιτυγχάνεται με κόστος που είναι βιώσιμο. Επίσης η **ενίσχυση και εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού** μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα επικοινωνίας, διαχείρισης χρόνιων ασθενών, εξυπηρέτησης ηλικιωμένων και χρήσης ψηφιακών εργαλείων μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των διάφορων προκλήσεων. Τέλος η **ενίσχυση της επικοινωνίας με τους ασφαλισμένους** μέσω της σαφούς ενημέρωσης για τις διαθέσιμες ειδικότητες, τα ραντεβού, τις διαδικασίες, τα δικαιολογητικά και τις δυνατότητες εξυπηρέτησης μπορεί να μειώσει την αβεβαιότητα και να βελτιώσει την εμπειρία των ασφαλισμένων.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι ενώ οι ασφαλισμένοι του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε, αξιολογούν θετικά τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από τα Πολυϊατρεία, οι δείκτες αποδοτικότητας αναδεικνύουν την ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση του κόστους, καλύτερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, ενίσχυση της πρόληψης και ψηφιακή αναβάθμιση. Εάν το ευρύτερο σχέδιο της διοίκησης είναι η ανθρωποκεντρική φροντίδα, η οικονομική βιωσιμότητα του Ταμείου και η αποδοτική χρήση των πόρων, τότε η βελτίωση της ποιότητας δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται αποσπασματικά, αλλά ως μέρος ενός ευρύτερου σχεδίου διοίκησης. Μακροπρόθεσμος στόχος των παραπάνω παρεμβάσεων θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση του ρόλου του Ταμείου ως φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

Αλετράς, Ζαχαράκη και Νιάκας, 2007. Ερωτηματολόγιο μέτρησης της Ικανοποίησης των Επισκεπτών των Εξωτερικών Ιατρείων Οφθαλμολογικής Κλινικής Ελληνικού Δημόσιου Νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (1), σ.σ. 89-96.

Κοσμίδης Δ., Φουντούκη Α. και Κουτσούκη Σ., 2022. Οι δείκτες ποιότητας ως εργαλεία μέτρησης της υγειονομικής φροντίδας. Η περίπτωση της ΜΕΘ. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 21(2), σ.σ. 148-167.

Κουρής Γ., Σουλιώτης Κ., Φιλαλήθης Α., 2007. Οι Υγειονομικές Μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα: Παράγοντες Αποτυχίας και Κανόνες Ορθού Μεταρρυθμιστικού Σχεδιασμού. *Διοικητική Ενημέρωση*, 39. σ.σ. 82-90.

Λιονής Χ., Θηραίος Ε. και Παπανικολάου Ν., 2016. Ποιότητα και Αποδοτικότητα στην Π.Φ.Υ. – Αξιολόγηση και Σχεδιασμός των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. *Κλινικά Φροντιστήρια – Ιατρική Εταιρία Αθηνών*, 28(1).

Λιονής Χ., 2025. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ακρογωνιαίος λίθος για την ευζωία, τις υπηρεσίες και την έρευνα στη Δημόσια Υγεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2025, 42(5), σ.σ. 682-690.

Μέλου Α., 2021. *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

ΟΔΠΥ, 2025. *Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία*. Διαθέσιμο από: < <https://odipy.gov.gr/organismos/odipy/>> [Πρόσβαση 28 Δεκεμβρίου 2025].

Παπαγεωργίου Α., Παπανικολάου Β., Σκίτσου Α., Γαλάνης Π. και Χαραλάμπους Γ., 2021. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας: καταγραφή απόψεων και βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 20(3). σ.σ. 354-369.

Παναγιωτόπουλος Ν., 2015. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελληνική Πραγματικότητα: Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον*. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Παπαδοπούλου Β., 2021. *Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών ως δείκτης ποιότητας παροχής υπηρεσιών στον τομέα της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Παπακωνσταντίνου Φ., 2020. *Αξιολόγηση Αποδοτικότητας Επιλεγμένων Δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της 2ης ΔΥΠΕ στην Ελλάδα*. Πειραιάς: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Παπακωστίδης Α. και Τσουκαλάς Ν., 2012. Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και η Αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2012. 29(4), σ.σ. 480-488.

Ποτήρης Α. και Σαράφης Π., 2014. Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 2014. 6(3), σ.σ. 116-121.

Σιανή Α., 2023. *Μεταρρυθμίσεις στον χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι Απόψεις των Επαγγελματιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Σταθάκη Σ., 2019. *Διερεύνηση της αποδοτικότητας της Νοσηλευτικής Μονάδας Μολάων σε συσχέτιση με την ικανοποίηση του πληθυσμού της Μονεμβασίας από τις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Σταχτέας Π. και Σταχτέας Σ., 2021. Καταγραφή και Αξιολόγηση των δομικών Αλλαγών του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 2021, 28(1), σ.σ. 88-101.

Υπουργείο Υγείας, 2017. *Γενικές Αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Διαθέσιμο από: < <https://www.opengov.gr/yyka/?p=2049> > [Πρόσβαση 24 Νοεμβρίου 2025]

Υπουργείο Υγείας, 2023. Εθνική Στρατηγική Υγείας και Δράσεις στον Τομέα της Υγείας στο ΕΣΠΑ 2021-2027. Διαθέσιμο από <<https://www.edespa-ygeia.gr/ygeia-sto-espa-2021-2027/keimena-stratigikou-sxediasmou-igeias>> [Πρόσβαση 28 Μαΐου 2026]

Φιλαλήθης Α., 2021. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Χαμένη στον Λαβύρινθο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2021. 38(4), σ.σ. 548-556.

Χρα Ι., 2015. *Το Σύστημα Υγείας και ο ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων κατά την διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και στο Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Ψαρίκογλου-Χατζηβασιλείου Α., Αποστολάκης Ι. και Σαράφης Π., 2022. Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας και το περιεχόμενο ενός πλαισίου Κλινικής Διακυβέρνησης. *Επιστημονικά Χρονικά*. 27(1), σ.σ. 76-92.

ATPSYTE, nd. *Ιστορικοί Σταθμοί*. Διαθέσιμο από: <<https://atpsyte.gr/el/to-atpsyte#stathmoi>> [Πρόσβαση 20 Νοεμβρίου 2025]

ATPSYTE, nd. *Καταστατικό*. Διαθέσιμο από: < <https://atpsyte.gr/el/to-atpsyte#katastatiko>> [Πρόσβαση 31 Μαρτίου 2026]

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

AHRQ, 2019. *National Healthcare Quality and Disparities Report*. Available at: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579353/>> [Accessed 20 December 2025]

Dibba Y, Boima F, Jerome JG, Samuel W., Chery I., Higgins J., Chung V., Joseph S., Mulailwa K. P., Mukherjee J., Mekonnen Z.A., 2025. Patient satisfaction and its associated factors in selected primary healthcare facilities in Kono District, Sierra Leone: a cross sectional study. *BMJ Open* 2025;15: e093501. doi:10.1136/ bmjopen-2024-093501

Drosos D., Goula A., Ntanos S. and Pierrakos S., 2026. Patient satisfaction in healthcare services A comprehensive analysis of a primary health center in Greece. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2026, 43(2), σ.σ. 198-204.

European Commission, 2019. *Tools and Methodologies to Assess the Efficiency of Health Care Services in Europe*. Luxembourg: European Union.

Flokou A., Aletras V. H., Miltiadis C., Karaferis D. C. and Niakas D. A. (2024). Efficiency of Primary Health Services in the Greek Public Sector: Evidence from Bootstrapped DEA/FDH Estimators. *Healthcare*, 12(22), 2230. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222230>

Kyriopoulos I, Athanasakis K., Tsoli S., Mossialos E. and Papanicolas I., (2025). Addressing public health and health system challenges in Greece: reform priorities in a changing landscape. *The Lancet. Public health*, 10(9), pp 794–803. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00188-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00188-4)

Leow H. T. and Liew S. M., (2022). A cross sectional study on patient satisfaction and its association with length of consultation at the University Malaya Medical Centre Primary Care Clinic. *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 17(2), pp. 71–80. <https://doi.org/10.51866/oa1339>

Mbau R., Musiega A., Nyawira L., Tsofa B., Mulwa A., Molyneux S., Maina, I., Jemutai J., Normand C., Hanson K. and Barasa E., (2023). Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature. *Applied health economics and health policy*, 21(2), pp. 205–224. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00785-2>

Neri M., Cubi-Molla P., and Cookson G., 2022. Approaches to Measure Efficiency in Primary Care: A Systematic Literature Review. *Applied health economics and health policy*, 20(1), 19–33. <https://doi.org/10.1007/s40258-021-00669-x>

OECD, 2020. *Realizing the Potential of Primary Health Care*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

Papakosta-Gaki E., Zissis A. and Smyrnakis E., 2022. Evaluation of Primary Health Care and Improvement of the Services Provided. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας*, 2022. 39(4), σ.σ. 439-451.

Papanikolaou V. and Zygiaris S., 2011. Service Quality Perceptions in Primary Health Care Centres in Greece. *Health Expectations*, 17, pp. 197-207.

Rustam A., 2022. Financial Sustainability Ratio and Aspects That Affect It. *Jurnal Akuntansi*, 26 (1):144. DOI: 10.24912/ja.v26i1.822.

WHO, 2000. *Health Sector Reform. Issues and Opportunities*. 18th Meeting of Ministers of Health: Nepal.

WHO, 2019. *Declaration of Alma – Alta*. Available at: <<https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata>> [Accessed 18 November 2025]

WHO, 2025. *Quality of Care*. Available at: <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1> [Accessed 18 November 2025]

WHO, 2025. Primary Health Care. Available at: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> > [Accessed 24 November 2025]

WHO, 2025. Quality of Care. Available at: <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1> [Accessed 20 December 2025]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα κοινωνικό - δημογραφικά στοιχεία της πιο πρόσφατης επίσκεψής σας στα Πολυϊατρεία του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.	
Κοινωνικόδημογραφικά Στοιχεία	
1) Φύλο	
☐	Άντρας
☐	Γυναίκα
☐	Άλλο
2) Ηλικική Ομάδα	
☐	18-29
☐	30-39
☐	40-49
☐	50-59
☐	60-69
☐	70-79
☐	80+
3) Οικογενειακή Κατάσταση	
☐	Άγαμος/η
☐	Έγγαμος/η
☐	Σύμφωνο Συμβίωσης
☐	Διαζευγμένος/η
☐	Χήρος/α
4) Επίπεδο Εκπαίδευσης	
☐	Κανένα
☐	Δημοτικό
☐	Γυμνάσιο
☐	Λύκειο
☐	Φοιτητής/τρια
☐	ΑΕΙ-ΤΕΙ
☐	Μεταπτυχιακό
☐	Διδακτορικό
5) Επαγγελματική κατάσταση	
☐	Εν ενεργεία
☐	Συνταξιούχος
☐	Άνεργος
☐	Οικιακά
☐	Φοιτητής/τρια
☐	Άλλο
6) Τύπος ασφάλισης	
☐	Άμεσα ασφαλισμένος
☐	Έμμεσα ασφαλισμένος
7) Επιπλέον Ιδιωτική ασφάλιση	
☐	Ναι
☐	Όχι
8) Τόπος Κατοικίας	
☐	Αττική
☐	Άλλη πόλη (εντός Ελλάδας)
☐	Εξωτερικό

Στοιχεία Επίσκεψης
9) Λόγος Επίσκεψης ☐ Εξέταση/ Ενημέρωση ☐ Συνταγογράφηση ☐ Παραπεμπτικά Εξετάσεων ☐ Πιστοποιητικά/ Γνωμάτευση ☐ Έκτακτο Περιστατικό ☐ Εμβολιασμός/Ενεσοθεραπεία ☐ Συνδυασμός λόγων επίσκεψης ☐ Άλλος λόγος
10) Διάστημα αναμονής μεταξύ καθορισμένου ραντεβού και πραγματοποίησης της επίσκεψης ☐ < 15 λεπτά ☐ 15-30 λεπτά ☐ 30-45 λεπτά ☐ 45-60 λεπτά ☐ > 1 ώρα ☐ Μπήκα νωρίτερα από το ραντεβού ☐ Δεν είχα ραντεβού ☐ Δεν γνωρίζω / δεν θυμάμαι
11) Φορές που επισκεφθήκατε ή συμβουλευθήκατε γιατρό τους τελευταίους 6 μήνες ☐ Ήταν η 1^η φορά ☐ 2 φορές ☐ 3-4 φορές ☐ > από 5 φορές ☐ Δεν γνωρίζω/δεν θυμάμαι
12) Παρουσία Χρόνιας Νόσου ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Δεν γνωρίζω
13) Αυτοαξιολόγηση Υγείας ☐ Πολύ καλή ☐ Καλή ☐ Μέτρια ☐ Κακή ☐ Πολύ κακή

Παρακαλώ αξιολογήστε την εμπειρία σας όσον αφορά στα παρακάτω:

	Καθόλου Ικανοποιημένος /η	Λίγο Ικανοποιημένος /η	Μέτρια Ικανοποιημένος /η	Πολύ Ικανοποιημέν ος/η	Πάρα πολύ Ικανοποιημέ νος/η
Ευκολία και ταχύτητα κλεισίματος ραντεβού στη γραμματεία	1	2	3	4	5
Ευγένεια και προθυμία εξυπηρέτησης του προσωπικού της γραμματείας για ραντεβού	1	2	3	4	5
Χρόνος αναμονής μέχρι την ημέρα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία	1	2	3	4	5
Επάρκεια σήμανσης στους εξωτερικούς χώρους των Πολυϊατρείων	1	2	3	4	5
Καθαριότητα της αίθουσας αναμονής	1	2	3	4	5
Ευρυχωρία της αίθουσας αναμονής	1	2	3	4	5
Ευκολία εύρεσης καθίσματος στην αίθουσα αναμονής	1	2	3	4	5
Θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής	1	2	3	4	5
Χρόνος αναμονής για εξέταση στην αίθουσα αναμονής	1	2	3	4	5
Καθαριότητα του χώρου του ιατρείου	1	2	3	4	5

Ευρυχωρία του χώρου εξέτασης ασθενών	1	2	3	4	5
Επάρκεια χρόνου που αφιέρωσε ο γιατρός για την εξέταση	1	2	3	4	5
Προθυμία του γιατρού να ακούσει όσα θέλατε να πείτε για την υγεία σας	1	2	3	4	5
Πληροφόρηση που σας παρείχε ο γιατρός για την κατάσταση της υγείας σας	1	2	3	4	5
Εμπιστοσύνη στην ορθότητα της διάγνωσης και της θεραπείας του γιατρού	1	2	3	4	5
Επάρκεια εξηγήσεων και οδηγιών από τον γιατρό για τη θεραπεία	1	2	3	4	5
Σεβασμός του γιατρού προς εσάς	1	2	3	4	5
Ευγένεια των νοσηλευτών/νοσηλευτριών	1	2	3	4	5
Προθυμία των νοσηλευτών/νοσηλευτριών να απαντούν στις ερωτήσεις σας	1	2	3	4	5
Ευγένεια και προθυμία εξυπηρέτησης του προσωπικού της γραμματείας	1	2	3	4	5
Χρόνος διεκπεραίωσης πληρωμών	1	2	3	4	5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

**ΈΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΕΔΡΟ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.**

RE: ΕΓΚΡΙΣΗ ΓΙΑ ΔΙΑΘΕΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ



Καρασούλας Γεώργιος
Το Πριοβόλου-Γιανναροπούλου Ευθυμία

Reply Reply All Forward ...

Τρι 24/3/2026 10:11 πμ

Καλημέρα κα. Πριοβόλου – Γιανναροπούλου,

εγκρίνεται το αίτημα σας.

Με εκτίμηση,



Γεώργιος Θ. Καρασούλας | Πρόεδρος Δ.Σ.

Ομήρου 5 | Τ.Κ. 105 64 | Αθήνα
Τ. (+30) 210 320 2820 | Κ. (+30) 695 167 8788
www.atpsyte.gr | Email: gkarasoulas@atpsyte.gr

From: Πριοβόλου-Γιανναροπούλου Ευθυμία <epriovolou@atpsyte.gr>

Sent: Monday, March 23, 2026 12:53 PM

To: Καρασούλας Γεώργιος <GKarasoulas@atpsyte.gr>

Subject: ΕΓΚΡΙΣΗ ΓΙΑ ΔΙΑΘΕΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Κύριε Πρόεδρε,

Στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής εργασίας στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, πραγματοποιώ μια μελέτη με θέμα «η αποδοτικότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Α.Τ.Π.Σ.Υ.Τ.Ε.»

Θα ήθελα την έγκρισή σας προκειμένου να διανείμω ένα σύντομο, ανώνυμο ερωτηματολόγιο στους ασφαλισμένους του Ταμείου.

Η συμμετοχή θα είναι απολύτως εθελοντική, τα δεδομένα θα συλλεχθούν και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και θα τηρηθεί πλήρως η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων.

Η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι σύντομη (περίπου 7 λεπτά) και δεν θα επηρεάσει τη λειτουργία των υπηρεσιών.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο σας.

Με εκτίμηση,

Ευθυμία Πριοβόλου Γιανναροπούλου