



**ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ»**

Διπλωματική Εργασία

«Οι τουρίστες ως χρήστες – πελάτες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας  
Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αξιολόγηση της ποιότητας των  
παρεχόμενων υπηρεσιών από Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
στην Κρήτη»

Ελένη Γκαραγκούνη

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο 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 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 συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



«Οι τουρίστες ως χρήστες – πελάτες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας  
Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αξιολόγηση της ποιότητας των  
παρεχόμενων υπηρεσιών από Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
στην Κρήτη»

Γκαραγκούνη Ελένη

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Αργυροπούλου Ραχήλ

Μέλος ΣΕΠ ΔΙΠ/ΣΘΕΤ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Βαξεβανίδης Νικόλαος

Μέλος ΣΕΠ ΔΙΠ/ΣΘΕΤ ΕΑΠ

Πάτρα, Ιούνιος 2024

## **Ευχαριστίες**

Στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας μου θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους επιβλέποντες καθηγητές για την πολύτιμη καθοδήγηση τους και τον σύζυγο και τα παιδιά μου για την υπομονή και στήριξή τους.



## Περίληψη

Σήμερα οι όροι ποιότητα στην φροντίδα υγείας και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν στόχο των πολιτικών υγείας στις περισσότερες χώρες. Σε αυτό το πλαίσιο η ικανοποίηση του ασθενούς αναδεικνύεται σε καίριο συστατικό στην διαχείριση της ποιότητας στον τομέα της υγείας και μια μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα βασικό κινητήριο μοχλό της οικονομίας αποτελεί ο τουρισμός. Κάθε χρόνο επισκέπτονται την Ελλάδα εκατομμύρια τουρίστες των οποίων η αποτύπωση των αντιλήψεων είναι σημαντική γιατί προσμετρά τον βαθμό ικανοποίησης που εισπράττουν ως τελικοί αποδέκτες των τοπικών και εθνικών πρωτοβουλιών. Κατά την διάρκεια της διαμονής τους στην χώρα μας ένα μέρος τους θα έρθει σε επαφή με το ελληνικό σύστημα υγείας και έχει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον να αξιολογηθεί η εμπειρία τους αυτή συγκρίνοντάς την παράλληλα με αντίστοιχη της χώρας προέλευσής τους. Αυτό αποτέλεσε και ερευνητικό ερώτημα της συγκεκριμένης έρευνας που εκπονείται στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας: να παρουσιαστεί, να αναλυθεί και να διερευνηθεί η ικανοποίηση των τουριστών που κάνουν χρήση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κρήτη και συγκεκριμένα στο νομό Ηρακλείου.

Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προέκυψε υψηλή συνολική ικανοποίηση 4,55 (σε κλίμακα από 1 έως 5), ενώ και σε όλες τις επιμέρους κλίμακες όπως η φροντίδα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, οι υποδομές και οι διοικητικές υπηρεσίες διαπιστώθηκε επίσης υψηλή ικανοποίηση. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα αποτελέσματα της έρευνας δεν δύναται να συγκριθούν γιατί δεν βρέθηκε άλλη αντίστοιχη έρευνα κατά την βιβλιογραφική αναζήτηση .

Η έρευνα αυτή αποτελεί μια πρώτη προσέγγιση του θέματος και περιορίστηκε γεωγραφικά. Ενδιαφέρον θα ήταν μεταγενέστερες έρευνες να διευρύνουν τα γεωγραφικά όρια προκειμένου να εξαχθούν γενικότερα συμπεράσματα για την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα στους διεθνείς επισκέπτες της κατά την τουριστική περίοδο.

**Λέξεις – Κλειδιά**

Τουρίστες, Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα υπηρεσιών υγείας, μέτρηση ικανοποίησης ασθενών, αξιολόγηση ποιότητας φροντίδας υγείας

## **Abstract**

Today, quality n healthcare and efficiency of health services are a goal of health policies in most countries. In this context, patient satisfaction is a key component in quality management in the health sector and a measurable dimension of the quality of health services.

In Greece the main driving force of the economy is tourism. Every year, millions of tourists visit Greece and it is important to record their satisfaction as final recipients of local and national initiatives. During their stay in our country a part of them will come in contact with Greek Health System and has a particular research interest to assess their experience and to compare their experience of the health system of their country. This was a research question of this study drawn up within this dissertation: to present, analyze and investigate the satisfaction of tourists who use primary health care services in Crete and specifically at Heraklion.

The statistical analysis of the survey data resulted in a high total satisfaction of 4,55 (on a scale of 1 to5), and satisfaction was also high at all sub-scales, such as the care of medical staff, infrastructure and administration. It should be noted that the results of the survey cannot be compared because no other survey was found in the bibliographic research.

This survey is an initial approach to the subject and has been limited geographically. It would be interesting subsequent surveys to expand the geographical boundaries in order to draw general conclusions about Greek health services offered to international visitors during the tourist season.

## **Keywords**

Tourists, Primary Health Care Services, patient satisfaction, Health Care Quality, patient satisfaction measurement, quality assessment in health care

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	v
Abstract.....	vi
Περιεχόμενα.....	Vii
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων .....	Viii
Κατάλογος Πινάκων.....	ix
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια .....	x
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>1</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.Θεωρητική προσέγγιση της ποιότητας στην φροντίδα υγείας</b>	<b>1</b>
1.1 Ο όρος ποιότητα.....	4
1.2 Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	6
1.2.1 Ιστορική αναδρομή .....	6
1.2.2 Η εξέλιξη των Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας στον χώρο της υγείας .....	7
1.2.3 Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας-ορισμοί .....	9
1.2.4 Χαρακτηριστικά της αγοράς του αγαθού υγείας.....	11
1.2.5 Αξιολόγηση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας.....	11
1.3 Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιότητας της φροντίδας υγείας...	13
1.3.1 Η έννοια της ικανοποίησης ασθενών .....	13
1.3.2 Θεωρίες ερμηνείας της ικανοποίησης των ασθενών.....	17
1.3.3 Περιορισμοί κατά την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών .....	18
1.3.4 Οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών .....	19
1.3.5 Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών.....	21
1.3.6 Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών.....	25

	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ελληνικό Σύστημα Υγείας</b>	
2.1 Γενικά.....	31
2.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	34
2.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	36
2.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ευρώπη.....	39
2.5 Εθνική πολιτική για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.....	40
2.6 Εφαρμογή Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας	42
2.7 Έρευνες ικανοποίησης ασθενών	43
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Τουρισμός</b>	46
3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του τουρισμού.....	46
3.2 Η σημασία του τουρισμού .....	47
3.3 Ο Τουρισμός στην Ελλάδα.....	48
3.4 Η Κρήτη ως τουριστικός προορισμός.....	51
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Ερευνητικό μέρος</b>	53
4.1 Ο σκοπός της έρευνας.....	53
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	54
4.3 Μεθοδολογία.....	54
4.4 Σχεδιασμός της έρευνας.....	56
4.4.1 Πληθυσμός της έρευνας.....	56
4.4.2 Δειγματοληψία.....	56
4.4.3 Σχεδιασμός του ερωτηματολογίου.....	57
4.4.4 Ανάλυση δεδομένων .....	61
4.4.5 Συμπεράσματα .....	74

#### 4.4.6 Περιορισμοί της έρευνας

77

.....  
Βιβλιογραφικές αναφορές

Παράρτημα : ερωτηματολόγιο

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ/ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Εικόνα 1 Εξέλιξη Θεωριών Και Προσεγγίσεων Της Ποιότητας.....	4
--	---

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1 Το μοντέλο αντιλαμβανόμενης ποιότητας του Gronroos.....	15
Διάγραμμα 2 Παράγοντες ικανοποίησης ασθενών ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων.....	23
Διάγραμμα 3 Οι άμεσες δαπάνες από τους ασθενείς είναι πολύ υψηλές στην Ελλάδα.....	31
Διάγραμμα 4 Η οργανωτική δομή του ΕΣΥ.....	37
Διάγραμμα 5 Η μεθοδολογία της έρευνας.....	55
Διάγραμμα 6 Αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπηρεσιών.....	60

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Βασικά στοιχεία της ΔΟΠ .....	8
Πίνακας 2 Νομοθετικές ρυθμίσεις για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας .....	41
Πίνακας 3 Έρευνες Ικανοποίησης ασθενών .....	45
Πίνακας 4 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων τουριστών σε Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Ηρακλείου .....	62
Πίνακας 5 Χαρακτηριστικά επίσκεψης και απόψεων των αλλοδαπών χρηστών υπηρεσιών υγείας .....	64
Πίνακας 6 Περιγραφικοί δείκτες ανά ερώτηση ικανοποίησης .....	66
Πίνακας 7 Περιγραφικοί δείκτες στο ερώτημα βαθμολόγησης της Ελλάδας και της χώρας προέλευσης .....	66
Πίνακας 8 Αθροιστικές κλίμακες-συντελεστές αξιοπιστίας του Cronbach .....	69
Πίνακας 9 Συσχέτιση βαθμολογιών ικανοποίησης με την βαθμολογία των υπηρεσιών υγείας της χώρας μας .....	72
Πίνακας 10 Συσχέτιση μέσης ικανοποίησης με τις αθροιστικές κλίμακες .....	72
Πίνακας 11 Συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης και προσδιοριστικών παραγόντων επικοινωνίας και διαπροσωπικής φροντίδας .....	73



## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΠΟΥ	⇒	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΔΟΠ	⇒	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΕΣΥ	⇒	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΟΠΥΥ	⇒	Εθνικός Οργανισμός Παρόχων Υπηρεσιών Υγείας
ΠΟΠ	⇒	Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής
ΑΕΠ	⇒	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
ΟΟΣΑ	⇒	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΕΕ	⇒	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΠΦΥ	⇒	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠΕΔΥ	⇒	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΥΠΕ	⇒	Υγειονομική Περιφέρεια
ΤοΜΥ	⇒	Τοπική Μονάδα Υγείας
ΤοΠΦΥ	⇒	Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
ΙΝΣΕΤΕ	⇒	Ινστιτούτο Συνδέσμου Ελληνικών Τουριστικών Επιχειρήσεων
ΟΔΠΥ	⇒	Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία
OECD	⇒	Organisation for Economic Co-operation and Development

**«Των δ' ως λόγου μόνου ξυμπεραινομένων μη είη επαύρασθαι, των δε ως έργου ενδείξιος· σφαλερή γαρ και εύπταιστος η μετ' αδολεσχίας ισχύρισις»**

*«Μη βασίζεστε σε συμπεράσματα  
που προκύπτουν μόνο από την λογική,  
αλλά στις ενδείξεις που απορρέουν από την πράξη.  
επειδή οι επιπόλαιοι ισχυρισμοί είναι σφαλεροί  
και μπορούν εύκολα να καταρριφθούν.»*

(Ιπποκράτης, Παραγγελία)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

---

Ο τουρισμός είναι ένας δυναμικά αναπτυσσόμενος κλάδος της χώρας μας με εκατομμύρια επισκέπτες ετησίως των οποίων η ικανοποίηση είναι σημαντική σε όλους τους τομείς των εθνικών και τοπικών πρωτοβουλιών.

Η πιστότητα (loyalty) είναι μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους που αφορούν στους τουριστικούς προορισμούς, η απόκτηση δηλαδή πιστών πελατών οι οποίοι πραγματοποιούν επαναλαμβανόμενες επισκέψεις ενώ παράλληλα παρακινούν και άλλα άτομα να επισκεφτούν έναν τουριστικό προορισμό. Ο βαθμός ικανοποίησης των επισκεπτών είναι ο καθοριστικός παράγοντας της πρόθεσης για μελλοντική επίσκεψη και σύστασης σε κάποιον άλλο (word of mouth). Κατ'επέκταση εξίσου σημαντική είναι και η ικανοποίηση των τουριστών ως ασθενείς οι οποίοι θα έρθουν σε επαφή με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Η Κρήτη δέχεται περίπου 2 εκατ. επισκέπτες το χρόνο και ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η αποτίμηση των απόψεων και προσδοκιών εκείνων των επισκεπτών που θα γίνουν αποδέκτες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ελληνικού συστήματος.

Έως σήμερα δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που να αποτυπώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας από την πλευρά των διεθνών επισκεπτών οπότε η διερεύνηση της ικανοποίησης των τουριστών ως πελάτες-χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ θα αποτελέσει μια αρχική προσέγγιση και σε αυτό έγκειται η πρωτοτυπία του συγκεκριμένου θέματος.

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας αποτελεί η εκπόνηση ποσοτικής έρευνας προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε διεθνείς επισκέπτες της Κρήτης κατά την τουριστική περίοδο.

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών γίνεται μέσω της μέτρησης ικανοποίησης ασθενών, η οποία δύναται να αποτυπώσει σημαντικές παραμέτρους της ποιότητας αυτής.

Η δομή της συγκεκριμένης εργασίας διαρθρώνεται σε 2 μέρη την θεωρητική προσέγγιση του θέματος και την ερευνητική ανάλυση.

Στην θεωρητική προσέγγιση αναλύονται οι εξής έννοιες:

- Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της συγκεκριμένης ενότητας είναι να προσδιοριστούν οι διαστάσεις που αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας υγείας και να αναλυθούν η έννοια της ποιότητας στο χώρο υγείας και πως αυτή αξιολογείται.

- Η ικανοποίηση των ασθενών.

Για να γίνει η διασύνδεση της ικανοποίησης των ασθενών με την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών, αναλύεται η θεωρητική προσέγγιση της ικανοποίησης των ασθενών, πως γίνεται η μέτρηση της, ποια είναι τα οφέλη αλλά και οι περιορισμοί από την μέτρηση της. Ενώ παράλληλα προσδιορίζονται οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης μέσα από τους οποίους αποτυπώνεται η ποιότητα της φροντίδας υγείας.

- Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Σκοπός της συγκεκριμένης ενότητας είναι να παραθέσει γενικές πληροφορίες που αφορούν στην δομή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, να προσδιοριστεί η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ποιοι είναι οι Φορείς της και ποια πολιτική ποιότητας εφαρμόζουν.

- Ο τουρισμός

Επειδή πληθυσμό της μελέτης αποτελούν οι τουρίστες θεωρήθηκε σκόπιμο να αναλυθεί η έννοια του τουρισμού και επιπλέον να αναφερθούν κάποια πρόσφατα στατιστικά στοιχεία της τουριστικής κίνησης στην Ελλάδα.

Τέλος στην ανάλυση της έρευνας παρατίθενται όλα τα στατιστικά δεδομένα και η αξιολόγηση τους προκειμένου να εξαχθούν τα τελικά συμπεράσματα.

Η ανάλυση των ερευνητικών ερωτημάτων της έρευνας αναδεικνύει τους προσδιοριστικούς παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών-τουριστών, οι οποίοι είναι αλληλένδετοι με τις διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αποτελεί έτσι έναν πρώτο δείκτη αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών των Φορέων ΠΦΥ όπως γίνεται αντιληπτή από τους χρήστες που συνάμα είναι και τουρίστες και θα μπορούσε να συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας τους .

## 1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

---

### 1.1 Ο ΟΡΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

Ο όρος ‘ποιότητα’ είναι μια ευρεία έννοια με ποικίλες εκφάνσεις τόσο στον τομέα παραγωγής προϊόντων όσο και στον τομέα παροχής υπηρεσιών. Η ετυμολογία της λέξης ποιότης <ποιος (=τι λογής) παραπέμπει στις ιδιότητες ενός προϊόντος, μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος που καθορίζουν την αξιολόγησή του.

Αν και σύμφωνα με τον Garvin η ποιότητα είναι μια έννοια δύσκολο να οριστεί και δεν μπορεί να μετρηθεί με ακρίβεια (Garvin, 1988) εντούτοις έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ορισμού της από πολλούς ερευνητές. Η πρώτη προσπάθεια ορισμού της έγινε από τον W.Shewart(1931) «*ποιότητα είναι πόσο καλό είναι ένα προϊόν*». Ενώ ο σύγχρονος ορισμός της ποιότητας διαμορφώθηκε το 1950 στον βιομηχανικό τομέα από τον J.M.Juran, ο οποίος όρισε την ποιότητα *ως την καταλληλότητα για χρήση*.

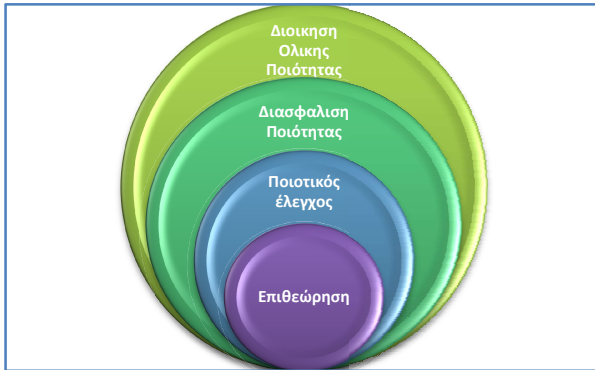
Παράλληλα ο C.Butler (1997) ορίζει την ποιότητα *ως μια υποκειμενική εκτίμηση των προϊόντων ή των υπηρεσιών με βάση το ανώτερο αντίτιμο*.

Σύμφωνα με τον επίσημο ορισμό του προτύπου ENISO 8402 “Διαχείριση της ποιότητας και διασφάλιση της ποιότητας-Λεξιλόγιο” *ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που της αποδίδουν την ικανότητα να ικανοποιεί εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες*.

Όλες αυτές οι προσπάθειες ορισμού της έννοιας της ποιότητας υποδηλώνουν την σημασία της και την ανάγκη διασφάλισης της. Οι πρώτες ενδείξεις διασφάλισης της ποιότητας απαντώνται ιστορικά στους πρώτους πολιτισμούς. Η τυποποίηση, ο έλεγχος της ποιότητας και η πιστοποίηση των προϊόντων και υπηρεσιών είχαν εφαρμογή από την αρχαιότητα ακόμα.

Η εξέλιξη της ποιότητας πέρασε από 4 διαφορετικά στάδια κατά την διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα και σύμφωνα με τον Garvin (1988) χαρτογραφούνται ως εξής:

α) Επιθεώρηση, β) Ποιοτικός Έλεγχος, γ) Διασφάλιση Ποιότητας, δ) Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Διάγραμμα 1).



Εικόνα 2Εξέλιξη Θεωριών Και Προσεγγίσεων Της Ποιότητας

ΠΗΓΗ: ΤΣΙΟΤΡΑΣ 2002

Η υιοθέτηση της έννοιας της ποιότητας, αρχικά στην παραγωγική αλυσίδα και αργότερα στην παροχή υπηρεσιών πέρασε από τα τέσσερα αυτά στάδια.

Μέσα από την βιομηχανική επανάσταση προέκυψε η ανάγκη για τη δημιουργία Τμημάτων **Επιθεώρησης της Ποιότητας**. Η αύξηση της παραγωγής και ο καταμερισμός των εργασιών δημιούργησε την ανάγκη άσκησης ελέγχου από ένα νέο σώμα και έτσι ανεξαρτητοποιήθηκε η Επιθεώρηση από την Παραγωγή.

Λίγο πριν τα τέλη του 19ου αιώνα εφαρμόστηκε ο **Έλεγχος Ποιότητας** που αφορούσε στη σύγκριση του τελικού προϊόντος με τις προδιαγραφές.

Η **Διασφάλιση της Ποιότητας** εμφανίστηκε στη δεκαετία του '50. Αφορά στην εφαρμογή συστημάτων και διαδικασιών με σκοπό την κατασκευή ποιοτικού προϊόντος με την πρώτη φορά.

Ενώ σύγχρονη φιλοσοφία Ποιότητας αποτελεί η **Διοίκησης Ολικής Ποιότητας**, η οποία πρωτοεφαρμόστηκε στις ΗΠΑ και την Ευρώπη στα τέλη της δεκαετίας του '80.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας που περιλαμβάνει προσήλωση στον πελάτη, στρατηγικό προγραμματισμό, ηγεσία, διαρκή βελτίωση και ομαδική εργασία.

## **1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **1.2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας έχει τις ρίζες της στην αρχαία Ελλάδα και στα κείμενα του Ιπποκράτη «ωφελέειν ή μη βλάπτειν» φράση που επισημαίνει την αξία της ποιότητας της φροντίδας υγείας ως βασικό ηθικό και δεοντολογικό κανόνα κατά την άσκηση της ιατρικής (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Ακόμα και ο όρκος του Ιπποκράτη αποτελεί διαχρονικό κείμενο καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας.

Με την πάροδο των χρόνων καταγράφονται διάφορες προσπάθειες εφαρμογής τακτικών ελέγχου της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας με αξιοσημείωτη αυτή της Florence Nightingale (1850) όταν προσπάθησε να αξιολογήσει τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονταν στους τραυματίες του Κριμαϊκού πολέμου με την καταγραφή της θνησιμότητας των τραυματιών (Κουκουφιλίππου κ.α, 2017).

Αργότερα το 1910 ο Godman E., χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, μελέτησε την μετεγχειρητική πορεία των ασθενών του επί ένα χρόνο μετά την επέμβαση, με αποτέλεσμα την υιοθέτηση της ίδιας τακτικής και σε άλλες παρόμοιες επεμβάσεις. Ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (follow-up) ενώ συνέβαλε στην δημιουργία προγράμματος τυποποίησης από το Αμερικάνικο Κολλέγιο Χειρουργών.

Την δεκαετία του 1960 η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους αυτών οδήγησε στην συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου στη λειτουργία των νοσοκομείων.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 οι επιστήμες υγείας στρέφονται στην ανάπτυξη προτύπων για την διασφάλιση ποιότητας και την αξιολόγηση ιατρικών πρακτικών, ενώ Διεθνείς οργανισμοί συστήνονται προκειμένου να προωθήσουν το ζήτημα (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η σύγχρονη επανάσταση στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας –προσανατολισμένη στην ποιότητα καθοδηγήθηκε από τον Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) το 1980 ο στόχος 31 της πολιτικής «υγεία για όλους ως το 2000» είχε καίρια συμβολή



στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με αυτόν όλα τα κράτη μέλη θα έπρεπε να εφαρμόσουν τους κατάλληλους μηχανισμούς για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (WHO, 1980).

Σήμερα οι όροι ποιότητα στην φροντίδα υγείας και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν στόχο των πολιτικών υγείας στις περισσότερες χώρες.

### **1.2.2 Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο χώρος της υγείας αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών και ενώ στην βιομηχανία η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος με στόχο τις μηδενικές αποκλίσεις-ελαττώματα, στην φροντίδα υγείας η έννοια του μηδενικού ελαττώματος ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και επιθυμούν(Τούντας, 2003).

Ο αποδέκτης-χρήστης των υπηρεσιών υγείας έχει υψηλότερες προσδοκίες σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία με άμεση συνέπεια την απαίτησή του για παροχή φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας.

Με την πάροδο των ετών οι πρώτες προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εστιάστηκαν στις εργαστηριακές εξετάσεις, την κλινική μεταβλητότητα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες.

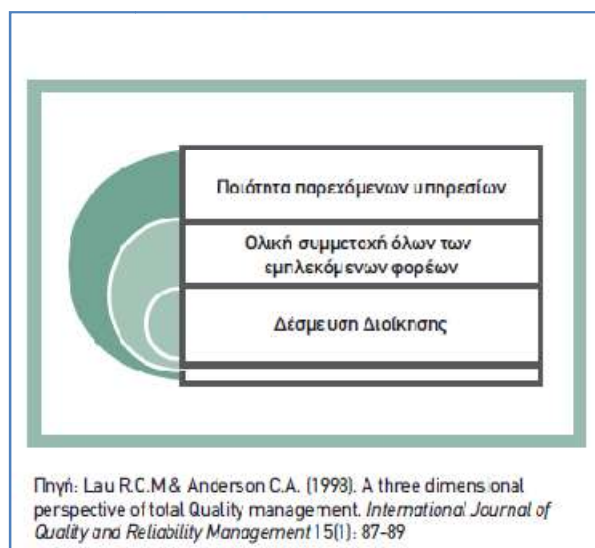
Παράλληλα στην Β.Αμερική ο έλεγχος ποιότητας είχε συνδεθεί με τον ιατρικό έλεγχο (medical audit) δηλαδή τον αναδρομικό έλεγχο της ιατρικής φροντίδας μέσω επιθεωρήσεων(Παρισσόπουλος, 2007).

Μεταβατικό στάδιο του ιατρικού ελέγχου αποτελεί ο κλινικός έλεγχος (clinical audit) και περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ποιότητας των κλινικών διαδικασιών, της διαθεσιμότητας των πόρων και της τελικής επίδρασης στην υγεία του ασθενή. (Παρισσόπουλος, 2007).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) εμφανίζεται ως η σύγχρονη φιλοσοφία διοίκησης η οποία μπορεί να εφαρμοστεί και στον τομέα των υπηρεσιών υγείας προκειμένου να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να βελτιωθεί η ποιότητά τους με την

συμμετοχή όλων των εργαζομένων σε όλα τα επίπεδα (Johnson & Omachonu, 1995).

Τα βασικά στοιχεία της ΔΟΠ απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα.



**Πίνακας 1 Βασικά στοιχεία της ΔΟΠ**

Η δέσμευση της Διοίκησης αναφέρεται στην συνεχή υποστήριξη της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε όλες τις δραστηριότητες.

Η ολική συμμετοχή αναφέρεται στην συμμετοχή των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών (ασθενείς, προμηθευτές, εργαζόμενοι), ενώ το στοιχείο της ποιότητας εμπεριέχει εκπλήρωση απαιτήσεων, προσδοκιών των πελατών-ασθενών (Μαλάμου, 2016).

Τέλος, η Κλινική Διακυβέρνηση αποτελεί το σύγχρονο μοντέλο διοίκησης των υπηρεσιών υγείας που αφορά στην άριστη κλινική πράξη και τα συστήματα που θα την διασφαλίσουν.<sup>1</sup> Αποτελεί το φάσμα των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα υγείας.

Κύρια στοιχεία της Κλινικής Διακυβέρνησης αποτελούν τα *θεραπευτικά-κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες (Guidelines)*, η *κλινική αποτελεσματικότητα* και η *τεκμηριωμένη ιατρική φροντίδα (Evidencebased Medicine)*, η *εφαρμογή προτύπων*

<sup>1</sup> Η έννοια της Κλινικής Διακυβέρνησης εισήχθη στο Ε.Σ.Υ της Αγγλίας μετά το ιατρικό σκάνδαλο στο Bristol το 1995 κατά το οποίο ο αναισθησιολόγος Dr Stephen Boolsin αποκάλυψε το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας παιδιών που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση στο νοσοκομείο Bristol Royal Infirmary.

*Διασφάλισης Ποιότητας, (Quality Assurance) παρακολούθηση και διαχείριση ιατρικών λαθών, η υιοθέτηση δεικτών ποιότητας και αξιολόγησης της απόδοσης του κλινικού έργου*(Κουρλιμπίνη, 2014).

Η εξελικτική πορεία των Συστημάτων Ποιότητας στον χώρο της υγείας ανέδειξε στην πάροδο του χρόνου και τα οφέλη από την ανάπτυξη τους αφού εκτός από την βελτίωση των υπηρεσιών επιτυγχάνεται παράλληλα μείωση των λειτουργικών εξόδων κατά 30-40%.

### **1.2.3 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΟΡΙΣΜΟΙ**

Η έννοια της ποιότητας στον χώρο υγείας είναι πολύπλοκη και δύσκολο να οριστεί. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση πολλοί ορισμοί αναφέρονται στην καλύτερη επιθυμητή έκβαση βάσει των προσδοκιών του ασθενή και την επικρατούσα επαγγελματική γνώση (Λιονής, Βοβα, & Πιστόλλα, 2016).

Μια εκτενής ανασκόπηση σε περισσότερους από 100 δημοσιευμένους ορισμούς προσδιόρισε 18 διαφορετικές διαστάσεις ή χαρακτηριστικά της ποιότητας (Παρισσόπουλος, 2007).

Ο Π.Ο.Υ ορίζει την ποιότητα της φροντίδας υγείας ως την βέλτιστη έκβαση στους διαθέσιμους πόρους που είναι αντίστοιχοι των αξιών και των προτιμήσεων των ασθενών.

Το Ινστιτούτο της Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας των Επιστημών (1990) ορίζει την ποιότητα στην υγεία ως *ο βαθμός σύμφωνα με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών εκβάσεων και που είναι σύμφωνες με την υφισταμένη επαγγελματική γνώση* (IOM, 2004).

Ο Avedis Donabedian (1980), Καθηγητής Δημόσιας Υγείας στο Πανεπιστήμιο του Michigan, όρισε ως ποιότητα των υπηρεσιών υγείας την φροντίδα εκείνη οποία αναμένεται να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν την διαδικασία της φροντίδας σε όλους τους τομείς της .

Ο Avedis Donabedian (1988) θεωρείται πρωτοπόρος στην εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και προσδιόρισε 3 παράγοντες στην αξιολόγηση της ποιότητας:

- Η δομή του συστήματος (structure) η οποία αναφέρεται στον χώρο, την υλικοτεχνική υποδομή, το ανθρώπινο δυναμικό αλλά γενικότερα στον τρόπο οργάνωση και λειτουργίας του.
- Η διεργασία (process), οι διαδικασίες δηλαδή που αφορούν στην παροχή φροντίδας υγείας .
- Τα αποτελέσματα (outcomes) του συστήματος, αναφέρονται σε αλλαγή της τρέχουσας και μελλοντικής κατάστασης της υγείας του ασθενή .

Είναι αναγκαία η επιδίωξη της ποιότητας και στους 3 τομείς ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή (Donabedian, 1988).

Παράλληλα, υπάρχουν 3 διαφορετικές οπτικές της ποιότητας στην φροντίδα υγείας (Λιονής, Βοβα, & Πιστόλλα, 2016).

- ✧ Η οπτική των χρηστών των υπηρεσιών υγείας (εξωτερικοί πελάτες) σύμφωνα με την οποία ποιότητα είναι η παροχή φροντίδας υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες και επιθυμίες του ασθενή.
- ✧ Η οπτική των επαγγελματιών υγείας (εσωτερικοί πελάτες) σύμφωνα με την οποία ποιότητα είναι η παροχή φροντίδας υγείας συνυφασμένη με μεθόδους και διεργασίες τις οποίες οι ίδιοι θεωρούν περισσότερο αποτελεσματικές με άμεσο στόχο την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.
- ✧ Η οπτική της Διοίκησης σύμφωνα με την οποία ποιότητα είναι η εξισορρόπηση μεταξύ προσδοκιών ασθενών και υγειονομικού προσωπικού με την ελάχιστη κατανάλωση πόρων.

Οι 3 αυτές προσεγγίσεις της έννοιας της ποιότητας είναι συχνά αντικρουόμενες . Οι προσδοκίες των ασθενών μπορεί να διαφέρουν από τις ανάγκες τους όπως γίνονται αντιληπτές από τους επαγγελματίες υγείας. Παράλληλα οι δυο αυτές προσεγγίσεις είναι πιθανό να αντιπαραβάλλονται με την διαθεσιμότητα των πόρων.

Η υιοθέτηση μεθόδων εξισορρόπησης των 3 αυτών οπτικών οδηγεί σε παροχή ποιοτικών υπηρεσιών.

#### **1.2.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΤΟΥ ΑΓΑΘΟΥ ΥΓΕΙΑΣ**

Στις συνήθειες αγορές ο ανταγωνισμός διασφαλίζει την αποδοτικότητα, οι καταναλωτές καταβάλλουν άμεσα το κόστος και έχουν επαρκή πληροφόρηση, ενώ οι παραγωγοί επιδιώκουν το μέγιστο κέρδος.

Στην αγορά όμως υγειονομικών υπηρεσιών υπάρχουν ιδιαιτερότητες που την κάνουν να συμπεριφέρεται διαφορετικά (Μαλλιαρού και συν., 2011).

Ο χώρος της υγείας δεν υπόκειται στους κανόνες της ελεύθερης αγοράς γι αυτό και οι ευρωπαϊκές χώρες διαχειρίζονται την υγεία ως κοινωνικό αγαθό.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υγείας ως αγαθό είναι:

- ✱ Η αβεβαιότητα-ο καταναλωτής δεν γνωρίζει πότε θα χρειαστεί τις υπηρεσίες υγείας ούτε ότι θα ικανοποιηθούν οι ανάγκες του κατά την χρήση τους.
- ✱ Η ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ ασθενών και γιατρών-ο ασθενής δεν έχει επαρκή πληροφόρηση για την διάγνωση της ασθένειας του , τις διαθέσιμες θεραπείες, τις παρενέργειές της φαρμακευτικής αγωγής και την πορεία της νόσου .
- ✱ Η προκλητή ζήτηση- το αποτέλεσμα της συμπεριφοράς και της πρακτικής των επαγγελματιών υγείας που οδηγεί σε υπερβάλλουσα κατανάλωση (Gaynor, M., 1994). Σύμφωνα με έρευνες υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό των γιατρών και την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών (Τούντας, 2010).
- ✱ Το μονοπώλιο –οι ασθενείς συχνά δείχνουν απροθυμία να αλλάξουν γιατρό με αποτέλεσμα οι γιατροί να συμπεριφέρονται ως μονοπωλητές.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η υγεία ως αγαθό δεν δύναται να υπόκειται στους νόμους της ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς και αυτό γιατί όπως αποδείχτηκε στο πέρασμα των χρόνων η αποδοτική παροχή υπηρεσιών υγείας δημιουργεί έντονες κοινωνικές ανισότητες.

#### **1.2.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν υπηρεσίες προσωπικές και ιδιόμορφες για αυτό και η διασφάλιση της ποιότητάς τους είναι θεμελιώδους σημασίας.

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αξιολογείται και μετράται βάσει των κριτηρίων μέτρησης και των χαρακτηριστικών της.

Κατά το πρότυπο EN 13940-1:2007, ένα χαρακτηριστικό ποιότητας είναι ένα εγγενές χαρακτηριστικό της υπηρεσίας, της διεργασίας ή του συστήματος σχετιζόμενο με μια απαίτηση ποιότητας.

Το 1984 ο Maxwell όρισε έξι χαρακτηριστικά ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσα από τα οποία αξιολογείται η ποιότητα:

- 1) Αποτελεσματικότητα (effectiveness) :την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος στην υγεία του ασθενούς.
- 2) Κοινωνική αποδοχή(acceptability): την ικανοποίηση του ασθενή
- 3) Αποδοτικότητα (efficiency): το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα με τους διαθέσιμους πόρους.
- 4) Προσβασιμότητα (access): ο ασθενής έχει την δυνατότητα χρήσης της υπηρεσίας την στιγμή που την χρειάζεται.
- 5) Ισότητα (equity):ίση μεταχείριση των ασθενών.
- 6) Σχετικότητα με την ανάγκη (relevance): η επίτευξη του καλύτερου επιπέδου υπηρεσιών βάσει των αναγκών και των επιθυμιών των χρηστών(Maxwell, 1984).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (WHO, 2002), η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) Υψηλό επίπεδο επαγγελματικής δεξιότητας.
- 2) Αποτελεσματικότητα στην χρήση των διαθέσιμων πόρων.
- 3) Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς.
- 4) Ικανοποίηση του ασθενή.
- 5) Βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή.

Παράλληλα το 2001 το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) προσδιόρισε τα χαρακτηριστικά της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ως εξής:

- 1) Ασφάλεια (safety): αποφυγή δυσμενών επιπτώσεων από την παροχή φροντίδας υγείας
- 2) Φροντίδα εστιασμένη στον ασθενή (patient-centeredcare): ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στην φροντίδα υγείας του .

- 3) Εγκαιρότητα (timeliness): άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας , χωρίς καθυστέρηση.
- 4) Αποτελεσματικότητα (effectiveness): υπηρεσίες βασισμένες σε επιστημονικές γνώσεις.
- 5) Αποδοτικότητα (efficiency): αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων πόρων.
- 6) Ισότητα (equity): παροχή υπηρεσιών ίσης ποιότητας σε όλους , ανεξάρτητα φύλου , εθνικότητας, γεωγραφικής τοποθεσίας και κοινωνικοοικονομικής θέσης.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ποιότητα της φροντίδας υγείας δύναται να αξιολογηθεί και να μετρηθεί και σύμφωνα με τον Donabedian οι μετρήσεις γίνονται σε 3 διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας:

Την δομή (ανθρώπινο δυναμικό, ξενοδοχειακή υποδομή, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός).

Τις διαδικασίες(οργάνωση, λειτουργία φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας).

Τα αποτελέσματα (η τελική έκβαση της πορείας νόσου, η επίδραση στην ποιότητα ζωής, η ικανοποίηση του ασθενή και ο βαθμός ενημέρωσης του).

Ανά διάσταση δύναται να προσδιοριστούν μετρήσιμα ποσοτικά χαρακτηριστικά όπως για παράδειγμα οι εκπαιδεύσεις του προσωπικού και η προϋπηρεσία των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής για ραντεβού, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, κ.ά. Αφού εντοπιστούν τα ποιοτικά αυτά χαρακτηριστικά που ενδιαφέρουν τις υπηρεσίες υγείας στη συνέχεια δύναται να οριστούν μετρήσιμοι δείκτες αξιολόγησης και καλές πρακτικές (Παπακωστιδη & Τσουκαλάς, 2012).

## **1.3 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **1.3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης έχει εξελιχθεί ώστε να επικεντρώνεται στην ασθενο-κεντρική φροντίδα υγείας. Στο πλαίσιο αυτό ήδη από τη δεκαετία του 1960, οι τομείς του μάρκετινγκ και της υγειονομικής



περίθαλψης άρχισαν να συνεργάζονται προκειμένου να γίνει κατανοητή η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών.

Σύμφωνα με πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση (Afrashtehfar K. et al, 2020) υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις του όρου .

Αρχικά η ικανοποίηση των ασθενών περιγράφεται υπό το πρίσμα της υποκειμενικής απόφασης του καταναλωτή, η οποία σχετίζεται με τις προσδοκίες του και μια σαφή κατανόηση του προϊόντος/υπηρεσίας.

Επίσης σε πολλές βιβλιογραφικές αναφορές η ικανοποίηση των ασθενών αφορά στην εκπλήρωση των αναγκών, των επιθυμιών ή των προσδοκιών των ασθενών σε σχέση με μια υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτή την περίπτωση, ο «ασθενής» είναι ένας ατομικός χρήστης υπό την καθοδήγηση επαγγελματιών που ενημερώνουν και θεραπεύουν το άτομο για την βέλτιστη έκβαση της υγείας του.

Ωστόσο η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολυδιάστατη και δύσκολο να οριστεί και αυτό γιατί υπάρχει σύγχυση σχετικά με την εγκυρότητα στην ποσοτικοποίηση και βαθμολόγηση συγκεκριμένων υπηρεσιών ή εμπειριών.

Ένας γενικός ορισμός θα ήταν ο εξής: «Η ικανοποίηση είναι ο βαθμός στον οποίο το άτομο θεωρεί μια υπηρεσία υγείας ως χρήσιμη, αποτελεσματική ή ευεργετική» (Coulter, 2003).

Εντούτοις σε πολλούς ορισμούς του όρου ποιότητα στην φροντίδα υγείας εμπεριέχεται η έννοια της ικανοποίησης του ασθενή. Σύμφωνα με τον Donabedian (1988), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ταυτίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή.

Στόχος των σύγχρονων υπηρεσιών υγείας είναι η εξισορρόπηση των δαπανών και παράλληλη ενίσχυση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας σε ένα πλαίσιο παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Σε αυτό το πλαίσιο η ικανοποίηση του ασθενούς αναδεικνύεται σε σημαντική μεταβλητή στην διαχείριση της ποιότητας στην φροντίδα υγείας(Παρισσόπουλος, 2007).

Η απαίτηση των ασθενών –πελατών για υπηρεσίες υψηλού επιπέδου επιβάλλει την αναζήτηση και καταγραφή των εντυπώσεων τους κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας πλέον αναζητούν την βελτίωση της ποιότητας. Ενημερώνονται, αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο και συμμετέχουν στην

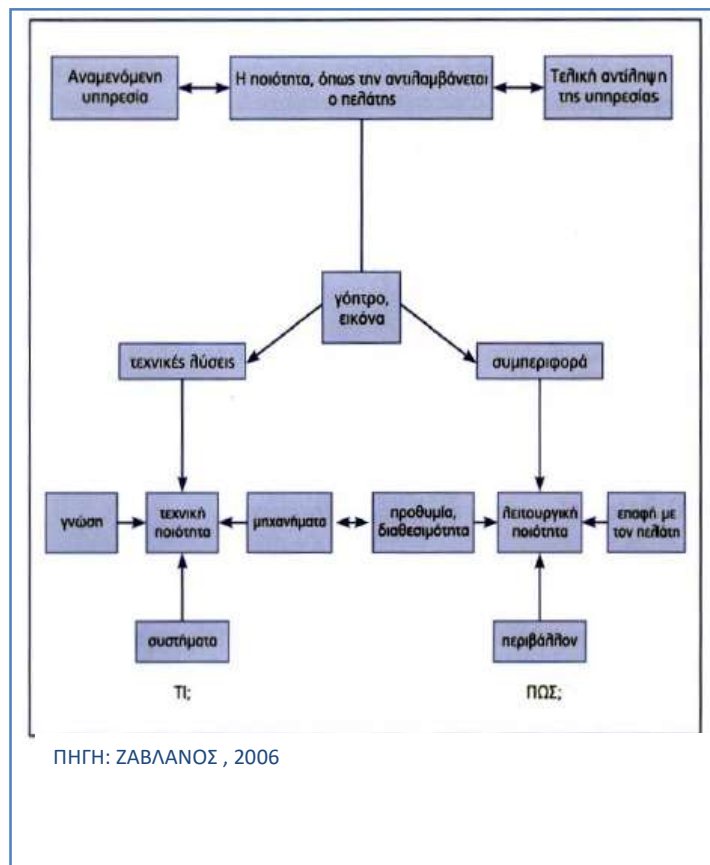


φροντίδα τους (Brocklehurst&Walshe, 1999).Επιπλέον η ικανοποίηση του ασθενή συνιστά μια διάσταση της ποιότητας της φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με τον Gronroos C., η ποιότητα αποτελεί μια πολύπλοκη έννοια και αν η ποιότητα είναι αυτό που εκλαμβάνουν οι ασθενείς τότε έχει 2 διαστάσεις(Gronroos, 1990):

- ⇒ Την τεχνική διάσταση του αποτελέσματος (μπορεί να αφορά την διαθεσιμότητα, την έγκαιρη παροχή της υπηρεσίας κ.α)
- ⇒ Την λειτουργική διάσταση της διαδικασίας (αφορά στην αλληλεπίδραση χρήστη-προμηθευτή-περιβάλλοντος και εμπεριέχει υποκειμενικά χαρακτηριστικά π.χ την ποσότητα της ενημέρωσης στον χρήστη, το περιβάλλον παροχής της υπηρεσίας).

Στο διάγραμμα 1 που ακολουθεί απεικονίζεται το μοντέλο ποιότητας του Gronroos και περιλαμβάνει όλους εκείνους τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αντίληψη της ποιότητας από την πλευρά του ασθενή.



Διάγραμμα 1 Το μοντέλο της αντιλαμβανόμενης ποιότητας του Gronroos

Η αποτύπωση της εμπειρίας των ασθενών από την επαφή τους με το σύστημα υγείας παρέχει ισχυρές ενδείξεις της ποιότητας (Ραφτόπουλος, 2002). Ενώ οποιαδήποτε προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η αποτύπωση των αντιλήψεων ασθενών είναι ελλιπής (Μερκούρης, 1996).

Σύμφωνα με τον HannuVuori (1999) (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010) η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί :

- ✧ Ιδιότητα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, την οποία πιστοποιεί ο ίδιος ο χρήστης .
- ✧ Δείκτη της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, μέσω της αποτύπωσης των εντυπώσεων των ασθενών.
- ✧ Προαπαιτούμενο συστατικό της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

### 1.3.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι προτεινόμενες θεωρίες ερμηνείας της ικανοποίησης ασθενών προέρχονται από τις θεωρίες υποκίνησης που αναπτύχθηκαν κατά κύριο λόγο στον εργασιακό χώρο.

Σύμφωνα με την θεωρία ιεράρχησης των αναγκών του Maslow οι ανθρώπινες ανάγκες ταξινομούνται σε :

- βιολογικές ανάγκες,
- ανάγκες για ασφάλεια και προστασία,
- ανάγκες που φορούν στην ανάγκη ένταξης σε μια ομάδα, την ανάγκη για αγάπη και αποδοχή από τους άλλους
- και την ανάγκη για ανάπτυξη των ικανοτήτων του ατόμου (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

Οι ανικανοποίητες ανάγκες του ατόμου είναι αυτές που κατευθύνουν την συμπεριφορά του ενώ η ικανοποίηση ανώτερων ιεραρχικά αναγκών προϋποθέτει την ικανοποίηση των βασικών αναγκών.

Η Linder-Pelz (1982) συνθέτοντας τις προηγούμενες θεωρίες από τον εργασιακό χώρο, πρότεινε το δικό της θεωρητικό πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο αναγνωρίζονται 5 προσδιοριστικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών από την φροντίδα υγείας.

- ☒ Οι προσδοκίες του ασθενή, η υποκειμενική δηλαδή πιθανότητα να συμβεί ένα γεγονός (τι αναμένει ο ασθενής από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας).
- ☒ Το δικαίωμα- που εκφράζει την αντίληψη της φροντίδας και του αποτελέσματος ως δικαίωμα.
- ☒ Το γεγονός- η αντίληψη του τι συμβαίνει πραγματικά
- ☒ Τις αλληλεπιδράσεις- η σύγκριση που κάνουν οι ασθενείς με άλλους ή με προηγούμενες εμπειρίες τους.

Παράλληλα η Oberst (1984), πρότεινε το δικό της θεωρητικό πλαίσιο για την ικανοποίηση ασθενών βασισμένο στις προσδοκίες των ασθενών οι οποίες σχηματίζουν το πρότυπο βάσει του οποίου η παρεχόμενη φροντίδα θα χαρακτηριστεί ως ικανοποιητική ή μη ικανοποιητική (Μερκούρης, 1996).

### **1.3.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Κατά καιρούς η αξία της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης ποιότητας θεωρείται περιορισμένης εγκυρότητας και αμφισβητείται (W.Nelson, 1990).

Οι έρευνες ικανοποίησης αποτυπώνουν υποκειμενικές απόψεις και από μόνες τους δεν επαρκούν για μια επαρκή αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Είναι αναγκαία η συσχέτισή τους και με επιπρόσθετους δείκτες ποιότητας (Γουλα και συν., 2017).

Διατηρούνται επιφυλάξεις για την ικανότητα των ασθενών να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας. Οι ασθενείς δεν διαθέτουν τις γνώσεις για να εκτιμήσουν την επαγγελματική δεξιοότητα και τις τεχνικές ικανότητες του υγειονομικού προσωπικού ιδιαίτερα λόγω της ψυχοσωματικής τους κατάστασης που επηρεάζει την διατύπωση αξιολογικής κρίσης (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Εξαιτίας της σχέσης εξάρτησης με τους επαγγελματίες υγείας συχνά οι ασθενείς δεν αποτυπώνουν τις πραγματικές τους σκέψεις και εντυπώσεις (W.Nelson, 1990).

Παράλληλα λόγω της ταχύτητας των κλινικών διεργασιών οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν με ακρίβεια όλες τις συνιστώσες της φροντίδας υγείας .

Κατά τον Τούντα (2003), η δυσκολία που έχουν οι ασθενείς να εκφράσουν ειλικρινά την γνώμη τους απορρέει από βαθύτερα αίτια, όπως η αίσθηση εξάρτησης από τον γιατρό, η αδυναμία κατανόησης των ιατρικών οδηγιών και ιατρικών όρων, η ελλιπής ενημέρωση για την νόσο και θεραπεία, η δυσκολία αποδοχής της νόσου, άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα και η βαρύτητα της νόσου.

Σε μια έρευνα που εκπονήθηκε το 2016 σε 59 δημόσια νοσοκομεία των 7 ΥΠΕ και αφορούσε στην διερεύνηση των απόψεων των υπευθύνων των Γραφείων Ποιότητας των νοσοκομείων σχετικά με την αναγκαιότητα διεξαγωγής μετρήσεων της ικανοποίησης ασθενών, η πλειονότητα του δείγματος υποστήριζε ενεργά την διεξαγωγή των εν λόγω ερευνών. Παράλληλα διατυπώθηκαν και οι δυσκολίες που μπορούν να παρουσιαστούν κατά την διαδικασία μέτρησης και αφορούν στην άρνηση των ασθενών να συμμετάσχουν λόγω επιφυλακτικότητας και έλλειψης ενημέρωσης, στην σωματική και ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση που επηρεάζει την

αξιοπιστία των απαντήσεων τους, στην έλλειψη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και στον φόρτο εργασίας για τέτοιου είδους έρευνες (Γούλα, Σαρρής, Πιεράκος, & Βουρλιώτη, 2017).

Τα εκτεταμένα και χρονοβόρα ερωτηματολόγια που μπορεί να περιέχουν δυσνόητη για τον ασθενή ορολογία καθώς και η έλλειψη αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων μέτρησης και αξιολόγησης της ικανοποίησης του ασθενή αποτελούν τροχοπέδη για την διαδικασία μέτρησης. Παρόλα αυτά η διερεύνηση της γνώμης των ασθενών αποτελεί δομικό συστατικό ενός συστήματος διαχείρισης ποιότητας και μια μορφή ανατροφοδότησης του συστήματος από την ίδια την κοινωνία (Γουλα και συν., 2017).

Το δικαίωμα έκφρασης του χρήστη Υπηρεσιών υγείας υποδεικνύει και την ευθύνη που έχει μια υπηρεσία φροντίδας υγείας για τη συλλογή αυτών των πληροφοριών (Μερκούρης, 1996).

#### **1.3.4 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα εισήχθη στον χώρο της φροντίδας υγείας η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών.

Αρχικά αφορούσε στην δυνατότητα πρόσβασης του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας ενώ ο Avedis Donabedian ήταν αυτός που συνέδεσε την έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών.

Η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντική για όλους τους φορείς που εμπλέκονται στην παραγωγή του αγαθού της υγείας (Διοίκηση-επαγγελματίες υγείας- εσωτερικοί πελάτες συστήματος υγείας).

Ένα σύστημα υγείας που δεν ικανοποιεί τους χρήστες-πελάτες ανεξάρτητα από την τεχνική ποιότητα δεν υπηρετεί πρωτίστως την κοινωνία (Donabedian A., 1996).

Καταρχήν αξιολογείται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και συγκρίνονται διαφορετικά προγράμματα ή συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ανατροφοδοτεί το σύστημα και συμβάλλει στον ανασχεδιασμό του.

Με την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτυπώνονται οι ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενή και παράλληλα προάγονται μέθοδοι ικανοποίησης τους (Κυριόπουλος, Δράκου, Κτενάς, & Γεωργούση, 1993).

Ο ικανοποιημένος ασθενής δείχνει μεγαλύτερο βαθμό συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες και την φαρμακευτική αγωγή με συνέπεια το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ως ‘πελάτης’ ελαττώνει την συναισθηματική φόρτιση των επαγγελματιών υγείας μεταφέροντας τις θετικές εντυπώσεις του στο κοινωνικό του περιβάλλον (Αλέτρας, Ζαχαράκη, & Νάκας, 2007).

Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της αξιολόγησης τους από τους ίδιους τους ασθενείς γίνονται περισσότερο υπεύθυνοι και δραστήριοι. Αναδεικνύεται δηλαδή η αποδοτικότητα ή μη των εργαζομένων δίνοντας κίνητρο στην Διοίκηση για επιβράβευση ή παρέμβαση για διορθώσεις (Λαζάρου, 2004).

Η συμμετοχή των ασθενών στις έρευνες μέτρησης ικανοποίησης ωθεί στη αντίληψη ότι εμπλέκονται άμεσα και συμμετέχουν ενεργά στην διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έτσι δύναται να τους προτρέψει να συμμετέχουν ενεργά και να διεκδικήσουν στην διαχείριση και διάθεση των υπηρεσιών υγείας (Clearly & McNeil, 1988).

Η αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μέσα από τις μετρήσεις ικανοποίησης ασθενών συμβάλλει στην βελτίωση της πολιτικής της υγείας καθώς ενδέχεται να κινητοποιήσει τον κρατικό μηχανισμό προς την κατεύθυνση της διερεύνησης των βαθύτερων αιτιών των προβλημάτων στον τομέα υγείας, με άμεση απόρροια την λήψη πολιτικών μέτρων που προάγουν την βελτίωση της ποιότητας (Τσιότρας, 2002).

### 1.3.5 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

«Δεν μπορείς να διαχειριστείς κάτι αν δεν το μετρήσεις»

Drucker (1973)

Η συστηματική έρευνα για την ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας έχει ως έναυσμα την δεκαετία του 1960. Αρχικός στόχος των ερευνών ήταν η μέτρηση των κλινικών αποτελεσμάτων, η εγκυρότητα των ραντεβού ή η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή. Με την πάροδο του χρόνου η αποτύπωση των εντυπώσεων των ασθενών έγινε εργαλείο του συστήματος αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Hendriks, Oort, Vrielink, & Smets, 2002)

Η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης του χρήστη μπορεί να ποσοτικοποιηθεί μέσω των ερωτηματολογίων ικανοποίησης, τα οποία απευθύνονται στους ασθενείς και επιχειρούν με ένα δομημένο τρόπο να εκφράσουν την γνώμη τους για παραμέτρους ποιότητας κατά την φροντίδα υγείας. Στις μετρήσεις αυτές περιλαμβάνονται διαστάσεις όπως η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, η ανταπόκριση, η πληροφόρηση και το κόστος, ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς, η διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου, οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας, η ενημέρωση για την νόσο, η κατανόηση των ιατρικών οδηγιών, οι συνθήκες ξενοδοχειακής υποδομής, η διατροφή κ.α.

Τα ερωτηματολόγια θα πρέπει να είναι σταθμισμένα ως προς την εγκυρότητά και την αξιοπιστία τους. Η αξιοπιστία<sup>2</sup> αναφέρεται στην ιδιότητα του ερωτηματολογίου να δίνει ακριβείς και σταθερές μετρήσεις. Ενώ η εγκυρότητα<sup>3</sup> υποδηλώνει κατά πόσο

<sup>2</sup> Η εκτίμηση της αξιοπιστίας ενός ερωτηματολογίου περιλαμβάνει την εκτίμηση της αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου (test-retest reliability), της αξιοπιστίας εναλλακτικών μορφών (alternative forms reliability), της αξιοπιστίας ημίσεων τμημάτων (split-half reliability), της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) και της αξιοπιστίας μεταξύ παρατηρητών (inter-observers reliability)

<sup>3</sup> Η εκτίμηση της εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου περιλαμβάνει την εκτίμηση της εγκυρότητας περιεχομένου (construct validity), της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής (content validity), της εγκυρότητας κριτηρίου (criterion validity) και της εγκυρότητας όψης (face validity)



το ερωτηματολόγιο αποτυπώνει τον πραγματικό βαθμό ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας των ασθενών.

Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλους τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών, προσδιορίζοντας την έκταση των τιμών μέσα στις οποίες τα αποτελέσματα αντιστοιχούν σε πραγματικές αξίες. Ενώ συγχρόνως θα πρέπει τα αποτελέσματα να είναι επαναλήψιμα σε διαφορετικές συνθήκες.

Επιπλέον θα πρέπει να επιλέγεται προσεκτικά η μέθοδος δειγματοληψίας ώστε να διασφαλιστεί ότι το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό.

Συνήθως, ο μέσος όρος συμμετοχής στις έρευνες ικανοποίησης ασθενών κυμαίνεται από 35–45% (Τούντας, 2003).

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση ο SitziaJ.(1999) επεσήμανε ότι τα περισσότερα ερευνητικά εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης ασθενών είχαν μικρή αξιοπιστία ή εγκυρότητα και ότι από τα άρθρα που ανέφεραν την χρήση ενός νέου εργαλείου το 60% δεν ανέφερε κάποια ψυχομετρικά δεδομένα.

Ο Hawthorne (2006) σε μια πιο πρόσφατη έρευνα επιβεβαίωσε τις διαπιστώσεις του Sitzia, ότι πράγματι σε λίγα άρθρα αναφέρονται τα εργαλεία μέτρησης, οι ψυχομετρικές τους ιδιότητες ή τα πραγματικά αποτελέσματα(Gill & White, 2009).

Τα περισσότερα ερευνητικά εργαλεία εξειδικεύονται στο σύστημα υγείας μιας χώρας σε ένα συγκεκριμένο τύπο νοσοκομείου που κάνει πραγματικά δύσκολη τη σύγκριση με άλλες χώρες(Mitropoulos et al, 2017).

Ένα από τα πρώτα εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης είναι το **Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)** (1976), του οποίου εγκυρότητα και αξιοπιστία επιβεβαιώνουν οι Grogan et al. (2000) αποτελούνταν από 80 στοιχεία.

Το **PSQ-18** αποτελεί την συνοπτική μορφή του PSQ και περιλαμβάνει 18 στοιχεία που αντιπροσωπεύουν κάθε μια από τις 7 διαστάσεις της ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα: συνολική ικανοποίηση, τεχνική ποιότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, επικοινωνία, οικονομικά στοιχεία, χρόνος που αφιερώθηκε από το προσωπικό, προσβασιμότητα και άνεση.



Θεωρείται αξιόπιστο και αποδεκτό από τους ασθενείς με πολύ καλή εφαρμογή στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Thayaparan & Mahdi, 2013).

Το **SERVQUAL** (1988), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Parasuraman, Zethaml και Berry για την μέτρηση της ικανοποίησης πελατών-χρηστών υπηρεσιών, αξιολογεί τις αντιλήψεις των πελατών για μια υπηρεσία και τις συγκρίνει με τις προσδοκίες τους .

Το SERVQUAL , το οποίο θεωρείται αξιόπιστο και στον τομέα της φροντίδας υγείας, αξιολογεί 22 διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα από την σύγκριση των προσδοκιών των πελατών με τις αντιλήψεις που έχουν για την πραγματική ποιότητα της υπηρεσίας που τους παρέχεται. Τα κενά προκύπτουν από την αφαίρεση των αντιλήψεων από τις προσδοκίες.

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών ομαδοποιούνται σε 5 κατηγορίες:

- ✱ -απτότητα: περιλαμβάνει το φυσικό περιβάλλον, την ξενοδοχειακή υποδομή, τον εξοπλισμό κ.α
- ✱ -αξιοπιστία: αναφέρεται στην ικανότητα του παρόχου να εκπληρώσει τις υποσχέσεις και δεσμεύσεις αξιόπιστα και με ακρίβεια.
- ✱ -ανταπόκριση: παροχή άμεσης εξυπηρέτησης.
- ✱ -ασφάλεια: περιλαμβάνει την κατάρτιση του προσωπικού καθώς και την ευγένεια που δείχνει ο φορέας στο προσωπικό του.
- ✱ ενσυναίσθηση: περιλαμβάνει την προσοχή και την εξατομικευμένη φροντίδα.

Το SERVQUAL χρησιμοποιήθηκε ευρέως στην μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και στις περισσότερες περιπτώσεις αποδείχτηκε ως ένα αξιόπιστο και χρήσιμο εργαλείο στην αποτύπωση της διαφοράς μεταξύ της προσδοκίας του ασθενούς και της πραγματικής εμπειρίας του από την υπηρεσία (Sewell, 1997 ; Wong, 2002 ; Sohail, 2003).

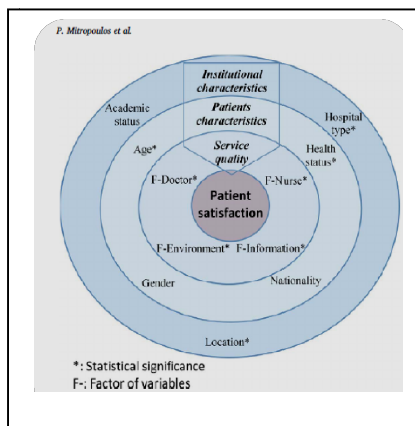
Το **HCAPS** (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) είναι το πιο γνωστό τυποποιημένο εργαλείο μέτρησης της εμπειρίας του ασθενή από την νοσοκομειακή φροντίδα.

Το HCAPS εγκρίθηκε από το Εθνικό Φόρουμ Ποιότητας (NQF) των ΗΠΑ και χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς μιας έρευνας της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην

οποία συμμετείχαν 12 κράτη-μέλη ανάμεσα τους και η Ελλάδα (RN4 CAST project) με απώτερο στόχο την σύγκριση των σημαντικών παραμέτρων ικανοποίησης των ασθενών μεταξύ Ευρώπης και ΗΠΑ.

Η απόδοση του HCAPS στα ελληνικά βαθμολογήθηκε με άριστα ως προς την αξιοπιστία του (Squires A. et al., 2012).

Η συγκεκριμένη έρευνα εκπονήθηκε υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας το 2011 και συμπεριέλαβε 42 νοσοκομεία. Η έρευνα ανέδειξε την σημαντικότητα της επικοινωνίας των ασθενών με το προσωπικό του νοσοκομείου. Η επικοινωνία των ασθενών με το νοσηλευτικό προσωπικό αναδείχτηκε ως η πιο σημαντική παράμετρος της συνολικής ικανοποίησης ακολουθούμενη από την επικοινωνία ασθενών-ιατρών. Σε μικρότερο βαθμό την ικανοποίηση ασθενών επηρεάζει το φυσικό περιβάλλον (ξενοδοχειακή υποδομή) και η ενημέρωση για την πορεία της νόσου και την φαρμακευτική αγωγή (Διάγραμμα 2).



**Διάγραμμα 2 Παράγοντες ικανοποίησης ασθενών ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων**

**Πηγή: Mitropoulos et al.**

Το ερωτηματολόγιο **EUROPEP** είναι ένα ερωτηματολόγιο διερεύνησης της γνώμης των ασθενών για τον γιατρό Γενικής Ιατρικής και τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας. Αποτελεί ένα εργαλείο πρότυπο διεθνών συγκρίσεων.

Περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις που αναφέρονται στις προσδοκίες των ασθενών για την φροντίδα τους από τους γιατρούς-νοσηλευτές, την ξενοδοχειακή υποδομή, την

παροχή οδηγιών για την πορεία νόσου και αγωγή, την συνολική βαθμολόγηση του Φορέα ΠΦΥ.

Το ερωτηματολόγιο το 2003 εφαρμόστηκε πιλοτικά σε 2 επιλεγμένα Κέντρα υγείας της Κρήτης από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης και το 2008 διανεμήθηκε σε 20 κέντρα Υγείας της Ελλάδας, σε Ήπειρο και Κρήτη στα πλαίσια της μελέτης «αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας των Κέντρων υγείας στην Ελλάδα». Από την ανάλυση προέκυψε ότι στο σύνολό τους οι ασθενείς αξιολογούν καλά έως άριστα τις παρεχόμενες υπηρεσίες, με υψηλότερη βαθμολόγηση της ιατροτεχνικής φροντίδας και χαμηλότερη της σχέσης γιατρού – ασθενή και του συντονισμού της φροντίδας (Λιονής, Βοβα, & Πιστόλλα, 2016).

Το **GPAQ** (GeneralPracticeAssessmentQuestionnaire διαμορφώθηκε από το NationalCareResearchanddevelopmentCenter του Πανεπιστημίου του Manchester το 2003 και αποτελεί ερωτηματολόγιο διερεύνησης των εντυπώσεων των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες σε επίπεδο ΠΦΥ .

### **1.3.6 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η εστίαση στην εμπειρία των ασθενών αντικατοπτρίζει την γενικότερη έμφαση στην φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή (patient centered care) και επισημαίνει ότι η φροντίδα των ασθενών θα πρέπει να περιλαμβάνει πέρα από το αποτέλεσμα της φροντίδας και την προσωπική τους εμπειρία κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας.

Η εμπειρία αυτή μετράται μέσα από τις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών οι οποίες αποτυπώνουν την αξιολόγηση της φροντίδας, εστιασμένη στην επικοινωνία με τον φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς έχουν σύνθετες πεποιθήσεις και προσδοκίες για την περίθαλψή τους και πιθανόν να μην εκφράζονται μέσα από τις παραδοσιακές μετρήσεις ικανοποίησης, ενώ η αξιολόγηση της ποιότητας από την πλευρά των ασθενών συχνά δεν συνάδει με την ποιότητα όπως την αντιλαμβάνεται ο πάροχος της φροντίδας υγείας (Mohammed et al., 2016).

Παράλληλα, οι έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών συχνά χρησιμοποιούν εργαλεία (ερωτηματολόγια) με διαφορές στο σχεδιασμό και την μεθοδολογία τους και που συχνά δεν είναι σταθμισμένα στον πληθυσμό των χωρών στον οποίο απευθύνονται.

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη έννοια με πολλούς προσδιοριστικούς παράγοντες που σχετίζονται με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και γενικά στις μετρήσεις ικανοποίησης αποτυπώνονται υψηλά επίπεδα ικανοποίησης.

Η ανάλυση των προσδιοριστικών παραγόντων βασίστηκε σε 2 πρόσφατες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις (Mohammed et al., 2016) και (Batbaatar et al., 2017).

Η πρώτη βιβλιογραφική ανασκόπηση (Mohammed et al, 2016) περιλαμβάνει 36 μελέτες που αφορούν στις αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και ανέδειξε συνολικά δέκα προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών:

Επικοινωνία, προσβασιμότητα, περιβάλλον (ξενοδοχειακή υποδομή), συμμετοχική λήψη απόφασης (shared decision making), τεχνικές ικανότητες και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, ενημέρωση ασθενούς, η τήρηση ηλεκτρονικού αρχείου, έλεγχος πόνου, διαδικασίες εξιτηρίου, υπηρεσίες πρόληψης.

Η δεύτερη βιβλιογραφική ανασκόπηση (Batbaatar E. et al, 2017) περιλαμβάνει 109 μελέτες και ανέδειξε τους εξής προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών:

Η διαπροσωπική φροντίδα, τεχνική φροντίδα, φυσικό περιβάλλον, προσβασιμότητα (προσπελασιμότητα, διαθεσιμότητα, οικονομική προσιτότητα), χαρακτηριστικά οργάνωσης, έκβαση της φροντίδας, συνέχεια της φροντίδας, χαρακτηριστικά των ασθενών (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, θρήσκευμα, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, γεωγραφικά χαρακτηριστικά, συχνότητα επισκέψεων, διάρκεια εισαγωγής, προσωπικότητα και οι προσδοκίες των ασθενών).

Γενικά οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών ομαδοποιούνται ως εξής:

*Α) προσδιοριστικοί παράγοντες που σχετίζονται με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και περιλαμβάνουν:*

- **Την διαπροσωπική φροντίδα**, η οποία αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης του ασθενή (Ραφτόπουλος, 2002).

Περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά της επικοινωνίας του ασθενή με τους επαγγελματίες υγείας και την ενσυναίσθηση. Αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία υγείας να ακούει προσεκτικά τον ασθενή επιδεικνύοντας σεβασμό και ευγένεια. Επιπλέον περιλαμβάνει την κατανοητή ενημέρωση του ασθενούς για την πορεία νόσου και την φαρμακευτική αγωγή, τον σεβασμό στην προσωπικότητα και ιδιωτικότητα του ασθενούς (Mohammed et al, 2016) (Batbaatar E. et al, 2017).

Η ύπαρξη σωστών διαπροσωπικών σχέσεων προϋποθέτει ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας και εγκατάσταση κλίματος εμπιστοσύνης και εχεμύθειας. Αυξάνουν έτσι την ικανοποίηση των ασθενών και μειώνουν το αίσθημα φόβου απέναντι στη νόσο (Τσελέπη, 2000).

Οι θεράποντες γιατροί και νοσηλευτές αξιολογούνται για την συναισθηματική συμπεριφορά τους, ειδικότερα για την ειλικρίνεια, φιλικότητα, ενδιαφέρον, συμπάθεια, ενσυναίσθηση προς τους ασθενείς και συνοδούς και σεβασμό στις επιθυμίες τους (Batbaatar E. Et al, 2017).

- **Την τεχνική διάσταση της φροντίδας υγείας**, η οποία περιλαμβάνει τις ικανότητες (προσόντα, εμπειρία) και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. Αναφέρεται επίσης στη συμμόρφωση των υπηρεσιών υγείας με πρότυπα, πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες διάγνωσης και θεραπείας.

Οι ασθενείς αξιολογούν το επίπεδο γνώσης του υγειονομικού προσωπικού, την απουσία σφαλμάτων, την θετική επίδραση της θεραπείας, την χρήση σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και φαρμακευτικών σκευασμάτων, την εξονυχιστική κλινική εξέταση, την συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Η βελτιωμένη τεχνική διάσταση της φροντίδας υγείας αυξάνει και το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

-**Το φυσικό περιβάλλον** (υποδομές). Περιλαμβάνει παραμέτρους όπως η ευχάριστη ατμόσφαιρα, η άνεση χώρου, η θερμοκρασία χώρων, η καθαριότητα, το επίπεδο θορύβου, η υπηρεσία σίτισης, η επαρκής σήμανση, ο χώρος στάθμευσης, η προσβασιμότητα σε ΑΜΕΑ.

Στις περισσότερες έρευνες επιβεβαιώνεται η θετική επίδραση των παραπάνω παραμέτρων στην ικανοποίηση των ασθενών. (BatbaatarE. et al, 2017).

- **Την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.** Οι περισσότερες έρευνες αναδεικνύουν την προσβασιμότητα ως ένα δείκτη ποιότητας, ο οποίος περιλαμβάνει:

>*την δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και αφορά στην δυνατότητα πρόσβασης γεωγραφικά, την αναμονή των ραντεβού, την άμεση και εύκολη εισαγωγή του ασθενούς, την ελεύθερη επιλογή γιατρού.*

Σε χώρες όπου η πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας είναι άμεση και χωρίς την διαμεσολάβηση του γενικού-οικογενειακού γιατρού παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τους γενικούς γιατρούς σε σχέση με συστήματα υγείας όπου ο γενικός γιατρός είναι ο «θυρωρός» του συστήματος υγείας. (Batbaatar E. et al, 2017).

>*Την διαθεσιμότητα.* Είναι ένας από τους βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης και αναφέρεται στον επαρκή αριθμό υγειονομικού προσωπικού και πόρων. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού έχει αρνητική συσχέτιση με τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

>*Την προσιτότητα.* Περιλαμβάνει την οικονομική προσιτότητα, τους ευέλικτους μηχανισμούς πληρωμής, την ασφαλιστική κάλυψη. Το οικονομικό κόστος επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίηση όπως και η γραφειοκρατία (BatbaatarE. et al, 2017).

-**Αποτελεσματικότητα έκβασης της φροντίδας υγείας.** Η αντίληψη της βελτίωσης της υγείας έχει θετική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών. Αντιθέτως ασθενείς που εμφάνισαν επιπλοκές στην υγεία τους μετά το εξιτήριο τους ανέφεραν χαμηλό βαθμό ικανοποίησης (BatbaatarE. et al, 2017).

B) *Παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά των ασθενών* (δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά, ψυχολογικά).

- **Οι προσδοκίες του ασθενή** θεωρούνται σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας της ικανοποίησης. Σε έρευνες που εκπονήθηκαν προκειμένου να συσχετιστεί η συνολική ικανοποίηση από την φροντίδα υγείας με τις προσδοκίες του ασθενή συμπεραίνουν ότι ασθενείς με χαμηλές προσδοκίες φαίνονται πιο ικανοποιημένοι (Ραφτόπουλος Β., 2002). Ωστόσο στην πλειοψηφία των μελετών η συσχέτιση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης είναι ασυνεπής με μεγάλη μεταβλητότητα των μεθόδων και των ερμηνειών (Batbaatar E. et al, 2017).
- Η **ηλικία** αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης. Πλειοψηφία των μελετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους νεότερους. Ωστόσο η σχέση μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης δεν είναι γραμμική, καθώς μετά τα 80 έτη τα επίπεδα ικανοποίησης εμφανίζουν απότομη πτώση (Batbaatar E. et al, 2017).
- Το **φύλο**. Είναι γενικά παραδεκτό ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και την ικανοποίηση. Παρόλα αυτά σε κάποια άρθρα οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένες ενώ σε άλλα οι άνδρες (Batbaatar E. et al, 2017).
- Το **μορφωτικό επίπεδο**. Ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνονται πιο ικανοποιημένοι από την φροντίδα τους. Ενώ όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο αυξάνει ο βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Αλεξιάδου Ε., 2017).
- Η Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Μεταξύ των κοινωνικών μεταβλητών το εισόδημα είναι η μόνη μεταβλητή που φαίνεται να έχει επίπτωση στην ικανοποίηση, καθώς οι ευκατάστατοι λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα (έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας υψηλού κόστους και υψηλής ποιότητας), επομένως εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι (Ραφτόπουλος, 2002).
- Η οικογενειακή κατάσταση. Σε πολλές μελέτες αναφέρεται η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των έγγαμων ασθενών και της ικανοποίησης, οι οποίοι φαίνονται περισσότερο ικανοποιημένοι (Αλεξιάδου, 2017).
- Η **εθνικότητα- φυλή**. Αποτελεί τον πιο αμφιλεγόμενο προσδιοριστικό παράγοντα. Στις ΗΠΑ οι λευκοί εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τις



μειονότητες. Γενικά οι ιθαγενείς μιας χώρας έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας (Ραφτόπουλος , 2002) (Batbaatar E. et al, 2017).



## 2 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

---

### 2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Σκοπός ενός Συστήματος Υγείας είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Ένα σύστημα υγείας αποτελείται από 3 υποσυστήματα:

- ⇒ Το πρώτο υποσύστημα εστιάζει στους αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση του επίπεδου υγείας του πληθυσμού.
- ⇒ Το δεύτερο εστιάζει στην παραγωγή υπηρεσιών στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας μέσα από τις 3 βαθμίδες περίθαλψης .
- ⇒ Το τρίτο αφορά στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Στο ελληνικό σύστημα υγείας οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσω 3 βαθμίδων:

- Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε χρήστες που δεν χρήζουν νοσηλείας. Φορείς τα αποτελούν τα κέντρα υγείας, τα δημοτικά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, τους ιδιώτες γιατρούς και τα ιδιωτικά ιατρικά κέντρα.
- Η δευτεροβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας. Φορείς της είναι τα δημόσια νοσοκομεία, τα στρατιωτικά και ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Η τριτοβάθμια περίθαλψη αφορά στην φροντίδα που παρέχεται από πανεπιστημιακά νοσοκομεία και αφορά σε υπηρεσίες υψηλής τεχνογνωσίας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται μεικτό γιατί μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από την φορολογία και ένα άλλο μέρος από τις ασφαλιστικές εισφορές και τις ιδιωτικές δαπάνες<sup>4</sup>.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 με τον Ν.1397 «Περί Εθνικού Συστήματος» με σκοπό την αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας(ΦΕΚ143Α/1983).

---

<sup>4</sup> Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ανέρχονται στο 43% του συνόλου των δαπανών για την υγεία.

Οι βασικοί στόχοι αυτής της μεταρρύθμισης ήταν η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της ΠΦΥ (Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας), η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ προέβλεπε την ανάπτυξη δομών στην ΠΦΥ, σύσταση υγειονομικών περιφερειών και αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης με τον ταυτόχρονο περιορισμό του ιδιωτικού τομέα αφού ο νόμος απαγόρευε την ίδρυση ιδιωτικών νοσοκομείων.

Ο Ν.2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α/15-7-1992) αποτελεί την πρώτη μεταρρύθμιση μετά την σύσταση του ΕΣΥ ο οποίος στο πλαίσιο ενός γενικότερου εκσυγχρονισμού του συστήματος ενθάρρυνε την ιδιωτικοποίηση (άρση απαγόρευσης ίδρυσης ιδιωτικών νοσοκομείων).

Η Ελλάδα από τις αρχές του 2010 και λόγω της οικονομικής κρίσης βιώνει αλλαγές στο οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο με τεράστιες συνέπιες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι οι περικοπές στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων υπερβαίνουν το 40% και οι περικοπές σε προσωπικό και προμήθειες έχουν αυξηθεί δραματικά (Mitropoulos et al., 2017).

Τα τελευταία χρόνια το ΕΣΥ υπόκειται σε αλλεπάλληλες αλλαγές μέσω νομοθετημάτων που παρόλα αυτά οι αδυναμίες του σε λειτουργικό και οργανωτικό επίπεδο παραμένουν. Στο πλαίσιο της Προγραμματικής Οικονομικής Προσαρμογής της χώρας (ΠΟΠ) που εφαρμόζεται, από το 2010 εντάσσονται αρκετές σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις με γνώμονα την αποδοτικότητα. Σημαντική μεταρρύθμιση αποτέλεσε το 2011 η σύσταση του ΕΟΠΥΥ με την συγχώνευση των κλάδων υγείας των κυρίων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.

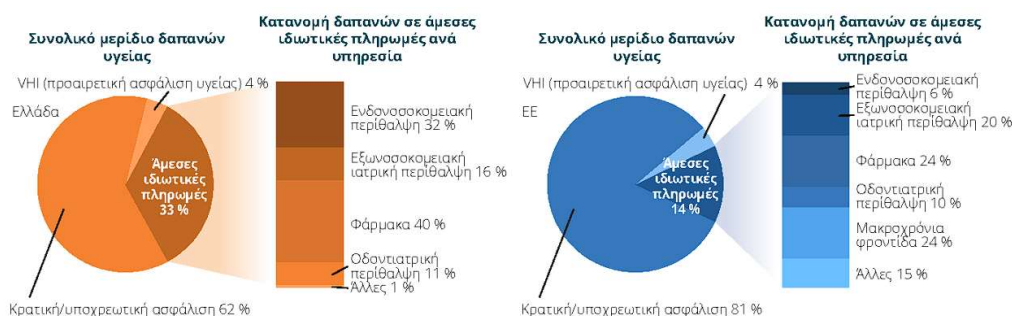
Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η αλματώδης ανάπτυξη της ιατρικής και βιοτεχνολογίας και η εμφάνιση νέων ασθενειών αυξάνουν τις δαπάνες υγείας και θέτουν ζήτημα βιωσιμότητας του συστήματος υγείας.

Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που δαπανούν αρκετά για την υγεία με το μερίδιο δημόσιων δαπανών να θεωρείται από τα χαμηλότερα στις χώρες του ΟΟΣΑ5.

Η Ελλάδα με 1874EUR κατά κεφαλήν έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δαπανών για την υγεία στην ΕΕ.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υπό την μορφή άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς.

Το 2023 οι άμεσες πληρωμές συνιστούσαν άνω από το 1/3 των συνολικών δαπανών, (OECD, 2024), όπως φαίνεται στο διάγραμμα 2.



**Διάγραμμα 3 Οι άμεσες δαπάνες από τους ασθενείς είναι πολύ υψηλές στην Ελλάδα (ΠΗΓΗ OECD 2024)**

Οι πόροι και το προσωπικό του υγειονομικού συστήματος έχει άνιση γεωγραφική κατανομή με μεγαλύτερη συγκέντρωση στις αστικές περιοχές και μειωμένη στις αγροτικές με αποτέλεσμα υψηλό επίπεδο μη ικανοποιούμενων αναγκών για φροντίδα υγείας.

Στην Ελλάδα, τριπλασιάστηκε τα τελευταία 10 έτη η αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής και κατατάσσεται ως η δεύτερη υψηλότερη στην ΕΕ (12,3% έναντι 3,3% του μέσου όρου της ΕΕ), ιδίως μεταξύ ομάδων με χαμηλό εισόδημα.

Η Ελλάδα διαθέτει την υψηλότερη αναλογία γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό (6,3 γιατροί-έναντι 4,0- ανά 1000 κατοίκους) στην ΕΕ σε αντίθεση με την αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού που είναι η χαμηλότερη στην ΕΕ (3,8 νοσηλευτές -έναντι 8,6- ανά 1000 κατοίκους) (OECD, 2024).

<sup>5</sup> Η Ελλάδα δαπανά λιγότερα από τα 2/3 του μέσου όρου στην ΕΕ για υγειονομική περίθαλψη.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας του ΕΣΥ αποτελεί συνδυασμό δημόσιων φορέων ΠΦΥ που λειτουργούν σε συνδυασμό με μεγάλο αριθμό ιδιωτικών φορέων συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ.

Εντούτοις, η Ελλάδα φαίνεται να έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας στα Ευρωπαϊκά μέλη του ΟΟΣΑ, με 38% για το 2020, από 36% το 2010. Τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης καταγράφονται στο Βέλγιο και την Ολλανδία, όπου ξεπερνούν το 90%, ενώ ο μέσος όρος για τις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ βρίσκεται στο 71%.

Ωστόσο υψηλό βαθμό εμπιστοσύνης δίνουν οι Έλληνες στο ιατρικό προσωπικό αν και η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες των πολιτών στην Ελλάδα παραμένει χαμηλή (IOBE, 2023).

Η πλέον επιτακτική ανάγκη του σημερινού συστήματος υγείας είναι η σύσταση αποτελεσματικού δικτύου υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

## **2.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ)**

Ως ΠΦΥ νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του συστήματος υγείας οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, την διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και την συνέχεια αυτής (Ν.4486/2017).

Η ΠΦΥ αποτέλεσε τον πιο σημαντικό πυλώνα των συστημάτων υγείας κατά το μεγαλύτερο μέρος της ιστορίας της ιατρικής και την πιο παλιά μορφή υπηρεσίας υγείας (Τουντας, 2008). Με την πάροδο όμως των χρόνων η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας έγινε περισσότερο νοσοκομείο-κεντρική αφήνοντας πίσω την ΠΦΥ σε πόρους και υποδομές.

Η πρώτη ουσιαστική μεταρρύθμιση για την ΠΦΥ έγινε το 1978 στο Διεθνές Συνέδριο της ΠΟΥ<sup>6</sup> και της UNICEF με την Διακήρυξη της Αλμα –Ατα.

---

<sup>6</sup> Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει 183 χώρες μέλη και σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα.

Σύμφωνα με την διακήρυξη τίθεται ο στόχος «Υγεία για όλους» και εστίαση στην ΠΦΥ, η οποία είναι δομικό συστατικό του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας και ο ειδοποιός παράγοντας για την εκπλήρωση του στόχου αυτού.

Η Διακήρυξη βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας και έχει ως στόχο την προαγωγή υγείας της κοινότητας εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα, αποδοτικότητα και συμμετοχή του πληθυσμού(Μωραΐτης, Γεωργούση, Ζηλίδης, & Θεωδώρου, 1995).Σύμφωνα με την Διακήρυξη η ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη επαφή του χρήστη με το σύστημα υγείας και περιλαμβάνει την παροχή βασικής και ολοκληρωμένης φροντίδας σε επίπεδο ατόμου και κοινότητας(Κοντιάδης & Σουλιώτης, 2005).Παράλληλα επισημάνθηκε η αξία της Πρόληψης και Αγωγής Υγείας μέσω συντονισμένων δράσεων στην κοινότητα και τον πολίτη με σκοπό την αντιμετώπιση της ασθένειας και την βελτίωση ή την διατήρησή της υγείας του.

Η διακήρυξη της Αλμα-Ατα αποτέλεσε την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των Συστημάτων Υγείας πολλών χωρών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Αλμα –Ατα ως βασικά δομικά στοιχεία της ΠΦΥ τέθηκαν:

- η προαγωγή τα υγείας και η πρόληψη νοσημάτων(αγωγή υγείας, προσυμπτωματικός έλεγχος, εμβολιασμοί, προγράμματα αγωγής υγείας κ.α)
- η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα (διάγνωση, θεραπεία, παραπομπή, επανεξέταση, κατ'οικον φροντίδα, έκτακτα περιστατικά)
- η αποκατάσταση(Μωραΐτης Ε. , 2006).

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στους Φορείς που υποδέχονται τον ασθενή και οι οποίοι αποτελούν την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας. Πρόκειται για την πλειοψηφία τους αποκεντρωμένες δομές οι οποίες κατέχουν στρατηγική θέση για την διασύνδεση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας.

## 2.3 Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ιστορική διαδρομή της ΠΦΥ είναι συνυφασμένη με τις γενικότερες μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα, μεταρρυθμίσεις που θυμίζουν τον μύθο του Σίσυφου<sup>7</sup>, μιας αέναης προσπάθειας χωρίς να ολοκληρώνεται τίποτα.

Από τη ίδρυση του ελληνικού κράτους και μέχρι το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου η παροχή ΠΦΥ περιοριζόταν στην καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων και επιδημιών. Ενώ σημαντικό ρόλο έπαιζε η εκκλησία και τα ταμεία αλληλοβοήθειας (Θεοδωράκης Π., 2006). (Θεοδωράκης, 2006)

Ο Ν.1397/1983 πλαίσιο για την ΠΦΥ αποτελεί την πρώτη ουσιαστική προσπάθεια να εναρμονιστεί το ελληνικό σύστημα υγείας με την σύγχρονη αντίληψη για την ΠΦΥ όπως διατυπώθηκε στην Συνδιάσκεψη της Αλμα-Ατα το 1978.

Το 1985 ο Ν.1397/1983 άρχισε να υλοποιείται με την σύσταση των κέντρων Υγείας (αστικού και αγροτικού τύπου). Τα Κέντρα υγείας ιδρύονται σε κάθε νομό και αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων, ενώ έχουν περιφερειακά ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες τους. Σε κάθε κέντρο υγείας αντιστοιχεί μια περιοχή ευθύνης (Τουντας, 2008).

Ο Ν.2519/1997(ΦΕΚ 165 Α')προέβλεπε την σύσταση δικτύων ΠΦΥ δηλαδή τον συντονισμό των Κέντρων Υγείας, των Π.Ι και των Πολυϊατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών σε ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών αλλά ο νόμος δεν εφαρμόστηκε (Σωτηριάδου, Μαλλιάρου, & Σαράφης, 2011).

Το 2001 με τον Ν.2889 (ΦΕΚ 37 Α')η χώρα διαιρείται σε 17 Υγειονομικές Περιφέρειες και τα κέντρα υγείας όπως και τα νοσοκομεία ανήκουν διοικητικά στο ΠΕ.Σ.Υ κάθε Περιφέρειας.

Ο Ν.3235/2004 (ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004)αποτελεί μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της ΠΦΥ σύμφωνα με την οποία ορίζεται:

---

<sup>7</sup>Ο ΜΥΘΟΣ ΤΟΥ ΣΙΣΥΦΟΥ: επειδή ο Σίσυφος προκάλεσε την οργή των θεών του Ολύμπου αυτοί τον τιμώρησαν να ξει μέσα στα Τάρταρα και τα σκοτάδια του Αδη, να σπρώχνει έναν βράχο συνεχώς προς την κορυφή του λόφου και λίγο πριν την κορυφή να κουράζεται και ο βράχος να ξανακυλάει πίσω στους πρόποδες και ο Σίσυφος να αρχίζει πάλι από την αρχή την ίδια προσπάθεια.

-η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

-ο τύπος και αρχές του πρωτοβάθμιου συστήματος

-η υποχρέωση του κράτους απέναντι στους πολίτες ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ.

Ορίζεται το σύστημα ΠΦΥ το οποίο αποτελείται :

- ⇒ Από τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ και τα περιφερειακά ιατρεία.
- ⇒ Τα πολυϊατρεία των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης.
- ⇒ Τις μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ των ΟΤΑ (ΚΑΠΗ, δημοτικά ιατρεία).
- ⇒ Τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων.
- ⇒ Άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά και λειτουργικά με το ΕΣΥ

Οι δομές του συστήματος ΠΦΥ υπάγονται διοικητικά στον αντίστοιχο φορέα τους ενώ εποπτεύονται και ελέγχονται από το γραφείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας του ΠΕΣΥΠ.

Βασικό ρόλο στο σύστημα έχει ο οικογενειακός γιατρός ειδικότητας γενικής ιατρικής, παθολογίας ή παιδιατρικής, ο οποίος εργάζεται στο κέντρο υγείας, ή σε πολυϊατρείο ή είναι συμβεβλημένος ιδιώτης.

Ο Ν.42238/2014(ΦΕΚ Α'38/17.2.2014)αναθεωρεί το θεσμικό πλαίσιο της ΠΦΥ με την σύσταση ενός ενιαίου, καθολικού και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ με την ανάπτυξη του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου (ΠΕΔΥ).

Το ΠΕΔΥ λειτουργεί υπό την διοίκηση των ΥΠΕ και περιλαμβάνει τις δομές των κέντρων υγείας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους και τις μονάδες του ΕΟΠΥΥ (πρώην πολυιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών).

Οι ΥΠΕ διαιρούνται σε Τομείς ΠΦΥ (Το.ΠΦΥ) και εντός του Το.ΠΦΥ όλες οι δομές παροχής ΠΦΥ οι οικογενειακοί ιατροί και οι συμβεβλημένοι ιατροί συνιστούν το Το.ΠΦΥ. Οι βασικές παράμετροι του νομοθετικού εγχειρήματος είναι ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και η ομάδα ΠΦΥ.

Το πλέον πρόσφατο νομοσχέδιο για την ΠΦΥ που ξεκίνησε το 2017 στοχεύει στον εξορθολογισμό των υπηρεσιών ΠΦΥ και την δημιουργία δεύτερης βαθμίδας υποδομών εξονοσοκομειακής περίθαλψης με παράλληλη ενίσχυση της πρωτοβάθμιας



πρόληψης και προαγωγή της υγείας. Οι 7 ΥΠΕ θα έχουν το ρόλο του συντονιστή ενώ εισάγεται σύστημα παραπομπών (gatekeeping) και θα ζητείται από τους χρήστες των υπηρεσιών να εγγράφονται στην Τοπική Μονάδα Υγείας (Το.ΜΥ).

Η τελευταία αυτή νομοθετική ρύθμιση αφορά στον Ν.4486/2017 (ΦΕΚ Α' 115/07-08-2017) με θέμα την μεταρρύθμιση της ΠΦΥ.

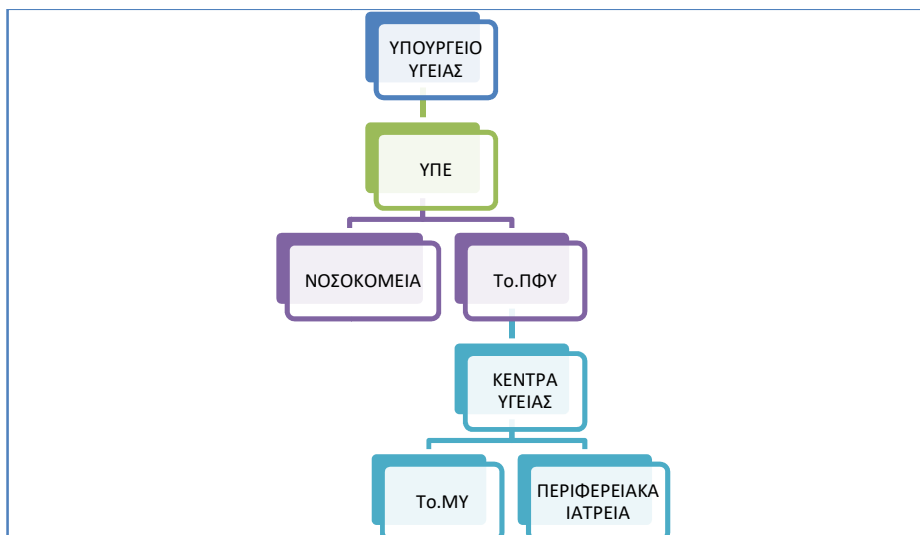
Παράλληλα ορίζεται η Ομάδα Υγείας η οποία αποτελείται από γενικό γιατρό ή παθολόγο, παιδίατρο, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό, διοικητικό προσωπικό και η οποία στελεχώνει την Το.ΜΥ. Η Το.ΜΥ αποτελεί το εισαγωγικό επίπεδο στο ΕΣΥ και λειτουργεί στην βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς με σκοπό την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας.

Η φιλοδοξία του νέου νομοθετικού εγχειρήματος είναι η λειτουργία της ΠΦΥ κάτω από ένα ενιαίο, ολοκληρωμένο και αποκεντρωμένο σύστημα, που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις Διοικήσεις των ΥΠΕ, ενώ καταργείται η ονομασία ΠΕΔΥ και οι Μονάδες ΠΕΔΥ μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας. Κάθε κέντρο υγείας έχει μια περιοχή ευθύνης που ονομάζεται Τομέας ΠΦΥ (Το.ΠΦΥ).

Όπως διαμορφώθηκε το πλαίσιο της ΠΦΥ και με την πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση, Φορείς ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι:

- ✧ Το ΕΣΥ μέσω των Κέντρων Υγείας, των Το.ΜΥ, των περιφερειακών ιατρείων, πολυδύναμων περιφερειακών ιατρείων και ειδικών περιφερειακών ιατρείων τους.
- ✧ Το ΕΣΥ μέσω των Τακτικών Εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων.
- ✧ Η Τοπική Αυτοδιοίκηση μέσω των δημοτικών ιατρείων, ΚΑΠΗ, προγράμματα βοήθειας στο σπίτι.
- ✧ Τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια και ιδιώτες γιατροί.
- ✧ Ο ιδιωτικός τομέας (ιδιώτες γιατροί, διαγνωστικά κέντρα και ιατρεία).
- ✧ Οι μη κυβερνητικές – μη κερδοσκοπικές οργανώσεις που εξυπηρετούν τον γενικό πληθυσμό (Ερυθρός Σταυρός, Γιατροί Χωρίς Σύνορα κ.α).





Διάγραμμα 4 Η οργανωτική δομή του ΕΣΥ

## 2.4 Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Υπάρχει μεγάλη ανομοιογένεια στην Ευρώπη σχετικά με την ΠΦΥ. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού αποτελεί τον πυρήνα των περισσότερων συστημάτων ΠΦΥ στις Ευρωπαϊκές χώρες.

Ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας και είναι αυτός που ευθύνεται για την διασύνδεση του ασθενούς με το υπόλοιπο σύστημα υγείας, είναι δηλαδή ο ‘θυρωρός’ του συστήματος (gatekeeper).

Παράλληλα παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε ένα συνολικό πλαίσιο που περιλαμβάνει περίθαλψη, αποκατάσταση και υποστήριξη του ασθενούς. Ενώ σημαντικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών, μαιών, φυσιοθεραπευτών, ψυχολόγων στα Ευρωπαϊκά Συστήματα ΠΦΥ (Σωτηριάδου et al., 2011).

Ειδικότερα στην Μ. Βρετανία από την δεκαετία του 1960 ιδρύθηκε ένα δίκτυο κέντρων υγείας. Στηλοβάτες της ΠΦΥ είναι οι γενικοί ιατροί (general practitioners, GPs), οι οποίοι κατευθύνουν τον ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας ελέγχοντας παράλληλα την χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping). Είναι ιδιώτες ιατροί που ως επί το πλείστον εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo practice), ενώ ορισμένοι εργάζονται σε ομάδες (group practice) (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Στις Σκανδιναβικές χώρες η πρωτοβάθμια περίθαλψη χωρίζεται σε δυο πεδία, το πρώτο περιλαμβάνει τα αγροτικά κέντρα υγείας με πληθυσμό ευθύνης 6.000-15.000 και το δεύτερο τα υγειονομικά κέντρα με πληθυσμό 50.000.

Οι Σκανδιναβικές χώρες κατάφεραν σημαντική πρόοδο στην υγεία του πληθυσμού με ταυτόχρονη εξισορρόπηση της νοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αναδιανομή των πόρων .

Στην πρώην Σοβιετική Ένωση το σύστημα ΠΦΥ βασίστηκε στα Κέντρα υγείας που λειτούργησαν στις αγροτικές περιοχές και τις πολυκλινικές στις αστικές περιοχές οι οποίες διέθεταν επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων.

## **2.5 ΕΘΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Στην Ελλάδα ελλείπει μια ενιαία πολιτική ποιότητας και δεν υπάρχει σαφής στρατηγικός σχεδιασμός. Μέσα από αποσπασματικές νομοθετικές ρυθμίσεις καταβάλλεται προσπάθεια να θεμελιωθούν οι συνθήκες για την ανάπτυξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Πρώτο βήμα αποτέλεσε η κατοχύρωση των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενή (1992) και πρόσφατο η σύσταση του ΟΔΠΥ (Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία) (2020), με αντικείμενο του την ανάπτυξη δράσεων και προτύπων ποιότητας για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Σκοπός του ΟΔΠΥ είναι η αποτελεσματική αναδιοργάνωση και αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας τους στην Ελλάδα, την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την ισότιμη πρόσβαση και την καθολική κάλυψη του πληθυσμού(Πάλλη Φ., 2022)

Οι νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν σε μέτρα βελτίωσης ποιότητας του τομέα της υγείας απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα.

NOMOS	ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
<b>N.2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α')</b> <b>«Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»</b>	Ίδρυση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ) με πλήθος αρμοδιοτήτων στον τομέα της ποιότητας (δεν λειτούργησε).
<b>N. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α')</b> <b>«Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»</b>	Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και καθιέρωση ποιοτικού ελέγχου στις μονάδες παροχής υπηρεσιών. Σύσταση Τμημάτων ποιοτικού ελέγχου, έρευνας και συνεχιζόμενης κατάρτισης σε νοσοκομεία >400 κλίνες. Σύσταση Τμήματος Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας σε επίπεδο περιφερειακής συγκρότησης.
<b>N.3230/2004 (ΦΕΚ 44/11.2.2004)</b>	Καθίσταται υποχρεωτική η λειτουργία όλων των φορέων του ΕΣΥ σε πλαίσιο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας
<b>N. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/τ. Α'/04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις»</b>	Το Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας των νοσοκομείων αναλαμβάνει την διαδικασία πιστοποίησης και διαπίστευσης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.
<b>ΠΔ 21/2006</b>	Σύσταση Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας στο Υπουργείο Υγείας.
<b>N. 3918/2011</b>	Συγκρότηση Επιτροπής Προδιαγραφών, Μητρώο Εγκεκριμένων Προϊόντων Και Υπηρεσιών (Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών, ΕΚΕΒΥΛ), Μητρώο Εγκεκριμένων Προμηθευτών (Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων, ΕΣΗΔΗΣ), Ενεργοποίηση του Εθνικού Κέντρου Αξιολόγησης Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία (ΕΚΑΠΤΥ),
<b>N.4715/2020</b>	Σύσταση ΟΔΠΥ (Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία)

Πίνακας 2 Νομοθετικές ρυθμίσεις για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Τέλος, το εθνικό στρατηγικό σχέδιο για την ποιότητα για τα έτη 2014-2020 ("Υγεία 2014-2020 ") ενσωματώνεται σε δύο γραμμές: «Ανάπτυξη και εισαγωγή ποιότητας συστήματα στα νοσοκομεία και στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης»(Κουκουφιλίππου, Μπόμπος, Μπόγρη, Βασιλακοπούλου, & Κοΐνης, 2017).

## **2.6 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Στην Ελλάδα η εφαρμογή Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας (ΣΔΠ) ξεκίνησε από τον ιδιωτικό τομέα με χαρακτηριστικά παραδείγματα το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και το Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», τα οποία πιστοποιήθηκαν σύμφωνα με το πρότυπο ISOγια το σύνολο των υπηρεσιών τους (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου, & Χατζοπούλου, 2008).

Στον δημόσιο τομέα μέχρι και τη δεκαετία του 1990 δεν εφαρμόστηκαν παρά μόνο σε μεμονωμένες περιπτώσεις ΣΔΠ και αυτό με πρωτοβουλία των εργαζομένων των υγειονομικών υπηρεσιών.

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες καθίσταται αυξημένο το ενδιαφέρον για εφαρμογή ΣΔΠ στις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου. Πολλά τμήματα δημόσιων νοσοκομείων και φορείς έχουν πιστοποιηθεί σύμφωνα με το πρότυπο ISO 9001, ενώ η πλειοψηφία των νοσοκομείων έχει πιστοποιηθεί κατά HACCP και κατά συνέπεια κατά ISO 22000 στα τμήματα σίτισης τους. Παρόλα αυτά οι πιστοποιήσεις αφορούν σε μεμονωμένα τμήματα των νοσοκομείων, ενώ φαίνεται να μην υπάρχει μια κεντρική πολιτική ποιότητας ώστε η εφαρμογή ΣΔΠ να αφορά στο σύνολο ενός φορέα παροχής υπηρεσιών.

Το Γ.Ν.Αθηνών «Ευαγγελισμός» με την Μονάδα Καρδιοχειρουργικής είναι το μοναδικό το οποίο έχει διακριθεί για την επιχειρηματική του αριστεία σύμφωνα με το Μοντέλο Αριστείας EFQM(Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου, & Χατζοπούλου, 2008).

Το ΕΣΥ και ειδικότερα τα δημόσια νοσοκομεία υφίστανται πιέσεις προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών τους. Η πίεση αυτή είναι απόρροια της

οικονομικής κρίσης και της απαίτησης των πολιτών για ποιοτική φροντίδα υγείας από τους δημόσιους φορείς, ως η μόνη τους επιλογή.

Παράλληλα ιδιαίτερη πίεση προς την κατεύθυνση της ποιότητας ασκεί το υγειονομικό προσωπικό απαιτώντας βελτίωση των συνθηκών εργασίας, προκειμένου να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις ανάγκες των ασθενών και να συμβάλλουν με αυτό τον τρόπο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Karassavidou, Glaveli, & Papadopoulos, 2009).

## 2.7 ΕΡΕΥΝΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στον πίνακα 4 που ακολουθεί αναφέρονται έρευνες οι οποίες εκπονήθηκαν στα πλαίσια μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών σε Φορείς Υγείας της Ελλάδας και του εξωτερικού προκειμένου να γίνει σύγκριση με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας, που παρατίθενται παρακάτω. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι κατά την βιβλιογραφική αναζήτηση δεν βρέθηκε κάποια έρευνα αντίστοιχου αντικείμενου με την παρούσα (να έχει δηλαδή ως αντικείμενο μελέτης την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσω της ικανοποίησης των ασθενών, οι οποίοι είναι τουρίστες στον τόπο παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών).

ΕΡΕΥΝΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
(Αρβανίτη , 2021) Διερεύνηση των παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. συγκριτική μελέτη μεταξύ των ιδιωτικών ιατρείων και των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου στην πόλη της Φλώρινας	Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία υπερτερεί, έναντι της αντίστοιχης στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου. Η οργάνωση και ο προγραμματισμός της μονάδας υγείας, η στάση και οι ικανότητες του ιατρού, αλλά και υποδομές συνεισφέρουν στατιστικά σημαντικά, στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών, ενώ από τους δημογραφικούς παράγοντες μόνο η οικονομική κατάσταση του δείγματος σχετίζεται με τη μεταβλητή αυτή.
(Γαβρίλη, Καπάκη 2021) Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από υπηρεσίες ΠΦΥ στην Αττική	Η ικανοποίηση των ασθενών ήταν υψηλή έως αρκετά υψηλή, σε όλες τις επί μέρους παραμέτρους ικανοποίησης (επικοινωνία, διαπροσωπικές σχέσεις, χρόνος με τον ιατρό, τεχνικές ποιότητας, γενική ικανοποίηση, προσβασιμότητα). Η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου και η αύξηση του

ΕΡΕΥΝΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
	χρονικού διαστήματος μεταξύ τηλεφωνικής επικοινωνίας και ημερομηνίας ραντεβού σχετίζονταν με μείωση της ικανοποίησης.
(Mitropoulos et al., 2017) Ερευνα του Υπουργείου Υγείας στην οποία συμμετείχαν 42 ελληνικά νοσοκομεία.	Η επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό αναδείχθηκε ως ο κύριος προσδιοριστικός παράγοντας της ικανοποίησης των ασθενών, με ακόλουθη την επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό. Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης. Η εθνικότητα δεν συσχετίζεται με την συνολική ικανοποίηση.
(Πιερράκος κ.α., 2015) Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης ασθενών τακτικών εξωτερικών ιατρείων 7 νοσοκομείων της Αττικής απογευματινής και πρωινής λειτουργίας	Η συνολική ικανοποίηση και στα πρωινά και στα απογευματινά ιατρεία κυμάνθηκε στα ίδια επίπεδα και γενικά βαθμολογήθηκε μέτρια. Ποσοστό 60% των ασθενών των πρωινών ιατρείων και 45,2% των απογευματινών δεν δήλωσαν προθυμία πληρωμής. Θετική συσχέτιση μεταξύ κόστους και γενικής ικανοποίησης. Ποσοστό 31,4% δήλωσε μέτρια ικανοποίηση από το κόστος. Υψηλότερη ικανοποίηση σημειώθηκε στην ιατρική φροντίδα και χαμηλότερη στις διοικητικές υπηρεσίες.
(Manolitzas, Grigoroudis, & Matsatsinis, 2014) Έρευνα σε ασθενείς επειγόντων περιστατικών του Γ.Νοσοκομείου Χανίων	Υψηλή ικανοποίηση διαπιστώθηκε στην πρόσβαση στο νοσοκομείο, την ευγένεια και φιλικότητα ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και την ανταπόκριση και φροντίδα των ιατρών. Δυσανεμία από τον χρόνο αναμονής για την εξέταση και την συμπεριφορά της γραμματείας.
(Πιερράκος et al., 2013) Συγκριτική ανάλυση 2 ερευνών με διαφορετική μέθοδο συλλογής των ερωτηματολογίων (συνέντευξη, κυτίο παραπόνων) σε 8 νοσοκομεία της Αττικής.	Στην έρευνα μέσω συνέντευξης η συνολική ικανοποίηση υπολογίστηκε στο 6,81 (σε 10βαθμη κλίμακα). Στην έρευνα μέσω κυτίου η συνολική ικανοποίηση υπολογίστηκε στο 8,1. Και στις 2 έρευνες χαμηλότερη ικανοποίηση σημειώθηκε στις διοικητικές υπηρεσίες.
(Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012) Έρευνα στα κρατικά κέντρα ΠΦΥ στην Κύπρο	Σχετικά υψηλό ποσοστό συνολικής ικανοποίησης 70%. Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην ικανοποίηση των ασθενών μεταξύ αστικών-αγροτικών περιοχών (66,2% και 84,3% αντίστοιχα).
(Γαβριήλ, Θεοδώρου, & Middleton, 2012) Έρευνα σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία 4 δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου	Συνολική ικανοποίηση 61,8% των χρηστών. Υψηλότερη ικανοποίηση στις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι έγγαμοι επίσης εμφανίζουν υψηλότερη ικανοποίηση. Σημαντικές παράμετροι ικανοποίησης αναδείχθηκαν: -η ευγένεια του υγειονομικού προσωπικού -ο επαγγελματισμός του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. -η καθαριότητα των χώρων.



ΕΡΕΥΝΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
	Υψηλότερη θετική αξιολόγηση είχε η παράμετρος ‘σεβασμός ιατρού στον ασθενή’ Χαμηλότερη ικανοποίηση παρατηρήθηκε στην παράμετρο του χρόνου αναμονής μεταξύ επιθυμίας και πραγματοποίησης της επίσκεψης. Ενώ ο παράγοντας αυτός είχε άμεση συσχέτιση με την συνολική ικανοποίηση.
(Ανδριανάκη, 2011) Έρευνα σε 39 ελληνικά δημόσια νοσοκομεία ανά ΥΠΕ , για εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς	Οι δείκτες της ικανοποίησης σε όλες τις ΥΠΕ ξεπερνούν το 85%. Η 7 <sup>η</sup> ΥΠΕ (Κρήτης) υπερέχει με ποσοστό ικανοποίησης 93,51%. Για τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας είναι η συμπεριφορά του προσωπικού.
(Tehrani, Feldman, Camacho, & Balkrishnan, 2011) Διαδικτυακή έρευνα στις ΗΠΑ 14.984 ασθενών εξωτερικών ιατρείων	Διαπιστώθηκε υψηλό επίπεδο συνολικής ικανοποίησης 9,28 (σε 10βαθμη κλίμακα). Οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερη ικανοποίηση. Οι παράγοντες συσχέτισης που αναδείχτηκαν ήταν ο χρόνος αναμονής (όσο μεγαλύτερος χρόνος τόσο αυξάνεται η δυσαρέσκεια) και ο χρόνος εξέτασης (μεγαλύτερος χρόνος εξέτασης-υψηλότερη ικανοποίηση).
(Πίνη, Σαράφης, Μαλλιάρου, Μπαμίδης, & Νιάκας, 2009) Έρευνα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Ε.Α.Ν.Π Μεταξά	Η συνολική ικανοποίηση κυμάνθηκε στο 87%. Δεν βρέθηκαν παράγοντες που να συσχετίζονται σημαντικά με την γενική ικανοποίηση. Υψηλή ικανοποίηση καταγράφηκε στους παράγοντες ιατρικό έργο και συμπεριφορά των νοσηλευτών. Δυσανεμία διαπιστώθηκε από την στενότητα των χώρων και τον μεγάλο χρόνο αναμονής για ραντεβού.
(Αλετράς et al., 2007) Έρευνα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία Οφθαλμολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας	Μέση τιμή συνολικής ικανοποίησης : 4,54 (μέγιστο το 5). Καταγράφηκε πολύ υψηλή ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (4,85 και 4,70 αντίστοιχα). Παράγοντες δυσαρέσκειας ήταν ο μεγάλος χρόνος αναμονής για ραντεβού και η δυσκολία πρόσβασης στο σύστημα των ραντεβού.
(Aletras et al., 2006) Έρευνα στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Βέροιας	Συνολική ικανοποίηση: 75,5 (κλίμακα 0-100). Οι παράγοντες ιατρική εξέταση και περιβάλλον κατέγραψαν την υψηλότερη ικανοποίηση. Χαμηλότερη ικανοποίηση διαπιστώθηκε στην άνεση των χώρων και τον χρόνο αναμονής για ραντεβού.

Πίνακας 3 Έρευνες Ικανοποίησης ασθενών

### 3. ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ

---

#### 3.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού τουρισμού (WTO) ο όρος «τουρισμός» περιλαμβάνει την δραστηριότητα ατόμων που ταξιδεύουν και διαμένουν σε μέρη εκτός του τόπου μόνιμης κατοικίας τους για όχι περισσότερο από 1 χρόνο συνεχόμενα, για λόγους αναψυχής, επαγγελματικούς ή άλλους (Goeldner & Brent-Ritchie, 2006).

Η λέξη τουρισμός έχει την ετυμολογία της στην γαλλική λέξη tour ή στην αγγλική λέξη touring που σημαίνει γύρος, περιήγηση.

Πρωτοεμφανίζεται στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα για να περιγράψει την δραστηριότητα νεαρών Άγγλων ευγενών που για λόγους αναψυχής έκαναν πολιτισμικές περιηγήσεις σε διάφορες περιοχές της Ευρώπης με σκοπό την απόκτηση ευρύτερης μόρφωσης.

Υπάρχουν διάφορες μορφές τουρισμού, οι οποίες περιλαμβάνουν 2 βασικά στοιχεία: το ταξίδι στον τουριστικό προορισμό και την διαμονή σε αυτόν, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής.

Ο τουρισμός αποτελεί ένα οικονομικό φαινόμενο που επιδρά σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού, σε μεμονωμένα άτομα αλλά και στο περιβάλλον (Ηγουμενάκης & Κραβαρίτης, 2004).

Παράλληλα σύμφωνα με τον Ακριβό και Σασελιώτη (2007) θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των διαδικασιών, δραστηριοτήτων και εκροών που απορρέουν από την αλληλεπίδραση των τουριστών με τους προμηθευτές των τουριστικών υπηρεσιών, την κυβέρνηση της χώρας φιλοξενίας τους, τις τοπικές κοινωνίες που φιλοξενούν τους τουρίστες και το ευρύτερο φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον (Ακριβός & Σασελιώτης, 2007).



### 3.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Ο τουρισμός αποτελεί έναν από τους δυναμικότερα αναπτυσσόμενους κλάδους της παγκόσμιας οικονομίας. Σε πολλές χώρες αποτελεί κυρίαρχη οικονομική δραστηριότητα, με σημαντική επίδραση και στους άλλους τομείς της οικονομίας, παίζοντας καθοριστικό ρόλο στη συνολική οικονομική ανάπτυξη των χωρών.

Οι παράγοντες που παρακινούν τους εν δυνάμει τουρίστες να επισκεφτούν ένα τουριστικό προορισμό είναι:

- τα θέλγητρα του τουριστικού προορισμού: περιλαμβάνουν το φυσικό τοπίο, τα πολιτιστικά μνημεία και αρχαιολογικούς χώρους, την ιστορία, λαογραφία, θρησκεία, τέχνες, τα ήθη-έθιμα, την γλώσσα..
- η ξενοδοχειακή υποδομή και οι παρεχόμενες υπηρεσίες.
- η προσβασιμότητα ενός τουριστικού προορισμού: η συγκοινωνιακή διασύνδεση.
- το κόστος επίσκεψης: περιλαμβάνει τα έξοδα ταξιδιού, διαμονής, σίτισης, της μεταφοράς κ.α.

Ο τουρισμός επηρεάζει πολλούς οικονομικούς τομείς όπως οι μεταφορές, η εστίαση, η διασκέδαση και η κατανάλωση προϊόντων.

Έτσι ο τουρισμός αποτελεί μια δραστηριότητα αλληλένδετη με τον κοινωνικό και παραγωγικό ιστό μιας χώρας.

Επιπροσθέτως η τουριστική ικανοποίηση αποτελεί βασικό πυλώνα για τον τουρισμό καθώς συνάδει με την πιστότητα και την απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος ενός προορισμού έναντι άλλων. Το εύρος της ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας έχει άμεση επίδραση στην πρόθεση επανεπίσκεψης μελλοντικά και στην πρόθεση σύστασης τους σε άλλους (word of mouth).

Κατά τον Kettler(2000) ο κάθε τουρίστας σχηματίζει μια αρχική προσδοκία σχετικά με τις υπηρεσίες και τα προϊόντα ενός προορισμού. Η προσδοκία αυτή διαμορφώνεται μέσα από τα ταξιδιωτικά πρακτορεία, τα ΜΜΕ, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και τις άτυπες πληροφορίες που διαδίδονται από στόμα σε στόμα. Έτσι ο

βαθμός τουριστικής ικανοποίησης καθορίζεται από τον βαθμό πραγμάτωσης των προσδοκιών σε σχέση με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα (Ενίς, 2020).

Η ραγδαία ανάπτυξη του διαδικτύου έχει διαμορφώσει το τουριστικό marketing με την εισαγωγή ενός νέου όρου, την ηλεκτρονική από «στόμα-σε-στόμα» επικοινωνία (e-word-of-mouth, e-WOM) με χαρακτηριστικά της την ευελιξία ως προς την προσβασιμότητα και ένα σχετικά υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας. Η πληροφόρηση πλέον διακινείται μέσω του διαδικτύου πολύ γρήγορα σε χιλιάδες άτομα σε όλα τα γεωγραφικά και πολιτισμικά όρια. Στο πλαίσιο της απόφασης του ταξιδιωτικού προορισμού λαμβάνει χώρα, κατά κανόνα, μια εξωτερική αναζήτηση πληροφοριών σε πολλαπλές πηγές αναζήτησης (κοινότητες, ιστοσελίδες ξενοδοχείων, ταξιδιωτικές πλατφόρμες κ.λπ.). οι πιθανοί τουρίστες αναζητούν πληροφορίες για τουριστικά προϊόντα και υπηρεσίες προκειμένου να μειώσουν την αβεβαιότητα και τους αντιληπτούς κινδύνους. Παράλληλα όμως γίνεται και ανατροφοδότηση μέσω της δημοσίευσης της ταξιδιωτικής τους εμπειρίας και σε αυτή την περίπτωση το (e-WOM) αναφέρεται σε οποιαδήποτε θετική ή αρνητική δήλωση που γίνεται από δυνητικούς, πραγματικούς ή πρώην πελάτες σχετικά με ένα τουριστικό προϊόν ή μια υπηρεσία, η οποία καθίσταται διαθέσιμη σε πλήθος ατόμων. Το e-WOM συχνά διαμορφώνει την αντίληψη (θετικά ή αρνητικά) για ένα ταξιδιωτικό προορισμό και σε πολλές περιπτώσεις θεωρείται πιο αποτελεσματικό από τα παραδοσιακά μέσα διαφήμισης (Lončarić, D., & Licul, I., 2016).

### **3.3 Ο ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Ο τουρισμός αποτελεί για την Ελλάδα την «βαριά βιομηχανία» της, το ανάχωμα στην οικονομική ύφεση και την ατμομηχανή για την μείωση της ανεργίας (SETE, 2018).

Παράλληλα παρουσιάζει αυξημένο επενδυτικό ενδιαφέρον σε σχέση με άλλους τομείς και δύναται να συμβάλλει σημαντικά στην αναπτυξιακή πορεία της χώρας. Παράλληλα επειδή οι τουριστικοί προορισμοί είναι διάσπαρτοι ανά την χώρα ο τουρισμός σε πολλές περιφέρειες διαμορφώνει το εθνικό εισόδημα.

Η Ελλάδα αποτελεί έναν από τους κορυφαίους τουριστικούς προορισμούς λόγω των φυσικών, πολιτισμικών και κλιματολογικών παραγόντων που αντιπροσωπεύουν την τουριστική κληρονομιά της (Βενετσανοπούλου, 2006).

Ισχυρά κίνητρα προσέλκυσης τουριστών είναι το φυσικό περιβάλλον, η ομορφιά του ελληνικού τοπίου, οι κλιματολογικές συνθήκες, οι παραλίες και ο μεγάλος αριθμός νησιών.

Η ανοδική πορεία του ελληνικού τουρισμού ανακόπηκε το 2008 με την επέλθουσα οικονομική κρίση και εμφάνισε σημάδια στασιμότητας. Η δυσφήμιση της Ελλάδας στα διεθνή μέσα, ειδικά το 2011 και 2012 λόγω της χρηματοοικονομικής κρίσης δεν συνέβαλε στην ελκυστικότητα των τουριστικών προορισμών της.

Λόγω της διεθνούς κρίσης ο ανταγωνισμός μεταξύ των τουριστικών προορισμών ήταν ιδιαίτερα έντονος γεγονός που δυσχέρανε την τουριστική ανάκαμψη της Ελλάδας. Η ανάκαμψη της τουριστικής κίνησης της Ελλάδας καθυστέρησε κατά τρία χρόνια, σε σύγκριση με τους ανταγωνιστές της. ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης ο εγχώριος τουρισμός μειώθηκε περίπου -66,7%.

Η πανδημία COVID 19 και η επιβολή υγειονομικών μέτρων οδήγησαν σε πολύ μεγάλη μείωση του τουρισμού πλήττοντας καίρια την οικονομική ζωή των τουριστικών περιοχών αλλά και την οικονομία ευρύτερα. Η ταχύτατη ανάκαμψη του τουρισμού το 2021 και το 2022 στην Ελλάδα ανέδειξαν την χώρα ως τουριστικό προορισμό παγκόσμιας εμβέλειας.

Το 2023 η Ελλάδα υποδέχθηκε περισσότερους από 32,7 εκατ. τουρίστες, μόνιμους κατοίκους άλλων χωρών και εισέπραξε περισσότερα από € 19,8 δις (ΙΝΣΕΤΕ, 2024).

Κατά το 2023 η άμεση συνεισφορά του τουρισμού στην ελληνική οικονομία ανήλθε στα 28,5 δις. ευρώ, ποσό που αντιστοιχεί στο 13% του ΑΕΠ της χώρας και είναι το υψηλότερο, ιστορικά, για τον τομέα μέχρι σήμερα. Σύμφωνα με το μηνιαίο στατιστικό δελτίο του ΙΝΣΕΤΕ (Ινστιτούτο Συνδέσμου Ελληνικών Τουριστικών Επιχειρήσεων) κατά το 9μηνο Ιανουαρίου – Σεπτεμβρίου του 2023 οι διεθνείς αεροπορικές και οδικές αφίξεις ανήλθαν σε 29,9 εκατ. ξεπερνώντας τα αντίστοιχα επίπεδα του 2022 ενώ παράλληλα τα τουριστικά έσοδα ανέκαμψαν το 2023 κατά 93% σε σχέση με τα επίπεδα πριν την πανδημία (ΙΝΣΕΤΕ, 2024).

Επίσης, σύμφωνα με την έκθεση του τέταρτου τριμήνου του 2023 (Greece Reputation Tracker Q4,2023) την οποία δημοσίευσε το INΣΕΤΕ στο πλαίσιο παρακολούθησης της τουριστικής δραστηριότητας μέσα από διαφοροποιημένες πηγές (η φήμη δηλαδή της Ελλάδας στα κοινωνικά δίκτυα και τις ιστοσελίδες ταξιδιών), σε συνεργασία με την εταιρεία TCI Research, η Ελλάδα τόσο συνολικά όσο και η κάθε Περιφέρεια ξεχωριστά, διατήρησαν την ανταγωνιστικότητά τους, ως προς την εμπειρία επίσκεψης, με βαθμολογία υψηλότερη από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Με βάση τις αξιολογήσεις σε τουριστικά sites (online travel agents, travel review sites κλπ.): Η αξιολόγηση της εμπειρίας και το επίπεδο ικανοποίησης παρέμεινε πολύ υψηλό (Ελλάδα: 9,1 & Αθήνα: 9,0) και σημαντικά υψηλότερο από την βαθμολογία της Ευρώπης συνολικά (8,7).

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη ανάλυση οι διεθνείς επισκέπτες της χώρας μας εκτιμούν ιδιαίτερα και βαθμολογούν υψηλά τον πολιτισμό, την εμπειρία στη θάλασσα και την γαστρονομία. Παράλληλα εκτιμούν πολύ το προσωπικό που εργάζεται στον τουριστικό κλάδο δίνοντας βαθμολογία στο 9,5 ενώ καταγράφεται ικανοποίηση ως προς την αξία των εμπειριών σε σχέση με τα χρήματα (Value For Money) αποδίδοντας βαθμολογία στη χώρα 9,1 με εξαίρεση τις Κυκλάδες (8,9) και την Αν. Μακεδονία-Θράκη (8,8). Η αρνητική δημοσιότητα, λόγω της αισχροκέρδειας, του υπερτουρισμού και των παράνομων τουριστικών εγκαταστάσεων, που έπληξε τα νησιά της Μυκόνου και Σαντορίνης στην αρχή της τουριστικής σεζόν φαίνεται να επηρέασε αρνητικά το κοινό στην περίπτωση αυτή.

Οι υψηλότερες συνολικές αξιολογήσεις στην Ελλάδα αποδίδονται από τους τουρίστες που προέρχονται από τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο ακολουθούμενοι από τους Γερμανούς και τους Ιταλούς επισκέπτες.(INΣΕΤΕ, 2023)

Επιπλέον η Ελλάδα αναδείχτηκε ως ο Καλύτερος Τουριστικός Προορισμός του 2024 (Best Tourism Destination 2024) στα «Grand Travel Awards» της Νορβηγίας και της Σουηδίας, με κύριους παράγοντες ικανοποίησής τους την ελληνική κουζίνα και το αίσθημα ασφάλειας που απολαμβάνουν οι τουρίστες στη χώρα μας (<https://gnto.gov.gr>).

### 3.4 Η ΚΡΗΤΗ ΩΣ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΟΣ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΣ

Η Κρήτη διαθέτει έναν ιδιαίτερο συνδυασμό ευνοϊκών κλιματολογικών συνθηκών, πλούσιας πολιτιστικής κληρονομιάς και τουριστικών υποδομών, ο οποίος την καθιστά έναν από τους δημοφιλέστερους τουριστικούς προορισμούς της Ελλάδας.

Είναι το μεγαλύτερο σε έκταση και πληθυσμό ελληνικό νησί και διαθέτει την μεγαλύτερη νησιωτική ακτογραμμή.

Παράλληλα διαθέτει σημαντικούς αρχαιολογικούς χώρους με μεγάλη επισκεψιμότητα και ιδιαίτερη πολιτισμική και ιστορική παράδοση.

Η Κρήτη αποτελεί έναν από τους πιο τουριστικούς ελληνικούς προορισμούς και κατατάσσεται στην δεύτερη θέση με ποσοστό 26% των εσόδων κάτω από τα νησιά του Νοτίου Αιγαίου με ποσοστό 27%.

Η Κρήτη, σύμφωνα με την ανάλυση των στοιχείων εισερχόμενου τουρισμού για το έτος 2023 που εκπονήθηκε από το ΙΝΣΕΤΕ, κατατάσσεται στην 4<sup>η</sup> θέση ανάμεσα στις περιφέρειες της Ελλάδας ως προς την επισκεψιμότητα τουριστών αλλά στην 2<sup>η</sup> θέση ως προς τις ταξιδιωτικές εισπράξεις με 5.196 εκατ. €. Επιπλέον το 70% του ΑΕΠ της Κρήτης προέρχεται από την τουριστική δαπάνη μέγεθος που επιβεβαιώνει ότι ο τουρισμός αποτελεί την πιο σημαντική οικονομική δραστηριότητα του νησιού (ΙΝΣΕΤΕ,2024α).

Η Κρήτη είναι ένας κλασσικός τουριστικός προορισμός και προσελκύει τουρίστες με μεγάλη ανομοιογένεια στο προφίλ τους. Η ανομοιογένεια αυτή οφείλεται στην ανομοιογένεια του προσφερόμενου τουριστικού προϊόντος, όπως επιβεβαιώνει και η μελέτη που εκπονήθηκε το 2008 από το Πολυτεχνείο Κρήτης με την χρηματοδότηση του Περιφερειακού Ταμείου Ανάπτυξης Κρήτης και αφορούσε σε μια ποιοτική έρευνα τουρισμού .

Σύμφωνα με την συγκεκριμένη μελέτη ο κυρίαρχος λόγος προτίμησης της Κρήτης είναι το κλίμα και οι φυσικές ομορφιές της (ήλιος-θάλασσα), ενώ ακολουθεί η πολιτιστική κληρονομιά της ως δεύτερος λόγος επίσκεψης (Πολυτεχνείο Κρητης, 2008). Τα συγκεκριμένα ευρήματα επιβεβαιώνει και μια πρόσφατη τεχνική έκθεση

που συντάχθηκε στο πλαίσιο της στρατηγικής συνεργασίας της Περιφέρειας Κρήτης (ΠΚ) και του θεσμοθετημένου Εργαστηρίου Τουρισμού και Επιχειρηματικότητας, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων και Τουρισμού του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (ΕΛΜΕΠΑ) κατά τη τουριστική περίοδο 2021. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή οι παράγοντες που συνέβαλαν στην λήψη απόφασης για επιλογή της Κρήτης ως ταξιδιωτικό προορισμό, είναι το κλίμα (41.12%), η ποιότητα των παραλιών και τα φυσικά τοπία (23.52%) καθώς και η τοπική κουζίνα (8.08%). Συνολικά, το καλό κλίμα αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα επισκεψιμότητας στην Κρήτη, διαχρονικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του νησιού.

Παράλληλα, παράγοντες που λειτουργούν ως κίνητρα για επαναληψιμότητα της επίσκεψης αποτελεί η αυθεντικότητα της ταξιδιωτικής εμπειρίας (φιλοξενία των ντόπιων) και η προσβασιμότητα μέσω απευθείας πτήσεων (63%) από την εκάστοτε χώρα προέλευσης. Σημαντικός παράγοντας φαίνεται να είναι ένα καλύτερο και πιο καθαρό περιβάλλον για το 56%.

Στο ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε αν οι τουρίστες είναι ικανοποιημένοι, διαπιστώθηκε πως σχεδόν όλοι οι επισκέπτες δηλώνουν από αρκετά έως απόλυτα ικανοποιημένοι αξιολογώντας από 7 έως και 10 που ήταν η υψηλότερη βαθμολογία (Αποστολάκης Α. κ.α ,2022).

## 4.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---

### 4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην Ελλάδα οι έρευνες αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών περιορίζονταν σε ερευνητικό επίπεδο κυρίως χωρίς να αποτελούν πάγια τακτική ενός ολοκληρωμένου εφαρμοζόμενου συστήματος ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Στον δημόσιο τομέα τα τελευταία έτη ξεκίνησε δειλά η εφαρμογή Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας σε διάφορους τομείς των υγειονομικών υπηρεσιών, τα οποία εφαρμόζονται αποσπασματικά προς το παρόν, χωρίς να αποτελούν μέρος μιας κεντρικής πολιτικής. Εν αντιθέσει ο ιδιωτικός τομέας λόγω ανταγωνιστικότητας φαίνεται να υπερέχει στην εφαρμογή Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας, στο πλαίσιο των οποίων εντάσσεται υποχρεωτικά η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών-πελατών.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των προηγούμενων ενοτήτων ανέδειξε τη σπουδαιότητα της ικανοποίησης των ασθενών, ως βασικό παράγοντα για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και φροντίδας. Παράλληλα ο τουρισμός είναι ένας δυναμικά αναπτυσσόμενος κλάδος της χώρας μας με εκατομμύρια επισκέπτες ετησίως των οποίων η ικανοποίηση είναι σημαντική σε όλους τους τομείς των εθνικών και τοπικών πρωτοβουλιών.

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η αποτύπωση των εντυπώσεων των διεθνών επισκεπτών της χώρας μας κατά την επαφή τους με το ελληνικό σύστημα υγείας. Οι τουρίστες φέρουν τις εμπειρίες τους από την παροχή υπηρεσιών του υγειονομικού συστήματος της χώρας προέλευσής τους και έχει ενδιαφέρον η κριτική τους ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας της Ελλάδας και η σύγκρισή τους με τις αντίστοιχες της χώρας τους.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να αποτυπωθεί, να αναλυθεί και να διερευνηθεί η ικανοποίηση των τουριστών που κάνουν χρήση υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κρήτη και συγκεκριμένα στο νομό Ηρακλείου, όπως αυτή προκύπτει από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών



από Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Παράλληλα να εντοπίσει τους τομείς δραστηριότητας των Φορέων που χρήζουν βελτίωσης, καθώς και εκείνους που παρουσιάζουν υψηλή ποιότητα υπηρεσιών. Επιπροσθέτως να γίνει σύγκριση των αντιλήψεων των τουριστών ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Ελληνικών Φορέων με τις αντίστοιχες της χώρας προέλευσης τους.

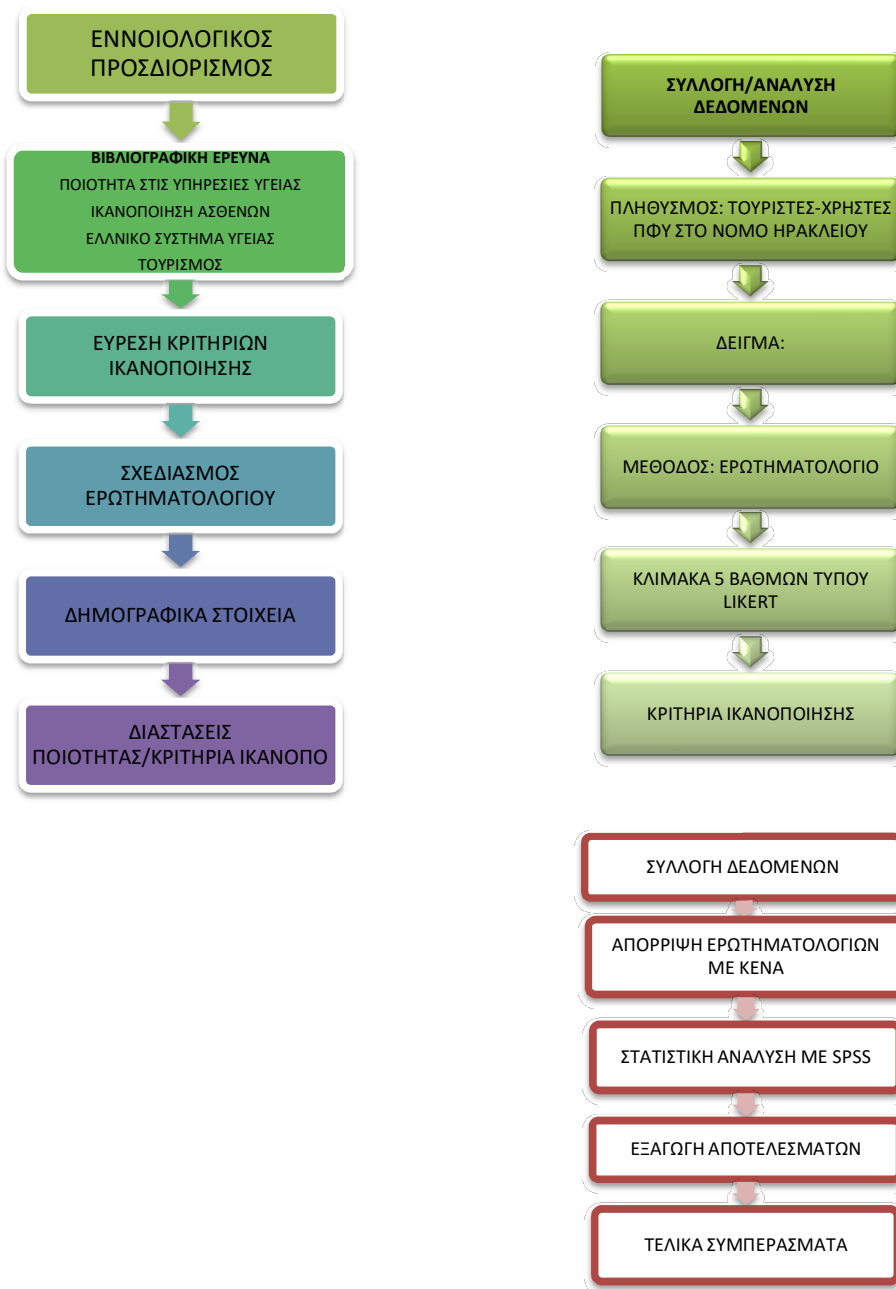
#### **4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

- ☒ Ο προσδιορισμός της συνολικής ικανοποίησης των διεθνών ασθενών (τουριστών) από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κρήτη.
- ☒ Ο προσδιορισμός του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ανά κριτήριο/διάσταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
- ☒ Η βαθμολόγηση των ελληνικών υπηρεσιών σε σχέση με τις αντίστοιχες της χώρας προέλευσής των τουριστών.
- ☒ Οι συσχετίσεις των δημογραφικών και κοινωνικών στοιχείων των ασθενών με τον βαθμό ικανοποίησης.
- ☒ Η περιγραφή των χαρακτηριστικών του πληθυσμού της έρευνας.

#### **4.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Η Μεθοδολογία της έρευνας αποτελείται από 3 στάδια. Το πρώτο στάδιο αποτελεί το εννοιολογικό μοντέλο που διαμορφώνεται μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, το δεύτερο στάδιο αποτελεί την μέθοδο συλλογής των δεδομένων και στο τρίτο στάδιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και οι αναλύσεις τους (Διάγραμμα 8) (Στεφανακάκης, 2016).





Διάγραμμα 5 Η μεθοδολογία της έρευνας

Πηγή: Στεφανακάκης, 2008

## **4.4 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **4.4.1 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ως πληθυσμός ορίζεται ως η συνολική ομάδα στόχου η οποία είναι υπό μελέτη και έχει προσδιοριστεί από τον σκοπό της έρευνας.

Επομένως πληθυσμός της παρούσας έρευνας είναι το σύνολο των τουριστών που κάνουν χρήση υπηρεσιών ΠΦΥ που παρέχονται από ιδιωτικούς και δημόσιους Φορείς ΠΦΥ στο νησί της Κρήτης και συγκεκριμένα στο νομό Ηρακλείου.

### **4.4.2 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ**

Κατά την φάση του σχεδιασμού της μεθοδολογίας της έρευνας καθοριστικής σημασίας είναι ο προσδιορισμός του δείγματος.

Η τεχνική επιλογής του δείγματος της εκπονηθείσας έρευνας είναι η απλή τυχαία δειγματοληψία, χωρίς επανατοποθέτηση, σύμφωνα με την οποία κάθε μονάδα του πληθυσμού έχει ίση και ανεξάρτητη πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Αυτό σημαίνει ότι κάθε στοιχείο του πληθυσμού, έχει ίση πιθανότητα να επιλεγεί, οπότε μειώνεται οποιαδήποτε συστηματική τάση να προτιμηθεί ένα στοιχείο εις βάρος κάποιου άλλου. Τα δείγματα που επιλέγονται με αυτό τον τρόπο μειώνουν την προκατάληψη και έτσι η τύχη διασφαλίζει την αντιπροσωπευτικότητα. Επιπλέον μόνο στην τυχαία δειγματοληψία δύναται να γενικευτούν τα συμπεράσματα μιας έρευνας στον πληθυσμό από τον οποίο προήλθε το δείγμα(Γαλάνης, 2012b, 2012a).

Στην παρούσα εργασία το δείγμα αποτελούν οι τουρίστες οι οποίοι κάνουν χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (χωρίς να παραπέμπονται δηλαδή σε κάποιο νοσοκομείο για νοσηλεία) οι οποίες παρέχονται από τα ιδιωτικά ιατρικά κέντρα, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας του Δημοσίου, των παραθαλάσσιων περιοχών κυρίως, του Νομού Ηρακλείου της Κρήτης.

Στο δείγμα περιλαμβάνονται ασθενείς- χρήστες των υπηρεσιών, ηλικιακής ομάδας 18-80 ετών με την προϋπόθεση να είναι τουρίστες στο νησί της Κρήτης.

Από το δείγμα αποκλείονται Έλληνες τουρίστες, παιδιά (<18ετών), ασθενείς με έκπτωση της νοητικής τους λειτουργίας.

Συγκεντρώθηκαν 101 ερωτηματολόγια τα οποία συμπλήρωσαν ασθενείς μετά την έξοδό τους από το Φορέα ΠΦΥ υπό όρους ανωνυμίας και τήρησης των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς που επισκέφτηκαν 5 ιδιωτικούς και έναν δημόσιο Φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας του Νομού Ηρακλείου των οποίων η στατιστική ανάλυση παρατίθεται παρακάτω ενότητα.

#### **4.4.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

Η χρήση κατάλληλων ερωτηματολογίων στις μελέτες για τη συλλογή των αναγκαίων δεδομένων είναι πρωταρχικής σημασίας. Η εγκυρότητα (validity) και η αξιοπιστία (reliability) των συμπερασμάτων των μελετών καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό και από την καταλληλότητα των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές (Γαλάνης, 2012).

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου 5 βαθμών της κλίμακας Likert. Η κλίμακα Likert είναι μια ψυχομετρική κλίμακα που χρησιμοποιείται στα ερωτηματολόγια εκτίμησης του βαθμού συμφωνίας (ή διαφωνίας) των συμμετεχόντων αναφορικά με διάφορες δηλώσεις/προτάσεις. Η κλίμακα Likert επιτρέπει την δημιουργία μιας ομοιόμορφης δομής η οποία είναι εύκολο να ακολουθηθεί από τον ερευνητή και τον ερωτώμενο. Επιπλέον οι κλίμακες Likert αποφεύγουν να δίνουν υπερβολικά μεγάλο αριθμό θετικών απαντήσεων καθώς επιτρέπουν την ύπαρξη αρνητικά διατυπωμένων ερωτήσεων (Αλετράς, Ζαχαράκη, & Νιάκας, 2007). Η επιλογή της συγκεκριμένης κλίμακας έγινε γιατί χρησιμοποιείται ευρύτατα στα ερωτηματολόγια ερευνών των επιστημών υγείας και θεωρείται κατάλληλο εργαλείο για μετρήσεις ικανοποίησης ασθενών (Aletras, Papadopoulos, & Niakas, 2006; Γαλάνης, 2012b).

Ως βάση αναφοράς του σχεδιασμού του ερευνητικού εργαλείου χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, σταθμισμένο και ελεγμένο ως προς την αξιοπιστία και εγκυρότητα του περιεχομένου του και το οποίο χρησιμοποιήθηκε σε παλαιότερες έρευνες (Aletras et al., 2006; Αλετράς et al., 2007; Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012).

Το ερωτηματολόγιο (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α) αποτελείται από 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου, με προεπιλεγμένες απαντήσεις σε κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=πολύ δυσαρεστημένος, 2=δυσαρεστημένος, 3=ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος, 4=ικανοποιημένος, 5=πολύ ικανοποιημένος), στις οποίες ο ασθενής καλείται να εκφράσει τον βαθμό ικανοποίησης του.

Επίσης περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου (πλην της χώρας προέλευσης η οποία είναι ανοικτή) που αφορούν στα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών, την εκπλήρωση των προσδοκιών τους, τον τρόπο επιλογής του φορέα ΠΦΥ, την προσέλευση (επείγουσα ή προγραμματισμένη), την πρόθεση σύστασης του συγκεκριμένου Φορέα σε άλλους. Οι απαντήσεις στις ‘κλειστές’ ερωτήσεις αντιστοιχούν σε αριθμητικές τιμές, διευκολύνοντας την στατιστική τους ανάλυση. Ενώ παράλληλα διευκολύνεται η σύγκριση των απαντήσεων των συμμετεχόντων και η εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

Στην κατακλείδα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνεται μια ερώτηση διαβαθμισμένης κλίμακας κατά την οποία οι ασθενείς καλούνται να βαθμολογήσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας της Ελλάδας σε μια κλίμακα από 0 έως 10 και ακολούθως να βαθμολογήσουν σε ίδια κλίμακα τις αντίστοιχες υπηρεσίες της χώρας προέλευσής τους.

Οι ερωτήσεις αφορούν σε τμήματα της διαδικασίας από την οποία διέρχεται ο ασθενής και αποτελούν διαστάσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών όπως απεικονίζονται στο διάγραμμα 6. Αναλυτικά οι ερωτήσεις που συνιστούν την αποτύπωση της ικανοποίησης των ασθενών ανά άξονα είναι οι εξής:

#### ΥΠΟΔΟΧΗ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

- Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα χώρων υποδοχής-ιατρείων.
- Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση - ψύξη).
- Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (W.C., μπάνια κ.ά.).
- Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία.
- Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός

#### ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Προθυμία του γιατρού να ακούσει τον ασθενή
- Χρόνος εξέτασής.
- Επαγγελματική και επιστημονική δεξιότητα.
- Σεβασμός του ιατρού στον ασθενή.
- Οδηγίες για την ασθένειά και την φαρμακευτική αγωγή.
- Από την ευγένεια και κατανόηση του γιατρού

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Επαγγελματική δεξιότητα, ανταπόκριση , φροντίδα του προσωπικού
- Συμπεριφορά των νοσηλευτών (ευγένεια, φιλικότητα,σεβασμός).

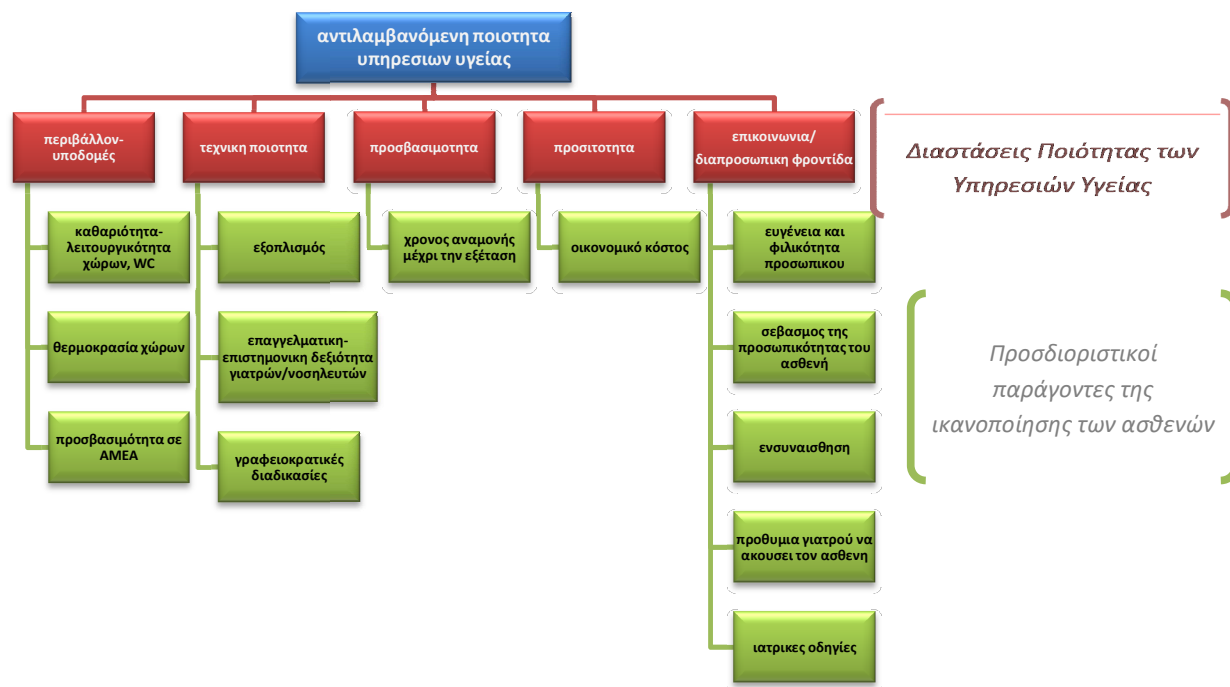
#### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών.
- Συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού (φιλικότητα, ευγένεια).
- Χρηματικό κόστος .

Η επιλογή των προσδιοριστικών παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών έγινε βάσει της ανασκόπησης του προηγούμενου θεωρητικού κεφαλαίου. Οι παράγοντες αυτοί οι οποίοι είναι αλληλένδετοι με τις διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας απεικονίζονται στο διάγραμμα 6.

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο διάγραμμα ο ασθενής προσδιορίζει την ικανοποίηση του και συνάμα αντιλαμβάνεται την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και μέσα από:

- Την αλληλεπίδρασή του με το προσωπικό.
- Την εντύπωση που σχηματίζει για τις υποδομές και το περιβάλλον.
- Την εντύπωση που σχηματίζει για την τεχνική ποιότητα.
- Το οικονομικό κόστος της παρεχόμενης υπηρεσίας και τον χρόνο αναμονής του.



Διάγραμμα 6 Αντιλαμβανόμενη ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Πριν από την συλλογή του δείγματος είχε γίνει προέλεγχος του ερωτηματολογίου με την μέθοδο της γνωστικής συνέντευξης κατά την οποία ζητήθηκε από 12 ασθενείς να αναφέρουν τι κατανοούν από κάθε ερώτηση, να διατυπώσουν τα σχόλια τους και τυχόν ελλείψεις του ερωτηματολογίου (Αλετράς κ.α, 2007). Έγιναν αλλαγές σε σημεία του ερωτηματολογίου ώστε οι ερωτήσεις να διατυπώνουν με κατανοητό και ξεκάθαρο τρόπο τα ζητούμενα της έρευνας και παράλληλα να συμπεριληφθούν τυχόν παραλείψεις.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε ατομικά από τους ασθενείς μετά από την έξοδό τους από τα συγκεκριμένα ιατρεία ή κατά την επιστροφή τους στο κατάλυμα διαμονής τους.

Για την διευκόλυνση της διαδικασίας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων μεταφράστηκε το ερωτηματολόγιο σε 3 γλώσσες (αγγλικά, γερμανικά, ρώσικα). Για να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των μεταφράσεων στην πρώτη φάση οι μεταφράσεις έγιναν από εργαζόμενους στον χώρο υγείας με εκμάθηση των αντίστοιχων ξένων γλωσσών (δηλ. από ελληνικά σε αγγλικά, γερμανικά, ρώσικα). Σε δεύτερη φάση επιλέχθηκαν 3 άτομα με μητρική γλώσσα μια από τις προαναφερθείσες και

παράλληλη γνώση ελληνικών προκειμένου να γίνει μετάφραση των κειμένων της πρώτης φάσης σε ελληνικά, ώστε να διαπιστωθεί με αυτό τον τρόπο αν απέχουν τα μεταφρασμένα ερωτηματολόγια από το αρχικό ελληνικό (Γαλάνης, 2012b).

*Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν κατά μέσο όρο 5λεπτά.*

Χαρακτηριστικά δείγματος:

-διανεμήθηκαν 120 ερωτηματολόγια

-συγκεντρώθηκαν:101

-ποσοστό ανταπόκρισης:84,1%

Ο French (1991) υποστηρίζει ότι άτομα που δεν συμμετέχουν σε έρευνες είναι λιγότερο ικανοποιημένα (French, 1981), ενώ ποσοστό ανταπόκρισης 75% για ατομικά συμπληρωμένα ερωτηματολόγια είναι αποδεκτό (Kelley, Clark, Brown, & Sitzia, 2003).

#### **4.4.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων έγινε μέσω του λογισμικού SPSS29.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Αρχικά παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά των δεδομένων με χρήση πινάκων συχνοτήτων, γραφημάτων και περιγραφικών μέτρων και στη συνέχεια γίνεται ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών-κοινωνικών στοιχείων και της συνολικής ικανοποίησης.

#### **ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ**

Από την περιγραφική ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι 101 άτομα συμμετείχαν στην μελέτη με το 50,5% (n=51) να είναι γυναίκες. Από αυτούς 99 επισκεφτήκαν Ιδιωτικούς Φορείς ΠΦΥ (Ιδιωτικά διαγνωστικά Κέντρα) και μόνο 2 Δημόσιο Φορέα ΠΦΥ (Περιφερειακό Ιατρείο).

Η ηλικιακή κατανομή έδειξε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά τουριστών- χρηστών υπηρεσιών υγείας ήταν κάτω από τα 55 (n=83, 82%). Οι έγγαμοι αποτελούσαν το

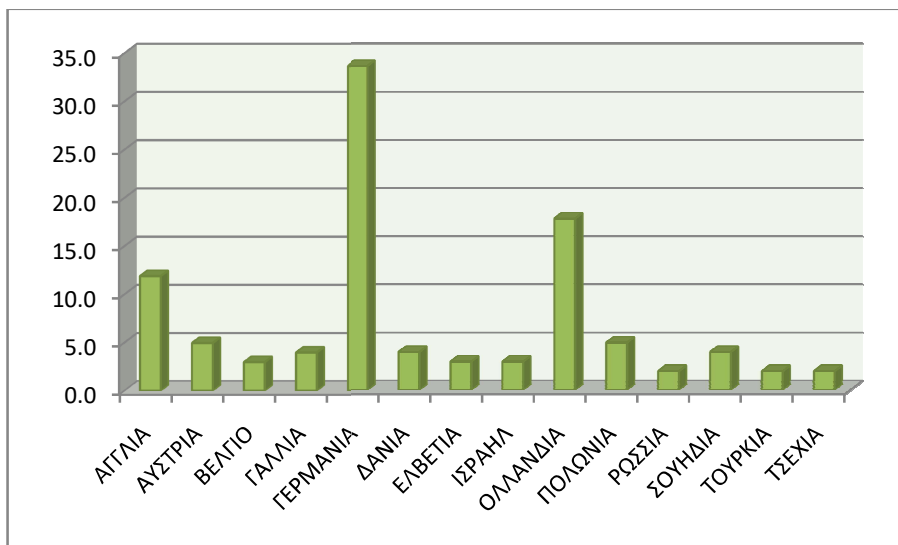
51,5% του δείγματος (n=87), ενώ η πλειοψηφία τους ήταν Πανεπιστημιακής (ανώτερης) εκπαίδευσης (55,4%, n=56)(Πίνακας 5).

		n	%
Φύλο	ΑΡΡΕΝ	50	49,5
	ΘΗΛΥ	51	50,5
Ηλικιακή Ομάδα	18-34	38	37,6
	35-54	45	44,6
	55-65	10	9,9
	>65	8	7,9
Οικογενειακή	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ	35	34,7
Κατάσταση	ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ	52	51,5
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	9	8,9
	ΧΗΡΟΣ	4	4
Εκπαίδευση	ΒΑΣΙΚΗ	2	2
	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	43	42,6
	ΑΝΩΤΕΡΗ	56	55,4

**Πίνακας 4 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων τουριστών σε Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Ηρακλείου**

Η χώρα προέλευσης των συμμετεχόντων καταγράφεται στο Διάγραμμα 9. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν από την Γερμανία (n=34, 33,7%), ακολουθούμενοι από τους συμμετέχοντες της Ολλανδίας (n=18, 17,8%) και του Ηνωμένου Βασιλείου (n=12, 11,9%) . Συνοπτικά οι 15(15,9%)ήταν από χώρες εκτός ΕΕ.





Διάγραμμα 7 Συχνότητα και % συχνότητα της χώρας προέλευσης των συμμετεχόντων

Από το σύνολο των 101 συμμετεχόντων μόλις 5(5%) είχαν προγραμματισμένη επίσκεψη στις ιδιωτικές κλινικές ή ιατρεία. Η επιλογή της κλινικής έγινε έπειτα από σύσταση του ξενοδοχείου ή του ταξιδιωτικού πρακτορείου τους για 55 άτομα (54,5%). Οι προσδοκίες των ερωτώμενων καλύφθηκαν πολύ για το 64,41% και αρκετά το 32,7%. Τέλος όλοι οι ερωτώμενοι (100.0%) του δείγματος απάντησαν ότι θα σύστηναν τον Φορέα παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Πίνακας 6).

		n	%
ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ	ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ	96	95
	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ	5	5
ΕΠΙΛΟΓΗ ΦΟΡΕΑ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ	19	18,8
	ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟΥ	55	54,5
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ	12	11,9
	ΆΛΛΟ	15	14,9
ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	ΠΟΛΥ	65	64,4
	ΑΡΚΕΤΑ	33	32,7

		ΛΙΓΟ	1	1
		ΚΑΘΟΛΟΥ	1	1
		ΔΕΝ ΞΕΡΩ	1	1
ΠΡΟΤΑΣΗ	ΣΕ	ΝΑΙ	101	100,0
ΑΛΛΟΥΣ				

**Πίνακας 5 Χαρακτηριστικά επίσκεψης και απόψεων των αλλοδαπών χρηστών υπηρεσιών υγείας**

Επίσης κατά την περιγραφική στατιστική ανάλυση των μεταβλητών που σχετίζονται με την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών του δείγματος δήλωσε «πολύ ικανοποιημένος» σε όλες σχεδόν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Η ερώτηση που παρατηρήθηκε η μικρότερη μέση τιμή ικανοποίησης ήταν η «καθαριότητα βοηθητικών χώρων(WC/μπάνια)» και η «ικανοποίηση από το κόστος» με 4,2 και 4,3 αντίστοιχα.

Τέλος όσο αφορά στην οικονομική επιβάρυνση ποσοστό 59,4% δεν κατέβαλλε αντίτιμο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ενώ ποσοστό 39,6% αν και κατέβαλλε δήλωσε «πολύ ικανοποιημένος» από το οικονομικό κόστος.

Από την ανάλυση των περιγραφικών δεικτών των ερωτήσεων που αφορούσαν στην αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης προέκυψε ο πίνακας 7 στον οποίο καταγράφεται ο αριθμός των ασθενών που απάντησε σε κάθε ερώτηση, η ελάχιστη και μέγιστη τιμή κάθε απάντησης, η μέση τιμή με την τυπική απόκλιση, καθώς και η λοξότητα και κύρτωση με τα τυπικά τους σφάλματα.

Descriptive Statistics									
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
ΥΠΟΔΟΧΗ	101	3	5	4.64	.558	-1.296	.240	.745	.476
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	101	2	5	4.47	.729	-1.142	.240	.441	.476
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ- ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΧΩΡΩΝ	101	3	5	4.46	.714	-.931	.240	-.453	.476
ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΧΩΡΩΝ	101	2	5	4.47	.843	-1.573	.240	1.693	.476
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ WC	101	1	5	4.20	.970	-1.148	.240	.666	.476
ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΜΕΑ	101	3	5	4.51	.610	-.866	.240	-.226	.476
ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	101	2	5	4.54	.609	-1.259	.240	1.923	.476
ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	101	3	5	4.69	.505	-1.317	.240	.717	.476
ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	101	2	5	4.63	.595	-1.696	.240	3.266	.476
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	101	3	5	4.63	.595	-1.406	.240	.967	.476
ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	101	3	5	4.63	.595	-1.406	.240	.967	.476
ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	101	2	5	4.59	.635	-1.556	.240	2.311	.476
ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	101	3	5	4.57	.653	-1.268	.240	.415	.476
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	101	3	5	4.60	.549	-.979	.240	-.062	.476
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	101	3	5	4.65	.591	-1.513	.240	1.281	.476
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	101	3	5	4.62	.526	-.934	.240	-.276	.476
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ	101	3	5	4.70	.501	-1.380	.240	.912	.476
Descriptive Statistics									

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ	101	1	5	4.30	.819	-1.270	.240	2.027	.476
Valid N (listwise)	101								

**Πίνακας 6 Περιγραφικοί δείκτες ανά ερώτηση ικανοποίησης**

Από την ανάλυση των δεδομένων του πίνακα προκύπτει ότι ο αριθμητικός μέσος των απαντήσεων ήταν υψηλός, με ελάχιστη τιμή στην ερώτηση «καθαριότητα WC» και μέγιστη τιμή στις ερωτήσεις «προθυμία ιατρού» και «συμπεριφορά διοικητικών».

Η λοξότητα ή ασυμμετρία της κατανομής παίρνει αρνητικές τιμές που υποδηλώνει ότι η καμπύλη της κατανομής μας έχει αριστερή κλίση, επομένως υπάρχει απόκλιση από την συμμετρία και τα δεδομένα μας ακολουθούν μη κανονική κατανομή.

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον έχει η ερώτηση κατά την οποία ζητείται από τους ερωτώμενους να βαθμολογήσουν την εμπειρία τους από την επαφή τους με το ελληνικό σύστημα υγείας και στη συνέχεια να βαθμολογήσουν τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας της χώρας προέλευσής τους. Από την ανάλυση των περιγραφικών δεικτών προέκυψε ο παρακάτω πίνακας 8. Σύμφωνα με τον πίνακα η μέση τιμή βαθμολογίας των υγειονομικών υπηρεσιών της Ελλάδας κυμάνθηκε υψηλά στο 8,06 (στην κλίμακα από 0 έως 10) , ενώ της χώρας προέλευσής τους στο 8,04. Με μέγιστη τιμή το 10 και ελάχιστη το 5.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SMEAN(ΕΛΛΑΔΑ)	101	2.0	10.0	8.043	1.4961
SMEAN(ΧΩΡΑΠΡΟΕΛ)	101	1.0	10.0	8.097	1.8388
Valid N (listwise)	101				

**Πίνακας 7 Περιγραφικοί δείκτες στο ερώτημα βαθμολόγησης της Ελλάδας και της χώρας προέλευσης**

## **ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ**

Συχνά στις ποσοτικές έρευνες προτείνεται η χρήση αθροιστικών κλιμάκων με σκοπό να περιοριστεί το τυχαίο σφάλμα μέτρησης το οποίο επηρεάζει τις βαθμολογίες ικανοποίησης μεμονωμένων στοιχείων του ερωτηματολογίου (Αλετράς και συν., 2007).

Οι αθροιστικές κλίμακες δημιουργούνται μέσω της ανάλυσης παραγόντων.

Η παραγοντική ανάλυση στηρίζεται στην υπόθεση ότι οι μεταβλητές μπορούν να ομαδοποιηθούν βάσει των μεταξύ τους συσχετίσεων .

Με αυτό τον τρόπο, όλες οι μεταβλητές που ανήκουν στην ίδια ομάδα είναι υψηλά συσχετισμένες μεταξύ τους, αλλά έχουν σχετικά μικρές συσχετίσεις με τις μεταβλητές διαφορετικών ομάδων. Στην ουσία κάθε ομάδα μεταβλητών αναπαριστά έναν κρυφό παράγοντα, που ευθύνεται για τις παρατηρούμενες συσχετίσεις (Ζαφειρόπουλος, χ.ε.).

Η παραγοντική ανάλυση μπορεί να είναι διερευνητική (exploratory) δηλαδή να μας βοηθάει να ανακαλύψουμε και να ταυτοποιήσουμε μη παρατηρούμενους παράγοντες, ή επιβεβαιωτική (confirmatory) όπου ελέγχουμε αν ένα σύνολο μεταβλητών που χρησιμοποιούμε για να μετρήσουμε μη παρατηρούμενους παράγοντες είναι ικανοποιητικό.

Τα στάδια της παραγοντικής ανάλυσης είναι:

- Έλεγχος της ύπαρξης ικανοποιητικών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών ώστε να προχωρήσει η παραγοντική ανάλυση.
- Εύρεση του αριθμού των παραγόντων και εκτίμηση των παραμέτρων του μοντέλου.
- Περιστροφή του μοντέλου προκειμένου να γίνει η ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Στην παραγοντική ανάλυση της παρούσας εργασίας συμπεριλήφθησαν μόνο οι ερωτήσεις που αφορούσαν στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών και προέκυψαν έτσι 3 αθροιστικές κλίμακες:

1<sup>η</sup> κλίμακα: επικοινωνία/διαπροσωπική φροντίδα (χρόνος εξέτασης, ευγένεια ιατρού, επαγγελματική δεξιότητα ιατρού, σεβασμός, προθυμία ιατρού, επαγγελματική δεξιότητα νοσηλευτών, συμπεριφορά νοσηλευτών, ταχύτητα διοικητικού, συμπεριφορά διοικητικού).

2<sup>η</sup> κλίμακα: υποδομές/περιβάλλον (θερμοκρασία χώρων, καθαριότητα WC, καθαριότητα χώρων)

3<sup>η</sup> κλίμακα: τεχνική ποιότητα/προσβασιμότητα(χρόνος αναμονής, εξοπλισμός, υποδοχή, ικανοποίηση από το κόστος).

Στη συνέχεια είναι αναγκαία η διερεύνηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνάφειας/συνέπειας (internal consistency reliability) η οποία εκτιμά το βαθμό στον οποίο όλα τα στοιχεία μιας αθροιστικής κλίμακας μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή(Αλετράς et al., 2007).

Η παράμετρος αυτή εκτιμάται με το συντελεστή Cronbach's  $\alpha$  (alpha) ο οποίος είναι ο πιο διαδεδομένος συντελεστής αξιολόγησης της συσχέτισης κάθε ερωτήματος με την κλίμακα. Ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας του συντελεστή είναι:

< .06 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη

0.6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο (μη αποδεκτό για κλίμακες με πολλές παραμέτρους)

0.7 επαρκές, αλλά όχι καλό

0.8 καλύτερο

0.95 πολύ υψηλή αξιοπιστία (Iseris, 2016; Ζαφειρόπουλος, χ.ε).

Εξ ορισμού, ο δείκτης αξιοπιστίας αυξάνεται καθώς αυξάνεται η μέση συσχέτιση μεταξύ των παραμέτρων. Όσο περισσότερες παραμέτρους περιλαμβάνει μία κλίμακα, τόσο αυξάνεται η ακρίβεια του δείκτη αξιοπιστίας που θα υπολογιστεί(Ζαφειρόπουλος, χ.ε)

Οι υπολογιζόμενοι συντελεστές Cronbach's alpha για την αξιοπιστία των κλιμάκων του ερωτηματολογίου ικανοποίησης καθώς και βασικά περιγραφικά στατιστικά των

κλιμάκων παρουσιάζονται στον Πίνακα 9. Οι δύο πρώτες κλίμακες παρουσιάζουν υψηλή τιμή αξιοπιστίας ( $\alpha > 0,700$ ) ενώ η 3<sup>η</sup> οριακά αποδεκτή 0,689.

	Statistics		
	ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ/ΔΙΑ	ΥΠΟΔΟΜΕΣ/ΠΕΡΙ	ΤΕΧΝΙΚΗ
	ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΒΑΛΛΟΝ	ΠΟΙΟΤΗΤΑ/ΠΡΟΣΒΑ ΣΙΜΟΤΗΤΑ
Mean	4.6347	4.3729	4.4931
Median	4.9000	4.6667	4.6000
Std. Deviation	.49080	.74578	.46610
Range	2.00	3.00	2.00
Minimum	3.00	2.00	3.00
Maximum	5.00	5.00	5.00
<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>0,958</b>	<b>0,846</b>	<b>0,689</b>

Πίνακας 8 Αθροιστικές κλίμακες-συντελεστές αξιοπιστίας του Cronbach

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σε πολλές έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης έχει διαπιστωθεί ότι τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, επάγγελμα, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης κ.λπ.) των ασθενών σχετίζονται με το δείκτη της ικανοποίησής τους και συνεπώς με την διαμόρφωση των αντιλήψεων τους για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Strasser, Aharony, & Greenberger, 1993).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιείται η μέθοδος ελέγχου υποθέσεων για δυο μεταβλητές προκειμένου να διαπιστωθεί η αλληλεπίδρασή τους.

Η επαγωγική αυτή μέθοδος ελέγχει την υπόθεση ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους ή πιο απλά ότι δεν επιδρά η μία στην άλλη και διαπιστώνει την ύπαρξη στατιστικής εξάρτησης ή ανεξαρτησίας των δύο διερευνούμενων μεταβλητών, από τις οποίες η μία μπορεί να θεωρηθεί ως ανεξάρτητη και η άλλη ως εξαρτημένη (Γναρδέλλης, 2003). Για την επιλογή εφαρμογής του κατάλληλου ελέγχου απαιτείται προηγουμένως ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής. Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της κανονικότητας είναι

αυτοί των Kolmogorov-Smirnov και των Shapiro-Wilk. Η υπόθεση που εξετάζεται είναι αν η κατανομή των δεδομένων είναι η κανονική κατανομή, ή όχι (Ομοιόμορφη, Poisson ή Exponential) .

Στις μη παραμετρικές μεθόδους, η μηδενική υπόθεση δεν αφορά στη σύγκριση των μέσων τιμών των πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα «δείγματα», αλλά στη σύγκριση των διαμέσων.

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε η ύπαρξη στατιστικής εξάρτησης ή ανεξαρτησίας μεταξύ του φύλου των ασθενών και της ικανοποίησης τους ανά κλίμακα ικανοποίησης και ανά συνολική ικανοποίηση.

Ο έλεγχος κανονικότητας έδειξε ότι η μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή από τα 2 τεστ Kolmogorov-Smirnov Test για  $N > 50$  και Shapiro-Wilk για  $N \leq 50$  προέκυψε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,05$  επομένως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση  $H_0$  ότι υπάρχει κανονικότητα.

Εφόσον δεν υπάρχει κανονικότητα εφαρμόζουμε μη παραμετρικούς ελέγχους για (Non-Parametric Statistics) και έτσι γίνεται ο έλεγχος:

$H_0$ : η ικανοποίηση είναι ανεξάρτητη από το φύλο

$H_1$ : η ικανοποίηση εξαρτάται από το φύλο

αν το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,05$  απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση  $H_0$  και δεχόμαστε την εναλλακτική  $H_1$

Η ικανοποίηση των συμμετεχόντων χρηστών υπηρεσιών υγείας ελέγχθηκε ως προς το φύλο των συμμετεχόντων, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και την οικογενειακή κατάσταση και δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση ( $p > 0,05$ ), οπότε δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση του ελέγχου για ανεξαρτησία των μεταβλητών.



## ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ

Ερευνητικό ενδιαφέρον έχει η διερεύνηση της συσχέτισης της ικανοποίησης με την βαθμολόγηση της Ελλάδας στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου μέσω συντελεστών συσχέτισης.

Οι συντελεστές συσχέτισης αποτελούν επαγωγική μέθοδο της στατιστικής και η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ 2 μεταβλητών είναι θετική ή αρνητική. Θετική συσχέτιση σημαίνει ότι η μια μεταβλητή μεταβάλλεται ανάλογα με την άλλη, ενώ αρνητική συσχέτιση ότι οι 2 μεταβλητές μεταβάλλονται αντιστρόφως ανάλογα.

Στην παρούσα εργασία για την συσχέτιση της ικανοποίησης με την βαθμολόγηση της Ελλάδας εφαρμόστηκε ο συντελεστής του Spearman  $\rho$ , ο οποίος είναι ένας μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης και λαμβάνει τιμές από  $[-1, +1]$ . Η τιμή 0 αντιστοιχεί σε έλλειψη συσχέτισης, ενώ τιμές κοντά στο 1 δηλώνουν συσχέτιση θετική ή αρνητική ανάλογα με το πρόσημο. Αναλυτικά οι τιμές του συντελεστή αναφέρονται παρακάτω.

-1 έως -0,5 θεωρούμε ότι είναι υψηλός αρνητικός συντελεστής συσχέτισης

0,5 έως -0,2: θεωρούμε ότι είναι χαμηλός αρνητικός συντελεστής συσχέτισης

0,2 έως 0,2: θεωρούμε ότι ο συντελεστής συσχέτισης είναι μηδενικός |

0,2 έως 0,5: θεωρούμε ότι είναι χαμηλός θετικός συντελεστής συσχέτισης

0,5 έως 1: θεωρούμε ότι είναι υψηλός θετικός συντελεστής συσχέτισης

Με βάση το επίπεδο σημαντικότητας ελέγχουμε αν επαληθεύεται ή όχι η υπόθεση ( $H_0$ ) της μη ύπαρξης συσχέτισης αν  $p > 0,05$  δεχόμαστε την υπόθεση ( $H_0$ ) της μη συσχέτισης των μεταβλητών και αν  $p < 0,05$  δεχόμαστε στην εναλλακτική υπόθεση ( $H_1$ ) της ύπαρξης συσχέτισης.

Έπειτα από την εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου για έλεγχο

$H_0$ : η βαθμολόγηση των υπηρεσιών είναι ανεξάρτητη από τη συνολική ικανοποίηση/ τις κλίμακες ικανοποίησης

H<sub>1</sub>: η βαθμολόγηση των υπηρεσιών εξαρτάται από τη συνολική ικανοποίηση/τις κλίμακες ικανοποίησης

προέκυψε ότι η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας όπως δηλώθηκαν στην 10βάθμια κλίμακα Likert έδειξαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις κλίμακες ικανοποίησης του ερωτηματολογίου (πίνακας 5). Συγκεκριμένα η συνολική ικανοποίηση συνδέεται με την βαθμολογία του ελληνικού συστήματος θετικά με τιμή  $r_s=0,561$ ,  $p<0,001$ .

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΕΛΛΑΔΑ	
	$r_s$	$p$
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ/ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	0,454	<0,001
ΥΠΟΔΟΜΕΣ/ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	0,464	<0,001
ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ/ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	0,403	<0,001
Συνολική ικανοποίηση	0,561	<0,001

Πίνακας 9 Συσχέτιση βαθμολογιών ικανοποίησης με την βαθμολογία των υπηρεσιών υγείας της χώρας μας

Επιπλέον έγινε έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης και των 3 αθροιστικών κλιμάκων:

H<sub>0</sub>: η συνολική ικανοποίηση είναι ανεξάρτητη από τις κλίμακες ικανοποίησης

H<sub>1</sub>: η συνολική ικανοποίηση είναι εξαρτάται τις κλίμακες ικανοποίησης

από τον οποίο προέκυψε θετική συσχέτιση και με τις 3 αθροιστικές κλίμακες με  $r_s>0,8$  και  $p<0,001$  με πολύ υψηλή αυτή της συσχέτισης ικανοποίησης και αθροιστικής κλίμακας που αφορά στην επικοινωνία ασθενούς και προσωπικού και την διαπροσωπική φροντίδα.(Πίνακας 10).

			ΜΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
Spearman's rho	ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ/ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Correlation Coefficient	<b>.900**</b>
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	101
	ΥΠΟΔΟΜΕΣ/ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	Correlation Coefficient	<b>.834**</b>
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	101
	ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ/ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	Correlation Coefficient	<b>.852**</b>
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	101

Πίνακας 10 Συσχέτιση μέσης ικανοποίησης με τις αθροιστικές κλίμακες

Από τον περαιτέρω έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ ικανοποίησης και των προσδιοριστικών παραγόντων που αφορούν στην διαπροσωπική σχέση ασθενούς και προσωπικού η υψηλότερη συσχέτιση ήταν αυτή μεταξύ ικανοποίησης και σεβασμού στον ασθενή, με ακόλουθες την επαγγελματική δεξιότητα του ιατρού, τις οδηγίες για την νόσο και θεραπεία και την ευγένεια του ιατρού.(Πίνακας 11).

			ΜΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
Spearman's rho	ΥΠΟΔΟΧΗ	Correlation Coefficient	.669
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	101
	ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	Correlation Coefficient	.707
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	101
	ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	Correlation Coefficient	.698
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	101
	ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	Correlation Coefficient	<b>.787</b>
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	101
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΟΥ	Correlation Coefficient	<b>.764</b>
		Sig. (2-tailed)	<.001
		N	101

ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	Correlation Coefficient	<b>.757</b>
	Sig. (2-tailed)	<.001
	N	101
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ	Correlation Coefficient	.744
	Sig. (2-tailed)	<.001
	N	101
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	Correlation Coefficient	.717
	Sig. (2-tailed)	<.001
	N	101
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	Correlation Coefficient	.735
	Sig. (2-tailed)	<.001
	N	101
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ	Correlation Coefficient	.735
	Sig. (2-tailed)	<.001
	N	101
ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Correlation Coefficient	<b>.763</b>
	Sig. (2-tailed)	<.001

Πίνακας 11 Συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης και προσδιοριστικών παραγόντων επικοινωνίας/διαπροσωπικής φροντίδας.

#### 4.4.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ποσοτική έρευνα συμπεριέλαβε δείγμα 101 ασθενών-τουριστών, οι οποίοι προσήλθαν σε δομές ΠΦΥ του Ν. Ηρακλείου κατά την διάρκεια παραμονής τους στην Ελλάδα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν από την Γερμανία (33,7%), ακολουθούμενοι από τους συμμετέχοντες της Ολλανδίας (17,8%) και του Ηνωμένου Βασιλείου (11,9%) .

Ο λόγος επίσκεψής τους αφορούσε επείγον ή έκτακτο πρόβλημα υγείας και η πλειοψηφία του δείγματος επέλεξε ιδιωτικό Φορέα ΠΦΥ καθοδηγούμενη από το ξενοδοχείο, το ταξιδιωτικό πρακτορείο ή την ασφαλιστική εταιρεία.

Οι τουρίστες οι οποίοι έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας δήλωσαν ότι οι προσδοκίες τους καλύφθηκαν πολύ (64,4% του δείγματος), ενώ παράλληλα το σύνολο των ασθενών (100%) βεβαιώνει ότι θα σύστηνε τον συγκεκριμένο Φορέα ΠΦΥ.

Οι περισσότεροι ασθενείς (59,4%) δεν είχαν κάποια οικονομική επιβάρυνση αν και προσήλθαν σε ιδιωτικό φορέα λόγω ασφαλιστικής τους κάλυψης ενώ και αυτοί που κατέβαλλαν αντίτιμο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας δήλωσαν ικανοποιημένοι από το κόστος.

Από την περιγραφική στατιστική ανάλυση των μεταβλητών που σχετίζονται με την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών αποτυπώθηκε υψηλή ικανοποίηση σε όλες τις ερωτήσεις (>4 στην κλίμακα 1 έως 5) με μέγιστη τιμή 4,7 στην συμπεριφορά διοικητικού και ελάχιστη τιμή 4,2 στην καθαριότητα βοηθητικών χώρων. Η μέση τιμή συνολικής ικανοποίησης είναι πολύ υψηλή, ανέρχεται στο 4,55 (σε κλίμακα από 1 έως 5). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών των Γαβρίλη και Καπάκη (2021), Γαβριήλ κ.α (2012), Manolitzas et al (2011), Πιερρακάκος (2015), Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, (2012), Ανδριανάκη (2011) με υψηλή μέση ικανοποίηση σε όλες τις περιπτώσεις (Πίνακας 3).

Στο ερώτημα βαθμολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι υπηρεσίες υγείας βαθμολογήθηκαν με 8,04 (μέση τιμή)( στην κλίμακα 1 έως 10), σε αντιπαράβολή με τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας της χώρας προέλευσης τους οι οποίες βαθμολογήθηκαν με 8,09. Η αντιληπτή λοιπόν ποιότητα μεταξύ των υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας και της χώρας προέλευσής τους δεν έχει σημαντική διαφορά για τους ερωτώμενους. Παράλληλα διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ συνολικής ικανοποίησης και βαθμολόγησης της Ελλάδας. Επομένως οι διεθνείς επισκέπτες της χώρας μας οι οποίοι αποτέλεσαν και το δείγμα της έρευνας φαίνονται να αξιολογούν θετικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και να τις κατατάσσουν στο ίδιο επίπεδο με αυτές των χωρών προέλευσης τους.

Κατά τον έλεγχο συσχετίσεων δεν επαληθεύτηκε στατιστικά η εξάρτηση της ικανοποίησης από τα δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως και στις έρευνες των Αρβανίτη (2021) και Πίνη κ.α (2009). Σε αντιπαράβολή με την έρευνα των Mitropoulos et al (2017) κατά την οποία οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, το οποίο επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Γαβριήλ κ.α (2012) και Tehrani et al (2011). Επιπρόσθετα, η έρευνα των Γαβριήλ κ.α (2012) ανέδειξε την συσχέτιση της ικανοποίησης με την οικογενειακή κατάσταση, με τους έγγαμους να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας (Πίνακας 3).

Επιπλέον ο έλεγχος συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής ικανοποίησης και των 3 αθροιστικών κλιμάκων όπως αυτές διαμορφώθηκαν κατά την παραγοντική ανάλυση

(δηλ. επικοινωνία/διαπροσωπική φροντίδα, υποδομές/περιβάλλον, τεχνική ποιότητα/προσβασιμότητα) ανέδειξε θετική συσχέτιση και με τις 3 αθροιστικές κλίμακες. Ο σεβασμός στον ασθενή αποτελεί τον παράγοντα με την υψηλότερη συσχέτιση όπως επιβεβαιώνει και η έρευνα των Γαβριηλ κ.α (2012). Ενώ παράλληλα η ικανοποίηση φαίνεται να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επαγγελματική δεξιότητα και ευγένεια του ιατρού καθώς και από τις οδηγίες για την νόσο και θεραπεία, όπως επιβεβαιώνεται από πολλές έρευνες (Αρβανίτη 2021, Πιερρακάκος 2015, Manolitzas e tal 2011, Ανδριανάκη 2011, Πίνη κ.α 2009, Αλετράς κ.α 2007).

Όπως προαναφέρθηκε, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα επέλεξε ιδιωτικό Φορέα ΠΦΥ (ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο, ιδιωτικό πολυιατρείο) και αυτό αποτελεί και περιορισμό της έρευνας γιατί δεν αποτυπώθηκε η εμπειρία των χρηστών από δημόσιο Φορέα ΠΦΥ. Σύμφωνα με την συγκριτική μελέτη μεταξύ των ιδιωτικών ιατρείων και των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου στην πόλη της Φλώρινας (Αρβανίτη , 2021) η συνολική ικανοποίηση των ασθενών στα ιδιωτικά ιατρεία υπερτερεί, έναντι της αντίστοιχης στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, οπότε ερευνητικό ενδιαφέρον θα είχε μια μελλοντική έρευνα να συγκρίνει τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών-τουριστών που προσέρχονται σε ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς υπηρεσιών υγείας.

Εν κατακλείδι οι διαστάσεις ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όπως προσδιορίστηκαν κατά την θεωρητική προσέγγιση του θέματος και αφορούν στην τεχνική ποιότητα, την προσβασιμότητα, την προσιτότητα, τις υποδομές και την διαπροσωπική φροντίδα φαίνεται να αξιολογούνται ως υψηλής ποιότητας από τους χρήστες της συγκεκριμένης έρευνας. Οι τουρίστες οι οποίοι έκαναν χρήση των υπηρεσιών ΠΦΥ της χώρας μας τις αξιολόγησαν θετικά και δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι.

Θα πρέπει τέλος να επισημανθεί ότι ανάλογες έρευνες αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησης των τουριστών- χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν ανευρέθηκαν κατά την βιβλιογραφική αναζήτηση οπότε τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας δεν είναι συγκρίσιμα.

#### **4.4.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ**

Κατά την εκπόνηση της έρευνας ανέκυψαν οι εξής περιοριστικοί παράγοντες:

- ⇒ Η έρευνα περιορίστηκε στην περιοχή της Κρήτης λόγω της γεωγραφικής της θέσης και της μαζικότητας του τουρισμού που υποδέχεται ετησίως.
- ⇒ Την συλλογή του δείγματος δυσχέραινε το γεγονός ότι συχνά οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας δεν ήταν πρόθυμοι να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο λόγω της κατάστασης της υγείας τους.
- ⇒ Οι ασθενείς έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας στο μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος σε ιδιωτικά κέντρα ΠΦΥ .

Η συγκεκριμένη έρευνα περιορίστηκε γεωγραφικά στο Ηράκλειο Κρήτης καθώς επίσης και σε Φορείς ΠΦΥ, οπότε ερευνητικό ενδιαφέρον θα είχε μια μελλοντική έρευνα να στοχεύσει στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (ΠΦΥ, Νοσοκομεία) και σε διευρυμένα γεωγραφικά όρια, προκειμένου να αποτυπωθεί ο βαθμός ικανοποίησης των διεθνών επισκεπτών οι οποίοι θα κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας της χώρας μας. Επιπλέον ενδιαφέρουσα θα ήταν μια συγκριτική έρευνα αποτύπωσης της ικανοποίησης των τουριστών μεταξύ Δημόσιων και Ιδιωτικών Φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας .

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

- Afrashtehfar, K. I., Assery, M. K. A., & Bryant, S. R. (2020). Patient Satisfaction in Medicine and Dentistry. In International Journal of Dentistry (Vol. 2020). Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2020/6621848>
- Aletras, V. H., Papadopoulos, E. A., & Niakas, D. A. (2006). Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. BMC Health Services Research, 6, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-66>
- (n.d.). Retrieved Απρίλιος 5, 2018, from <https://el.wiktionary.org/wiki>.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. Perspectives in Public Health, 137(2), 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Brocklehurst, & Walshe. (1999). Quality and the new NHS. Nurs Standard (13:46-53).
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. Leadership in Health Services, 22(1), 8–19. <https://doi.org/10.1108/17511870910927994>
- Clearly, & McNeil. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry, 25, (25), pp. 25-36.
- Coulter. (2003). The Autonomous Patient. Ending Paternalism in Medical Care. The Nuffield Trust .
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? J Am Med Inform Ass 260:1743-1748 .
- French, K. (1981). Methodological considerations in hospital patient opinion surveys. International Journal of Nursing Studies, 18,7-32 (18), pp. 7-32.
- Garvin . (1988). "Managing quality". Retrieved from <https://books.google.gr/>
- Goeldner, & Brent-Ritchie. (2006). Tourism-principles, practices, philosophies. Wiley, New Jersey .
- Gronroos, C. (1990). Service Management and marketing: managing the moments of truth in service competition. Lexington: Lexington books.
- Hendriks, J. A., Oort, J. F., Vrieling, R. M., & Smets, A. M. (2002). Reliability and Validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire. International Journal for Quality in Health Care, 14(6).



- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm. A new health system century. Washington DC: National academy press.
- IOM. (2004). Transforming healthcare: IOM panel discusses vision and reality after crossing the quality chasm. Qual Lett Healthc Lead 2004, 16:9–12.
- Iseris, G. (2016). Στατιστικές μέθοδοι ελέγχου εγκυρότητας και αξιοπιστίας ερωτηματολογίων. International Journal of Language, Translation and Intercultural Communication, 5, 175–189.
- Johnson, & Omachonu. (1995). Total Quality Management as a health care Corporate strategy. International Journal of healthcare Quality Assurance, 8 (6), pp. 23-28.
- Karassavidou, E., Glaveli, N., & Papadopoulos, T. (2009). “Quality in NHS Hospitals: no One Knows Better than Patients”. Measuring Business Excellence, 13 (1), pp. 34-46.
- Kelley, K., Clark, B., Brown, V., & Sitzia, J. (2003). Good practice in the conduct and reporting of survey research. International Journal for Quality in Health Care , pp. 261-266.
- Linder-Pelz. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. Social Science and Medicine ( 16, 577-588).
- Lončarić, D., & Licul, I. (2016). The Role Of Electronic Word-Of-Mouth In The Tourism Market. Tourism & Hospitality Industry 2016, Congress Proceedings, pp. 188-203  
<https://www.researchgate.net/publication/305332025>
- Manolitzas, P., Grigoroudis, E., & Matsatsinis, N. (2014). Using Multicriteria Decision Analysis to Evaluate Patient Satisfaction in a Hospital, (June).  
<https://doi.org/10.1177/0972063414526118>
- Maxwell. (1984). Quality assessment in Health. BMJ, 288:1470-1472.
- Mitropoulos, P., Vasileiou, K., & Mitropoulos, I. (2017). Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide inpatient survey in Greece. Journal of Retailing and Consumer Services, 40(March 2017), 270–275.  
<https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2017.03.004>
- Mohammed, K., Nolan, M. B., Rajjo, T., Shah, N. D., Prokop, L. J., Varkey, P., & Murad, M. H. (2016). Creating a Patient-Centered Health Care Delivery System: A Systematic Review of Health Care Quality From the Patient Perspective. American Journal of Medical Quality, 31(1), 12–21. <https://doi.org/10.1177/1062860614545124>
- OECD. (2017). Προφύλ Υγείας 2017. Brussels. Retrieved from

[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf)

- Sewell, N. (1997). Continuous quality improvement in acute health care: creating a holistic and integrated approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 10, 20–26.  
<https://doi.org/10.1108/09526869710159598>
- Sohail, M. (2003). “Service quality in hospitals more favorable than you think”, , Vol. 13, No. 2, pp. 197-206. *Managing Service Quality*, 13 (2), pp. 197-206.
- Strasser, S., Aharony, L., & Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: Moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review*, 50, pp. 219-248.
- Tehrani, A. B., Feldman, S. R., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R. (2011). Patient Satisfaction with Outpatient Medical Care in the United States. *Health Outcomes Research in Medicine*, 2(4), e197–e202. <https://doi.org/10.1016/j.ehrm.2011.09.001>
- Thayaparan, A. J., & Mahdi, E. (2013). The patient satisfaction questionnaire short form (PSQ-18) as an adaptable, reliable, and validated tool for use in various settings. *Medical Education Online*, 18(1), 3–4. <https://doi.org/10.3402/meo.v18i0.21747>
- UNWTO. (2017). *Tourism highlights 2017-Edition*.
- UNWTO. (2018). *World Tourism Barometer. Volume 16 Advance Release* .
- W.Nelson, C. (1990). Patient Satisfaction Surveys: An Opportunity for Total Quality Improvement. *Hospital & Health Services Administration*, 35 (3) , pp. 409-427.
- WHO. (2002). *A Background for national quality Policies in health systems*. Copenhagen. Retrieved from <http://apps.who.int/15>
- WHO. (1980). *Health for all by year 2000*.
- Wong, J. (2002). “Service quality measurement in a medical imaging department”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15 (2), pp. 206-212.
- Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, „ *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 47(3), pp. 320–333.
- Ακριβός, Χ., & Σασελιώτης, Μ. (2007). *Τουρισμός: εισαγωγικές έννοιες, τουριστική συνείδηση, τουριστική συμπεριφορά*. Αθήνα: Interbooks.
- Αλεξιάδου, Ε. (2017). Παράγοντες ικανοποίησης των καταναλωτών υγείας στο πλαίσιο της λειτουργίας ενός γενικού νοσοκομείου: η περίπτωση του Γ.Ν.Θ.Παπαγεωργίου. ΜΠΣ

Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Σπουδών.

- Αρβανίτη (2021). Διερεύνηση των παραγόντων ικανοποίησης των ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Συγκριτική μελέτη μεταξύ των ιδιωτικών ιατρείων και των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου στην πόλη της Φλώρινας. ΜΠΣ Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων.
- Αλέτρας, Ζαχαράκη, & Νάκας. (2007). ερωτηματολόγιο ικανοποίησης των επισκεπτών οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1):89-96.
- Ανδριανάκη, Α. (2011). Ανάπτυξη βαρόμετρου ικανοποίησης ασθενών σε νοσηλευτικούς οργανισμούς . (αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία) . Πολυτεχνείο Κρήτης, Χανιά.
- Αντερίωτη, Π., & Αντωνίου, Γ. Α. (2014). Patients' satisfaction by the provided care. Περιεχειρητική Νοσηλευτική, 1(1), 62–68. Retrieved from <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/8346>
- Αποστολάκης, Α., Κουργιαντάκης, Μ., Απλαδάς, Γ., Βισκαδουράκη, Ι., Πιριντζή, Μ., (2022). Σχεδιασμός και Υλοποίηση 1ης Πρωτογενούς έρευνας για τον Τουρισμό στην Κρήτη «Ικανοποίηση και Κατανάλωση Επισκεπτών», ΕΛΜΕΠΑ.
- Βενετσανοπούλου, Μ. (2006). Η κρατική συμβολή στον τουρισμό, εναλλακτικές μορφές τουρισμού. Αθηνά: interbooks.
- Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ., & Middleton, Ν. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(6); 720.
- Γαλάνης, Π. (2012a). Μεθοδολογία δειγματοληψίας στις επιδημιολογικές μελέτες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 9(621).
- Γαλάνης, Π. (2012b). Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες. Αρχεία, 29(6), 744–755.
- Γιανασμίδης, Α., & Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική Μελέτη Του Θεμικού Πλαισίου Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Στην Ελλάδα (1980-2008) Και Η Εμπειρία Του Βρετανικού Και Του Σουηδικού Μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), 106–115. Retrieved from <http://www.mednet.gr/archives/2012-1/pdf/106.pdf>

- Γναρδέλλης, Χ. (2003). Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 forWindows, : εκδόσεις. Αθήνα: Παπαζήση.
- Γουλα, Α., Σαρρής, Μ., Πιερράκος, Γ., Σπυρόπουλος, Ν., Βουρλιώτου, Κ., & Νικολάδος, Ι. (2017). Η προστιθέμενη αξία των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(1), 49–57.
- Ενίς Β.(2020). ΜΠΣ Η επίδραση του προορισμού της Θεσσαλονίκης στην ικανοποίηση των τουριστών και στην πρόθεση τους για επανεπίσκεψη.
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (n.d.). Βοηθητικές Σημειώσεις για Spss.
- Ζοπουνίδης, Κ., & Γαγάνης, Χ. (2001). Βασικά Στατιστικά Στοιχεία Του Τουρισμού της Κρήτης.
- Ηγουμενάκης, & Κραβαρίτης. (2004). τουρισμός: βασικές έννοιες. Αθήνα: Interbooks.
- Θεοδωράκης, Π. (2006). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. In Κ. Σουλιώτης, Πολιτική και Οικονομία της Υγείας (p. 439). Παπαζήση.
- Θεοδωρου, & Μητροσυλη. (1999). Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις) (Vol. Γ). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- IOBE (Ιδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών) (2023), Ανάλυση των οικονομικών μεγεθών των δημόσιων νοσοκομείων της Ελλάδας.
- INSETE (2023), Greece Reputation Tracker Q4 2023. Retrieved from [https://insete.gr/wp-content/uploads/2024/02/INSETE-Quarterly-report-TRAVELSAT-Q4-2023\\_Gr.pdf](https://insete.gr/wp-content/uploads/2024/02/INSETE-Quarterly-report-TRAVELSAT-Q4-2023_Gr.pdf)
- INSETE (2024a), Η συμβολή του τουρισμού στην ελληνική οικονομία το 2023. Retrieved from <https://insete.gr/studies/>
- INSETE (2024b), Ανάλυση στοιχείων εισερχόμενου τουρισμού ανά Περιφέρεια 2023. Retrieved from <https://insete.gr/studies/>
- Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα, χρηματοδότηση, αγορά (Vol. Α'). Αθήνα: Εκδόσεις κλειδάριθμος.
- Κοντιάδης, Ξ., & Σουλιώτης, Κ. (2005). Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκουλα.
- Κοτσαγιώργη, Ι., & Γκέκα, Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το Βήμα Του Ασκληπιού, 9(4), 399–408.

- Κουκουφιλίππου, Ι., Μπόμπος, Γ., Μπόγρη, Δ., Βασιλακοπούλου, Β., & Κοΐνης, Α. (2017). REVIEW Το σύστημα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ως προοπτική για το ελληνικό νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3), 327–333.
- Κουρλιμπίνη. (2014). Πολιτικές e-Health στην Ελλάδα. Retrieved from <http://www.capital.gr/health/2074390/politikes-e-health-kai-stin-ellada>
- Κυριόπουλος, Δράκου, Κτενάς, & Γεωργούση. (1993). Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη Νοσοκομειακή φροντίδα. *Επιθεώρηση Υγείας*, 5 (24), 44-50.
- Κωνσταντίνου, Ε., & Μητρόπουλος, Ι. (2012). Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(5), 614–622.
- Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου, & Χατζοπούλου. (2008). Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Παπασωτηρίου.
- Λαζάρου. (2004). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομείο: Εργαλείο Διασφάλισης και Διαχείρισης Ποιότητας ή ... «φωνή βοώντος εν τη ερήμω». *Επιθεώρηση Υγείας*, 15 (88), 29-32.
- Λιονής, Βοβα, & Πιστόλλα. (2016). Ποιότητα και αποδοτικότητα στην ΠΦΥ–Αξιολόγηση και σχε διασμός των παρεχομένων υπηρεσιών ΠΦΥ, κλινικά φροντιστήρια. 28 (1). *Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, κλινικά φροντιστήρια, τομός 28 τεύχος 1*.
- Μαλάμου. (2016). Η μεθοδολογία υλοποίησης της Διοίκησης ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 9 (3), pp. 6-15.
- Μαλλιαρού και συν. (2011). Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3 (2), pp. 38-43.
- Μερκούρης, Α. (1996). Η ικανοποίηση του αρρωστού κριτήριο ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών. *Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διδακτορική διατριβή*.
- Μωραΐτης, Ε. (2006). Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η ΠΦΥ. ΜΠΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας . Πειραιάς.
- Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., & Θεωδώρου, Μ. (1995). Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής φροντίδας. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
- Παπακωστιδη, & Τσουκαλάς. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4):480-488.

- Παρισσόπουλος. (2007). Κλινικός έλεγχος ποιότητας, Παραδοχές και διεργασία . ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 46 (5), pp. 514-522.
- Παλλη Φ. (2022). Εθνική Στρατηγική Υγείας και Δράσεις στον τομέα. ΜΠΣ Διοικηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
- Πιερράκος, Γ., Λάτσου, Δ., Γούλα, Α., Σταμούλη, Μ., Δημάκου, Σ., & Υφαντόπουλος, Ι. (2015). Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής. Archives of Hellenic Medicine, 32(5), 629–635.
- Πιερράκος, Γ., Σαρρή, Μ., Σούλης, Σ., Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Πατέρας, Ι., & Γιαννουλάτος, Π. (2013). Original Paper Συγκριτική Ανάλυση Δύο Ερευνών Μέτρησης Της Ικανοποίησης Των Εξωτερικών Ασθενών Στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, (November), 0–5.
- Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π., & Νιάκας, Δ. (2009). Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(4), 42–52.
- Πολυτεχνείο Κρήτης. (2008). Ποιοτική Έρευνα Τουρισμού για την Κρήτη.
- Ραφτόπουλος. (2002). Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ)), : Διδακτορική διατριβή.
- Στεφανακάκης, Σ. (2016). Στρατηγικές αξιολόγησης ηλεκτρονικών υπηρεσιών: μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών και επιπτώσεις στο χώρο υγείας. (αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Εργασία) . Θεσσαλονίκη, (αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Σωτηριάδου, Μαλλιαρού, & Σαράφης. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3(4), 140–148.
- Τούντας. (2010). Retrieved from <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=813>
- Τούντας. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις Υπηρεσίες Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20 (5), pp. 532-546.
- Τουντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Τσελέπη, Χ. (2000). Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, , Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, πατρα 2000, τόμος Α. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Τσιότρας. (2002). Βελτίωση ποιότητας (Β΄ έκδοση ed.). Αθήνα: εκδόσεις Μπένου.

Χατζηδάκης, Α. (2015). ΕΟΤ: Τάσεις της τουριστικής κίνησης 2008-2015. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.

#### **ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

N.4486/2017, ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017

N.42238/2014 ΦΕΚ Α' 38/17.2.2014

N.3235/2004(ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004)

N.2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α')

N.2519/1997(ΦΕΚ 165 Α')

N.3230/2004 ΦΕΚ 44/11.2.2004

N. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/τ. Α'/04-04-2005)

N.1397/1983 (ΦΕΚ 143Α)

Υ.Α. ΔΥ88/Γ.Π.ΟΙΚ./1348/2004

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ



HELLENIC OPEN UNIVERSITY  
SCHOOL OF SCIENCE AND ENGINEERING

### Masters in QUALITY MANAGEMENT AND TECHNOLOGY.

Dissertation: "Tourists as users-customers of Primary Health Care services in Greece. Evaluation of health services quality that Primary Care Medical Centers provide in Crete".

## QUESTIONNAIRE

Dear Madam / Sir,

Please take a few minutes of your time to complete the following questionnaire.

This survey is implemented in the context of the dissertation Masters in Quality Management and Technology of the Hellenic Open University.

The purpose of this study is to measure the tourists', who visit Crete, satisfaction from the Primary Health Care services.

Your participation in the survey can help us derive the quality of health care provision which may contribute to the future improvement of these services. Completion of this questionnaire is voluntary.

Your answers will be anonymous, strictly confidential and will be used exclusively for research purposes. The survey data will be retained in archives for 12 months from the end of the survey.

Thank you in advance for your participation.

Yours sincerely

Eleni Garagouni



Telephone number: 6977435756

Email: [elga53@yahoo.gr](mailto:elga53@yahoo.gr)

## **A . GENERAL INFORMATION**

**Date:** .....

**Primary and Emergency Medical  
Center:** .....

**Gender:** male ☐

female ☐

**Age:** 18-34 ☐

35-54 ☐

55-65 ☐

65+ ☐

**Marital status:** single ☐

married ☐

divorced ☐

widow ☐

**Level of education:** primary school ☐

secondary school ☐

graduate ☐

**Nationality/country of residence:** .....

**Your visit was:** Urgent ☐

by appointment ☐

**How did you choose this Primary care office?**

Personal choice ☐

It was a recommendation of my hotel or my travel agency ☐

It was a recommendation of my insurance institution ☐

Other ☐

**Your visit to the Primary care office has met your expectations;**

Very much ☐

enough ☐

a little ☐

not at all ☐

I don't know/I don't answer ☐

**Would you recommend this Primary Care office to someone else?;**

Yes ☐

No ☐

## **B. EVALUATION OF SATISFACTION**

In the table below, please rate your satisfaction with the health services.

(ticking **X** or **V**).

	very satisfied	satisfied	neither satisfied nor dissatisfied	dissatisfied	very dissatisfied
<b>IMPRESSIONS FROM THE RECEPTION-PHYSICAL ENVIRONMENT</b>					
Courtesy and willingness to serve patients at the information desk					
Waiting time to be examined by a physician					
Attractiveness, Cleanliness and size of waiting area and examination office					
Temperature of waiting area and examination room.					
Condition of W.C./bathrooms					
Accessibility to persons with disabilities					
Medical equipment					
<b>IMPRESSIONS FROM MEDICAL EXAMINATION</b>					
Willingness of physician to listen to anything the patient had to say.					
Time devoted by physician for the examination					
Professional and scientific					

skilfulness of physician					
Physician's respect to patient's privacy during the examination					
Physician's explanations to patient regarding his health status and the suggested treatment					
<b>IMPRESSIONS FROM MEDICAL EXAMINATION</b>	<b>very satisfied</b>	<b>satisfied</b>	<b>neither satisfied nor dissatisfied</b>	<b>dissatisfied</b>	<b>very dissatisfied</b>
Physician's attitude towards patient ( treating him with respect, courtesy and understanding)					
<b>IMPRESSIONS FROM NURSE/ANCILLARY STAFF</b>					
Professional skills, responsiveness, care.					
Attitude and conduct of other members of staff during the examination (courtesy, friendliness, respect)					
<b>IMPRESSIONS FROM ADMINISTRATIVE SERVICES</b>					
The speed of processing procedures by administrative staff (speed of service)					
Attitude and conduct of administrative staff (friendliness, courtesy)					
Financial cost  If you did not pay any cash, please note here <input type="checkbox"/>					

**Please compare the provided health services with those of your country and rate on the scale from 0 to 10**

**(0 the worst and 10 the best).**

**Greece**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Your country**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Thank you for your time ....

*Γκαραγκούνη Ελένη, «Οι τουρίστες ως χρήστες – πελάτες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κρήτη»*

**Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:**

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.