

# ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

## ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

### ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

#### ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

#### ΘΕΜΑ:

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ  
ΙΚΑ ΤΡΙΠΟΛΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΠΑΠΑΠΕΤΡΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Νοέμβριος, 2011

Καλαμάτα

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1	Η έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης	2
1.2	Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ευρωπαϊκό επίπεδο	4
1.3	Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα	5
1.4	Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων στην Ελλάδα ( Ι.Κ.Α.)	7

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1	Η ικανοποίηση του ασθενή	9
2.1.1	Ορισμός της ικανοποίησης	9
2.1.2	Παράγοντες ανάδειξης του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση	10
2.1.3	Χρησιμότητα μέτρησης ικανοποίησης ασθενών.	11
2.2	Τι είναι η ποιότητα	12
2.2.1	Γενικά.	12
2.2.2	Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας	13
2.2.3	Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	14
2.2.4	Η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	16

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1	Σκοπός της έρευνας	18
3.2	Ι.Κ.Α Τρίπολης	18
3.3	Μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας	19
3.3.1	Εργαλεία της έρευνας	19
3.3.2	Επιλογή του χώρου συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων	19
3.3.3	Καταχώρηση και επεξεργασία δεδομένων	20
3.3.4	Περιορισμοί της έρευνας	20
3.4	Χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων-χρηστών του Ι.Κ.Α Τρίπολης	21
3.4.1	Η ηλικία του δείγματος	21
3.4.2	Το φύλο του δείγματος	21
3.4.3	Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος	21
3.4.4	Γραμματικές γνώσεις του δείγματος	21
3.4.5	Περιοχή διαμονής του δείγματος	21
3.5	Ανάλυση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του δείγματος	22
3.5.1	Αξιολόγηση νοσηλευτικού προσωπικού	22
3.5.2	Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού	23
3.5.3	Αξιολόγηση ξενοδοχειακής υποδομής	24
3.5.4	Αξιολόγηση οργάνωσης ημέρας	25
3.5.5	Αξιολόγηση μηχανισμού εξυπηρέτησης	26
3.5.6	Αξιολόγηση διοικητικών υπηρεσιών	27

Γενικός πίνακας αξιολόγησης	28
Πίνακες γενικής αξιολόγησης α-η	29
<b><u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u></b>	37
<b><u>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u></b>	38
<b><u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u></b>	40
<b><u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u></b>	41
Ελληνόγλωσση	
Ξενόγλωσση	
<b><u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α</u></b>	
Ερωτηματολόγιο	
<b><u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β</u></b>	
ΠΙΝΑΚΑΣ 1α	
Τρόπος προσέλευσης στο Ι.Κ.Α.	
ΠΙΝΑΚΕΣ 2 α έως 2 ε	
Αξιολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού	
ΠΙΝΑΚΕΣ 3 α έως 3 ε	
Αξιολόγηση Ιατρικού προσωπικού	
ΠΙΝΑΚΕΣ 4 α έως 4 ε	
Αξιολόγηση Ξενοδοχειακής υποδομής	
ΠΙΝΑΚΕΣ 5 α έως 5 ε	
Αξιολόγηση οργάνωσης ημέρας	
ΠΙΝΑΚΕΣ 6 α έως 6 ε	
Αξιολόγηση μηχανισμού εξυπηρέτησης	
ΠΙΝΑΚΕΣ 7 α έως 7 ε	
Αξιολόγηση διοικητικών υπηρεσιών	
ΠΙΝΑΚΕΣ 8 α έως 8 ε	
Αξιολόγηση γενικά από την παραμονή στο Ι.Κ.Α.	
Ραβδόγραμμα γενικού πίνακα αξιολόγησης	
<b><u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ</u></b>	
Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας	

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής είναι η διερεύνηση των απόψεων των χρηστών υγείας του Ι.Κ.Α. Τρίπολης ως προς την ικανοποίηση της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας καθώς και της ποιότητας αυτής, έτσι ώστε να αποτυπωθεί η επικρατούσα κατάσταση και πιθανώς να αναδειχθούν προβλήματα και αδυναμίες.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνονται αναφορές στην έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς και στα στάδια εξέλιξης της τόσο σε Ελληνικό όσο και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Επίσης δίνονται πληροφορίες για το Ι.Κ.Α. γενικά αλλά και για το Ι.Κ.Α. Τρίπολης πιο συγκεκριμένα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται θεωρητικά οι έννοιες της ποιότητας και της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας, η χρησιμότητά τους και οι τρόποι διασφάλισής τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται ο σχεδιασμός και το μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας, δηλαδή τα στάδια που ακολουθήθηκαν και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας. Επίσης αναφέρονται τα χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων-χρηστών του δείγματος (π.χ. ηλικία, φύλο κ.λ.π.) και γίνεται η ανάλυση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Επίσης εκφράζονται κάποια συμπεράσματα και παρατίθεται μια σειρά προτάσεων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 ΠΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος, εκεί δηλαδή που ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας. Σ' αυτό το επίπεδο πρέπει και μπορεί να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά το 90% των προβλημάτων υγείας. Γι' το λόγο μέσα από την οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζεται: α) υψηλή προσπελασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility), δηλαδή απουσία οργανωτικών, λειτουργικών, διοικητικών, γεωγραφικών και οικονομικών φραγμών και β) υψηλή διαθεσιμότητα (availability)μ δηλαδή πλήρης και συνεχής κάλυψη όλο το 24ωρο και για 365 μέρες το χρόνο. *(Η ανάλυση του Ε.Σ.Υ. Διαγκαιότητα κοινωνική και πολιτική, Κώστας Γεωργαζίδης, Γιατρός του Ε.Σ.Υ. Γραμματέας του Δ.Σ. του Ι.Ε).*

Η Διεθνής Συνδιάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας επιβεβαιώνει με έμφαση ότι η υγεία που είναι η πλήρης σωματική ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας, είναι βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένας από τους διεθνώς πιο σημαντικούς κοινωνικούς στόχους, για την πραγματοποίηση του οποίου απαιτείται η δραστηριοποίηση, εκτός από τον τομέα των υπηρεσιών υγείας και πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων.*Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία περιλαμβάνει την πρόληψη, καθορίστηκε το 1978 με την διακήρυξη της Άλμα-Ατα και ορίζεται ως:* «Ουσιαστική υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά σωστές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία που προσφέρεται σε όλα τα άτομα και όλες τις οικογένειες μιας κοινότητας με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με πνεύμα αυτοδυναμίας. Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας.

Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ο πληθυσμός ζει και εργάζεται, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας.

## Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:

1. Αντανακλά και διαμορφώνεται ανάλογα με τις οικονομικές συνθήκες, τα κοινωνικά πολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και των κοινοτήτων της και βασίζεται στην εφαρμογή των συναφών αποτελεσμάτων της κοινωνικής, βιοιατρικής έρευνας καθώς και της έρευνας των υπηρεσιών υγείας και της εμπειρίας της δημόσιας υγείας.
2. Απαντά στα κύρια προβλήματα υγείας στην κοινότητα, παρέχοντας αντίστοιχα υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
3. Περιλαμβάνει τουλάχιστον: εκπαίδευση σχετική με τα βασικά προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους, εξασφάλιση της παροχής τροφίμων και προαγωγή της κατάλληλης διατροφής, παροχή επαρκούς και ασφαλούς πόσιμου νερού και βασικής υγιεινής των αποβλήτων, φροντίδα για την υγεία μητέρας και παιδιού καθώς και οικογενειακό προγραμματισμό, εμβολιασμό για τις κυριότερες μεταδοτικές ασθένειες, πρόληψη και έλεγχο των ασθενειών που ενδημούν σε τοπικό επίπεδο, κατάλληλη θεραπεία των κοινών νοσημάτων και τραυματισμών καθώς και παροχή των απαραίτητων φαρμάκων.
4. Εμπλέκει, εκτός από τον τομέα της υγείας, όλους τις σχετικές δομές και τομείς της ανάπτυξης σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, και συγκεκριμένα τους τομείς αγροτικών καλλιεργειών, κτηνοτροφίας, τροφίμων, βιομηχανίας, εκπαίδευσης, κατοικίας, δημοσίων έργων, επικοινωνίας κλπ. και απαιτεί τη συντονισμένη δραστηριότητα όλων αυτών των τομέων.
5. Προϊποθέτει και προάγει την μέγιστη δυνατή αυτοδυναμία και συμμετοχή σε συλλογικό και ατομικό επίπεδο στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χρησιμοποιώντας στο μέγιστο δυνατό όλους τους διαθέσιμους τοπικούς, εθνικούς ή άλλους πόρους. Προς την κατεύθυνση αυτή αναπτύσσει την ικανότητα της κοινότητας να συμμετέχει με κατάλληλη εκπαίδευση.
6. Θα πρέπει να υποστηρίζεται από ενσωματωμένα, λειτουργικά και αλληλοϋποστηριζόμενα συστήματα παραλομπών, που θα οδηγούν σε προσδευτική βελτίωση της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας για όλους, και θα δίνουν προτεραιότητα σε αυτούς με τη μεγαλύτερη ανάγκη.
7. Βασίζεται, σε τοπικό επίπεδο και στα ζητήματα παραλομπών, στους λειτουργούς υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται κατά περίπτωση γιατροί, νοσηλευτές, μαιές, βοηθητικό προσωπικό και άτομα από την κοινότητα (community workers), καθώς και παραδοσιακούς θεραπευτές ανάλογα με τις ανάγκες, που έχουν κατάλληλα εκπαιδευτεί σε τεχνικές και κοινωνικές δεξιότητες για να λειτουργούν ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις εκφρασμένες ανάγκες της κοινότητας (*Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Λίμα-Ατα, Ε.Σ.Σ.Δ., 6-12 Σεπτεμβρίου 1978*)

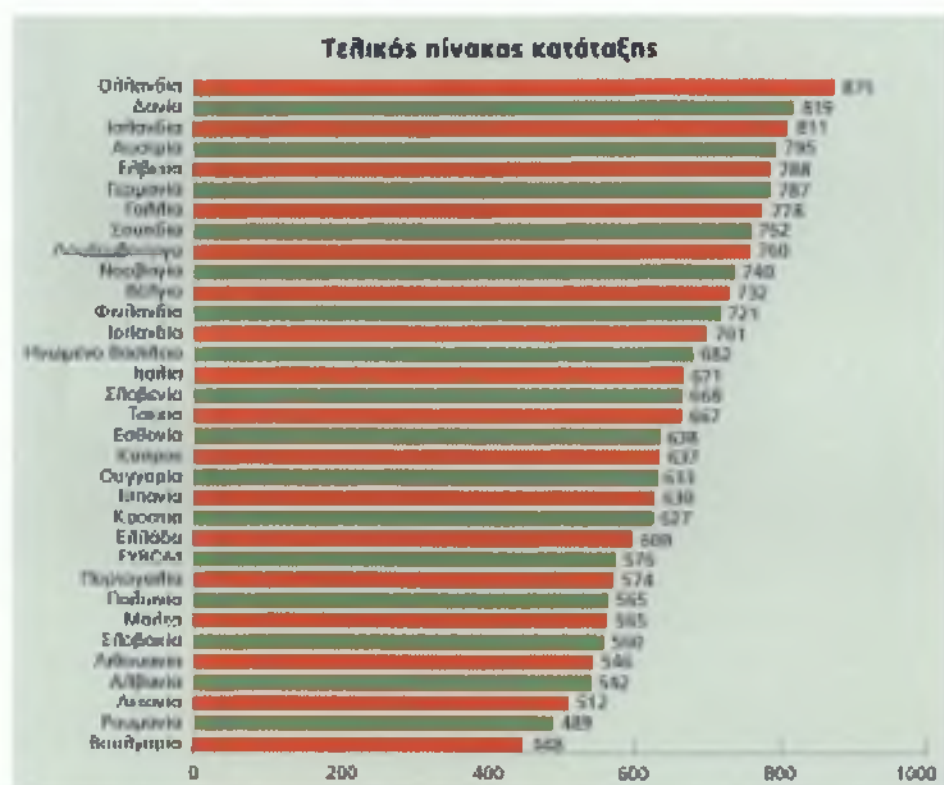


## 1.2 Η πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ευρωπαϊκό επίπεδο

Με την εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και τις ανακαλύψεις νέων φαρμάκων, πολλές δραστηριότητες που σήμερα επιτελούνται στα νοσοκομεία θα γίνονται εκτός. Στην Ευρώπη βλέπουν πια τον θεσμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πιο διευρυμένο. Στις σκέψεις είναι η δημιουργία Κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως είναι τα ελληνικά Κέντρα Υγείας, αλλά πιο οργανωμένα και εξειδικευμένα για μικρέεπεμβάσεις (<http://www.tovima.gr/default.asp?pid=46&ct=75&artid=122970&dt=03/02/2002>)

## ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΟΥΝ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΟΥΣ (Νοέμβριος 2009)

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1



Τέσσερις θέσεις χαμηλότερα σε σχέση με πέρσι βρίσκεται η Ελλάδα, στον Πίνακα Κατάταξης υγειονομικών συστημάτων περίθαλψης (Euro Health Consumer Index), η οποία αξιολογεί τα 33 συστήματα υγείας της Ευρώπης από τη σκοπιά των χρηστών (τους 27 της ΕΕ, συν τη Νορβηγία, την Ελβετία, την Κροατία, τη FYROM, την Αλβανία και την Ισλανδία). Από τη 19η θέση (πέρσι), το ελληνικό σύστημα περίθαλψης βρέθηκε φέτος στην 23η, αν και πήρε βαθμολογία πάνω από τη βάση συγκέντρωσε 600 βαθμούς με άριστα το 1.000. Χωρίς κανένα ιδιαίτερο σημάδι βελτίωσης (πέρσι έλαβε 599 βαθμούς), η έκθεση απέδειξε πως, οι ελληνικές υγειονομικές υπηρεσίες συνεχίζουν να ταλανίζονται από τη γραφειοκρατία κι από την αδιαφάνεια και να υπολείπονται σημαντικά, όταν καλούνται να ανταγωνιστούν τα συστήματα άλλων χωρών - ακόμη κι όταν αυτές οι χώρες είναι οι νεοεισερχόμενες στην ΕΕ.

Όπως εύκολα διαπιστώνει κανείς βλέποντας το σχετικό γράφημα, η Ελλάδα βρίσκεται σε «χειρότερη μοίρα» από την Κροατία, την Εσθονία και την Ουγγαρία, και μόλις μία θέση πάνω από τη FYROM. Ο Πίνακας Κατάταξης αξιολογεί τα εθνικά συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών κρατών στη βάση 38 δεικτών, που κινούνται σε έξι σημαντικούς για τους ασθενείς άξονες (ανταγωνισμός στο «έξοθλο», αναφέρει η μελέτη): δικαιώματα και πληροφόρηση ασθενών, χρόνοι αναμονής για θεραπεία, ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας, αποτελέσματα θεραπευτικής αγωγής (ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, πενταετούς επιβίωσης καρκινοπαθών, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις), ποιότητα και διαθεσιμότητα υπηρεσιών περίθαλψης και πρόσβαση σε φάρμακα. Η Ελλάδα παρακολουθεί από πολύ μεγάλη απόσταση τους πρώτους της λίστας, Ολλανδία (που κατέκτησε την κορυφή για δεύτερη συνεχόμενη χρονιά), Δανία, Ισλανδία και Αυστρία. Η χώρα μας, μόλις που απέσπασε τη «βάση» στην πρόσβαση στα φάρμακα και στο εύρος και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ενώ απογοητευτικά υπήρξαν τα αποτελέσματά της στην τηλεϊατρική (e-health) και στην ύπαρξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών, που θα μπορούσαν να διευκολύνουν την πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας (π.χ. ηλεκτρονική συνταγογράφηση). Κι όλα αυτά, την ώρα που διαθέτουμε τους περισσότερους, αναλογικά, γιατρούς σε όλη την Ευρώπη. Εκεί που φαίνεται ότι «τα πάμε» λίγο καλύτερα, είναι στους χρόνους αναμονής για θεραπεία και στα αποτελέσματα κάποιων συχνών θεραπειών (π.χ. επεμβάσεις καταρράκτη, ρύθμιση σακχάρου στους διαβητικούς) (*Medical express, τόμος 179*)

### **1.3 Η Εξέλιξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα.**

Ένα από τα προβλήματα που απασχόλησαν έντονα τον πρώτο κυβερνήτη, Ιωάννη Καποδίστρια, ήταν η οργάνωση του Τομέα Υγείας για την παροχή της περίθαλψης στον ελληνικό πληθυσμό. Όμως το όραμα του μεγάλου αυτού πολιτικού παρέμεινε όραμα και δεν υλοποιήθηκε, αφού έφυγε από τη ζωή πρόωρα και με βίαιο τρόπο. Στη συνέχεια το απολυταρχικό καθεστώς του Όθωνα κάνει υποτυπώδεις κινήσεις στο χώρο της Υγείας. Ένα βήμα κοντά στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα γίνεται το 1852 με τη θέσπιση του θεσμού των Επαρχιακών Γιατρών, πλην όμως το μέτρο αυτό δεν κάλυπτε ούτε τις στοιχειώδεις ανάγκες του πληθυσμού. Επίσης, πρωτοβάθμια περίθαλψη τη περίοδο αυτή προσφέρουν και τα μοναστήρια. Παράλληλα, έχουμε και την ίδρυση δυο Περιφερειακών Ιατρείων, γεγονός που σημαίνει ότι άρχισαν να γίνονται προσπάθειες οργάνωσης του Τομέα Υγείας στην ύπαιθρο. Από το έτος 1864 αρχίζει μια περίοδος σιτισιμότητας στο χώρο της Υγείας η οποία διαρκεί περίπου μισό αιώνα, παρά την ίδρυση διάφορων Νοσοκομείων Ιδιωτικών, Δημοτικών και Κρατικών και παρά την αύξηση του αριθμού των Ιατρών σε 2500 σε όλη τη χώρα. Το 1903 ιδρύεται η πρώτη Πολυκλινική Αθηνών, η οποία παρέχει για την εποχή εκείνη σημαντικό έργο στο χώρο της Υγείας. Το 1915 με το Ν. 582 ιδρύεται στη Θεσσαλονίκη το γραφείο Δημόσιας Υγείας με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος των επιδημιών στη Μακεδονία (*Χ. Ζηλίδης, Η αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού πληθυσμού, Αθήνα 1988*).



Μια άλλη σημαντική νομοθετική προσπάθεια γίνεται με το ΝΔ 2592/1953 για την οργάνωση της ιατρικής αντίληψης. Με το νομοθέτημα αυτό προβλέπεται η διαίρεση της χώρας σε δεκατρείς (13) Υγειονομικές Περιφέρειες, η σύσταση υγειονομικών συμβουλίων και φυσικά η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την δημιουργία Υγειονομικών σταθμών στις αγροτικές περιοχές (Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούζη, *Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα*, Αθήνα 1996, σ.260-262). Μετά το 1960 έγιναν ουσιαστικές αλλαγές στο χώρο της υγείας αλλά στον ελληνικό λαό είχε ήδη δημιουργηθεί μια αρνητική εικόνα για την περίθαλψη πριν από αυτή την περίοδο. Γι' αυτό το λόγο, ακόμα και σήμερα υπάρχει αναμφισβήτητα μια κρίση εμπιστοσύνης για πολλά νοσοκομεία που εκδηλώνεται κυρίως με τη ροή ασθενών από την ελαρχία προς το κέντρο (Δημητριάδου και συν 1991 Καπανίδης 1991) Το 1983 με το Ν. 1397 γίνεται η μεγάλη ανατροπή στο σύστημα υγείας της χώρας. Για πρώτη φορά η χώρα αποκτά ένα οργανωμένο Σύστημα Υγείας, στο οποίο έχουν όλοι οι Έλληνες πολίτες πρόσβαση με ίσο τρόπο, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν. Όμως μια από τις καινοτομίες του Νόμου αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη και για πρώτη φορά θεσπίζεται ένα οργανωμένο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας στο λαό της υπαίθρου δια μέσου των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Υπηρεσιών (Α. Α. Αλεξιάδη και Αν. Χαμαζίδου, *Το νομοθετικό και οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης*, Περιοδικό *Διοικητική Μεταρρύθμιση*, Τεύχος 47-48, 1991, σ. 101).

Έτσι σε κάθε Νομό συνιστώνται Κέντρα Υγείας ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων του Νομού και Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Ενώ παράλληλα, ορίζεται η έδρα και η περιοχή ευθύνης του κάθε Κέντρου Υγείας και Περιφερειακού Ιατρείου, με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής (Ν. Δρακονάκη, Μ. Μπαθιανάκη, Ε. Ροβίθη και Χ. Λιονή, *Οργάνωση των Υπηρεσιών στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-Κάνοντας την Π.Φ.Υ. αποτελεσματική στη καθημερινή πράξη*, Ηράκλειο Κρήτης 2002) Την τελευταία δεκαετία γίνεται αρκετός λόγος για τη συγκράτηση του αυξανόμενου κόστους των δαπανών για την υγεία και την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Νιάκας 1991). Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι τελευταία παρατηρήθηκε μια αύξηση των δαπανών υγείας στη χώρα μας, η οποία όμως δε συνοδεύτηκε από τα αντίστοιχα αποτελέσματα (Κυριάπουλος 1991). Δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των υπηρεσιών υγείας και μέτρησης των αποτελεσμάτων (Καραγιάννη 1994, Σέτζης 1994). Αντίθετα, το ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των καταναλωτών στον ευρύτερο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα έχει αυξηθεί, γεγονός που αποδεικνύεται από τις προσπάθειες του κράτους να βελτιώσει τις σχέσεις πολίτη-κράτους και να κατοχυρώσει τα δικαιώματα των καταναλωτών με νομοθετικές ρυθμίσεις.

## 1.4 Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων στην Ελλάδα (Ι.Κ.Α.)

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων ιδρύθηκε το 1934 με το Ν. 6298/34 με πρώτο Διοικητή τον Παναγιώτη Κανελλόπουλο και άρχισε να λειτουργεί το 1937 με δύο καταστήματα στην Αθήνα και τον Πειραιά. Άρρηκτα συνδεδεμένη με την ιστορική εξέλιξη του ΙΚΑ είναι η διαμόρφωση του Νομοθετικού και Κανονιστικού πλαισίου λειτουργίας του. Το ΙΚΑ έχει αναπτύξει ένα πολύ εκτεταμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καλύπτοντας ένα μεγάλο κενό στο δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και νοσοκομειακής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους του. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται σε υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ (νομαρχιακές, τοπικές, ιατρεία) στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΙΚΑ, καθώς και στα συμβεβλημένα με το ΙΚΑ νοσοκομεία, κλινικές και διαγνωστικά κέντρα (Μέργος Γεώργιος, Τάσεις 2008). Ο ασφαλισμένος ΙΚΑ-ΕΤΑΜ δικαιούχος ιατρικής περίθαλψης και τα μέλη της οικογένειάς του έχουν δικαίωμα :

- Να επισκέπτονται τους ιατρούς στα ιατρεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (λειτουργούν επί 12ωρο) και στα ιδιωτικά τους ιατρεία , όταν δεν υπάρχουν οργανωμένοι υγειονομικοί σχηματισμοί.
- Να επισκέπτονται τον οικογενειακό τους ιατρό, όπου ισχύει ο θεσμός.
- Για ιατρική εξέταση να απευθύνονται στο τηλέφωνο 184 για προγραμματισμό ραντεβού με γιατρό της επιλογής τους ή με άλλο διαθέσιμο γιατρό της ίδιας ειδικότητας.
- Να απευθύνονται στη γραμματεία του Συστήματος Διαχείρισης Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας για τον προγραμματισμό διενέργειας : της εξέτασης μαγνητικής τομογραφίας, αιμοληψιών, διάφορων διαγνωστικών εξετάσεων
- Να επισκέπτονται τον αγροτικό ιατρό
- Να επισκέπτονται δωρεάν τα κέντρα υγείας
- Να καλούν κατ' οίκον ιατρό του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο σπίτι όταν είναι κλινίριες και δεν μπορούν να μετακινηθούν.
- Να εντάσσονται σε πρόγραμμα αποκατάστασης σε ειδικά κέντρα.
- Να υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση
- Να καλούν τις πρώτες βοήθειες (ΕΚΑΒ 166)
- Να κατεφεύγουν για έκτακτα και επείγοντα περιστατικά στους ΣΑΒ του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.
- Να ζητήσουν να ενταχθούν στο πρόγραμμα της κατ' οίκον τακτικής περίθαλψης
- Να κάνουν γενικές ή ειδικές εξετάσεις ή ειδικές θεραπείες σε εργαστήρια του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή σε συμβεβλημένα εργαστήρια χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση.
- Να συμμετέχουν σε προγράμματα προληπτικής ιατρικής
- Να ζητούν την απόδοση της δαπάνης σύμφωνα με την κρατική διατίμηση για την αμοιβή που κατέβαλλαν σε ιδιώτη γιατρό για επίσκεψη και φάρμακα που χορηγήθηκαν καθώς και για την εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων σε μη συμβεβλημένα με το ΙΚΑ εργαστήρια σε περιπτώσεις έκτακτης και επείγουσας ασθένειας (Οδηγός του ασφαλισμένου ΙΚΑ 2008)

Το ΙΚΑ διαθέτει 364 Μονάδες Υγείας που λειτουργούν στις προτινάουσες των Νομών και στις μεγάλες πόλεις της χώρας. 47 Νομαρχιακές Μονάδες 53 Τοπικές Μονάδες και περίπου 50 τοπικά ιατρεία ( σε κάθε μία από περίπου 120 Μ.Υ. υπηρετούν περισσότεροι από 100 γιατροί ) Επίσης σε πολλές περιοχές διαθέτει δίκτυο οικογενειακών γιατρών που δέχονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία και ιατρεία που συστεγάζονται με της μονάδες ασφάλισης. Στο ΙΚΑ των 5.55 εκατομμυρίων ασφαλισμένων οι καθημερινές επισκέψεις στους γιατρούς αγγίζουν τις 100.000. Η Ελλάδα βρίσκεται στην 30η θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD, Health Data 2007) στις δημόσιες δαπάνες υγείας και στην 1η θέση στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας με 57.2% επί του συνόλου των δαπανών υγείας. Στην 2η θέση στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας βρίσκονται οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής με ποσοστό 54.9%. Το 54.48% των εργαζομένων στην Ελλάδα είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ - ΕΓΑΜ. Πρόκειται για 2.2 εκατ. άμεσα ασφαλισμένους (σύνταξη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη) και 5.6 εκατ. έμμεσα ασφαλισμένους (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη). Οι συνταξιούχοι ανέρχονται σε 1.15 εκατ. (Καθημερινή 07/03/2010)

Ο Τομέας Υγείας του ΙΚΑ σε αριθμούς περιλαμβάνει.

- 8.000 γιατρούς ( 55 Π.Α.Α.- 1.763 Μονίμους – 6.118 Συμβισιούχους)
- 4.557 Υγειονομικούς Υπαλλήλους
- 1.500 Διοικητικούς Υπαλλήλους

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης αποτελεί τον κύριο άξονα του Ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Η λειτουργία του, όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα, επιδιώκει την κάλυψη των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας πυροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση. Πρόκειται για ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης, το οποίο λειτουργεί με βάση αυτόνομους ασφαλιστικούς φορείς. Το βασικό χαρακτηριστικό της οργανωτικής δομής του συστήματος είναι ο πολυκερματισμός του που εκφράζεται από το μεγάλο αριθμό των δημόσιων φορέων ασφάλισης. Η ύπαρξη 170 φορέων το 2002, που εποπτεύονται από πέντε τουλάχιστον διαφορετικά Υπουργεία, δημιουργεί αυξημένες υποχρεώσεις σε θέματα διοίκησης και εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από τις εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών, καθώς επίσης και από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω των κοινωνικών εισφορών και της επιδότησης των ελλειμμάτων τους.

Η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες αποτελεί βασική αρχή. Σήμερα υπάρχει ανισότητα στην πρόσβαση, στις παροχές υγείας, στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα τον διαχωρισμό των πολιτών σε κατηγορίες. Ο ιδιωτικός τομέας διογκώνεται σε βάρος του δημοσίου και οι δαπάνες υγείας αυξάνονται δυσανάλογα με τις πραγματικές ανάγκες. Σήμερα δεν υπάρχουν άλλα περιθώρια. Δεν είναι δυνατόν η χώρα μας στο κατώφλι του 2010 να παραμένει χωρίς ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, βασικά χαρακτηριστικά του οποίου πρέπει να είναι η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Αποστολόπουλος Φ. 2009)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

#### 2.1.1. Ορισμός της ικανοποίησης

Η ικανοποίηση των ασθενών δεν μπορεί να ορισθεί επακριβώς γιατί στην ουσία είναι μια δυναμική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τις σχέσεις μεταξύ των παραγόντων των υπηρεσιών υγείας, την αξιολόγηση της από τους ασθενείς, των αντιδράσεων των ασθενών, αλλά και των ατομικών διαφορών μεταξύ των ασθενών. Δηλαδή, ένα δείγμα του βαθμού ικανοποίησης μπορούμε να θεωρήσουμε την αντίδραση των ασθενών στην παρεχόμενη φροντίδα, βάσει της αξιολόγησης των παραγόντων, με κριτήρια που προσδιορίζονται από τις προσωπικές τους αντιλήψεις. Η αξιολόγηση των παραγόντων και των αποτελεσμάτων των διάφορων πράξεων που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας, γίνονται επομένως από τον κάθε ασθενή με βάση τα δικά του κριτήρια, τις δικές του εμπειρίες, τις αξίες, τις προτεραιότητες και τις προσδοκίες.

Η αντίδρασή του, η στάση στο μέλλον απέναντι σε αυτούς τους παράγοντες θα εξαρτηθεί κατά το πλείστον από τα προσωπικά του «πιστεύω» και τις αντιλήψεις του και λιγότερο από τις συγκυρίες. Αυτή η θέση του ασθενή διαβαθμισμένη σε μια κλίμακα μέτρησης δείχνει το βαθμό αποδοχής των υπηρεσιών αυτών εκ μέρους του και συνεπώς, το βαθμό ικανοποίησής του, ο οποίος μπορεί να μετρηθεί με όρους όπως οι συνήθειες, οι προθέσεις και η πρακτική συμπεριφορά των ασθενών. Επομένως, αξιολόγηση της ικανοποίησης μπορεί να θεωρείται η τεχνική διαδικασία, με την οποία η πράξη εκτιμάται σύμφωνα με μια σειρά προσυμφωνημένων στόχων, ή μια δυναμική διαδικασία όπου οι στόχοι είναι τοποθετημένοι από την πολιτική και οικονομική αγορά αφ' ενός, και τα βιώματα των ασθενών αφετέρου (Λιαμαντής 2001). Το γεγονός ότι το προσωπικό στοιχείο παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της άποψης του ασθενή, αποτελεί ένα σοβαρό εμπόδιο στη προσπάθεια να δοθεί ένας γενικός ορισμός. Υπάρχουν, όμως διάφοροι ορισμοί που έχουν δοθεί από διάφορους ερευνητές, ορισμένοι από τους οποίους είναι οι παρακάτω:

- Η ικανοποίηση του ασθενή είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή. Η ικανοποίηση είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο(τεχνικό) και τον κοινωνικό ορισμό (Donabedian 1980).
- Η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Επίσης η ικανοποίηση του ασθενή είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από την φροντίδα Υγείας και τέλος, η ικανοποίηση του ασθενή είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται (Risser 1975)



Αρκετοί ερευνητές συμφωνούν στο ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι η στάση η οποία αναφέρεται κύρια στο συναισθηματικό χώρο και επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς και την αξιολόγηση των υπηρεσιών την οποία κάνουν. Συχνά τίθεται το ερώτημα κατά πόσο η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αντανακλά στάσεις απέναντι στη ζωή γενικότερα (ικανοποίηση από τη ζωή) παρόλο που δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία, τα οποία να επιβεβαιώνουν ένα τέτοιο συμπέρασμα.

### 2.1.2. Παράγοντες ανάδειξης του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών

Σύμφωνα με το *Yipari (1987)* δυο φιλοσοφικές αλλαγές έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην αύξηση του ενδιαφέροντος. Πρώτον, η μετάβαση από τον ατομικισμό στον ωφελισμό και στην έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας, η οποία εκφράζεται από την αρχή του «να κάνεις περισσότερο καλό για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων». Δεύτερον, η μετάβαση από το βιολογικό ορισμό της νόσου σε έναν περισσότερο εμπειρικό ορισμό που λαμβάνει υπόψη τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων, για την αρχή ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή βασισμένοι σε υποκειμενικά και όχι σε εξωτερικά αντικειμενικά ευρήματα. Μεγάλη συνεισφορά σε αυτή την δεύτερη μετάβαση είχε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (*World Health Organization WHO 1981*) με τον ορισμό της υγείας ως μια κατάσταση τέλεις πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Όταν ένας ασθενής είναι δυσαρεστημένος και αισθάνεται ότι οι επιθυμίες του δε λαμβάνονται υπόψη, δεν είναι ενδεικτικό τέλεις πνευματικής ευημερίας αλλά αντίθετα, φτώχης ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Άλλοι παράγοντες που συντέλεσαν στην αύξημένη προσοχή που δίνεται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας είναι οι οικονομικοί περιορισμοί και το κλίμα του καταναλωτισμού των τελευταίων δεκαετιών.

Σήμερα, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων απασχολεί όλα τα ανεπτυγμένα κράτη. Επομένως είναι φανερό η ανάγκη μέτρησης της φροντίδας υγείας προκειμένου να κριθεί η σωστή ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Είναι φανερό λοιπόν ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό και ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Οι ασθενείς επιζητούν όλο και περισσότερο να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας και στη λήψη των αποφάσεων να γνωρίζουν τι συμβαίνει στην περίπτωση τους και να κατανοούν τη διάγνωση. Επίσης η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια με συνέπεια όχι μόνο την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας αλλά και την δυνατότητα πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων. Παρόλο όμως, που σήμερα οι ασθενείς δέχονται περισσότερο πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας εξακολουθούν να αισθάνονται ότι δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας. Επομένως, είναι αναγκαία η συνεχής μέτρηση της επόδρασης που έχει κάθε αλλαγή στην καθημερινή πράξη και ο καλύτερος συντονισμός όλων όσων συμμετέχουν στη φροντίδα του ασθενούς. Επιπρόσθετα, δημιουργούνται πολλά ερωτήματα για την επίπτωση όλων αυτών των αλλαγών στον ασθενή. Ο καλύτερος τρόπος για να βρεθεί μια απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα είναι να ερωτηθεί ο ίδιος ο ασθενής και αυτό γιατί μπορεί να δώσει πληροφορίες που δεν υπάρχουν στον ιατρικό του φάκελο, για τις οποίες είναι ο πιο αξιόπιστος κριτής (*Παπανικολάου Β. 1994*)



### 2.1.3. Χρησιμότητα μέτρησης ικανοποίησης ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι χρήσιμη ώστε να συλλεχθούν πληροφορίες και να αναδειχθούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό την ίδια του τη βελτίωση, βελτίωση στην ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν θα πρέπει να είναι απλά ένα μέτρο για την ποιότητα, αλλά θα πρέπει να είναι ο σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης. Το αποτέλεσμα αυτό προκύπτει από έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες, οι ικανοποιημένοι ασθενείς αναρρώνουν ταχύτερα και νοσηλεύονται μικρότερο χρονικό διάστημα από αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι. Ακόμη και η διαδικασία της έρευνας για τη μέτρηση της ικανοποίησης έχει θετικά αποτελέσματα, αφού έχει αποδειχτεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται κύρια στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (OTA 1988). Οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών (Strasen 1988). Γι' αυτό το λόγο, πολλοί ερευνητές αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης (Linder-Pelz 1982a).

Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός αλλά είναι και αποτέλεσμα, συνεισφέροντας σε άλλους σκοπούς και σε άλλα αποτελέσματα. Για παράδειγμα η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και μειωμένο χρόνο νοσηλείας και σύμφωνα με πολλούς ερευνητές θεωρείται όχι μόνο προϋπόθεση για τη θεραπευτική αγωγή, αλλά εξισώνεται με την αυτοθεραπεία (Pascoc 1983, Strasen 1988). Η ταχύτερη ανάρρωση των περισσότερο ικανοποιημένων ασθενών είναι δυνατό να αποδοθεί στο αίσθημα εμπιστοσύνης και την απορρέουσα συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες, η οποία πηγάζει από την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης, λόγω της συμμετοχής των ασθενών με την έκφραση των απόψεων τους για την ποιότητα των υπηρεσιών (Cleary & McNeil 1988). Για το λόγο αυτό δεν είναι λίγοι εκείνοι που θεωρούν ότι και μόνο η αναζήτηση της άποψης των ασθενών για τη φροντίδα που τους παρέχεται αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση, αφού αυξάνει την ικανοποίησή τους και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή, αποτρέποντας την υιοθέτηση ενός παθητικού ρόλου (Bond & Thomas 1992, Simpson 1985). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών αποτελεί ένα πολύπλοκο θέμα. Ως εκπλήρωση αναγκών μπορεί να οριστεί ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών και της κάλυψης των εσωτερικών αναγκών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία. Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών υποδεικνύουν, ότι οι προσδοκίες των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να ταυτίζονται με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση της συνεργασίας. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στην θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες υγείας. Επιπροσθέτως, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των αναγκών συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών και στην καλύτερη διαχείριση των δαπανών για την υγεία. Τέλος, επικρατεί η άποψη, ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έγκυρο δείκτη της ποιοτικής φροντίδας (Το βήμα του Ασκληπίου τόμος 9ος, τεύχος 4ο)

Η Ροσά (1987) υπογράμμισε την άμεση σχέση της ψυχικής κατάστασης και του επιπέδου υγείας των ασθενών λέγοντας ότι «η ασθένεια επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ασθενών αλλά και η ψυχική κατάσταση των ασθενών επιδρά άμεσα ή έμμεσα στην εκδήλωση και στην πορεία της ασθένειας». Κατά την Linder-Pelz (1982a) η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η μέτρησή της να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας (Fitzpatrick 1991).

Η μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών είναι επίσης πολύ σημαντική για τους διευθυντές, τα διοικητικά συμβούλια και όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω του έντονου ανταγωνισμού που παρατηρείται σήμερα στο χώρο της υγείας (Abramowitz et al 1987). Ο Leebow (1988) ειδικός στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας υποστηρίζει ότι η δυνατότητα να εκφράσουν οι ασθενείς τα παράπονά τους είναι ουσιαστικά μια δεύτερη ευκαιρία για να γίνουν τα πράγματα σωστά. Σήμερα η αλλαγή θεωρείται ο πιο σταθερός περιβαλλοντικός παράγοντας στις υπηρεσίες υγείας. Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών δίνει στο προσωπικό πληροφορίες για τις εκπαιδευτικές ανάγκες του, για προβληματικές περιοχές της φροντίδας ή ακόμα και για την επιτυχία ή όχι συστημάτων οργάνωσης της φροντίδας (Megivern et al 1992). Στη συνέχεια το προσωπικό μπορεί να αξιοποιήσει αυτές τις πληροφορίες για διορθωτικές παρεμβάσεις, που όχι μόνο θα βελτιώσουν άμεσα τη φροντίδα υγείας και την κατάσταση των ασθενών, αλλά παράλληλα θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους, η οποία πιθανά στην συνέχεια να οδηγήσει σε θετική ανταπόκριση στην θεραπεία (Abdellah Lev 1957a, Cleary & McNeil 1988, Pascoe 1983). Επιπρόσθετα, η διοίκηση είναι δυνατό να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση (Megivern et al 1992) και ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού (Dull et al 1994).

## **2.2 Τι είναι η ποιότητα**

### **2.2.1 Γενικά**

Πώς μπορούμε να ορίσουμε την ποιότητα; Οι ορισμοί σε ξένα και ελληνικά συγγράμματα είναι αρκετοί και μερικές φορές αμφιλεγόμενοι. Παρακάτω παρατίθενται μερικοί: Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο δομικών χαρακτηριστικών εκπληρώνει τις απαιτήσεις (ISO 9000:2001). Χαρακτήρας, χαρακτηριστικό ή ιδιότητα οποιουδήποτε πράγματος που το κάνει καλό ή κακό, αξιόπαινο ή κατακριτέο, δηλαδή ο βαθμός αριστείας που κατέχει ένα πράγμα. Ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Evans and Lindsay). Σύμφωνα δε, με τους Glenn Luffel και David Blumental, η ποιότητα θα πρέπει να οριστεί σαν μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών. Σύμφωνα με τον John Ovreteit, κατά την διαδικασία ορισμού της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριληφθούν:

- α) ένας επαγγελματικός ορισμός του τι χρειάζεται ο πελάτης
- β) ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες και
- γ) η ίδια η άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του.

Τελικά ο *Ohtani* καταλήγει στον ορισμό της ποιότητας ως η «η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος» και περιλαμβάνει σ' αυτόν τρία στοιχεία: την ποιότητα ως προς τον πελάτη, η οποία μετράει την ικανοποίηση του πελάτη, τα περιλαμβανόμενα και το βαθμό στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτό που ζητάει, την επαγγελματική ποιότητα, η οποία είναι ο βαθμός στον οποίον το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και τέλος την ποιότητα διαδικασιών, η οποία είναι ο σχεδιασμός και η λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών. Στην ποιότητα συναντώνται δύο πλευρές (*Brook 1999*)

1) Η ποιότητα σχεδιασμού 2) Η ποιότητα της συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία που έλαβε. Η ποιότητα συνεπώς, είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

### 2.2.2 Οι ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκόμενων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητάς της ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη μνεία και είναι τα ακόλουθα:

- ❖ Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, ακριβώς λόγω μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
- ❖ Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων.
- ❖ Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της υγείας του, καθιστά αυτόν αδύναμο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασής του.
- ❖ Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται (*Breedlove*).

- ❖ Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των μονάδων υγείας. Στις μονάδες υγείας παρατηρούμε δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική), σε αντίθεση με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας που συναντούμε στις άλλες βιομηχανίες (Σκόρδη, 1997).

Για παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.

### 2.2.3. Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι πολύ πιο σύνθετη υπόθεση απ' ό,τι στο χώρο της βιομηχανίας. Γι' αυτό και οι βασικές μέθοδοι και τα αντίστοιχα εργαλεία, που διαμορφώθηκαν κατά κύριο λόγο για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα πρέπει να τροποποιούνται κατάλληλα πριν εφαρμοστούν στην υγεία. Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι αόριστος, αφού η ποιότητα είναι αισθητή. Έτσι ο ορισμός της ποιότητας είναι πολυδιάστατος και υποκειμενικός που οφείλεται κυρίως στην ιδιομορφη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία των υπηρεσιών αυτών. Προτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της ποιότητας στην υγεία είναι ο *Avedis Donabedian* ο οποίος διατύπωσε τρεις ορισμούς:

Ο πρώτος αναφέρεται στην βελτίωση της υγείας των ασθενών σύμφωνα με αυτό που είναι ιατρικώς δυνατό. Όταν η αξιολόγηση της ποιότητας λαμβάνει υπόψη τις ποικίλες επιθυμίες, προσδοκίες και αξίες των ασθενών, γίνεται αναφορά στον εξαιτομικευμένο ορισμό της ποιότητας της φροντίδας. Επειδή όμως η κατανομή των χρημάτων στο χώρο της υγείας είναι και κοινωνικά καθοριζόμενη, γεννάται ο τρίτος ορισμός, ο κοινωνικός ορισμός. Οι παράγοντες που περιλαμβάνονται στον κοινωνικό ορισμό είναι οι ίδιοι, όπως και στον εξαιτομικευμένο ορισμό, αλλά οι ποσότητες διαφέρουν. Πέρα από το συνολικό καθαρό όφελος για έναν ολόκληρο πληθυσμό, η κατανομή αυτού του όφελους αποκτά επίσης μεγάλη σπουδαιότητα. Είναι σαφής η διάκριση που γίνεται στους ορισμούς αναγνωρίζοντας τον απόλυτο, τον εξαιτομικευμένο και τον κοινωνικό ορισμό της ποιότητας. Γενικά για την ποιότητα αναφέρεται ότι συσχετίζεται με την τελειότητα ενός προϊόντος ή μιας σειράς δραστηριοτήτων που αποτελούν σύνθετη έννοια (*Roemer M.I. Montoya-Aguilar 1988*).

Συγκεκριμένα, για τις υπηρεσίες υγείας ο Thompson Re. (1980) όρισε την ποιότητα ως το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση του ιατρού στις ανάγκες του ασθενή, του κόστους και της αποτελεσματικότητας. Στο χώρο της υγείας η επιβίωση είναι κυρίαρχη ανάγκη αυτούπαρξής του όποιου συστήματος υγείας, σε σχέση τόσο με τον άμεσο ανταγωνισμό άλλων συστημάτων όσο κυρίως με την υποχρέωση ικανοποίησης του πελάτη-ασθενούς. Ένας άλλος ορισμός της ποιότητας που έχει δοθεί είναι:

Η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η ευαισθησία και η ανταπόκριση στη ζητούμενη μεταχείριση λόγω των συνθηκών που δημιουργεί η κατάσταση της ασθένειας και η ικανοποίηση του ασθενούς σε όλα τα επίπεδα διαδικασιών (*Αδαμαντίδου Γ. 2004*)



Αν λοιπόν η ποιότητα αποτελεί σήμερα το βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής, αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς για όλα τα αγαθά και υπηρεσίες που μπορεί να διατίθενται στην αγορά τότε πολύ μεγαλύτερη σημασία έχει αυτή η ποιότητα στις υπηρεσίες, οι οποίες επιδιώκουν την ικανοποίηση ζωτικών αναγκών του ανθρώπου όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι η ποιότητα είναι βασισμένη στον ασθενή. Ως γνωστόν, ο ασθενής δεν μπορεί να επικοινωνήσει ή να έρθει σε άμεση επαφή με τους υπεύθυνους της ποιότητας της υπηρεσίας υγείας.

Ο ασθενής ζητάει λοιπόν

- Φροντίδα για την επαναφορά σε αποδεκτό επίπεδο υγείας
- Επικοινωνία, πληροφόρηση για την αντιμετώπιση του προβλήματος
- Ένδειξη ενδιαφέροντος για την επίλυση των υφιστάμενων προβλημάτων

Στη διαχείριση της ποιότητας κυριαρχούν δύο βασικές αντιλήψεις που σχετίζονται με την ποιότητα στην τεχνική διάστασή της (technical art) και την ποιότητα στη διάσταση της τέχνης (art of care). Η τεχνική διάσταση αναφέρεται στην ελάρκεια της προληπτικής και θεραπευτικής διαδικασίας, ενώ η τέχνη της φροντίδας στο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας (Αδαμαντίδου Γ, 2004) Η εκτίμηση της φροντίδας υγείας περιλαμβάνει τον προσδιορισμό των αντικειμένων της φροντίδας υγείας, τη μέτρηση του βαθμού επίτευξης των αναμενόμενων αποτελεσμάτων και την εκτίμηση της έκτασης και των συνεπειών κάθε επιβλαβούς και χωρίς πρόθεση συνέπειας της παρέμβασης. Ειδικότερα οι εκτιμήσεις περιλαμβάνουν: εκτίμηση των ειδικών θεραπειών, εκτίμηση του πλαισίου φροντίδας για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, η εκτίμηση των οργανισμών και η εκτίμηση των συστημάτων υγείας.

Οι *Sizgia & Wood (1997)* αναφέρουν τρία κριτήρια με τα οποία μπορούν να κριθούν τα αποτελέσματα των θεραπειών και της φροντίδας υγείας: η αποτελεσματικότητα, αν η θεραπεία άλλαξε την φυσική εξέλιξη της νόσου προς το καλύτερο, η αποδοτικότητα, αν οι εισροές δικαιολογούν το αποτέλεσμα και η ισοτιμία αν υπάρχει δηλαδή ίση δυνατότητα πρόσβασης στη θεραπεία ή την υπηρεσία απ' όλο τον πληθυσμό. Ένα επιπλέον κριτήριο που προσθέτει ο *Doll (1983)* είναι αυτό της κοινωνική αποδοχής της θεραπευτικής παρέμβασης. Άλλες διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας είναι η προσπελασιμότητα, ο βαθμός διαθεσιμότητας σε σχέση με τον χρόνο και την απόσταση, η αποδοχή, η παροχή της φροντίδας με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιεί λογικές προσδοκίες των ασθενών, των προμηθευτών και των επαγγελματιών υγείας. Επίσης σημαντική διάσταση είναι η καταλληλότητα, η ανταπόκριση στις πραγματικές ανάγκες των ατόμων των οικογενειών τους και της κοινότητας (*Redjem & Norman 1990*) Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα καλής ποιότητας φροντίδας υγείας, η οποία να χαρακτηρίζεται τόσο από υψηλά τεχνικά επίπεδα όσο και από την ανθρώπινη σχέση μεταξύ του ασθενούς και του παρέχοντος την φροντίδα υγείας, όπως αρμόζει στις ανάγκες της υγείας του και όπως αυτή παρέχεται εντός ευλόγου χρόνου ανάλογα με τις ανάγκες αυτές (*Cohen R., Mariano W. Legal Guidebook in Mental Health. The Free Press N. York 1982*)



#### 2.2.4. Η διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Στη Διασφάλιση Ποιότητας, η έμφαση είναι κυρίως στο να παρακολουθείται αν η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται με σωστές διαδικασίες. Σε περίπτωση που δεν γίνεται οι διορθωτικές ενέργειες που εφαρμόζονται αποσκοπούν στη βελτίωση συγκεκριμένης απόδοσης ώστε να διασφαλίζονται καλύτερα αποτελέσματα στο μέλλον. Το βασικότερο και διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο είναι το ISO, οι δραστηριότητες του οποίου καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων πλην ηλεκτρολογικής και ηλεκτρονικής μηχανικής. Πέρα όμως από τα συστήματα ISO υπάρχουν και άλλα βραβεία όπως είναι το Malcolm-Baldrige. Σε αυτό το βραβείο δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην ικανοποίηση των ασθενών και στην μέτρηση της ποιότητας, μέσω των δεικτών αυτών. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα οικονομικό «εργαλείο» έρευνας αγοράς στον υγειονομικό τομέα. Στο πλαίσιο αυτό, διεξάγονται ολοένα και περισσότερες έρευνες ικανοποίησης των χρηστών.

Παράλληλα, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας σε περιπτώσεις που δείκτες ποιότητας, όπως τα ποσοστά θνησιμότητας και έκβασης του επιπέδου υγείας δεν μπορούν ή είναι πολύ δύσκολο να μετρηθούν, όπως για παράδειγμα στην ανακουφιστική φροντίδα (*Κοσταγιόλας Η., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2007) Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου*) Οι έρευνες ικανοποίησης συχνά μπορεί να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί επίσημης προβληματίων ποιότητας για τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας, σχετικά με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών. Ερευνητές τονίζουν τη σημασία των ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών για την αύξηση της αποδοτικότητας των παραγωγών στον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα. Όσον αφορά στο δημόσιο τομέα των υπηρεσιών υγείας, οι έρευνες ικανοποίησης δύνανται να εκφράσουν την άποψη των χρηστών πολιτών για την χάραξη, ανάπτυξη και εφαρμογή της πολιτικής υπηρεσιών υγείας (*Pollitt, E. (1989). Malnutrition and Infection in the Classroom, New York: UNESCO*). Υπό αυτήν την έννοια, οι έρευνες ικανοποίησης αποτελούν μια μορφή λογοδοσίας, ως προς την κοινωνική ευθύνη των παραγωγών υπηρεσιών υγείας (*Sureshchandar, G. S., Rajendran Ch., Anantharaman R.N. (2001). "A holistic model for total quality service", Int. J. of Serv. Ind. Man., 12(4): 378-412*)

Η εφαρμογή προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη και συναντάται κυρίως στον εργαστηριακό τομέα. Κάθε ασθενής αποτελεί μια διαφορετική και εξατομικευμένη περίπτωση, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολος – αν όχι αδύνατος – ο ακριβής προσδιορισμός των προδιαγραφών και απαιτήσεων του κλινικού ιατρικού έργου. Η εφαρμογή προγραμμάτων Διασφάλισης της Ποιότητας των δραστηριοτήτων διοικητικής, οικονομικής, τεχνικής και ξενοδοχειακής φύσης που αναπτύσσονται στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, παρ' όλο που δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη δυσκολία, δε φαίνεται από τη σχετική βιβλιογραφία να έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τους υπεύθυνους για τη λειτουργία τους.

Εν κατακλείδι, η εφαρμογή ενός προγράμματος Διασφάλισης της Ποιότητας δεν εγγυάται τη βελτίωση της ποιότητας. Εκείνο που διασφαλίζεται είναι ότι τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες θα έχουν την ποιότητα που προκαθορίζουν τα προκαθορισμένα αποδεκτά πρότυπά τους. Το ουσιαστικό όφελος για τον οργανισμό θα είναι η σταθερότητα της ποιότητας κι η αξιοπιστία των προϊόντων ή των υπηρεσιών του. *(Διπλωματική εργασία, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, μια θεωρητική προσέγγιση Κρητικός Ανδρέας)*

Σήμερα στον τομέα της Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, εμφανίζεται έντονη δραστηριότητα, καθώς πληθώρα επαγγελματικών και επιστημονικών ομάδων αναλύουν, τεκμηριώνουν και αξιολογούν τα συστήματα ποιότητας που χρησιμοποιούν και τα αναβαθμίζουν μέσα από μια διαδικασία διαρκούς βελτίωσης, σε όλα τα επίπεδα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Γενικά, οι προσπάθειες αυτές εστιάζουν κυρίως στη συλλογή και στην αξιολόγηση πληροφορίας που προκύπτει, στην ανάπτυξη μηχανισμών παρακολούθησης, πρόληψης και διορθωτικής παρέμβασης, καθώς και στην εκπόνηση κανόνων τυποποίησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Τα διεθνή πρότυπα ποιότητας έχουν αποτελέσει την βάση για την εκπόνηση κατευθυντηρίων γραμμών, στη βάση των οποίων μπορούν να υλοποιούνται πλήρη συστήματα ποιότητας, που αναφέρονται σε οριζόντιες υπηρεσίες υποστήριξης και διοίκησης - συνολικής και επιμέρους των λειτουργικών μονάδων (Ολική Διαχείριση Ποιότητας). Ο τομέας της παροχής διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη πρωτοκόλλων για τη διασφάλιση της ποιότητας.

Στο επίπεδο της άμεσης ιατρικής φροντίδας και διαγνωστικής και θεραπευτικής διαχείρισης του ασθενή, αναφερόμαστε πλέον σε διαδικασίες "ανάπτυξης ποιότητας" "βελτίωσης της ποιότητας" ή "διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας". Οι παραπάνω στόχοι υλοποιούνται με τη δημιουργία κλινικών οδηγιών μέσα από ευρείες διαδικασίες συναίνεσης, τον προσδιορισμό δεικτών ποιότητας και την σύνδεση τους με κλινικά αποτελέσματα καθώς και την ανταλλαγή πληροφοριών σε ευρεία κλίμακα στη βάση κλινικών πρωτοκόλλων. Ο τομέας ανάπτυξης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας σήμερα, παρουσιάζει μεγάλη κινητικότητα σε παγκόσμιο επίπεδο. Το κίνητρο μπορεί είναι είτε η επιβολή ρυθμιστικών διατάξεων που θέτουν απαιτήσεις για διαπίστευση των υπηρεσιών είτε η υιοθέτηση στρατηγικές επιβίωσης σε συνθήκες διαρκώς εντεινόμενου ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Οι προσεγγίσεις σε εθνικό επίπεδο ποικίλουν, καθώς τα συστήματα ποιότητας επηρεάζονται από παράγοντες σχετιζόμενους με τις δομές οργάνωσης των συστημάτων υγείας, τους τύπους νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τη φύση των υπηρεσιών καθώς και τις ασκούμενες πρακτικές κάθε κλινικού τομέα. Για' όλα αυτά, οι φυσικές αρχές που διέπουν τα συστήματα ποιότητας παραμένουν οι ίδιες. ([http://www.iatrika-xronika.gr/files/2002/2002\\_05\\_01.pdf](http://www.iatrika-xronika.gr/files/2002/2002_05_01.pdf))

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι απόψεις των χρηστών του Ι.Κ.Α. Τρίπολης έτσι ώστε να καταγραφούν όλοι οι παράγοντες που διαμορφώνουν το κλίμα της δυσαρέσκειας ή μη σε σχέση με την ποιότητα, την εξυπηρέτηση και την ικανοποίηση η οποία τους προσφέρεται. Για το σκοπό αυτό σχεδιάστηκαν ερωτηματολόγια κλειστού τύπου για εσωτερική χρήση. Η διερεύνηση προσδοκά να αναδείξει τα πιο σημαντικά ζητήματα που απασχολούν τους χρήστες, να αποκαλύψει λειτουργικά προβλήματα που δυσχεραίνουν την καθημερινή εξυπηρέτηση των χρηστών και να συνεισφέρει στην δημιουργία μιας στατιστικά συγκριτικής μεθόδου αξιολόγησης στο μέλλον.

Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για μία έρευνα που έχει ως σκοπό να εκτιμηθεί ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και να αξιολογηθεί περαιτέρω από τους ίδιους τους χρήστες το νοσηλευτικό ίδρυμα, να εντοπιστούν οι ελλείψεις αυτού και να αξιολογηθούν οι παρεχόμενες φροντίδες.

### **3.2 Ι.Κ.Α. Τρίπολης**

Το Ι.Κ.Α. Τρίπολης στεγάζεται σε καινούριο κτίριο από τον Ιούνιο του 2006. Σύμφωνα με στοιχεία της Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας ( Τμήμα Προγραμματισμού) οι οργανικές θέσεις γιατρών και οδοντιάτρων για τη ΝΜΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Τρίπολης είναι οι κάτωθι:

- 2 ακτινολόγοι
- 1 δερματολόγος
- 2 καρδιολόγοι
- 1 βιοπαθολόγος
- 2 νευρολόγοι
- 3 παιδίατροι
- 1 χειρουργός
- 3 οδοντίατροι
- 1 ουρολόγος
- 1 οφθαλμίατρος
- 1 ορθοπαιδικός
- 3 παθολόγοι
- 1 πνευμονολόγος
- 1 ΩΡΛ

Επιπλέον:

- 1 θέση Διευθύντη
- 1 θέση ελεγκτή
- 2 θέσεις Πλήρους και Αποκλειστικής Απασχόλησης Επιμελητών Β' με την ειδικότητα του παθολόγου ή γενικής ιατρικής.

Οι οργανικές θέσεις του υγειονομικού προσωπικού είναι οι ακόλουθες:

6 ΤΕ Νοσηλευτικής	1 ΤΕ Επισκεπτών Υγείας
4 ΔΕ Νοσηλευτικής	1 ΤΕ Φυσικοθεραπείας
1 ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων	1 ΤΕ Ραδιολογίας Ακτιν/γίας
1 ΔΕ Βοηθών Ιατρ/Βιολ/κιων Εργαστηρίων	1 ΔΕ Χειριστών Ιατρ. Συσκευών
1 ΔΕ Νοσοκ/μων Τραυματιοφορέων	1 ΔΕ Υπαλλήλων Φαρμακείου
1 ΠΕ Φαρμακοποιών	

Στο ισόγειο λειτουργεί ακτινολογικό εργαστήριο και υπέρηχοι καθώς και τα εξεταστήρια: χειρουργικό, παθολογικό, παιδιατρικό, καρδιολογικό, ορθοπαιδικό, παιδοδοντικό, και γυναικολογικό. Στον 1<sup>ο</sup> όροφο λειτουργεί μικροβιολογικό εργαστήριο καθώς και τα εξεταστήρια: οφθαλμολογικό, πνευμονολογικό, δερματολογικό, ψυχιατρικό, ρευματολογικό, γαστρεντερολογικό, ουρολογικό, γυναικολογικό, και Ω.Ρ.Λ.

Το Ι.Κ.Α. Τρίπολης εξυπηρετεί όλο τον Νομό Αρκαδίας, ενώ υπάρχουν παραρτήματα στην Μεγαλόπολη και τοπικές μονάδες υγείας στο Λεωνίδιο, στο Άστρος και στα Τρόπαια. Ετησίως εξυπηρετεί και περιβάλλει περίπου 55.000 χρήστες (Ι.Κ.Α. Τρίπολης)

### **3.3 Μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας.**

Η διερεύνηση ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 2011 και ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο του 2011. Πραγματοποιήθηκε, κάθε δεύτερη Δευτέρα, στους χώρους αναμονής του Ι.Κ.Α. Τρίπολης με απόλυτο σεβασμό στους χρήστες και μετά από έγγραφη κοινοποίηση προς το υποκατάστημα για την διεξαγωγή της έρευνας. Πριν από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ο κάθε χρήστης ενημερωνόταν για το σκοπό και τον φορέα διεξαγωγής της έρευνας.

#### **3.3.1 Εργαλεία της έρευνας.**

Για την διερεύνηση των απόψεων των χρηστών επιλέχθηκε ένα τυχαίο δείγμα 100 ατόμων με κριτήρια αφενός την συναίνεσή τους κατόπιν ενημέρωσής τους για το είδος της έρευνας και αφετέρου την ικανότητά επικοινωνίας. Όλοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια κλειστού τύπου για την ποιότητα και την συχνότητα της χρήσης των υπηρεσιών που έλαβαν από το Ι.Κ.Α. Τρίπολης..

Το ερωτηματολόγιο προέκυψε από βιβλιογραφική ανασκόπηση και επιτόπια παρατήρηση. Δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή έτσι ώστε να περιέχει σαφείς και κατανοητές ερωτήσεις καθώς και να αποφευχθούν εκείνες που έχουν διπλό θέμα δηλαδή που ουσιαστικά

θέτουν ταυτόχρονα δύο ερωτήματα. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις οι οποίες δομήθηκαν σε 6 βασικές κατηγορίες ερωτήσεων που αφορούν:

- Γενικά στοιχεία χρηστών.
- Ερωτήσεις που αφορούν στην προσέλευση στο Ι.Κ.Α.
- Ερωτήσεις που αφορούν στο Νοσηλευτικό προσωπικό.
- Ερωτήσεις που αφορούν στο Ιατρικό προσωπικό .
- Ερωτήσεις σχετικά με την ξενοδοχειακή υποδομή του Ι.Κ.Α Τρίπολης.
- Ερωτήσεις που αφορούν σε διαδικασίες διαχείρισης των χρηστών

Επίσης στο τέλος κάθε ερωτηματολογίου έχει δοθεί χώρος για την καταγραφή επιπρόσθετων σχολίων ή παρατηρήσεων ή απόψεων των χρηστών οι οποίες δεν εκφράζονται μέσω των ερωτήσεων. Τα ερωτηματολόγια δίνουν την δυνατότητα στον χρήστη να απαντήσει υποκειμενικά με βάση τις εμπειρίες του και την παροχή φροντίδας και εξυπηρέτησης που έχει λάβει και να αξιολογήσει τελικά όλες εκείνες τις υπηρεσίες των οποίων είναι ο τελικός υποδέκτης. Η μέθοδος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου με τη προσωπική συνέντευξη προτιμήθηκε από την ταχυδρομική αποστολή ή την τηλεφωνική επικοινωνία, οι οποίες απορρίφθηκαν επειδή αφενός προαιτούν πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα και αφετέρου λόγω της αυξημένης πιθανότητας να υπάρξει χαμηλή ανταπόκριση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.

### **3.3.2 Συμπλήρωση των ερωτηματολογίων**

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε είτε:

- Από τους ίδιους τους ασθενείς
- Από τον ερευνητή για όσους ασθενείς δεν μπορούσαν να το συμπληρώσουν οι ίδιοι, είτε επειδή ήταν ηλικιωμένοι και δεν μπορούσαν να το συμπληρώσουν μόνοι τους, είτε επειδή είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και απαιτούταν η συνδρομή του ερευνητή.

Ως κατάλληλος χώρος για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων επιλέχθηκαν οι χώροι αναμονής του Ι.Κ.Α. Τρίπολης χωρίς να προκληθεί κάποια δυσάρεστη καθυστέρηση σε προγραμματισμένο ραντεβού ασθενούς.

### **3.3.3. Καταχώρηση και επεξεργασία δεδομένων**

Η καταχώρηση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων έγινε στο πρόγραμμα Excel ώστε να είναι εφικτή η κατάλληλη, περαιτέρω επεξεργασία τους.

### **3.3.4. Περιορισμοί της έρευνας**

Τέλος, η τελική μορφή του ερωτηματολογίου διαμορφώθηκε μετά από την μη έγκριση από το ΙΚΑ δύο επιπλέον παραγράφων που αφορούσαν την υπηκοότητα και το επάγγελμα των ερωτώμενων ασθενών του Ι.Κ.Α. Τρίπολης



### 3.4 Χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων-χρηστών του Ι.Κ.Α. Τρίπολης

#### 3.4.1 Η ηλικία του δείγματος

Παρατηρούμε ότι το δείγμα αποτελείται από όλες τις ηλικίες ( από 1-75 και άνω) το οποίο χωρίστηκε στις κατηγορίες 1-18, 19-35, 35-50, 50-75, 75 και άνω. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι ηλικίας 35-50 ετών (32.6%) και το μικρότερο από 75 και άνω ετών (10.9%). Όλες οι κατηγορίες ηλικιών εκπροσωπούνται ώστε να υπάρχει αντικειμενικότητα και αξιοπιστία.

#### 3.4.2. Το φύλο του δείγματος

Η αναλογία του δείγματος σχετικά με το φύλο είναι σχεδόν μοιρασμένη. Το 47,4% αντιστοιχεί σε άνδρες ενώ το 52,6% αντιστοιχεί σε γυναίκες. Η διαφορά είναι ελάχιστη. Φαίνεται ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας χωρίς όμως να μπορεί να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα λόγω της πολύ μικρής διαφοράς.

#### 3.4.3 Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος

Οι παντρεμένοι/ες καταλαμβάνουν το 65,2% των ερωτηθέντων-χρηστών. Αντίστοιχα οι ανύπαντροι/ες το 18,5%, οι χήροι/ες το 8,4% και οι διαζευγμένοι/ες το 7,9%. Παρατηρούμε ότι το ποσοστό των παντρεμένων είναι κατά πολύ μεγαλύτερο από τα ποσοστά των υπόλοιπων κατηγοριών. Η αντιπροσώπευση των παντρεμένων είναι μεγαλύτερη γιατί οι ανάγκες υγείας των παντρεμένων είναι διαφορετικές από τις υπόλοιπες κατηγορίες.

#### 3.4.4 Γραμματικές γνώσεις του δείγματος.

Το στοιχείο των γραμματικών γνώσεων έχει χωριστεί σε πέντε κατηγορίες: δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, ανώτατη εκπαίδευση και κάτοχος μεταπτυχιακού. Παρατηρούμε ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό 9,7% έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό ενώ το 28,6% έχουν λάβει εκπαίδευση πέρα από το λύκειο.

#### 3.4.5. Περιοχή διαμονής του δείγματος

Η περιοχή διαμονής κατηγοριοποιήθηκε ως εξής: αστική, ημιαστική και αγροτική. Το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί σε αγροτική περιοχή ( 45%) ενώ η αστική αντιστοιχεί στο 39,4 %.

### 3.5 Ανάλυση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του δείγματος

#### 3.5.1. Αξιολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού (πίνακες 2 α έως 2 ε)

##### Α) Ηλικία

Το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης εκφράζεται στην ηλικία από 35-50 ετών με ποσοστό 20,6% και το μικρότερο στην ηλικία από 75 ετών και άνω με ποσοστό 1,9%. Αντιστοίχως το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας εκφράζεται στην ηλικία 35-50 ετών με ποσοστό 4,8% και το μικρότερο στην ηλικία 75 ετών και άνω με μόλις 0,9%. Επίσης παρατηρούμε ότι ένα ποσοστό συνολικά 23% αντιστοιχεί στην κατηγορία δεν γνωρίζω, δεν απαντώ πιθανόν να εκφράζεται από συνοδούς ή από χρήστες με μικρή μέχρι τώρα συμμετοχή οι οποίοι δεν έχουν διαμορφώσει πλήρως άποψη.

##### Β) Φύλο

Σε αυτήν την κατηγορία φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης εκφράζεται στους άνδρες με ποσοστό 31,8% σε αντίθεση με τις γυναίκες 26,7%. Ως προς την δυσαρέσκεια παρατηρούμε ισόποσα ποσοστά της τάξης των 4,9%.

##### Γ) Οικογενειακή κατάσταση

Σε αυτή την κατηγορία διακρίνεται το πιο υψηλό ποσοστό ικανοποίησης 35,7% στους παντρεμένους/ες και το πιο χαμηλό ποσοστό στους διαζευγμένους/ες με 5,1%. Το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας 9,8% αφορά επίσης στους παντρεμένους/ες και το χαμηλότερο 0,2% στους χήρους/ες.

##### Δ) Γραμματικές γνώσεις

Αναφορικά με την κατηγορία των γραμματικών γνώσεων το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης παρατηρείται στους απόφοιτους γυμνασίου 25,6% και το μικρότερο στους κατόχους μεταπτυχιακού με 1,4%. Παρατηρούμε επίσης ότι πιο δυσαρεστημένοι εμφανίζονται οι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης με ποσοστό 5,1%.

##### Ε) Περιοχή διαμονής

Σχετικά με την περιοχή διαμονής το πιο υψηλό ποσοστό ικανοποίησης παρουσιάζεται στους διαμένοντες σε αστική περιοχή με 22,4% ενώ ταυτόχρονα σε αυτήν την κατηγορία παρουσιάζεται και το πιο υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας 8,9%. Το πιο χαμηλό ποσοστό δυσαρέσκειας παρουσιάζεται στους διαμένοντες σε ημιαστική περιοχή.

### 3.3.2 Αξιολόγηση Ψυχρικού προφίλτικού (πίνακες 3 α έως 3 ε)

#### Α) Ηλικία

Το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης παρατηρείται στην ηλικία από 35-50 ετών με ποσοστό 19,8% και το μικρότερο στην ηλικία από 75 ετών και άνω με ποσοστό 1,9%. Αντιστοίχως το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας εκφράζεται στην ηλικία 19-35 ετών με ποσοστό 7% και το μικρότερο στην ηλικία 75 ετών και άνω με μόλις 0,2%.

#### Β) Φύλο

Σε αυτήν την κατηγορία το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης εκφράζεται στους άνδρες με ποσοστό 30,5% σε αντίθεση με τις γυναίκες 28,2%. Ως προς την δυσαρέσκεια παρατηρούμε με πολύ μικρή διαφορά 0,2% να είναι πιο δυσαρεστημένοι επίσης οι άνδρες.

#### Γ) Οικογενειακή κατάσταση

Παρατηρούμε ότι το πιο υψηλό ποσοστό ικανοποίησης 35,5% αντιστοιχεί στους παντρεμένους/ες και το πιο χαμηλό ποσοστό στους διαζευγμένους/ες με 5%. Το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας 9,5% αφορά επίσης στους παντρεμένους/ες και το χαμηλότερο 0,4% στους χήρους/ες. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό 10% των παντρεμένων δεν απαντά, δεν γνωρίζει.

#### Δ) Γραμματικές γνώσεις

Το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην κατηγορία ικανοποίησης αποφοίτων γυμνασίου με ποσοστό 25,9%. Ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου με ποσοστό ικανοποίησης 10,8% ενώ το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης εκφράζεται από τους χρήστες ανώτατης εκπαίδευσης με ποσοστό 2,1%. Το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας 5,5% ανήκει στους έχοντες ανώτατη εκπαίδευση και το χαμηλότερο στους απόφοιτους δημοτικού 1,5%.

#### Ε) Περιοχή διαμονής

Αναφορικά με την περιοχή διαμονής το πιο υψηλό ποσοστό ικανοποίησης παρουσιάζεται στους διαμένοντες σε αστική περιοχή με 20,8% ενώ ταυτόχρονα σε αυτήν την κατηγορία παρουσιάζεται και το πιο υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας 8,9%. Ακολουθεί με μικρή διαφορά η κατηγορία που διαμένει σε αγροτική περιοχή με ποσοστό ικανοποίησης 18,2%. Το πιο χαμηλό ποσοστό δυσαρέσκειας παρουσιάζεται στους διαμένοντες σε ημιαστική περιοχή.

### 3.5.3 Αξιολόγηση Ψυχογενεακής υλοποίησης (πίνακας 4 α έως 4 ε)

#### Α) Ηλικία

Σε αυτήν την κατηγορία το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης παρουσιάζεται στην ηλικία 35-50 ετών με ποσοστό 20,2% ακολουθεί η ηλικία 19-35 ετών με 15,6% με το πιο χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης να εμφανίζεται στην ηλικία 75 ετών και άνω με 3,8%. Τα ποσοστά δυσαρέσκειας είναι γενικά χαμηλά με το υψηλότερο να εμφανίζεται στην ηλικία 19-35 ετών 5,2%.

#### Β) Φύλο

Σχετικά με το φύλο, το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης εκφράζεται από τους άνδρες με 34,2% σε αντίθεση με τις γυναίκες που εμφανίζονται ικανοποιημένες κατά 29,5%. Τα ποσοστά δυσαρέσκειας επίσης είναι για τους άνδρες 4% και για τις γυναίκες 3,5%.

#### Γ) Οικογενειακή κατάσταση

Οι παντρεμένοι/ες αυτής της κατηγορίας κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης με 35,7% και το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας με 9,5% συγκριτικά με τις υπόλοιπες καταστάσεις. Το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης εμφανίζεται στην κατηγορία των διαζευγμένων με 5,5%.

#### Δ) Γραμματικές γνώσεις

Σε αυτή την κατηγορία το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης αναφέρεται στην κατηγορία των αποφοίτων γυμνασίου με 25,9% και το χαμηλότερο 4,3% στους κατόχους μεταπτυχιακού. Επίσης το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας 5,5% εμφανίζεται στην περίπτωση των απόφοιτων ανώτατης εκπαίδευσης.

#### Ε) Περιοχή διαμονής

Οι διαμένοντες σε αστική περιοχή εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι με 24,8% ακολουθούν οι διαμένοντες σε αγροτική περιοχή με 21,9% και τέλος οι διαμένοντες σε ημιαστική περιοχή με 11,5%. Πιο δυσαρεστημένοι παρουσιάζονται οι κάτοικοι αστικής και αγροτικής περιοχής με τα παραπλήσια ποσοστά 8,5% και 8,4% αντίστοιχα.

### 3.5.4 Αξιολόγηση Οργάνωσης ημέρας (πίνακες 5 α έως 5 ε)

#### Α) Ηλικία

Σε επίπεδο οργάνωσης ημέρας πιο ικανοποιημένη παρουσιάζεται η ηλικία 35-50 ετών με 17.2%, ακολουθεί με 15,8% η ηλικία 19-35 ετών και λιγότερο ικανοποιημένη είναι η ηλικία 75 ετών και άνω με 5,9%. Πιο δυσαρεστημένη είναι επίσης η ηλικία 35-50 ετών με ποσοστό 9,4%.

#### Β) Φύλο

Σε αυτήν την κατηγορία το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης εκφράζεται στους άνδρες με ποσοστό 30,2% με μικρή διαφορά από τις γυναίκες 29,5%. Ως προς την δυσαρέσκεια παρατηρούμε πολύ μικρή διαφορά με τις γυναίκες να είναι πιο δυσαρεστημένες με 10,5%.

#### Γ) Οικογενειακή κατάσταση

Σε αυτή την κατηγορία διακρίνεται το πιο υψηλό ποσοστό ικανοποίησης 38,7% στους παντρεμένους/ες και το πιο χαμηλό ποσοστό στους διαζευγμένους/ες με 5%. Το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας 19,5% αφορά επίσης στους παντρεμένους/ες και το χαμηλότερο στους χήρους/ες και στους διαζευγμένους/ες 1,5%.

#### Δ) Γραμματικές γνώσεις

Το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην κατηγορία ικανοποίησης αποφοίτων γυμνασίου με ποσοστό 25,8%. Ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου με ποσοστό ικανοποίησης 10% ενώ το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης εκφράζεται από τους κατόχους μεταπτυχιακού με ποσοστό 4,3%. Το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας 8,4% ανήκει στους έχοντες ανώτατη εκπαίδευση και το χαμηλότερο στους απόφοιτους δημοτικού 2,5%.

#### Ε) Περιοχή διαμονής

Σχετικά με την περιοχή διαμονής το πιο υψηλό ποσοστό ικανοποίησης παρουσιάζεται στους διαμένοντες σε αστική περιοχή με 24,8% ενώ στην κατηγορία της αγροτικής περιοχής παρουσιάζεται το πιο υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας 13,5%. Το πιο χαμηλό ποσοστό δυσαρέσκειας παρουσιάζεται στους διαμένοντες σε ημιαστική περιοχή με 4%.



### 3.5.5 Αξιολόγηση Μηχανισμού εξυπηρέτησης (πίνακες 6 α έως 6 ε)

#### Α) Ηλικία

Το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης παρατηρείται στην ηλικία από 35-50 ετών με ποσοστό 17,2% και το μικρότερο στην ηλικία από 75 ετών και άνω με ποσοστό 5,8%. Ακολούθως το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας εκφράζεται στην ηλικία 19-35 ετών με ποσοστό 9,4% και το μικρότερο στην ηλικία 75 ετών και άνω με μόλις 1,8%.

#### Β) Φύλο

Σε αυτήν την κατηγορία το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης εκφράζεται στις γυναίκες με ποσοστό 29,5% σε αντίθεση με τους άνδρες που κατέχουν ποσοστό 25,2%. Ως προς την δυσαρέσκεια παρατηρούμε με πολύ μικρή διαφορά να είναι πιο δυσαρεστημένες επίσης οι γυναίκες.

#### Γ) Οικογενειακή κατάσταση

Σε αυτή την κατηγορία διακρίνεται το πιο υψηλό ποσοστό ικανοποίησης 35,7% στους παντρεμένους/ες και το πιο χαμηλό ποσοστό στους διαζευγμένους/ες με 5,2%. Το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας 22,5% αφορά επίσης στους παντρεμένους/ες και το χαμηλότερο στους χήρους/ες και στους διαζευγμένους/ες με 1,5%.

#### Δ) Γραμματικές γνώσεις

Το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται στην κατηγορία ικανοποίησης αποφοίτων γυμνασίου με ποσοστό 21,9%. Ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου με ποσοστό ικανοποίησης 11,8% ενώ το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης εκφράζεται από τους χρήστες ανώτατης εκπαίδευσης με ποσοστό 3,5%. Το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας 11,8% ανήκει στους έχοντες ανώτατη εκπαίδευση και το χαμηλότερο στους απόφοιτους δημοτικού 2,5%.

#### Ε) Περιοχή διαμονής

Αναφορικά με την περιοχή διαμονής το πιο υψηλό ποσοστό ικανοποίησης παρουσιάζεται στους διαμένοντες σε αγροτική περιοχή με 21,9% ενώ ταυτόχρονα σε αυτήν την κατηγορία παρουσιάζεται και το πιο υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας 14,7%. Ακολουθεί με μικρή διαφορά η κατηγορία που διαμένει σε αστική περιοχή με ποσοστό ικανοποίησης 20,8%. Το πιο χαμηλό ποσοστό δυσαρέσκειας παρουσιάζεται στους διαμένοντες σε ημιαστική περιοχή με 7,1%.

### 3.5.6 Αξιολόγηση Διοικητικών υπηρεσιών (πίνακες 7 α έως 7 ε)

#### Α) Ηλικία

Σε αυτήν την κατηγορία το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης παρουσιάζεται στην ηλικία 35-50 ετών με ποσοστό 17.1% ακολουθεί η ηλικία 19-35 ετών με 16.5% με το πιο χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης να εμφανίζεται στην ηλικία 75 ετών και άνω με 3.8%. Τα ποσοστά δυσαρέσκειας είναι γενικά χαμηλά με το υψηλότερο να εμφανίζεται στην ηλικία 35-50 ετών 13.4%.

#### Β) Φύλο

Σχετικά με το φύλο, το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης εκφράζεται από τις γυναίκες με 29.7% σε αντίθεση με τους άνδρες που εμφανίζονται ικανοποιημένοι κατά 26.6%. Τα ποσοστά δυσαρέσκειας επίσης είναι για τους άνδρες 17% και για τις γυναίκες 16.6%.

#### Γ) Οικογενειακή κατάσταση

Οι παντρεμένοι/ες αυτής της κατηγορίας κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης με 37.7% και το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας με 20.5% συγκριτικά με τις υπόλοιπες καταστάσεις. Το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης εμφανίζεται στην κατηγορία των διαζευγμένων με 3.2%.

#### Δ) Γραμματικές γνώσεις

Σε αυτή την κατηγορία το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης αναφέρεται στην κατηγορία των αποφοίτων γυμνασίου με 18.9% και το χαμηλότερο 3.8% στην ανώτατη εκπαίδευση. Επίσης το υψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας 15.3% εμφανίζεται στην περίπτωση των απόφοιτων γυμνασίου.

#### Ε) Περιοχή διαμονής

Οι διαμένοντες σε αστική περιοχή εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι με 20.8% ακολουθούν οι διαμένοντες σε αγροτική περιοχή με 21.9% και τέλος οι διαμένοντες σε ημιαστική περιοχή με 7.3%. Πιο δυσαρεστημένοι παρουσιάζονται οι κάτοικοι αστικής και αγροτικής περιοχής με τα παραπλήσια ποσοστά 14.7% και 14.6% αντίστοιχα.

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ από το νέο ΙΚΑ Τρίπολης**

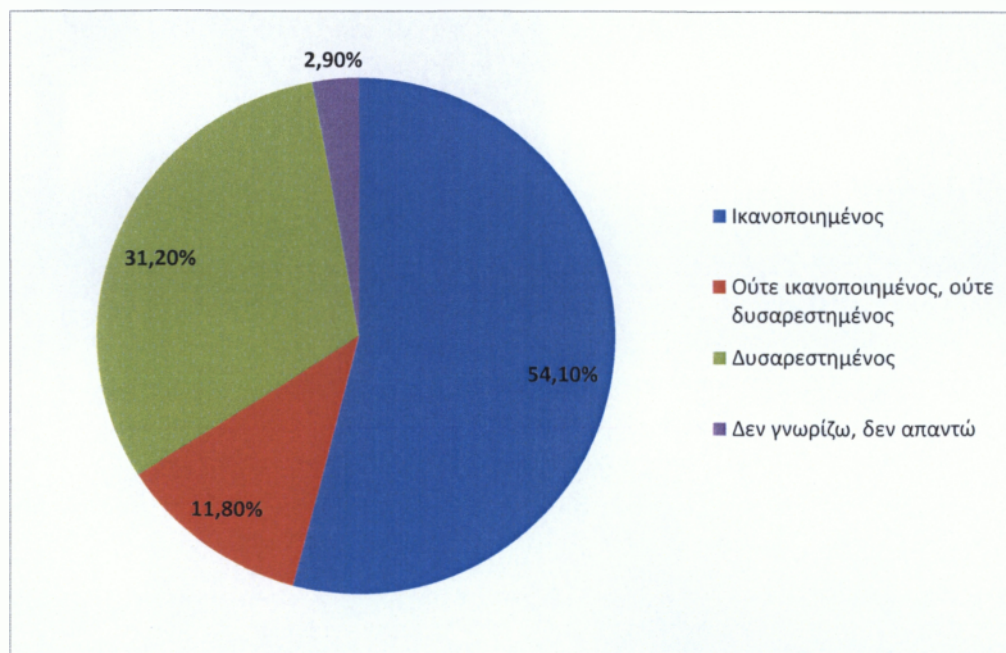
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών								Μ. Ο. %
		Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	Ξενοδοχειακή Υποδομή (Καθαριότητα, χώροι υγιεινής)	Χώροι στάθμευσης	Οργάνωση ημέρας	Γενικά από την παραμονή σας	Μηχανισμός εξοπλήτσης	Διοικητικές Υπηρεσίες	
		<b><u>ΗΣΗΣ</u></b>								
1.	Ικανοποιημένος	54,1	55,3	52,6	49,9	48,7	50,5	48,1	46,2	50,7
2.	Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσανεστημένος	11,8	11,4	12,3	12,5	13,1	12,8	11,9	13,7	12,4
3.	Δυσανεστημένος	31,2	30,5	29,5	30,5	32,1	33,6	32,4	34,2	31,9
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	2,9	2,8	5,6	3,5	6,1	3,1	7,6	5,9	4,6
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

## ΠΙΝΑΚΕΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

### ΠΙΝΑΚΑΣ α - ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

1.	Ικανοποιημένος	54,1%
2.	Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	11,8%
3.	Δυσαρεστημένος	31,2%
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	2,9%

Παρατηρούμε ότι το ποσοστό ικανοποίησης αγγίζει το 54,1% ενώ αυτό της δυσαρέσκειας το 31,2%. Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος δηλώνει το 11,8%.

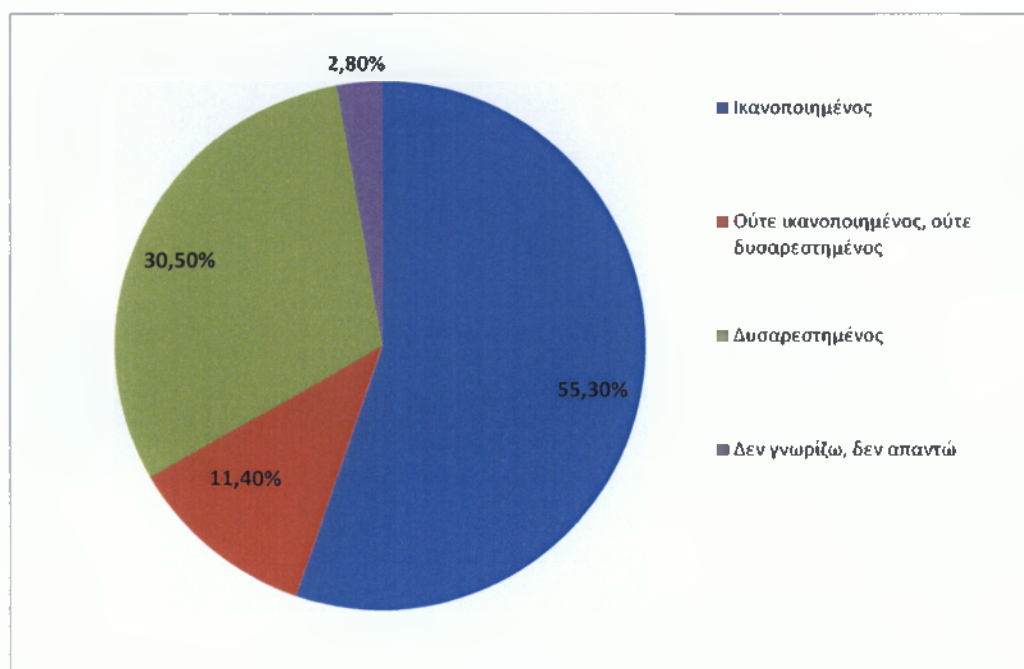




## ΠΙΝΑΚΑΣ β-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

1.	Ικανοποιημένος	55,30%
2.	Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	11,40%
3.	Δυσαρεστημένος	30,50%
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	2,80%

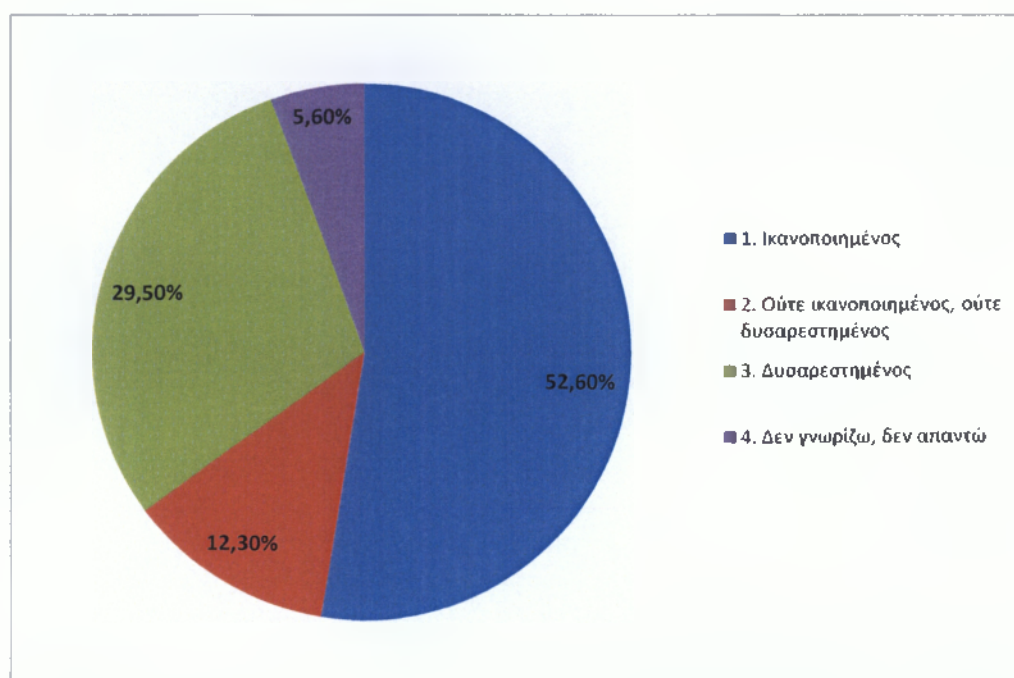
Παρατηρούμε ότι το ποσοστό ικανοποίησης αγγίζει το 55,3% ενώ αυτό της δυσαρέσκειας το 30,5%. Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος δηλώνει το 11,4%.



## ΠΙΝΑΚΑΣ γ – ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

1.	Ικανοποιημένος	52,60%
2.	Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	12,30%
3.	Δυσανεστημένος	29,50%
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	5,60%

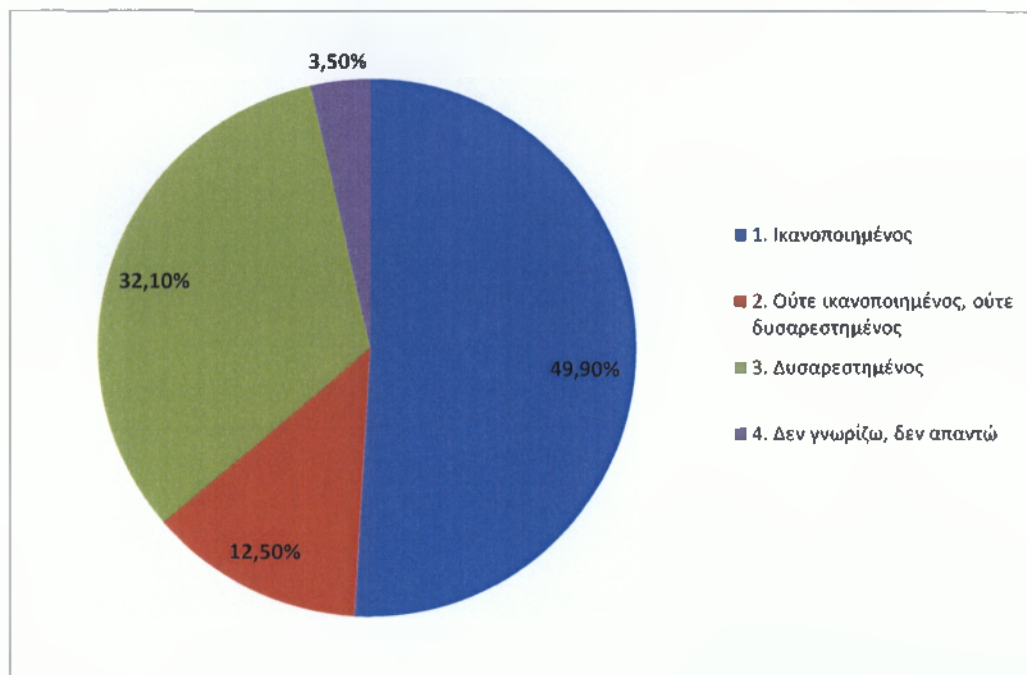
**Παρατηρούμε ότι το ποσοστό ικανοποίησης αγγίζει το 52,6% ενώ αυτό της δυσαρέσκειας το 29,5%. Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος δηλώνει το 12,3%.**



## ΠΙΝΑΚΑΣ δ – ΧΩΡΟΙ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ

1.	Ικανοποιημένος	49,90%
2.	Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	12,50%
3.	Δυσαρεστημένος	32,10%
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	3,50%

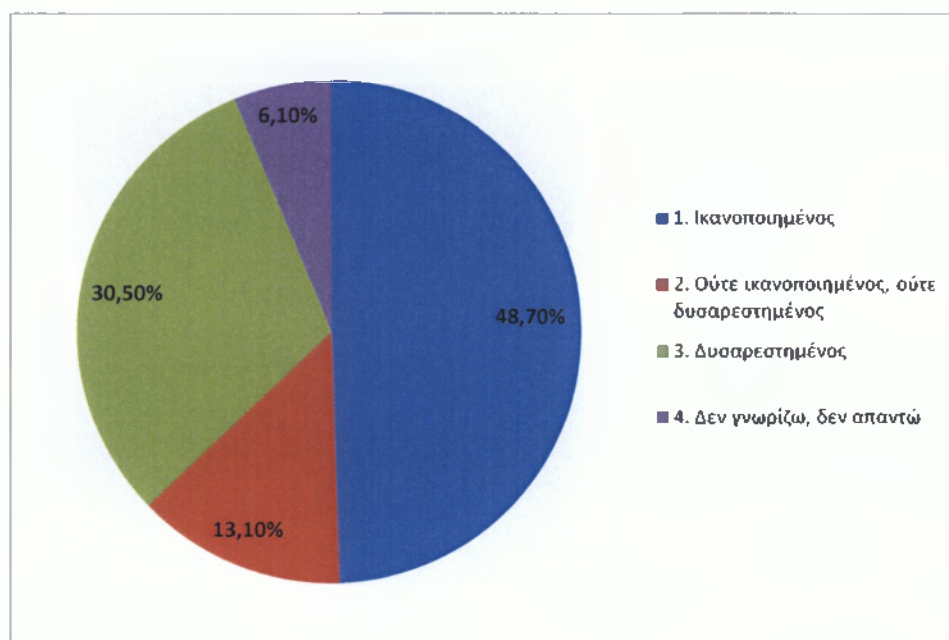
Παρατηρούμε ότι το ποσοστό ικανοποίησης αγγίζει το 49,9% ενώ αυτό της δυσαρέσκειας το 32,1%. Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος δηλώνει το 12,5%.



## ΠΙΝΑΚΑΣ ε – ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΗΜΕΡΑΣ

1.	Ικανοποιημένος	48,70%
2.	Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	13,10%
3.	Δυσαρεστημένος	30,50%
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6,10%

**Παρατηρούμε ότι το ποσοστό ικανοποίησης αγγίζει το 48,7% ενώ αυτό της δυσαρέσκειας το 30,5%. Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος δηλώνει το 13,1%.**

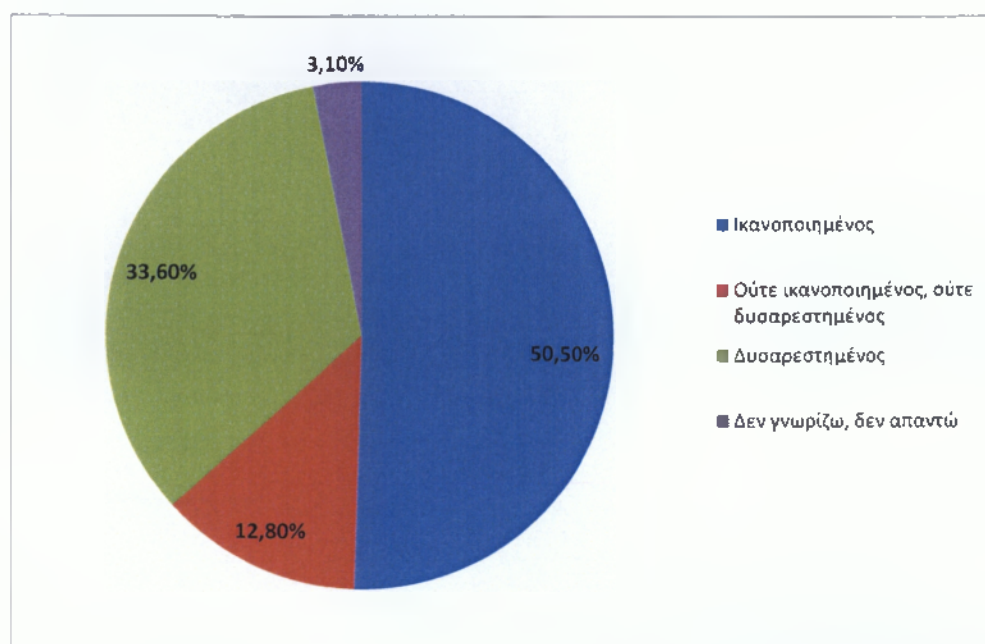




## ΠΙΝΑΚΑΣ στ- ΓΕΝΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΑΣ

1.	Ικανοποιημένος	50,5%
2.	Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	12,8%
3.	Δυσαρεστημένος	33,6%
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	3,1%

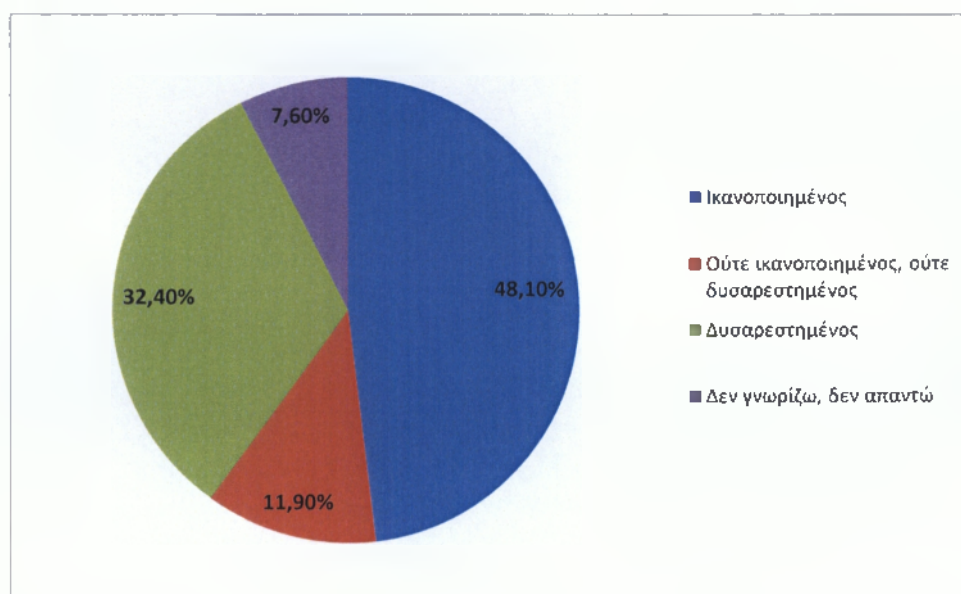
Παρατηρούμε ότι το ποσοστό ικανοποίησης αγγίζει το 50,5% ενώ αυτό της δυσαρέσκειας το 33,6%. Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος δηλώνει το 12,8%.



## ΠΙΝΑΚΑΣ ζ– ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ

1.	Ικανοποιημένος	48,1%
2.	Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	11,9%
3.	Δυσαρεστημένος	32,4%
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	7,6%

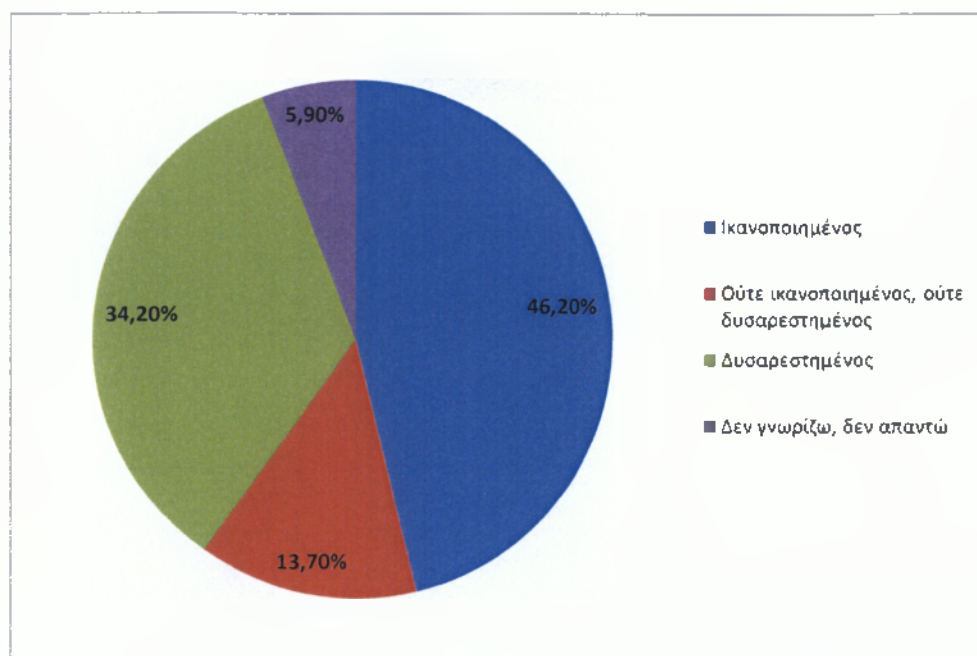
Παρατηρούμε ότι το ποσοστό ικανοποίησης αγγίζει το 48,1% ενώ αυτό της δυσαρέσκειας το 32,4%. Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος δηλώνει το 11,9%.



## ΠΙΝΑΚΑΣ η – ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

1.	Ικανοποιημένος	46,20%
2.	Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος	13,70%
3.	Δυσαρεστημένος	34,20%
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	3,10%

Παρατηρούμε ότι το ποσοστό ικανοποίησης αγγίζει το 46,2% ενώ αυτό της δυσαρέσκειας το 34,2%. Ούτε ικανοποιημένος, ούτε δυσαρεστημένος δηλώνει το 13,7%.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Παρατηρώντας τα αποτελέσματα προκύπτει μια σειρά συμπερασμάτων για την αντίληψη των χρηστών του Ι.Κ.Α Τρίπολης. Κατά μέσο όρο η ικανοποίηση των χρηστών υγείας φτάνει το ανησυχητικό ποσοστό του 50,7% ενώ σε αρκετά υψηλά επίπεδα κυμαίνεται και το ποσοστό δυσαρέσκειας που αγγίζει το 31,9%.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας εμφανίζεται στην κατηγορία των διοικητικών υπηρεσιών και το μικρότερο στην κατηγορία της οργάνωσης της ημέρας.
- Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο είναι ότι σε όλα τα επίπεδα τα μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας στην κατηγορία της ηλικίας εκφράζονται από 75 ετών και άνω, που σημαίνει ότι πιο ταλαιπωρημένοι αισθάνονται οι ηλικιωμένοι, ενώ στην κατηγορία των γραμματικών γνώσεων εκφράζεται δυσαρέσκεια στο μεγαλύτερο ποσοστό από απόφοιτους ανώτατης εκπαίδευσης ή κατόχους μεταπτυχιακού. Διαφαίνεται ότι η επιπλέον εκπαίδευση θέτει τον πήχη υψηλότερα και μεγαλώνει τις απαιτήσεις.
- Ως προς το ιατρικό προσωπικό το ποσοστό ικανοποίησης αγγίζει το 54,1% ενώ το αντίστοιχο της δυσαρέσκειας το 31,2%
- Αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζεται ποσοστό ικανοποίησης 55,3% ενώ οι δυσαρεστημένοι φτάνουν το 30,5%.
- Διαφαίνεται ως προς την ξενοδοχειακή υποδομή ένα ποσοστό ικανοποίησης 52,6% ενώ ελαφρώς μικρότερο είναι το ποσοστό δυσαρέσκειας 29,5% από τις προαναφερθείσες κατηγορίες.
- Σχετικά με τους χώρους στάθμευσης οι ικανοποιημένοι φτάνουν το 49,9% και οι δυσαρεστημένοι το 32,1%.
- Ως προς την οργάνωση της ημέρας 48,7% δηλώνουν ικανοποιημένοι ενώ 30,5% δυσαρεστημένοι.
- Αρκετά υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας παρουσιάζεται για τον μηχανισμό εξυπηρέτησης 32,4% ενώ το 48,1% εμφανίζεται ικανοποιημένο.
- Τέλος στις διοικητικές υπηρεσίες εμφανίζεται ποσοστό ικανοποίησης 46,2% και ποσοστό δυσαρέσκειας 34,2%.



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Όσο αφορά το ιατρικό προσωπικό το ποσοστό ικανοποίησης φτάνει το 54,1% ενώ αρκετά υψηλό είναι και το ποσοστό δυσαρέσκειας για το ιατρικό προσωπικό 31,2%. Λαμβάνοντας υπόψη τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού που εργάζονται στο Ι.Κ.Α. Τρίπολης μια πρόταση μπορεί να αποτελεί η επιπλέον στελέχωση του προσωπικού ώστε να εξυπηρετούνται καλύτερα οι πολίτες. Επίσης εκτιμώ ότι θα πρέπει να πραγματοποιούνται σεμινάρια ιατρικής φύσεως για την δια βίου εκπαίδευση των ιατρών ώστε να ενημερώνονται και να χρησιμοποιούν σύγχρονες μεθόδους άσκησης του Ιατρικού τους επαγγέλματος.
- Σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό τα ποσοστά κυμαίνονται σε όμοια επίπεδα. Το ποσοστό ικανοποίησης αγγίζει το 55,3% ενώ το ποσοστό δυσαρέσκειας το 30,5%. Και στην περίπτωση του νοσηλευτικού προσωπικού εκτιμώ ότι προέχει η αντιμετώπιση της έλλειψης στελέχωσης είτε αφορά οργανικές θέσεις είτε μόνιμες με εξειδικευμένο προσωπικό. Η διαρκής ενημέρωση, η προσφορά κινήτρων (ηθικές ανταμοιβές) μπορεί να δράσει θετικά στην αποδοτικότητα και άρα να αυξήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Σχετικά με την ξενοδοχειακή υποδομή τα ποσοστά ικανοποίησης αγγίζουν το 52,6% και της δυσαρέσκειας, 29,5%. Η συνεχής μείωση των κονδυλίων καθώς και η έλλειψη προσωπικού καθαριότητας δυσχεραίνει την κατάσταση. Θεωρώ ότι η άσκηση πίεσης προς τους αρμόδιους φορείς μέσω οργανωμένων και ολοκληρωμένων προτάσεων καθώς και η καλύτερη διαχείριση των πόρων θα μπορούσε να αποφέρει αποτελέσματα.
- Οι χώροι στάθμευσης παρουσιάζονται με ποσοστό ικανοποίησης 49,9% και δυσαρέσκειας 32,1%. Εκτιμώ ότι η σημαντικότερη λύση είναι να δημιουργηθούν νέοι χώροι στάθμευσης. Επίσης επειδή το Ι.Κ.Α. Τρίπολης βρίσκεται μακριά από το κέντρο της πόλης και άρα όλοι μεταβαίνουν με τα οχήματά τους, θα μπορούσε τις ώρες αιχμής να εξυπηρετεί το κοινό κάποιο λεωφορείο με πολύ συχνά δρομολόγια ώστε να αποφεύγεται η αδυναμία στάθμευσης.
- Η οργάνωση της ημέρας ικανοποιεί τους χρήστες κατά 48,7% ενώ τους δυσαρεστεί κατά 30,5%. Τα επίπεδα ικανοποίησης θα μπορούσαν να αυξηθούν πιθανόν με πιο οργανωμένους χώρους αναμονής, πιο ευδιάκριτες επιγραφές ώστε οι χρήστες να βρίσκουν εύκολα ό,τι ψάχνουν καθώς επίσης εκτιμώ ότι η βελτίωση της επικοινωνίας θα μπορούσε να επέλθει και με επεξηγηματικές και σαφείς ανακοινώσεις καθώς και με ακριβή ενημέρωση των ασθενών. Όλα αυτά θα μπορούσαν να δράσουν θετικά αυξάνοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Ο μηχανισμός εξυπηρέτησης ικανοποιεί κατά 48,1% και δυσαρεστεί κατά 32,4%. Οι καθυστερήσεις, τα αργοπορημένα ραντεβού, οι ασαφείς διαδικασίες μπορούν να βελτιωθούν με ένα συνδυασμό κινήσεων. Εκτιμώ ότι η στελέχωση του προσωπικού και η κατάνοηση μέσω σεμιναρίων του προσωπικού για την σπουδαιότητα της ποιότητας μπορεί να δράσει ευεργετικά. Με την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού θεωρώ ότι μπορούν να ξεπεραστούν πολλά εμπόδια. Μέσα από τον προγραμματισμό, τα στελέχη και το προσωπικό αναλαμβάνουν ευθύνες ως προς την εκπλήρωση του στόχου της εργασίας τους, άρα αυξάνεται η αποδοτικότητά τους και οι πολίτες εξυπηρετούνται καλύτερα.
- Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας 34,2% ανήκει στις διοικητικές υπηρεσίες. Αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο στην Ελλάδα η έντονη γραφειοκρατία . Εδώ εκτιμώ ότι η εισαγωγή της τεχνολογίας, η χρήση ΗΥ, η ψηφιακή αρχειοθέτηση είναι απαραίτητα ώστε να είναι όλα τα στοιχεία εύκολα προσβάσιμα. Επίσης είναι απαραίτητη η εφαρμογή όλων των σύγχρονων επιχειρησιακών μεθόδων, η εκπαίδευση του προσωπικού για αυτές που μπορούν να αποτιλέσουν ένα εξαιρετικά βοηθητικό εργαλείο συμβάλλοντας ουσιαστικά στην διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο τομέας της υγείας αποτελεί ένα νευραλγικό κομμάτι κάθε αναπτυσσόμενης κοινωνίας του δυτικού κόσμου. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη εκφράζει μια στρατηγική η οποία δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον εξονοσοκομειακό τομέα ενός συστήματος υγείας και αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα, ως υποσύστημα του συνολικού συστήματος υγείας, ακολούθησε την πορεία ανάπτυξης του τελευταίου.

Η υγεία και η περίθαλψη, είναι ένας από τους σημαντικότερους, παραγωγικούς τομείς της οικονομίας με τον οποίο όλοι μας σε κάποια στιγμή της ζωής μας έχουμε έρθει σε επαφή. Τα συστήματα υγείας είναι η καρδιά του κοινωνικού κράτους και αποτελούν όχι μόνο υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών αλλά και αντανάκλαση του πολιτιστικού, κοινωνικού, πολιτικού και ιδεολογικού υπόβαθρου μιας χώρας. Ως εκ τούτου η σωστή λειτουργία τους κρίνεται απαραίτητη για την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες.

Τα συστήματα υγείας, όπως το Ι.Κ.Α. είναι πολύπλοκες διαδικασίες, διαρκώς μεταβαλλόμενες, οι οποίες αλληλεπιδρούν με την κοινωνία την επηρεάζουν και επηρεάζονται από αυτήν. Δημιουργείται επιτακτική ανάγκη για αλλαγές, ώστε να ικανοποιηθούν οι αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών και να εξασφαλιστεί ότι η σύγχρονη, με κέντρο τον άνθρωπο φροντίδα θα είναι διαθέσιμη σε όλους. Υπάρχει πραγματική ανάγκη για εξυγίανση και λήψη των κατάλληλων μέτρων τα οποία θα δίνουν απαντήσεις και λύσεις στις ολοένα και περισσότερες ανησυχίες και προσδοκίες των αφαλισμένων στο φορέα του Ι.Κ.Α..

Στην προσπάθεια εξυγίανσης και αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας η παρούσα πτυχιακή έρχεται να βοηθήσει αναδεικνύοντας τα πιο σημαντικά προβλήματα που καταγράφηκαν από τους ίδιους τους χρήστες του Ι.Κ.Α. Τρίπολης. Είναι σημαντικό να αναπτυχθούν όλες εκείνες οι πρωτοβουλίες που θα θέσουν όλες τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας σε τροχιά εξέλιξης και προόδου για το καλό όλων μας. Το Ι.Κ.Α. οφείλει να αφουγκραστεί τις δυσαρεστημένες φωνές των χρηστών για να βελτιωθεί και να μπορέσει να επιτελέσει καλύτερα το σημαντικό του ρόλο παρέχοντας ποιοτικές και σύγχρονες υπηρεσίες υγείας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### Ελληνόγλωσση

1. (Χ. Ζηλίδη, Η αξιολογηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού πληθυσμού, Αθήνα 1988).
2. (Μ. Θεοδόρου, Μ. Σαρρή και Σ. Σούλη, Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, Αθήνα 1996).
3. (Α. Δ. Αλεξιάδη και Αν. Χαμιλίδου, Το νομοθετικό και οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης, Περιοδικό Διοικητική Μεταρρύθμιση, Τεύχος 47-48, 1991).
4. (Ν. Δρακονιάκη, Μ. Μπαθιανάκη, Ε. Ροβίθη και Χ. Λιονή, Οργάνωση των Υπηρεσιών στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας-Κάνοντας την Π.Φ.Υ. αποτελεσματική στη καθημερινή πράξη, Ηράκλειο Κρήτης 2002)
5. (Οδηγός του ασφαλισμένου ΙΚΑ 2008)
6. (Το βήμα του Ασκληπιού τόμος 9ος, τεύχος 4ο)
7. (Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. «Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία).
8. (Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. (2007) Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας Αθήνα, Εκδ. Παπασοτηρίου)
9. (Διπλωματική εργασία, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, μια θεωρητική προσέγγιση Κρητικός Ανδρέας)

### Ξενόγλωσση

1. (Abdellah Lev 1957a, Cleary & McNeil 1988, Pascoe 1983).
2. (Cohen R., Mariano W. Legal Guidebook in Mental Health, The Free Press N. York 1982).
3. (Pollitt, E. (1989), Malnutrition and Infection in the Classroom, New York: UNESCO).
4. (Sureshchandar, G. S., Rajendran Ch., Anantharaman R.N. (2001), "A holistic model for total quality service", Int. J. of Serv. Ind. Man., 12(4): 378-412)
5. (Medical express, τεύχος 179)
6. (World Health Organization WHO 1981)

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΠΑΠΑΠΕΤΡΟΥ ΔΗΜΗΤΡΗΣ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΗΜ/ΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ.....

### Α) ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### 1. ΗΛΙΚΙΑ

Από 1-18  Από 19-35  Από 35-50   
Από 50-75  Από 75 και άνω

#### 2. ΦΥΛΟ

Ανδρας  Γυναίκα

#### 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Παντρεμένος/η  Ανύπαντρος/η   
Χήρος/α  Διαζευγμένος/η

#### 4. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

Δημοτικό  Γυμνάσιο   
Λύκειο  Ανώτατη Εκπαίδευση  Κάτοχος Μεταπτυχιακού

#### 5. ΠΟΛΗ-ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΕΤΕ

Αστική  Ημιαστική  Αγροτική

#### 6. ΠΟΣΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ:

1-4  5-9  10-15  16 και άνω

### Β) ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

#### 7. Η ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΑΣ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ ΉΤΑΝ

Ελεύθερα  Προγραμματισμένη



8. ΑΝ Η ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΑΣ ΗΤΑΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ, ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΕΤΕ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΣΗ ΩΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΣΑΣ;

Ναι  Όχι

9. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΗΛΘΑΤΕ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΣ ΣΤΟ ΙΚΑ ΤΡΙΠΟΛΗΣ, ΤΙ ΜΕΣΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΑΤΕ;

Taxi  Ι.Χ

10. ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ ΤΟΥ Ι.Κ.Α, ΤΡΙΠΟΛΗΣ ΕΙΣΤΕ:

Ικανοποιημένος/η  Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η   
Δυσανεστημένος/η  Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

11. ΑΠΟ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΙΣΤΕ:

Ικανοποιημένος/η  Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η   
Δυσανεστημένος/η  Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

Γ) ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

12. ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΙΣΤΕ:

Ικανοποιημένος/η  Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η   
Δυσανεστημένος/η  Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

13. ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΣΤΕ:

Ικανοποιημένος/η  Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η   
Δυσανεστημένος/η  Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

14. ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΣΑΣ ΕΙΣΤΕ:

Ικανοποιημένος/η  Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η   
Δυσανεστημένος/η  Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

15. ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΙΣΤΕ:

Ικανοποιημένος/η  Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η

Δυσανεστημένος/η

Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

**Δ) ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

**16. ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΣΑΣ ΕΙΣΤΕ:**

Ικανοποιημένος/η

Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η

Δυσανεστημένος/η

Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

**17. ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΣΤΕ:**

Ικανοποιημένος/η

Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η

Δυσανεστημένος/η

Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

**Ε) ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ:**

**18. ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ, ΤΩΝ ΑΙΘΟΥΣΩΝ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ:**

Ικανοποιημένος/η

Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η

Δυσανεστημένος/η

Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

**19. ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (ΛΟΥΤΡΑ, ΤΟΥΑΛΕΤΕΣ)**

Ικανοποιημένος/η

Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η

Δυσανεστημένος/η

Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

**20. ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ (ΑΝΑΜΟΝΗ-ΘΟΥΡΥΒΟΣ Κ.Λ.Π.)**

Ικανοποιημένος/η

Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η

Δυσανεστημένος/η

Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

**ΣΤ) ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ**

**21. ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΑΣ (ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ, ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ Κ.Α.Π.)**

Ικανοποιημένος/η  Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η   
Δυσανεστημένος/η  Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

**22. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΗΡΘΑΤΕ ΣΕ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (π.χ.ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ) ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ:**

Ικανοποιημένος/η  Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η   
Δυσανεστημένος/η  Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

**23. ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΘΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΕΙΣΤΕ:**

Ικανοποιημένος/η  Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η   
Δυσανεστημένος/η  Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

**24. ΓΕΝΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΑΣ ΣΤΟ Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ ΕΙΣΤΕ:**

Ικανοποιημένος/η  Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η   
Δυσανεστημένος/η  Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ

**25. ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΧΕΤΕ ΒΟΗΘΗΘΕΙ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ:**

Ναι  Όχι

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ**



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1α

22% η προσέλευση ήταν  
επείγουσα

78% ήταν προγραμματισμένη

41% ήρθαν με TAXI

59% ήρθαν με ΙΧ

### ΠΙΝΑΚΑΣ 2α

#### ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Από ηλικία 1-75 και άνω ετών	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο  %
		1-18 ετών	19-35 ετών	35-50 ετών	50-75 ετών	75 ετών και άνω	
	Ικανοποιημένος/η	6,5	12,6	20,2	3,5	1,9	44,7
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	2,8	3,4	4,8	4,6	1,7	17,3
	Δυσανεστημένος/η	1,9	5,3	5,4	2,2	0,2	15
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	3	5,8	2,2	4,9	7,1	23
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>14,2</b>	<b>27,1</b>	<b>32,6</b>	<b>15,2</b>	<b>10,9</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 β**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>				
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Κατά φύλο	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών		Σύνολο %
		Άνδρας	Γυναίκα	
1.	Ικανοποιημένος/η	31,8	26,7	58,5
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	6,3	8,4	14,7
3.	Δυσανεστημένος/η	4,9	4,9	9,8
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4,4	12,6	17
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 γ**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>						
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Οικογενειακή κατάσταση	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών				Σύνολο %
		Παντρεμένος/η	Ανύπαντρος/ η	Χήρος/α	Διαζευγμένο ς/η	
.	Ικανοποιημένος/η	35,7	9,3	6	5,1	56,1
.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	9,4	2,1	1,6	0,2	13,3
.	Δυσανεστημένος/η	9,8	3,1	0,2	1,7	14,8
.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	10,3	4	0,6	0,9	15,8
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>65,2</b>	<b>18,5</b>	<b>8,4</b>	<b>7,9</b>	<b>100%</b>



**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 δ**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γραμματικές γνώσεις	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο %
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτατη Εκπαίδευση	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	
Ικανοποιημένος/η	6,2	25,6	12,8	2,5	1,4	48,5
Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	1,4	6,9	5,8	1,6	4,1	19,8
Δυσανεστημένος/η	0,5	0,8	3,2	5,1	1,9	11,5
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,6	5,2	1,4	8,7	3,3	20,2
<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>9,7</b>	<b>38,5</b>	<b>23,2</b>	<b>17,9</b>	<b>10,7</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ε**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>					
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Πόλη-περιοχή διαμονής	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Νοσηλευτικού προσωπικού από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών			Σύνολο  %
		Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	
	Ικανοποιημένος/η	22,4	11,9	13,2	47,5
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	6,7	2,2	10,4	19,3
	Δυσανεστημένος/η	8,9	0,4	3,5	12,8
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,4	1,1	17,9	20,4
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>39,4</b>	<b>15,6</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3α**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>							
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Από ηλικία 1-75 και άνω ετών	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Ιατρικού προσωπικού από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο  %
		1-18 ετών	19-35 ετών	35-50 ετών	50-75 ετών	75 ετών και άνω	
1.	Ικανοποιημένος/η	6,1	11,9	19,8	4,1	1,9	43,8
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	2,4	3,6	5,2	3,9	1,7	16,8
3.	Δυσανεστημένος/η	2,9	7	5,6	3,1	0,2	18,8
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	2,8	5	2	4	7,1	20,6
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>14,2</b>	<b>27,1</b>	<b>32,6</b>	<b>15,2</b>	<b>10,9</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3β**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>				
<i>a/a</i>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>  <b>Κατά φύλο</b>	<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ</b> <b>Γενική αξιολόγηση Ιατρικού προσωπικού από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών</b>		<b>Σύνολο %</b>
		<b>Άνδρας</b>	<b>Γυναίκα</b>	
1.	Ικανοποιημένος/η	30,5	28,2	<b>58,7</b>
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	7,6	7,1	<b>14,7</b>
3.	Δυσανεστημένος/η	5	4,8	<b>9,8</b>
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	4,3	12,5	<b>16,8</b>
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 γ**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Οικογενειακή κατάσταση	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Ιατρικού προσωπικού από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών				Σύνολο %
		Παντρεμένος/η	Ανύπαντρος/η	Χήρος/α	Λιαζευγμένος/η	
	Ικανοποιημένος/η	35,5	9,4	5,8	5,1	55,8
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	9,9	4,1	1,6	0,6	16,2
	Δυσάρεστημένος/η	9,5	3	0,4	1,3	14,5
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	10	2	0,6	0,9	13,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>65,2</b>	<b>18,5</b>	<b>8,4</b>	<b>7,9</b>	<b>100 %</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 δ**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γραμματικές γνώσεις	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Ιατρικού προσωπικού από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο %
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτατη Εκπαίδευση	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	
	Ικανοποιημένος/η	5,2	25,9	10,8	2,1	3,3	47,3
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	2,4	6,6	6,8	4,6	4,2	24,6
	Δυσάρεστημένος/η	1,5	2,8	5,2	5,5	1,9	16,9
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	0,6	3,2	0,4	5,7	1,3	11,2
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>9,7</b>	<b>38,5</b>	<b>23,2</b>	<b>17,9</b>	<b>10,7</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ε**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Πόλη-περιοχή διαμονής	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Ιατρικού προσωπικού από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών			Σύνολο  %
		Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	
	Ικανοποιημένος/η	20,4	12,5	18,2	51,1
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	9,6	2,2	10,6	21,4
	Δυσανεστημένος/η	8,9	0,4	8,3	17,6
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,5	0,5	7,9	9,9
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>39,4</b>	<b>15,6</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 α**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Από ηλικία 1-75 και άνω ετών	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Ξενοδοχειακής οδοδομής από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο  %
	1-18 ετών	19-25 ετών	25-50 ετών	50-75 ετών	75 ετών και άνω	
Ικανοποιημένος/η	8	15,6	20,2	6,5	3,8	54,1
Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	3	3,5	9,8	4,2	3,7	26,2
Δυσανεστημένος/η	1,7	5,2	2,4	2,6	0,3	12,2
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,5	2,8	0,2	1,9	1,1	7,5
<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>14,2</b>	<b>27,1</b>	<b>32,6</b>	<b>15,2</b>	<b>10,9</b>	<b>100%</b>



**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 β**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

ν/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Κατά φύλο	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Ξενοδοχειακής υποδομής από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών		Σύνολο %
		Ανδρας	Γυναίκα	
	ικανοποιημένος/η	34,2	29,5	62,7
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	8,9	10,1	19
	Δυσανεστημένος/η	4	3,5	7,5
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,3	9,5	10,8
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 γ**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Οικογενειακή κατάσταση	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Ξενοδοχειακής υποδομής από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών				Σύνολο %
	Παντρεμένος/η	Ανύπαντρος/η	Χήρος/α	Αιχμωμένος/η	
Ικανοποιημένος/η	35,7	9,3	6	5,5	56,5
Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	13,7	4,7	1,5	1,6	21,5
Δυσανεστημένος/η	9,5	3,1	0,5	0,3	13,4
Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	6,3	1,4	0,4	0,5	8,6
<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>65,2</b>	<b>18,5</b>	<b>8,4</b>	<b>7,9</b>	<b>100</b> %

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 δ**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Γραμματικές γνώσεις	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Ξενοδοχειακής υποδομής από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο  %
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτατη Εκπαίδευση	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	
	Ικανοποιημένος/η	5,3	25,9	10,8	6,4	4,3	52,7
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	3,4	6,8	9,8	4,3	4,4	28,7
	Δυσανεστημένος/η	0,5	4,6	2,2	5,5	1,7	14,5
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	0,5	1,2	0,4	1,7	0,3	4,1
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>9,7</b>	<b>38,5</b>	<b>23,2</b>	<b>17,9</b>	<b>10,7</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ε**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

ε	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Πόλη-περιοχή διαμονής	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Ξενοδοχειακής υποδομής από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών			Σύνολο  %
		Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	
	Ικανοποιημένος/η	24,8	11,5	21,9	58,2
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	4,6	2	10,5	17,1
	Δυσανεστημένος/η	8,5	1,6	8,4	18,5
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,5	0,5	4,2	6,2
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>39,4</b>	<b>15,6</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5 α

### ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Από ηλικία 1-75 και άνω ετών	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Οργάνωσης ημέρας από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο  %
		1-18 ετών	19-35 ετών	35-50 ετών	50-75 ετών	75 ετών και άνω	
1.	Ικανοποιημένος/η	9,8	15,8	17,2	6,5	5,9	55,2
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	1,5	4,5	5,5	2,2	1,2	14,9
3.	Δυσαρεστημένος/η	1,4	5	9,4	5,6	0,8	22,2
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,5	2,8	0,5	0,9	1	7,7
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>14,2</b>	<b>27,1</b>	<b>32,6</b>	<b>15,2</b>	<b>10,9</b>	<b>100%</b>

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5 β

### ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Κατά φύλο	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Οργάνωσης ημέρας από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών		Σύνολο  %
		Άνδρας	Γυναίκα	
1.	Ικανοποιημένος/η	30,2	29,5	59,7
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	8,7	8,1	16,8
3.	Δυσαρεστημένος/η	8,2	10,5	18,7
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,3	4,5	5,8
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5 γ**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Οργάνωσης ημέρας από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών				Σύνολο %
		Παντρεμένος/η	Ανύπαντρος/η	Χήρος/α	Διαζευγμένος/η	
	Οικογενειακή κατάσταση					
	Ικανοποιημένος/η	38,7	10,3	6	5,2	60,2
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	3,7	2,7	0,5	0,6	7,5
	Δυσαρεστημένος/η	19,5	5,1	1,5	1,6	27,7
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	3,5	0,4	0,4	0,5	4,6
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>65,2</b>	<b>18,5</b>	<b>8,4</b>	<b>7,9</b>	<b>100 %</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5 δ**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Οργάνωσης ημέρας από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο %
		Λημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτατη Εκπαίδευση	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	
	Γραμματικές γνώσεις						
	Ικανοποιημένος/η	5,5	25,8	10	6,5	4,3	53
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	1,2	3,8	4,8	1,3	1,4	12,5
	Δυσαρεστημένος/η	2,5	7,8	7,1	8,4	4,5	30,3
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	0,5	1,1	1,3	1,7	0,5	5,2
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>9,7</b>	<b>38,5</b>	<b>23,2</b>	<b>17,9</b>	<b>10,7</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ε**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>					
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Πόλη-περιοχή διαμονής	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Οργάνωσης ημέρας από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών			Σύνολο  %
		Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	
1.	Ικανοποιημένος/η	24,8	10,5	21,9	57,2
2.	Όυτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	2,4	0,5	5,5	8,4
3.	Δυσανεστημένος/η	10,7	4,1	13,5	28,3
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,5	0,5	4,1	6,1
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>39,4</b>	<b>15,6</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 α**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>							
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Από ηλικία 1-75 και άνω ετών	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Μηχανισμού εξυπηρέτησης από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο  %
		1-18 ετών	19-35 ετών	35-50 ετών	50-75 ετών	75 ετών και άνω	
1.	Ικανοποιημένος/η	9,9	16,5	17,2	6,7	5,8	56,1
2.	Όυτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	1,4	4,5	5,5	1	0,2	12,6
3.	Δυσανεστημένος/η	1,4	5,3	9,4	6,6	1,8	24,5
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,5	1,8	0,5	0,9	1,1	5,8
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>14,2</b>	<b>27,1</b>	<b>32,6</b>	<b>15,2</b>	<b>10,9</b>	<b>100%</b>



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 β**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>				
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Κατά φύλο	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Μηχανισμού εξυπηρέτησης από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών		Σύνολο %
		Ανδρας	Γυναίκα	
1.	Ικανοποιημένος/η	25,2	29,5	54,7
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	8,5	5,1	13,6
3.	Δυσανεστημένος/η	13,4	15,5	28,9
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,3	2,5	3,8
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 γ**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>							
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γραμματικές γνώσεις	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Μηχανισμού εξυπηρέτησης από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο %
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτατη Εκπαίδευση	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	
1.	Ικανοποιημένος/η	5,2	21,9	10,8	3,5	4,2	45,6
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	1,5	3,8	3,6	1,3	1,8	12
3.	Δυσανεστημένος/η	2,5	11,8	8,3	11,4	4,2	38,2
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	0,5	1	0,5	1,7	0,5	4,2
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>9,7</b>	<b>38,5</b>	<b>23,2</b>	<b>17,9</b>	<b>10,7</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 δ**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>					
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Πόλη-περιοχή διαμονής	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Μηχανισμού εξυπηρέτησης από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών			Σύνολο  %
		Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	
1.	Ικανοποιημένος/η	20,8	7,5	21,9	50,2
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	2,5	0,5	4,5	7,5
3.	Δυσαρεστημένος/η	14,6	7,1	14,7	36,4
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,4	0,5	4	5,9
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>39,4</b>	<b>15,6</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ε**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Οικογενειακή κατάσταση	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Οργάνωσης ημέρας από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών				Σύνολο  %
		Παντρεμένος/η	Ανύπαντρος/η	Χήμος/α	Διαζευγμένος/ η	
	Ικανοποιημένος/η	35,7	10,3	6	5,2	57,2
	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	3,7	2,7	0,5	0,6	7,5
	Δυσαρεστημένος/η	22,5	5,1	1,5	1,6	30,7
	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	3,3	0,4	0,4	0,5	4,6
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>65,2</b>	<b>18,5</b>	<b>8,4</b>	<b>7,9</b>	<b>100%</b>

## ΠΙΝΑΚΑΣ 7 α

### ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Από ηλικία 1-75 και άνω ετών	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Διοικητικών υπηρεσιών από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο %
		1-18 ετών	19-35 ετών	35-50 ετών	50-75 ετών	75 ετών και άνω	
1.	Ικανοποιημένος/η	9,9	16,5	17,1	6,7	3,8	54
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	0,8	2,5	1,6	0,5	0,4	5,8
3.	Δυσανεστημένος/η	2	7,6	13,4	7,1	3,6	33,7
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,5	1,5	0,5	0,9	1,1	6,5
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>14,2</b>	<b>27,1</b>	<b>32,6</b>	<b>15,2</b>	<b>10,9</b>	<b>100%</b>

## ΠΙΝΑΚΑΣ 7 β

### ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Κατά φύλο	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Διοικητικών υπηρεσιών από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών		Σύνολο %
		Ανδρας	Γυναίκα	
1.	Ικανοποιημένος/η	26,6	29,7	56,3
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	3,5	4	7,5
3.	Δυσανεστημένος/η	17	16,6	33,6
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,3	2,3	3,6
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7 γ**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>						
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Οικογενειακή κατάσταση	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Διοικητικών υπηρεσιών από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών				Σύνολο %
		Παντρεμένος/η	Ανύπαντρος/ η	Χήρος/α	Διαζευγμέ νος/η	
1.	Ικανοποιημένος/η	37,7	8,3	4,6	3,2	53,8
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	3,7	1,2	0,5	0,6	6
3.	Δυσανεστημένος/η	20,5	8,6	2,7	2,6	34,4
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	3,3	0,4	0,6	0,5	4,8
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>65,2</b>	<b>18,5</b>	<b>8,4</b>	<b>7,9</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7 δ**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>							
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Γραμματικές γνώσεις	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Διοικητικών υπηρεσιών από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολ %
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτατη Εκπαίδευση	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	
1.	Ικανοποιημένος/η	5,2	18,9	10,8	3,5	4,2	42,6
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	1,5	3,8	3,6	1,3	1,7	11,9
3.	Δυσανεστημένος/η	2,5	15,3	8,3	11,4	4,3	41,8
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	0,5	0,5	0,5	1,7	0,5	3,7
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>9,7</b>	<b>38,5</b>	<b>23,2</b>	<b>17,9</b>	<b>10,7</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7 ε**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Πόλη-περιοχή διαμονής	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση Διοικητικών υπηρεσιών από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών			
		Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	
1.	Ικανοποιημένος/η	20,8	7,3	21,9	50,1
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	2,5	0,7	4,5	7,7
3.	Δυσανεστημένος/η	14,7	7,1	14,6	36,4
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,4	0,5	4	5,9
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>39,4</b>	<b>15,6</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8 α**

**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ**

α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Από ηλικία 1-75 και άνω ετών	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο  %
		1-18 ετών	19-35 ετών	35-50 ετών	50-75 ετών	75 ετών και άνω	
1.	Ικανοποιημένος/η	9,9	16,5	17,6	8,7	5,8	58,5
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	1,4	4,5	5,1	1	0,3	12,3
3.	Δυσανεστημένος/η	2,4	5,3	9,4	4,6	1,8	23,5
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	0,5	1,8	0,5	0,9	1	4,7
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>14,2</b>	<b>27,1</b>	<b>32,6</b>	<b>15,2</b>	<b>10,9</b>	<b>100%</b>



**ΠΙΝΑΚΑΣ 8 β**

<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>				
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Κατά φύλο	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών		Σύνολο %
		Άνδρας	Γυναίκα	
1.	Ικανοποιημένος/η	22,2	29	51,2
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	8,1	5	13,1
3.	Δυσαρεστημένος/η	16,4	15,6	32
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,7	3	4,7
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>47,4</b>	<b>52,6</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8 γ**

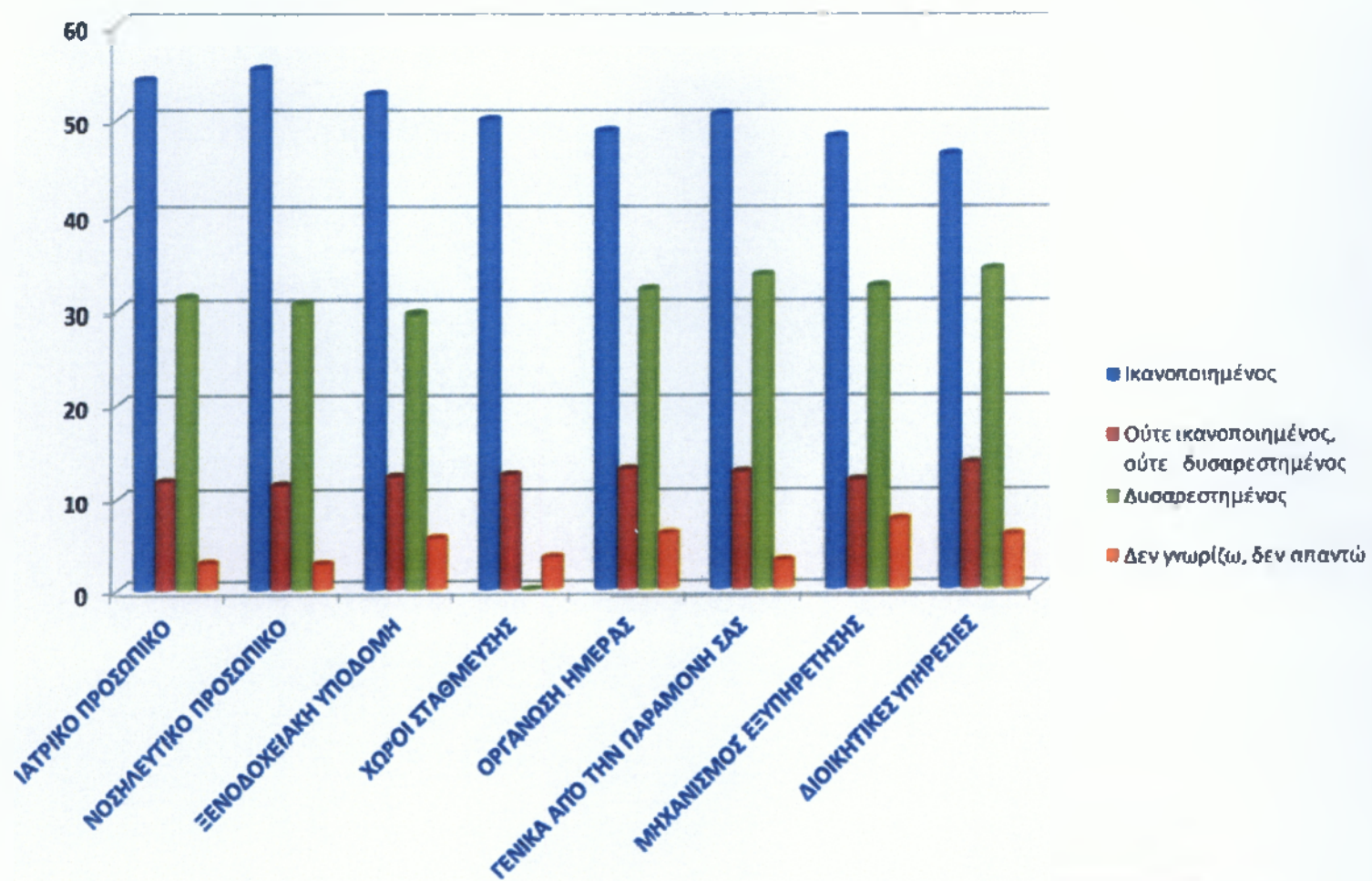
<b>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ</b>						
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Οικογενειακή κατάσταση	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών				Σύνολο %
		Παντρεμένος/η	Ανόπαντρος/ η	Χήρος/α	Διαζευγμέ νος/η	
1.	Ικανοποιημένος/η	33,7	10,3	4,8	3,2	52
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	3,7	2,2	0,5	0,5	6,9
3.	Δυσαρεστημένος/η	24	5,6	2,7	2,6	34,9
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	3,8	0,4	0,4	0,6	5,2
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>65,2</b>	<b>18,5</b>	<b>8,4</b>	<b>7,9</b>	<b>100%</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 δ

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ							
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Γραμματικές γνώσεις	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών					Σύνολο %
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ανώτατη Εκπαίδευση	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	
1.	Ικανοποιημένος/η	5,2	19,9	10,8	3,8	4,2	43,9
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσανεστημένος/η	1,5	3,8	3,6	1	1,8	11,7
3.	Δυσανεστημένος/η	2,5	13,8	8,3	11,6	4,2	40,4
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	0,5	1	0,5	1,5	0,5	4
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>9,7</b>	<b>38,5</b>	<b>23,2</b>	<b>17,9</b>	<b>10,7</b>	<b>100%</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ε

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ από το Ι.Κ.Α. ΤΡΙΠΟΛΗΣ					
α/α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  Πόλη-περιοχή διαμονής	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ Γενική αξιολόγηση από τον Φεβρουάριο του 2011 μέχρι και τον Απρίλιο του 2011, σε δείγμα 100 ασθενών			Σύνολο  %
		Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	
1.	Ικανοποιημένος/η	20,5	7,5	21,9	49,9
2.	Ούτε ικανοποιημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η	2,3	0,5	4,5	7,3
3.	Δυσανεστημένος/η	14,9	7,1	17,6	39,6
4.	Δεν γνωρίζω, δεν απαντώ	1,7	0,5	1	4,2
	<b>ΣΥΝΟΛΟ %</b>	<b>39,4</b>	<b>15,6</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

### Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας

Τα οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας και τη διατήρησή της σε ένα επαρκές – υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα, πιο συγκεκριμένα, διακρίνουμε τις ακόλουθες κατηγορίες:

#### 1. Οφέλη για τον ασθενή

- Υγειονομικά οφέλη. Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής κλπ.
- Ψυχολογικά οφέλη. Έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό πρόβλημα του ασθενή όσο και με τη διάρκεια παραμονής του σ' αυτό. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, επιδρά θετικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Όσο, λοιπόν, περισσότερο διακρίνονται για την ποιότητά τους οι συνθήκες διαμονής του ασθενή και γενικότερα, το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός. Επίσης, μεγάλο ψυχολογικό όφελος αποκομίζει ο ασθενής, από τη συντόμευση του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, η οποία προκύπτει ως αποτέλεσμα της σωστής και γρήγορης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος.
- Οικονομικά οφέλη. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών θα συμβάλει, ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί, αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές ότι στην περίπτωση αυτή, η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής θα είναι σημαντικά μικρότερη.

#### 2. Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Τα οφέλη από την ύπαρξη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, για όλους τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.α.) συνίστανται κυρίως:

- Στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους·
- Στην απαλλαγή τους από καθημερινό εκνευρισμό και άγχος·
- Στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους·
- Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα.



### 3. Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

- Οικονομικά οφέλη. Η μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν να διατεθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, για κλινική έρευνα κλπ.
- Αναγνώριση και φήμη.

### 4. Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

- Οικονομικά οφέλη. Αναφέρονται στη μείωση του ύψους των δαπάνών τους, δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- Κοινωνικά οφέλη. Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως απόρροια της, υψηλού επιπέδου, ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.
- Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.

### 5. Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

- Οικονομικά οφέλη. Σχετίζονται με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους, ως ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων, όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας.
- Υγειονομικά οφέλη. Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, γενικότερα του υγειονομικού συστήματος, με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν και γενικότερα, τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της εικόνας του κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες. Η γενικότερη εικόνα της χώρας βελτιώνεται, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο (Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. «Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Θεμέλιο: Κοινωνία και Υγεία