



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ**

**Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από το Κέντρο
Υγείας Αταλάντης και διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής
τους στο κόστος, έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών
υγείας.**

Αναγνωστοπούλου Ιωάννα

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Υπεύθυνη
Όλγα Χρ. Σίσκου
Διδάσκουσα (ΠΔ 407/80)**

Λαμία, 2010

**Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από το Κέντρο Υγείας
Αταλάντης και διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής τους στο κόστος,
έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας.**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ**

**Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από το Κέντρο Υγείας
Αταλάντης και διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής τους στο κόστος,
έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας.**

Αναγνωστοπούλου Ιωάννα

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Υπεύθυνη
Όλγα Χρ. Σίσκου
Διδάσκουσα (ΠΔ 407/80)**

Λαμία, 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|-----------|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... | 7 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 8 |
| ABSTRACT | 10 |
| ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ..... | 11 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 12 |
| 1. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ..... | 15 |
| 1.1. Ιστορική ανασκόπηση της ανάπτυξης της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα | 15 |
| 1.2. Ιστορική ανασκόπηση της ανάπτυξης της Π.Φ.Υ σε χώρες του εξωτερικού..... | 18 |
| 1.3. Ορισμός και περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας..... | 19 |
| 1.4. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα την τρέχουσα περίοδο..... | 20 |
| 1.5. Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος της υγειονομικής φροντίδας | 22 |
| 2. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ | 25 |
| 2.1. Περιγραφή των κυριότερων μορφών συστημάτων υγείας..... | 25 |
| 2.2. Το θεσμικό πλαίσιο των Κέντρων Υγείας..... | 27 |
| 2.3. Οι σκοποί των Κέντρων Υγείας..... | 27 |
| 2.4. Το οργανωτικό – λειτουργικό πλαίσιο των Κέντρων Υγείας..... | 29 |
| 2.5. Σχεδιασμός – Υποδομή – Εξοπλισμός – Στελέχωση των Κέντρων Υγείας..... | 29 |
| 2.6. Τα σύγχρονα προβλήματα των Κέντρων Υγείας..... | 30 |
| 3. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ | 33 |
| 3.1. Η σημασία μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας..... | 33 |
| 3.2. Άλλες εμπειρικές μελέτες | 35 |
| 3.2.1. Εμπειρικές μελέτες για τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών | 35 |

| | |
|--|----|
| 3.2.2. Εμπειρικές μελέτες για τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος | 37 |
| 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 38 |
| 4.1. Αντικείμενο και σκοπός της εργασίας | 38 |
| 4.2. Περιγραφή του δείγματος και της μεθόδου δειγματοληψίας | 39 |
| 4.3. Περιγραφή των στατιστικών μεθόδων | 41 |
| 4.3.1. Ο συντελεστής Cronbach's Alpha | 41 |
| 4.3.2. Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των δεδομένων | 42 |
| 4.4. Περιγραφή ερωτηματολογίου | 44 |
| 4.5. Εκτίμηση των δυνητικών εσόδων από τη λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού | 45 |
| 4.6. Παραδοχές και περιορισμοί της έρευνας | 46 |
| 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 48 |
| 5.1. Περιγραφή του Κ.Υ Αταλάντης | 48 |
| 5.2. Περιγραφική στατιστική | 49 |
| 5.2.1. Δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού | 50 |
| 5.2.2. Χρήση υπηρεσιών υγείας | 53 |
| 5.2.3. Προσπελασιμότητα του κέντρου υγείας | 55 |
| 5.2.4. Ποιότητα των υπηρεσιών και ικανοποίηση του ασθενή | 56 |
| 5.2.5. Χρόνος αναμονής | 58 |
| 5.3. Έξοδα για υπηρεσίες υγείας και πρόθεση συμμετοχής στο κόστος για την αναβάθμιση των υπηρεσιών | 60 |
| 5.4. Παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η αξιολόγηση του Κ.Υ από τον υπό μελέτη πληθυσμό | 62 |
| 5.4.1. Παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η αξιολόγηση που κάνουν οι ερωτώμενοι στην ξενοδοχειακή υποδομή | 63 |
| 5.4.2. Παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η αξιολόγηση που κάνουν οι ερωτώμενοι για το ιατρικό προσωπικό | 65 |

| | |
|---|-----|
| 5.5. Παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η πρόθεση συμμετοχής στο κόστος για αναβάθμιση των υπηρεσιών..... | 70 |
| 5.5.1. Αποτελέσματα από τη Λογιστική Παλινδρόμηση..... | 73 |
| 5.6. Δυνητικά οικονομικά οφέλη από την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού..... | 74 |
| 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ..... | 77 |
| 6.1. Συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων ευρημάτων της πτυχιακής εργασίας..... | 78 |
| 6.1.1. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών από την ξενοδοχειακή υποδομή και το ιατρικό προσωπικό..... | 80 |
| 6.1.2. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας..... | 82 |
| 6.2. Συμπερασματικά σχόλια και προτάσεις..... | 83 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ..... | 86 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ..... | 96 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β – ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ..... | 101 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 103 |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σε αυτό το σημείο, θα ήθελα πρώτα από όλα να ευχαριστήσω ιδιαίτερω την επιβλέπουσα διδάσκουσα μου κα. Όλγα Χρ. Σίσκου για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής καθώς και για την συνεχή καθοδήγηση, ενθάρρυνση και υποστήριξή της όλο αυτό τον καιρό. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Βασίλειο Τσουνία διευθυντή του Κέντρου Υγείας Αταλάντης, στο διοικητικό, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Κ.Υ για την πολύτιμη βοήθεια τους προσφέροντας μου όλα τα απαραίτητα στοιχεία σχετικά με το Κ.Υ αλλά και για την υποστήριξη που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Επίσης, ευχαριστώ όλους αυτούς τους ανθρώπους που είχαν όλη την καλή πρόθεση να διαθέσουν μέρος του χρόνου τους για να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη φίλη και συμφοιτήτριά μου Σεμερτζιάδη Μαρία για την σπουδαία βοήθειά της, όλους τους φίλους μου για την ηθική συμπαράσταση και ενθάρρυνση καθώς και την οικογένεια μου που ήταν δίπλα μου τόσο ηθικά όσο και οικονομικά καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το ενδιαφέρον μου για την εργασία αυτή εκδηλώθηκε άμεσα, μετά την ανακοίνωση των υποψηφίων θεμάτων για την εκπόνηση των διπλωματικών εργασιών. Θεώρησα ότι ήταν ένα ενδιαφέρον θέμα, μέσω της έρευνας του οποίου θα μπορούσαν να φανούν προβλήματα και αδυναμίες της Π.Φ.Υ ώστε να γίνουν στο μέλλον αλλαγές που θα έχουν ως απαρχή την ικανοποίηση του ασθενή. Όσον αφορά, το σκέλος της εργασίας που αφορούσε την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος, θεώρησα ότι ήταν αξιόλογο μιας και είναι κάτι πρωτότυπο στον τομέα της έρευνας. Έτσι λοιπόν ανέλαβα την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας μαζί με την κα. Σίσκου, αφού αρχικά την συνάντησα ώστε να της μεταβιβάσω το ενδιαφέρον μου για την συγκεκριμένη εργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται άμεσα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και αποτελεί δείκτη μέτρησής της. Η καταγραφή των απόψεων των ασθενών (μέσω δομημένων ερωτηματολογίων) είναι η κύρια μέθοδος αξιολόγησης του υγειονομικού συστήματος.

Σκοπός: Η παρούσα πτυχιακή στοχεύει στη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης με απώτερο σκοπό την ανάδειξη αδυναμιών-ελλείψεων του Κ.Υ. Επίσης, επιχειρείται ο εντοπισμός των καθοριστικών παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση από το Κέντρο Υγείας και την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος με την καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού.

Υλικό – Μέθοδος: Για τη συλλογή των απαραίτητων πρωτογενών δεδομένων κατασκευάστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο. Η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη συγκέντρωση των δεδομένων ήταν η προσωπική συνέντευξη με ταυτόχρονη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η έρευνα διεξήχθη τη χρονική περίοδο από τον Μάιο του 2009 έως και τον Ιούλιο του ίδιου έτους και σε αυτήν συμμετείχαν 150 άτομα άνω των 18 ετών.

Αποτελέσματα: Από την έρευνα διαπιστώθηκε μεταξύ άλλων ότι η ικανοποίηση των ασθενών από το Κ.Υ Αταλάντης είναι υψηλή αφού σχεδόν το 90% δήλωσε μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο από την ποιότητα υπηρεσιών, τις οδηγίες και το χρόνο που αφιερώνει ο γιατρός. Εντούτοις, το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 64,6% για την ικανοποίηση από την αριθμητική επάρκεια των γιατρών, και στο 75% όσον αφορά την ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή. Σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή ο σημαντικότερος φάνηκε να είναι η ηλικία καθώς, άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (89,1%) ικανοποιημένα. Επίσης, σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την αξιολόγηση για το ιατρικό προσωπικό, οι σημαντικότεροι φάνηκαν να είναι το επάγγελμα όσον αφορά την ικανοποίηση από την αριθμητική επάρκεια και η ηλικία όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού. Τα άτομα τα οποία απασχολούνται σε χειρωνακτικά επαγγέλματα δηλώνουν ικανοποιημένα (όσον αφορά την αριθμητική επάρκεια των γιατρών) σε ποσοστό 88,2% έναντι του 51,3% των ατόμων που εργάζονται σε μη χειρωνακτικά επαγγέλματα και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=12,666$, $p=0,005$). Επίσης, άτομα μεγαλύτερων ηλικιών(65 ετών και άνω) δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίηση από την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών ήτοι: 96,4% έναντι του 92,1% και του 75,4% που

καταγράφεται στις ηλικιακές ομάδες των 45-64 και 18-44 ετών αντίστοιχα, διαφορά η οποία είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=12,127$, $p=0,002$).

Επιπρόσθετα, σχεδόν οι μισοί από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού μας δήλωσαν πρόθυμοι να συμμετέχουν στο κόστος της φροντίδας με κάποιο μικρό ποσό, έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας. Ο παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει περισσότερο την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος είναι το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης. Συγκεκριμένα, αυτοί που ανήκουν στο ΙΚΑ εμφανίζονται πιο πρόθυμοι να πληρώσουν ένα μικρό πρόσθετο χρηματικό ποσό για λήψη αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας σε ποσοστό 63%, και έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν προθυμία συγκριτικά, με οποιουδήποτε άλλους ασφαλισμένους.

Τέλος, στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν τα δυνητικά έσοδα που ενδέχεται να προκύψουν σε περίπτωση εισαγωγής ενός εισπρακτικού μηχανισμού τα οποία ανέρχονται σε €256.507,4. Τα έσοδα αυτά θα ωφελούσαν στην κάλυψη κάποιων κενών οργανικών θέσεων με επικουρικούς γιατρούς, αλλά και στην αγορά κάποιων ιατρικών μηχανημάτων ή τον εκσυγχρονισμό της κτηριακής υποδομής του Κ.Υ.

Συμπεράσματα: Επιβεβαιώνεται ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και χαμηλού κοινωνικό – οικονομικού προφίλ τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Σε αντίθεση με την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος όπου άτομα μικρότερης ηλικίας και άτομα που ανήκουν στο ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να είναι πιο θετικά.

Λέξεις Κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κέντρα Υγείας, Ικανοποίηση ασθενών – χρηστών, Πρόθεση συμμετοχής στο κόστος, Εισπρακτικός μηχανισμός

ABSTRACT

Patients' satisfaction is directly associated with the quality of health services and constitutes an indicator for its measurement. Recording patients' views (through structured questionnaires) is the main method of evaluating the health system.

Purpose: This study aims to evaluate satisfaction in order to bring on light, the weaknesses – shortcomings of the health center. This study also attempts to identify decisive factors that are associated with the satisfaction of the Health Center and the intention of users to participate in cost – sharing by paying an additional fee.

Material - Method: In order to collect the data, an appropriate questionnaire has been developed. The method that was used for the collection of data was the personal interview with simultaneous completion of questionnaire. The research was conducted the period from May 2009 to July of the same year and was attended by 150 participants over 18 years old.

Results: From the survey it was realized that the patients' satisfaction from the Health Center of Atalanti is high since almost the 90% declared mediocely to very satisfied from the quality of services, directions and time spent by the doctor. However, this percentage reduced to 64,6% for the satisfaction of the sufficient number of doctors, and to 75% with regard to the satisfaction by the hotel infrastructure. With regard to the factors that influence the satisfaction from the hotel infrastructure, the most important it seemed to be the age while, people older than 65 years old indicate a greater proportion (89,1%) satisfied. Also, of the factors affecting the evaluation of the medical staff, the most important appeared to be the occupation for the satisfaction of the sufficient number and the age on the quality of services provided by the medical staff. People who work in manual occupations declare more satisfied (for the sufficient number of physicians) at 88,2% against the 51,3% of those working in non - manual occupations and the difference is statistically significant ($x^2 = 12.666$, $p = 0.005$). Also, the elderly (65 years and older) indicate a greater level of satisfaction with the quality of medical services namely: 96.4% versus 92.1% and 75.4% recorded in the age groups 45-64 and 18-44 years respectively, difference is statistically significant ($x^2 = 12.127$, $p = 0.002$).

In addition, almost half of the total population in our study declared their willingness to participate in cost-sharing by paying an extra fee in order to receive upgraded health services. The factor that seemed to have a great intention of attendance in cost-sharing is the fund of social insurance. Specifically, those who are insured to Social Insurance Institute (IKA) are presented more willing to pay a small additional pecuniary fee in order to gain upgraded health services, in percentage 63%, and they have 4 times higher probability to express willingness comparatively, with any other insured.

Finally, this study examined the potential revenues, which may occur with the introduction of a cost-sharing mechanism which amounted to €256.507, 4. These revenues would be used by the Health Center in order to employ some auxiliary doctors, and to purchase some medical equipment or to modernize the building infrastructure of the Health Center.

Conclusion: It is confirmed that older people and those with low social - economic profile tend to be more satisfied with provided health services. However, concerning the willingness to participate in a cost-sharing mechanism younger people and well educated persons seem to be more positive.

Key words: Primary Health Care, Health Centers, Patients' Satisfaction, Intention of cost-sharing, cost-sharing arrangements

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

Α.Ε.Π. : Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Δ.Δ.: Δημοτικό Διαμέρισμα

Ε.Σ.Υ. : Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ι.Κ.Α. : Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΚΕ.Σ.Υ. : Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

Κ.Υ.: Κέντρο Υγείας

Ο.Γ.Α. : Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

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

Πε.Σ.Υ.: Περιφερειακά Συστήματα Υγείας

ΠΕ.Σ.Υ.Π. : Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας

Π.Ι.: Περιφερειακό Ιατρείο

Π.Φ.Υ.: Πρωτοβάθμια Φροβτίδα Υγείας

Τ.Σ.Α.: Ταμείο Συντάξεων Αυτοκινητιστών

Τ.Σ.Α.Υ.: Ταμείο Συντάξεως και Ασφαλίσεως Υγειονομικών

Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.: Ταμεία Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων

Υ.Π.Α.Δ. : Υπηρεσία Ασφάλισης Δημοσίου

Ο.Ε.Κ.Δ. : Organisation for Economic Co-operation and Development

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η «Π.Φ.Υ» εννοιολογικά εγκλείει την εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τη δημόσια υγεία. Ως δημόσια υγεία αναφέρεται το σύνολο εκείνων των δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στην πρόληψη, την προάσπιση και προώθηση της υγείας, την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Την κύρια μονάδα παροχής πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών αποτελούν τα Κέντρα Υγείας τόσο στις αστικές όσο και στις ημιαστικές περιοχές (Λιαρόπουλος, 2007).

Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας, για το λόγο αυτό είναι σημαντικό οι ασθενείς-χρήστες να είναι ικανοποιημένοι από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από αυτά. Η ικανοποίηση αποτελεί ένα κριτήριο αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και η μέτρηση της συμβάλλει στην ανάδειξη τυχόν προβλημάτων αλλά και στην άντληση χρήσιμων πληροφοριών με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας αυτών.

Η ικανοποίηση επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό από την ελλιπή στελέχωση των Κ.Υ που αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα αυτών, στη χώρα μας. Η ανεπαρκής στελέχωση είναι εν μέρει αποτέλεσμα, της ελλιπούς χρηματοδότησης των Κ.Υ από το κράτος και τους δημόσιους φορείς. Ως λύση για την αποκατάσταση της εύρυθμης λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, λόγω της μειωμένης χρηματοδότησης, θα μπορούσε να θεσπιστεί ένας μηχανισμός συμμετοχής των ασθενών στο κόστος. Στην παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνούμε κατά πόσο οι ασθενείς-χρήστες των υπηρεσιών υγείας του Κ.Υ Αταλάντης είναι διατεθειμένοι να συμμετάσχουν στο κόστος έτσι ώστε, να λαμβάνουν αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας και επιπρόσθετα, μετράμε τον βαθμό ικανοποίησης τους από τις υγειονομικές υπηρεσίες που ήδη παρέχονται.

Για την συλλογή των δεδομένων από την διερεύνηση, της ικανοποίησης των ασθενών από το Κ.Υ Αταλάντης, αλλά και της πρόθεσης συμμετοχής τους στο κόστος αναπτύσσεται ειδικό ερωτηματολόγιο και χρησιμοποιείται η διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων. Η επεξεργασία των δεδομένων γίνεται με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 15.0 και η ανάλυσή τους πραγματοποιείται με την χρήση μεθόδων περιγραφικής στατιστικής, τον έλεγχο των Kolmogorov – Smirnov, τον έλεγχο των Mann – Whitney U, το χ^2 (Chi Square) τεστ και την τεχνική της λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression).

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ιστορική αναδρομή της ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τόσο στην Ελλάδα όσο και σε χώρες του εξωτερικού. Δίνεται ο ορισμός, το περιεχόμενό της, και γίνεται αναφορά στην τρέχουσα κατάστασή της και στα προβλήματα που την απαρτίζουν. Επιπρόσθετα, γίνεται αναφορά στο μηχανισμό συμμετοχής στο κόστος ως λύση της ελλειπούς χρηματοδότησης της Π.Φ.Υ λαμβάνοντας υπ' όψη τα θετικά και αρνητικά που ενδέχεται να προκύψουν με την θέσπισή του βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται μια σύντομη περιγραφή του Ε.Σ.Υ και των μοντέλων-πρότυπων στα οποία στηρίχθηκε η αναπτυξή του. Επίσης, γίνεται αναφορά στο θεσμικό πλαίσιο που διέπει τα Κ.Υ, στο σκοπό και τους στόχους τους, στην οργάνωση-λειτουργία τους και στο σχεδιασμό και την στελέχωσή τους. Τέλος, παρατήθενται τα προβλήματα των Κ.Υ.

Στο τρίτο κεφάλαιο τονίζεται η σημασία της μελέτης της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, γίνεται ανασκόπηση σε έρευνες τόσο του εξωτερικού όσο και της Ελλάδας σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρερχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και την πρόθεση συμμετοχής τους στο κόστος για λήψη αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας, και περιγράφεται το αντικείμενο που ερευνά, ο στόχος της, το δείγμα και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται. Επιπρόσθετα, περιγράφεται το ερωτηματολόγιο, οι παραδοχές αλλά και οι περιορισμοί που προκύπτουν.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται μια σύντομη περιγραφή του Κ.Υ Αταλάντης, ερμηνεύονται τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και παρουσιάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την ικανοποίηση των χρηστών από το ιατρικό προσωπικό και την ξενοδοχειακή υποδομή, όσο και από την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος. Επιπρόσθετα, γίνεται υπολογισμός των δυνητικών εσόδων από την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού στο Κ.Υ Αταλάντης.

Τέλος, στο κεφάλαιο της συζήτησης συνοψίζονται τα σημαντικότερα ευρήματα της εργασίας όπως προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων και τα αποτελέσματα, συγκριτικά με τα αποτελέσματα και άλλων ανάλογων μελετών που εντοπίστηκαν στη διεθνή και εγχώρια

βιβλιογραφία. Στα παραρτήματα παρατίθενται το ερωτηματολόγιο, οι υποθέσεις που ελέγχονται και όλα τα αποτελέσματα από τους διάφορους στατιστικούς ελέγχους.

Ευχόμαστε ότι η παρούσα πτυχιακή θα αποτελέσει στο μέλλον ένα χρήσιμο εργαλείο, ως πηγή μελέτης για άλλες παρόμοιες έρευνες αλλά και για την πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα.

1. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Ιστορική ανασκόπηση της ανάπτυξης της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ουσιαστικά αρχίζει να εφαρμόζεται την δεκαετία του '70. Οι αρμόδιοι που ασχολούνταν με τις υγειονομικές υπηρεσίες και γενικώς με τα θέματα υγείας αντιλήφθηκαν ότι, ενώ οι δαπάνες για την υγεία ολοένα και αυξάνονταν, η υγεία του πληθυσμού δεν παρουσίαζε καμία βελτίωση. Έτσι λοιπόν το 1978 στη συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και της Unicef που έγινε στην Άλμα-Άτα του Καζακστάν καθιερώθηκε η «Π.Φ.Υ» η οποία αποτέλεσε τον ακρογωνιαίο λίθο για την βελτίωση των υγειονομικών υπηρεσιών, με τη θεμελίωση πολιτικών για την προώθηση της υγείας (Φιλαλήθης, 2003).

Ωστόσο μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '80 ο τομέας της υγείας παρουσίαζε ελάχιστη πρόοδο, με αρκετές δυσκολίες όπως η ελλιπής χρηματοδότηση, ο κατακερματισμός του συστήματος, αλλά και η ελλειμματική ποιοτικά και ποσοτικά παροχή υπηρεσιών υγείας. Χώρες της νότιας Ευρώπης όπως η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Ελλάδα και λιγότερο η Ιταλία παρουσίασαν στον υγειονομικό τομέα σημαντική υστέρηση είκοσι χρόνων συγκριτικά με τις χώρες της δυτικής Ευρώπης, εξαιτίας της “αυταρχικής διακυβέρνησης” τη μεταπολεμική περίοδο.

Παρόλα αυτά, στην Ελλάδα τη δεκαετία αυτή διαμορφώνονται οι κατάλληλες συνθήκες και γίνονται τα πρώτα δειλά βήματα για την άνθηση ενός «ολοκληρωμένου συστήματος υγείας». Το Σεπτέμβριο του 1983 με την ψήφιση του ιδρυτικού νόμου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397) γίνεται μια αξιόλογη απόπειρα για ριζική αλλαγή στον υγειονομικό τομέα που θα “οδηγούσε” σιγά- σιγά στην ανάπτυξη ολοκληρωμένου υγειονομικού συστήματος δημόσιου χαρακτήρα. Η ιδέα για την ανάπτυξή του στηρίχθηκε στην αρχή ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και θα πρέπει να προσφέρεται από το κράτος εντελώς δωρεάν σε όλους ανεξαιρέτως (Θεοδώρου, 1999).

Ένας από τους βασικότερους ίσως στόχους του νόμου αυτού αφορούσε στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη δημιουργία Κέντρων Υγείας στις αστικές περιοχές αλλά και Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων στην ύπαιθρο. Με αυτό τον τρόπο, αναμένονταν να επιτευχθεί η ισότιμη παροχή πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών σε όλο

τον πληθυσμό αλλά και η ορθότερη εξυπηρέτησή του (Αλεξιάδου και συν., http://www.special-edition.gr/TEYXOS_35.html). Βέβαια, μία από τις κυριότερες συνέπειες του νόμου αυτού ήταν το γεγονός ότι απαγορεύτηκε η ανοικοδόμηση κλινικών από τον ιδιωτικό τομέα με αποτέλεσμα αυτός να στραφεί προς τη δημιουργία κέντρων διάγνωσης. Τα κέντρα αυτά αυξήθηκαν κατά την δεκαετία του '90 και οδήγησαν σε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Παρόλο που οι δημόσιες δαπάνες πολλαπλασιάστηκαν εκείνη την περίοδο αγγίζοντας το 5% του Α.Ε.Π της χώρας μας, οι ιδιωτικές δαπάνες συνέχιζαν να αυξάνουν με αποτέλεσμα, αυτό που συνέβαινε να αναιρεί ως ένα σημείο το “δωρεάν χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ” (Θεοδώρου, 1999)

Το 1992 με το νόμο Ν.2071 το κράτος δίνει στον πολίτη τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής του φορέα κάλυψης (δημόσιο ή ιδιωτικό) των υγειονομικών του αναγκών. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσφέρεται είτε από δημόσιους φορείς, είτε από ιδιωτικούς που μπορούν να είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία κατόπιν υπουργικής άδειας.

Το 1997 με το νόμο Ν.2519 δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη βελτίωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην ύπαιθρο. Αρχίζει σιγά- σιγά να αίρεται η υποχρεωτική θητεία του αγροτικού γιατρού και θεσπίζεται η εξάμηνη άσκηση των ειδικευόμενων γιατρών στις αγροτικές περιοχές με στόχο την απόκτηση της εξειδίκευσής τους. Οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στελεχώνονται με επαγγελματίες υγείας γενικής ιατρικής, για το λόγο αυτό, το κράτος προκειμένου να καλύψει τις κενές θέσεις των μονάδων αυτών στην ύπαιθρο δίνει “κίνητρα” για την απόκτηση εξειδίκευσης στη γενική ιατρική, αλλά και για την απορρόφηση των “μόνιμων αγροτικών γιατρών” σε κάποιο τομέα του “Ε.Σ.Υ με βαθμό επιμελητή Α' ή Β'”. Επίσης, με το νόμο αυτό επιδιώκεται η ανάπτυξη “Ενιαίου Φορέα Υγείας” με την εισαγωγή ενός καινοτόμου θεσμού αυτού των “δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας” αλλά και με τη θέσπιση του “οικογενειακού γιατρού” (Μητροσύλη, 1999).

Τα δίκτυα αποτελούσαν “οργανικές μονάδες” για την παροχή και κατανομή των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό. Εξασφάλιζαν αδιάσπαστη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών αυξημένης ποιότητας χωρίς χρονικές καθυστερήσεις του ατόμου μέσα στο σύστημα υγείας. Απευθύνονταν σε αστικές, ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές και ο πληθυσμός ευθύνης ενός τέτοιου δικτύου κυμαινόταν από 10.000 έως και περισσότερους από 50.000 κατοίκους. Διέθεταν αναμφίβολα επαγγελματίες υγείας των βασικών ειδικοτήτων, βασικό εργαστηριακό εξοπλισμό, ενώ συνδεδεμένα με άλλα δίκτυα και με βάση

τον πληθυσμό που είχαν υπό την εποπτεία τους, είχαν τη δυνατότητα να διαμορφώσουν τμήματα “ανεπτυγμένης βιοϊατρικής τεχνολογίας” (Γεωργούση και Κυριόπουλος, 2000). Σπουδαίο ρόλο στα δίκτυα είχε ο οικογενειακός γιατρός καθώς αποτελούσε τον συνδετικό κρίκο μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της νοσοκομειακής φροντίδας υγείας. Ήταν αυτός που συμβούλευε τον ασθενή και τον καθοδηγούσε σωστά μέσα στο σύστημα υγείας ώστε να αποφεύγεται ο συνωστισμός ασθενών κατά κύριο λόγο στα τμήματα των επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Παρά τα σημαντικά τους πλεονεκτήματα, τα δίκτυα αυτά, παρουσίαζαν και κάποια μειονεκτήματα. Ένα από αυτά και ίσως το σημαντικότερο, ήταν το γεγονός ότι «παραγκώνιζαν» τον ιδιωτικό τομέα καθώς δεν είχε προβλεφθεί η χρησιμοποίηση του μέσω αυτών. Επίσης, οι διαφορετικές απολαβές των επαγγελματιών υγείας της ίδιας ειδικότητας θα οδηγούσε συνεχώς σε κλονισμό των δικτύων (Θεοδώρου, 2000). Έτσι, παρά τις βλέψεις του θεσμοθέτη για συγκρότηση ενός ενιαίου φορέα για τη διανομή υγειονομικών υπηρεσιών, στην πράξη τα δίκτυα δεν τέθηκαν ποτέ σε λειτουργία (Πουλογιαννοπούλου, 2006).

Το 2001 με την ψήφιση του νόμου 2889 η ελληνική επικράτεια διαχωρίζεται σε “υγειονομικές περιφέρειες” και ιδρύονται τα “Περιφερειακά Συστήματα Υγείας” τα οποία λειτουργούν ως “νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου” σε κάθε περιφέρεια. Τα Πε.Σ.Υ είχαν ως στόχο την ανάπτυξη “ολοκληρωμένων συστημάτων” παροχής υγειονομικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας στην περιφέρεια. Όλες οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που βρίσκονται στο Ε.Σ.Υ και ανήκουν στην «χωρική» δικαιοδοσία κάθε Πε.Σ.Υ, αποτελούν διοικητικά και οικονομικά ανεξάρτητες «αποκεντρωμένες» μονάδες των Πε.Σ.Υ. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, τα κέντρα υγείας αντιπροσωπεύονταν από τον πρόεδρο του «Πε.Σ.Υ» ενώ όλες οι υπόλοιπες υγειονομικές μονάδες από τους διοικητές τους (ΦΕΚ 37 Α', 2001). Στο άρθρο 2 του νόμου 3235 που ψηφίστηκε το 2004 ορίζεται ότι τα Κέντρα Υγείας βρίσκονται υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του υπουργού υγείας και πρόνοιας μέσω των «Πε.Σ.Υ.Π¹» όπως αυτά μετονομάστηκαν. Για την εφαρμογή του ελέγχου αυτού συγκροτήθηκε σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π ένα «Γραφείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» το οποίο οργάνωνε την ορθολογική κατανομή των πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών σε κάθε περιοχή που είχαν υπό την εποπτεία τους τα Πε.Σ.Υ.Π. Επίσης, το γραφείο αυτό ήταν υπεύθυνο για το αν τηρούνταν οι κανόνες λειτουργίας των κέντρων υγείας, επιτηρούσε και αξιολογούσε τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, παρείχε σωστή οργάνωση του «ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου» αλλά και της «ηλεκτρονικής κάρτας υγείας» και οργάνωνε προγράμματα

¹ Τα Πε.Σ.Υ.Π περιλαμβάνουν και τον τομέα της πρόνοιας.

για τη μετεκπαίδευση των γιατρών της «πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας». Τέλος, μέσα στις αρμοδιότητες του ήταν και ο έλεγχος του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με στόχο την αποδοτική λειτουργία του (ΦΕΚ 53 Α', 2004).

1.2. Ιστορική ανασκόπηση της ανάπτυξης της Π.Φ.Υ σε χώρες του εξωτερικού

Στην Ελλάδα, συγκριτικά με άλλες χώρες η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρουσίασε μια διαφορετική πορεία. Χαρακτηριστικά, το Λονδίνο πρωτοστάτησε και το 1935 θέτει σε λειτουργία το «πρώτο κέντρο υγείας» το οποίο προσέφερε πρωτοβάθμιες υγειονομικές υπηρεσίες «πρόληψης» και «περίθαλψης». Μετά το 1948 αναπτύχθηκε η ιδέα για την ίδρυση ενός «δικτύου κέντρων υγείας», εντούτοις όμως τη δεκαετία του '50 τα κέντρα υγείας που τέθηκαν σε λειτουργία ήταν ελάχιστα, ενώ την δεκαετία του '60 αυτά πολλαπλασιάστηκαν και εξαπλώθηκαν σε ολόκληρη την Μεγάλη Βρετανία. Στην Αμερική, τη δεκαετία του '60 τα κέντρα υγείας ήταν λιγοστά και κατά κύριο λόγο πανεπιστημιακά και «δημοτικά κέντρα υγείας». Όμως το '70 ως «κοινοτικά κέντρα υγείας» πλέον, εποπτεύονται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και χρηματοδοτούνται από το κράτος. Δημιουργήθηκαν κατά κύριο λόγο στις «φτωχογειτονιές» των μεγάλων πόλεων και αποτέλεσαν ανάσα για τον πληθυσμό, αφού μπόρεσαν να βελτιώσουν κατά πολύ τους δείκτες υγείας. Στην Πρώην Σοβιετική Ένωση το υγειονομικό σύστημα βασίστηκε σε ένα πλέγμα «κέντρων υγείας» και «πολυκλινικών». Τα μεν πρώτα, λειτούργησαν στις αγροτικές περιοχές και συνδέονταν με μικρές αγροτικές νοσοκομειακές μονάδες, ενώ τα δεύτερα στις αστικές περιοχές και προσέφεραν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας από επαγγελματίες υγείας μεγάλης γκάμας «ειδικοτήτων».

Στις Σκανδιναβικές χώρες και κυρίως στη Φινλανδία η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κάνει την εμφάνισή της στις αρχές του 18^{ου} αιώνα. Όμως το 1972 είναι η χρονιά που θεσμοθετείται η οργάνωση και λειτουργία ενός συστήματος παροχής «πρωτοβάθμιας περίθαλψης» που είχε ως στόχο την ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών αλλά και τη μεταφορά πόρων από τη δευτεροβάθμια στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η «πρωτοβάθμια περίθαλψη» στις Σκανδιναβικές χώρες διαχωρίζεται σε δύο πεδία: στο πρώτο βρίσκονται τα αγροτικά κέντρα υγείας όπου ο πληθυσμός ευθύνης τους κυμαίνεται από 6.000 έως 15.000 κατοίκους και στο δεύτερο πεδίο βρίσκονται τα υγειονομικά κέντρα που εξυπηρετούν 50.000 κατοίκους. Η σημαντική πρόοδος στην υγεία του πληθυσμού των

Σκανδιναβικών χωρών σύμφωνα με μελετητές των υγειονομικών συστημάτων, επιτεύχθηκε με ιδιαίτερος οικονομικά αποδοτικό τρόπο διότι κατόρθωσε να εξισορροπήσει τη νοσοκομειακή και την πρωτοβάθμια περίθαλψη, με ταυτόχρονη «αναδιανομή πόρων» (Θεοδώρου και συν., 2001).

1.3. Ορισμός και περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας. Ένας από τους πρώτους ορισμούς που διατυπώθηκε για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν αυτός του παγκόσμιου οργανισμού υγείας στην διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978, που χαρακτηριστικά αναφέρει ότι:

«Η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας» (WHO, 1978).

Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό αναπτύσσεται μια «φιλοσοφία» στηριζόμενη στην καθολική ιδέα ότι η βελτίωση της υγείας επιτυγχάνεται πιο ορθά μέσω της «Π.Φ.Υ» και κυρίως μέσω των υπηρεσιών «πρόληψης και αγωγής της υγείας», με την ενεργή συμβολή τόσο της κοινότητας όσο και του ίδιου του πολίτη (Θεοδώρου και συν., 2001).

Άλλος ένας ορισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δίνεται και στο άρθρο 1 του νόμου 3235, όπου η «Π.Φ.Υ» ορίζεται ως το μοντέλο προσφοράς βασικών και ολοκληρωμένων υγειονομικών υπηρεσιών σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο. Συνεχίζοντας, στο ίδιο άρθρο διακρίνουμε το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σε αυτή λοιπόν περιλαμβάνονται η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε πολίτες που δεν χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης, γίνεται αξιολόγηση των αναγκών των πολιτών σε θέματα υγείας

και εφαρμόζονται μέτρα για την «πρόληψη» παθήσεων και την προώθηση της υγείας. Επίσης, η «Π.Φ.Υ» περιλαμβάνει: οδοντιατρική φροντίδα που βασίζεται στην πρόληψη, μετανοδοκομειακές υπηρεσίες, παρακολούθηση ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας για τους οποίους δεν απαιτείται εισαγωγή σε νοσοκομείο και τέλος «υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας» (ΦΕΚ 53 Α', 2004).

1.4. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα την τρέχουσα περίοδο

Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας προσφέρονται από ένα σύνολο φορέων, καθένας από τους οποίους αποτελεί ένα ιδιαίτερο υγειονομικό υποσύστημα, με διαφορετικές εργασιακές συνθήκες, διαφορετικό φορέα εποπτείας και διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης. Οι φορείς παροχής «Π.Φ.Υ» είναι οι εξής (Θεοδώρου και συν., 2005):

α) **Το Εθνικό Σύστημα Υγείας** μέσω των Κ.Υ, των Π.Ι τους και των τακτικών εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομειακών μονάδων. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση και πρόσβαση έχουν όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες, αλλά και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών.

β) **Τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία.** Οι υπηρεσίες παρέχονται είτε μέσω των υγειονομικών μονάδων του ΙΚΑ (πολυϊατρεία, εργαστήρια, κλπ), είτε μέσω υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα που είναι συμβεβλημένες με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Στην πρώτη περίπτωση η χρηματοδότηση των υπηρεσιών γίνεται μόνο από τον προϋπολογισμό του ταμείου και σε αυτές έχουν πρόσβαση κατά κύριο λόγο οι ασφαλισμένοι του, ενώ στη δεύτερη περίπτωση οι ιδιώτες προμηθευτές αμείβονται από τους προϋπολογισμούς της κοινωνικής ασφάλισης με τη διαδικασία της κατά πράξη πληρωμής και εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους των ταμείων με τα οποία έχουν συμβληθεί.

γ) **Ο Ιδιωτικός Τομέας** ο οποίος ανταγωνίζεται το δημόσιο σύστημα και η χρηματοδότησή του γίνεται κυρίως από τις άμεσες πληρωμές των χρηστών και δευτερευόντως από την ιδιωτική ασφάλιση.

δ) **Η Τοπική Αυτοδιοίκηση** μέσω των Δημοτικών Ιατρείων και των Υπηρεσιών Πρόνοιας.

ε) **Οι Μη Κυβερνητικές-Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις** οι οποίες παρέχουν εξυπηρέτηση κυρίως σε πρόσφυγες και μετανάστες και η χρηματοδότηση τους γίνεται από δωρεές.

Συνεπώς, όπως μπορούμε να δούμε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πρόκειται για ένα κατακερματισμένο και «άναρχα» αναπτυσσόμενο κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Επακόλουθο της «πολυδιάσπασης» αυτής αποτελεί η ανυπαρξία κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού καθώς, και η απουσία συντονισμού στην ανάπτυξη, την παραγωγή και την προσφορά υπηρεσιών. Ανάλογα προβλήματα παρουσιάζονται και στον σχεδιασμό και στην υλοποίηση ενιαίας πολιτικής για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού, 2008).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας την τρέχουσα περίοδο παρουσιάζει και άλλα προβλήματα, μερικά από αυτά είναι τα εξής: Η άνιση γεωγραφική κατανομή των επαγγελματιών υγείας, η οποία διακρίνεται από την ανεπαρκή στελέχωση των μονάδων στην περιφέρεια συγκριτικά με τις αστικές περιοχές, η ανυπαρξία οικογενειακού γιατρού και η απουσία συστήματος παραπομπών που οδηγεί στην άσκοπη περιπλάνηση του ατόμου μέσα στο σύστημα υγείας που έχει ως συνέπεια τη μείωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και της αποδοτικότητας γενικότερα του υγειονομικού τομέα (Adamakidou and Kalokerinou, 2010). Αυτό αλλοιώνει το περιεχόμενο της Π.Φ.Υ που έχει ως στόχο τον προσανατολισμό και την ελεγχόμενη κίνηση του ασθενούς μέσα στο σύστημα (Λιονής, 2002).

Επίσης, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός της έλλειψης καταρτισμένων επαγγελματιών υγείας χωρίς εξειδίκευση στις πιο συχνές χρόνιες παθήσεις και η απορρόφηση τους κατά κύριο λόγο στην απλή συνταγογραφία (Λιονής και Μερκούρης, 2000). Το θέμα της συνταγογράφησης απασχολεί τη γενική ιατρική πολλών χωρών της Ευρώπης καθώς, συνιστά δείκτη χαμηλής ποιότητας παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας και καταδεικνύει ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει «παρεκτραπεί» από το σκοπό για τον οποίο αρχικά σχεδιάστηκε που είναι η πρόληψη, η αγωγή της δημόσιας υγείας κ.α (Κατσακιώρη και συν., 2002).

Ακόμα ένα σημαντικό πρόβλημα είναι και η περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας ιδίως στα αστικά κέντρα (Σουλιώτης, 2003). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς-χρήστες να αναγκάζονται να καταφεύγουν σε ιδιώτες γιατρούς ή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα οποία υπερφορτώνονται για την παροχή Π.Φ.Υ και αποπροσανατολίζονται από τον κύριο στόχο τους που είναι η προσφορά δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού, 2008).

Τα τελευταία χρόνια ο τομέας υγείας στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από μια διαρκή αύξηση των ιδιωτικών υγειονομικών δαπανών, κυρίως όσον αφορά υπηρεσίες «Π.Φ.Υ» (Σουλιώτης και Λιονής, 2003). Η αδυναμία προσφοράς πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υψηλής ποιότητας από δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες έχει οδηγήσει σε διατάραξη της ισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών με αποτέλεσμα οι ιδιωτικές δαπάνες να αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας παρά το μεγάλο ποσοστό της κρατικής επιχορήγησης (Σούλης, 1999).

Πράγματι, η χώρα μας δαπανά σε υπηρεσίες υγείας, ποσοστό 9,6% του ΑΕΠ, εκ των οποίων το 1/3 αφορά ιδιωτικές δαπάνες, γεγονός που την κατατάσσει στις υψηλότερες θέσεις του ΟΟΣΑ μαζί με τις ΗΠΑ την Κορέα και την Ελβετία (Κεχμόγλου, 2009). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 1.616 νοικοκυριών από όλη την Ελλάδα, έδειξε ότι το 2005 το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών από τα νοικοκυριά για υπηρεσίες Π.Φ.Υ ανήλθε στο 68% των συνολικών τους δαπανών για την υγεία (Σίσκου και συν., 2008). Αυτό υποδηλώνει την ελλιπή χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υπηρεσιών Π.Φ.Υ, το οποίο παρουσιάζει ελλείψεις τις οποίες προσπαθεί να καλύψει ο ιδιωτικός τομέας με όρους επιχειρηματικής αποδοτικότητας (Ιωακείμογλου, 2010).

Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας αποτελεί ένα μείζον θέμα στην συγκράτηση δαπανών για την υγεία καθώς, ένα υγειονομικό σύστημα με αποτελεσματικότερη «Π.Φ.Υ» κοστίζει λιγότερο από ένα «νοσοκομειοκεντρικό» σύστημα (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009). Συνεπώς, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη βελτίωση της ποιότητας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο όμως, ότι η χρηματοδότηση της από τον κρατικό προϋπολογισμό είναι ελλιπής θα μπορούσε ως λύση να θεσπιστεί ένας μηχανισμός συμμετοχής των ασθενών στο κόστος, με απώτερο σκοπό την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και μακροπρόθεσμα τη συγκράτηση των ιδιωτικών δαπανών από τα νοικοκυριά όσον αφορά τις υψηλού κόστους υπηρεσίες υγείας (που παρέχονται από ιδιώτες γιατρούς) στις οποίες καταφεύγουν.

1.5. Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος της υγειονομικής φροντίδας

Η συμμετοχή στο κόστος είναι η οικονομική συμβολή των ασθενών όταν κάνουν χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και αποτελεί στρατηγική για τον περιορισμό των δαπανών. Στόχοι της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος είναι: η παραγωγή πρόσθετου εισοδήματος, η βελτίωση της ποιότητας και διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας, η οργάνωση της

ορθολογικής χρήσης τους και η ενίσχυση του κόστους συνείδησης των καταναλωτών των υγειονομικών υπηρεσιών. Εντούτοις, μπορούν να υπάρξουν και επιπτώσεις από την εισαγωγή μηχανισμού συμμετοχής στο κόστος. Μία από αυτές είναι το γεγονός ότι μπορεί να αποθαρρύνει τους ανθρώπους από την χρησιμοποίηση της απαραίτητης υγειονομικής φροντίδας (Lundy and Finder, 2009/ Keeler, 1992/ Eden, 1994).

Επιπρόσθετα, μπορεί να πλήξει άτομα με σοβαρές ασθένειες και χαμηλού οικογενειακού εισοδήματος τα οποία επωφελούνταν από τη «δωρεάν» υγειονομική φροντίδα. Για την αντιμετώπιση όμως αυτών των ζητημάτων, διάφορες χώρες έχουν θεσπίσει μηχανισμούς απαλλαγής μερίδας πολιτών από τη συμμετοχή στο κόστος ή περιορισμού του κόστους λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως: την ηλικία (π.χ παιδιά κάτω των 5 ετών απαλλάσσονται πλήρως από τις δαπάνες υγείας), την κατάσταση υγείας (π.χ χρόνιες παθήσεις) και το χαμηλό εισόδημα (Lundy and Finder, 2009/Washington, DC: U.S Government Printing Office, 1993).

Έρευνα που έγινε στην Τανζανία έδειξε ότι, η συμμετοχή στο κόστος που εφαρμόστηκε οδήγησε στην αύξηση της κατανάλωσης των φαρμάκων², στη μείωση της αλόγιστης χρήσης των υπηρεσιών υγείας καθώς πλέον οι υπηρεσίες υγείας έχουν ένα κόστος και μία αξία, και στη σωστή διαχείριση των εσόδων σε διάφορα επίπεδα. Παρόλα αυτά, ο μηχανισμός απαλλαγής για όσους δεν είχαν τη δυνατότητα να πληρώσουν δεν λειτούργησε αποτελεσματικά και παράλληλα δεν συγκεντρώθηκαν τα έσοδα στα επιθυμητά επίπεδα. Αντίθετα, σε έρευνα που έγινε στη Σουηδία, σχετικά με την επίδραση της συμμετοχής στο κόστος στην φαρμακευτική περίθαλψη, έδειξε ότι η αύξηση στις χρεώσεις των ασφαλισμένων οδήγησε σε μείωση της ζήτησης για τα μη απολύτως αναγκαία φάρμακα αλλά και σε μικρή μείωση σε απαραίτητα φάρμακα (Ministry of health, 2005/ Σίσκου, 2009).

Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κένυα έδειξε ότι η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος της Π.Φ.Υ, επέφερε περισσότερες δυσμενείς, παρά θετικές επιπτώσεις. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι το μέτρο συνέτεινε στην παρεμπόδιση της εκδήλωσης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας στην προαγωγή ανισοτήτων στην πρόσβαση σε υγειονομικές φροντίδες και στη συρρίκνωση του εισοδήματος των νοικοκυριών, ενώ περιορισμένη ήταν η συνεισφορά του στην αύξηση των εσόδων του δημοσίου τομέα υγείας. Οι μηχανισμοί εξαίρεσης από το κόστος, δεν κατάφεραν να προστατέψουν επαρκώς τις ευπαθείς ομάδες, καθώς οι διαδικασίες

² Σε αυτή την περίπτωση προφανώς η φαρμακευτική περίθαλψη υποκαθιστά άλλες μορφές ίσως πιο ακριβές για τους πολίτες.

εξαίρεσης ήταν σύνθετες και χρονοβόρες και οι ασθενείς δεν ήταν πλήρως ενημερωμένοι για αυτές (Chuma et all., 2009). Τέλος, σε έρευνα που διεξήχθη στη Στοκχόλμη σε 8.200 άτομα σχετικά με την διερεύνηση του βαθμού αποφυγής από χρήσης των πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών λόγω της επιβαλλόμενης συμμετοχής στο κόστος, παρατηρήθηκε ότι η χρήση υπηρεσιών σχετίζεται άμεσα με την οικονομική κατάσταση του ατόμου. Συγκεκριμένα, το 50% αυτών που εκτιμούν την οικονομική τους κατάσταση κακή, δήλωσαν ότι παρέλειψαν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ τουλάχιστον σε μία περίπτωση, συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό (22%) στο γενικό πληθυσμό (Σίσκου, 2009).

Γενικά, αξίζει να σημειωθεί ότι οι υποστηρικτές του μέτρου της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος τονίζουν τη μείωση της ζήτησης σε υγειονομικές υπηρεσίες και παράλληλα την αύξηση των εσόδων, διευρύνοντας με αυτό τον τρόπο τις υγειονομικές παροχές εκεί που η κρατική χρηματοδότηση είναι ελλιπής και αδυνατεί να ανταπεξέλθει. Επίσης, η αύξηση των εσόδων βοηθά ώστε μέρος αυτών να χρησιμοποιηθεί για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των οικονομικά ασθενέστερων, με στόχο την ισότιμη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά, αυτοί που εναντιώνονται στο μέτρο αυτό, υποστηρίζουν ότι τα νοικοκυριά επωμίζονται το οικονομικό βάρος, με αποτέλεσμα να πλήττονται οι φτωχότεροι και ασθενείς πολίτες και να διαταράσσεται η αλληλεγγύη μεταξύ των υγιών-εύρωστων και των ασθενών-φτωχών πολιτών καθώς, οι μεν πρώτοι παύουν να επιχορηγούν τους δεύτερους (Σίσκου, 2006).

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάστηκε μια ιστορική ανασκόπηση της εξέλιξης της Π.Φ.Υ τόσο στην Ελλάδα όσο και σε χώρες του εξωτερικού. Δόθηκε ο ορισμός και τα χαρακτηριστικά που την προσδιορίζουν και τέλος, έγινε μια αναφορά στη τρέχουσα κατάσταση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας στην χώρα μας και των προβλημάτων που την απαρτίζουν, εφιστώντας την προσοχή κυρίως στην ελλιπή χρηματοδότηση. Πρόσθετα, αναφέρθηκε ως πιθανή λύση η θέσπιση μηχανισμού συμμετοχής στο κόστος, λαμβάνοντας υπόψη τα θετικά και αρνητικά που ανακύπτουν σύμφωνα με τη βιβλιογραφία. Εν συνεχεία παρουσιάζεται μια σύντομη περιγραφή του Ε.Σ.Υ και των χαρακτηριστικών των κέντρων υγείας.

2. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Περιγραφή των κυριότερων μορφών συστημάτων υγείας

Πριν γίνει η παρουσίαση του ελληνικού συστήματος υγείας, κρίνεται σκόπιμη μία σύντομη περιγραφή των βασικών κατηγοριών των διαφόρων συστημάτων υγείας, από τα οποία έχει αντλήσει στοιχεία και το ελληνικό σύστημα υγείας.

Τα υγειονομικά συστήματα αναλόγως με το πώς χρηματοδοτούνται, οργανώνονται, παράγονται και προσφέρονται οι υγειονομικές υπηρεσίες, διαχωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες (Τούντας, 2003/ Σιγάλας, 1999/ Σουλιώτης, 2000/ Υφαντόπουλος και συν., 2005):

α) **Το ιδιωτικό σύστημα** ή διαφορετικά το «φιλελεύθερο σύστημα υγείας» είναι αυτό στο οποίο επικρατούν οι ιδιωτικές δαπάνες και οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται είναι κατά κύριο λόγο ιδιωτικές. Κύριος αντιπρόσωπος του συστήματος αυτού είναι οι Η.Π.Α. Η ένταξη κάποιου ατόμου σε αυτό αποτελεί προσωπική επιλογή, ενώ ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του καθώς και ο καθορισμός του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών από αυτό αποτελούν αναφαίρετο δικαίωμα των ιδιωτών επαγγελματιών υγείας. Στο σύστημα αυτό, κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση όσον αφορά την υγειονομική κάλυψη η οποία αποτελεί ελεύθερη επιλογή του καθενός. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ιδιωτικό σύστημα χαρακτηρίζεται από μεγάλες ανισότητες διότι η υγειονομική κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση του ατόμου, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και αποκλεισμού από αυτές ομάδων πληθυσμού.

β) **Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (πρότυπο Bismark)** βασίζεται στην χρηματοδότηση από τα ασφαλιστικά ταμεία μέσω εισφορών από εργοδότες, εργαζόμενους και ορισμένες φορές από το κράτος. Κύριοι εκφραστές του συστήματος αυτού είναι η Γερμανία, η Αυστρία, η Γαλλία και το Βέλγιο. Στο σύστημα αυτό η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί υποχρέωση του πληθυσμού και καθολικό δικαίωμα ανεξαρτήτως του εισοδήματος και της κατάστασης υγείας του ατόμου. Επίσης, ένα ακόμα χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η κυριότητα των παραγωγικών συντελεστών μπορεί να είναι είτε δημόσια είτε ιδιωτική.

γ) **Το κρατικό σύστημα (πρότυπο Beveridge)** στηρίζεται στη χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό του κράτους και στοχεύει στην πλήρη, καθολική και ισότιμη ιατρική κάλυψη

όλου του πληθυσμού. Η κυριότητα των «συντελεστών παραγωγής» τέτοιων συστημάτων αλλά και ο έλεγχος τους ανήκει κατά κύριο λόγο στο κράτος. Κύριος εκφραστής αυτού του μοντέλου είναι η Μεγάλη Βρετανία καθώς, το βρετανικό υγειονομικό σύστημα αποτέλεσε το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα που παρείχε δωρεάν υγειονομική κάλυψη για όλους και ισότητα στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Με αφετηρία τη Μεγάλη Βρετανία και άλλες χώρες όπως η Ιταλία, η Σουηδία, η Ελλάδα και άλλες δημιούργησαν παρόμοια συστήματα με μικρές διαφορές.

Σήμερα κανένα από τα παραπάνω συστήματα δεν λειτουργεί στην αμιγή του μορφή, αλλά λειτουργούν συστήματα που συνδυάζουν στοιχεία τους, με μερικές όμως διαφοροποιήσεις.

Στη χώρα μας, η πρόοδος και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας ακολουθήθηκε από περιόδους στασιμότητας αλλά και σπουδαίων μεταρρυθμίσεων (Βελονάκη και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2006). Η πρώτη έγινε την περίοδο που ακολούθησε την ίδρυσή του, το 1983 και η τελευταία το 2005 (Αντωνοπούλου, 2008). Οι μεταρρυθμίσεις αυτές αφορούν στις κοινωνικές ανάγκες που απαιτούν τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου του συστήματος υγείας προκειμένου να είναι κοινωνικά δίκαιο και αποδοτικό (Lahana et al., 2002). Στόχος κάθε υγειονομικού συστήματος είναι να εξασφαλίσει και να βελτιώσει το επίπεδο ευμάρειας του πληθυσμού (Σιγάλας, 1999).

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «μικτό» σύστημα καθώς η προσφορά και η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών γίνεται τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από τον δημόσιο φορέα. Αρχικά δημιουργήθηκε βασιζόμενο περισσότερο στο πρότυπο Bismarck, όπου οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού καλύπτονταν μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Σήμερα όμως, λόγω του ότι στηρίζεται κατά κανόνα στην χρηματοδότηση από τον προϋπολογισμό του κράτους τείνει περισσότερο προς το πρότυπο Beveridge. Συγκεκριμένα, αποτελείται από τρία υποσυστήματα τα οποία είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους κυρίως όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών της Π.Φ.Υ. Τα υποσυστήματα αυτά είναι το Ε.Σ.Υ (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ΕΚΑΒ), το ΙΚΑ και τα υπόλοιπα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και ο ιδιωτικός τομέας με τα διάφορα διαγνωστικά κέντρα, τις πολυκλινικές κ.λπ. (Σχοινιάς, 2005).

2.2. Το θεσμικό πλαίσιο των Κέντρων Υγείας

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο ο θεσμός των Κέντρων Υγείας (Κ.Υ) έκανε για πρώτη φορά την εμφάνισή του το 1920 στην Αγγλία, όμως γρήγορα εξαπλώθηκε στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες.

Με την ψήφιση του νόμου 1397 του 1983 δημιουργούνται σε κάθε νομό της Ελλάδας, ανάλογα με τις ανάγκες τους, «Κέντρα Υγείας» ως αποκεντρωμένες οργανωτικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και «Περιφερειακά Ιατρεία» ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Επίσης, με το νόμο αυτό καθορίζονται και οι περιοχές ευθύνης τους και στελεχώνονται με επαγγελματίες υγείας των οποίων οι θέσεις τους προστίθενται στις θέσεις του οργανισμού των νοσοκομείων στα οποία υπάγονται. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η λειτουργική και επιστημονική συνεργασία, αλλά και η οργανική διασύνδεση των Κ.Υ με τις νοσοκομειακές μονάδες.

Επειτα, με την ψήφιση του νόμου 2071 το 1992 τα Κέντρα Υγείας τέθηκαν υπό την εποπτεία των υπηρεσιών των Νομαρχιών όμως, το 1994 με τον νόμο 2194 περιήλθαν υπό τον έλεγχο των νοσοκομειακών μονάδων στις οποίες εντάσσονταν όπως είχε αρχικά προβλεφθεί. Το 2001 τα Κέντρα Υγείας όπως προβλέπεται από τον νόμο 2889 ανεξαρτητοποιούνται από τα νοσοκομεία και μαζί με αυτά αλλά και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες μονάδες οι οποίες εποπτεύονται από αντίστοιχα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ) και λειτουργούν στη χωρική δικαιοδοσία τους (Παπαθεοχάρη, 2004/ Τζανακάρη και συν., 2005)

2.3. Οι σκοποί των Κέντρων Υγείας

Ένας από τους βασικούς στόχους του Ε.Σ.Υ ήταν η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ μέσω μονάδων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας όπως π.χ τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία κ.α. Οι σκοποί των Κέντρων Υγείας είναι (Πρεζεράκος, 2009/ Ταβλαντά και συν., 2006/ Έλληνας, 2005):

- 1) Η παροχή ισότιμης Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτήν.
- 2) Η νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών οι οποίοι βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή έχουν εξέλθει από κάποια νοσοκομειακή μονάδα.

- 3) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης μέχρι την διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- 4) Η μεταφορά των αρρώστων με ασθενοφόρο ή κάποιο άλλο μεταφορικό μέσο στο κέντρο υγείας ή το νοσοκομείο.
- 5) Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- 6) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η ενημέρωση του πληθυσμού για τα θέματα υγείας.
- 7) Η εκτέλεση προγραμμάτων ιατροκοινωνικής και επιδημιολογικής έρευνας που αποβλέπουν στην προώθηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.
- 8) Η προσφορά υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- 9) Η ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- 10) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- 11) Η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.
- 12) Η παροχή φαρμάκων σε άτομα που τα δικαιούνται σε περίπτωση μη λειτουργίας φαρμακείου στην περιοχή τους.

Εντούτοις, τα Κέντρα Υγείας σχετικά με την σύγχρονη αντίληψη περί πρωτοβάθμιας περίθαλψης προσανατολίζονται περισσότερο σε υπηρεσίες που στοχεύουν στα εξής (Θεοδώρου και συν., 2001):

- 1) **Πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη:** συνίσταται στη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών και τραυματισμών καθώς και στην αποκατάσταση και αποθεραπεία του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.
- 2) **Υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής:** Η πρόληψη των ασθενειών βοηθάει στην εξάλειψη των νοσογόνων παραγόντων εφόσον αυτοί είναι γνωστοί αλλά και στην ανίχνευση της νόσου έγκαιρα καθώς στηρίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο. Η πρόληψη από τα κέντρα υγείας επιτυγχάνεται με την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής, τα οποία απευθύνονται στον πληθυσμό ευθύνης τους.
- 3) **Κοινωνική φροντίδα:** απευθύνεται στην κατ'οίκον περίθαλψη ασθενών με χρόνιες παθήσεις και στην κοινωνική φροντίδα ομάδων πληθυσμού με ιδιαίτερα προβλήματα. Αποσκοπεί στην έρευνα και υποστήριξη κοινωνικό – οικονομικών και ψυχολογικών αντίξοων συνθηκών, την ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με την ψυχική υγεία και τις

ενδο-οικογενειακές σχέσεις και στην κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και της οικογένειάς του.

2.4. Το οργανωτικό – λειτουργικό πλαίσιο των Κέντρων Υγείας

Τα Κέντρα Υγείας πλέον αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π και συνεχίζουν να συνδέονται λειτουργικά με τα νοσοκομεία. Συνεπώς, οι υπηρεσίες των κέντρων υγείας όσον αφορά την οργάνωση είναι παρόμοιες με εκείνες των νοσοκομείων. Τα κέντρα υγείας παρέχουν ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες (στις οποίες ανήκουν οι γιατροί, οι φαρμακοποιοί, οι οδοντίατροι και όλο το νοσηλευτικό προσωπικό) και διοικητικές υπηρεσίες (όπως είναι το διοικητικό, το τεχνικό και το τμήμα επιστασίας).

Το οργανωτικό πλαίσιο που διέπει τα κέντρα υγείας μαζί με τις δραστηριότητες και τους στόχους τους, μας επιτρέπει να αντιληφθούμε ότι το Κέντρο Υγείας θα πρέπει να έχει ένα «πολυδύναμο χαρακτήρα» δηλαδή να ενοποιεί στο μέγιστο βαθμό το σύνολο των πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών και να λειτουργεί σαν αυτοδύναμη μονάδα με το απαραίτητο στελεχιακό δυναμικό και την «απαιτούμενη υποδομή» ώστε να καλύπτει πλήρως τις «πρωτοβάθμιες υγειονομικές ανάγκες» του πληθυσμού ευθύνης του.

Τον έλεγχο για την λειτουργία και την διοικητική ευθύνη του Κέντρου Υγείας έχει ο διευθυντής του, ο οποίος είναι γιατρός που έχει εκλεχθεί μεταξύ του ιατρικού προσωπικού. Τα Κ.Υ λειτουργούν σε τακτικό ωράριο 8 ώρες επί πέντε ημέρες εβδομαδιαίως ενώ, τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες εφημερεύουν (Ζηλίδης, 1989/ Παπαθεοχάρη, 2004).

2.5. Σχεδιασμός – Υποδομή – Εξοπλισμός – Στελέχωση των Κέντρων Υγείας

Σήμερα στις μη αστικές περιοχές λειτουργούν 202 Κέντρα Υγείας τα οποία είναι συνδεδεμένα με 1.478 Περιφερειακά Ιατρεία. Με την ανάπτυξη και τον σχεδιασμό των Κ.Υ καθορίστηκαν παράλληλα και οι περιοχές ευθύνης τους ώστε να εξυπηρετούν πληθυσμό από 2.500 έως 35.000 κατοίκους (Τούντας και συν., 2008). Οι περιοχές ευθύνης καθορίστηκαν βάσει κριτηρίων πληθυσμιακών, γεωγραφικών, κοινωνικό-οικονομικών αλλά και από την δυνατότητα πρόσβασης προς το Κ.Υ σε λιγότερο από μισή ώρα ή μία αν πρόκειται για απομακρυσμένες περιοχές (Ζηλίδης, 1989). Λόγω των πληθυσμιακών μεταβολών και των επιδημιολογικών αλλαγών θα πρέπει κατά διαστήματα να επανεξετάζονται και αν είναι

αναγκαίο να ανακατανέμονται οι περιοχές ευθύνης και οι «διοικητικές υπαγωγές» των Κέντρων Υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες (Παπαθεοχάρη, 2004).

Όσον αφορά την υποδομή και τον εξοπλισμό των Κέντρων Υγείας, ώστε αυτά να ικανοποιούν τους σκοπούς για τους οποίους αρχικά δημιουργήθηκαν θα πρέπει να περιλαμβάνουν εξεταστικούς χώρους, ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, βασικό εξοπλισμό διάγνωσης, οδοντιατρείο, μονάδα βραχείας νοσηλείας, μικρό σπητικό χειρουργείο και ασθενοφόρο (Παπαθεοχάρη, 2004).

Σχετικά με την στελέχωση των Κ.Υ των αγροτικών περιοχών, αυτά θα πρέπει να διαθέτουν όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό έναν γενικό ιατρό ανά 1.800 ενήλικες, έναν παιδίατρο ανά 1.200 – 1.800 παιδιά, έναν μικροβιολόγο και έναν ακτινολόγο για κάθε κέντρο υγείας (που θα εξυπηρετούν πάνω από 7.500 και 20.000 κατοίκους αντίστοιχα) και έναν οδοντίατρο ανά 6.000 – 6.500 κατοίκους. Επίσης, θα πρέπει να διαθέτουν ένα σύνολο από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων που θα τα επισκέπτονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Επιπρόσθετα, σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να υπάρχει ένας νοσοκόμος για κάθε 2.500 – 3.000 κατοίκους, μία μαία ανά 5.000 γυναίκες και τρεις με τέσσερις τραυματιοφορείς για κάθε Κ.Υ. Το διοικητικό προσωπικό θα πρέπει να αποτελείται 3 – 7 άτομα στο τμήμα διοίκησης, 1 – 3 άτομα στο τεχνικό τμήμα και 9 – 14 άτομα στο τμήμα υπηρεσίας (κλητήρες, θυρωροί, οδηγοί, καθαρίστριες κ.λπ.). Τέλος, απαραίτητη θεωρείται η ύπαρξη ενός κοινωνικού λειτουργού ανά 7.000 – 10.000 κατοίκους και από το τμήμα των συναφών υγειονομικών επαγγελματιών (όπως είναι οι παρασκευαστές, οι χειριστές του ακτινολογικού, οι επόπτες υγείας και οι φυσιοθεραπευτές) από κάθε ειδικότητα ένας για κάθε 10.000 άτομα (Ζηλίδης, 1989).

2.6. Τα σύγχρονα προβλήματα των Κέντρων Υγείας

Μέχρι σήμερα τα Κέντρα Υγείας έχουν επιτύχει την παροχή μεγάλης ποσότητας υπηρεσιών υγείας στις αγροτικές περιοχές αλλά και την μείωση εν μέρη των «περιφερειακών ανισοτήτων». Εντούτοις, όμως έχουν ανάγκη από πλήρη στελέχωση, με σωστά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας και προσωπικό (Μάτης και Χρυσού, 2007). Συνεπώς, ένα από τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα Κ.Υ είναι η ελλιπής στελέχωση από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικό και λοιπό προσωπικό.

Πράγματι, έντονο είναι το φαινόμενο της άνισης κατανομής του «υγειονομικού προσωπικού» αφού το μεγαλύτερο ποσοστό έχει στραφεί προς τα νοσοκομεία και τα μεγάλα αστικά κέντρα με αποτέλεσμα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να «περνά σε δεύτερη μοίρα» και να υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις όσον αφορά την στελέχωση. Η άνιση αυτή κατανομή δεν αφορά όμως μόνο τις γεωγραφικές περιοχές αλλά και τις διάφορες ειδικότητες (Θεοδώρου και συν., 2005).

Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό στην Ελλάδα παρατηρούμε ότι παρά την πληθώρα των ιατρών ο τομέας της υγείας παρουσιάζεται υποστελεχωμένος, στην περιφέρεια.. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι, το 1992 στην Αττική η αναλογία γιατρών ανά κάτοικο ήταν 1:172 σε σχέση με την αντίστοιχη αναλογία στις περιφέρειες των νησιών, της Στερεάς Ελλάδας, της Θράκης και της Θεσσαλίας που ήταν 1:500. Αυτό δείχνει την ανισότητα στην κατανομή του ιατρικού προσωπικού που ακόμα και σήμερα παρουσιάζεται έντονη, καθώς μεγαλύτερο ποσοστό μεγάλα αστικά κέντρα όπου οι προοπτικές εξέλιξης είναι μεγαλύτερες.

Σχετικά με τις ειδικότητες έμφαση δίνεται κυρίως σε αυτές με μεγάλη ζήτηση (τις «κορεσμένες»), με αποτέλεσμα να υπάρχει έλλειψη γενικών γιατρών καθώς μόνο το 4,5% των γιατρών στην Ελλάδα έχει αυτή την ειδικότητα συγκριτικά με άλλα συστήματα υγείας όπου το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 40-50% (OECD Health Data, 2010). Αυτό ίσως οφείλεται στις μικρές οικονομικές απολαβές της συγκεκριμένης ειδικότητας. Βεβαίως, τα τελευταία χρόνια αυτό φαίνεται να αλλάζει καθώς όλο και περισσότεροι στρέφονται προς την γενική ιατρική που αποτελεί και κύρια ειδικότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Επιπρόσθετα, ελλείψεις υπάρχουν και στο νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό όπως προαναφέρθηκε. Ιδίως όσον αφορά το νοσηλευτικό επάγγελμα η έλλειψη σε αυτό οφείλεται στην εγκατάλειψη του από νοσηλευτές σε ποσοστό μάλιστα 50% λόγω των χαμηλών οικονομικών απολαβών αλλά και των άσχημων εργασιακών συνθηκών. Όλα αυτά που προαναφέρθηκαν σε συνδυασμό με την έλλειψη κινήτρων για προσέλκυση προσωπικού στις μη αστικές περιοχές, συντελούν στην μη αποδοτική λειτουργία και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας (Θεοδώρου και συν., 2005 / Πολύζος και Υφαντόπουλος, 2000).

Τέλος, ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα των Κέντρων Υγείας είναι η ελλιπής χρηματοδότησή τους. Χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων και οι οικονομικοί πόροι προς αυτά είναι σταθεροί χωρίς να καλύπτουν τις πραγματικές τους ανάγκες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της βελτίωσης και ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Η εισαγωγή ενός εισπρακτικού μηχανισμού στα Κ.Υ θα μπορούσε να συμβάλει στην κάλυψη των αναγκών για χρηματοδότηση, και στην μείωση της κρατικής παρέμβασης για χρηματοδότηση των λειτουργικών δαπανών (Στόκου, 2008).

3. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

3.1. Η σημασία μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας

Η μελέτη σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσιών υγείας πρωτοεμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του '60. Από την εποχή εκείνη μέχρι και τα τέλη του 1990 δημοσιεύθηκε ένα σπουδαίος αριθμός ερευνών που είχαν ως αντικείμενο μελέτης το συγκεκριμένο θέμα. Οι απόψεις των ασθενών-χρηστών αποτέλεσαν ένα «χρήσιμο εργαλείο» για τον έλεγχο και τη βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Οι χρήστες μπορούν να κρίνουν τις υγειονομικές υπηρεσίες που λαμβάνουν και να τις συγκρίνουν με άλλες βάσει της κοινής λογικής (Νταμπάκη, 2009).

Η έννοια της ικανοποίησης των χρηστών συνδέεται άμεσα με την «ποιότητα» των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί έναν διεθνώς αναγνωρισμένο δείκτη μέτρησης της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας, που χρίζει επανειλημμένης μελέτης και έρευνας προκειμένου να επιτευχθεί όσο το δυνατόν καλύτερα η ομαλή λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων (Ahmad and Din, 2010). Η μέτρηση της ικανοποίησης γίνεται μέσω ερωτηματολογίων στα οποία οι ασθενείς καλούνται να διατυπώσουν τις απόψεις, τις παρατηρήσεις και τις προτάσεις τους αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται και όχι να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας τους μετά την λήψη της υγειονομικής φροντίδας (Κρητικός, 2004-05/ Mendoza Aldana et all, 2001).

Δεδομένου ότι η ικανοποίηση όπως προαναφέρθηκε, σχετίζεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και αποτελεί δείκτη μέτρησής της, θα ήταν καλό να αναφέρουμε λίγα λόγια για αυτή. Ο όρος «ποιότητα» απορρέει από την αρχαία λέξη «ποιότης» και αποτελεί το σύνολο των ιδιοτήτων, τα οποία ο καταναλωτής αναζητά από μία υπηρεσία ή ένα προϊόν, προκειμένου να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του. Στον τομέα της υγείας η ανάγκη για ποιότητα εμφανίστηκε ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη όπου δινόταν ιδιαίτερη προσοχή στην εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών (Λιακοπούλου, 2008).

Σήμερα η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχονται εκτιμάται με διαφορετικά κριτήρια από τους χρήστες και οι «προσδοκίες-απαιτήσεις» τους, για ποιότητα διαφέρουν

κατά πολύ συγκριτικά με δέκα, τριάντα ή πενήντα χρόνια πιο πριν (Σιγάλας, 1999). Τα κριτήρια με βάση τα οποία γίνεται η αποτίμηση της ποιότητας διακρίνονται σε τρία μέρη (Κρητικός, 2004-05):

1. **Τεχνικό μέρος:** επιστημονική και τεχνολογική προσέγγιση του προβλήματος υγείας για καλύτερη αντιμετώπισή του.
2. **Διαπροσωπικό μέρος:** η συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας προς τον ασθενή με βάση την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες του ασθενή.
3. **Ξενοδοχειακή υποδομή:** ο χώρος και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας.

Παρά τις σημαντικές προόδους που έχουν γίνει για βελτίωση της ποιότητας στον υγειονομικό τομέα και παρ' όλες τις έρευνες που έχουν δημοσιευθεί, η μέτρηση της ποιότητας αποτελεί δύσκολη υπόθεση μιας και οι προσπάθειες που έχουν γίνει δεν είναι ολοκληρωμένες αλλά «αποσπασματικές». Στην χώρα μας λόγω του ότι δεν υφίσταται ιατρικός έλεγχος πλην ορισμένων εξαιρέσεων η «ποιότητα» είναι συνυφασμένη με το παραγόμενο έργο όπως αυτό γίνεται αντιληπτό από τους χρήστες-ασθενείς των υπηρεσιών υγείας. Επομένως, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες φανερώνει τον «βαθμό ποιότητας» (Νάνος, 2004).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι χρήσιμη καθώς, επιτρέπει την συλλογή στοιχείων αναδεικνύοντας προβλήματα που ενδέχεται να έχει το υγειονομικό σύστημα, με στόχο τη βελτίωση του και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, αυξάνει την υπευθυνότητα του προσωπικού καθώς αποτιμάται η αποδοτικότητα του, με σκοπό την καλύτερη ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες των ασθενών. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης δίνεται μια «εναλλακτική λύση» στην ιδέα περί αποδοτικότητας εφόσον διευρύνει τα κριτήρια πάνω στα οποία στηρίζονται οι διοικήσεις των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Τέλος κατευθύνει το προσωπικό να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του (Λιακοπούλου, 2008).

Παρόλο που η χρησιμοποίηση των χρηστών-ασθενών στην αποτίμηση της ποιότητας θεωρείται σημαντική εντούτοις, υπάρχουν ορισμένα επιχειρήματα για τη μη χρησιμοποίησή τους. Ένα από αυτά είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν έχουν τεχνική και επιστημονική γνώση για να αξιολογήσουν σωστά την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας. Η ικανοποίηση τους εξαρτάται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή και σχετίζεται περισσότερο

με την ποσότητα των υπηρεσιών παρά με την ποιότητα. Επιπρόσθετα, υπερτιμούν συνήθως τις διαπροσωπικές σχέσεις λόγω ανησυχίας ότι θα διακινδυνεύσουν τις μελλοντικές τους σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας (Mirvis, 1998).

3.2. Άλλες εμπειρικές μελέτες

Στην ενότητα αυτή παρατίθενται διάφορες εμπειρικές μελέτες τόσο της εγχώριας όσο και της διεθνούς βιβλιογραφίας που αφορούν τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών αλλά και την πρόθεση να συμμετάσχουν στο κόστος έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας.

3.2.1. Εμπειρικές μελέτες για τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

○ Διεθνείς

Σε μια μελέτη που έγινε στο Κουβέιτ προσδιορίστηκαν κάποιοι παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η ικανοποίηση των ασθενών από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Η έρευνα αυτή διεξήχθη την χρονική περίοδο από τον Ιανουάριο του 2003 έως και τον Αύγουστο του ίδιου έτους σε 1.035 άτομα. Από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής βρέθηκε ότι η ηλικία, το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης ενώ, κανένας άλλος παράγοντας δεν βρέθηκε να συσχετίζεται. Άτομα τα οποία ήταν άνω των 50 ετών έδειχναν μεγαλύτερη ικανοποίηση, επίσης οι άνδρες αλλά και τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης παρουσιάζονταν σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποιημένοι (Al-Eisa et al., 2005). Επιπρόσθετα, σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε και αυτή στο Κουβέιτ σε 1.255 άτομα την περίοδο από το Νοέμβριο του 2003 έως και τον Φεβρουάριο του 2004 έδειξε ότι οι γυναίκες σε αυτή τη περίπτωση αλλά και οι μεγαλύτερες ηλικίες φάνηκαν να είναι πιο ικανοποιημένοι (Sadika et al., 2008).

Σε παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε οχτώ κέντρα υγείας της Σαουδικής Αραβίας σε 540 άτομα φαίνεται ότι το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης και η ηλικία σχετίζονται με την ικανοποίηση. Από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής φαίνεται ότι οι χαμηλόμισθοι, οι αναλφάβητοι και τα άτομα κάτω των 50 χρόνων παρουσιάζονται λιγότερο ικανοποιημένα (Saeed et al., 2001). Η μελέτη αυτή έρχεται σε αντίθεση με πολλές παρόμοιες μελέτες που έχουν γίνει τόσο στο εξωτερικό όσο και στην χώρα μας. Στο Τρινιδάδ και στο Τομπάγκο σε έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση από τις πρωτοβάθμιες υγειονομικές υπηρεσίες που

πραγματοποιήθηκε σε 280 άτομα, φάνηκε πως η συχνότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών αλλά και τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο με την ικανοποίηση σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Πράγματι, αυτοί που χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας φαίνονται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι. Επίσης, το μηνιαίο εισόδημα σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση καθώς όσο αυτό αυξάνεται τόσο μειώνεται αντίστοιχα και η ικανοποίηση (Rudzik, 2003).

Στην Ινδονησία σε έρευνα που έγινε σε 200 άτομα από τις 6 Ιανουαρίου έως τις 28 Φεβρουαρίου του 2008, οι παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης ήταν το επάγγελμα, ο χρόνος αναμονής αλλά και οι προσδοκίες των ασθενών. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι νοικοκυρές δηλώνουν πιο ικανοποιημένες καθώς αυτές είναι πιο επιρρεπείς στο να επισκεφθούν τα κέντρα υγείας και επίσης φροντίζουν την οικογένεια ως σύνολο. Όσον αφορά, το χρόνο αναμονής αυτοί οι οποίοι δεν περίμεναν πολύ δήλωναν πιο ικανοποιημένοι. Τέλος, αυτοί που είχαν μεγάλες προσδοκίες έτειναν να είναι πιο ικανοποιημένοι συγκριτικά με αυτούς των οποίων οι προσδοκίες ήταν χαμηλές (Nazirah et al., 2008).

- *Ελληνικές*

Όσον αφορά την Ελλάδα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε τη περίοδο από τον Μάιο έως τον Ιούνιο του 2001 σε 244 άτομα για την αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας των εξωτερικών ιατρείων τεσσάρων νοσοκομείων έδειξε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται αρνητικά με τον βαθμό ικανοποίησης. Τα άτομα που ανήκουν στο υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχουν συνήθως μεγαλύτερες απαιτήσεις καθώς είναι πιο ενημερωμένοι και συνεπώς παρουσιάζονται λιγότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Πιερράκος και Υφαντόπουλος, 2007). Επίσης, άλλη μελέτη που διεξήχθη στο Κέντρο Υγείας στη Ναύπακτο τον Απρίλιο του 2004 σε 150 ασθενείς, έδειξε ότι και σε αυτή την περίπτωση οι ασθενείς με εκπαίδευση δημοτικού ή γυμνασίου δήλωναν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Άλλος ένας παράγοντας που φάνηκε να σχετίζεται με την ικανοποίηση και σε αυτή την έρευνα ήταν το φύλο, οι άντρες δήλωναν σε μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποιημένοι (Πολύζος και συν., 2007).

Σε έρευνα που διεξήχθη σε πέντε Κ.Υ του νομού Μεσσηνίας σε αριθμό 300 ασθενών (60 από κάθε Κέντρο Υγείας), βρέθηκε ότι το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί ακόμα έναν παράγοντα όσον αφορά την ικανοποίηση. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι από τις ιατρικές

υπηρεσίες οι ανασφάλιστοι και οι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι (Πουλογιαννοπούλου, 2006). Τέλος, έρευνα σχετικά με την διερεύνηση των υγειονομικών αναγκών ως προς την παρεχόμενη «Π.Φ.Υ» και την κάλυψη αυτών, που πραγματοποιήθηκε σε 1.206 πολίτες από όλη την Ελλάδα έδειξε ότι, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας είναι το φύλο, το επάγγελμα αλλά και η οικογενειακή κατάσταση. Οι άνδρες, οι εργαζόμενοι και οι έγγαμοι αξιολογούσαν πιο θετικά τις υγειονομικές υπηρεσίες σε σχέση με τις γυναίκες, τους συνταξιούχους και τους άγαμους (Καδδά και συν., 2010).

3.2.2. Εμπειρικές μελέτες για τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος

Όσον αφορά, τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος πολλές έρευνες κυρίως της διεθνούς βιβλιογραφίας έχουν δημοσιευθεί, ερευνώντας τα αποτελέσματα (θετικά και αρνητικά) της θέσπισης ενός τέτοιου μηχανισμού. Εντούτοις, όμως δεν υπάρχουν έρευνες που να μελετούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση των ανθρώπων να συμμετάσχουν στο κόστος έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας από τα Κέντρα Υγείας.

Ωστόσο, έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 350 άτομα στο λεκανοπέδιο Αττικής σχετικά με την πρόθεση των χρηστών να πληρώσουν ένα πρόσθετο χρηματικό ποσό για αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που τους παρέχονται από την ασφαλιστική τους κάλυψη, έδειξε ότι η ηλικία και η κοινωνική τάξη επηρεάζουν την πρόθεση για συμμετοχή στο κόστος. Συγκεκριμένα, οι νεαρές ηλικίες και τα μεσαία κοινωνικά στρώματα δήλωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό την πρόθεση να πληρώσουν για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Δολγέρας και συν., 2001).

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται περιγραφή της μεθοδολογικής προσέγγισης που ακολουθείται στην παρούσα πτυχιακή εργασία. Αρχικά, παρουσιάζονται το αντικείμενο της εργασίας και ο σκοπός. Εν συνεχεία, γίνεται περιγραφή του δείγματος, των στατιστικών μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν, του ερωτηματολογίου, καθώς και των περιορισμών και προβλημάτων που ανέκυψαν κατά τη διάρκεια της έρευνας και της συλλογής των απαραίτητων στοιχείων.

4.1. Αντικείμενο και σκοπός της εργασίας

Στη συγκεκριμένη έρευνα γίνεται προσπάθεια ώστε να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης. Σύμφωνα με άλλες εμπειρικές μελέτες που παρουσιάζονται αναλυτικότερα σε προηγούμενα κεφάλαια, αναλύονται πιθανοί παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάζουν την ικανοποίηση από Κέντρα Υγείας. Αρχικά παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος (δημογραφικά, κοινωνικό-οικονομικά κ.ά.) και έπειτα προσδιορίζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή (όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα και η ηλικία), καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό, συγκεκριμένα την ικανοποίηση από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τον χρόνο που αφιερώνουν για τον ασθενή και την αριθμητική επάρκεια τους (οι παράγοντες αυτοί είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, το επάγγελμα κ.ά.).

Επιπρόσθετα, στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση της πρόθεσης των χρηστών του Κ.Υ, να συμμετέχουν στο κόστος της φροντίδας τους με την καταβολή ενός μικρού αντίτιμου σε κάθε τους επίσκεψη έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας και ο προσδιορισμός των παραγόντων από τους οποίους επηρεάζεται (όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης).

Απώτερος σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη εφικτών τρόπων αύξησης των πόρων για την πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα και η ανάδειξη των προβλημάτων και ελλείψεων του Κ.Υ Αταλάντης, προκειμένου να είναι εφικτή η βελτίωση και αναβάθμιση των αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας. Έτσι, ο ασθενής θα μπορεί να δέχεται υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας που στοχεύουν στη μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία και στη συγκράτηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία.

4.2. Περιγραφή του δείγματος και της μεθόδου δειγματοληψίας

Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από το κέντρο υγείας Αταλάντης και τη διερεύνηση της πρόθεσης συμμετοχής τους στο κόστος, έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας, κατασκευάστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των απαραίτητων πρωτογενών δεδομένων. Η διαδικασία επιλογής του δείγματος που ακολουθήθηκε είναι αυτή της απλής τυχαίας δειγματοληψίας χωρίς επανατοποθέτηση, στην οποία κάθε μέλος ενός πληθυσμού μεγέθους N έχει πιθανότητα να συμπεριληφθεί σε δείγμα μεγέθους n ίση με n/N (Δονάτος και Χόμπας, 1988). Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε ενήλικα άτομα τα οποία εξέρχονταν από το Κέντρο Υγείας και μπορούσαν να ανταποκριθούν με αξιοπιστία στις διάφορες ερωτήσεις.

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για την συγκέντρωση των δεδομένων ήταν η προσωπική συνέντευξη με ταυτόχρονη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Στην προσωπική συνέντευξη η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται από τον ερευνητή ο οποίος υποβάλει τις ερωτήσεις στον ερωτώμενο και καταγράφει τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο, διασαφηνίζοντας τυχόν απορίες που ενδέχεται να προκύψουν κατά την διάρκεια συμπλήρωσής του (Κουρεμένος, 2001). Η προσωπική συνέντευξη προσφέρει αμεσότητα ανάμεσα στον ερευνητή και τον ερωτώμενο, δυνατότητα επεξήγησης τυχόν δυσνόητων σημείων του ερωτηματολογίου, αλλά και άμεση ενημέρωση των ερωτώμενων για τον σκοπό και τη φύση της έρευνας. Το θετικό σε αυτό τον τρόπο συμπλήρωσης είναι το γεγονός ότι δεν θα υπάρξουν κενές ερωτήσεις αφού θα δοθούν όλες οι απαντήσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μέθοδος αυτή είναι χρονοβόρα καθώς μπορεί να διαρκέσει από 20 λεπτά έως μιάμιση ώρα, όμως η ανταπόκριση είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με άλλες μεθόδους άντλησης δεδομένων καθώς ο ερευνητής μπορεί να κερδίσει την εμπιστοσύνη των ερωτώμενων πιο εύκολα.

Πριν την έναρξη της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου προηγούνταν μια σύντομη ανάλυση του σκοπού της έρευνας και της χρονικής διάρκειας της συνέντευξης. Επίσης, διευκρινίζονταν ότι οι απαντήσεις που θα δίδονταν θα ήταν εμπιστευτικές και απόρρητες και ότι θα χρησιμοποιούνταν μόνο για στατιστική ανάλυση στη συγκεκριμένη έρευνα.

Πριν την έναρξη κάποιας έρευνας πεδίου (συμπλήρωση ερωτηματολογίου) θα πρέπει ο ερευνητής να δοκιμάζει το ερωτηματολόγιο σε ένα περιορισμένο δείγμα με στόχο την αποφυγή λαθών στην έρευνα πεδίου. Με αυτό τον τρόπο, επισημαίνονται τυχόν ασάφειες, μη κατανοητοί όροι, δυσκολίες στην επιλογή απάντησης στις κλειστές ερωτήσεις, όπου οι

απαντήσεις είναι προκαθορισμένες. Για το σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε έλεγχος εγκυρότητας του περιεχομένου του ερωτηματολογίου και έγινε συγκέντρωση πιλοτικών ερωτηματολογίων από το κέντρο υγείας Αταλάντης. «...Ο έλεγχος εγκυρότητας του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τον έλεγχο εγκυρότητας περιεχομένου (*content validity*) και τον έλεγχο εγκυρότητας της δομής του ερωτηματολογίου (*construct validity*). Ο έλεγχος εγκυρότητας περιεχομένου έχει ως σκοπό την διόρθωση ίσως και την απόρριψη ορισμένες φορές ερωτήσεων που είναι ασαφείς και δημιουργούν σύγχυση στον ερωτώμενο. Απώτερος στόχος της όλης διαδικασίας είναι η επαναδιατύπωση των ερωτήσεων με τρόπο που γίνεται εύκολα και άμεσα κατανοητός...» (Μαδυτινός και συν., 2007).

Η πιλοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 20 άτομα που επισκέφθηκαν το κέντρο υγείας Αταλάντης. Τα πιλοτικά ερωτηματολόγια βοήθησαν να βρεθούν οι ερωτήσεις στις οποίες οι ερωτώμενοι παρουσίαζαν δυσκολίες και έκαναν λάθη. Οι παρατηρήσεις και οι διορθώσεις επίσης που διατύπωσαν σε κάποιες από τις ερωτήσεις βοήθησε ώστε να επαναδιατυπωθούν οι ερωτήσεις με τρόπο κατανοητό και σαφή και να αποφευχθούν τυχόν ασάφειες που προκαλούν σύγχυση. Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό μέτρο Cronbach Alpha στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου με διαβαθμισμένη απάντηση.

Το αποτέλεσμα του συντελεστή α του Cronbach είναι 0,712, το οποίο δηλώνει ότι υπάρχει θετική γραμμική συσχέτιση (Πίνακας 4.2.1).

Πίνακας 4.2.1: Η στατιστική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου κατά Cronbach.

| Συντελεστής α του Cronbach | Αριθμός μεταβλητών |
|-----------------------------------|--------------------|
| 0,712 | 7 |

Μετά την ολοκλήρωση της πιλοτικής έρευνας ξεκίνησε η κύρια έρευνα στο κέντρο υγείας Αταλάντης, η οποία και διεξήχθη τη χρονική περίοδο από τον Μάιο του 2009 έως και τον Ιούλιο του ίδιου έτους. Οι προσωπικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατά τις πρωινές ώρες 8:00-13:00 και η διάρκεια των προσωπικών συνεντεύξεων κυμαινόταν από 20 λεπτά έως και 45 λεπτά σε ορισμένες περιπτώσεις.

Στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην τελική έρευνα, έγιναν κάποιες διορθώσεις και τροποποιήσεις με βάση τις παρατηρήσεις των ασθενών-χρηστών κατά την πιλοτική

έρευνα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του συντελεστή του Cronbach στο τελικό δείγμα. Το αποτέλεσμα του Cronbach στο τελικό δείγμα είναι 0,789 το οποίο δείχνει ότι υπάρχει θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών και ότι το ερωτηματολόγιο απαντάται σωστά και υπάρχει εσωτερική συνέπεια (Πίνακας 4.2.2)

Πίνακας 4.2.2: Η στατιστική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου κατά Cronbach.

| Συντελεστής α του Cronbach | Αριθμός μεταβλητών |
|-----------------------------------|--------------------|
| 0,789 | 9 |

Οι ερωτώμενοι, αν επιθυμούσαν, μπορούσαν να έχουν μπροστά τους το ερωτηματολόγιο για τη διευκόλυνση τους. Οι ερωτήσεις γίνονταν χωρίς την παρουσία ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού καθώς αυτό ίσως επηρέαζε τις απαντήσεις που θα έδιναν και σε καμία περίπτωση οι απαντήσεις τους δεν γνωστοποιούνταν, αφού όπως προαναφέρθηκε ήταν εμπιστευτικές και απόρρητες. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο βαθμός συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητικός με ποσοστό 75%.

Τέλος, με την ολοκλήρωση των ερωτηματολογίων τα δεδομένα εισάγονται στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0 για στατιστική επεξεργασία και ανάλυση. Το δείγμα μας αποτελείται από 150 άτομα από τα οποία το 55,3% είναι γυναίκες και το 44,7% είναι άνδρες. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

4.3. Περιγραφή των στατιστικών μεθόδων

4.3.1. Ο συντελεστής Cronbach's Alpha

Ο συντελεστής α του cronbach προτάθηκε από τον Lee J. Cronbach το 1951 και χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως μέτρο της εσωτερικής συνέπειας ή της αξιοπιστίας ενός ψυχομετρικού βαθμολογικού τεστ για ένα δείγμα εξεταζόμενων (Cronbach, 1951).

Πλέον χρησιμοποιείται ως συντελεστής για την εκτίμηση της αξιοπιστίας ενός ερωτηματολογίου. Οι τιμές του συντελεστή αυτού κυμαίνονται από 0 έως 1 και όταν οι τιμές αυτές είναι μεγαλύτερες του 0,7 σημαίνει ότι το ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο και παρουσιάζει εσωτερική συνέπεια (Τσαγρής, 2008).

Ο μαθηματικός τύπος του συντελεστή α του cronbach είναι ο εξής:

$$\alpha = \frac{N \cdot \bar{r}}{1 + (N - 1) \cdot \bar{r}}$$

όπου N είναι ο αριθμός των ερωτήσεων και \bar{r} η μέση γραμμική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Από τον τύπο μπορούμε εύκολα να διαπιστώσουμε ότι το πλήθος των ερωτήσεων αλλά και η μέση γραμμική συσχέτιση των μεταβλητών είναι ανάλογες του συντελεστή α του Cronbach (http://miha.ef.uni-lj.si/_dokumenti3plus2/193004/CronbachsAlpha.pdf).

4.3.2. Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των δεδομένων

- *Kolmogorov – Smirnov test*

Στην περίπτωση που θέλουμε να βρούμε τη συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών εκ των οποίων η μία είναι ποσοτική και η άλλη είναι κατηγορική, τότε απαιτείται αρχικά να ελεγχθεί αν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθεί κανονική κατανομή ή όχι. Ο έλεγχος κανονικότητας επιτυγχάνεται με τον έλεγχο Kolmogorov – Smirnov.

Ο έλεγχος Kolmogorov – Smirnov χρησιμοποιείται ευρέως ως μη παραμετρικός στατιστικός έλεγχος. Προτάθηκε το 1930 από τον Andrei Nikolaevich Kolmogorov και τον Nikolai Vasilyevich Smirnov. Παρόλο που χρησιμοποιείται κυρίως ως one – sample test, όπου επιτρέπει την σύγκριση της συχνότητας συνάρτησης ενός δείγματος με κάποιες γνωστές συναρτήσεις, όπως η Γκαουσιανή, μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και ως two – sample test (Sangeeta Biswas et all, 2008). Αν η μεταβλητή ακολουθεί κανονική κατανομή τότε εφαρμόζεται κάποιος κατάλληλος παραμετρικός έλεγχος, διαφορετικά εφαρμόζεται κάποιος μη παραμετρικός.

- *T-test*

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε ως κατάλληλος παραμετρικός έλεγχος το t-test. Ο έλεγχος αυτός χρησιμοποιείται για να ελέγξουμε αν δύο ομοειδείς ποσοτικές μεταβλητές, που προέρχονται από ανεξάρτητους μεταξύ τους πληθυσμούς, διαφέρουν κατά μέση τιμή. Αν δηλαδή, οι μέσες τιμές τους είναι ίσες ή διαφέρουν στατιστικά σημαντικά.

- *Mann – Whitney U test*

Ο έλεγχος Mann – Whitney θεωρήθηκε ως ο κατάλληλος μη παραμετρικός έλεγχος για ποσοτικές μεταβλητές οι οποίες δεν ακολουθούν κανονική κατανομή στην παρούσα έρευνα. Στην περίπτωση αυτή «η μηδενική υπόθεση δεν αφορά στη σύγκριση των μέσων τιμών των πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα δείγματα, αλλά στη σύγκριση των διαμέσων» (Γαλάνης, 2009)

- *X² – Chi square Test*

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας X² καθώς υπάρχουν περισσότερες από μία κατηγορικές μεταβλητές, και θα είχε ιδιαίτερη σημασία να δούμε κατά πόσο αυτές σχετίζονται μεταξύ τους. Στον στατιστικό αυτό έλεγχο προκύπτουν από το SPSS δύο πίνακες. Ο πρώτος πίνακας είναι γνωστός ως πίνακας συνάφειας, ο οποίος μας δείχνει την κατανομή των συχνοτήτων όλων των μεταβλητών και ο δεύτερος πίνακας παρουσιάζει τα μέτρα συσχέτισης εξετάζοντας την ανεξαρτησία των μεταβλητών. Από τον πίνακα αυτό μπορούμε εύκολα να διαπιστώσουμε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Με τον όρο συσχέτιση εννοούμε την μεταξύ τους σχέση, αλλά και την ένταση αυτής (Μπερσίμης, 2006).

- *Λογιστική Παλινδρόμηση (Logistic Regression)*

Η Λογιστική παλινδρόμηση είναι μία εξίσωση που περιγράφει τη σχέση της πιθανότητας εμφάνισης ενός χαρακτηριστικού ή συμβάντος με υπό μελέτη παράγοντες (Μπερσίμης, 2006). Είναι μία μέθοδος πολυπαραγοντικής στατιστικής ανάλυσης που διερευνά την κίνηση μιας κατηγορικής εξαρτημένης μεταβλητής μέσα από ένα σύνολο ανεξάρτητων μεταβλητών. Η λογιστική παλινδρόμηση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν επιθυμούμε την πρόβλεψη της ύπαρξης ή απουσίας ενός χαρακτηριστικού ή ενός συμβάντος. Η πρόβλεψη στηρίζεται στη δημιουργία ενός γραμμικού μοντέλου και συγκεκριμένα στον καθορισμό των τιμών που παίρνουν οι συντελεστές του συνόλου των ανεξάρτητων μεταβλητών που χρησιμεύουν ως μεταβλητές πρόβλεψης. Εκτός από την πρόβλεψη το μοντέλο αυτό μας επιτρέπει να εκτιμήσουμε το πως επιδρά κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή στη διαμόρφωση των τιμών της εξαρτημένης.

Ο μαθηματικός τύπος της λογιστικής παλινδρόμησης είναι ο εξής:

$$\ln \left[\frac{p}{1-p} \right] = \beta_0 X_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_v X_v$$

Το αριστερό μέρος του τύπου περιέχει τις τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής, όπου p η πιθανότητα πραγματοποίησης του συμβάντος (0=αποτυχία, 1=επιτυχία), ενώ το δεξιό μέρος τις τιμές των ανεξάρτητων μεταβλητών. Οι συντελεστές (β_0, \dots, β_v) των ανεξάρτητων μεταβλητών (X_0, \dots, X_v) στο δεξιό τμήμα της εξίσωσης υπολογίζονται με βάση τη μέθοδο της Μεγίστης Πιθανοφάνειας. Με τη μέθοδο αυτή οι τιμές των συντελεστών κάνουν τις παρατηρηθείσες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής πιο πιθανές, με βάση το σύνολο των ανεξαρτήτων μεταβλητών (Ρουσέας, 2000).

Στη Λογιστική Παλινδρόμηση αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ο συντελεστής προσδιορισμού του Nagelkerke, ο οποίος ερμηνεύει το ποσοστό μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής από τις ανεξάρτητες. Επίσης, σημαντικός είναι και ο πίνακας με τους συντελεστές του τελικού υποδείγματος με τους ανάλογους ελέγχους και τα διαστήματα εμπιστοσύνης (Γναρδέλλης, 2006).

4.4. Περιγραφή ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α) αποτελείται από 27 ερωτήσεις, οι οποίες έχουν επιλεγεί σύμφωνα με άλλες εμπειρικές μελέτες. Θεωρητικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τέσσερις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα, υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν τη συχνότητα επίσκεψης στο κέντρο υγείας, το λόγο επίσκεψης, το μέσο που χρησιμοποιήθηκε αλλά και την αντιμετώπιση τυχόν δυσκολίας στην πρόσβαση προς αυτό. Η δεύτερη ενότητα αφορά την ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό και τη ξενοδοχειακή υποδομή. Η τρίτη, σχετίζεται με ερωτήσεις όπως τα έξοδα για υπηρεσίες υγείας, την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος και τους λόγους άρνησης. Τέλος η τέταρτη και τελευταία ενότητα συμπεριλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία του ερωτώμενου.

Στο ερωτηματολόγιο συναντάμε κατά κύριο λόγο ερωτήσεις κλειστού τύπου, στις οποίες ο ερωτώμενος επιλέγει μια απάντηση από αυτές που υπάρχουν. Ωστόσο, υπάρχουν και ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, στις οποίες η απάντηση δίνεται από τον ερωτώμενο (π.χ ηλικία). Στην περίπτωση που κάποιος ενδιαφέρεται να εξετάσει τα στοιχεία ενός πληθυσμού προς

ορισμένα χαρακτηριστικά του, τότε αναφέρεται στις μεταβλητές, οι οποίες μπορούν να πάρουν μια σειρά τιμών. Ανάλογα με τις τιμές αυτές μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες, τις ποσοτικές, τις κατηγορικές και τις ποιοτικές. Οι ποσοτικές μεταβλητές είναι οι μεταβλητές που αντιστοιχούν σε μετρήσιμα μεγέθη, δηλαδή οι τιμές τους είναι αριθμητικές. Επίσης, διακρίνονται σε συνεχείς όταν παίρνουν τιμές από ένα διάστημα αριθμητικών τιμών και σε διακριτές όταν οι τιμές τους είναι μεμονωμένοι αριθμοί. Οι κατηγορικές μεταβλητές δεν αντιστοιχούν σε μετρήσιμα μεγέθη αλλά κατηγοριοποιούν τα «υποκείμενα» ενός πληθυσμού σε κατηγορίες σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια ομαδοποίησης. Επιπρόσθετα, οι ποιοτικές μεταβλητές αντιστοιχούν σε διαβαθμισμένη κλίμακα και οι κατηγορίες έχουν μια σχέση διάταξης μεταξύ τους.

4.5. Εκτίμηση των δυνητικών εσόδων από τη λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού

Όσον αφορά, τον υπολογισμό των δυνητικών εσόδων από το Κ.Υ Αταλάντης με βάση υπουργική απόφαση του 2002 (ΦΕΚ 1223/Τεύχος Β/20 Σεπτεμβρίου 2002) προβλέπεται ως αμοιβή επίσκεψης τα 3 ευρώ όμως, με εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας το 2002 η υπουργική απόφαση αναστάλη λόγω της ελλιπούς οργάνωσης των κέντρων υγείας για την υποστήριξη και λειτουργία ενός εισπρακτικού μηχανισμού καθώς και λόγω αντιδράσεων από πολίτες και ιατρικούς φορείς. Σύμφωνα με το Π.Δ 157/1991 (ΦΕΚ 62/Τεύχος Α/30 Απριλίου 1991), οι ιατρικές πράξεις τιμολογήθηκαν με βάση τις χρεώσεις που ισχύουν στα δημόσια νοσοκομεία και οι εξετάσεις χρεώθηκαν ανάλογα με το είδος τους. Συγκεκριμένα, οι εξετάσεις ακτινολογικού χρεώνονται με €4,05, οι αιματολογικές με €2,88, οι βιοχημικές με €2,26 , η γενική ούρων με €1,76 και οι ορολογικές με €9,50. Στην παρούσα έρευνα από τον υπολογισμό των δυνητικών εσόδων έχουμε παραλείψει τα δυνητικά έσοδα από τη διενέργεια υπερηχογραφήματων καρδιάς καθώς δεν γίνονται στο Κ.Υ Αταλάντης, από τα καρδιογραφήματα διότι δεν υπάρχουν ξεχωριστά στοιχεία καθώς αυτά διενεργούνται στα ιατρεία (στο πλαίσιο της κλινικής εξέτασης και όχι ξεχωριστά σε κάποιο εργαστήριο) και από τα τεστ παπ και τεστ κυήσεως εφόσον από το 2008 και μετά δεν λειτουργεί το μαιευτικό-γυναικολογικό ιατρείο. Για κάθε μία ομάδα εξετάσεων π.χ βιοχημικές, ως τιμή χρέωσης λήφθηκε η τιμή που αφορά τη συνηθέστερα διενεργούμενη εξέταση (π.χ σάκχαρο), η οποία συνήθως είναι και από τις χαμηλότερες της ομάδας, ώστε οι εκτιμήσεις μας να είναι συντηρητικές.

Από όλους τους υπολογισμούς έχουν εξαιρεθεί οι ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (ανασφάλιστοι, ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, άτομα με ποσοστό αναπηρίας 65% που έχει πιστοποιηθεί από επιτροπή, άτομα που πάσχουν από κάθε μορφή μεσογειακής αναιμίας, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς αλλά και άτομα που έχουν προσβληθεί από AIDS καθώς και τυφλοί που θα προσκομίζουν κάποια βεβαίωση) καθώς και οι ασθενείς που προσέρχονται στο κέντρο υγείας για απλή συνταγογράφηση.

Για τον υπολογισμό τους πλήθους των ασθενών που προσέρχονται για ιατρική επίσκεψη στο κέντρο υγείας, καθώς και για τον υπολογισμό του όγκου των εργαστηριακών εξετάσεων, λήφθηκαν υπόψη τα αντίστοιχα απολογιστικά στοιχεία από το Κ.Υ Αταλάντης για το διάστημα από το 2004 έως το 2009.

4.6. Παραδοχές και περιορισμοί της έρευνας

Οι ερωτώμενοι ήταν άτομα τα οποία εξέρχονταν από το κέντρο υγείας Αταλάντης και μπορούσαν να απαντήσουν με αξιοπιστία στην ερώτηση σχετικά με το χρόνο αναμονής μέχρι να εξυπηρετηθούν. Από την έρευνα εξαιρούνταν μόνο άτομα τα οποία ήταν κάτω των 18 ετών, καθώς ίσως δεν γνώριζαν να απαντήσουν σε στοιχεία όπως το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα.

Ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα στην έρευνα ήταν η δυσκολία στη συλλογή των ερωτηματολογίων καθώς πολλοί ασθενείς που επισκέπτονταν το κέντρο υγείας ήταν άτομα μεγάλης ηλικίας με επιβαρυνμένη κατάσταση υγείας (απώλεια ακοής, όρασης, άνοια). Αυτό συντέλεσε στην ύπαρξη προβλημάτων επικοινωνίας και στην αύξηση του χρόνου για την ολοκλήρωση της προσωπικής συνέντευξης. Επίσης, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης οδηγούσε σε φόβο να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με το αν ήταν ικανοποιημένοι από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς δεν είχαν εμπιστοσύνη ότι τα στοιχεία τους παραμένουν απόρρητα, θεωρώντας ότι σε περίπτωση έκφρασης δυσαρέσκειας θα ελάμβαναν κακή μεταχείριση από τους επαγγελματίες υγείας.

Επιπρόσθετα, κάποιοι δεν ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην έρευνα και να δώσουν προσωπικά στοιχεία (όπως π.χ το οικογενειακό εισόδημα) λόγω καχυποψίας, έλλειψης εμπιστοσύνης, αλλά και έλλειψης εμπειριών σε παρόμοιες έρευνες. Αρκετοί από αυτούς που επισκέπτονταν το κέντρο υγείας είχαν βεβαρημένο πρόγραμμα εργασίας, με αποτέλεσμα να

μην έχουν χρόνο στη διάθεσή τους να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο παρ' όλη την καλή τους διάθεση.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται περιγραφή του δείγματος του υπό μελέτη πληθυσμού, καθώς και των αποτελεσμάτων σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών τόσο από την ξενοδοχειακή υποδομή όσο και από το ιατρικό προσωπικό. Επίσης, γίνεται υπολογισμός των δυνητικών εσόδων και εξόδων από την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού ώστε να εκτιμηθεί κατά πόσο ένας τέτοιος μηχανισμός θα μπορούσε να ωφελήσει το κέντρο υγείας στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας. Σε αυτό το σημείο πριν περάσουμε στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα ήταν ωφέλιμη μια συνοπτική παρουσίαση του Κ.Υ Αταλάντης.

5.1. Περιγραφή του Κ.Υ Αταλάντης

Το Κ.Υ Αταλάντης βρίσκεται στην Αταλάντη η οποία είναι πρωτεύουσα της επαρχίας Λοκρίδας του νομού Φθιώτιδας. Η Αταλάντη είναι χτισμένη στους πρόποδες του βουνού Ρόδα και απέχει 78,5 χλμ. από την Λαμία και 146 χλμ. από την Αθήνα. Το Κέντρο Υγείας Αταλάντης ιδρύθηκε το 1985, υπάγεται διοικητικά στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, σήμερα αποτελείται από τέσσερα γενικά ιατρεία, ένα παιδιατρικό, ένα οδοντιατρικό και ένα μικροβιολογικό και ο πληθυσμός ευθύνης του μαζί με τα 8 Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν σε αυτό ανέρχεται σύμφωνα με την απογραφή πληθυσμού του 2001 σε 35.706 κατοίκους όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.1.α).

Πίνακας 5.1.α: Πληθυσμός ευθύνης του Κ.Υ και Π.Ι τα οποία υπάγονται σε αυτό

| Δήμος | Πληθυσμός | Υγειονομική μονάδα |
|-------------------------------|------------------|---------------------------|
| Αταλάντη | 9.584 | Κ.Υ Αταλάντης |
| Άγιος Κωνσταντίνος | 3.221 | Π.Ι Άγιου Κων/νου |
| Δ.Δ Εξάρχου | 899 | |
| Δ.Δ Ζελίου | 846 | Π.Ι Καλαποδίου |
| Δ.Δ Καλαποδίου | 583 | |
| Δ.Δ Τραγάνας | 991 | |
| Δ.Δ Κυρτώνης | 476 | Π.Ι Τραγάνας |
| Δ.Δ Μεγαπλάτανου | 411 | |
| Λειβανάτες (Δήμος Δαφνουσίων) | 3.988 | Π.Ι Λειβανατών |
| Δ.Δ Αρκίτσας | 935 | Π.Ι Αρκίτσας |
| Δ.Δ Γουλεμίου | 141 | |
| Καμένα Βούρλα | 4.785 | Π.Ι Καμένων Βούρλων |
| Μαλεσίνα | 4.993 | Π.Ι Μαλεσίνας |
| Μαρτίνο | 3.853 | Π.Ι Μαρτίνου |
| Σύνολο πληθυσμού | 35.706 | |

Παρακάτω παρατίθεται σε πίνακα (Πίνακας 5.1.β) το προσωπικό με το οποίο είναι στελεχωμένο το Κ.Υ Αταλάντης από το έτος 2004 έως το 2009.

Πίνακας 5.1.β: Προσωπικό Κ.Υ Αταλάντης ανά έτος

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Γενικοί Ιατροί | 5 (2 επιμ. Α' 3 επιμ. Β') | 5 (2 επιμ. Α' 3 επιμ. Β') | 5 (2 επιμ. Α' 3 επιμ. Β') | 5 αναπλ. Δ/ντες 1 επιμ. Β') | 5 αναπλ. Δ/ντες 1 επιμ. Β') | 5 αναπλ. Δ/ντες 1 επιμ. Β') |
| Παιδίατροι | 1 Δ/ντης | 1 Δ/ντης | 1 Δ/ντης | 1 Δ/ντης | 1 Δ/ντης | 1 Δ/ντης |
| Μικροβιολόγοι | 1 επιμ. Β' | 1 επιμ. Β' | 1 επιμ. Β' | 1 επιμ. Α' | 1 επιμ. Α' | 1 επιμ. Α' |
| Οδοντίατροι | 3 (1 Δ/ντης 2 επιμ. Α') | 3 (1 Δ/ντης 2 επιμ. Α') | 3 (1 Δ/ντης 2 επιμ. Α') | 1 Δ/ντης | 1 Δ/ντης | 1 Δ/ντης |
| Νοσηλευτικό προσωπικό | 7 | 7 | 8 | 8 | 9 | 9 |
| Επισκέπτες υγείας | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Μαίες | 1 | 1 | 1 | 1 | - | - |
| Κοινωνικοί Λειτουργοί | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Παρασκευαστές Μικροβ/κού | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Χειριστές Ακτινολογικού | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Διοικητικοί υπάλληλοι | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Οδηγοί | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Καθαρίστριες | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Φύλακες | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |

5.2. Περιγραφική στατιστική

Στην περιγραφική στατιστική όπου γίνεται η περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος χρησιμοποιούνται πίνακες και εικόνες με ποσοστά αλλά και κάποια περιγραφικά μέτρα όπως είναι ο αριθμητικός μέσος, η διάμεσος, η μέγιστη και ελάχιστη τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης που μας βοηθούν να κατανοήσουμε καλύτερα τα αποτελέσματα.

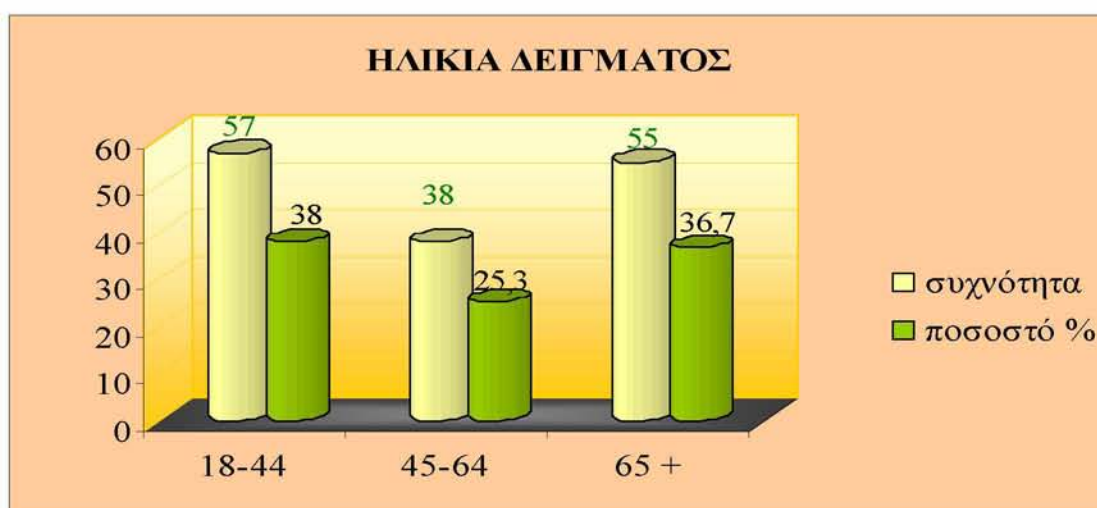
5.2.1. Δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού

ο Ηλικία δείγματος

Στον Πίνακα 5.2.1.α παρατηρούμε ότι η ηλικία του υπό μελέτη πληθυσμού μας κυμαίνεται μεταξύ 18 και 89 έτη με μέσο όρο τα 55 περίπου χρόνια.

Πίνακας 5.2.1.α: Η ηλικία του δείγματος.

| | Μέσος Όρος | 95% ΔΕ | Διάμεσος | Ελάχιστο Μέγιστο | Τυπική Απόκλιση |
|--------|------------|---------------|----------|------------------|-----------------|
| Ηλικία | 54,47 | 57,664–51,276 | 55,5 | 18 - 89 | 19,555 |



Εικόνα 5.2.1.α: Η ποσοστιαία κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού στις ηλικιακές ομάδες των 18-44, 45-64 και 65+ ετών.

ο Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τον Πίνακα 5.2.1.β προκύπτει ότι η συντριπτική πλειονότητα του υπό μελέτη πληθυσμού έχει ελληνική υπηκοότητα. Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στο γεγονός ότι οι περισσότεροι ήταν Έλληνες αλλά και ορισμένοι από αυτούς απέκτησαν ελληνική υπηκοότητα με την παραμονή τους για χρόνια στην Ελλάδα.

Πίνακας 5.2.1.β: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης(N=150).

| Χαρακτηριστικά | N | % | Αθροιστικό % |
|-----------------------------------|----------|----------|---------------------|
| Φύλο | | | |
| Άνδρας | 67 | 44,7 | 44,7 |
| Γυναίκα | 83 | 55,3 | 100 |
| Υπηκοότητα | | | |
| Ελληνική | 146 | 97,3 | 97,3 |
| Αλλοδαπή | 4 | 2,7 | 100 |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | |
| Παντρεμένος/η | 102 | 68 | 68 |
| Άγαμος/η | 27 | 18 | 86 |
| Χήρος/α | 17 | 11,3 | 97,3 |
| Διαζευγμένος/η | 4 | 2,7 | 100 |
| Τόπος διαμονής | | | |
| Αταλάντη | 61 | 40,7 | 40,7 |
| Από 3- 20 km έξω από την Αταλάντη | 50 | 33,3 | 74 |
| 21- 40 km έξω από την Αταλάντη | 33 | 22 | 96 |
| > 40 km έξω από την Αταλάντη | 6 | 4 | 100 |

Εντυπωσιακό είναι ότι το 55% του πληθυσμού μελέτης προέρχεται από περιοχές εκτός Αταλάντης. Πρόκειται για κατοίκους χωριών της ευρύτερης περιοχής (μέχρι 40 km από την Αταλάντη).

ο *Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά*

Στον Πίνακα 5.2.1.γ συγκεντρώσαμε τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του δείματός μας. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι το 15,3% είναι αναλφάβητοι και το 62% του δείγματος δεν εστίασε σε κάποια βαθμίδα εκπαίδευσης πέραν του λυκείου (ή εξατάξιου γυμνασίου). Πολύ μικρό ποσοστό του υπό μελέτη πληθυσμού κατέχει τίτλο σπουδών μεταπτυχιακό και διδακτορικό. Αυτό ίσως έγκειται στο γεγονός ότι άτομα που ανήκουν σε αυτές τις κατηγορίες επιλέγουν ως τόπο κατοικίας τους τα μεγάλα αστικά κέντρα, καθώς εκεί υπάρχουν περισσότερες ευκαιρίες για επαγγελματική αποκατάσταση. Επίσης, στην κατηγορία του επαγγέλματος διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι συνταξιούχοι, οι οποίοι μάλιστα υπερβαίνουν το 1/3 του υπό μελέτη πληθυσμού (41,3%). Πρόσθετα, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος είναι ασφαλισμένοι σε κάποιο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, με την πλειοψηφία να συγκεντρώνεται στον ΟΓΑ (40,8%) και να ακολουθεί έπειτα το ΙΚΑ με 36,7%.

Πίνακας 5.2.1.γ: Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

| Χαρακτηριστικά | N | % | Αθροιστικό % |
|--|-----|------|--------------|
| Επίπεδο εκπαίδευσης | | | |
| Αναλφάβητος | 23 | 15,3 | 15,3 |
| Δημοτικό | 35 | 23,3 | 38,7 |
| Γυμνάσιο | 19 | 12,7 | 51,3 |
| Λύκειο | 39 | 26 | 77,3 |
| ΙΕΚ | 10 | 6,7 | 84 |
| ΚΑΤΕΕ-ΤΕΙ | 5 | 3,3 | 87,3 |
| ΑΕΙ | 17 | 11,3 | 98,7 |
| Μεταπτυχιακό | 1 | 0,7 | 99,3 |
| Διδακτορικό | 1 | 0,7 | 100 |
| | 150 | 100 | |
| Επάγγελμα | | | |
| Άνεργος/η | 5 | 3,3 | 3,3 |
| Συνταξιούχος | 62 | 41,3 | 44,7 |
| Οικιακά | 22 | 14,7 | 59,3 |
| Φοιτητής/τρια-Μαθητής/τρια | 5 | 3,3 | 62,7 |
| Τεχνίτης/ Εργάτης/ Χειριστής μεταφορικού μέσου | 6 | 4 | 66,7 |
| Γεωργός/Κτηνοτρόφος/Δασοκόμος | 11 | 7,3 | 74 |
| Αυτοαπασχολούμενος/η στην παροχή υπηρεσιών | 3 | 2 | 76 |
| Έμπορος/ Πωλητής/ Ελεύθερος επαγγελματίας | 10 | 6,7 | 82,7 |
| Υπάλληλος γραφείου | 15 | 10 | 92,7 |
| Διευθυντής/ Ανώτερο διοικητικό στέλεχος | 2 | 1,3 | 94 |
| Επιστήμονας/Τεχνικό προσωπικό | 9 | 6 | 100 |
| | 150 | 100 | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα | | | |
| Μέχρι €750 | 47 | 31,3 | 31,3 |
| €751 - €1100 | 35 | 23,3 | 54,7 |
| €1101 - €1450 | 10 | 6,7 | 61,3 |
| €1451 - €1800 | 20 | 13,3 | 74,7 |
| €1801 - €2200 | 18 | 12 | 86,7 |
| €2201 - €2800 | 7 | 4,7 | 91,3 |
| €2801 - €3500 | 8 | 5,3 | 96,7 |
| Άνω των €3501 | 5 | 3,3 | 100 |
| | 150 | 100 | |
| Φορέας κοινωνικής ασφάλισης | | | |
| ΟΓΑ | 60 | 40,8 | 40,8 |
| ΙΚΑ | 54 | 36,7 | 77,5 |
| ΟΑΕΕ | 11 | 4,8 | 82,3 |
| ΥΠΑΔ | 10 | 7,5 | 89,8 |
| ΔΕΗ/ ΟΤΕ | 7 | 6,8 | 96,6 |
| ΆΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (π.χ ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 5 | 3,4 | 100 |
| | 147 | 100 | |
| Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας | | | |
| ΝΑΙ | 17 | 11,3 | |
| ΟΧΙ | 133 | 88,7 | |

Τέλος, από τον Πίνακα 5.2.1.γ προκύπτει ότι πολύ μικρό ποσοστό (11,3%) ατόμων του δείγματος είναι ασφαλισμένο και στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Στην Εικόνα 5.2.1.γ φαίνεται ότι τα καταβαλλόμενα ασφαλίστρα ετησίως (ανά άτομο) δεν ξεπερνούν τα €1.000 στο 76% των ασφαλισμένων στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας.



Εικόνα 5.2.1.γ: Η ποσοστιαία κατανομή των ασφαλίστων που καταβάλλονται ετησίως ανά άτομο, στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας (N=17).

Πίνακας 5.2.1.δ: Ετήσια ιδιωτικά ασφαλίστρα³ υγείας (N=17).

| | Μέσος Όρος | 95% ΔΕ | Διάμεσος | Ελάχιστο Μέγιστο | Τυπική Απόκλιση |
|---------------------|------------|----------------------|----------|---------------------|--------------------|
| Ιδιωτικά ασφαλίστρα | 855,41 | 587,374- 1123,446 | 600 | 300 - 2000 | 552,569 |

5.2.2. Χρήση υπηρεσιών υγείας

- Συχνότητα επίσκεψης του πληθυσμού μελέτης στο Κ.Υ.

Στον Πίνακα 5.2.2.α φαίνεται ότι ελάχιστοι από τον υπό μελέτη πληθυσμό επισκέφθηκαν για πρώτη φορά το κέντρο υγείας (κατά τη μέρα διενέργειας της συνέντευξης). Ενώ από όσους δήλωσαν ότι το είχαν επισκεφθεί και στο παρελθόν, περισσότεροι από τους μισούς ανέφεραν ότι το επισκέπτονται συχνά.

³ Σημειώνεται ότι λόγω του μικρού αριθμού των ατόμων που κατείχαν ιδιωτικά ασφαλίστρα υγείας, δεν είναι δυνατόν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για το κόστος των ασφαλίστων.

Πίνακας 5.2.2.α: Συχνότητα επίσκεψης του πληθυσμού μελέτης στο Κ.Υ Αταλάντης.

| | | | |
|--|-------------|------------|------------|
| Επισκέπτεστε για πρώτη φορά το Κ.Υ (N=150) | OXI | | ΝΑΙ |
| | 142 (94,7%) | | 8 (5,3%) |
| Αν όχι το επισκέπτεστε συχνά (N=142) | ΝΑΙ | OXI | |
| | 76 (53,5%) | 66 (46,5%) | |

Στον Πίνακα 5.2.2.β φαίνεται η συχνότητα με την οποία επισκέπτεται το Κ.Υ το σύνολο των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι το επισκέπτονται συχνά. Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι ελάχιστα λιγότεροι από τους μισούς έρχονται μια φορά κάθε μήνα στο κέντρο υγείας.

Πίνακας 5.2.2.β: Η κατανομή του πλήθους των επισκέψεων στο Κ.Υ στο σύνολο των 76 ασθενών που δήλωσαν ότι το επισκέπτονται συχνά.

| | 1 φορά/ 2 μήνες | 1 φορά/μήνα | 2 φορές/μήνα | 3 φορές/μήνα | 4 φορές/μήνα |
|---|--------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Πόσο συχνά επισκέπτεστε το κέντρο υγείας (N=76) | 6 (7,9%) | 34 (44,7%) | 20 (26,3%) | 13 (17,1%) | 3 (4%) |

ο *Λόγος επίσκεψης*

Στον Πίνακα 5.2.2.γ παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία δηλαδή το 57,9% (N=87) των ασθενών επισκέφθηκαν το κέντρο υγείας κατά κύριο λόγο για να υποβληθούν σε εργαστηριακές εξετάσεις. Βεβαίως, ένα μικρό ποσοστό αυτών που υποβλήθηκαν σε εργαστηριακές εξετάσεις επισκέφθηκε το κέντρο υγείας κατά την ημέρα που πραγματοποιήθηκε η προσωπική συνέντευξη και για κάποιο πρόσθετο λόγο.

Πίνακας 5.2.2.γ: Ο λόγος επίσκεψης στο Κ.Υ την ημέρα που πραγματοποιήθηκε η προσωπική συνέντευξη.

| Λόγος Επίσκεψης | N | % | Αθροιστικό % |
|--|----|------|--------------|
| Διενέργεια εργαστηριακής εξέτασης | 65 | 43,3 | 43,3 |
| Συνταγογράφηση | 38 | 25,3 | 68,7 |
| Διενέργεια εργαστηριακής εξέτασης και παρακολούθηση από το γιατρό | 17 | 11,3 | 80 |
| Παρακολούθηση προβλήματος υγείας από το γιατρό | 11 | 7,3 | 87,3 |
| Εργαστηριακή εξέταση και συνταγογράφηση | 5 | 3,3 | 90,7 |
| Άλλος λόγος (π.χ παρακολούθηση και συνταγογράφηση, θεώρηση εξετάσεων, θεώρηση βιβλιαρίου, θεώρηση συνταγογράφησης, παραλαβή αποτελεσμάτων) | 14 | 9,3 | 100 |

5.2.3. Προσπελασιμότητα⁴ του κέντρου υγείας

ο Τρόπος μετακίνησης

Στον Πίνακα 5.2.3.α φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων χρησιμοποίησαν το ιδιωτικό τους όχημα για να φτάσουν στο Κ.Υ.

Πίνακας 5.2.3.α: Το μέσο που χρησιμοποιήθηκε για την πρόσβαση προς το Κ.Υ.

| Μέσο | N | % | Αθροιστικό % |
|---------|-----|------|--------------|
| Ι.Χ | 122 | 81,3 | 81,3 |
| Ταξί | 11 | 7,3 | 88,7 |
| Πεζός/ή | 15 | 10 | 98,7 |
| Δίκυκλο | 2 | 1,3 | 100 |

ο Δυσκολία πρόσβασης

Στον Πίνακα 5.2.3.β παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του υπό μελέτη πληθυσμού δεν αντιμετώπισε καμιά δυσκολία κατά την πρόσβασή του στο Κ.Υ Αταλάντης. Ελάχιστο είναι το ποσοστό το οποίο παραπονέθηκε πως αντιμετώπισε δυσκολία λόγω κούρασης και αυτό ίσως οφείλεται τόσο στην ηλικία όσο και στην γεωγραφική θέση του κέντρου υγείας.

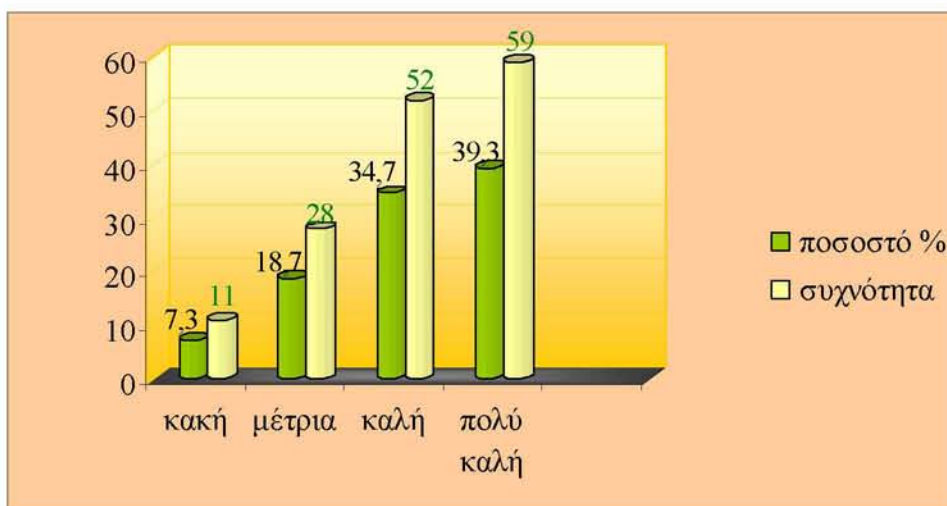
Πίνακας 5.2.3.β: Οι δυσκολίες που τυχόν αντιμετώπισαν οι ασθενείς – χρήστες του Κ.Υ κατά την πρόσβασή τους σε αυτό.

| Δυσκολίες | N | % | Αθροιστικό % |
|---|-----|------|--------------|
| Καμία | 137 | 91,3 | 91,3 |
| Κυκλοφοριακό | 7 | 4,7 | 4,7 |
| Παρκάρισμα | 3 | 2 | 2 |
| Άλλος λόγος (π.χ Κούραση, δυσκολία λόγω χειρουργείου στα πόδια) | 3 | 2 | 100 |
| | 150 | 100 | |

⁴Με τον όρο προσπελασιμότητα εννοούμε την «υπερπήδηση των πάσης φύσεως εμποδίων (γεωγραφικών, οικονομικών, γλωσσικών), προκειμένου να διασφαλιστεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας». (Οικονομοπούλου, 2007)

- Αξιολόγηση πρόσβασης προς το κέντρο υγείας για άτομα με ειδικές ανάγκες

Στην Εικόνα 5.2.3.γ φαίνεται το πώς αξιολογούν οι ερωτηθέντες την πρόσβαση προς το κέντρο υγείας για άτομα με ειδικές ανάγκες. Η συντριπτική πλειοψηφία δηλαδή το 74% τη χαρακτηρίζει από καλή έως πολύ καλή. Πράγματι, το κέντρο υγείας διαθέτει μπάρες πρόσβασης αλλά και μεγάλους χώρους ώστε ένα άτομο με κινητικές δυσκολίες να μπορεί να κινηθεί άνετα.



Εικόνα 5.2.3.γ: Η αξιολόγηση του υπό μελέτη πληθυσμού προς το κέντρο υγείας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

5.2.4. Ποιότητα των υπηρεσιών και ικανοποίηση του ασθενή

- Ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό

Στον Πίνακα 5.2.4.α παρατηρούμε ότι μόνο όσον αφορά την αριθμητική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος απάντησε ότι είναι λίγο έως καθόλου ικανοποιημένο. Ενώ, στις υπόλοιπες ερωτήσεις που σχετίζονται με το ιατρικό προσωπικό η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ικανοποιημένη.

Πίνακας 5.2.4.α: Ο βαθμός ικανοποίησης του υπό μελέτη πληθυσμού από το ιατρικό προσωπικό (N=150).

| Βαθμός ικανοποίησης | Παράμετροι αξιολόγησης | | | | | | | |
|---------------------|------------------------|------|--------------|------|-----------------|----|-----------------------|----|
| | Αριθμητική Επάρκεια | | Ποιότητα Υ.Υ | | Χρόνος Εξέτασης | | Ενημέρωση και Οδηγίες | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Πολύ- Μέτρια | 97 | 64,6 | 130 | 86,7 | 138 | 92 | 141 | 94 |
| Λίγο- Καθόλου | 53 | 35,3 | 20 | 13,3 | 12 | 8 | 9 | 6 |
| Δεν έχω άποψη | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

- *Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό*

Στον Πίνακα 5.2.4.β φαίνεται ότι από όσους είχαν έρθει σε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό, η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ικανοποιημένη τόσο από την αριθμητική επάρκεια, όσο και από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσηλευτών.

Πίνακας 5.2.4.β: Ο βαθμός ικανοποίησης του υπό μελέτη πληθυσμού από το νοσηλευτικό προσωπικό (N=100)⁵.

| Βαθμός ικανοποίησης | Παράμετροι αξιολόγησης | | | |
|---------------------|------------------------|----|--|----|
| | Αριθμητική Επάρκεια | | Ποιότητα υπηρεσιών νοσηλευτικού προσωπικού | |
| | N | % | N | % |
| Πολύ- Μέτρια | 66 | 66 | 90 | 90 |
| Λίγο- Καθόλου | 34 | 34 | 10 | 10 |

- *Ικανοποίηση του δείγματος που επισκέφθηκε το κέντρο υγείας κατά τις μέρες και ώρες εφημερίας*

Από το σύνολο των ερωτηθέντων οι 94 δηλαδή το 62,7% επισκέφθηκαν εν ώρα εφημερίας το κέντρο υγείας Αταλάντης. Από αυτούς η πλειοψηφία δήλωσε πολύ ικανοποιημένη από τις υπηρεσίες υγείας σε μέρες και ώρες εφημερίας όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε και από τον Πίνακα 5.2.4.γ.

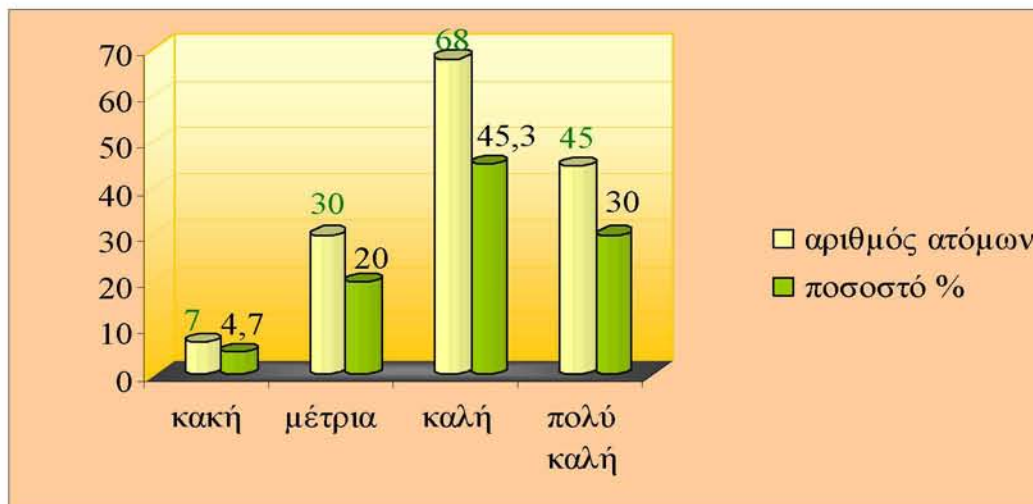
Πίνακας 5.2.4.γ: Η ικανοποίηση των ασθενών του δείγματος που επισκέφθηκαν το Κ.Υ κατά τις βραδινές ώρες και αργίες (N=94).

| Βαθμός ικανοποίησης | Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας κατά τις βραδινές ώρες και αργίες | |
|---------------------|--|------|
| | N | % |
| Πολύ | 75 | 79,8 |
| Μέτρια | 11 | 11,7 |
| Λίγο | 5 | 5,3 |
| Καθόλου | 3 | 3,2 |

⁵ Από τον υπό μελέτη πληθυσμό 50 άτομα δεν ήρθαν σε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό και για αυτό δεν είχαν άποψη

ο *Ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή*

Στην Εικόνα 5.2.4.δ διακρίνουμε ότι το 75% παρουσιάζεται ικανοποιημένο από την ξενοδοχειακή υποδομή του κέντρου υγείας κρίνοντας την από καλή έως πολύ καλή.



Εικόνα 5.2.4.δ: Ικανοποίηση του υπό μελέτη πληθυσμού από την ξενοδοχειακή υποδομή του κέντρου υγείας.

5.2.5. Χρόνος αναμονής

Όπως διακρίνουμε από τον Πίνακα 5.2.5.α και 5.2.5.β ο μέσος χρόνος αναμονής δεν ξεπερνά τα 30 λεπτά και μάλιστα περισσότεροι από το 50 % ανέμεναν λιγότερο από 15 λεπτά.

Πίνακας 5.2.5.α: Η κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού με βάση το χρόνο αναμονής (στην αίθουσα μέχρι να εξυπηρετηθεί).

| Χρόνος Αναμονής | N | % | Αθροιστικό % |
|-----------------|----|------|--------------|
| έως 15 λεπτά | 80 | 53,3 | 53,3 |
| 16 - 30 λεπτά | 33 | 22 | 75,3 |
| 31-45 λεπτά | 4 | 2,7 | 78 |
| 46-60 λεπτά | 19 | 12,7 | 90,7 |
| 61 - 90 λεπτά | 6 | 4 | 94,7 |
| > 90 λεπτά | 8 | 5,3 | 100 |

Πίνακας 5.2.5.β: Ο μέσος χρόνος αναμονής του υπό μελέτη πληθυσμού.

| | Μέσος Όρος | 95% ΔΕ | Διάμεσος | Ελάχιστο Μέγιστο | Τυπική Απόκλιση |
|-----------------|------------|---------------|----------|---------------------|--------------------|
| Χρόνος αναμονής | 29,07 | 23,566-34,574 | 15 | 1 - 180 | 33,704 |

Η μεταβλητή χρόνος αναμονής είναι συνεχής μεταβλητή συνεπώς, με έλεγχο κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov διαπιστώνουμε ότι δεν ακολουθεί κανονική κατανομή ($p < 0,05$). Άρα για να διαπιστώσουμε αν συσχετίζεται με την πραγματοποίηση ή όχι εργαστηριακών εξετάσεων προχωράμε σε έλεγχο Mann-Whitney. Από τον Πίνακα 5.2.5.γ παρατηρούμε ότι ο μέσος χρόνος αναμονής αυτών που πραγματοποίησαν εργαστηριακές εξετάσεις είναι μεγαλύτερος από τον μέσο χρόνο αυτών που δεν έκαναν εργαστηριακές εξετάσεις. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική (Mann-Whitney $U=1572,5$, $p=0,000$).

Πίνακας 5.2.5.γ: Ο πίνακας συσχέτισης του χρόνου αναμονής με την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων.

| | Εργαστηριακές εξετάσεις | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-----------------|----------------------------|-----|--------------|--------------------|
| Χρόνος αναμονής | ΟΧΙ | 63 | 56,96 | 3588,50 |
| | ΝΑΙ | 87 | 88,93 | 7736,50 |
| | Σύνολο | 150 | | |

Στον Πίνακα 5.2.5.δ παρατηρούμε ότι τα άτομα του δείγματος που δήλωσαν ότι περίμεναν στην αίθουσα αναμονής πάνω από 60 λεπτά δήλωσαν επίσης ότι υποβλήθηκαν σε εργαστηριακές εξετάσεις σε ποσοστό 92,9%. Το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που δήλωσαν ότι υποβλήθηκαν σε εργαστηριακές εξετάσεις αλλά περίμεναν 16 έως 60 λεπτά ήταν 67,9% και τέλος το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που περίμεναν έως και 15 λεπτά ήταν 45%. Όσο μεγαλώνει ο χρόνος αναμονής τόσο μεγαλώνει και η πιθανότητα να έχουν γίνει εργαστηριακές εξετάσεις. Άρα ο χρόνος αναμονής σχετίζεται με την πραγματοποίηση ή όχι εργαστηριακών εξετάσεων και η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=14,767$, $p=0,001$).

Πίνακας 5.2.5.δ: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών χρόνος αναμονής και πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων.

| Χρόνος αναμονής | Εργαστηριακές εξετάσεις | | |
|------------------|-------------------------|------|--------|
| | OXI | NAI | Σύνολο |
| έως 15 λεπτά | 44 | 36 | 80 |
| %χρόνος αναμονής | 55 | 45 | 100% |
| 16 - 60 λεπτά | 18 | 38 | 56 |
| %χρόνος αναμονής | 32,1 | 67,9 | 100% |
| > 60 λεπτά | 1 | 13 | 14 |
| %χρόνος αναμονής | 7,1 | 92,9 | 100% |
| Σύνολο | 63 | 87 | 150 |
| % Σύνολο | 42 | 58 | 100% |

5.3. Έξοδα για υπηρεσίες υγείας και πρόθεση συμμετοχής στο κόστος για την αναβάθμιση των υπηρεσιών

- Έξοδα για υπηρεσίες υγείας τον τελευταίο χρόνο

Από τους Πίνακες 5.3.1 και 5.3.2 παρατηρούμε ότι η μέση ετήσια δαπάνη υγείας ανά οικογένεια δεν ξεπερνά τα €1.000 και μάλιστα περισσότεροι από το 50% δαπάνησαν έως €500.

Πίνακας 5.3.1: Η κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού με βάση τις ετήσιες δαπάνες υγείας ανά οικογένεια (όπως αυτές εκτιμήθηκαν από τους ερωτώμενους).

| Έξοδα | N | % | Αθροιστικό % |
|-----------------|----|------|--------------|
| Έως €500 | 87 | 58 | 58 |
| €501 - €1.000 | 38 | 25,3 | 83,3 |
| €1.001 - €1.500 | 9 | 6 | 89,3 |
| Άνω των €1.500 | 16 | 10,7 | 100 |

Πίνακας 5.3.2: Μέση ετήσια δαπάνη υγείας ανά οικογένεια

| | Μέσος Όρος | 95% ΔΕ | Διάμεσος | Ελάχιστο Μέγιστο | Τυπική Απόκλιση |
|-------|------------|----------------------|----------|---------------------|--------------------|
| Έξοδα | 929,87 | 701,156- 1158,584 | 600 | 50 - 10000 | 1400,586 |

- Πρόθεση καταβολής ενός μικρού χρηματικού ποσού για την αναβάθμιση των υπηρεσιών του Κ.Υ.

Από τα 150 άτομα του δείγματος τα 70 (46,7%) ήταν πρόθυμα να καταβάλουν ένα μικρό πρόσθετο χρηματικό ποσό, ενώ τα υπόλοιπα 80 (53,3%) αρνήθηκαν για λόγους που αναγράφονται στον Πίνακα 5.3.3.

Πίνακας 5.3.3: Ο λόγος άρνησης καταβολής πρόσθετου χρηματικού ποσού (N=80).

| Λόγος άρνησης | N | % | Αθροιστικό % |
|---|----|------|--------------|
| Γιατί δεν έχω την οικονομική άνεση | 31 | 38,8 | 38,8 |
| Θεωρώ ότι αυτά που πληρώνω ήδη στο ταμείο μου είναι αρκετά | 25 | 31,3 | 70 |
| Δεν έχω εμπιστοσύνη ότι θα χρησιμοποιηθούν για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας του Κ.Υ | 14 | 17,5 | 87,5 |
| Προτιμώ τον ιδιωτικό τομέα αν είναι να πληρώσω | 5 | 6,3 | 93,8 |
| Είμαι καλυμμένος από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το Κ.Υ | 1 | 1,3 | 95 |
| Άλλος λόγος (π.χ σπάνια επίσκεψη, διότι είναι δημόσιο, προτίμηση ιδιωτικού τομέα μαζί με το ότι πληρώνουν αρκετά στο ταμείο τους) | 4 | 5 | 100 |

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι το 70% αρνήθηκε κυρίως για λόγους οικονομικής φύσεως, ενώ το 17,5% δεν έχει εμπιστοσύνη πως τα χρήματα που θα καταβάλει θα χρησιμοποιηθούν για το σκοπό αυτό. Μόλις ένα 6,3% δήλωσε πως προτιμά τον ιδιωτικό τομέα σε περίπτωση που πρέπει να πληρώσει και τέλος μόλις το 1,3% δήλωσε ότι είναι καλυμμένο από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχει το κέντρο υγείας.

Στη συνέχεια, τα άτομα τα οποία απάντησαν αρχικά ότι ήταν πρόθυμα να καταβάλλουν κάποιο πρόσθετο ποσό, κλήθηκαν να απαντήσουν αν θα ήταν διατεθειμένοι να καταβάλουν συγκεκριμένα ποσά .

Από τον Πίνακα 5.3.4 παρατηρούμε ότι σχεδόν όλοι ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν τα αρχικά ποσά, εκτός από τα εξέταστρα για υπερηχογράφημα καρδιάς (το οποίο δεν γίνεται στο

Κ.Υ καθώς δεν υπάρχει το κατάλληλο ιατρικό μηχάνημα). Όταν διπλασιάσαμε τα αρχικά ποσά παρατηρήσαμε ότι σχεδόν μόνο το 60% συνέχισε να είναι θετικό.

Πίνακας 5.3.4: Η πρόθεση καταβολής συγκεκριμένων ποσών από τον υπό μελέτη πληθυσμό (N=70).

| Πρόθεση καταβολής | ΝΑΙ | | ΟΧΙ | |
|---|-----|------|-----|------|
| | N | % | N | % |
| Αρχικά ποσά | | | | |
| Επίσκεψη €3 (κλινική εξέταση από το γιατρό) | 70 | 100 | 0 | 0 |
| Ακτινογραφία θώρακος €2 | 65 | 92,9 | 5 | 7,1 |
| Καρδιογράφημα €4 | 67 | 95,7 | 3 | 4,3 |
| Υπερηχογράφημα καρδιάς €8 | 42 | 60 | 28 | 40 |
| Γενική αίματος €3 | 67 | 95,7 | 3 | 4,3 |
| Διπλασιασμένα ποσά | | | | |
| Επίσκεψη €6 (κλινική εξέταση από το γιατρό) | 43 | 61,4 | 27 | 38,6 |
| Ακτινογραφία θώρακος €4 | 42 | 60 | 28 | 40 |
| Καρδιογράφημα €8 | 42 | 60 | 28 | 40 |
| Υπερηχογράφημα καρδιάς €16 | 42 | 60 | 28 | 40 |
| Γενική αίματος €6 | 42 | 60 | 28 | 40 |

5.4. Παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η αξιολόγηση του Κ.Υ από τον υπό μελέτη πληθυσμό

Στο παρόν υποκεφάλαιο θα αναλύσουμε τους παράγοντες οι οποίοι βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικοί και να επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης του δείγματος από το κέντρο υγείας Αταλάντης (οι υπόλοιποι παράγοντες που δεν βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικοί και να συσχετίζονται με την ικανοποίηση από το κέντρο υγείας βρίσκονται στο παράρτημα). Μιλώντας για ικανοποίηση εννοούμε την ικανοποίηση τόσο από την ξενοδοχειακή υποδομή όσο και από το ιατρικό προσωπικό. Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, δεν έγινε συσχέτιση κάποιων παραγόντων με την ικανοποίηση από αυτό καθώς δεν είχε όλο το δείγμα μας άποψη για αυτό.

Οι μεταβλητές των δεδομένων της παρούσας έρευνας είναι κατά κύριο λόγο κατηγορικές και εμφανίζονται ανά ζεύγη σε πίνακες συνάφειας. Εκτός της ηλικίας η οποία είναι συνεχής μεταβλητή και ακολουθεί κανονική κατανομή ($p=0,061$). Για την ηλικία διεξήχθη αρχικά ο παραμετρικός έλεγχος t-test και έπειτα κατηγοριοποιήθηκε σε κατηγορίες όπου έγινε και χ^2 του Pearson έλεγχος. Για όλες τις αναλύσεις ορίστηκε επίπεδο σημαντικότητας $p= 0,05$.

5.4.1. Παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η αξιολόγηση που κάνουν οι ερωτώμενοι στην ξενοδοχειακή υποδομή.

ο Επίπεδο εκπαίδευσης

Στον Πίνακα 5.4.1.α παρατηρούμε ότι από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού τα άτομα τα οποία ανήκουν στο κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης δηλώσαν ότι η ξενοδοχειακή υποδομή είναι καλή έως πολύ καλή σε ποσοστό 86,2% σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που ανήκουν στο ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης που είναι 69,6%. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=5,401$, $p=0,020$).

Πίνακας 5.4.1.α: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών επίπεδο εκπαίδευσης και ικανοποίηση από ξενοδοχειακή υποδομή.

| Επίπεδο εκπαίδευσης | | Ξενοδοχειακή υποδομή | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|------------------|--------|
| | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | Σύνολο |
| κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | | 8 | 50 | 58 |
| | % επίπεδο εκπαίδευσης | 13,8% | 86,2% | 100% |
| ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | | 28 | 64 | 92 |
| | % επίπεδο εκπαίδευσης | 30,4% | 69,6% | 100% |
| Σύνολο | | 36 | 114 | 150 |
| | % Σύνολο | 24% | 76% | 100% |

ο Επάγγελμα

Το επάγγελμα είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης από την ξενοδοχειακή υποδομή. Στον Πίνακα 5.4.1.β αξίζει να παρατηρήσουμε ότι από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού το 61,5% των ατόμων που εργάζονται σε κάποια μη χειρωνακτική δουλειά δηλώνουν ότι η ξενοδοχειακή υποδομή είναι από καλή έως πολύ καλή, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων που κάνουν κάποια χειρωνακτική εργασία ανέρχεται σε 82,4% και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=9,956$, $p=0,019$).

Πίνακας 5.4.1.β: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών επάγγελμα και ξενοδοχειακή υποδομή.

| Επάγγελμα | Ξενοδοχειακή υποδομή | | |
|-----------------|----------------------|------------------|--------|
| | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | Σύνολο |
| Άνεργος/η | 10 | 22 | 32 |
| % επάγγελμα | 31,3 | 68,8 | 100 |
| Συνταξιούχος | 8 | 54 | 62 |
| %επάγγελμα | 12,9 | 87,1 | 100 |
| Χειρωνακτική | 3 | 14 | 17 |
| %επάγγελμα | 17,6 | 82,4 | 100 |
| Μη χειρωνακτική | 15 | 24 | 39 |
| % επάγγελμα | 38,5 | 61,5 | 100 |
| Σύνολο | 36 | 114 | 150 |
| % σύνολο | 24 | 76 | 100 |

ο *Ηλικία*

Στον Πίνακα 5.4.1.γ μπορούμε να διακρίνουμε ότι η μέση ηλικία αυτών που χαρακτηρίζουν την ξενοδοχειακή υποδομή καλή έως πολύ καλή είναι μεγαλύτερη από την μέση ηλικία αυτών που τη κρίνουν μέτρια έως κακή και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($t = -2,6, p=0,010$).

Πίνακας 5.4.1.γ: Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το τυπικό σφάλμα ανάλογα με την ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή.

| | Ξενοδοχειακή υποδομή | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | Τυπικό μέσο σφάλμα |
|---------------|----------------------|-----|-----------|-----------------|--------------------|
| Ηλικία | κακή - μέτρια | 36 | 47,19 | 17,502 | 2,917 |
| | καλή - πολύ καλή | 114 | 56,76 | 19,677 | 1,843 |

Στον Πίνακα 5.4.1.δ μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18-44 έτη δηλώνουν ότι η ξενοδοχειακή υποδομή είναι καλή έως πολύ καλή σε ποσοστό 66,7%, το αντίστοιχο ποσοστό σε άτομα 45-64 έτη είναι 71,1% και το ποσοστό σε άτομα 65 χρονών και άνω ανέρχεται στο 89,1%. Συμπερασματικά, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι όσο αυξάνει η ηλικία παρατηρείται αύξηση του ποσοστού του βαθμού ικανοποίησης. Η διαφορά που παρατηρείται ανά ηλικιακή ομάδα είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=8,400$, $p=0,015$).

Πίνακας 5.4.1.δ: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ηλικία και ξενοδοχειακή υποδομή.

| Ηλικία | Ξενοδοχειακή υποδομή | | |
|----------|----------------------|------------------|--------|
| | κακή – μέτρια | καλή - πολύ καλή | Σύνολο |
| 18-44 | 19 | 38 | 57 |
| % ηλικία | 33,3 | 66,7 | 100 |
| 45-64 | 11 | 27 | 38 |
| % ηλικία | 28,9 | 71,1 | 100 |
| 65 + | 6 | 49 | 55 |
| % ηλικία | 10,9 | 89,1 | 100 |
| Σύνολο | 36 | 114 | 150 |
| % Σύνολο | 24 | 76 | 100 |

5.4.2. Παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η αξιολόγηση που κάνουν οι ερωτώμενοι για το ιατρικό προσωπικό.

- *Επίπεδο εκπαίδευσης*

Στον Πίνακα 5.4.2.α παρατηρούμε ότι το 94,8% που διαθέτουν κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης δήλωσε μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο από την ποιότητα του ιατρικού προσωπικού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων που ανήκουν στο ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι 82,6%. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=4,801$, $p=0,028$).

Πίνακας 5.4.2.α: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών επίπεδο εκπαίδευσης και ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού.

| Επίπεδο εκπαίδευσης | | Ποιότητα ιατρικού προσωπικού | | |
|------------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | Σύνολο |
| κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | | 3 | 55 | 58 |
| | % επίπεδο εκπαίδευσης | 5,2 | 94,8 | 100 |
| ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | | 16 | 76 | 92 |
| | % επίπεδο εκπαίδευσης | 17,4 | 82,6 | 100 |
| Σύνολο | | 19 | 131 | 150 |
| | % Σύνολο | 12,7 | 87,3 | 100 |

ο *Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα*

Το 91,5% των ατόμων που λαμβάνουν μηνιαίως έως €1.100 εισόδημα δήλωσε μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο από την ποιότητα του ιατρικού προσωπικού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν κάθε μήνα εισόδημα από €1.101 έως άνω των €3.501 ανέρχεται στο 82,4% όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 5.4.2.β. Η διαφορά αυτή είναι οριακά στατιστικά σημαντική ($\chi^2=2,789$, $p=0,095$).

Πίνακας 5.4.2.β: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και ποιότητα ιατρικού προσωπικού.

| Μηνιαίο εισόδημα | οικογενειακό | Ποιότητα ιατρικού προσωπικού | | |
|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | Μέτρια - πολύ | Σύνολο |
| μέχρι €1100 | | 7 | 75 | 82 |
| | % μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα | 8,5 | 91,5 | 100 |
| €1101 έως άνω των €3501 | | 12 | 56 | 68 |
| | % μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα | 17,6 | 82,4 | 100 |
| Σύνολο | | 19 | 131 | 150 |
| | % Σύνολο | 12,7 | 87,3 | 100 |

ο *Επάγγελμα*

Στον Πίνακα 5.4.2.γ βλέπουμε ότι το 51,3% των ατόμων που κάνουν κάποιο μη χειρωνακτικό επάγγελμα δήλωσε μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο από την αριθμητική επάρκεια των ιατρών, ενώ το ποσοστό των ατόμων που το επάγγελμά τους είναι χειρωνακτικό και δήλωσε και αυτό μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο είναι εμφανώς πιο αυξημένο και κυμαίνεται στο 88,2%. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=12,666$, $p=0,005$).

Πίνακας 5.4.2.γ: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών επάγγελμα και ικανοποίηση από την αριθμητική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού.

| Επάγγελμα | Αριθμητική επάρκεια ιατρών | | |
|------------------|-----------------------------------|---------------|--------|
| | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | Σύνολο |
| Άνεργος/η | 16 | 16 | 32 |
| % επάγγελμα | 50 | 50 | 100 |
| Συνταξιούχος | 16 | 46 | 62 |
| % επάγγελμα | 25,8 | 74,2 | 100 |
| Χειρωνακτική | 2 | 15 | 17 |
| % επάγγελμα | 11,8 | 88,2 | 100 |
| Μη χειρωνακτική | 19 | 20 | 39 |
| % επάγγελμα | 48,7 | 51,3 | 100 |
| Σύνολο | 53 | 97 | 150 |
| % Σύνολο | 35,3 | 64,7 | 100 |

ο *Ηλικία*

Όπως μπορούμε να δούμε από τον Πίνακα 5.4.2.δ η μέση ηλικία αυτών που δηλώνουν μέτρια έως πολύ ικανοποιημένοι από την αριθμητική επάρκεια είναι μεγαλύτερη από εκείνων που δηλώνουν καθόλου έως λίγο ικανοποιημένοι και η διαφορά αυτή είναι οριακά στατιστικά σημαντική ($t=-1,712$, $p=0,089$).

Πίνακας 5.4.2.δ: Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το τυπικό σφάλμα ανάλογα με την ικανοποίηση από την αριθμητική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού.

| | Ικανοποίηση αριθμητική ιατρών | από επάρκεια | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | Τυπικό σφάλμα μέσης τιμής |
|---------------|--------------------------------------|---------------------|----------|------------------|------------------------|----------------------------------|
| Ηλικία | Καθόλου - λίγο | | 53 | 50,79 | 20,442 | 2,808 |
| | Μέτρια - πολύ | | 97 | 56,47 | 18,859 | 1,915 |

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε και από τον Πίνακα 5.4.2.ε το 52,6% των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18-44 έτη δήλωσε μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο από την αριθμητική επάρκεια των ιατρών, το ποσοστό αυτό στις ηλικίες από 45-64 έτη είναι 76,3%, ενώ στις ηλικίες 65 και άνω το 69,1% δήλωσε μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=6,341$, $p=0,042$).

Πίνακας 5.4.2.ε: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ηλικία και αριθμητική επάρκεια ιατρικού προσωπικού.

| Ηλικία | Αριθμητική επάρκεια ιατρών | | |
|---------------|-----------------------------------|---------------|--------|
| | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | Σύνολο |
| 18-44 | 27 | 30 | 57 |
| % ηλικία | 47,4 | 52,6 | 100 |
| 45-64 | 9 | 29 | 38 |
| % ηλικία | 23,7 | 76,3 | 100 |
| 65 + | 17 | 38 | 55 |
| % ηλικία | 30,9 | 69,1 | 100 |
| Σύνολο | 53 | 97 | 150 |
| % Σύνολο | 35,3 | 64,7 | 100 |

Στον Πίνακα 5.4.2.ζ βλέπουμε ότι η μέση ηλικία αυτών που δήλωσαν μέτρια έως πολύ ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει το ιατρικό προσωπικό είναι μεγαλύτερη από την μέση ηλικία εκείνων που δηλώνουν λίγο έως καθόλου ικανοποιημένοι και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($t= -3,290$, $p=0,001$).

Πίνακας 5.4.2.ζ: Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το τυπικό σφάλμα ανάλογα με την ικανοποίηση από την ποιότητα υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού.

| | Ικανοποίηση από ποιότητα υπηρεσιών | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | Τυπικό σφάλμα μέσης τιμής |
|---------------|---|-----|-----------|-----------------|---------------------------|
| Ηλικία | Καθόλου - λίγο | 19 | 41,11 | 17,947 | 4,117 |
| | Μέτρια - πολύ | 131 | 56,40 | 19,074 | 1,667 |

Παρακάτω παρατηρούμε (Πίνακας 5.4.2.η) ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τόσο μεγαλύτερο είναι και το ποσοστό που δηλώνει μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο από την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών. Πράγματι, στις ηλικίες 18-44 έτη το ποσοστό αυτό είναι 75,4%, ενώ στις ηλικίες 45-64 και 65 και άνω είναι αντίστοιχα 92,1% και 96,4%. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=12,127$, $p=0,002$).

Πίνακας 5.4.2.η: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ηλικία και ποιότητα ιατρικού προσωπικού

| Ηλικία | Ποιότητα ιατρικού προσωπικού | | |
|---------------|-------------------------------------|---------------|--------|
| | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | Σύνολο |
| 18-44 | 14 | 43 | 57 |
| % ηλικία | 24,6 | 75,4 | 100 |
| 45-64 | 3 | 35 | 38 |
| % ηλικία | 7,9 | 92,1 | 100 |
| 65 + | 2 | 53 | 55 |
| % ηλικία | 3,6 | 96,4 | 100 |
| Σύνολο | 19 | 131 | 150 |
| % Σύνολο | 12,7 | 87,3 | 100 |

○ *Φύλο*

Στον Πίνακα 5.4.2.θ παρατηρούμε ότι οι άνδρες δηλώσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (97%) από ότι οι γυναίκες (88%) ότι είναι μέτρια έως πολύ ικανοποιημένοι από τον χρόνο που αφιερώνει το ιατρικό προσωπικό για την εξέταση και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=4,138$, $p=0,042$).

Πίνακας 5.4.2.θ: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών φύλο και ικανοποίηση από τον χρόνο εξέτασης.

| Φύλο | Χρόνος εξέτασης | | |
|----------|-----------------|---------------|--------|
| | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | Σύνολο |
| Άνδρας | 2 | 65 | 67 |
| % φύλο | 3 | 97 | 100 |
| Γυναίκα | 10 | 73 | 83 |
| % φύλο | 12 | 88 | 100 |
| Σύνολο | 12 | 138 | 150 |
| % Σύνολο | 8 | 92 | 100 |

5.5. Παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται η πρόθεση συμμετοχής στο κόστος για αναβάθμιση των υπηρεσιών

ο *Ηλικία*

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.5.1, η μέση ηλικία όσων δήλωσαν πρόθυμοι να συμμετέχουν στο κόστος ήταν μικρότερη σε σχέση με τη μέση ηλικία αυτών που αρνήθηκαν και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,39$, $p=0,018$).

Πίνακας 5.5.1: Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το τυπικό σφάλμα ανάλογα με την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος.

| | Πρόθεση συμμετοχής στο κόστος | N | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | Τυπικό σφάλμα μέσης τιμής |
|---------------|-------------------------------|----|-----------|-----------------|---------------------------|
| Ηλικία | OXI | 80 | 57,99 | 19,138 | 2,140 |
| | NAI | 70 | 50,44 | 19,381 | 2,317 |

Από τον Πίνακα 5.5.2 προκύπτει ότι οι πιο νεαρές ηλικίες εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό πιο θετικές στο να συμμετάσχουν στο κόστος σε σχέση με τις μεγαλύτερες. Πράγματι, τα άτομα του υπό μελέτη πληθυσμού που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18-44 έτη επιθυμούν να καταβάλουν κάποιο μικρό χρηματικό ποσό για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας σε ποσοστό 57,9%, ενώ παρατηρούμε ότι το ποσοστό αυτό μειώνεται στις ηλικίες 45-

64 έτη (44,7%) και άνω των 65 χρόνων (36,4%). Η διαφορά αυτή είναι οριακά στατιστικά σημαντική ($\chi^2=5,209$, $p=0,071$).

Πίνακας 5.5.2: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ηλικία και πρόθεση καταβολής μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού.

| Ηλικία | Πρόθεση καταβολής μικρού χρηματικού ποσού | | |
|----------|---|------|--------|
| | OXI | ΝΑΙ | Σύνολο |
| 18-44 | 24 | 33 | 57 |
| % ηλικία | 42,1 | 57,9 | 100 |
| 45-64 | 21 | 17 | 38 |
| % ηλικία | 55,3 | 44,7 | 100 |
| 65 + | 35 | 20 | 55 |
| % ηλικία | 63,6 | 36,4 | 100 |
| Σύνολο | 80 | 70 | 150 |
| % Σύνολο | 53,3 | 46,7 | 100 |

ο *Επίπεδο εκπαίδευσης*

Από τον Πίνακα 5.5.3 μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι τα άτομα τα οποία ανήκουν στο ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης εμφανίζονται πιο θετικά στη συμμετοχή στο κόστος με ποσοστό 54,3%, σε αντίθεση με τα άτομα που ανήκουν στο κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης όπου θετικό είναι μόνο το 34,5%. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=5,640$, $p=0,018$).

Πίνακας 5.5.3: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών επίπεδο εκπαίδευσης και πρόθεση καταβολής μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού.

| Επίπεδο εκπαίδευσης | Πρόθεση καταβολής μικρού χρηματικού ποσού | | |
|------------------------------|---|------|--------|
| | OXI | NAI | Σύνολο |
| κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 38 | 20 | 58 |
| % επίπεδο εκπαίδευσης | 65,5 | 34,5 | 100 |
| ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 42 | 50 | 92 |
| % επίπεδο εκπαίδευσης | 45,7 | 54,3 | 100 |
| Σύνολο | 80 | 70 | 150 |
| % Σύνολο | 53,3 | 46,7 | 100 |

ο Δημόσιο ταμείο

Από τον Πίνακα 5.5.4 βλέπουμε ότι τα άτομα του υπό μελέτη πληθυσμού τα οποία ανήκουν στο ΙΚΑ εμφανίζονται πιο θετικά στη συμμετοχή στο κόστος με ποσοστό 63%, έπειτα ακολουθεί ο ΟΓΑ (38,3%) και τέλος τα υπόλοιπα ταμεία (33,3%). Στην περίπτωση αυτή η συσχέτιση που παρουσιάζεται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=9,795$, $p=0,007$).

Πίνακας 5.5.4: Ο πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών δημόσιο ταμείο και πρόθεση καταβολής μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού.

| Δημόσιο ταμείο | Πρόθεση καταβολής μικρού χρηματικού ποσού | | |
|------------------|---|------|--------|
| | OXI | NAI | Σύνολο |
| ΟΓΑ | 37 | 23 | 60 |
| % δημόσιο ταμείο | 61,7 | 38,3 | 100 |
| ΙΚΑ | 20 | 34 | 54 |
| % δημόσιο ταμείο | 37 | 63 | 100 |
| Άλλα ταμεία | 22 | 11 | 33 |
| % δημόσιο ταμείο | 66,7 | 33,3 | 100 |
| Σύνολο | 79 | 68 | 147 |
| % Σύνολο | 53,7 | 46,3 | 100 |

5.5.1. Αποτελέσματα από τη Λογιστική Παλινδρόμηση

Σε αυτή την ενότητα γίνεται παρουσίαση των μεταβλητών που επιδρούν στη διαμόρφωση των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής (πρόθεση συμμετοχής στο κόστος). Τα αποτελέσματα του υποδείγματος της λογιστικής παλινδρόμησης ερμηνεύουν την μεταβλητότητα της εξαρτημένης μεταβλητής κατά ποσοστό 12,8% (συντελεστής προσδιορισμού $R^2 = 0,128$). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που ερμηνεύουν την εξαρτημένη μεταβλητή είναι το επίπεδο εκπαίδευσης και το δημόσιο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης. Στο μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης εισήχθησαν οι παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές καθώς επίσης και η ηλικία, η οποία όμως δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική και να επηρεάζει την εξαρτημένη μεταβλητή.

Στον Πίνακα 5.5.5 παρουσιάζονται αναλυτικά οι συντελεστές της λογιστικής παλινδρόμησης (β), οι λόγοι των odds (OR), το 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ) και το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας (τιμή p-value) της πιθανότητας να υπάρξει πρόθεση συμμετοχής στο κόστος, αντίστοιχα για την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή.

Πίνακας 5.5.5: Οι συντελεστές της λογιστικής παλινδρόμησης, οι λόγοι των odds, το 95% διάστημα εμπιστοσύνης και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της πιθανότητας της πρόθεσης συμμετοχής στο κόστος.

| Ανεξάρτητες μεταβλητές | B | OR | 95% ΔΕ | | p-value |
|---|-------|-------|----------|---------|---------|
| | | | Ελάχιστο | Μέγιστο | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης Κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης (κατηγορία αναφοράς) | | | | | |
| Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 0,865 | 2,374 | 1,099 | 5,132 | 0,28 |
| Δημόσιο ταμείο Άλλα ταμεία (κατηγορία αναφοράς) | | | | | |
| ΟΓΑ | 0,612 | 1,844 | 0,697 | 4,874 | 0,217 |
| ΙΚΑ | 1,309 | 3,703 | 1,464 | 9,366 | 0,006 |

Από τον Πίνακα 5.5.5 προκύπτει ότι οι ασθενείς-χρήστες του Κ.Υ που είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ έχουν περίπου 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν στο κόστος σε σχέση με αυτούς που ανήκουν σε κάποιο άλλο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης.

5.6. Δυνητικά οικονομικά οφέλη από την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού

Για την έρευνα αυτή κρίθηκε σκόπιμο να συλλέξουμε στοιχεία από το κέντρο υγείας Αταλάντης που να αφορούν στο σύνολο των ασθενών που το επισκέπτονται καθώς και στο σύνολο των εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιούνται σε αυτό.

Πίνακας 5.6.1: Σύνολο ασθενών και εξετάσεων από το 2004 έως το 2009.

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Μέσος όρος |
|---|---------|--------------------|--------------------|-----------------|------------------|---------------|------------|
| Σύνολο Ασθενών που πραγματοποιούν επίσκεψη ⁶ | 54.084 | 49.234 | 34.767 | 23.370 | 41.937 | 49.939 | ≈42.221,83 |
| Εξετάσεις ακτινολογικού | - | 5.255 (4,64%) | 6.527 (5,62%) | 6.842 (5,5%) | 4.486 (3,63%) | 5.140 (4%) | ≈4,7% |
| Αιματολογικές | - | 14.781 (13,05%) | 15.483 (13,34%) | - | - | - | ≈13,2% |
| Βιοχημικές | - | 85.095 (75,12%) | 84.822 (73,1%) | - | - | - | ≈74,1% |
| Γενική ούρων | - | 3.883 (3,43%) | 5.264 (4,54%) | - | - | - | ≈4% |
| Ορολογικές | - | 4.254 (3,76%) | 3.962 (3,4%) | - | - | - | ≈3,6% |
| Σύνολο Εργαστηριακών εξετάσεων | 106.250 | 113.268 | 116.058 | 124.838 | 123.626 | 128.465 | 118.750,83 |

Από τον Πίνακα 5.6.1 μπορούμε να βρούμε τον μέσο όρο των ασθενών που επισκέπτονται το κέντρο υγείας κάθε χρόνο για να πραγματοποιήσουν κλινική (ιατρική) εξέταση καθώς και τον αριθμό των εργαστηριακών εξετάσεων που πραγματοποιεί το Κέντρο Υγείας.

Από την συμμετοχή στο κόστος θα εξαιρούνται με βάση το ΦΕΚ Β' αρ.1223/2002 όλοι όσοι είναι ανασφάλιστοι, ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, άτομα με ποσοστό αναπηρίας άνω του 65%, το οποίο έχει πιστοποιηθεί από δημόσια υγειονομική επιτροπή. Επίσης, άτομα που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς αλλά και άτομα που έχουν προσβληθεί από AIDS καθώς και τυφλοί που θα προσκομίζουν κάποια βεβαίωση. Στην περίπτωση του κέντρου υγείας Αταλάντης το σύνολο των ανασφάλιστων και των ασφαλισμένων στον ΟΓΑ είναι 63/150 άρα 42% . Το ποσοστό αυτό θα εξαιρείται από την συμμετοχή στο κόστος.

⁶ Στο σύνολο των ασθενών που κάνουν επίσκεψη δεν περιλαμβάνονται αυτοί που επισκέφθηκαν το Κ.Υ για συνταγογράφηση.

Αν λοιπόν εφαρμόζαμε αυτό το πρόγραμμα συμμετοχής στο κόστος τα δυνητικά έσοδα από τις επισκέψεις⁷ θα ήταν:

$$42.221,83 * 3 * (1 - 0,42) = 42.221,83 * 3 * 0,58 = \underline{\underline{€73.465,98}}$$

Τα δυνητικά έσοδα από τις εργαστηριακές εξετάσεις⁸ θα ήταν:

$$(1 - 0,42) * 118.750,83 * [(4,05*0,047) + (2,88*0,132) + (2,26*0,741) + (1,76*0,04) + (9,50*0,036)] = \underline{\underline{€183.041,42}}$$

Άρα, τα συνολικά έσοδα με την εφαρμογή του προγράμματος συμμετοχής στο κόστος τόσο από τις επισκέψεις όσο και από τις εξετάσεις που πραγματοποιούνται στο Κέντρο Υγείας είναι **€256.507,4**. Όμως στην περίπτωση λειτουργίας του εισπρακτικού μηχανισμού το Κ.Υ επιβαρύνεται με το κόστος λειτουργίας Πληροφοριακού Συστήματος αλλά και με τη μισθοδοσία υπαλλήλων, που θα είναι υπεύθυνοι για την είσπραξη των εξεταστών. Σύμφωνα με την εργασία της Στόκου, (2008) το κόστος για την αγορά κατάλληλου λογισμικού για την ενίσχυση των οικονομικών δραστηριοτήτων για το πρώτο έτος ανέρχεται σε €2.250, συμπεριλαμβάνοντας την εκμάθηση των υπαλλήλων στην χρήση του, ενώ η συντήρησή του εκτιμάται σε €150 ετησίως. Λόγω του ότι το Κέντρο Υγείας Αταλάντης λειτουργεί 24 ώρες ημερησίως απαιτείται η πρόσληψη τεσσάρων (4) υπαλλήλων, δύο για την πρωινή βάρδια, διότι τότε σημειώνεται μεγαλύτερη κίνηση, και ένας για κάθε μία από τις επόμενες βάρδιες. Ως μέσος μηνιαίος μισθός ενός διοικητικού υπαλλήλου υπολογίζονται τα €1.340 και €1.000 ετησίως τα δώρα. Συνεπώς, το ετήσιο κόστος μισθοδοσίας και των τεσσάρων υπαλλήλων ανέρχεται σε €70.000 περίπου διότι οι υπάλληλοι που θα εργάζονται το βράδυ θα λαμβάνουν και πρόσθετες αποδοχές. Εάν σε αυτό προσθέσουμε και το κόστος λειτουργίας αλλά και την συντήρηση του πληροφοριακού συστήματος που απαιτείται για την λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού, προκύπτει €72.400 κόστος για το πρώτο έτος και €70.150 για τα υπόλοιπα έτη. Τα δυνητικά έσοδα από την λειτουργία του εισπρακτικού μηχανισμού είναι επαρκή οπότε μπορούν να καλυφθούν τα έξοδα για την αγορά, τη συντήρηση και τη μισθοδοσία των υπαλλήλων. Επιπροσθέτως, προκύπτει και πλεόνασμα που υπολογίζεται στα €184.107,4 για τον πρώτο χρόνο και €186.357,4 για τα υπόλοιπα έτη. Αυτό βεβαίως δίνει τη

⁷ Το κόστος επίσκεψης είναι 3 ευρώ με βάση το ΦΕΚ του 2002.

⁸ Η χρέωση της κάθε εξέτασης με βάση το ΠΔ 157/1991 που ισχύει στα δημόσια νοσοκομεία είναι: εξετάσεις ακτινολογικού 4,05 ευρώ, αιματολογικές 2,88 ευρώ, βιοχημικές 2,26 ευρώ, γενική ούρων 1,76 ευρώ και ορολογικές 9,50 ευρώ.

δυνατότητα στο Κ.Υ να χρησιμοποιήσει τα έσοδα αυτά εποικοδομητικά με την πρόσληψη επαγγελματιών υγείας για την κάλυψη των κενών θέσεων. Οι κενές οργανικές θέσεις φαίνονται στον Πίνακα 5.6.2:

Πίνακας 5.6.2: Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό κέντρου υγείας Αταλάντης και κενές οργανικές θέσεις.

| | Υπηρετούν | Κενές Οργανικές Θέσεις |
|-----------------------|-----------|------------------------|
| Γενικής Ιατρικής | 5 | 4 |
| Παιδιατρικής | 1 | 2 |
| Οδοντιατρικής | 1 | 2 |
| Μικροβιολογικό | 1 | 1 |
| Ακτινολογικό | - | 1 |
| Νοσηλευτικό Προσωπικό | 9 | 0 |
| Σύνολο | 17 | 10 |

Για την κάλυψη αυτών των θέσεων θα μπορούσε το Κ.Υ να προσλάβει επικουρικούς γιατρούς, δηλαδή ειδικευόμενους επαγγελματίες υγείας που δεν είναι ακόμα διορισμένοι σε κάποιο Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας. Αυτοί βρίσκονται σε μια λίστα επικουρικών γιατρών στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η πρόσληψή τους γίνεται με συμβάσεις ορισμένου χρόνου συνήθως ετήσιες άμεσα από το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας. Η πληρωμή τους γίνεται από τα έσοδα των Νοσοκομείων – Κέντρων Υγείας σε αντίθεση με την μισθοδοσία των υπολοίπων γιατρών που πραγματοποιείται από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους. Οι μηνιαίες απολαβές των γιατρών αυτών υπολογίζονται σε €2.200, οι εφημερίες σε €1.600 και τα δώρα σε €1.000 ετησίως. Επομένως, το ετήσιο κόστος ενός επικουρικού γιατρού εκτιμάται σε 45.000 – 50.000 ευρώ. Άρα το Κέντρο Υγείας θα μπορούσε να μισθώσει 3 με 4 επικουρικούς γιατρούς. Τυχόν πλεόνασμα θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τον εκσυγχρονισμό της κτηριακής υποδομής του ΚΥ ή την αγορά κάποιων ιατρικών μηχανημάτων.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον του Εθνικού Συστήματος Υγείας αρκετών χωρών εστιάζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία είναι ανθρωποκεντρική και συνιστά τον θεμελιώδη «πυλώνα» για την προώθηση της υγείας και την πρόοδο της ποιότητας ζωής. Παρ' όλες τις απόπειρες που έχουν γίνει για βελτίωση των παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, από την βιβλιογραφία παγκοσμίως φαίνεται, ότι τα υγειονομικά συστήματα και στις πιο αναπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν φτωχή ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας ενώ παράλληλα καταγράφεται χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών ανά χώρα (Καδδά και συν., 2010).

Τα πρώτα βήματα στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ξεκίνησαν από το χώρο της νοσηλευτικής στην Αμερική το 1956. Σήμερα, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους πιο αξιόπιστους δείκτες για την αξιολόγηση και τον καθορισμό της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών (Μερκούρης και Ανδρεάδη, 2009). Επιπρόσθετα, η αξιολόγηση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας. Αξιολογώντας τις υπηρεσίες υγείας μπορούν να επισημανθούν τυχόν προβλήματα ή ελλείψεις με σκοπό την αντιμετώπισή τους αλλά και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Τούντας και Οικονόμου, 2007).

Σύμφωνα με τον Donabedian η ποιότητα των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών πιστοποιείται με την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια όλο και μεγαλύτερο είναι το ενδιαφέρον για μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, γεγονός που διαγιγνώσκεται από πληθώρα ερευνών σε χώρες του εξωτερικού. Ωστόσο, στην Ελλάδα η ερευνητική δραστηριότητα είναι περιορισμένη παρόλο που η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας τείνει να είναι μικρότερη συγκριτικά με άλλα ευρωπαϊκά κράτη (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008).

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται συνοπτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας και σχολιασμός των σπουδαιότερων ευρημάτων σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση (από τις υπηρεσίες υγείας) και την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος συγκριτικά με άλλες μελέτες της εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας. Εν συνεχεία, παρουσιάζονται συμπερασματικά σχόλια και προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και επίλυση τυχόν προβλημάτων που ενδέχεται να προκύψουν μέσα από την

έρευνα, για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στο γεγονός ότι τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης αποτελούν ένδειξη καταγεγραμμένη από τους ίδιους τους ασθενείς – χρήστες για την ικανοποίηση από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας του Κέντρου Υγείας Αταλάντης και συνεπώς δεν αποτελούν απόδειξη της κατάστασης που επικρατεί γενικότερα στη χώρα μας.

6.1. Συνοπτική παρουσίαση των κυριότερων ευρημάτων της πτυχιακής εργασίας

Τα κοινωνικό-οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως αυτά έχουν αναλυθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, συνθέτουν το προφίλ του ασθενή – χρήστη των υπηρεσιών υγείας του Κ.Υ Αταλάντης. Βάσει των ευρημάτων, η μέση ηλικία των ατόμων που το επισκέπτονται είναι τα 55 περίπου χρόνια και η πλειοψηφία των ασθενών είναι γυναίκες (55,3%). Όσον αφορά το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, παρατηρείται ότι το 40,8% ανήκει στον ΟΓΑ και ακολουθεί με ελάχιστη διαφορά το ΙΚΑ με ποσοστό 36,7%. Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης το 15,3% είναι αναλφάβητοι ενώ, το 62% δεν εστίασε σε κάποια βαθμίδα πέραν του λυκείου. Το 41,3% είναι συνταξιούχοι και από το σύνολο των ασθενών η συντριπτική πλειοψηφία έχει ελληνική υπηκοότητα (97,3%).

Όσον αφορά το λόγο επίσκεψης, το 57,9% του υπό μελέτη πληθυσμού μας, δήλωσε ότι το επισκέπτεται για να υποβληθεί σε εργαστηριακές εξετάσεις (Πίνακας 5.1.2.γ). Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με αυτά, παρόμοιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε τρία Κέντρα Υγείας του Νομού Κέρκυρας όπου ο κύριος λόγος επίσκεψης είναι η αναγραφή φαρμάκων (Διακοσταυριανού, 2004). Επίσης, γρήγορη μπορεί να χαρακτηριστεί η εξυπηρέτηση στο κέντρο υγείας Αταλάντης καθώς το 53,3% χρειάζεται για να εξυπηρετηθεί χρονικό διάστημα έως 15 λεπτά ή λιγότερο (Πίνακας 5.1.5.α). Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με αυτά της έρευνας στα Κ.Υ του Νομού Μεσσηνίας όπου το αντίστοιχο ποσοστό είναι 59,4% συνολικά (Πουλογιαννοπούλου, 2006).

Όσον αφορά την ικανοποίηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και την ξενοδοχειακή υποδομή, έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής: από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού που επισκέφθηκε το Κ.Υ Αταλάντης, ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου 90%) δήλωσε μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο από την ποιότητα υπηρεσιών, τις οδηγίες και τον χρόνο που αφιερώνει ο γιατρός. Εντούτοις, το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 64,6% όταν ρωτήθηκαν για την ικανοποίηση από την αριθμητική επάρκεια των γιατρών. Πράγματι το Κ.Υ παρουσιάζει

έλλειψη ορισμένων ειδικοτήτων (Πίνακας 5.5.2) με αποτέλεσμα να εκφράζονται παράπονα από τους ασθενείς. Επίσης, μείωση του ποσοστού ικανοποίησης παρατηρούμε και στην ξενοδοχειακή υποδομή (75%), παρότι το ποσοστό είναι ικανοποιητικό.

Σε παρόμοια έρευνα σε τρία Κ.Υ του Νομού Κέρκυρας το ίδιο υψηλά ήταν τα ποσοστά ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό, την ενημέρωση, τις οδηγίες και το χρόνο που αφιερώνει ο γιατρός στον ασθενή. Η ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή παρουσιάζεται και εδώ εμφανώς πιο μειωμένη, συγκεκριμένα το 60,56% των ερωτηθέντων την χαρακτήρισαν από καλή έως πολύ καλή. Σε άλλη έρευνα που έγινε σε τέσσερα Κέντρα Υγείας στη Λέσβο, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς-χρήστες δήλωσαν σε αρκετά μεγάλο ποσοστό ικανοποιημένοι από την ενημέρωση και τον χρόνο που αφιερώνει ο γιατρός ενώ, το αντίστοιχο ποσοστό μειώνεται δραματικά (3,35%) στην ερώτηση για την ικανοποίηση από την παροχή οδηγιών από το ιατρικό προσωπικό (Διακοσταυριανού, 2004/Αδαμαντίδου, 2006). Επιπρόσθετα, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, στην Κροατία σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έδειξε ότι μόνο το 67% των ασθενών-χρηστών δήλωσε ικανοποιημένο από την ενημέρωση και τις οδηγίες που του παρείχε το ιατρικό προσωπικό (Carrasco et al., 2003). Η αξιολόγηση του βαθμού ενημέρωσης του ασθενή από τον ιατρό αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι για την καλύτερη κατανόηση της τρέχουσας κατάστασης και τη βελτίωση του υγειονομικού συστήματος. Σε έρευνα σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας της Ηπείρου παρατηρήθηκε ότι σχεδόν οι μισοί ασθενείς δήλωσαν ότι συχνά ή αρκετά συχνά έχουν σκεφτεί να αλλάξουν ιατρό λόγω ελλιπούς ενημέρωσης (Χαραλάμπους και συν., 2007).

Από όσους ήρθαν σε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό το 90% δήλωσε μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχεται. Τα αποτελέσματα μας, συμφωνούν με αυτά έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 300 άτομα στην νότια Αμερική, όπου τα ποσοστά ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν υψηλά. Συγκεκριμένα, ο βαθμός μέσης γενικής ικανοποίησης από τους νοσηλευτές ήταν 86,86/90 (Agosta, 2005). Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 2.252 άτομα στην Κροατία έδειξε ότι το ποσοστό ικανοποίησης γενικά από το νοσηλευτικό προσωπικό τόσο για την συμπεριφορά όσο, και για το έργο του ανέρχονταν σε 72.1% (Babic-Banaszak et al., 2001).

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι από αυτούς που επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας κατά τις ώρες και μέρες εφημερίας το 91,5% δήλωσε μέτρια έως πολύ ικανοποιημένο (πίνακας 5.1.4.γ). Το

ίδιο παρατηρήθηκε και στα Κ.Υ του Νομού Μεσσηνίας, που το 87,1% του συνόλου των ασθενών δήλωσε ικανοποιημένο έως πολύ ικανοποιημένο (Πουλογιαννοπούλου, 2006).

6.1.1. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών από την ξενοδοχειακή υποδομή και το ιατρικό προσωπικό

Ένας από τους παράγοντες που βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών – χρηστών από την ξενοδοχειακή υποδομή αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού, είναι το επίπεδο εκπαίδευσης. Στην παρούσα εργασία παρατηρήθηκε ότι άτομα τα οποία ανήκουν στο κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, δηλώνουν μέτρια έως πολύ ικανοποιημένα σε ποσοστό 86,2% και 94,8% αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα παρόμοιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 272 άτομα σε ένα κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας στην βόρεια Ελλάδα. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας αυτής, παρατηρήθηκε ότι όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο αυξάνεται και ο βαθμός ικανοποίησης από την υποδομή του κέντρου και το κλινικό έργο (Καμπάνταη και Νιάκας, 2004). Πρόσθετα, σε έρευνα που έγινε σε Κ.Υ αστικού τύπου βρέθηκε ότι από το σύνολο των 371 ασθενών-χρηστών που συμμετείχαν στην έρευνα το 53% και το 79% αντίστοιχα των ατόμων με εκπαιδευτικό επίπεδο Γυμνάσιο/Λύκειο και Ανώτατη εκπαίδευση/Μεταπτυχιακά εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα να δηλώσουν υψηλή ικανοποίηση συγκριτικά με άτομα με εκπαιδευτικό επίπεδο Δημοτικό (Δρακοπούλου και συν., 2010). Αυτό είναι φυσικό καθώς άτομα τα οποία ανήκουν σε χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν και λιγότερες συνήθως απαιτήσεις και έτσι παρουσιάζονται πιο ικανοποιημένα, σε αντίθεση με άτομα με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης όπου είναι περισσότερο ενημερωμένα για τις υπάρχουσες δυνατότητες των προσφερόμενων υπηρεσιών και συνεπώς και πιο απαιτητικά. Παρόμοια αποτελέσματα διαφαίνονται και σε άλλες μελέτες (Al-Eisa et all., 2005/Πιερράκος και Υφαντόπουλος, 2007), ενώ αντίθετα έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε οχτώ Κ.Υ στη Σαουδική Αραβία έδειξε ότι άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης ήταν πιο ικανοποιημένα από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας (Saeed et all., 2001).

Άλλος ένας παράγοντας που φάνηκε να σχετίζεται με την ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή, την αριθμητική επάρκεια και την ποιότητα των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού στην παρούσα εργασία είναι η ηλικία. Συγκεκριμένα, άτομα τα οποία ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω, φαίνεται να είναι πιο ικανοποιημένα από την

ξενοδοχειακή υποδομή και την ποιότητα των υπηρεσιών σε αντίθεση με την ικανοποίηση από την επάρκεια του ιατρικού προσωπικού, όπου εκεί πιο ικανοποιημένα δηλώνουν άτομα ηλικίας 45-64 έτη. Αντίστοιχη έρευνα που έγινε στο Κουβέιτ για την αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών έδειξε ότι άτομα άνω των 60 χρόνων εμφανίζονται πιο ικανοποιημένα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με άτομα μικρότερης ηλικίας. Αυτό ίσως συμβαίνει λόγω της αυξημένης νοσηρότητας σε αυτές τις ηλικίες, που σημαίνει συχνότερη επαφή με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και συνεπώς περισσότερες πιθανότητες να είναι πιο ευνοϊκά επηρεασμένοι από αυτές (Sadika et all, 2008). Αυτό μπορεί ίσως να αποδοθεί και στο γεγονός ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να δίνουν κοινωνικά ευνοϊκές απαντήσεις, από φόβο κακής μεταχείρισης από τους επαγγελματίες υγείας (Raftoroulos, 2005). Επίσης, και άλλες έρευνες συμφωνούν με τα αποτελέσματα (Bodur et all, 2002/ Πολύζος και συν., 2007/ Margolis et all., 2003/Πουλογιαννοπούλου, 2006/ Δρακοπούλου και συν., 2010).

Όσον αφορά το φύλο, στην έρευνά μας φαίνεται ότι σχετίζεται με την ικανοποίηση από τον χρόνο που διαθέτει ο γιατρός για τον ασθενή. Οι άνδρες δηλώνουν μέτρια έως πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 97% σε αντίθεση με τις γυναίκες που το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 88%. Δεν βρέθηκαν εργασίες που να αναφέρουν την ικανοποίηση από τον χρόνο που αφιερώνει ο γιατρός σε σχέση με το φύλο, γενικά όμως σε έρευνα που έγινε σε 1.206 άτομα από όλη την Ελλάδα για την ικανοποίηση από την ποιότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, βρέθηκε ότι οι άνδρες αξιολογούν πιο θετικά την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών συγκριτικά με τις γυναίκες (Καδδά και συν., 2010). Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν επίσης, και με έρευνα που έγινε σε Κέντρο Υγείας στη Ναύπακτο όπου το ποσοστό των ανδρών παρουσιαζόταν πιο ικανοποιημένο (Πολύζος και συν., 2007).

Επιπρόσθετα, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα στην παρούσα εργασία φαίνεται να σχετίζεται οριακά με την ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού. Συγκεκριμένα, άτομα των οποίων το οικογενειακό εισόδημα είναι έως €1.100 δηλώνουν πιο ικανοποιημένα (91,5%) σε σχέση με αυτά των οποίων το οικογενειακό εισόδημα κυμαίνεται από €1.101 έως άνω των €3.000 (όπου το ποσοστό είναι 82,4%). Τα στοιχεία αυτά συμφωνούν με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Τρινιδάδ και στο Τομπάγκο όπου άτομα με χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα δήλωναν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ποιότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με τους υψηλόμισθους που εξέφρασαν την δυσαρέσκειά τους (Rudzik, 2003). Οι υψηλόμισθοι έχουν καλύτερο έλεγχο

της κατάστασης υγείας τους και μεγαλύτερες απαιτήσεις για καλύτερη ποιότητα λόγω της εύρωστης οικονομικής τους κατάστασης.

Τέλος, άλλος ένας παράγοντας που σχετίζεται με την ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή του Κ.Υ και την αριθμητική επάρκεια του ιατρικού προσωπικού βρέθηκε να είναι το επάγγελμα. Οι ασθενείς – χρήστες που εργάζονται σε χειρωνακτικά επαγγέλματα δηλώνουν πιο πολύ ικανοποιημένοι από αυτούς που εργάζονται σε μη-χειρωνακτικά. Δεν έχουν βρεθεί έρευνες που να δείχνουν κάποια συσχέτιση του επαγγέλματος με την ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή ή την επάρκεια του ιατρικού προσωπικού. Εν τούτοις όμως, σε μελέτη σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στην Ινδονησία παρατηρείται ότι, οι νοικοκυρές εμφανίζονται πιο ικανοποιημένες από την ποιότητα και ακολουθούν οι αγρότες (που είναι χειρωνακτικό επάγγελμα) με ελάχιστη διαφορά (Nazirah et al., 2008). Τα χειρωνακτικά επαγγέλματα υποδηλώνουν και χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έτσι, είναι φυσιολογικό να τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι καθώς έχουν μικρότερες απαιτήσεις.

6.1.2. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας

Από την παρούσα εργασία διαπιστώνουμε πως από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού μας, το 46,7% δήλωσε προθυμία συμμετοχής στο κόστος έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας ενώ, το υπόλοιπο 53,3% αρνήθηκε κυρίως λόγω οικονομικής δυσχέρειας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επιδρούν στην πρόθεση συμμετοχής στο κόστος είναι η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 350 άτομα στο λεκανοπέδιο Αττικής για την πρόθεση πληρωμής για βελτίωση της ασφαλιστικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας, το ποσοστό που δήλωσε πρόθυμο να πληρώσει κάποιο πρόσθετο χρηματικό ποσό σε περίπτωση που του ζητηθεί, για αναβάθμιση των παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας είναι αρκετά μεγαλύτερο (70%) συγκριτικά με το ποσοστό της δικής μας μελέτης. Η ηλικία και η κοινωνική τάξη βρέθηκε να σχετίζονται με την πρόθεση συμμετοχής στο κόστος. Συγκεκριμένα, οι νεαρές ηλικίες δήλωσαν την πρόθεση να πληρώσουν κάποιο πρόσθετο χρηματικό ποσό σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό. Επίσης, τα μεσαία στρώματα ήταν πιο θετικά στην πρόθεση συμμετοχής στο κόστος, έπειτα ακολουθούσαν τα ανώτερα και τέλος τα κατώτερα στρώματα (Δολγέρας και συν., 2001).

Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα της δικής μας εργασίας, όπου άτομα ηλικίας 18-44 ετών δηλώνουν πιο θετικά στην πρόθεση συμμετοχής στο κόστος σε ποσοστό 57,9% σε σχέση με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας όπου το ποσοστό μειώνεται. Ακόμα, άτομα που ανήκουν στο ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης δηλώνουν πιο πρόθυμα να πληρώσουν.

Όσον αφορά το δημόσιο ταμείο ασφάλισης από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού αυτοί που ανήκουν στο ΙΚΑ εμφανίζονται πιο πρόθυμοι να πληρώσουν ένα μικρό πρόσθετο χρηματικό ποσό για λήψη αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας σε ποσοστό 63%, και έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν προθυμία συγκριτικά με οποιοδήποτε άλλο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης. Το γεγονός αυτό, υποδηλώνει έμμεσα ότι οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ δεν είναι τόσο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους προσφέρει το ταμείο τους. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί αφού σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την κοινωνική ασφάλιση, οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ είναι λιγότερο ενημερωμένοι και λιγότερο ικανοποιημένοι από την εξυπηρέτηση του ταμείου τους. Μάλιστα το 73% των αυτοαπασχολούμενων θα διέκοπτε την δημόσια ασφάλιση ή θα επέλεγε την ιδιωτική ασφάλιση, αν είχε αυτό το δικαίωμα (Διμηνιαία έκδοση για την κοινωνική ασφάλιση, 2000). Επίσης, σε έρευνα που έγινε σε τέσσερις μονάδες υγείας του ΙΚΑ (στην Αθήνα) σε σύνολο 435 ερωτηθέντων, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (51,2%) ήταν μέτρια ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχει το ΙΚΑ (Τούντας και συν., 2003).

6.2. Συμπερασματικά σχόλια και προτάσεις

Γενικά, από την έρευνα που έγινε στο Κ.Υ Αταλάντης συμπεραίνουμε ότι οι ασθενείς παρουσιάζονται σε μεγάλο ποσοστό ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται τόσο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και από την ξενοδοχειακή υποδομή. Λιγότερο ικανοποιημένοι βρέθηκαν να είναι από την επάρκεια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Συνεπώς, ένα πρόβλημα που προκύπτει είναι η ελλιπής στελέχωση του κέντρου υγείας.

Σχετικά με την προθυμία συμμετοχής στο κόστος παρατηρούμε ότι σχεδόν οι μισοί από το δείγμα μας ήταν θετικοί στο να πληρώσουν ένα μικρό πρόσθετο χρηματικό ποσό έναντι λήψης αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας. Επομένως, θα μπορούσε να θεσπιστεί ένας μηχανισμός συμμετοχής στο κόστος. Βεβαίως, θα πρέπει να τονίσουμε ότι θα εξαιρούνται από την συμμετοχή στο κόστος όλοι όσοι είναι ανασφάλιστοι, ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ,

άτομα με ποσοστό αναπηρίας 65% που έχει πιστοποιηθεί από επιτροπή. Επίσης, άτομα που πάσχουν από κάθε μορφή μεσογειακής αναιμίας, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς αλλά και άτομα που έχουν προσβληθεί από AIDS καθώς και τυφλοί που θα προσκομίζουν κάποια βεβαίωση.

Από τον υπολογισμό των δυνητικών εσόδων από την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού παρατηρούμε ότι τα έσοδα είναι σαφώς περισσότερα από τα έξοδα που απαιτούνται για τη θέσπιση και συντήρηση του μηχανισμού. Με τα έσοδα θα μπορούσε μερικώς να λυθεί το πρόβλημα της ανεπάρκειας προσωπικού καθώς, το κέντρο υγείας θα μπορούσε να προσλάβει επαγγελματίες υγείας που θα κάλυπταν τις κενές θέσεις.

Σύμφωνα, με τα αποτελέσματα της εργασίας της Στόκου (2008) για την εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού σε κέντρα υγείας αστικού και μη αστικού τύπου, τα δυνητικά έσοδα σε μη αστικού τύπου Κ.Υ (όπως είναι και το Κ.Υ Αταλάντης) στις τουριστικές περιοχές ανέρχονται σε €173.126 και στις αγροτικές περιοχές το ποσό αυτό μειώνεται σε €52.317. Επίσης, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στις αγροτικές περιοχές τα έξοδα για την λειτουργία εισπρακτικού μηχανισμού υπερβαίνουν τα δυνητικά έσοδα (συγκεκριμένα τα έξοδα είναι €69.450 για τον πρώτο χρόνο και €67.350 για τα υπόλοιπα) με αποτέλεσμα η εισαγωγή και λειτουργία ενός τέτοιου μηχανισμού να κρίνεται ασύμφορη, εντούτοις αυτό δεν συμβαίνει στις τουριστικές περιοχές όπου τα δυνητικά έσοδα είναι πολύ περισσότερα. Όμως η αύξηση των εσόδων στα υπόλοιπα κέντρα υγείας θα οδηγούσε σε εξοικονόμηση πόρων από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και έτσι θα θα ωφελούνταν τα Κ.Υ των αγροτικών περιοχών καθώς, θα ήταν εφικτό να καλυφθούν τα ελλείμματα τους. Συγκριτικά, με την παρούσα εργασία τα δυνητικά έσοδα που προκύπτουν είναι κατά πολύ πιο αυξημένα και ανέρχονται σε €256.507,4.

Με βάση λοιπόν τα αποτελέσματα από τα δυνητικά έσοδα και λαμβάνοντας υπόψιν μας ότι σχεδόν οι μισοί από το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού ήταν πρόθυμοι να καταβάλλουν ένα μικρό χρηματικό ποσό για λήψη αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας, το Κ.Υ θα μπορούσε να θεσπίσει έναν εισπρακτικό μηχανισμό συμμετοχής στο κόστος. Βεβαίως, θα πρέπει να τονίσουμε ότι η εργασία μας δεν αποτελεί γενίκευση της κατάστασης που επικρατεί και στα υπόλοιπα κέντρα υγείας. Γι' αυτό θα ήταν ορθό να εξεταστούν πολλά Κ.Υ από όλη την Ελλάδα πριν την θέσπιση κάποιου εισπρακτικού μηχανισμού. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να εξεταστούν τα θετικά και αρνητικά που ενδέχεται να προκύψουν. Η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος από την μία μεριά μπορεί να βοηθήσει στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας

και στη συγκράτηση των ιδιωτικών δαπανών από τα νοικοκυριά, όμως ενδέχεται να πλήξει κατώτερα κοινωνικά στρώματα τα οποία κατέφευγαν στο κέντρο υγείας ως λύση.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε περιοχή της δυτικής Ουγκάντας για την συμμετοχή στο κόστος βρέθηκε ότι το 75% των υποστηρικτών της δήλωσε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών βελτιώθηκε μετά την εφαρμογή του προγράμματος ενώ, μόνο το 14% όσον ήταν αντίθετοι στην ιδέα αυτή δήλωσε ότι παρουσιάστηκε βελτίωση (Kipp et al., 1999). Το 1993 στη Ζάμπια τέθηκε σε εφαρμογή η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος. Μετά από χρόνια εφαρμογής υπήρξε μεγάλη ανησυχία σχετικά με τα αποτελέσματα. Η συμμετοχή στο κόστος παρουσίασε θετικά και αρνητικά αποτελέσματα. Το θετικό ήταν η πιο ορθολογική διαχείριση και η μείωση της αλόγιστης χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αντίθετα αρνητικό είναι το γεγονός ότι έπληξε τους πιο φτωχούς. Όταν καταργήθηκε το 2006, παρουσιάστηκε αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, της κατανάλωσης φαρμάκων και του φόρτου εργασίας του προσωπικού. Από τους ασθενείς που επισκέφθηκαν κέντρα υγείας πριν και μετά την αφαίρεση του προγράμματος συμμετοχής στο κόστος, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών παρέμεινε η ίδια και μόλις το 20% ανέφερε ότι η διαθεσιμότητα σε φάρμακα μειώθηκε (Masiye et al., 2008). Πράγματι, όσον αφορά την διαθεσιμότητα φαρμάκων έρευνα που έγινε σε δύο περιοχές της Αιγύπτου έδειξε ότι, το 1/3 των ασθενών που ερωτήθηκαν δήλωσαν δυσαρεστημένοι από την ποσότητα των διαθέσιμων φαρμάκων (Gadallah et al., 2003).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία:

Adamakidou T., Kalokerinou A. (2010). New health policies on Primary Health Care in Greece. *Heath Science Journal* Vol. 4, No1.

Agosta L. J. (2005). Patient satisfaction with nurse practitioner delivered primary health care services. Dissertation, department of Human Resource Education and Workforce Development, Southeastern Louisiana University.

Ahmad I., Din S. (2010, January – June). Patients' satisfaction from the health care services. *Gomal Journal of Medical Science*, Vol.8, No.1.

Al-Eisa I., Al-Mutar M., Radwan M., Al-Terkit A. (2005). Patients' satisfaction with Primary Health Care services at capital health region, Kuwait. *Middle East Journal of Family Medicine*, 3 (3): 10 – 16.

Alma – Ata (1978). Primary health care, Geneva, World Health Organization, (Health for All Series, No1).

Babic-Banaszak A., Kovacic L., Mastilica M., Babic S., Ivankovic D. (2001). The Croatian health survey – Patient's satisfaction with medical service in Primary Health Care in Croatia. *Coll. Antropol.* 25(2): 449 – 458.

Bodur S., Ozdemir Y., Kara F. (2002). Outpatient satisfaction with health centers in urban areas. *Turk J Med Sci* 32 p.p:409 – 414.

Carrasco B., Caire V., Stockins B. (2003). Evaluation of senior citizens' satisfaction in Primary Health Centers as assessment of the academic model. *Education for Health*,16(1): 4 – 13.

Chuma J., Musimbi J., Okungu V., Goodman C., Molyneux C. (2009, May 8). «Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy on practice?». *International Journal for Equity in Health* 8(15).

Cronbach L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, Vol.16, No 3.

DC: U.S Government Printing Office (1993). Benefit Design: Patient Cost – Sharing. Office of Technology Assessment U.S Congress.

Eden J. (1994, July 6). Benefit Design in Health Care System Reform: Patient Cost Sharing. JAMA Vol. 272, No1.

Gadallah M., Zaki B., Rady M., Anwer W., Sallam I. (2003). Patient satisfaction with primary health care services in two districts in Lower and Upper Egypt. Eastern Mediterranean Health Journal 19(3): 422 – 430.

Keeler Emmet B., (1992). Effects of cost sharing on use of medical services and health. Medical Practice Management.

Kipp W., Kamugisha J., Burnham G., Rubaale T. (1999). Cost – sharing in Karabole district, Western Uganda: Communities’ and health Professionals’ perceptions about Health Financing. Journal of Health and Population in Developing Countries. 2(2): 30 – 38.

Lahana H., Kotrotsidou E., Theodosopoulou E., (2002, October - December). Evaluation of Healthcare for the Citizen’ Reform Plan in terms of Financing. Icus Nurs Web J. Issue 12 (Nursing.gr).

Lundy J., Finder B. D. (2009). Cost sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland. Kaiser Family Foundation’s Health Care Marketplace Project.

Margolis S., Al-Marzouqi S., Revel T., Reed R. (2003). Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. International Journal for Quality in Health Care 15(3): 241 – 249.

Masiye F., Chitah BM, Chanda P, Simeo F. (2008). Removal of user fees at Primary Health Care facilities in Zambia: A study of the effects on utilisation and quality of care. Equinet Discussion Paper Series 57. Equinet, UCT HEU: Harare.

Mendoza Aldana J., Piechulek H., Al-Sabir A., (2001). Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization, 79: 512 – 517.

Ministry of Health, (2005). Health Care Financing in Tanzania. Fact Sheet No1.

Mirvis D., (1998, July). «Patient Satisfaction: Can patients evaluate the quality of health care?». Reproduction with permission from Tennessee Medicine.

Nazirah, Chompikul J., Sermisri S. (2008). Patient satisfaction with health services at Kuta Blang health center in Bireuen district, Nanggroe Aceh Darussalam province, Indonesia. *Journal of Public Health and Development*, Vol.6, No.2.

OECD, (2010). *Health Data*.

Raftopoulos V., (2005, April – June). A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *Icus Nurs Web*, Issue 22.

Rudzik A. (2003). Examining health equity through satisfaction and confidence of patients in Primary Healthcare in the Republic of Trinidad and Tobago. *J Health Popul. Nutr.* 21(3): 243 – 250.

Sadika Bu-Alayyan, Abdelrahman Mostafa, Bader Al-Etaibi, Eman Sorkhou, Homood Al-Taher, Adnan Al-Wequayyan (2008). Patients satisfaction with primary health care services in Kuwait. *Kuwait Medical Journal* 40(1): 25 – 30.

Saeed A., Mohammed B., Al-Doghaiter A. (2001). Satisfaction and correlates of patients' satisfaction with physicians' services in primary health care centers. *Saudi Medical Journal* 22(3): 262 – 267.

Sangeeta Biswas, Shamim Ahmad, M. Khademul Islam Molla, Keikichi Hirose and Mohammed Naser (2008). Kolmogorov-Smirnov Test in text-dependent automatic speaker identification. *Engineering Letter*, 16(4).

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α., (2009). Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 48(1) σελ: 37 – 49.

Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 47(3) σελ. 320 – 333.

Αδαμαντίδου Τ. (2006). Η ικανοποίηση των χρηστών-ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Κέντρα Υγείας στη νήσο Λέσβο. Διπλωματική Εργασία, σχολή

Κοινωνικών Επιστημών πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Αλεξιάδου Σ. Α., Αλεξιάδου Ε. Α., Χαμαλίδου Α. Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Διοικητική Ενημέρωση, Τεύχος 35. Ανάκτηση από: http://www.special-edition.gr/TEYXOS_35.html (τελευταία πρόσβαση 3/7/2010)

Αντωνοπούλου Λ. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα: Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 3(2) σελ. 109 – 120.

Βελονάκη Β., Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α. (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και νοσηλευτική στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 45(4) σελ. 491 – 499.

Γαλάνης Π. (2009). Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων. Αρχεία Ελληνικής ιατρικής, 26 (5), σελ. 699-711.

Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. (2000). Τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία. Στο: Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία (επιμέλεια: Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεάζογλου Τ.). Εκδόσεις: Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.

Γναρδέλλης Χ. (2006). «Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows». Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Διακοσταυριανού Π., (2004). Μελέτη ικανοποίησης των ασθενών – χρηστών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα Κέντρα Υγείας του Νομού Κέρκυρας. Διπλωματική εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ε.Α.Π.

Διμηνιαία έκδοση για την κοινωνική ασφάλιση (2000, Ιούλιος - Αύγουστος). Ασφαλιστικά Ταμεία: Το κράτος επιμένει στην τακτική του. Ασφαλισμένος, Τεύχος 4^ο.

Δολγέρας Α., Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος Γ., Κοντός Δ., (2001). Η πρόθεση των χρηστών για πρόσθετη πληρωμή για τη βελτίωση της ασφαλιστικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση του λεκανοπεδίου Αττικής. Στο: Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα (Επιμέλεια: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ.). Εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα.

- Δονάτος Γ., Χόμπας Β. (1988). Στατιστικές Μέθοδοι. Αθήνα - Κομοτηνή: Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- Δρακοπούλου Μ., Γιαννακοπούλου Μ., Διομήδους Μ., Καλοκαιρινού Α. (2010, Ιανουάριος – Απρίλιος). Αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας σε κέντρο υγείας αστικού τύπου. Ερευνητική Εργασία δημοσιευμένη στο: Νοσηλεία και Έρευνα, Τεύχος 26 σελ. 21 – 26.
- Έλληνας Δ., (2005). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας. Επιθεώρηση Υγείας, Τεύχος 94 σελ. 42 – 46.
- Ζηλίδης Χ., (1989). Προοπτικές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην ύπαιθρο. Στο: (Ζηλίδης Χ., με συνεργασία των Πεντόγαλου Γ. και Σταθόπουλου Γ.) Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. Εκδόσεις: Αγροτική Τράπεζα Ελλάδος, Διεύθυνση μελετών και προγραμματισμού, Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ., (1999). Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα. Στο: (Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ.) Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο : Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Δομή και λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος Γ'. Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα.
- Θεοδώρου Μ., (2000). «Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Λύση ή υπεκφυγή;», Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). Δομή, Οργάνωση και Λειτουργία του Συστήματος. Στο: Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001). Η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Στο: Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Θεοδώρου Μ., Σίσκου Ο., Κατεϊλίδου Δ., Φαραστέλη Ο., Λιαρόπουλος Λ. (2005). Η Οργάνωση και Διοίκηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Στο: Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Εκδοση Γ' Πε.Σ.Υ.Π Αττικής, Πειραιάς.
- Ιωακείμογλου Η. (2010). Υπηρεσίες Υγείας: Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ.

Καδδά Ο., Μαρβάκη Α., Τζαβάρας Α., Μαζγάλα Κ., Παληός Θ., Κόντας Ν., Ανδρουλάκη Ζ. (2010, Ιανουάριος – Μάρτιος). Οι ανάγκες των πολιτών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9, Τεύχος 1.

Καμπάντα Μ., Νιάκας Δ. (2004). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 21(4): 354 – 362.

Κατσακιώρη Π.Φ., Καρδαρά Μ., Νικολόπουλος Γ., Κόλλιας Π. (2002). Η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας μέσα από μια δεκαετή ανάλυση της κίνησης ενός κέντρου υγείας του νομού Αχαΐας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 14, τεύχος 4.

Κεχμόγλου Α. (2009, Δεκεμβρίου 9). Το Βήμα online. Ανάκτηση από Έκθεση του ΟΟΣΑ: <http://www.tovima.gr/default.asp?pid=2&artid=303792&ct=1&dt=09/12/2009>

Κουρεμένος Α. (2001). Έρευνα Αγοράς. Στο Μάρκετινγκ ΙΙ, Τόμος Γ. Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα.

Κρητικός Α. (2004 – 05). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μια θεωρητική προσέγγιση. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών: Ειδίκευση: Οικονομική Θεωρία και Πολιτική. Ανάκτηση από: http://www.econ.uoi.gr/metaptixiakies_spoudes/themata_diatribvn.php.

Λιακοπούλου Ε. (2008, Μάιος). Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: το πανεπιστημιακό γενικό νοσοκομείο Ιωαννίνων και το νοσοκομείο «Χατζηκώστα». Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, τμήμα Οικονομικών Επιστημών.

Λιαρόπουλος Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Τόμος Α', ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Λιονής Χ., Μερκούρης Μ.Π. (2000). Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 12, τεύχος 1.

Λιονής Χ. (2002). Το σχέδιο νόμου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Μια πρόκληση στη Μεταρρύθμιση της Υγείας. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Τόμος 14, τεύχος 1.

Μαδυτινός Δ., Χατζούδης Δ., Θερίου Γ. (2007). Πρακτικά 20^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής, σελ. 233-240.

Μάτης Γ., Χρυσού Ο. (2007, Ιανουάριος-Μάρτιος). Προτάσεις για τη βελτίωση της ελλιπούς στελέχωσης των Κέντρων Υγείας άγονων περιοχών με βάση τις θεωρίες υποκίνησης. Ιατρικά Θέματα, Τεύχος 45.

Μερκούρης Α., Ανδρεάδη Α. (2009, 27 Νοεμβρίου). Ικανοποίηση από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες: κριτική ερευνητική ανασκόπηση. 16^ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, «Μεταβαλλόμενες συνθήκες στην υγεία: Η νοσηλευτική και μαιευτική συμβολή».

Μητροσύλη Μ. (1999). Νομικό πλαίσιο του υγειονομικού τομέα. Στο: (Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ.) Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο : Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Δομή και λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος Γ'. Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα.

Μπερσίμης Σ. (2006). Σημειώσεις στο μάθημα της Βιοστατιστικής. Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας. Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική. Πρόγραμμα προπτυχιακών σπουδών.

Νάνος Π., (2004, Μάιος). Αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας των Νοσοκομείων – Κέντρων Υγείας και ο μελλοντικός τους ρόλος στο σύστημα υγείας. Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Τμήμα: Διοίκηση Μονάδων Υγείας-Ε.Σ.Υ.

Νταμπάκη Χ. (2009). Η ικανοποίηση των πελατών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Διπλωματική Εργασία, Διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων. Σχολή Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Οικονομοπούλου Χ. (2006). Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας. Τιμητικός τόμος. Εκδόσεις: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 25(1) σελ. 73 – 82.

Παπαθεοχάρη Μ. (2004). Αποτίμηση της χρήσης και λειτουργίας των κέντρων υγείας στην περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας. Διπλωματική εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ε.Α.Π, Πύργος.

Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι. (2007). Παράγοντες που επηρεάζουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24(6): 578 – 582.

Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000), Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(6) σελ. 627 – 639.

Πολύζος Ν., Σινογεώργου Θ., Μαριάτου Δ. (2007, Ιανουάριος - Μάρτιος). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 19, Τεύχος 1.

Πουλογιαννοπούλου Ε. (2006). Ικανοποίηση ασθενών Κέντρων Υγείας (Μεσσήνης, Μελίγαλα, Αγίου Νικολάου, Πύλου) Νομού Μεσσηνίας. Διπλωματική εργασία, Σχολή Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ε.Α.Π.

Πρεζεράκος Π. (2009, Ιούνιος). Η οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 7^ο Πολυθεματικό Ιατρικό Συνέδριο Λακωνίας.

Ρουσέας Π. (2000). Η διερεύνηση της εγκατάστασης στην αγορά εργασίας των αποφοίτων του ανώτερου κύκλου της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που δεν συνέχισαν σπουδές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση με χρήση μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης. Αθήνα.

Σιγάλας Ι. (1999). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Στο: Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο : Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Τόμος Δ'. Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα.

Σιγάλας Ι. (1999). Οργανισμοί και υπηρεσίες υγείας. Στο: Βασικές Αρχές Διοίκησης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα.

Σίσκου Ο. (2006). Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα (Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Δημόσιας Υγείας.

Σίσκου Ο., Κατεϊλίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα: Το ελληνικό παράδοξο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 25(5).

Σίσκου Ο. (2009). Σημειώσεις στο μάθημα της Οικονομικής της Υγείας. Πανεπιστήμιο Στερεάς Ελλάδας. Τμήμα Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική. Πρόγραμμα προπτυχιακών σπουδών.

Σουλιώτης Κ. (2000). Οργανωτικές δομές των υγειονομικών συστημάτων. Στο: (Σουλιώτης Κ.) Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ., Λιονής Χ. (2003). Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιέξοδου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(5), σελ: 466 – 476.

Σουλιώτης Κ. (2003). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: μια ενδιάμεση μεταρρυθμιστική πρόταση. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 15, τεύχος 3.

Σούλης Σ. (1999). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Στο: (επιμ. Δουμουλάκης Γ.) Οικονομική της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Στόκου Ε. (2008). Τα κέντρα υγείας στην Ελλάδα και η εισαγωγή εισπρακτικού μηχανισμού σε αυτά. Διπλωματική Εργασία, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση της υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Σχοινάς Γ. (2005). Υγεία και μορφές κοινωνικής ασφάλισης: Ο κλάδος υγείας στην Ελλάδα. Στο: Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και η ανάπτυξη των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Φαρμακευτικής.

Ταβλαντά Μ., Τζιάρου Κ., Χασιώτη Α., Λιάτας Δ., Ταβλαντά Θ., Ζαντόπουλος Γ.Ζ., Πογιατζής Κ., Ταβλαντάς Π. (2006, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στις επαρχίες Άργους – Ναυπλίας του νομού Αργολίδας: Παρόν και Προσδοκίες. Ανάκτηση από το: Ιατρικό Βήμα.

Τζανακάρη Α., Τσιρογιάννη Θ., Χατζητόλιου Α. (2005). Η σχέση του κέντρου υγείας με την τοπική κοινωνία. Διοικητική ενημέρωση, Τεύχος 34. Ανάκτηση από: http://www.special-edition.gr/TEYXOS_34.html

Τούντας Γ., Λοπατατζίδης Θ., Χουλιάρα Λ. (2003). Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(5): 497 – 503.

Τούντας Γ. (2003). Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυσσόμενων χωρών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(1) σελ. 76 – 87.

Τούντας Γ., Οικονόμου Ν. Α. (2007). Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24(1) σελ. 7- 21.

Τούντας Γ., και συνεργάτες (2008, Μάιος). Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστηρίου Υγιεινής και επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Τσαγρής Μ. (2008). Στατιστική με την χρήση του πακέτου SPSS 15. Αθήνα. Ανάκτηση από: <http://www.scribd.com/doc/2871833/Statistics-using-SPSS->

Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι. (2005). Το βρετανικό σύστημα υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 22(1) σελ. 73 – 96.

ΦΕΚ 62 Α' 30 Απριλίου 1991

ΦΕΚ 37 Α' (2001), «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις».

ΦΕΚ Β' αρ. 1223/20 Σεπτεμβρίου 2002

ΦΕΚ 53 Α' (2004), «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Φιλαλήθης Τ. (2003). Τα Συστήματα Υγείας στο Μεταίχμιο. Στο: Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας (Επιμέλεια Νιάκας Δ.), 4^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα.

Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρης Χ., Αγά Γ., (2007). Η ενημέρωση των Ελλήνων ασθενών και των συγγενών τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. e- Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας.

Ηλεκτρονική πηγή: http://miha.ef.uni-lj.si/_dokumenti3plus2/193004/CronbachsAlpha.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ
ΣΤΗ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ
ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΑΛΑΝΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟ
ΚΟΣΤΟΣ, ΕΝΑΝΤΙ ΛΗΨΗΣ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

1) ΕΡΧΕΣΤΕ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΑΛΑΝΤΗΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ **ΟΧΙ**, ΤΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ **ΝΑΙ**, ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΗΝΙΑΙΩΣ;

.....

2) ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΗΜΕΡΑ;

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ

ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ

ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΛΛΟ:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

3) ΤΙ ΜΕΣΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ ΓΙΑ ΝΑ ΦΤΑΣΕΤΕ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ;

Ι.Χ

ΤΑΞΙ

ΑΛΛΟ:

| |
|--|
| |
| |

4) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΑΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ;

ΟΧΙ

ΣΥΓΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΠΑΡΚΑΡΙΣΜΑ

ΑΛΛΟ:

| |
|--|
| |
| |
| |

5) ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ
ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ;

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ

ΜΕΤΡΙΑ

ΚΑΚΗ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

6) ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ;
ΠΟΛΥ
ΜΕΤΡΙΑ
ΛΙΓΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

7) ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ
ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;
ΠΟΛΥ
ΜΕΤΡΙΑ
ΛΙΓΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

8) ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΕΙ Ο ΙΑΤΡΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΑΣ;
ΠΟΛΥ
ΜΕΤΡΙΑ
ΛΙΓΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

9) ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΣΑΣ
ΕΔΩΣΕ Ο ΙΑΤΡΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΑΣ;
ΠΟΛΥ
ΜΕΤΡΙΑ
ΛΙΓΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

10) ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΒΡΑΔΥΝΕΣ ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΡΓΙΕΣ;
ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΒΡΑΔΥΝΕΣ ΩΡΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΡΓΙΕΣ;
ΠΟΛΥ
ΜΕΤΡΙΑ
ΛΙΓΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

11) ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ;
ΠΟΛΥ
ΜΕΤΡΙΑ
ΛΙΓΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

12) ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ
ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;
ΠΟΛΥ
ΜΕΤΡΙΑ
ΛΙΓΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

13) ΠΟΣΟΣ ΗΤΑΝ Ο ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΜΕΝΑΤΕ ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΣΗΜΕΡΑ
..... (ΣΕ ΩΡΕΣ)

14) ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΤΕ ΣΕ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

15) ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (καθαριότητα, άνεση αίθουσας αναμονής, υποδομή ιατρείων κλπ.);

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ

ΜΕΤΡΙΑ

ΚΑΚΗ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

16) ΤΙ ΠΟΣΟ ΕΚΤΙΜΑΤΕ ΟΤΙ ΞΟΔΕΨΑΤΕ ΕΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ;

17) ΘΑ ΗΣΑΣΤΑΝ ΔΙΑΤΕΘΕΙΜΕΝΟΣ/Η ΝΑ ΚΑΤΑΒΑΛΛΕΤΕ ΕΝΑ ΜΙΚΡΟ ΠΡΟΣΘΕΤΟ ΧΡΗΜΑΤΙΚΟ ΠΟΣΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΑΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣΤΕ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ ΓΙΑΤΙ:

- ΓΙΑΤΙ ΔΕΝ ΕΧΩ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΕΣΗ
- ΠΡΟΤΙΜΩ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΩ
- ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΟΤΙ ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΓΙΑ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ
- ΘΕΩΡΩ ΟΤΙ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΠΛΗΡΩΝΩ ΗΔΗ ΣΤΟ ΤΑΜΕΙΟ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΑΛΛΟ:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

ΑΝ ΝΑΙ ΘΑ ΗΣΑΣΤΑΝ ΔΙΑΤΕΘΕΙΜΕΝΟΣ/Η ΝΑ ΚΑΤΑΒΑΛΕΤΕ ΤΑ ΕΞΗΣ ΠΟΣΑ:
(ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΔΙΠΛΑ ΜΕ ΕΝΑ ΝΑΙ Η΄ ΜΕ ΕΝΑ ΟΧΙ)

ΑΜΟΙΒΗ ΕΞΕΤΑΣΤΡΩΝ 3€

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ 2€

ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ 4€

ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ 8€

ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ 3€

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

ΑΝ ΔΙΠΛΑΣΙΑΖΑΜΕ ΤΑ ΠΟΣΑ ΑΥΤΑ ΘΑ ΗΣΑΣΤΑΝ ΔΙΑΤΕΘΕΙΜΕΝΟΣ/Η ΝΑ ΤΑ ΚΑΤΑΒΑΛΕΤΕ;

ΑΜΟΙΒΗ ΕΞΕΤΑΣΤΡΩΝ 6€

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ 4€

ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ 8€

ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ 16€

ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ 6€

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

18) ΕΙΣΤΕ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΑΤΑΛΑΝΤΗΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΕΤΕ:

19) ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

20) ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

ΑΛΛΟΔΑΠΗ

21) ΗΛΙΚΙΑ:(ΣΕ ΕΤΗ)

22) ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ/Η

ΔΗΜΟΤΙΚΟ

ΓΥΜΝΑΣΙΟ

ΛΥΚΕΙΟ/ΤΕΧΝΙΚΟ ΛΥΚΕΙΟ

ΙΕΚ

ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ

ΑΕΙ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

23) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΑΝΕΡΓΟΣ/Η

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ

ΟΙΚΙΑΚΑ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ-ΜΑΘΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ

ΤΕΧΝΙΤΗΣ/ΕΡΓΑΤΗΣ/ΧΕΙΡΙΣΤΗΣ ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟΥ ΜΕΣΟΥ

ΓΕΩΡΓΟΣ/ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ/ΔΑΣΟΚΟΜΟΣ κτλ

ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ/Η ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΕΜΠΟΡΟΣ/ ΠΩΛΗΤΗΣ /ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΑΝΩΤΕΡΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑΣ/ΤΕΧΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

24) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η

ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΣ/Η

ΧΗΡΟΣ/Α

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

25) ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΣΑΣ;

ΜΕΧΡΙ 750€

751-1100 €

1101-1450€

1451-1800€

1801-2200€

2201-2800€

2801-3500€

ΑΝΩ ΤΩΝ 3501€

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

26) ΕΧΕΤΕ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΤΙ ΠΟΣΟ ΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΣΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΤΗΣΙΩΣ;

.....

27) ΕΧΕΤΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΗΚΕΤΕ;

ΙΚΑ

ΔΕΗ

ΝΑΤ

ΟΑΕΕ(ΤΕΒΕ)

ΟΓΑ

ΤΡΑΠΕΖΩΝ

ΤΣΜΔΕ

ΥΠΑΔ(ΟΠΑΔ)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ!!!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β – ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται όλες οι υποθέσεις που εξετάστηκαν ώστε να ερμηνευθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν, την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κ.Υ. Αταλάντης αλλά και την πρόθεση συμμετοχής τους στο κόστος έναντι λήψης αναβαθμισμένων υγειονομικών υπηρεσιών από αυτό. Τέλος, ελέγχθηκε επίσης κατά πόσο η πραγματοποίηση ή όχι εργαστηριακών εξετάσεων επηρεάζει τον χρόνο αναμονής.

Πίνακας⁹ III: Οι υποθέσεις που εξετάζονται για την εύρεση συσχέτισης.

| Ανεξάρτητες μεταβλητές | Εξαρτημένες μεταβλητές | Υποθέσεις που εξετάζονται: Εξαρτημένη/Ανεξάρτητες μεταβλητές |
|--|--|--|
| α) Φύλο (1=άνδρας, 2=γυναίκα) | 1) Ικανοποίηση από αρ. επάρκεια ιατρών (0=καθόλου-λίγο, 1=μέτρια - πολύ) | 1/α, β, γ, δ, ε, ζ, ι |
| β) Ηλικία (1=18-44, 2=45-64, 3=65+) | 2) Ικανοποίηση από ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού (0=καθόλου-λίγο, 1=μέτρια - πολύ) | 2/α, β, γ, δ, ε, ζ, ι |
| γ) Επίπεδο εκπαίδευσης (1=κατώτερο επίπεδο, 2=ανώτερο επίπεδο) | 3) Ικανοποίηση από ενημέρωση και οδηγίες ιατρικού προσωπικού (0=καθόλου-λίγο, 1=μέτρια - πολύ) | 3/α, β, γ, δ, ε, ζ, ι |
| δ) Επάγγελμα (1=δεν εργάζομαι, 2=συνταξιούχος, 3=χειρωνακτική, 4=μη χειρωνακτική δουλειά) | 4) Ικανοποίηση από χρόνο εξέτασης ιατρικού προσωπικού (0=καθόλου-λίγο, 1=μέτρια - πολύ) | 4/ α, β, γ, δ, ε, ζ, ι |
| ε) Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (1=έως €1.100, 2= €1.101 έως άνω των €3.501) | 5) Ικανοποίηση από ξενοδοχειακή υποδομή (0=κακή-μέτρια, 1=καλή-πολύ καλή) | 5/α, β, γ, δ, ε, ζ, η, ι, λ |
| ζ) Κοινωνική ασφάλιση (1=ΟΓΑ, 2=ΙΚΑ, 3=Άλλα ταμεία) | 6) πρόθεση συμμετοχής στο κόστος (0=όχι, 1=ναι) | 6/α, β, γ, δ, ε, ζ, η, ι, λ, μ, ν, ξ, ο |
| η) Συχνότητα επίσκεψης στο Κ.Υ (1=μέχρι 1 επίσκεψη/μήνα, 2=έως 2επισκέψεις/μήνα, 3=πάνω από 2 επισκέψεις/μήνα) | 7) Πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων (0=όχι, 1=ναι) | 7/θ, κ |

⁹ Στον Πίνακα εμφανίζονται οι κατηγορίες που έχουν προκύψει από την τελική στατιστική επεξεργασία

| Ανεξάρτητες μεταβλητές | Εξαρτημένες μεταβλητές | Υποθέσεις που εξετάζονται: Εξαρτημένη/Ανεξάρτητες μεταβλητές |
|--|------------------------|--|
| θ) Χρόνος αναμονής (1=έως 15 λεπτά, 2=16-60 λεπτά, 3=>60 λεπτά) | | |
| ι) Ηλικία (συνεχής μεταβλητή) | | |
| κ) Χρόνος αναμονής (συνεχής μεταβλητή) | | |
| λ) Συχνότητα επίσκεψης (συνεχής μεταβλητή) | | |
| μ) Δαπάνες υγείας τον τελευταίο χρόνο (συνεχής μεταβλητή) | | |
| ν) Ικανοποίηση από ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού (0=καθόλου-λίγο, 1=μέτρια - πολύ) | | |
| ξ) Ικανοποίηση από επάρκεια ιατρικού προσωπικού (0=καθόλου-λίγο, 1=μέτρια - πολύ) | | |
| ο) Ικανοποίηση από ξενοδοχειακή υποδομή (0=κακή-μέτρια, 1=καλή-πολύ καλή) | | |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο παράρτημα αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων χωρισμένα ανά κατηγορίες, όπως αυτά προκύπτουν από τις αντίστοιχες τεχνικές.

χ^2 (Chi – square) test :

Ικανοποίηση από αριθμητική επάρκεια ιατρικού προσωπικού

ΦΥΛΟ^ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ

| | Ποσότητα ιατρών | | | | σύνολο |
|-------------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| φύλο άνδρας | 11 | 8 | 32 | 16 | 67 |
| γυναίκα | 24 | 10 | 27 | 22 | 83 |
| σύνολο | 35 | 18 | 59 | 38 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,769(a) | 3 | ,189 |
| Likelihood Ratio | 4,835 | 3 | ,184 |
| Linear-by-Linear Association | 1,556 | 1 | ,212 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,04.

ΦΥΛΟ^ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ 2

| | Ποσότητα ιατρών 2 | | σύνολο |
|-------------|-------------------|---------------|--------|
| | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| φύλο άνδρας | 19 | 48 | 67 |
| γυναίκα | 34 | 49 | 83 |
| σύνολο | 53 | 97 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,578(b) | 1 | ,108 | | |
| Continuity Correction(a) | 2,056 | 1 | ,152 | | |
| Likelihood Ratio | 2,604 | 1 | ,107 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,124 | ,075 |
| Linear-by-Linear Association | 2,561 | 1 | ,110 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,67

ΗΛΙΚΙΑ^ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ

| | | Ποσότητα ιατρών | | | | Σύνολο |
|---------|-------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| ηλικία2 | 18-44 | 17 | 10 | 21 | 9 | 57 |
| | 45-64 | 8 | 1 | 16 | 13 | 38 |
| | 65 + | 10 | 7 | 22 | 16 | 55 |
| Σύνολο | | 35 | 18 | 59 | 38 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 9,711(a) | 6 | ,137 |
| Likelihood Ratio | 10,993 | 6 | ,089 |
| Linear-by-Linear Association | 4,040 | 1 | ,044 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,56.

ΗΛΙΚΙΑ^ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ 2

| | | Ποσότητα ιατρών 2 | | σύνολο |
|---------|-------|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| ηλικία2 | 18-44 | 27 | 30 | 57 |
| | 45-64 | 9 | 29 | 38 |
| | 65 + | 17 | 38 | 55 |
| σύνολο | | 53 | 97 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,341(a) | 2 | ,042 |
| Likelihood Ratio | 6,361 | 2 | ,042 |
| Linear-by-Linear Association | 3,353 | 1 | ,067 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,43.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ^ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ

| | | Ποσότητα ιατρών | | | | σύνολο |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | αναλφάβητος/η | 5 | 1 | 10 | 7 | 23 |
| | δημοτικό | 7 | 5 | 10 | 13 | 35 |
| | γυμνάσιο | 0 | 1 | 11 | 7 | 19 |
| | λύκειο/τεχνικό λύκειο | 14 | 5 | 15 | 5 | 39 |
| | ΙΕΚ | 3 | 2 | 5 | 0 | 10 |
| | ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 |
| | ΑΕΙ | 5 | 3 | 6 | 3 | 17 |
| | μεταπτυχιακό | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | διδακτορικό | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| σύνολο | | 35 | 18 | 59 | 38 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 28,063(a) | 24 | ,257 |
| Likelihood Ratio | 35,225 | 24 | ,065 |
| Linear-by-Linear Association | 2,928 | 1 | ,087 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 25 cells (69,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ^ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ 2

| | | Ποσότητα ιατρών 2 | | σύνολο |
|---------------------|-----------------------|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | αναλφάβητος/η | 6 | 17 | 23 |
| | δημοτικό | 12 | 23 | 35 |
| | γυμνάσιο | 1 | 18 | 19 |
| | λύκειο/τεχνικό λύκειο | 19 | 20 | 39 |
| | ΙΕΚ | 5 | 5 | 10 |
| | ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ | 2 | 3 | 5 |
| | ΑΕΙ | 8 | 9 | 17 |
| | μεταπτυχιακό | 0 | 1 | 1 |
| | διδακτορικό | 0 | 1 | 1 |
| σύνολο | | 53 | 97 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 14,559(a) | 8 | ,068 |
| Likelihood Ratio | 17,463 | 8 | ,026 |
| Linear-by-Linear Association | 2,440 | 1 | ,118 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2^ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ 2

| | | Ποσότητα ιατρών | | | | σύνολο |
|-----------------------|------------------------------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης 2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 12 | 6 | 20 | 20 | 58 |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 23 | 12 | 39 | 18 | 92 |
| σύνολο | | 35 | 18 | 59 | 38 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,190(a) | 3 | ,242 |
| Likelihood Ratio | 4,116 | 3 | ,249 |
| Linear-by-Linear Association | 2,035 | 1 | ,154 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,96.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ

| | | Ποσότητα ιατρών | | | | σύνολο |
|-------------|-----------------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 10 | 6 | 8 | 8 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 9 | 7 | 25 | 21 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 2 | 0 | 10 | 5 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 14 | 5 | 16 | 4 | 39 |
| σύνολο | | 35 | 18 | 59 | 38 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 18,595(a) | 9 | ,029 |
| Likelihood Ratio | 21,419 | 9 | ,011 |
| Linear-by-Linear Association | 1,508 | 1 | ,219 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 5 cells (31,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,04.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ 2

| | | Ποσότητα ιατρών 2 | | σύνολο |
|-------------|-----------------|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 16 | 16 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 16 | 46 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 2 | 15 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 19 | 20 | 39 |
| σύνολο | | 53 | 97 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 12,666(a) | 3 | ,005 |
| Likelihood Ratio | 13,322 | 3 | ,004 |
| Linear-by-Linear Association | ,074 | 1 | ,786 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,01

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ

| | | | Ποσότητα ιατρών | | | | σύνολο |
|---------------------------------|----------------------------|--|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | μέχρι 1100 ευρώ | | 17 | 11 | 31 | 23 | 82 |
| | 1101 έως άνω των 3501 ευρώ | | 18 | 7 | 28 | 15 | 68 |
| σύνολο | | | 35 | 18 | 59 | 38 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,460(a) | 3 | ,691 |
| Likelihood Ratio | 1,466 | 3 | ,690 |
| Linear-by-Linear Association | ,636 | 1 | ,425 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,16.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^Α ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ 2

| | | | Ποσότητα ιατρών 2 | | σύνολο |
|---------------------------------|----------------------------|--|-------------------|---------------|--------|
| | | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | μέχρι 1100 ευρώ | | 28 | 54 | 82 |
| | 1101 έως άνω των 3501 ευρώ | | 25 | 43 | 68 |
| σύνολο | | | 53 | 97 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,112(b) | 1 | ,738 | | |
| Continuity Correction(a) | ,026 | 1 | ,871 | | |
| Likelihood Ratio | ,111 | 1 | ,739 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,864 | ,435 |
| Linear-by-Linear Association | ,111 | 1 | ,739 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,03.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^Α ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ

| | | | Ποσότητα ιατρών | | | | σύνολο |
|---------------------------------|--------------|--|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | μέχρι 1100 | | 17 | 11 | 31 | 23 | 82 |
| | 1101 - 2200 | | 13 | 6 | 19 | 9 | 47 |
| | άνω των 2201 | | 5 | 1 | 9 | 6 | 21 |
| σύνολο | | | 35 | 18 | 59 | 38 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,858(a) | 6 | ,826 |
| Likelihood Ratio | 3,168 | 6 | ,787 |
| Linear-by-Linear Association | ,118 | 1 | ,731 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,52.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^Α ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ 2

| | | | Ποσότητα Ιατρών 2 | | σύνολο |
|---------------------------------|--------------|----|-------------------|---------------|--------|
| | | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | μέχρι 1100 | | 28 | 54 | 82 |
| | 1101 - 2200 | | 19 | 28 | 47 |
| | άνω των 2201 | | 6 | 15 | 21 |
| σύνολο | | 53 | 97 | 150 | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,004(a) | 2 | ,605 |
| Likelihood Ratio | 1,008 | 2 | ,604 |
| Linear-by-Linear Association | ,011 | 1 | ,916 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,42.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^Α ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ

| | | Ποσότητα Ιατρών | | | | σύνολο |
|------------------|--|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 2 | ΟΓΑ | 10 | 8 | 24 | 18 | 60 |
| | ΙΚΑ | 16 | 5 | 20 | 13 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 3 | 1 | 4 | 3 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 2 | 2 | 4 | 2 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 1 | 2 | 4 | 0 | 7 |
| | ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 1 | 0 | 2 | 2 | 5 |
| σύνολο | | 33 | 18 | 58 | 38 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 9,134(a) | 15 | ,870 |
| Likelihood Ratio | 10,970 | 15 | ,755 |
| Linear-by-Linear Association | ,349 | 1 | ,555 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 16 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,61.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^ΑΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ 2

| | | Ποσότητα ιατρών 2 | | σύνολο |
|------------------|---|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 2 | ΟΓΑ | 18 | 42 | 60 |
| | ΙΚΑ | 21 | 33 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 4 | 7 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 4 | 6 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 3 | 4 | 7 |
| | ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠ ΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 1 | 4 | 5 |
| σύνολο | 51 | 96 | 147 | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------------|----------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,823(a) | 5 | ,873 |
| Likelihood Ratio | 1,866 | 5 | ,867 |
| Linear-by-Linear Association | ,139 | 1 | ,709 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,73.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3^ΑΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ

| | | Ποσότητα ιατρών | | | | σύνολο |
|------------------|-------------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 10 | 8 | 24 | 18 | 60 |
| | ΙΚΑ | 16 | 5 | 20 | 13 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 7 | 5 | 14 | 7 | 33 |
| σύνολο | 33 | 18 | 58 | 38 | 147 | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------------|----------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,734(a) | 6 | ,713 |
| Likelihood Ratio | 3,727 | 6 | ,714 |
| Linear-by-Linear Association | 1,043 | 1 | ,307 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,04.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3^ΑΠΟΣΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΩΝ 2

| | | Ποσότητα ιατρών 2 | | σύνολο |
|------------------|-------------|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 18 | 42 | 60 |
| | ΙΚΑ | 21 | 33 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 12 | 21 | 33 |
| σύνολο | 51 | 96 | 147 | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,043(a) | 2 | ,593 |
| Likelihood Ratio | 1,050 | 2 | ,592 |
| Linear-by-Linear Association | ,565 | 1 | ,452 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,45.

Ικανοποίηση από την ποιότητα υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού

ΦΥΛΟ^ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| | Ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού | | | | σύνολο |
|-------------|--|------|--------|------|--------|
| | καθόλου | λίγο | μέτρια | Πολύ | |
| φύλο άνδρας | 3 | 4 | 13 | 47 | 67 |
| γυναίκα | 8 | 5 | 18 | 52 | 83 |
| σύνολο | 11 | 9 | 31 | 99 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,756(a) | 3 | ,625 |
| Likelihood Ratio | 1,822 | 3 | ,610 |
| Linear-by-Linear Association | 1,456 | 1 | ,227 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,02

ΦΥΛΟ^ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 2

| | Ποιότητα ιατρ. Προσωπικού 2 | | σύνολο |
|-------------|-----------------------------|---------------|--------|
| | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| φύλο άνδρας | 7 | 60 | 67 |
| γυναίκα | 12 | 71 | 83 |
| σύνολο | 19 | 131 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,539(b) | 1 | ,463 | | |
| Continuity Correction(a) | ,237 | 1 | ,626 | | |
| Likelihood Ratio | ,546 | 1 | ,460 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,623 | ,315 |
| Linear-by-Linear Association | ,535 | 1 | ,464 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,49.

ΗΛΙΚΙΑ 2^ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| | | Ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού | | | | σύνολο |
|---------|--------|--|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | Πολύ | |
| ηλικία2 | 18-44 | 8 | 6 | 14 | 29 | 57 |
| | 45-64 | 2 | 1 | 8 | 27 | 38 |
| | 65 + | 1 | 2 | 9 | 43 | 55 |
| | σύνολο | 11 | 9 | 31 | 99 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 13,444(a) | 6 | ,037 |
| Likelihood Ratio | 13,748 | 6 | ,033 |
| Linear-by-Linear Association | 11,891 | 1 | ,001 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,28.

ΗΛΙΚΙΑ 2^ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 2

| | | Ποιότητα ιατρ. Προσωπικού 2 | | σύνολο |
|---------|--------|-----------------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| ηλικία2 | 18-44 | 14 | 43 | 57 |
| | 45-64 | 3 | 35 | 38 |
| | 65 + | 2 | 53 | 55 |
| | σύνολο | 19 | 131 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 12,127(a) | 2 | ,002 |
| Likelihood Ratio | 12,276 | 2 | ,002 |
| Linear-by-Linear Association | 11,065 | 1 | ,001 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,81.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ^ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| | | Ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού | | | | σύνολο |
|---------------------|-----------------------|--|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | αναλφάβητος/η | 1 | 2 | 3 | 17 | 23 |
| | δημοτικό | 0 | 1 | 7 | 27 | 35 |
| | γυμνάσιο | 1 | 0 | 4 | 14 | 19 |
| | λύκειο/τεχνικό λύκειο | 5 | 2 | 10 | 22 | 39 |
| | ΙΕΚ | 1 | 1 | 4 | 4 | 10 |
| | ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ | 1 | 0 | 1 | 3 | 5 |
| | ΑΕΙ | 2 | 3 | 2 | 10 | 17 |
| | μεταπτυχιακό | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | διδακτορικό | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | σύνολο | 11 | 9 | 31 | 99 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 20,048(a) | 24 | ,694 |
| Likelihood Ratio | 22,698 | 24 | ,538 |
| Linear-by-Linear Association | 4,868 | 1 | ,027 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 28 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 2

| | | Ποιότητα Ιατρ. Προσωπικού 2 | | σύνολο |
|---------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | αναλφάβητος/η | 2 | 21 | 23 |
| | δημοτικό | 1 | 34 | 35 |
| | γυμνάσιο | 1 | 18 | 19 |
| | λύκειο/τεχνικό λύκειο | 7 | 32 | 39 |
| | ΙΕΚ | 2 | 8 | 10 |
| | ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ | 1 | 4 | 5 |
| | ΑΕΙ | 5 | 12 | 17 |
| | μεταπτυχιακό | 0 | 1 | 1 |
| | διδακτορικό | 0 | 1 | 1 |
| σύνολο | | 19 | 131 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 10,626(a) | 8 | ,224 |
| Likelihood Ratio | 11,176 | 8 | ,192 |
| Linear-by-Linear Association | 6,459 | 1 | ,011 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 12 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2 ΑΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| | | Ποιότητα υπηρεσιών Ιατρικού Προσωπικού | | | | σύνολο |
|-----------------------|------------------------------|--|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης 2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 1 | 3 | 10 | 44 | 58 |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 10 | 6 | 21 | 55 | 92 |
| σύνολο | | 11 | 9 | 31 | 99 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,096(a) | 3 | ,107 |
| Likelihood Ratio | 7,007 | 3 | ,072 |
| Linear-by-Linear Association | 5,581 | 1 | ,018 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,48.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2^ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 2

| | | Ποιότητα ιατρ. Προσωπικού 2 | | σύνολο |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης 2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 3 | 55 | 58 |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 16 | 76 | 92 |
| σύνολο | | 19 | 131 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,801(b) | 1 | ,028 | | |
| Continuity Correction(a) | 3,760 | 1 | ,052 | | |
| Likelihood Ratio | 5,372 | 1 | ,020 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,042 | ,022 |
| Linear-by-Linear Association | 4,769 | 1 | ,029 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,35.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| | | Ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού | | | | σύνολο |
|-------------|-----------------|--|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 4 | 3 | 7 | 18 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 1 | 3 | 10 | 48 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 0 | 0 | 3 | 14 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 6 | 3 | 11 | 19 | 39 |
| σύνολο | | 11 | 9 | 31 | 99 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 16,506(a) | 9 | ,057 |
| Likelihood Ratio | 18,964 | 9 | ,025 |
| Linear-by-Linear Association | 1,266 | 1 | ,260 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 9 cells (56,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,02

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 2

| | | Ποιότητα ιατρ. Προσωπικού 2 | | σύνολο |
|-------------|-----------------|-----------------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 7 | 25 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 3 | 59 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 0 | 17 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 9 | 30 | 39 |
| σύνολο | | 19 | 131 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 12,174(a) | 3 | ,007 |
| Likelihood Ratio | 14,220 | 3 | ,003 |
| Linear-by-Linear Association | ,459 | 1 | ,498 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,15.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| | | | Ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού | | | | σύνολο |
|---------------------------------|----------------------------|--|--|------|--------|------|--------|
| | | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | μέχρι 1100 ευρώ | | 4 | 4 | 18 | 56 | 82 |
| | 1101 έως άνω των 3501 ευρώ | | 7 | 5 | 13 | 43 | 68 |
| σύνολο | | | 11 | 9 | 31 | 99 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,155(a) | 3 | ,541 |
| Likelihood Ratio | 2,153 | 3 | ,541 |
| Linear-by-Linear Association | 1,542 | 1 | ,214 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,08.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 2

| | | | Ποιότητα ιατρ. Προσωπικού 2 | | σύνολο |
|---------------------------------|----------------------------|--|-----------------------------|---------------|--------|
| | | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | μέχρι 1100 ευρώ | | 7 | 75 | 82 |
| | 1101 έως άνω των 3501 ευρώ | | 12 | 56 | 68 |
| σύνολο | | | 19 | 131 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,789(b) | 1 | ,095 | | |
| Continuity Correction(a) | 2,026 | 1 | ,155 | | |
| Likelihood Ratio | 2,788 | 1 | ,095 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,138 | ,077 |
| Linear-by-Linear Association | 2,771 | 1 | ,096 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,61.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^Α ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| | | | Ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού | | | | σύνολο |
|---------------------------------|---|--------------|--|------|--------|------|--------|
| | | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | μέχρι 1100 1101 - 2200 άνω των 2201 | μέχρι 1100 | 4 | 4 | 18 | 56 | 82 |
| | | 1101 - 2200 | 4 | 4 | 10 | 29 | 47 |
| | | άνω των 2201 | 3 | 1 | 3 | 14 | 21 |
| σύνολο | | | 11 | 9 | 31 | 99 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,552(a) | 6 | ,737 |
| Likelihood Ratio | 3,346 | 6 | ,764 |
| Linear-by-Linear Association | 1,374 | 1 | ,241 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,26.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^Α ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| | | | Ποιότητα ιατρ. Προσωπικού 2 | | σύνολο |
|---------------------------------|---|--------------|-----------------------------|---------------|--------|
| | | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | μέχρι 1100 1101 - 2200 άνω των 2201 | μέχρι 1100 | 7 | 75 | 82 |
| | | 1101 - 2200 | 8 | 39 | 47 |
| | | άνω των 2201 | 4 | 17 | 21 |
| σύνολο | | | 19 | 131 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,843(a) | 2 | ,241 |
| Likelihood Ratio | 2,829 | 2 | ,243 |
| Linear-by-Linear Association | 2,566 | 1 | ,109 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,66.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| | | Ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού | | | | σύνολο |
|------------------|---|--|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 2 | ΟΓΑ | 4 | 2 | 8 | 46 | 60 |
| | ΙΚΑ | 5 | 4 | 15 | 30 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 0 | 0 | 3 | 8 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 1 | 1 | 1 | 7 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 1 | 1 | 0 | 5 | 7 |
| | ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠ ΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 |
| σύνολο | | 11 | 8 | 29 | 99 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------------|-----------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 13,369(a) | 15 | ,574 |
| Likelihood Ratio | 16,183 | 15 | ,370 |
| Linear-by-Linear Association | ,283 | 1 | ,594 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 18 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 2

| | | Ποιότητα ιατρ. Προσωπικού 2 | | σύνολο |
|------------------|---|-----------------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 2 | ΟΓΑ | 5 | 55 | 60 |
| | ΙΚΑ | 9 | 45 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 0 | 11 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 2 | 8 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 2 | 5 | 7 |
| | ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠ ΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 0 | 5 | 5 |
| σύνολο | | 18 | 129 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------------|----------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,366(a) | 5 | ,272 |
| Likelihood Ratio | 7,837 | 5 | ,165 |
| Linear-by-Linear Association | ,455 | 1 | ,500 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,61.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3^ΑΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| | | Ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού | | | | σύνολο |
|------------------|-------------|--|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 4 | 2 | 8 | 46 | 60 |
| | ΙΚΑ | 5 | 4 | 15 | 30 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 2 | 2 | 6 | 23 | 33 |
| σύνολο | | 11 | 8 | 29 | 99 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,240(a) | 6 | ,397 |
| Likelihood Ratio | 6,271 | 6 | ,394 |
| Linear-by-Linear Association | ,560 | 1 | ,454 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,80

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3^ΑΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 2

| | | Ποιότητα ιατρ. Προσωπικού 2 | | σύνολο |
|------------------|-------------|-----------------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 5 | 55 | 60 |
| | ΙΚΑ | 9 | 45 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 4 | 29 | 33 |
| σύνολο | | 18 | 129 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,837(a) | 2 | ,399 |
| Likelihood Ratio | 1,845 | 2 | ,397 |
| Linear-by-Linear Association | ,558 | 1 | ,455 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,04.

Ικανοποίηση από τον χρόνο που αφιερώνει ο γιατρός στον ασθενή
ΦΥΛΟ^Α ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | Χρόνος εξέτασης | | | | σύνολο |
|--------|---------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λιγο | μέτρια | Πολύ | |
| φύλο | άνδρας | 1 | 1 | 13 | 52 | 67 |
| | γυναίκα | 4 | 6 | 17 | 56 | 83 |
| σύνολο | | 5 | 7 | 30 | 108 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,396(a) | 3 | ,222 |
| Likelihood Ratio | 4,863 | 3 | ,182 |
| Linear-by-Linear Association | 3,515 | 1 | ,061 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,23.

ΦΥΛΟ^ ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ 2

| | | Χρόνος εξέτασης 2 | | σύνολο |
|--------|---------|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| φύλο | άνδρας | 2 | 65 | 67 |
| | γυναίκα | 10 | 73 | 83 |
| σύνολο | | 12 | 138 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,138(b) | 1 | ,042 | | |
| Continuity Correction(a) | 2,998 | 1 | ,083 | | |
| Likelihood Ratio | 4,576 | 1 | ,032 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,066 | ,038 |
| Linear-by-Linear Association | 4,110 | 1 | ,043 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,36.

ΗΛΙΚΙΑ 2^ ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | Χρόνος εξέτασης | | | | σύνολο |
|---------|-------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | Πολύ | |
| ηλικία2 | 18-44 | 3 | 6 | 16 | 32 | 57 |
| | 45-64 | 1 | 0 | 8 | 29 | 38 |
| | 65 + | 1 | 1 | 6 | 47 | 55 |
| σύνολο | | 5 | 7 | 30 | 108 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 15,618(a) | 6 | ,016 |
| Likelihood Ratio | 16,882 | 6 | ,010 |
| Linear-by-Linear Association | 10,601 | 1 | ,001 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,27.

ΗΛΙΚΙΑ ^ ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | Χρόνος εξέτασης 2 | | σύνολο |
|---------|-------|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| ηλικία2 | 18-44 | 9 | 48 | 57 |
| | 45-64 | 1 | 37 | 38 |
| | 65 + | 2 | 53 | 55 |
| σύνολο | | 12 | 138 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 7,610(a) | 2 | ,022 |
| Likelihood Ratio | 7,477 | 2 | ,024 |
| Linear-by-Linear Association | 5,639 | 1 | ,018 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,04.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ^ ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | Χρόνος εξέτασης | | | | σύνολο |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | αναλφάβητος/η | 1 | 1 | 3 | 18 | 23 |
| | δημοτικό | 0 | 0 | 5 | 30 | 35 |
| | γυμνάσιο | 1 | 0 | 2 | 16 | 19 |
| | λύκειο/τεχνικό λύκειο | 1 | 3 | 11 | 24 | 39 |
| | ΙΕΚ | 1 | 2 | 3 | 4 | 10 |
| | ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 |
| | ΑΕΙ | 0 | 0 | 4 | 13 | 17 |
| | μεταπτυχιακό | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | διδακτορικό | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| σύνολο | | 5 | 7 | 30 | 108 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 30,276(a) | 24 | ,176 |
| Likelihood Ratio | 30,417 | 24 | ,171 |
| Linear-by-Linear Association | 2,604 | 1 | ,107 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 28 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ^ ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ 2

| | | Χρόνος εξέτασης 2 | | Σύνολο |
|---------------------|-----------------------|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | αναλφάβητος/η | 2 | 21 | 23 |
| | δημοτικό | 0 | 35 | 35 |
| | γυμνάσιο | 1 | 18 | 19 |
| | λύκειο/τεχνικό λύκειο | 4 | 35 | 39 |
| | ΙΕΚ | 3 | 7 | 10 |
| | ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ | 2 | 3 | 5 |
| | ΑΕΙ | 0 | 17 | 17 |
| | μεταπτυχιακό | 0 | 1 | 1 |
| | διδακτορικό | 0 | 1 | 1 |
| Σύνολο | | 12 | 138 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 18,707(a) | 8 | ,017 |
| Likelihood Ratio | 17,465 | 8 | ,026 |
| Linear-by-Linear Association | ,956 | 1 | ,328 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 12 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2^ ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | Χρόνος εξέτασης | | | | Σύνολο |
|-----------------------|------------------------------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης 2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 1 | 1 | 8 | 48 | 58 |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 4 | 6 | 22 | 60 | 92 |
| Σύνολο | | 5 | 7 | 30 | 108 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,831(a) | 3 | ,120 |
| Likelihood Ratio | 6,246 | 3 | ,100 |
| Linear-by-Linear Association | 5,055 | 1 | ,025 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,93.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2^ ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ 2

| | | Χρόνος εξέτασης 2 | | Σύνολο |
|-----------------------|------------------------------|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης 2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 2 | 56 | 58 |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 10 | 82 | 92 |
| Σύνολο | | 12 | 138 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,662(b) | 1 | ,103 | | |
| Continuity Correction(a) | 1,749 | 1 | ,186 | | |
| Likelihood Ratio | 2,976 | 1 | ,085 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,130 | ,089 |
| Linear-by-Linear Association | 2,644 | 1 | ,104 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,64.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | Χρόνος εξέτασης | | | | Σύνολο |
|-------------|-----------------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 0 | 3 | 8 | 21 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 1 | 1 | 6 | 54 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 1 | 0 | 4 | 12 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 3 | 3 | 12 | 21 | 39 |
| Σύνολο | | 5 | 7 | 30 | 108 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 18,493(a) | 9 | ,030 |
| Likelihood Ratio | 20,246 | 9 | ,016 |
| Linear-by-Linear Association | 5,164 | 1 | ,023 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 9 cells (56,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,57.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | Χρόνος εξέτασης 2 | | Σύνολο |
|-------------|-----------------|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 3 | 29 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 2 | 60 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 1 | 16 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 6 | 33 | 39 |
| Σύνολο | | 12 | 138 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,995(a) | 3 | ,172 |
| Likelihood Ratio | 4,954 | 3 | ,175 |
| Linear-by-Linear Association | 1,860 | 1 | ,173 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,36.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^ΑΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | Χρόνος εξέτασης | | | | Σύνολο | |
|---------------------------------|----------------------------|------|--------|------|--------|-----|
| | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | μέχρι 1100 ευρώ | 2 | 4 | 16 | 60 | 82 |
| | 1101 έως άνω των 3501 ευρώ | 3 | 3 | 14 | 48 | 68 |
| Σύνολο | | 5 | 7 | 30 | 108 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,507(a) | 3 | ,917 |
| Likelihood Ratio | ,506 | 3 | ,918 |
| Linear-by-Linear Association | ,255 | 1 | ,614 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,27.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^ΑΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | Χρόνος εξέτασης 2 | | Σύνολο | |
|---------------------------------|----------------------------|---------------|--------|-----|
| | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | μέχρι 1100 ευρώ | 6 | 76 | 82 |
| | 1101 έως άνω των 3501 ευρώ | 6 | 62 | 68 |
| Σύνολο | | 12 | 138 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,115(b) | 1 | ,735 | | |
| Continuity Correction(a) | ,001 | 1 | ,971 | | |
| Likelihood Ratio | ,114 | 1 | ,735 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,770 | ,482 |
| Linear-by-Linear Association | ,114 | 1 | ,736 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,44.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^ΑΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | | Χρόνος εξέτασης | | | | Σύνολο |
|---------------------------------|--------------|--|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | | καθόλου | Λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | μέχρι 1100 | | 2 | 4 | 16 | 60 | 82 |
| | 1101 - 2200 | | 1 | 3 | 10 | 33 | 47 |
| | άνω των 2201 | | 2 | 0 | 4 | 15 | 21 |
| Σύνολο | | | 5 | 7 | 30 | 108 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,196(a) | 6 | ,650 |
| Likelihood Ratio | 4,380 | 6 | ,625 |
| Linear-by-Linear Association | ,381 | 1 | ,537 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,70.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^ΑΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | | Χρόνος εξέτασης 2 | | Σύνολο |
|---------------------------------|--------------|--|-------------------|---------------|--------|
| | | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | μέχρι 1100 | | 6 | 76 | 82 |
| | 1101 - 2200 | | 4 | 43 | 47 |
| | άνω των 2201 | | 2 | 19 | 21 |
| Σύνολο | | | 12 | 138 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,135(a) | 2 | ,935 |
| Likelihood Ratio | ,132 | 2 | ,936 |
| Linear-by-Linear Association | ,134 | 1 | ,715 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,68.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^ΑΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | χρόνος_εξέτασης | | | | Σύνολο |
|------------------|--|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| δημόσιο_ταμείο_2 | ΟΓΑ | 2 | 1 | 9 | 48 | 60 |
| | ΙΚΑ | 2 | 5 | 14 | 33 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 0 | 0 | 2 | 9 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 1 | 0 | 1 | 5 | 7 |
| | ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| | Σύνολο | 5 | 6 | 29 | 107 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 12,612(a) | 15 | ,632 |
| Likelihood Ratio | 13,068 | 15 | ,597 |
| Linear-by-Linear Association | ,001 | 1 | ,970 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 17 cells (70,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^ΑΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ 2

| | | Χρόνος εξέτασης 2 | | Σύνολο |
|------------------|---|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 2 | ΟΓΑ | 3 | 57 | 60 |
| | ΙΚΑ | 7 | 47 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 0 | 11 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 0 | 10 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 1 | 6 | 7 |
| | ΆΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠ ΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 0 | 5 | 5 |
| Σύνολο | 11 | 136 | 147 | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,448(a) | 5 | ,364 |
| Likelihood Ratio | 6,974 | 5 | ,223 |
| Linear-by-Linear Association | ,046 | 1 | ,831 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3^ΑΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

| | | Χρόνος εξέτασης | | | | Σύνολο |
|------------------|-------------|-----------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 2 | 1 | 9 | 48 | 60 |
| | ΙΚΑ | 2 | 5 | 14 | 33 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 1 | 0 | 6 | 26 | 33 |
| Σύνολο | 5 | 6 | 29 | 107 | 147 | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 9,154(a) | 6 | ,165 |
| Likelihood Ratio | 9,812 | 6 | ,133 |
| Linear-by-Linear Association | ,113 | 1 | ,737 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,12.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3^ΑΧΡΟΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ 2

| | | Χρόνος εξέτασης 2 | | Σύνολο |
|------------------|-------------|-------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 3 | 57 | 60 |
| | ΙΚΑ | 7 | 47 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 1 | 32 | 33 |
| Σύνολο | | 11 | 136 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,822(a) | 2 | ,148 |
| Likelihood Ratio | 3,753 | 2 | ,153 |
| Linear-by-Linear Association | ,000 | 1 | ,993 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,47.

Ικανοποίηση από την ενημέρωση και τις οδηγίες του γιατρού**ΦΥΛΟ^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ**

| | | Ενημέρωση και οδηγίες από ιατρό | | | | Σύνολο |
|--------|---------|---------------------------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| φύλο | άνδρας | 1 | 0 | 14 | 52 | 67 |
| | γυναίκα | 3 | 5 | 14 | 61 | 83 |
| Σύνολο | | 4 | 5 | 28 | 113 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,068(a) | 3 | ,167 |
| Likelihood Ratio | 6,986 | 3 | ,072 |
| Linear-by-Linear Association | 1,698 | 1 | ,193 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,79.

ΦΥΛΟ^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ 2

| | | Ενημέρωση από ιατρό 2 | | Σύνολο |
|--------|---------|-----------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| φύλο | άνδρας | 1 | 66 | 67 |
| | γυναίκα | 8 | 75 | 83 |
| Σύνολο | | 9 | 141 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,362(b) | 1 | ,037 | | |
| Continuity Correction(a) | 3,037 | 1 | ,081 | | |
| Likelihood Ratio | 5,063 | 1 | ,024 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,043 | ,036 |
| Linear-by-Linear Association | 4,333 | 1 | ,037 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,02.

ΗΛΙΚΙΑ 2 ^ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

| | | Ενημέρωση και οδηγίες από ιατρό | | | | Σύνολο |
|---------|-------|---------------------------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| ηλικία2 | 18-44 | 2 | 3 | 14 | 38 | 57 |
| | 45-64 | 1 | 2 | 8 | 27 | 38 |
| | 65 + | 1 | 0 | 6 | 48 | 55 |
| Σύνολο | | 4 | 5 | 28 | 113 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 7,847(a) | 6 | ,250 |
| Likelihood Ratio | 9,711 | 6 | ,137 |
| Linear-by-Linear Association | 5,272 | 1 | ,022 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,01.

ΗΛΙΚΙΑ 2^ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ 2

| | | Ενημέρωση από ιατρό 2 | | Σύνολο |
|---------|-------|-----------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| ηλικία2 | 18-44 | 5 | 52 | 57 |
| | 45-64 | 3 | 35 | 38 |
| | 65 + | 1 | 54 | 55 |
| Σύνολο | | 9 | 141 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,724(a) | 2 | ,256 |
| Likelihood Ratio | 3,219 | 2 | ,200 |
| Linear-by-Linear Association | 2,368 | 1 | ,124 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,28.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ^ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

| | | Ενημέρωση και οδηγίες από ιατρό | | | | Σύνολο |
|---------------------|-----------------------|---------------------------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | αναλφάβητος/η | 1 | 0 | 1 | 21 | 23 |
| | δημοτικό | 0 | 1 | 5 | 29 | 35 |
| | γυμνάσιο | 1 | 1 | 2 | 15 | 19 |
| | λύκειο/τεχνικό λύκειο | 1 | 2 | 13 | 23 | 39 |
| | ΙΕΚ | 0 | 1 | 1 | 8 | 10 |
| | ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ | 1 | 0 | 1 | 3 | 5 |
| | ΑΕΙ | 0 | 0 | 5 | 12 | 17 |
| | μεταπτυχιακό | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | διδακτορικό | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Σύνολο | | 4 | 5 | 28 | 113 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 24,323(a) | 24 | ,443 |
| Likelihood Ratio | 24,354 | 24 | ,441 |
| Linear-by-Linear Association | 1,454 | 1 | ,228 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 28 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ^ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ 2

| | | Ενημέρωση από ιατρό 2 | | Σύνολο |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | αναλφάβητος/η | 1 | 22 | 23 |
| | δημοτικό | 1 | 34 | 35 |
| | γυμνάσιο | 2 | 17 | 19 |
| | λύκειο/τεχνικό λύκειο | 3 | 36 | 39 |
| | ΙΕΚ | 1 | 9 | 10 |
| | ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ | 1 | 4 | 5 |
| | ΑΕΙ | 0 | 17 | 17 |
| | μεταπτυχιακό | 0 | 1 | 1 |
| | διδακτορικό | 0 | 1 | 1 |
| Σύνολο | | 9 | 141 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,847(a) | 8 | ,774 |
| Likelihood Ratio | 5,336 | 8 | ,721 |
| Linear-by-Linear Association | ,015 | 1 | ,903 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 12 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

| | | Ενημέρωση και οδηγίες από ιατρό | | | | Σύνολο |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης 2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 1 | 1 | 6 | 50 | 58 |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 3 | 4 | 22 | 63 | 92 |
| Σύνολο | | 4 | 5 | 28 | 113 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,042(a) | 3 | ,110 |
| Likelihood Ratio | 6,419 | 3 | ,093 |
| Linear-by-Linear Association | 4,320 | 1 | ,038 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,55.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ 2

| | | Ενημέρωση από ιατρό 2 | | Σύνολο |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης 2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 2 | 56 | 58 |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 7 | 85 | 92 |
| Σύνολο | | 9 | 141 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,092(b) | 1 | ,296 | | |
| Continuity Correction(a) | ,479 | 1 | ,489 | | |
| Likelihood Ratio | 1,175 | 1 | ,278 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,483 | ,250 |
| Linear-by-Linear Association | 1,084 | 1 | ,298 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,48.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

| | | Ενημέρωση και οδηγίες από ιατρό | | | | Σύνολο |
|-------------|-----------------|---------------------------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 1 | 3 | 9 | 19 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 1 | 0 | 6 | 55 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 0 | 0 | 4 | 13 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 2 | 2 | 9 | 26 | 39 |
| Σύνολο | | 4 | 5 | 28 | 113 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 15,923(a) | 9 | ,069 |
| Likelihood Ratio | 17,987 | 9 | ,035 |
| Linear-by-Linear Association | ,112 | 1 | ,738 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 9 cells (56,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ 2

| | | Ενημέρωση από ιατρό 2 | | Σύνολο |
|-------------|-----------------|-----------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 4 | 28 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 1 | 61 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 0 | 17 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 4 | 35 | 39 |
| Σύνολο | | 9 | 141 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,851(a) | 3 | ,077 |
| Likelihood Ratio | 7,946 | 3 | ,047 |
| Linear-by-Linear Association | ,005 | 1 | ,945 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,02.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

| | | Ενημέρωση και οδηγίες από ιατρό | | | | Σύνολο |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | μέχρι 1100 ευρώ | 2 | 3 | 14 | 63 | 82 |
| | 1101 έως άνω των 3501 ευρώ | 2 | 2 | 14 | 50 | 68 |
| Σύνολο | | 4 | 5 | 28 | 113 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,392(a) | 3 | ,942 |
| Likelihood Ratio | ,392 | 3 | ,942 |
| Linear-by-Linear Association | ,106 | 1 | ,745 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,81.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

| | Ενημέρωση από ιατρό 2 | | Σύνολο |
|---------------------------------|-----------------------|---------------|--------|
| | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | 5 | 77 | 82 |
| | 4 | 64 | 68 |
| Σύνολο | 9 | 141 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,003(b) | 1 | ,956 | | |
| Continuity Correction(a) | ,000 | 1 | 1,000 | | |
| Likelihood Ratio | ,003 | 1 | ,956 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1,000 | ,617 |
| Linear-by-Linear Association | ,003 | 1 | ,956 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,08.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

| | Ενημέρωση και οδηγίες από ιατρό | | | | Σύνολο |
|---------------------------------|---------------------------------|------|--------|------|--------|
| | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | 2 | 3 | 14 | 63 | 82 |
| | 1 | 2 | 11 | 33 | 47 |
| | 1 | 0 | 3 | 17 | 21 |
| Σύνολο | 4 | 5 | 28 | 113 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,427(a) | 6 | ,877 |
| Likelihood Ratio | 3,037 | 6 | ,804 |
| Linear-by-Linear Association | ,003 | 1 | ,955 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,56.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ 2

| | Ενημέρωση από ιατρό 2 | | Σύνολο |
|---------------------------------|-----------------------|---------------|--------|
| | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | 5 | 77 | 82 |
| | 3 | 44 | 47 |
| | 1 | 20 | 21 |
| Σύνολο | 9 | 141 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,071(a) | 2 | ,965 |
| Likelihood Ratio | ,075 | 2 | ,963 |
| Linear-by-Linear Association | ,026 | 1 | ,872 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,26.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

| | | Ενημέρωση και οδηγίες από ιατρό | | | | Σύνολο |
|------------------|---|---------------------------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 2 | ΟΓΑ | 1 | 0 | 9 | 50 | 60 |
| | ΙΚΑ | 2 | 3 | 10 | 39 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 1 | 0 | 2 | 8 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 0 | 1 | 3 | 3 | 7 |
| | ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠ ΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Σύνολο | 4 | 4 | 27 | 112 | 147 | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 14,310(a) | 15 | ,502 |
| Likelihood Ratio | 14,101 | 15 | ,518 |
| Linear-by-Linear Association | 1,334 | 1 | ,248 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 17 cells (70,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^Α ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ 2

| | | Ενημέρωση από ιατρό 2 | | Σύνολο |
|------------------|---|-----------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 2 | ΟΓΑ | 1 | 59 | 60 |
| | ΙΚΑ | 5 | 49 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 1 | 10 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 0 | 10 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 1 | 6 | 7 |
| | ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠ ΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 0 | 5 | 5 |
| Σύνολο | 8 | 139 | 147 | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,403(a) | 5 | ,369 |
| Likelihood Ratio | 6,199 | 5 | ,287 |
| Linear-by-Linear Association | ,420 | 1 | ,517 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3^ΑΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

| | | Ενημέρωση και οδηγίες από ιατρό | | | | Σύνολο |
|------------------|-------------|---------------------------------|------|--------|------|--------|
| | | καθόλου | λίγο | μέτρια | πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 1 | 0 | 9 | 50 | 60 |
| | ΙΚΑ | 2 | 3 | 10 | 39 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 1 | 1 | 8 | 23 | 33 |
| Σύνολο | | 4 | 4 | 27 | 112 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,374(a) | 6 | ,497 |
| Likelihood Ratio | 6,616 | 6 | ,358 |
| Linear-by-Linear Association | 2,405 | 1 | ,121 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,90.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3^ΑΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ 2

| | | Ενημέρωση από ιατρό 2 | | Σύνολο |
|------------------|-------------|-----------------------|---------------|--------|
| | | καθόλου - λίγο | μέτρια - πολύ | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 1 | 59 | 60 |
| | ΙΚΑ | 5 | 49 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 2 | 31 | 33 |
| Σύνολο | | 8 | 139 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,215(a) | 2 | ,200 |
| Likelihood Ratio | 3,553 | 2 | ,169 |
| Linear-by-Linear Association | 1,337 | 1 | ,248 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,80.

Ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή

ΦΥΛΟ^ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| | | Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | | | | Σύνολο |
|--------|---------|--------------------------|--------|------|-----------|--------|
| | | κακή | μέτρια | καλή | πολύ καλή | |
| φύλο | άνδρας | 2 | 11 | 36 | 18 | 67 |
| | γυναίκα | 5 | 19 | 32 | 27 | 83 |
| Σύνολο | | 7 | 30 | 68 | 45 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,791(a) | 3 | ,285 |
| Likelihood Ratio | 3,825 | 3 | ,281 |
| Linear-by-Linear Association | ,254 | 1 | ,614 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,13.

ΦΥΛΟ^ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | ξενοδοχ. Υποδομή 2 | | Σύνολο |
|--------|---------|--------------------|------------------|--------|
| | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | |
| φύλο | άνδρας | 13 | 54 | 67 |
| | γυναίκα | 23 | 60 | 83 |
| Σύνολο | | 36 | 114 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,403(b) | 1 | ,236 | | |
| Continuity Correction(a) | ,984 | 1 | ,321 | | |
| Likelihood Ratio | 1,421 | 1 | ,233 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,255 | ,161 |
| Linear-by-Linear Association | 1,394 | 1 | ,238 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,08.

ΗΛΙΚΙΑ 2 ^ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| | | Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | | | | Σύνολο |
|---------|-------|--------------------------|--------|------|-----------|--------|
| | | κακή | μέτρια | καλή | πολύ καλή | |
| ηλικία2 | 18-44 | 4 | 16 | 29 | 8 | 57 |
| | 45-64 | 1 | 10 | 15 | 12 | 38 |
| | 65 + | 2 | 4 | 24 | 25 | 55 |
| Σύνολο | | 7 | 30 | 68 | 45 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 18,168(a) | 6 | ,006 |
| Likelihood Ratio | 19,924 | 6 | ,003 |
| Linear-by-Linear Association | 14,081 | 1 | ,000 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,77.

ΗΛΙΚΙΑ 2^η ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | Ξενοδοχ. Υποδομή 2 | | Σύνολο |
|---------|-------|--------------------|------------------|--------|
| | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | |
| ηλικία2 | 18-44 | 19 | 38 | 57 |
| | 45-64 | 11 | 27 | 38 |
| | 65 + | 6 | 49 | 55 |
| Σύνολο | | 36 | 114 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 8,400(a) | 2 | ,015 |
| Likelihood Ratio | 9,127 | 2 | ,010 |
| Linear-by-Linear Association | 7,624 | 1 | ,006 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,12.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ^η ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| | | Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | | | | Σύνολο |
|---------------------|-----------------------|--------------------------|--------|------|-----------|--------|
| | | κακή | μέτρια | καλή | πολύ καλή | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | αναλφάβητος/η | 1 | 2 | 11 | 9 | 23 |
| | δημοτικό | 1 | 4 | 12 | 18 | 35 |
| | γυμνάσιο | 0 | 3 | 11 | 5 | 19 |
| | λύκειο/τεχνικό λύκειο | 2 | 15 | 14 | 8 | 39 |
| | ΙΕΚ | 0 | 2 | 7 | 1 | 10 |
| | ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ | 0 | 1 | 4 | 0 | 5 |
| | ΑΕΙ | 2 | 3 | 9 | 3 | 17 |
| | μεταπτυχιακό | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | διδακτορικό | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Σύνολο | | 7 | 30 | 68 | 45 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 52,305(a) | 24 | ,001 |
| Likelihood Ratio | 39,282 | 24 | ,026 |
| Linear-by-Linear Association | 9,952 | 1 | ,002 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 24 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ^ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | ξενοδοχ. Υποδομή 2 | | Σύνολο |
|---------------------|-----------------------|--------------------|------------------|--------|
| | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης | αναλφάβητος/η | 3 | 20 | 23 |
| | δημοτικό | 5 | 30 | 35 |
| | γυμνάσιο | 3 | 16 | 19 |
| | λύκειο/τεχνικό λύκειο | 16 | 23 | 39 |
| | ΙΕΚ | 2 | 8 | 10 |
| | ΚΑΤΕΕ/ΤΕΙ | 1 | 4 | 5 |
| | ΑΕΙ | 5 | 12 | 17 |
| | μεταπτυχιακό | 0 | 1 | 1 |
| | διδακτορικό | 1 | 0 | 1 |
| Σύνολο | | 36 | 114 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 14,112(a) | 8 | ,079 |
| Likelihood Ratio | 13,818 | 8 | ,087 |
| Linear-by-Linear Association | 4,255 | 1 | ,039 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 9 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2^ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| | | Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | | | | Σύνολο |
|-----------------------|------------------------------|--------------------------|--------|------|-----------|--------|
| | | κακή | μέτρια | καλή | πολύ καλή | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης 2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 2 | 6 | 23 | 27 | 58 |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 5 | 24 | 45 | 18 | 92 |
| Σύνολο | | 7 | 30 | 68 | 45 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 14,017(a) | 3 | ,003 |
| Likelihood Ratio | 14,178 | 3 | ,003 |
| Linear-by-Linear Association | 11,224 | 1 | ,001 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,71.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2^Α ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | Ξενοδοχ. Υποδομή 2 | | Σύνολο |
|-----------------------|------------------------------|--------------------|------------------|--------|
| | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης 2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 8 | 50 | 58 |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 28 | 64 | 92 |
| Σύνολο | | 36 | 114 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,401(b) | 1 | ,020 | | |
| Continuity Correction(a) | 4,527 | 1 | ,033 | | |
| Likelihood Ratio | 5,717 | 1 | ,017 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,030 | ,015 |
| Linear-by-Linear Association | 5,365 | 1 | ,021 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,92.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^Α ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| | | Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | | | | Σύνολο |
|-------------|-----------------|--------------------------|--------|------|-----------|--------|
| | | κακή | μέτρια | καλή | πολύ καλή | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 1 | 10 | 13 | 8 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 2 | 6 | 25 | 29 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 0 | 3 | 11 | 3 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 4 | 11 | 19 | 5 | 39 |
| Σύνολο | | 7 | 30 | 68 | 45 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 23,320(a) | 9 | ,006 |
| Likelihood Ratio | 24,061 | 9 | ,004 |
| Linear-by-Linear Association | 4,832 | 1 | ,028 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 5 cells (31,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,79.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^Α ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | ξενοδοχ. Υποδομή 2 | | Σύνολο |
|-------------|-----------------|--------------------|------------------|--------|
| | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 10 | 22 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 8 | 54 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 3 | 14 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 15 | 24 | 39 |
| Σύνολο | | 36 | 114 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 9,956(a) | 3 | ,019 |
| Likelihood Ratio | 10,077 | 3 | ,018 |
| Linear-by-Linear Association | 1,894 | 1 | ,169 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,08.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^Α ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| | | Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | | | | Σύνολο |
|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------|------|-----------|--------|
| | | κακή | μέτρια | καλή | πολύ καλή | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | μέχρι 1100 ευρώ | 5 | 12 | 34 | 31 | 82 |
| | 1101 έως άνω των 3501 ευρώ | 2 | 18 | 34 | 14 | 68 |
| Σύνολο | | 7 | 30 | 68 | 45 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 7,668(a) | 3 | ,053 |
| Likelihood Ratio | 7,812 | 3 | ,050 |
| Linear-by-Linear Association | 2,781 | 1 | ,095 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,17.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^Α ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | ξενοδοχ. Υποδομή 2 | | Σύνολο |
|---------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------|--------|
| | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | μέχρι 1100 ευρώ | 17 | 65 | 82 |
| | 1101 έως άνω των 3501 ευρώ | 19 | 49 | 68 |
| Σύνολο | | 36 | 114 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,059(b) | 1 | ,303 | | |
| Continuity Correction(a) | ,701 | 1 | ,402 | | |
| Likelihood Ratio | 1,056 | 1 | ,304 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,340 | ,201 |
| Linear-by-Linear Association | 1,052 | 1 | ,305 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,32.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^Α ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| | | | Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | | | | Σύνολο |
|---------------------------------|---|--------------|--------------------------|--------|------|-----------|--------|
| | | | κακή | μέτρια | καλή | πολύ καλή | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | μέχρι 1100 1101 - 2200 άνω των 2201 | μέχρι 1100 | 5 | 12 | 34 | 31 | 82 |
| | | 1101 - 2200 | 1 | 13 | 24 | 9 | 47 |
| | | άνω των 2201 | 1 | 5 | 10 | 5 | 21 |
| Σύνολο | | | 7 | 30 | 68 | 45 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 8,135(a) | 6 | ,228 |
| Likelihood Ratio | 8,395 | 6 | ,211 |
| Linear-by-Linear Association | 2,076 | 1 | ,150 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^Α ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | | ξενοδοχ. Υποδομή 2 | | Σύνολο |
|---------------------------------|---|--------------|--------------------|------------------|--------|
| | | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | μέχρι 1100 1101 - 2200 άνω των 2201 | μέχρι 1100 | 17 | 65 | 82 |
| | | 1101 - 2200 | 13 | 34 | 47 |
| | | άνω των 2201 | 6 | 15 | 21 |
| Σύνολο | | | 36 | 114 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,066(a) | 2 | ,587 |
| Likelihood Ratio | 1,062 | 2 | ,588 |
| Linear-by-Linear Association | ,923 | 1 | ,337 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,04.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| | | Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | | | | Σύνολο |
|------------------|---|--------------------------|--------|------|-----------|--------|
| | | κακή | μέτρια | καλή | πολύ καλή | |
| Δημόσιο ταμείο 2 | ΟΓΑ | 2 | 9 | 26 | 23 | 60 |
| | ΙΚΑ | 4 | 15 | 24 | 11 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 0 | 2 | 7 | 2 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 1 | 2 | 4 | 3 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 0 | 1 | 4 | 2 | 7 |
| | ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠ ΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 0 | 1 | 1 | 3 | 5 |
| Σύνολο | | 7 | 30 | 66 | 44 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------------|-----------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 12,135(a) | 15 | ,669 |
| Likelihood Ratio | 12,861 | 15 | ,613 |
| Linear-by-Linear Association | ,006 | 1 | ,940 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 18 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | ξενοδοχ. Υποδομή 2 | | Σύνολο |
|------------------|---|--------------------|------------------|--------|
| | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | |
| Δημόσιο ταμείο 2 | ΟΓΑ | 10 | 50 | 60 |
| | ΙΚΑ | 19 | 35 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 2 | 9 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 3 | 7 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 1 | 6 | 7 |
| | ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠ ΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 1 | 4 | 5 |
| Σύνολο | | 36 | 111 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------------|----------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,176(a) | 5 | ,290 |
| Likelihood Ratio | 6,150 | 5 | ,292 |
| Linear-by-Linear Association | ,090 | 1 | ,764 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,22.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3^Α ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| | | Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | | | | Σύνολο |
|------------------|-------------|--------------------------|--------|------|-----------|--------|
| | | κακή | μέτρια | καλή | πολύ καλή | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 2 | 9 | 26 | 23 | 60 |
| | ΙΚΑ | 4 | 15 | 24 | 11 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 1 | 6 | 16 | 10 | 33 |
| Σύνολο | | 7 | 30 | 66 | 44 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,831(a) | 6 | ,337 |
| Likelihood Ratio | 6,813 | 6 | ,339 |
| Linear-by-Linear Association | 1,041 | 1 | ,308 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,57.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3^Α ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | ξενοδοχ. Υποδομή 2 | | Σύνολο |
|------------------|-------------|--------------------|------------------|--------|
| | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 10 | 50 | 60 |
| | ΙΚΑ | 19 | 35 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 7 | 26 | 33 |
| Σύνολο | | 36 | 111 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,518(a) | 2 | ,063 |
| Likelihood Ratio | 5,438 | 2 | ,066 |
| Linear-by-Linear Association | ,796 | 1 | ,372 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,08.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΜΗΝΙΑΙΟΣ^Α ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| | | Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | | | | Σύνολο |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------------|--------|------|-----------|--------|
| | | κακή | μέτρια | καλή | πολύ καλή | |
| Συχνότητα επίσκεψης 2 | μέχρι 1 επίσκεψη/μήνα | 0 | 8 | 18 | 14 | 40 |
| | έως 2 επισκέψεις | 1 | 3 | 11 | 5 | 20 |
| | περισσότερες από 2 επισκέψεις/μήνα | 3 | 3 | 5 | 5 | 16 |
| Σύνολο | | 4 | 14 | 34 | 24 | 76 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 9,365(a) | 6 | ,154 |
| Likelihood Ratio | 9,316 | 6 | ,157 |
| Linear-by-Linear Association | 2,520 | 1 | ,112 |
| N of Valid Cases | 76 | | |

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,84.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΜΗΝΙΑΙΩΣ ^ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | ξενοδοχ. Υποδομή 2 | | Σύνολο |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------|------------------|--------|
| | | κακή - μέτρια | καλή - πολύ καλή | |
| Συχνότητα επίσκεψης 2 | μέχρι 1 επίσκεψη/μήνα | 8 | 32 | 40 |
| | έως 2 επισκέψεις | 4 | 16 | 20 |
| | περισσότερες από 2 επισκέψεις/μήνα | 6 | 10 | 16 |
| Σύνολο | | 18 | 58 | 76 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,140(a) | 2 | ,343 |
| Likelihood Ratio | 1,988 | 2 | ,370 |
| Linear-by-Linear Association | 1,530 | 1 | ,216 |
| N of Valid Cases | 76 | | |

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,79.

Πρόθεση συμμετοχής στο κόστος

ΦΥΛΟ^ ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή πρόσθετου μικρού ποσού χρηματικού | | Σύνολο |
|--------|---------|--|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| φύλο | άνδρας | 39 | 28 | 67 |
| | γυναίκα | 41 | 42 | 83 |
| Σύνολο | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,156(b) | 1 | ,282 | | |
| Continuity Correction(a) | ,830 | 1 | ,362 | | |
| Likelihood Ratio | 1,159 | 1 | ,282 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,325 | ,181 |
| Linear-by-Linear Association | 1,149 | 1 | ,284 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31,27.

ΗΛΙΚΙΑ 2^η ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|---------|-------|--|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| ηλικία2 | 18-44 | 24 | 33 | 57 |
| | 45-64 | 21 | 17 | 38 |
| | 65 + | 35 | 20 | 55 |
| Σύνολο | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,290(a) | 2 | ,071 |
| Likelihood Ratio | 5,325 | 2 | ,070 |
| Linear-by-Linear Association | 5,190 | 1 | ,023 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,73.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ 2^η ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|-----------------------|------------------------------|--|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| Επίπεδο εκπαίδευσης 2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 38 | 20 | 58 |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 42 | 50 | 92 |
| Σύνολο | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|---------------------------------|----------|----|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Pearson Chi-Square | 5,640(b) | 1 | ,018 | | |
| Continuity Correction(a) | 4,870 | 1 | ,027 | | |
| Likelihood Ratio | 5,709 | 1 | ,017 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,020 | ,013 |
| Linear-by-Linear Association | 5,603 | 1 | ,018 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,07.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2^Α ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|-------------|-----------------|--|-----|--------|
| | | OXI | NAI | |
| Επάγγελμα 2 | Δεν εργάζονται | 12 | 20 | 32 |
| | Συνταξιούχος | 38 | 24 | 62 |
| | Χειρωνακτική | 7 | 10 | 17 |
| | Μη χειρωνακτική | 23 | 16 | 39 |
| Σύνολο | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------------------------------|----------|----|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 6,308(a) | 3 | ,098 |
| Likelihood Ratio | 6,338 | 3 | ,096 |
| Linear-by-Linear Association | 1,224 | 1 | ,269 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,93.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 2^Α ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|------------------|---|--|-----|--------|
| | | OXI | NAI | |
| Δημόσιο ταμείο 2 | ΟΓΑ | 37 | 23 | 60 |
| | ΙΚΑ | 20 | 34 | 54 |
| | ΟΑΕΕ | 5 | 6 | 11 |
| | ΥΠΑΔ | 8 | 2 | 10 |
| | ΔΕΗ/ΟΤΕ | 6 | 1 | 7 |
| | ΑΛΛΑ ΤΑΜΕΙΑ (ΤΥΔΚΥ, ΤΣΑΥ, ΤΣΑ, ΤΡΑΠ ΕΖΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΟΥ) | 3 | 2 | 5 |
| | Σύνολο | 79 | 68 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 13,612(a) | 5 | ,018 |
| Likelihood Ratio | 14,254 | 5 | ,014 |
| Linear-by-Linear Association | ,900 | 1 | ,343 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,31.

ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΑΜΕΙΟ 3 ^ ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|------------------|-------------|--|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| Δημόσιο ταμείο 3 | ΟΓΑ | 37 | 23 | 60 |
| | ΙΚΑ | 20 | 34 | 54 |
| | Άλλα ταμεία | 22 | 11 | 33 |
| Σύνολο | | 79 | 68 | 147 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 9,795(a) | 2 | ,007 |
| Likelihood Ratio | 9,882 | 2 | ,007 |
| Linear-by-Linear Association | ,011 | 1 | ,917 |
| N of Valid Cases | 147 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,27.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 3^ ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|---------------------------------|---|--------------|--|-----|--------|
| | | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 3 | μέχρι 1100 1101 - 2200 άνω των 2201 | μέχρι 1100 | 41 | 41 | 82 |
| | | 1101 - 2200 | 27 | 20 | 47 |
| | | άνω των 2201 | 12 | 9 | 21 |
| Σύνολο | | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,808(a) | 2 | ,668 |
| Likelihood Ratio | ,809 | 2 | ,667 |
| Linear-by-Linear Association | ,637 | 1 | ,425 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,80.

ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ 2^Α ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | Καταβολή πρόσθετου ποσού | μικρού χρηματικού | | Σύνολο |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα 2 | μέχρι 1100 ευρώ | 41 | 41 | 82 |
| | 1101 έως άνω των 3501 ευρώ | 39 | 29 | 68 |
| Σύνολο | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,808(b) | 1 | ,369 | | |
| Continuity Correction(a) | ,539 | 1 | ,463 | | |
| Likelihood Ratio | ,809 | 1 | ,368 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,413 | ,232 |
| Linear-by-Linear Association | ,802 | 1 | ,370 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31,73.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ 2^Α ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | Καταβολή πρόσθετου ποσού | μικρού χρηματικού | | Σύνολο |
|-----------------------|------------------------------------|-------------------|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| Συχνότητα επίσκεψης 2 | μέχρι 1 επίσκεψη/μήνα | 21 | 19 | 40 |
| | έως 2 επισκέψεις | 10 | 10 | 20 |
| | περισσότερες από 2 επισκέψεις/μήνα | 9 | 7 | 16 |
| Σύνολο | | 40 | 36 | 76 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,140(a) | 2 | ,932 |
| Likelihood Ratio | ,140 | 2 | ,932 |
| Linear-by-Linear Association | ,033 | 1 | ,857 |
| N of Valid Cases | 76 | | |

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,58.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ^ ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|--------------------------|-----------|--|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| Ξενοδοχειακή υποδομή Κ.Υ | κακή | 2 | 5 | 7 |
| | μέτρια | 15 | 15 | 30 |
| | καλή | 32 | 36 | 68 |
| | πολύ καλή | 31 | 14 | 45 |
| Σύνολο | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 7,309(a) | 3 | ,063 |
| Likelihood Ratio | 7,481 | 3 | ,058 |
| Linear-by-Linear Association | 5,095 | 1 | ,024 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,27.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2^ ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|--------------------|------------------|--|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| Ξενοδοχ. Υποδομή 2 | κακή - μέτρια | 16 | 20 | 36 |
| | καλή - πολύ καλή | 64 | 50 | 114 |
| Σύνολο | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1,504(b) | 1 | ,220 | | |
| Continuity Correction(a) | 1,071 | 1 | ,301 | | |
| Likelihood Ratio | 1,502 | 1 | ,220 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,253 | ,150 |
| Linear-by-Linear Association | 1,494 | 1 | ,222 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,80.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΓΙΑΤΡΩΝ ^ ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|-----------------|---------|--|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| Ποσότητα ιατρών | καθόλου | 20 | 15 | 35 |
| | λίγο | 10 | 8 | 18 |
| | μέτρια | 26 | 33 | 59 |
| | πολύ | 24 | 14 | 38 |
| Σύνολο | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3,749(a) | 3 | ,290 |
| Likelihood Ratio | 3,768 | 3 | ,288 |
| Linear-by-Linear Association | ,010 | 1 | ,921 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,40.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ^ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|--|---------|--|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| Ποιότητα υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού | καθόλου | 7 | 4 | 11 |
| | λίγο | 5 | 4 | 9 |
| | μέτρια | 13 | 18 | 31 |
| | πολύ | 55 | 44 | 99 |
| Σύνολο | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 2,302(a) | 3 | ,512 |
| Likelihood Ratio | 2,308 | 3 | ,511 |
| Linear-by-Linear Association | ,002 | 1 | ,961 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,20.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 2 ^ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή μικρού πρόσθετου χρηματικού ποσού | | Σύνολο |
|-----------------------------|----------------|--|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| Ποιότητα ιατρ. Προσωπικού 2 | καθόλου - λίγο | 11 | 8 | 19 |
| | μέτρια - πολύ | 69 | 62 | 131 |
| Σύνολο | | 80 | 70 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------|---------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | ,182(b) | 1 | ,670 | | |
| Continuity Correction(a) | ,033 | 1 | ,857 | | |
| Likelihood Ratio | ,183 | 1 | ,669 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,807 | ,430 |
| Linear-by-Linear Association | ,181 | 1 | ,671 | | |
| N of Valid Cases | 150 | | | | |

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,87.

Χρόνος αναμονής με πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ 2^ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

| | | Εργαστηριακές εξετάσεις | | Σύνολο |
|---------|---------------|-------------------------|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| minutes | έως 15 λεπτά | 44 | 36 | 80 |
| | 16 - 30 λεπτά | 12 | 21 | 33 |
| | 31-45 λεπτά | 0 | 4 | 4 |
| | 46-60 λεπτά | 6 | 13 | 19 |
| | 61 - 90 λεπτά | 0 | 6 | 6 |
| | > 90 λεπτά | 1 | 7 | 8 |
| Σύνολο | | 63 | 87 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 16,927(a) | 5 | ,005 |
| Likelihood Ratio | 20,996 | 5 | ,001 |
| Linear-by-Linear Association | 13,052 | 1 | ,000 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,68.

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ 3^Α ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

| | | Εργαστηριακές εξετάσεις | | Σύνολο |
|---------|---------------|-------------------------|-----|--------|
| | | ΟΧΙ | ΝΑΙ | |
| minutes | έως 15 λεπτά | 44 | 36 | 80 |
| | 16 - 60 λεπτά | 18 | 38 | 56 |
| | > 60 λεπτά | 1 | 13 | 14 |
| Σύνολο | | 63 | 87 | 150 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 14,767(a) | 2 | ,001 |
| Likelihood Ratio | 16,451 | 2 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 14,656 | 1 | ,000 |
| N of Valid Cases | 150 | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,88.

Kolmogorov – Smirnov test & Mann – Whitney U test & T - test:

Με το Kolmogorov – Smirnov test ελέγχουμε αν τα δεδομένα (συνεχής μεταβλητές) μας ακολουθούν κανονική κατανομή ή όχι. Αν $p > 0,05$ τότε λέμε πως τα δεδομένα μας ακολουθούν κανονική κατανομή και εφαρμόζουμε τον κατάλληλο παραμετρικό έλεγχο (στην παρούσα πτυχιακή αυτό είναι το t – test) ενώ, αν τα δεδομένα μας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή τότε εφαρμόζουμε τον κατάλληλο μη παραμετρικό έλεγχο (στην παρούσα πτυχιακή ο έλεγχος αυτός είναι ο Mann – Whitney).

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

| | | Συχνότητα επίσκεψης μηνιαίως | Minutes Χρόνος αναμονής στην αίθουσα αναμονής | Δαπάνες υγείας τον τελευταίο χρόνο | Ηλικία |
|--------------------------|----------------|------------------------------|---|------------------------------------|--------|
| N | | 76 | 150 | 150 | 150 |
| Normal Parameters(a, b) | Mean | 1,684 | 29,07 | 929,87 | 54,47 |
| | Std. Deviation | ,9304 | 33,704 | 1400,586 | 19,555 |
| Most Extreme Differences | Absolute | ,295 | ,242 | ,313 | ,108 |
| | Positive | ,295 | ,242 | ,313 | ,108 |
| | Negative | -,152 | -,204 | -,265 | -,086 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | 2,574 | 2,967 | 3,838 | 1,321 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,061 |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΜΗΝΙΑΙΩΣ^ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ 2

| | | Ξενοδοχ. Υποδομή 2 | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-----------------------|-----------|--------------------|----|-----------|--------------|
| Συχνότητα μηνιαίως | επίσκεψης | κακή - μέτρια | 18 | 43,78 | 788,00 |
| | | καλή - πολύ καλή | 58 | 36,86 | 2138,00 |
| | | Σύνολο | 76 | | |

Test Statistics(a)

| | συχνότητα_επί σκεψης_μηνιαί ως |
|------------------------|--------------------------------------|
| Mann-Whitney U | 427,000 |
| Wilcoxon W | 2138,000 |
| Z | -1,233 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,218 |

a Grouping Variable: ξενοδοχ. Υποδομή 2

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΜΗΝΙΑΙΩΣ ^ ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ

| | | Καταβολή πρόσθετου ποσού | μικρού χρηματικού | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-----------------------|-----------|--------------------------------|----------------------|----|-----------|--------------|
| Συχνότητα μηνιαίως | επίσκεψης | ΟΧΙ | | 40 | 39,74 | 1589,50 |
| | | ΝΑΙ | | 36 | 37,13 | 1336,50 |
| | | Σύνολο | | 76 | | |

Test Statistics(a)

| | συχνότητα_επί σκεψης_μηνιαί ως |
|------------------------|--------------------------------------|
| Mann-Whitney U | 670,500 |
| Wilcoxon W | 1336,500 |
| Z | -,547 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,584 |

a Grouping Variable: καταβολή μικρού
πρόσθετου χρηματικού ποσού

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΧΡΟΝΟ^ ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

| | | Καταβολή πρόσθετου ποσού | μικρού χρηματικού | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|------|--------|--------------------------------|----------------------|-----|-----------|--------------|
| euro | ΟΧΙ | | | 80 | 78,76 | 6300,50 |
| | ΝΑΙ | | | 70 | 71,78 | 5024,50 |
| | Σύνολο | | | 150 | | |

Test Statistics(a)

| | euro |
|------------------------|----------|
| Mann-Whitney U | 2539,500 |
| Wilcoxon W | 5024,500 |
| Z | -,988 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,323 |

a Grouping Variable: καταβολή μικρού
πρόσθετου χρηματικού ποσού

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ^ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

| Εργαστηριακές εξετάσεις | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------------|--------|-----|-----------|--------------|
| minutes | OXI | 63 | 56,96 | 3588,50 |
| | ΝΑΙ | 87 | 88,93 | 7736,50 |
| | Σύνολο | 150 | | |

Test Statistics(a)

| | minutes |
|------------------------|----------|
| Mann-Whitney U | 1572,500 |
| Wilcoxon W | 3588,500 |
| Z | -4,480 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,000 |

a Grouping Variable: εργαστηριακές εξετάσεις

ΗΛΙΚΙΑ ^ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| Ποσότητα ιατρών 2 | | N | Mean (μέσος) | Std. Deviation (τυπιλή απόκλιση) | Std. Error Mean (μέσο τυπικό σφάλμα) |
|-------------------|----------------|----|--------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| ηλικία | καθόλου - λίγο | 53 | 50,79 | 20,442 | 2,808 |
| | μέτρια - πολύ | 97 | 56,47 | 18,859 | 1,915 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|--------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| ηλικία | Equal variances assumed | 1,399 | ,239 | -1,712 | 148 | ,089 | -5,682 | 3,319 | -12,240 | ,877 |
| | Equal variances not assumed | | | -1,672 | 99,909 | ,098 | -5,682 | 3,399 | -12,425 | 1,061 |

ΗΛΙΚΙΑ ^ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

| ποιότητα_ιατρ_προσωπικού_2 | | N | Mean (μέσος) | Std. Deviation (τυπιλή απόκλιση) | Std. Error Mean (μέσο τυπικό σφάλμα) |
|----------------------------|----------------|-----|--------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| ηλικία | καθόλου - λίγο | 19 | 41,11 | 17,947 | 4,117 |
| | μέτρια - πολύ | 131 | 56,40 | 19,074 | 1,667 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|--------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| ηλικία | Equal variances assumed | 1,751 | ,188 | -3,290 | 148 | ,001 | -15,299 | 4,650 | -24,488 | -6,111 |
| | Equal variances not assumed | | | -3,444 | 24,291 | ,002 | -15,299 | 4,442 | -24,461 | -6,138 |

ΗΛΙΚΙΑ^ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΙΑΤΡΟΥ

| Ενημέρωση από ιατρό 2 | | N | Mean (μέσος) | Std. Deviation (τυπική απόκλιση) | Std. Error Mean (μέσο τυπικό σφάλμα) |
|-----------------------|----------------|-----|--------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| ηλικία | καθόλου - λίγο | 9 | 46,11 | 18,685 | 6,228 |
| | μέτρια - πολύ | 141 | 55,00 | 19,552 | 1,647 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|--------|-----------------------------|---|------|------------------------------|-------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| ηλικία | Equal variances assumed | ,406 | ,525 | -1,325 | 148 | ,187 | -8,889 | 6,706 | -22,141 | 4,363 |
| | Equal variances not assumed | | | -1,380 | 9,155 | ,200 | -8,889 | 6,442 | -23,425 | 5,647 |

ΗΛΙΚΙΑ^ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΕΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ

| χρόνος εξέτασης_2 | | N | Mean (μέσος) | Std. Deviation (τυπική απόκλιση) | Std. Error Mean (μέσο τυπικό σφάλμα) |
|-------------------|----------------|-----|--------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| ηλικία | καθόλου - λίγο | 12 | 41,67 | 21,580 | 6,230 |
| | μέτρια - πολύ | 138 | 55,58 | 19,050 | 1,622 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|--------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| ηλικία | Equal variances assumed | ,057 | ,811 | -2,401 | 148 | ,018 | -13,913 | 5,794 | -25,362 | -2,464 |
| | Equal variances not assumed | | | -2,161 | 12,537 | ,051 | -13,913 | 6,437 | -27,872 | ,046 |

ΗΛΙΚΙΑ^ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

| Ξενοδοχ. Υποδομή 2 | N | Mean (μέσος) | Std. Deviation (τυπική απόκλιση) | Std. Error Mean (μέσο τυπικό σφάλμα) |
|----------------------|-----|--------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| ηλικία κακή - μέτρια | 36 | 47,19 | 17,502 | 2,917 |
| καλή - πολύ καλή | 114 | 56,76 | 19,677 | 1,843 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|--------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| ηλικία | Equal variances assumed | 2,627 | ,107 | -2,609 | 148 | ,010 | -9,569 | 3,668 | -16,817 | -2,321 |
| | Equal variances not assumed | | | -2,773 | 65,294 | ,007 | -9,569 | 3,450 | -16,459 | -2,678 |

ΗΛΙΚΙΑ^ ΠΡΟΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ

| Καταβολή πρόσθετου ποσού μικρού χρηματικού | N | Mean (μέσος) | Std. Deviation (τυπική απόκλιση) | Std. Error Mean (μέσο τυπικό σφάλμα) |
|--|----|--------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| ηλικία ΟΧΙ | 80 | 57,99 | 19,138 | 2,140 |
| ΝΑΙ | 70 | 50,44 | 19,381 | 2,317 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|--------|-----------------------------|---|------|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|--------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| ηλικία | Equal variances assumed | ,039 | ,844 | 2,394 | 148 | ,018 | 7,545 | 3,151 | 1,318 | 13,771 |
| | Equal variances not assumed | | | 2,392 | 144,864 | ,018 | 7,545 | 3,154 | 1,312 | 13,777 |

Logistic Regression (Λογιστική Παλινδρόμηση):

Categorical Variables Codings

| | | Frequency | | Parameter coding | |
|-----------------------|------------------------------|-----------|-------|------------------|-----|
| | | (1) | (2) | (1) | (2) |
| δημόσιο_ταμείο_3 | ΟΓΑ | 60 | 1,000 | ,000 | |
| | IKA | 54 | ,000 | 1,000 | |
| | Άλλα ταμεία | 33 | ,000 | ,000 | |
| ηλικία2 | 18-44 | 54 | ,000 | ,000 | |
| | 45-64 | 38 | 1,000 | ,000 | |
| | 65 + | 55 | ,000 | 1,000 | |
| επίπεδο_εκπαίδευσης_2 | κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 57 | ,000 | | |
| | ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης | 90 | 1,000 | | |

Dependent Variable Encoding

| Original Value | Internal Value |
|----------------|----------------|
| OXI | 0 |
| NAI | 1 |

Model Summary

| Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|------|-------------------|----------------------|---------------------|
| 1 | 187,814(a) | ,098 | ,131 |
| 2 | 188,133(a) | ,096 | ,128 |

a Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

| | | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95,0% C.I. for EXP(B) | |
|--------------|--------------------------|--------|------|-------|----|------|--------|-----------------------|-------|
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1(a) | ηλικία2 | | | ,318 | 2 | ,853 | | | |
| | ηλικία2(1) | -,248 | ,465 | ,284 | 1 | ,594 | ,781 | ,314 | 1,941 |
| | ηλικία2(2) | -,060 | ,547 | ,012 | 1 | ,913 | ,942 | ,322 | 2,753 |
| | επίπεδο_εκπαίδευσης_2(1) | ,842 | ,515 | 2,680 | 1 | ,102 | 2,322 | ,847 | 6,366 |
| | δημόσιο_ταμείο_3 | | | 7,756 | 2 | ,021 | | | |
| | δημόσιο_ταμείο_3(1) | ,598 | ,501 | 1,425 | 1 | ,233 | 1,819 | ,681 | 4,856 |
| | δημόσιο_ταμείο_3(2) | 1,307 | ,485 | 7,272 | 1 | ,007 | 3,694 | 1,429 | 9,550 |
| | Constant | -1,315 | ,741 | 3,148 | 1 | ,076 | ,269 | | |
| Step 2(a) | επίπεδο_εκπαίδευσης_2(1) | ,865 | ,393 | 4,836 | 1 | ,028 | 2,374 | 1,099 | 5,132 |
| | δημόσιο_ταμείο_3 | | | 8,100 | 2 | ,017 | | | |
| | δημόσιο_ταμείο_3(1) | ,612 | ,496 | 1,521 | 1 | ,217 | 1,844 | ,697 | 4,874 |
| | δημόσιο_ταμείο_3(2) | 1,309 | ,473 | 7,650 | 1 | ,006 | 3,703 | 1,464 | 9,366 |
| | Constant | -1,422 | ,506 | 7,900 | 1 | ,005 | ,241 | | |

a Variable(s) entered on step 1: ηλικία2, επίπεδο_εκπαίδευσης_2, δημόσιο_ταμείο_3.